

## Adherencia al Tratamiento Farmacológico y apoyo Familiar en Pacientes Hipertensos Atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez de Loja

Md. Arelis del Cisne Torres Paqui<sup>1</sup>

[arelistorrespaqui@gmail.com](mailto:arelistorrespaqui@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-5610-0868>

Clínica San Gregorio,  
Ecuador

Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva

[yadira.gavilanes@unl.edu.ec](mailto:yadira.gavilanes@unl.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0001-8670-9245>

Facultad de la Salud Humana  
Universidad Nacional de Loja,  
Ecuador

### RESUMEN

La adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos juegan un papel muy importante. La falta de adherencia a los antihipertensivos representa un nuevo reto para el médico, pues el correcto comportamiento del paciente ante las recomendaciones terapéuticas evitara complicaciones, así mismo es importante valorar constantemente el apoyo familiar ya que este es directamente proporcional a la calidad de vida del paciente. Los objetivos del presente estudio fueron caracterizar a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial según sus variables sociodemográficas, identificar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y el apoyo familiar y establecer la relación entre estas variables. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, con enfoque cuantitativo, de corte transversal prospectivo. La población incluyó 147 pacientes hipertensos que asistieron al servicio de consulta externa del Centro de Salud “Daniel Álvarez” en el periodo octubre 2019–marzo 2020, mediante una ficha de recolección de información y aplicación de la escala de Morisky Green Levine y apoyo familiar con la escala de Duke UNC, se obtuvieron los siguientes resultados: el 62% (n=91) son pacientes femeninas, el 49,7% (n=73) son mayores de 65 años, el 35% (n=52) tiene instrucción secundaria, el 29% (n=42) se dedican a los quehaceres domésticos; el 80% (n=118) se adhieren bien y cumplen con el tratamiento farmacológico, y el 71% (n=104) reciben apoyo normal por parte de los familiares, el valor del chi cuadrado fue 11,73, con valor  $p=0,0006$ , esto indica que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables adherencia al tratamiento y apoyo familiar.

**Palabras clave:** hipertensión; adherencia al tratamiento; apoyo familiar

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [yadira.gavilanes@unl.edu.ec](mailto:yadira.gavilanes@unl.edu.ec)

# **Adherence To Pharmacological Treatment And Family Support In Hypertensive Patients Treated At The Health Center Daniel Alvarez De Loja**

## **ABSTRACT**

The adherence to the pharmacological treatment and family support in hypertensive patients take an important role. The lack of adherence in the antihypertensives represents a new challenge for the doctor, due to the right behavior of the patient in front of the therapeutic recommendations will avoid complications, so it is important to value constantly the family support because this is directly proportional to the life quality of the patient. The aims from the present research were to characterize the patients with arterial hypertension diagnosis according to the socio-demographic variables, to identify the adherence to the antihypertensive pharmacological treatment and the family support, also to set the relationship among these variables. A descriptive, observational with quantitative approach and prospective cross-sectional study was made. The population included 147 hypertensive patients that attended to the outpatient clinic service in the “Daniel Álvarez” Health Center in the term from October 2019 - March 2020, through a data collection form and the Morisky Green Levine scale application, and the family support with the Duke UNC scale, the next results were gotten: the 62% (n= 91) are female patients, the 49,7% (n= 73) are older than 65 years, the 35% (n= 52) have high school education, the 29% (n= 42) make household chores, the 80% (n= 118) adhere well and fulfill with the pharmacological treatment, and the 71% (n= 104) receive regular support from the relatives, and the chi-square value was the 11,73, with the p= 0,0006 value, this shows that there is a meaningful statistically combine among the adherence variables to the treatment and family support.

**Key words:** *hypertensive; adherence treatment; family support.*

*Artículo recibido 05 julio 2023*

*Aceptado para publicación: 05 agosto 2023*

## INTRODUCCIÓN

En América Latina, uno de los países con mayor caso de hipertensión arterial es Ecuador donde se estima que el 46% de la población tiene hipertensión arterial, pero solo el 15% conoce su diagnóstico. De acuerdo con los resultados oficiales de la encuesta Nacional de la Salud realizada en el año 2012 indica que la prevalencia es mayor en la población del sexo femenino en un 11%, y la prevalencia es del 37% en la edad de 18 a 59 años. En el año 2015, aproximadamente 7.500 egresos hospitalarios fueron por hipertensión arterial y otras patologías asociadas. En el año 2017, la cifra baja y se reportan 5.776 egresos a nivel nacional (Ministerio de Salud Pública, 2019).

“En Loja el Distrito 1 D01 Loja registra 537 personas que padecen de esta enfermedad provocada por factores genéticos y ambientales” (La Hora, 2018, pág. C4). Mediante diferentes estrategias terapéuticas probadas y efectivas, así como mediante cambios en el estilo de vida, se puede reducir la presión arterial; sin embargo, el control de la presión arterial es insuficiente en todo el mundo y está muy lejos de ser satisfactorio. (Williams, y otros, 2019, pág. e4)

Chamorro, y otros, (2009) afirma que: “La falta de adherencia a los tratamientos representa un nuevo desafío para el médico comunitario, que debe aprender a identificarlo y a cuantificarlo en los pacientes” (pág. 184)

Pagès & Valverde, (2018) afirman que: “Es necesario que los profesionales sanitarios dispongamos de herramientas para valorar la adherencia al tratamiento y su resultado nos ayude a tomar decisiones en cuanto a las intervenciones más apropiadas para cada paciente” (pág. 164).

Las personas que tienen bajo apoyo social o familiar, generalmente viven en un hogar disfuncional o solos, desarrollando factores de riesgo de hipertensión arterial y obesidad como: malos hábitos alimenticios, hábitos tóxicos, sedentarismo e incluso una baja adherencia al tratamiento farmacológico impuesto por el médico. (Poma, Carrillo, & González, 2018).

Para contribuir en el conocimiento del tema en nuestra sociedad, se realizó el presente estudio, con el fin de determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos, para así conformar estrategias para mejorar dichos ámbitos. La pregunta central fue: ¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “Daniel Álvarez” de Loja en el período octubre 2019 – marzo 2020?

La adherencia al tratamiento es un pilar fundamental ya que el correcto comportamiento del paciente ante las recomendaciones terapéuticas evitara futura complicaciones.

## **Hipertensión Arterial**

### **Definición de hipertensión arterial.**

Se define a la tensión arterial a la presión o tensión de la sangre contra la pared de las arterias, proporcional a los requerimientos metabólicos del organismo, que se mide mediante el tensiómetro manual y estetoscopio en cualquier miembro superior, que se expresa en mm Hg (Ministerio de Salud Pública, 2019).

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. (Organización Mundial de la Salud., 2019)

“La hipertensión arterial (HTA) como signo significa la elevación de los valores tensionales por encima de los aceptados” (Argente & Álvarez, 2013, pág. 445)

La categorización de los valores de corte de la tensión arterial es de utilidad universal, tanto para simplificar el enfoque del diagnóstico como para facilitar la decisión sobre el tratamiento. La HTA se define como valores  $\geq 140$  mmHg TAS y/o  $\geq 90$  mmHg TAD. (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 14

### **Fisiopatología de hipertensión arterial.**

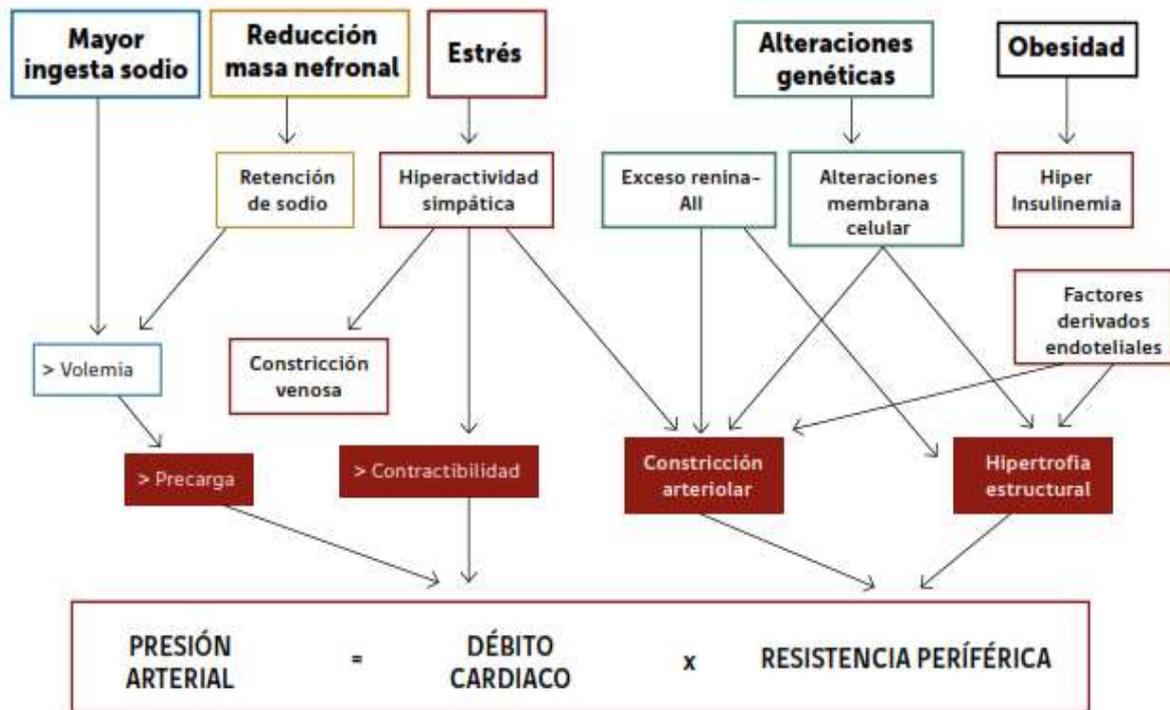
La tensión o presión arterial, es la tensión ejercida por la sangre en las paredes del vaso sanguíneo, su normalidad esta es dada por dos factores importantes (ilustración 1): el gasto cardíaco que a su vez depende de la contracción del miocardio y del volumen circulante intratorácico; y la resistencia vascular periférica que depende de las características estructurales del árbol arterial; mientras exista un equilibrio entre estas habrá una normalidad en la tensión arterial. La presión arterial se divide en: presión arterial sistólica (valor máximo durante la sístole dependiente del gasto cardíaco y el grado de distensión de los grandes vasos) y la presión diastólica (valor minino durante la diástole, dependiente de la resistencia vascular periférica). La alteración en el equilibrio entre el gasto cardíaco o de la resistencia vascular

periférica ya sea por daño renal, estrés, mayor ingesta de sodio, alteraciones genéticas, obesidad entre otros, provocaran mayores niveles de tensión arterial (Tagle, 2018).

**Ilustración 1:**

*Regulación de la presión arterial Recuperado de Diagnostico de Hipertensión arterial. Tagle, R. (2018).*

*DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Revista Médica Chilena CONDES, 12-20*



**Epidemiología de hipertensión arterial.**

Cada año, en el mundo 17 millones de personas mueren por enfermedades cardiovasculares, del cual el 45% son provocadas por la hipertensión arterial y sus diversas complicaciones, estos datos crecientes se atribuyen a varios factores como: aumento de la población, tipo de estilo de vida, edad, entre otros. La hipertensión arterial puede presentarse en pacientes mayores de 25 años, pero se da con más frecuencia en pacientes de 45 a 60 años (Organización Mundial de la Salud., 2019).

Sánchez y otros, (2016) afirman que: “La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, que es especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos” (pág. 117)

“La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovascular de más alta prevalencia (aproximadamente el 30% de la población la padece). Dado que constituye un problema prioritario de salud pública” (Argente & Álvarez, 2013, pág. 445) .

**En Europa, Menéndez, y otros, (2016) mencionan que:**

La prevalencia de hipertensión en España es alta y un importante porcentaje de pacientes hipertensos aún están sin diagnosticar. La hipertensión se asoció con diabetes y prediabetes, y aunque el tratamiento farmacológico es cada vez más frecuente, no se logra mejorar el grado de control. (pág. 572)

En Norteamérica, Estados Unidos, la hipertensión arterial afecta aproximadamente a un tercio de la población total, en donde el mayor número de casos se presentó en mayores de 18 años de sexo femenino, de esta población la mitad poseen valores de presión arterial altos debido a que no existe un buen control, ya que el 33% desconoce su enfermedad, el 20% conoce su diagnóstico pero no han recibido un tratamiento y el 47% son pacientes no controlados pero que están con tratamiento, generalmente la causa de esto que no existe un cambio en el estilo de vida (Delucchi, Majul, & Fábregues, 2017).

En Centroamérica, Cuba tiene aproximadamente 2 millones de personas son diagnosticadas con esta enfermedad, en donde existieron más casos en el sexo femenino. En el año 2001, la prevalencia fue de 219.4 por 1000 habitantes en el país, en donde la Habana fue el lugar con más cifras de prevalencia (Leivys, y otros, 2017).

En América Latina uno de cada 3 adultos padece hipertensión arterial siendo la causa principal de la mitad de las muertes por problemas cardiovasculares. La Organización Panamericana de la Salud estima que solo una de cada cinco personas que la padecen, logra mantener su presión arterial por debajo del mínimo aceptable. La meta de la OPS es que en 5 años por lo menos una tercera parte de esta gente lo logre. Hasta ahora solo Canadá, Estados Unidos y Cuba cumplen con ese estándar en la región (Noticias ONU, 2016, pág. 1).

En América Latina, uno de los países con mayores casos de hipertensión arterial es Ecuador donde se estima que el 46% de la población tiene hipertensión arterial, pero solo el 15% conoce su diagnóstico. De acuerdo con los resultados oficiales de la encuesta Nacional de la Salud realizada en el año 2012 indica que la prevalencia es mayor en la población del sexo femenino en un 11%, y la prevalencia es del

37% en la edad de 18 a 59 años. En el año 2015, aproximadamente 7.500 egresos hospitalarios fueron por hipertensión arterial y otras patologías asociadas. En el año 2017, la cifra baja y se reportan 5.776 egresos a nivel nacional (Ministerio de Salud Pública, 2019).

“En Loja el Distrito 1 D01 Loja registra 537 personas que padecen de esta enfermedad provocada por factores genéticos y ambientales” (La Hora, 2018, pág. C4).

### **Clasificación de hipertensión arterial.**

El ministerio de salud Pública del Ecuador y la Guía Europea de la hipertensión arterial clasifican la hipertensión (cuadro 1) de acuerdo a los valores de tensión arterial en: optima, normal, normal alta, hipertensión grado 1, hipertensión grado 2, hipertensión grado 3, hipertensión sistólica aislada, dependerá del estadio cómo será el tratamiento del paciente (Ministerio de Salud Pública, 2019).

### **Cuadro 1**

*Estadios de la tensión arterial del ministerio de salud pública*

<b>Estadio</b>	<b>Sistólica</b>		<b>Diastólica</b>
Optima	<120	Y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	Y	<90

*Recuperado de las Guías de salud del Ministerio Público 2019. Ministerio de Salud Pública. (2019).*

*Hipertensión Arterial. Guía Práctica Clínica (GPC) 2019. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/>*

La American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) en el año 2017, muestran su clasificación de la hipertensión arterial (cuadro 2), en donde existen algunas variaciones en comparación a la guía del ministerio de salud Pública del Ecuador y la Guía Europea de la hipertensión arterial publicadas en el año 2018 (Espinosa, 2018)

## Cuadro 2

*Estadios de la tensión arterial de la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) 2017*

Estadio	Sistólica		Diastólica
Normal	<120	Y	<80
Elevada	120-129	y/o	<80
Hipertensión grado 1	130-139	y/o	80-89
Hipertensión grado 2	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 3	≥ 160	y/o	≥ 100

*Recuperado de: Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Espinosa, A. (2018).*

*Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay, 66 - 74.*

### **Etiología de hipertensión arterial.**

Fernández, (2016) menciona que: En más del 90% de los pacientes la causa de su HTA es esencial o idiopática, relacionándose en la mayor parte de las ocasiones con la edad y la arterioesclerosis. No obstante, es probable que la ciencia no sea capaz en la actualidad de determinar las verdaderas causas que subyacen en la génesis de la HTA. Por otro lado, existe un grupo de aproximadamente el 5-10% de los pacientes en que la HTA puede ser secundaria a otras causas” (pág. 3)

Su naturaleza altamente heterogénea sugiere una etiología multifactorial o poligénica. Tiene alta penetrancia hereditaria. Por lo menos el 60% de los pacientes tienen antecedentes familiares de hipertensión arterial. Diversos factores genéticos y ambientales han sido relacionados etiológicamente. Entre estos últimos se encuentran la ingesta de sodio, el sedentarismo, el estrés, la obesidad (resistencia a la insulina), el tabaquismo, las dietas pobres en calcio, potasio y magnesio, el consumo de café y alcohol, los fármacos y las adicciones. (Argente & Álvarez, 2013, pág. 446)

### **Factores de Riesgo de hipertensión arterial.**

“La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial” (Huerta, 2017)

Campos y otros, (2016) afirman que: los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas,

tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes. (pág. S144). “Entre otros contextos sociales, los niveles educativos bajos se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de HTA. Por otro lado, llevar a cabo prácticas de vida saludable, ayuda a reducir el riesgo de HTA, enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular”. (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 20)

Poma, Carrillo & González, (2018) mencionan que: “En la provincia de Loja existe una elevada prevalencia de factores de riesgo de hipertensión arterial, dentro de los cuales destacan el sobrepeso y obesidad, con un 63,9%; consumo de alcohol, con un 40,6%; consumo de tabaco, con un 42,3%; inactividad física, con un 55,8%, y prehipertensión, con un 34,8% (pág. 2).

### **Manifestaciones Clínicas de hipertensión arterial.**

“Se debe tener presente que la HTA en sus estadios iniciales es asintomática. No obstante, evoluciona con lesión de órganos blanco, motivo por el cual se la suele denominar como “muerte silenciosa”” (Argente & Álvarez, 2013, pág. 445).

De todos los síntomas atribuibles a la HTA, el más constante es la cefalea (frontal y occipital), que aparece en un 50% de los casos, pero en general relacionada con cifras muy elevadas (diastólicas por encima de 110 mm Hg). Otras veces la HTA se puede manifestar como síntomas de daño de órgano blanco, como angina de pecho (enfermedad coronaria), déficit motor y/o sensitivo (Accidente cerebrovascular – Accidente isquémico transitorio), problemas de la visión, claudicación intermitente, poliuria o nicturia. (Argente & Álvarez, 2013, pág. 448)

### **Diagnóstico de hipertensión arterial.**

“La valoración inicial de un hipertenso debe incluir anamnesis y la exploración física completa para confirmar el diagnóstico de hipertensión, identificar otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular causas secundarias de hipertensión, detectar consecuencias cardiovasculares, otras enfermedades intercurrentes, valorar el modo de vida proveniente de la presión arterial y conocer las posibilidades de intervención” (Kasper, y otros, 2016)

### **Anamnesis de hipertensión arterial.**

Sánchez, y otros, (2018) menciona que: “No sólo se debe definir el grado de hipertensión, sino el momento en el cual se diagnosticó la hipertensión. Debe registrarse información acerca de la edad, sexo y raza” (pág. 123).

Valenzuela, y otros, (2016) afirman que: “Al realizarse la historia clínica es recomendable identificar desde la primera consulta la predisposición familiar, interrogando antecedentes y factores relacionados al desarrollo de hipertensión arterial” (pág. 251)

### **Examen físico de hipertensión arterial.**

Sánchez, y otros, (2010) afirma que: El examen físico debe incluir: medición de estatura, peso, cintura, cadera y cálculo de relación cintura a cadera e índice de masa corporal (IMC), la evaluación de los pulsos, frecuencia cardíaca, cifras de presión arterial, auscultación del corazón, búsqueda de soplos carotídeos, torácicos o periumbilicales y un examen del fondo del ojo, con el fin de identificar factores de riesgo. (pág. 123).

Lo principal del examen físico es el control de signos vitales, especialmente de la tensión arterial; una correcta maniobra o toma de la tensión arterial nos evitara un diagnóstico erróneo, la técnica correcta se basa en las condiciones del paciente especialmente en la relajación física, es decir, el reposo de al menos 5 minutos antes de la toma de la tensión arterial, luego el paciente debe tener una posición sentada o parada (se realiza en las dos posiciones para descartar diagnósticos diferenciales, entre ellos la hipotensión ortostática) con la espalda erguida y en un buen soporte, piernas dobladas sin cruzarlas, el brazo donde se va a tomar la tensión arterial debe estar en un lugar fijo, descubierto, a la altura del corazón; luego continuamos con la relajación mental, donde ayudaremos al paciente a estar en un ambiente tranquilo, cortando todo tipo de distracción o razón para que el paciente hable; se revisa las condiciones del equipo, se recomienda que el tensiómetro haya sido calibrado al menos una vez en los últimos seis meses, la longitud de la funda del manguito debe ser suficiente para envolver el brazo y cerrarse con facilidad, mientras que la cámara debe alcanzar aproximadamente un 80% de la circunferencia del brazo, se coloca el equipo en el brazo elegido con dirección a la arteria braquial donde se pondrá el estetoscopio (León, Lopez, & Álvarez, 2016).

### **Exámenes complementarios de hipertensión arterial.**

“El objetivo de realizar exámenes complementarios es tener evidencia de factores de riesgo adicionales, buscar causas de hipertensión secundaria, establecer una línea de base para uso de medicación y determinar si existe daño de órgano blanco” (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 24).

Bendersky & Sánchez, (2018) aseguran que: los principales objetivos son detectar otros factores de riesgo cardiovascular, evaluar daños a órganos blanco, e identificar causas secundarias de hipertensión. Siempre debe realizarse en la primera visita un hemograma, glicemia en ayunas, urea, creatinina sérica y en orina, electrolitos, ácido úrico, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, pruebas de funcionalidad hepática, T3, T4 y TSH, además de una orina completa, estimación de intensidad de filtración glomerular (de la creatinina sérica con la fórmula MDRD) y un electrocardiograma. Se recomienda ecografía y Doppler vascular, cardíaco y renal para evaluar la masa ventricular izquierda y para identificar ateromatosis subclínica en los diferentes territorios vasculares, estenosis de arterias renales o alteraciones renales (pág. 86)

### **Tratamiento de hipertensión arterial.**

Valenzuela, y otros, (2016) mencionan que “El objetivo del tratamiento es controlar y mantener la presión arterial en la meta recomendada, así como reducir el riesgo por eventos vasculares y la muerte de la población con hipertensión arterial” (pág. 252) .

Campos y otros, (2016) afirman: “El tratamiento temprano de la HTA tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad” (pág. S144).

Mediante diferentes estrategias terapéutica probadas y efectivas, así como mediante cambios en el estilo de vida, se puede reducir la presión arterial; sin embargo, el control de la presión arterial es insuficiente en todo el mundo y está muy lejos de ser satisfactorio. (Williams, y otros, 2019, pág. e4)

El tratamiento consiste en un serio de cambios en la práctica diaria más un tratamiento farmacológico, es por ello que el tratamiento de esta se divide en tratamiento no farmacológico y farmacológico y dependerá del estadio del paciente y el análisis medico el tipo de tratamiento que se utilizará (Ministerio de Salud Pública, 2019).

### **Tratamiento no farmacológico de hipertensión arterial.**

El tratamiento no farmacológico se basa en una serie de medidas que se imponen en todos los hipertensos, independientemente de su tipo de hipertensión, que consiste en el cambio de estilo de vida mediante el control de su peso para mantenerlo lo más adecuado posible, plan de actividad física y suspender el tabaco y el alcohol (Bendersky & Sánchez, 2018).

### **Cambios de estilo de vida del paciente con hipertensión arterial.**

Los cambios de estilo de vida en un paciente hipertenso o normotenso tienen resultados positivos ya sea para controlar la enfermedad como para prevenirla, generalmente comprenden desde las modificaciones alimentarias con la reducción de cloruro de sodio, la actividad física para regular el peso, el paciente debe realizar cualquier actividad aunque se recomienda la actividad física aeróbica, por más de 30 minutos una vez al día, evitar hábitos tóxicos como fumar, alcohol, entre otras, cambios en la dieta como el aumento de consumo de grasas insaturadas, alto consumo de pescado, de verduras, lácteos, carnes rojas, legumbres, cereales, entre otros. Es muy importante realizar un seguimiento constante de los valores de la tensión arterial (Ministerio de Salud Pública, 2019)

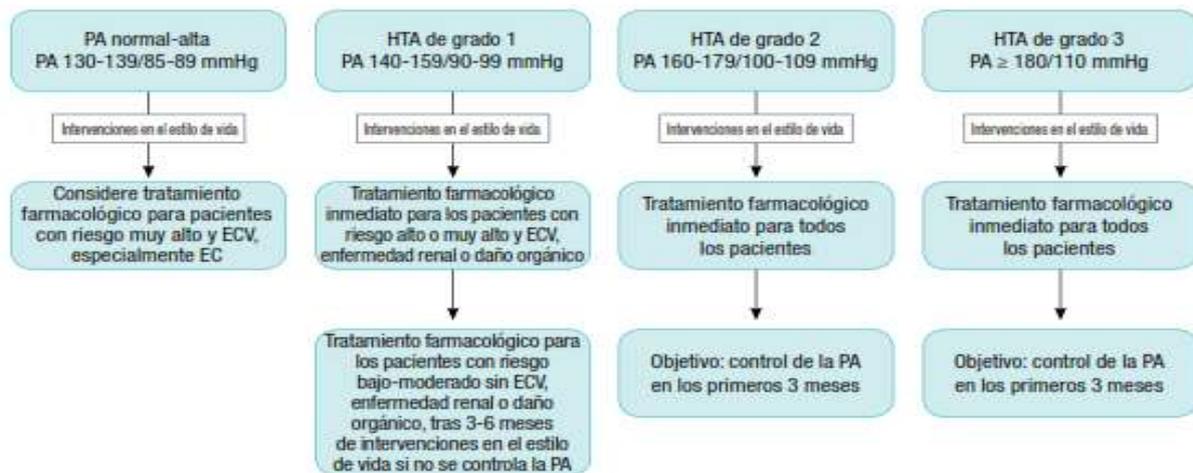
### **Tratamiento farmacológico de hipertensión arterial.**

La mayoría de pacientes necesitan terapia farmacológica más medidas en las prácticas diarias; la monoterapia es la inicial y la que mejor resultados da en pacientes con hipertensión leve ya que en las demás no controla los niveles de la tensión arterial como se espera; por lo que se plantea la terapia de acuerdo a los niveles de tensión arterial monoterapia en hipertensión arterial grado 1 que cumpla ciertas características como pacientes de bajo riesgo, en pacientes mayores de 80 años o más frágiles, en el resto de pacientes se piensa en terapia dual y más cuando los cambios de estilo de vida no den ningún resultado. Los grupos de fármacos utilizados son los diuréticos tiazídicos, calcio antagonistas (CA), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI) que se ha demostrado que son adecuados para el inicio o mantenimiento del tratamiento antihipertensivo ya sea solos o combinados (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Las guías europeas de hipertensión arterial (ilustración 2 y 3), indican que el inicio del tratamiento depende del estadio del paciente, además de su estilo de vida.

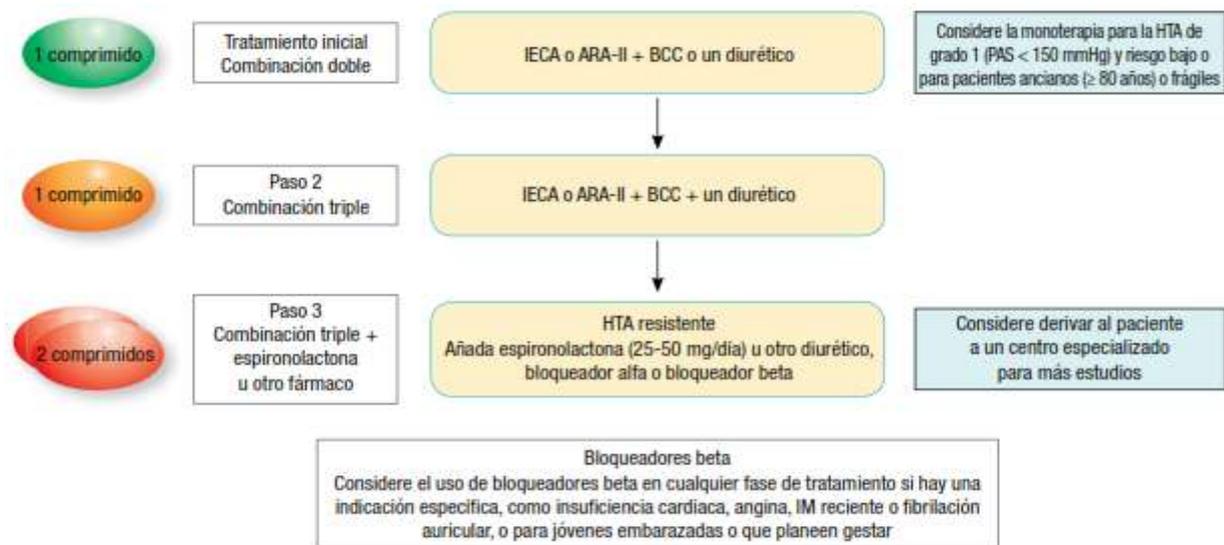
## Ilustración 2

Inicio del tratamiento antihipertensivo (intervenciones en el estilo de vida y medicación) a distintos niveles de PA basal en consulta. EC: enfermedad coronaria; ECV: enfermedad cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M., y otros. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología, e1 -e 78.



## Ilustración 3

Estrategia básica de tratamiento farmacológico para la HTA no complicada. Este algoritmo de tratamiento también es adecuado para la mayoría de los pacientes con daño orgánico, enfermedad cerebrovascular o EAP. ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; BCC: bloqueadores de los canales del calcio; EAP: enfermedad arterial periférica; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; IM: infarto de miocardio. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M., y otros. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología, e1 -e 78



### Complicaciones de pacientes con hipertensión arterial.

Campos y otros, (2016) afirman: “La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal. (...) Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución” (pág. S144)

García, Martínez, Martínez, & Carbonell, (2016) afirma que: La hipertensión arterial (HTA), la más común de las alteraciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, es un importante motivo de consulta médica, pues además de representar una enfermedad por sí misma, es también un factor de riesgo, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca o renal, el accidente cerebrovascular y el daño a los vasos sanguíneos, tanto periféricos como retinianos. (pág. 434)

### Prevención de la hipertensión arterial.

Huerta, (2001) menciona que: “La prevención primaria es una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo. Es la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública, así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión.

### Apoyo familiar a los pacientes con hipertensión arterial

El apoyo social o familiar es una necesidad social en donde el individuo consigue estabilidad emocional, seguridad y aprobación consigo mismo, en base a un proceso interactivo con las personas de su medio.

El apoyo familiar es de suma importancia, este es el principal grupo de apoyo, para la adaptación del paciente de la enfermedad crónica que padece, su tratamiento y su seguimiento, dando siempre resultados óptimos, mejorando la calidad de vida del paciente y el aumento de autocuidados, favoreciendo los niveles de salud independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el paciente (Fachado, Menéndez, & Gonzalez, 2017)

La presente investigación se centra en la comunidad, buscando estrategias, planes o ideas que nos ayuden a la promoción de entornos saludables, el paciente hipertenso tendrá un involucramiento directo, para nosotros actuar de acuerdo a sus necesidades.

Este tema se engloba dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública, ubicada dentro de la sexta línea que corresponde a área de Cardíacas y circulatorias y a su vez dentro de la tercera línea de investigación de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, enfocada a enfocada a Salud-Enfermedad del Adulto y Adulto Mayor de la Zona 7.

El presente estudio tuvo como objetivo general: Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “Daniel Álvarez” de Loja en el período octubre 2019 - marzo 2020; y como objetivos específicos: Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial según sus variables sociodemográficas, identificar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y el apoyo familiar en pacientes hipertensos y establecer la relación entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos.

## **METODOLOGIA**

La investigación se realizó en el Centro de Salud “Daniel Álvarez” Ecuador - Loja. Barrio Unión Lojana. Calle Antonio Neumane y Avenida Manuel Benjamín Carrión tuvo un enfoque cuantitativo. El estudio es de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal lo constituyeron 147 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron al de servicio de consulta externa del Centro de Salud “Daniel Álvarez” en el periodo de octubre 2019 a marzo 2020. Se Incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que firmaron el consentimiento informado y fueron diagnsoticados con hipertensión arterial mayor a tres meses con tratamiento farmacológico y comorbilidades asociadas. Para la recolección de información se elaboró un consentimiento informado, una ficha de recolección de datos más el Test de Morisky-Green-Levine y la escala de Duke UNC, dichas estructuras se

presentaron en un lenguaje comprensible y simple para el paciente. Para la recolección de la información se recurrió primero al consentimiento informado (Anexo 1), después a la ficha de recolección de datos (Anexo 2, 3, 4). Se utilizó Microsoft Excel para ordenar la base datos, se presentó los resultados obtenidos en tablas de frecuencia por cada objetivo planteado; para luego continuar con el análisis e interpretación de cada variable. También se utilizó el Chi cuadrado, que calcula la diferencia entre una distribución de frecuencias observadas y esperadas de las variables, esta se la utilizó con el fin de determinar la relación entre las dos variables estudiadas. Para determinar si las variables se pueden asociar estadísticamente comparemos el valor p con el nivel de significancia.

## RESULTADOS

### Resultados para el primer objetivo

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Daniel Álvarez de la ciudad de Loja, período octubre 2019 a marzo 2020.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		F	%
	F	%	f	%	F	%
<29 años	0	0,0%	2	1,4%	2	1,4%
30 - 34 años	0	0,0%	2	1,4%	2	1,4%
35 - 39 años	1	0,7%	3	2,0%	4	2,7%
40 - 44 años	2	1,4%	2	1,4%	4	2,7%
45 - 49 años	4	2,7%	9	6,1%	13	8,8%
50 - 54 años	6	4,1%	12	8,2%	18	12,2%
55 - 59 años	11	7,5%	8	5,4%	19	12,9%
60 - 64 años	6	4,1%	6	4,1%	12	8,2%
> 65 años	26	17,7%	47	32,0%	73	49,7%
<b>Total</b>	56	38%	91	62%	147	100,0%

*Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado a pacientes hipertensos del centro de salud "Daniel Álvarez". Elaboración: Arelis del Cisne Torres Paqui*

**Análisis:** Un total de 147 hipertensos llegaron a consulta, del cual 62% (n=91) corresponde al sexo femenino, y 38% (n=56) al sexo masculino, existiendo una diferencia de 24% (n=35) respectivamente, el grupo de edad prevalente es >65 años que representa 49,7% (n=73).

**Tabla 2.** Ocupación de los pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Daniel Álvarez de la ciudad de Loja, período octubre 2019 a marzo 2020.

Ocupación	f	%
Desempleado	16	11%
Empleado Público	15	10%
Empleado Privado	9	6%
Jubilados	25	17%
Ama de casa	42	29%
Agricultores	12	8%
Comerciantes	28	19%
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado a pacientes hipertensos del centro de salud*

*“Daniel Álvarez” Elaboración: Arelis del Cisne Torres Paqui*

**Análisis:** De los hipertensos diagnosticados 29% (n=42) se dedica a las labores de casa, todas ellas mujeres, tomando en cuenta que la mayor población es de sexo femenino, otras ocupaciones como los comerciantes representan 19% (n=28) y 17% (n=25) son jubilados de la tercera edad.

**Tabla 3.**

*Estado civil de pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Daniel Álvarez de la ciudad de Loja, período octubre 2019 a marzo 2020.*

ESTADO CIVIL	f	%
Soltero/a	16	11%
Casado/a	91	62%
Unión libre	0	0%
Divorciado/a	18	12%
Viudo/a	22	15%
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos aplicado a pacientes hipertensos del centro de salud “Daniel*

*Álvarez” Elaboración: Arelis del Cisne Torres Paqui*

**Análisis:** De la población estudiada el 62% (n=91) son casados, en su mayoría mujeres que se dedican a las labores domésticos, 15% (n=22) son viudas/os mayores a >65 años y los divorciados representan el 12% (n=18).

## Resultados para el segundo objetivo

**Tabla 4**

*Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Daniel Álvarez de la ciudad de Loja, período octubre 2019 a marzo 2020.*

Test de Morisky Green Levine	f	%
Paciente cumplidor	118	80%
Paciente no cumplidor	29	20%
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Test de Morisky-Green-Levine aplicado a pacientes hipertensos del centro de salud “Daniel Álvarez” Elaboración: Arelis del Cisne Torres Paqui*

**Análisis:** El uso del test determinó que 80% (n=118) son pacientes cumplidores, recalando que la mayoría de la población son mujeres, ellas están casadas y son amas de casa, tienen instrucción primaria, mientras que 20% (n=29) son pacientes no cumplidores, han cursado sus estudios secundarios, tienen estado civil solteros y divorciados.

**Tabla 5**

*Apoyo familiar en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Daniel Álvarez de la ciudad de Loja, período octubre 2019 a marzo 2020..*

Escala Duke UNC	f	%
Apoyo normal	104	71%
Apoyo bajo	43	29%
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Escala de Duke UNC aplicado a pacientes hipertensos del centro de salud “Daniel Álvarez” Elaboración: Arelis del Cisne Torres Paqui*

**Análisis:** La aplicación de la escala Duke UNC estableció que 71% (n=104) son pacientes que reciben apoyo normal, ellos están casados, tienen estudios primarios, en tanto 29% (n=43) son pacientes que con apoyo bajo, estos son jubilados, divorciados con instrucción secundaria. Además se evidenció que dentro del grupo de pacientes con apoyo normal, existe mayor apoyo afectivo 59,9% (n=88), que confidencial.

## Resultados para el tercer objetivo

**Tabla 6**

*Relación de la adherencia al tratamiento y apoyo familiar en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Daniel Álvarez de la ciudad de Loja, período octubre 2019 a marzo 2020.*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	APOYO FAMILIAR				Total	
	Apoyo normal		Apoyo bajo		f	%
	F	%	f	%		
Paciente Cumplidor	91	62%	27	18 %	118	80%
Paciente no cumplidor	13	9%	16	11%	29	20%
<b>Total</b>	104	71%	43	29%	147	100%

*Fuente: Test de Morisky-Green-Levine y escala de Duke UNC aplicado a pacientes hipertensos del centro de salud “Daniel Álvarez” Elaboración: Arelis del Cisne Torres Paqui*

**Análisis:** El 62% (n=91) son pacientes hipertensos cumplidores que reciben apoyo de su familia, estas son mujeres casadas, se dedican al hogar, están dentro del grupo etario >65 años, han estudiado la primaria, mientras 11% (n=16), son pacientes no cumplidores, reciben apoyo bajo, cursaron sus estudios secundarios, son jubilados y su estado civil es solteros y divorciados.

**Tabla 7**

*Chi cuadrado de las variables adherencia al tratamiento y apoyo familiar en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Daniel Álvarez de la ciudad de Loja, período octubre 2019 a marzo 2020*

Resultado		
Chi cuadrado	11,73	p=0,0006
Con corrección de Yates	10,22	p=0,0014

*Fuente: Test de Morisky-Green-Levine y escala de Duke UNC aplicado a pacientes hipertensos del centro de salud “Daniel Álvarez” Elaboración: Arelis del Cisne Torres Paqui*

**Análisis:** Para determinar si existe algún tipo de relación entre las variables adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar, se recurrió al chi cuadrado donde el resultado fue 11,73, con valor p=0,0006, es decir el valor p es menor que el nivel de significancia (0,05), esto indica que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

## DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es un problema de gran prevalencia de la salud global, la adherencia o no al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos juega un papel muy importante, pues su eficiencia determina la calidad de vida de los pacientes. El apoyo familiar igualmente es significativo, ya que funciona como un protector de las diversas complicaciones de esta patología; el apoyo familiar es considerado una manera de promoción de salud. Se han realizado estudios en diversas poblaciones.

La caracterización sociodemográfica en el presente estudio determina que 62% (n=91) son de sexo femenino, y 49,7% (n=73) se encuentran dentro del rango etario >65 años, esto se asemeja al estudio realizado en Perú (Rodríguez, Solís, Rogic, Román, & Reyes, 2016), que incluyó a 302 individuos >18 años atendidos en consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, donde las mujeres representaban un 50,7% (n=153) y la media de la edad de los participantes fue de 69.8 con  $\pm 10.2$  años; así mismo, otro estudio realizado en Perú, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (Carhuallanqui, Diestra, Tang, & Málaga, 2020), tuvo una población de 103 pacientes, donde el 80,6% tenían 60 años o más y 69,9% era del sexo femenino.

El 29% (n=42) se dedica a las labores de casa, otras ocupaciones como los comerciantes representan el 19% (n=28), 17% (n=25) son jubilados, se relaciona con el estudio realizado en Chile (Dois, 2019) donde según su ocupación la población de 36 participantes se encontraba dividida en 33,3% dueñas de casa, 22,2% jubilados y 11,1% comerciantes.

Con respecto a la instrucción 35% (n=52) cursó sus estudios secundarios estos resultados son similares con el estudio realizado en Chile (Mena, Naza, & Mendoza, 2018) donde participaron 141 personas, 69,5% tenían educación secundaria incompleta o menos, pero difieren del estudio realizado en Perú (Carhuallanqui, Diestra, Tang, & Málaga, 2020) donde 52,4% con grado de instrucción primaria y 6,8% analfabetos.

En el estado civil, 62% (n=91) eran casados, esto es semejante al estudio realizado en Chile (Sandoval, y otros, 2016) que constó de 513 encuestas, donde los casados representaban 67,5% (n=346), asimismo otro estudio realizado en Chile (Mena, Naza, & Mendoza, 2018) 55,3% tenían un cónyuge.

La adherencia al tratamiento antihipertensivo fue 80% (n=118) esto resulta similar al estudio en Lima, Perú (Fernández, Acuna, Miranda, Diez, & Mala, 2014), el cual contó con la participación de 115

pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Cayetano, donde 57,4% eran pacientes cumplidores. Al contrario del estudio también realizado en Perú (Carhuallanqui, Diestra, Tang, & Málaga, 2020) en el cual la adherencia farmacológica fue de solo 37,9%, también difiere del estudio elaborado en Chile (Sandoval, y otros, 2016) donde la adherencia al tratamiento farmacológico para hipertensión arterial fue 36,3% (n=186).

Los pacientes que recibieron apoyo de su familia representaron 71% (n=104), esto es similar al estudio realizado en Chile (Sandoval, y otros, 2016) donde aproximadamente 63,8% (n=408) también recibió este apoyo.

Con respecto al apoyo familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo se realizó el chi cuadrado, donde el resultado fue 11,73, con valor  $p=0,0006$ , mostrando que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables, esto es similar al estudio realizado en Perú (Dulong, 2016 ) con una población de 882 pacientes hipertensos que acudieron a consulta externa de Cardiología, Medicina Interna y Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II EsSalud Tarapoto, sus resultados indicaron que existe asociación entre el apoyo familiar y la adherencia terapéutica en hipertensos, donde la razón entre hipertensos con adherencia terapéutica comparada con hipertensos sin adherencia terapéutica es 18,82 veces mayor en hipertensos con apoyo en comparación a pacientes sin apoyo familiar

## **CONCLUSIONES**

El grupo de estudio se constituyó de 147 pacientes que asistieron al servicio de consulta externa del centro de salud “Daniel Álvarez” de Loja, predominando el sexo femenino, pacientes mayores de 65 años de edad, con instrucción secundaria, estado civil casadas, que dedican a las labores domésticas.

La mayoría de la población se adhieren bien y cumplen con el tratamiento farmacológico y reciben apoyo normal por parte de los familiares prevaleciendo el apoyo afectivo.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Argente, H., & Álvarez, M. (2013). *Semiología Médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Enseñanza - aprendizaje centrada en la persona*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Bendersky, M., & Sánchez, R. (2018). Hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 revisión. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 83-90.
- Berenguer, L. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial . *MEDISAN*, 2434.
- Campos, I., Hernández, L., Rosalba, R., Pedroza, A., Medina, C., & Barquera, S. (2016). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública Mexicana*, S144 -S150.
- Carhuallanqui, R., Diestra, G., Tang, J., & Málaga, G. (2020). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 197-201.
- Caycho, T., Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, N., & Carbajal, C. (2014). Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. *Pensamiento Psicológico - Revistas Javerianas*, 25-35.
- Chamorro, M., García, E., Busquets, A., Pérez, E., Chamorro, A., Faus, M., & Martínez, F. (2019). Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 183-191.
- Delucchi, A., Majul, C. V., & Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Revista de Federación Argentina de Cardiología*, 91-95.
- Dois, A. (2019). Factores condicionantes y adherencia al tratamiento farmacológico en población hipertensa. *Revista Horizonte de Enfermería*, 27-38.
- Dulong, M. (2016 ). Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años - Hospital II EsSalud TARAPOTO 2016. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego Escuela de Medicina.

- Espinosa, A. (2018). Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. *Revista Finlay*, 66 - 74.
- Fachado, A., Menéndez, M., & Gonzalez, L. (2017). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención Primaria*, 118-123.
- Fernández, M., Acuna, A., Miranda, J., Diez, F., & Mala, G. (2014). Adherence to Pharmacotherapy and Medication-Related Beliefs in Patients with Hypertension in Lima, Peru. *Plos One*, 1-11.
- Fernández, A. (2016). Manejo de la hipertensión arterial. *iMedPub Journals*, 1-11.
- García, M., Martínez, A., Martínez, E., & Carbonell, I. (2016). Tendencias y pronósticos de la hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba (2001-2015). *MEDISAN*, 434.
- García, N., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 528-534.
- Huerta, B. (2017). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, s208 - s210.
- Kasper, D., Hauser, S., Jameson, L., Fauci, A., Logo, D., & Loscalzo, J. (2016). *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México: Mc Graw Hill.
- La Hora. (13 de Mayo de 2018). El estilo de vida saludable reduce la hipertensión. *La Hora Loja*, pág. C4.
- Leivys, M., Acosta, M., Dueñas, A., Armas, N., de la Noval, R., & Castellanos, J. (2017). Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 1-6.
- León, A., Lopez, S., & Álvarez, C. (2016). técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 49 -55.
- Mena, F., Naza, G., & Mendoza, S. (2018). Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia Promoc. Salud*, 67-78.
- Menéndez, E., Delgado, E., Fernández, F., Prieto, M., Bordiú, E., Calle, A., . . . otros, y. (2016). Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Revista Española de Cardiología*, 572-578.

- Ministerio de Salud Pública. (2019). Hipertensión Arterial. Guía Práctica Clínica (GPC) 2019. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/>
- Nolasco, C., Navas, L., Carmona, C., López, M., Santamaría, R., & Crespo, R. (2015). Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 282-289.
- Noticias ONU. (20 de Mayo de 2016). OPS: La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe. Obtenido de Noticias ONU: <https://news.un.org/es/audio/2015/05/1409181>
- Organizacion Mundial de la Salud, O. (23 de Agosto de 2018). Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de Género y salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de Octubre de 2019). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Obtenido de 2019: [https://ho.int/irisapps.w/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?sequence=1](https://ho.int/irisapps.w/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1)
- Osorio, P. (2010). La Edad mayor como prouccion sociocultural. *Comunicación y Medios* , 30-35.
- Pagès, N., & Valverde, I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 163-172.
- Poma, J., Carrillo, L., & González, J. (2018). Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. *Revista Javeriana Universitas Medica* 59, (1), 1-8.
- Rodríguez, J., Solís, R., Rogic, S., Román, Y., & Reyes, M. (2016). Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. *Revista de la Facultad de Medicina*, 55-60.
- Romero, C. (2019). Disminución del consumo de sal en la población: ¿recomendar o no recomendar? *Revista Uruguaya de Cardiología*, 263-272.
- Sánchez, R., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O., . . . Zanchetti, A. (2016). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arteria. *Revista Chilena de Cardiología*, 117-144.

- Sanchez, R., Miryam, A., Baglivo, H., Velázquez, C., Kohlmann, O., Jiménez, J., . . . Zanchett, A. (2018). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 117-144.
- Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E., & Romero, T. (2016). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Revista Médica de Chile*, 1245-1252.
- Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Medica Chilena CONDES*, 12-20.
- Valenzuela, A., Solorzano, F., Valenzuela, A., Durán, L., Samuel, d. L., Oropeza, P., . . . Soria, M. (2016). Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 249-260.
- Wagner, P. (2018). Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 175-184.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M., . . . otros. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, e1 -e 78.

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS).



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA  
Consentimiento Informado.**

Yo, Arelis del Cisne Torres Paqui, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando una investigación sobre “Adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “Daniel Álvarez de Loja”.

El cual no tiene ningún riesgo para usted como participante, porque no se extraerá muestras de sangre, ni se aplicará medicamentos, pero es necesaria su autorización para llenar una hoja de recolección de datos y aplicar dos test que nos ayudarán con la investigación, por lo cual garantizo un adecuado manejo y la confidencialidad de la información que se recoja.

Usted tiene la libertad para aceptar o no su participación en el estudio, además, esto no influirá en la calidad de la atención que le brinda el Centro de Salud “Daniel Álvarez”.

Ante cualquier duda, antes o una vez iniciado el estudio, puede contactarme al número celular 0989979755, o al correo electrónico [arelis.torres@unl.edu.ec](mailto:arelis.torres@unl.edu.ec).

He sido invitad@ a participar de manera voluntaria en la investigación **Adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “Daniel Álvarez de Loja.**

Entiendo que tendré que responder a cada uno de los cuestionarios preparados por el investigador.

Soy consciente que no se me recompensará económicamente y tampoco debo aportar algún tipo de valor económico.

Me han informado el nombre del investigador, así como su número telefónico y su correo electrónico.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado de la mejor manera por lo que \_\_\_\_ acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Cédula del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Anexo 2: Ficha de Recolección de datos**



Universidad  
Nacional  
de Loja

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “Daniel Álvarez

<b>Nombre del paciente:</b>			<b>Código:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Cédula:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Edad (años cumplidos)</b>
<b>Instrucción:</b> Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )	<b>Ocupación:</b> Desempleado ( ) Empleado público ( ) Empleado privado ( ) Jubilado ( ) <b>Otro:</b> _____	<b>Jornada laboral:</b> Tiempo completo ( ) Medio tiempo ( ) Ninguna ( ) <b>Otro:</b> _____	<b>Estado civil:</b> Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )
<b>Etnia</b> Mestizo ( ) Blanco ( ) Afroamericano ( ) Mulato ( ) <b>Otro:</b> _____	<b>¿Quién le da la medicación?</b>	<b>Tratamiento que está utilizando actualmente para la hipertensión arterial</b>	

### Anexo 3: Test De Morisky-Green-Levine



Universidad  
Nacional  
de Loja

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

#### **TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE**

Adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “Daniel Álvarez” de Loja

Nombre del paciente	Código:	
<b>TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE</b> Señale con una X la respuesta de cada pregunta según su criterio		
Pregunta	Si	No
¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		
PUNTAJE		
Resultado:		

#### **Puntaje:**

- 4 puntos = paciente cumplidor
- 3 puntos o menos = paciente no cumplidor

## Anexo 4: Escala de Duke UNC



Universidad  
Nacional  
de Loja

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA  
ESCALA DE DUKE UNC**

Adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “Daniel Álvarez” de Loja

NÚMERO DE ENCUESTA					
ESCALA DE DUKE UNC					
Señale con una X la respuesta de cada pregunta según su criterio, tomando en cuenta que 1 significa: Mucho menos de lo que deseo, 2 Menos de lo que deseo, 3 Ni mucho ni poco, 4 casi como deseo y 5 tanto como deseo.					
Pregunta	1	2	3	4	5
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>TOTAL</b>					

**Puntaje:**

- 32 puntos o más = paciente recibe apoyo social
- Menos de 32 puntos = paciente no recibe apoyo social

## Anexo 5: Autorización por parte de la institución para recolectar datos



Loja, 21 de diciembre del 2019

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay

**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial saludo, deseándole éxitos en el desarrollo de sus funciones.

En respuesta al MEMORÁNDUM NRO 0714 CCM-FSH-UNL: se autoriza a la Srta. Arelis del Cisne Torres Paqui, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, el acceso para realizar encuestas a los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa del Centro de Salud Daniel Álvarez, con el fin de recolectar datos para la tesis titulada: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD "DANIEL ÁLVAREZ" DE LOJA** trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dra. Yadira Gavilanes docente de la Universidad Nacional de Loja.

Por la atención que se digne en la presente, le expresé mi sincero agradecimiento.

Atentamente.

  
Dra. Carla Herrera B.  
  
ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA  
R5221 MSP 1103865844

Dra. Carla Herrera

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL  
CENTRO DE SALUD DANIEL ALVAREZ**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



## Anexo 6: Base de datos

BASE DE DATOS																		
Código	Sexo	Edad	Nacionalidad	Instrucción	Ocupación	Jornada Laboral	Estado Civil	Etnia	Fármaco que utiliza actualmente	Dosis	Fármaco	Dosis	Tiempo de inicio farmacológico	¿Quién le da la medicación?	¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	S alguna vez se ma ¿de asiet toma
ATF001	Femenino	81	Ecuatoriano/a	Primaria	Ama de casa	Tiempo Completo	Soltero/a	Mestizo/a	Desconoce				6 años	Yo	Si	No	Si	No
ATF002	Femenino	67	Ecuatoriano/a	Secundaria	Comerciante	Tiempo Completo	Divorciado/a	Mestizo/a	Losartan	50 mg			10 años	Yo	No	No	Si	No
ATF003	Masculino	68	Ecuatoriano/a	Superior	Jubilado/a	Ninguna	Casado/a	Mestizo/a	Desconoce				Desconoce	Yo	No	No	Si	No
ATF004	Femenino	92	Ecuatoriano/a	Ninguna	Desempleado/a	Ninguna	Viudo/a	Mestizo/a	Valsartán	80 mg	Hidroclorotiazida	12,5 mg	20 años	Hijos	No	Si	No	No
ATF005	Masculino	59	Ecuatoriano/a	Secundaria	Empleado Público	Tiempo Completo	Casado/a	Mestizo/a	Losartan	100mg			4 años	Yo	No	Si	No	No
ATF006	Femenino	90	Ecuatoriano/a	Ninguna	Desempleado/a	Ninguna	Viudo/a	Mestizo/a	Valsartán	80 mg	Hidroclorotiazida	12,5 mg	10 meses	Nieto/a	No	Si	No	No
ATF007	Masculino	52	Ecuatoriano/a	Primaria	Comerciante	Medio Tiempo	Soltero/a	Mestizo/a	Amlodipino	5 mg			6 años	Yo	Si	No	Si	No
ATF008	Femenino	51	Ecuatoriano/a	Secundaria	Empleado Privado	Medio Tiempo	Casado/a	Mestizo/a	Enalapril	10 mg			Desconoce	Yo	No	No	No	S
ATF009	Femenino	79	Ecuatoriano/a	Primaria	Comerciante	Tiempo Completo	Divorciado/a	Mestizo/a	Losartan	50 mg			4 años	Hijos	No	Si	No	No
ATF010	Femenino	89	Ecuatoriano/a	Primaria	Desempleado/a	Ninguna	Viudo/a	Mestizo/a	Enalapril	20 mg	Clortalidona	25 mg	10 años	Otros	No	Si	No	No
ATF011	Femenino	91	Ecuatoriano/a	Primaria	Jubilado/a	Ninguna	Viudo/a	Mestizo/a	Enalapril	20 mg	Clortalidona	25 mg	17 años	Sobrinos	No	Si	No	No
ATF012	Femenino	65	Ecuatoriano/a	Superior	Jubilado/a	Ninguna	Divorciado/a	Mestizo/a	Desconoce				8 años	Yo	No	Si	No	No
ATF013	Femenino	63	Ecuatoriano/a	Superior	Jubilado/a	Ninguna	Soltero/a	Mestizo/a	Enalapril	20 mg			Desconoce	Otros	Si	No	No	S
ATF014	Femenino	63	Ecuatoriano/a	Superior	Desempleado/a	Ninguna	Viudo/a	Mestizo/a	Desconoce				3 años	Esposo/a	Si	No	Si	No
ATF015	Femenino	58	Ecuatoriano/a	Superior	Ama de casa	Tiempo Completo	Casado/a	Mestizo/a	Losartan	100 mg			4 años	Yo	No	Si	No	No
ATF016	Femenino	58	Ecuatoriano/a	Superior	Jubilado/a	Ninguna	Divorciado/a	Mestizo/a	Enalapril	20 mg	Clortalidona	25 mg	10 años	Yo	No	Si	No	No
ATF017	Masculino	87	Ecuatoriano/a	Primaria	Agricultor	Tiempo Completo	Casado/a	Mestizo/a	Losartán	50mg	Amlodipino	5 mg	17 años	Hijos	No	Si	No	No
ATF018	Femenino	79	Ecuatoriano/a	Secundaria	Ama de casa	Tiempo Completo	Soltero/a	Mestizo/a	Enalapril	20 mg			1 año	Sobrinos	No	Si	No	No
ATF019	Femenino	56	Ecuatoriano/a	Superior	Empleado Público	Tiempo Completo	Casado/a	Mestizo/a	Losartán	50 mg			1 año	Yo	Si	Si	No	No
ATF020	Masculino	57	Ecuatoriano/a	Secundaria	Comerciante	Medio Tiempo	Divorciado/a	Mestizo/a	Enalapril	20 mg			4 años	Yo	No	Si	No	No
ATF021	Masculino	69	Ecuatoriano/a	Superior	Jubilado/a	Ninguna	Viudo/a	Mestizo/a	Desconoce				Desconoce	Yo	No	No	Si	S
ATF022	Masculino	50	Ecuatoriano/a	Secundaria	Agricultor	Medio Tiempo	Casado/a	Mestizo/a	Losartán	50 mg	Amlodipino	5 mg	Desconoce	Yo	No	Si	No	No
ATF023	Femenino	44	Ecuatoriano/a	Superior	Comerciante	Tiempo Completo	Divorciado/a	Mestizo/a	Amlodipino	5 mg			2 años	Yo	No	Si	No	No
ATF024	Femenino	44	Ecuatoriano/a	Secundaria	Comerciante	Tiempo Completo	Divorciado/a	Mestizo/a	Enalapril	10mg			2 años	Hermano/a	No	Si	No	No
ATF025	Femenino	47	Ecuatoriano/a	Primaria	Ama de casa	Tiempo Completo	Casado/a	Mestizo/a	Desconoce				6 meses	Yo	Si	No	Si	S
ATF026	Masculino	58	Ecuatoriano/a	Secundaria	Desempleado/a	Ninguna	Casado/a	Mestizo/a	Losartán	100mg			3 años	Yo	No	Si	No	No

Base de Datos Completa en el siguiente link:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/12k11PK2cS3L8fuKwyUHLzo7DumCE3G2m/edit?usp=sharin>

[g&oid=104803721430040471879&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/spreadsheets/d/12k11PK2cS3L8fuKwyUHLzo7DumCE3G2m/edit?usp=sharin&g&oid=104803721430040471879&rtpof=true&sd=true)