

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y POLIFARMACIA
RELACIONADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CLUB "60 Y
PIQUITO" Y A CONTROLES EN EL CENTRO DE SALUD EN
NAYÓN, DURANTE JUNIO Y JULIO DEL 2018.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO- CIRUJANO.

Autora: Sotalín Sotalín Fernanda Yadira

Directora: Dra. Carmen Elena Cabezas

Quito, 2018

AGRADECIMIENTOS

Primeramente doy gracias a Dios, quien con su bendición me brindo fuerza, valor, salud y sabiduría para culminar esta gran etapa de mi vida.

A mi padre, Hernán, quien pesar de nuestras diferencias siempre me ha brindado su amor, apoyo y confianza, convirtiéndose en mi ejemplo a seguir. A mi madre Lila, quien con su cariño y dedicación ha logrado guiarme por el buen camino, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. A mi hermana, Brenda, que sin duda alguna es mi mejor amiga y confidente, y que de alguna manera forma parte de este gran triunfo. A Milán, quien me brindo su gran compañía durante mis largas noches de estudio.

Un profundo agradecimiento a la Junta Parroquial Nayón y al Distrito de Salud 17D05, por brindarme las autorizaciones necesarias para llevar a cabo mi investigación, a los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial (HTA) por su colaboración y por aceptar ser parte de este estudio. No faltaba más, brindar mis más sincero agradecimiento a todas las autoridades y docentes que forman parte de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, quienes con la enseñanza de sus conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como una gran profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo y amistad. Finalmente, quiero dar las gracias a mi directora Dra. Carmen Elena Cabezas, quien con sus conocimientos, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Fernanda Yadira Sotalín Sotalín

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada:

A Dios, quien ha sido mi guía y él que me ha brindado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de desvanecer.

A mis padres Hernán y Lila, quienes con su amor, paciencia, comprensión y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir mi gran sueño de convertirme en médica, además de haberme enseñado que las cosas se consiguen con esfuerzo y constancia, depositando su entera confianza en mí. A mi hermana Brenda, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso.

Finalmente, a toda mi familia en general y amigos por todos sus consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañaron en el transcurso de mi carrera.

Fernanda Yadira Sotalín Sotalín

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	Página
Página de Presentación	I
Agradecimiento	II
Dedicatoria	III
Tabla de Contenido	IV
Lista de Tablas	VI
Lista de Gráficos	VI
Lista de Anexos	VII
Resumen	VIII
Abstract	IX
CAPÍTULO I	
1.1 Introducción	1
1.2 Justificación	6
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1 Descripción Demográfica	8
2.2 Adherencia al Tratamiento	
2.1.1 Definición de Adherencia al Tratamiento	9
2.1.2 Epidemiología de la Adherencia Terapéutica	10
2.2.3. Factores que influyen en la Adherencia Terapéutica	12
2.2.4. Métodos para detectar la falta de Adherencia Terapéutica	14
2.2.5 Adultos Mayores y Adherencia Terapéutica	15
2.2.6. Estrés familiar y Adherencia Terapéutica	17
2.2.7. Estrategias para mejorar la Adherencia Terapéutica en pacientes adultos mayores	18
2.3. Polifarmacia	19
2.4. Hipertensión Arterial	
2.4.1 Definición y clasificación	21
2.4.2 Epidemiología	22
2.4.3 Causas	23
2.4.4 Factores de Riesgo	23
2.4.5 Fisiopatología	24
2.4.6 Síntomas y Diagnóstico	25

2.4.7 Tratamiento (farmacológico y no farmacológico)	29
2.5. Adulto Mayor e Hipertensión Arterial	32
2.6. Adherencia Terapéutica e Hipertensión Arterial	33
CAPÍTULO III OBJETIVO GENERAL	36
CAPITULO IV OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
4.1 Objetivos específicos	36
4.2.- Hipótesis	36
CAPITULO V MÉTODOS E INSTRUMENTOS	
5.1. Operacionalización de variables del estudio	38
5.2. Diseño de la Investigación	
5.2.1. Diseño de estudio	41
5.2.2. Población de estudio	41
5.2.3. Muestra	41
5.2.4. Criterios de selección (inclusión y exclusión)	42
5.3. Técnicas y procedimientos estadísticos	
5.3.1. Técnicas para recogida de información	42
5.3.2. Análisis estadístico de los datos	43
5.3.3. Aspectos Bioéticos	43
CAPITULO VI MARCO ADMINISTRATIVO	
6.1 Recursos humanos	45
6.2 Recursos materiales	45
6.3 Recursos institucionales	45
6.4 Recursos financieros	45
CAPITULO VII RESULTADOS	47
CAPITULO VIII DISCUSIÓN	62
CAPITULO IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
9.1. Conclusiones	69
9.2. Recomendaciones	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
ANEXOS	81
EVIDENCIAS	88

LISTA DE TABLAS

TABLAS	Página
Tabla 1: Comparación de la Clasificación de la HTA según la JNC7 y el ACC/AHA 2017	22
Tabla 2: Características sociodemográficas y variables valoradas en pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en el Centro de Salud de Nayón.	48
Tabla 3: Comparación de las características sociodemográficas y de otras variables valoradas entre los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en el Centro de Salud de Nayón.	51
Tabla 4: Relación de los factores sociodemográficos y la polifarmacia con el nivel de adherencia terapéutica obtenido con el test de Morisky Green en la población total.	55
Tabla 5: Relación de los factores sociodemográficos y la polifarmacia con el nivel de adherencia terapéutica obtenido con el test de Morisky Green en pacientes que acuden al club 60 y piquito.	57
Tabla 6: Relación de los factores sociodemográficos y la polifarmacia con el nivel de adherencia terapéutica obtenido con el test de Morisky Green en pacientes que acuden a controles en el centro de salud Nayón	59
Tabla 7: Valores de Chi cuadrado y valor de P obtenidos tras la asociación de la polifarmacia con el nivel de Adherencia terapéutica.	60
Tabla 8: Concordancia entre el Test de Martín Bayarre Grau y el Test Morisky Green en pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón y al Club 60 y piquito	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	Página
Gráfico 1: Fisiopatología y regulación de la presión arterial	24
Gráfico 2: Distribución del grupo de estudio	47
Gráfico 3: Distribución del porcentaje del nivel de adherencia terapéutica según el test de Morisky Green en el grupo de estudio	50
Gráfico 4: Distribución del porcentaje del nivel de adherencia según el test de Martín Bayarre Grau en el grupo de estudio	50
Gráfico 5: Porcentaje del nivel de Adherencia Terapéutica en cada grupo de estudio según el Test de Morisky Green	53
Gráfico 6: Porcentaje del nivel de Adherencia Terapéutica en cada grupo de estudio según el Test de Martín Bayarre Grau	54

LISTA DE ANEXOS

ANEXO	Página
Anexo 1: Gráfico de los porcentajes de la adherencia a los tratamientos higiénicos- dietéticos en pacientes adultos mayores participantes	80
Anexo 2: Valoración del coeficiente kappa	80
Anexo 3: Cuestionarios aplicados (Martin Bayarre Grau, Morisky Green)	81
Anexo 4: Consentimiento Informado	83

RESUMEN

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es una de las mayores dificultades que existe entre los adultos mayores, debido a los varios factores que los predisponen a presentar un mayor riesgo de incumplimiento terapéutico y con ello una menor adherencia, aumentando así, el riesgo a padecer complicaciones y más adelante elevando la tasa de morbi-mortalidad.

El **objetivo** del presente estudio es identificar el nivel de adherencia terapéutica y la relación con factores sociodemográficos y la polifarmacia que existe en pacientes adultos mayores diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) que acuden al Club “60 y piquito” y adultos mayores que asisten a controles en el Centro de Salud de Nayón, mediante la aplicación del test Martin Bayarre Grau y Morisky-Green, los cuales han sido validados internacionalmente en estudios que incluyen pacientes con HTA.

El **diseño** se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal tipo encuesta, que se aplicará a pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Para recolectar la información y aplicar las encuestas, se acudió a las reuniones realizadas por el Club “60 y piquito”, y para los pacientes que asisten al Centro de Salud de Nayón, se convocó a una reunión informativa. Los datos recolectados fueron ingresados y analizados en el programa EPI-INFO.

Resultados: El grupo de estudio es de 106 pacientes, el 66,98% acuden al Club “60 y piquito” y el 33,02% a controles en el Centro de Salud. El 52,83% de los pacientes mantienen una edad entre 60-74 años, el 79,25% corresponde al sexo femenino, el 40,57% cursaron la primaria incompleta, y el 47% poseen polifarmacia. En el grado de adherencia terapéutica, el test de Morisky Green muestra que el 32,39% de los pacientes que acuden al grupo “60 y piquito” y el 48,57% de los pacientes que acuden al Centro de Salud son adherentes al tratamiento, mientras que con el test de Martín Bayarre Grau,

se obtuvo que el 50,70% de los pacientes que acuden al club “60 y piquito” y el 51,43% de los que acuden al Centro de Salud poseen una adherencia terapéutica total.

En el análisis bivariado de todo el universo se muestra que la variable polifarmacia es la única que se relaciona con el nivel de adherencia terapéutica con una p de 0,00264, mientras que las variables sociodemográficas mantuvieron una relación negativa con $p > 0.05$.

Conclusiones: La adherencia terapéutica fue mayor en los pacientes que acuden a controles al Centro de Salud de Nayón. Se obtuvo una relación positiva entre la polifarmacia y el nivel de adherencia terapéutica. La concordancia entre los dos test es de fuerza moderada según el valor de Kappa de Cohen's, debido a los diferentes factores evaluados por cada uno.

Palabras Claves: el nivel de adherencia terapéutica, factores sociodemográficos, polifarmacia, concordancia.

ABSTRACT

Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment is one of the highest difficulties that exists between older adults, because they have a lot of factors that predispose to present high non-compliance the treatment and it produce a lower adherence, also a high risk to increase complications and the morbidity and mortality rate.

The objective of the study is to identify the level of therapeutic adherence and its relationship with sociodemographic factors and polypharmacy in older adults diagnosed to arterial hypertension, who attend the "60 y piquito" group and assist to controls at the Nayón Health Center, through the application of the Martin Bayarre Grau and Morisky-Green test, which have been validated internationally through studies that include patients with hypertension. **The design** is a quantitative, observational, descriptive, cross-

sectional type survey, which includes patients who meet the inclusion criteria. To gather the information, and apply the survey, meetings were held by the Club "60 y piquito". And for the elderly patients who come to the Nayón Health Center Nayón, an informative meeting was called. The data collected were entered and analyzed in the EPI-INFO program

Results: The study group were to 106 patients, 66.98% go to "Club 60 y piquito" and 33.02% to health controls in the Nayón Health Center. The 52.83% of the patients have an age between 60-74 years, the 79.25% corresponded to the female sex, 40.57% have incomplete primary education, and the 47% have polypharmacy. For the level of therapeutic adherence, the Morisky Green test shows that 32.39% of the patients who go to group 60 and piquito and 48.57% who go to the health center are adherent to the treatment, while with the Martín Bayarre Grau's test obtain that 50.70% of the patients who attend to "60 and piquito" group and 51.43% who go to the health center have a total therapeutic adherence. The bivariate analysis indicate that the polypharmacy variable is the only one that is associated with the level of therapeutic adherence with a $p < 0.00264$, while the sociodemographic variables maintained a negative association with $p > 0.05$.

Conclusions: The therapeutic adherence was high in the patients who attend controls at the Nayón Health Center. A positive association was obtained between the polypharmacy and the level of therapeutic adherence. The concordance between the two tests is of moderate strength according to the Kappa value of Cohen's, due to the different factors evaluated by each one.

Key words: the level of therapeutic adherence, sociodemographic factors, polypharmacy, concordance

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la aumento patológico de la presión arterial sistólica, diastólica o de las dos juntas, producida por la variación anormal de la carga neurohumoral y mecánica en el sistema cardiovascular (Castaño, Echeverría y Giraldo, 2012). Se le considera como una enfermedad silenciosa y crónica degenerativa que afecta a gran parte de la población mundial, especialmente adultos mayores y mujeres. Actualmente, la HTA puede desencadenar complicaciones de mayor gravedad como nefropatías, arteriopatías periféricas, patologías cerebrovasculares y cardiovasculares, cardiopatías isquémicas, entre otras, aumentando la mortalidad a nivel mundial. Las estadísticas muestran que 1.6 millones de personas mueren cada año a causa de estas complicaciones en el Caribe y Latinoamérica, y la gran mayoría antes de los 70 años (Camacho, 2017).

“La hipertensión arterial afecta entre el 20-40% de la población adulta en Latinoamérica y el Caribe, lo que muestra que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta” (OMS/OPS, 2016, párr.2). Un estudio “realizado en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), muestra que apenas el 57.1% de la población tiene conocimiento de su enfermedad, de los cuales el 18.8% mantiene una presión arterial controlada” (OMS/ OPS, s.f., párr.4).

Datos registrados en el Centro Epidemiológico del Ministerio de Salud del Ecuador en el año 2014, “muestran 7741 casos nuevos de hipertensión, 3299 son de sexo masculino y 4442 son de sexo femenino”. Los registros nacionales indican que el 58.14% corresponde a mujeres y el 41.86% a varones. Se considera que los adultos mayores a 65 años tienen mayor riesgo de sufrir HTA con el 52.39%, sin embargo, el grupo de edad entre 36 a 64

años también muestra un porcentaje discretamente elevado de padecer HTA con el 40.36% (Galárraga, 2014). En el año 2014 en Ecuador se presenta 3572 casos de muerte por enfermedades hipertensivas, de los cuáles 1698 son de sexo masculino y 1874 de sexo femenino (MSP, 2014).

La HTA puede producirse por varios factores desencadenantes entre ellos los factores genéticos y ambientales. Se considera que la obesidad y el sedentarismo pueden ser las principales causas, debido al aumento simultáneo con los casos de hipertensión arterial en la población mundial (Galárraga, 2014).

El tratamiento se basa en medidas no farmacológicas como cambios en los estilos de vida, evitar el sedentarismo, tener una dieta baja en sal y grasas, no tabaco ni alcohol, entre otras y el tratamiento farmacológico, dependerá y será establecido según la situación de cada paciente.

A todo paciente con HTA se le tiene que monitorizar la adherencia al tratamiento, para de esta manera poder identificar si el paciente es adherente o no adherente al tratamiento. En el caso de que el paciente fuera adherente al tratamiento tendremos un control adecuado de la presión arterial, mientras que si el paciente fuera no adherente nos impulsará a implementar nuevas estrategias de salud para motivar al cumplimiento terapéutico, y así, mantener controlada la presión arterial y evitar los acontecimientos cardiovasculares.

La adherencia terapéutica se puede definir como “el grado de disciplina que tiene un paciente para tomar los fármacos prescritos más el seguimiento de una dieta saludable, los cambios en su estilo de vida y que responda a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (Maldonado, Vásquez, Ortega y Loera, 2015, p.2).

La adherencia engloba varios comportamientos terapéuticos que deben ser cumplidos como: obtener el medicamento, tomar la medicación de forma adecuada, asistir a las consultas médicas, modificar estilos de vida, entre otros, por lo cual es considerada como un proceso complejo.

El bajo nivel de adherencia terapéutica tanto farmacológica como no farmacológica es un problema muy frecuente, que a menudo se presenta en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, HTA, entre otros. En general, se considera que el 20-50% de los pacientes adultos mayores no consumen la medicación prescrita de forma adecuada (Quinga, 2017). Un estudio realizado en Cuba, sobre la asociación entre el nivel de adherencia terapéutica y el control de la presión arterial resultó poco motivador, ya que se obtuvo cifras altas de pacientes no adherentes al tratamiento y cifras bajas de pacientes con presión arterial controlada. Se encontró que el 40% de los pacientes no son adherentes al tratamiento farmacológico y el 60-90% tampoco son adherentes al tratamiento no farmacológico (Pomares, Ruiz y Vásquez, 2017).

Hoy en día, el cumplimiento terapéutico farmacológico es un grave problema entre los adultos mayores, ya que ellos poseen mayor predisposición a tener varias comorbilidades, y con ello generar un mayor riesgo a la polifarmacia, la cual según la OMS define como “el uso de tres o cinco fármacos en forma simultánea, la indicación de fármacos innecesarios y la necesidad de indicar un medicamento para suplir los efectos colaterales de otro” (Gac, 2011, p.32).

La falta de adherencia al tratamiento se puede desencadenar por varias causas que conducen a un deterioro en el estado funcional de los adultos mayores, estos pueden ser sociodemográficos como: la edad, el sexo, el nivel de instrucción, la ocupación, el estilo de vida; otros factores como la polifarmacia y los servicios de salud y del personal

también influyen en este bajo grado de adherencia terapéutica especialmente en los adultos mayores.

El bajo nivel de adherencia al tratamiento es considerado como una situación delicada en el sistema de salud pública, ya que los fracasos terapéuticos a causa de un mal apego al tratamiento, puede producir el incremento de las tasas de hospitalización conjuntamente con el aumento de los costos sanitarios (INFAC, 2011).

La medición del nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica no es sencilla, ya que se requiere de varios métodos para calcularlo y evitar la sobreestimación (Quinga, 2017). Los métodos para evaluar el grado de cumplimiento terapéutico se divide en métodos directos e indirectos. Entre los métodos indirectos tenemos los cuestionarios, los más usados en pacientes con enfermedades crónicas son el Test de Morisky-Green y el Test Martín-Bayarre-Grau:

1.- Test de Morisky-Green: valora las actitudes correctas en relación con el tratamiento farmacológico, definiendo al paciente como adherente o no adherente. “Posee una sensibilidad de 64% y una especificidad de 79%” (Angulo, 2017, p.23).

2.- Test Martín-Bayarre-Grau es un método indirecto de valoración de adherencia terapéutica, validado en la Rev.Q.Salud Pública La Habana en el 2008; incluye la valoración farmacológica y no farmacológica definiendo al paciente como adherente total, adherente parcial, y no adherente.

Finalmente, la HTA es uno de los mayores problemas de salud en el mundo, que afecta gravemente a los adultos mayores, quienes son más propensos a sufrir complicaciones por la mala adherencia terapéutica. Teniendo conocimiento sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar el nivel de adherencia terapéutica y su relación con factores sociodemográficos y la polifarmacia en pacientes adultos mayores con hipertensión

arterial que acuden al grupo “60 y piquito” y adultos mayores que acuden a controles en el Centro de Salud ubicado en parroquia de Nayón mediante la aplicación de los cuestionarios.

1.2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, se considera que la hipertensión arterial es la causa principal para el desarrollo de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares. En los países en vías de desarrollo, las patologías cardiovasculares son las complicaciones más comunes siendo las causantes de los 17 millones de defunciones anuales y de las altas tasas de morbilidad (Crespo, 2016). De igual manera, la OMS realiza una comparación entre las prevalencia de la HTA en países desarrollados y subdesarrollados, en el cual se concluye que los países de altos ingresos ha mantenido una disminución notable de prevalencia en los últimos años, indicándose que en 1980 era de 31%, y en el 2014 del 18% , esto debido a la implementación de nuevas estrategias de diagnóstico y la monitorización continua a los pacientes durante el tiempo de su tratamiento, mientras que en los países en vías de desarrollo la prevalencia en el 2014 fue de 30% (OMS, 2015), el cual en los últimos años se ha ido incrementándose, conjuntamente con la mortalidad.

Crespo (2016) indica “en Ecuador se considera que 717.529 personas presentan HTA. De cada 100.000 ecuatorianos, la OMS afirma que 1.373 sufren de esta afección. Esta cifra coincide con la Encuesta Nacional de Salud (NSANUT), una investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)” (p.4).

Esta enfermedad se produce durante todo el ciclo de vida, pero mayormente afecta a adultos jóvenes y adultos mayores, debido a los varios factores de riesgo que interactúan y desencadenan la patología.

Es así, que éste estudio busca generar información útil para determinar el nivel de adherencia terapéutica de los adultos mayores que acuden al Club “60 y piquito” y a controles en el Centro de Salud de Nayón mediante la aplicación de los dos cuestionarios

validados internacionalmente, para de esta manera poder proporcionar recomendaciones y medidas que ayuden incrementar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se considera que la mayoría de los adultos mayores padecen de esta patología y acuden principalmente a los centros de Salud, los cuales brindan atención de Primer Nivel, aquí la importancia de porque este nivel de atención debe estar capacitado para detectar inmediatamente este problema de salud y crear nuevos métodos que permitan el aumento al cumplimiento terapéutico. Lo que finalmente pretende este estudio, es demostrar que la falta de adherencia terapéutica es un problema muy común en la población y que se requiere medidas que permitan identificar rápidamente el nivel de adherencia para poder tomar medidas de control y así, disminuir las complicaciones futuras impidiendo el aumento de la tasa de morbi-mortalidad.

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1.- DESCRIPCION DEMOGRÁFICA

Nayón es conocido como uno de los pueblos más bellos del Distrito Metropolitano de Quito, debido a su colorido paisaje lleno de plantas ornamentales y medicinales que adornan las principales vías de la parroquia. Se encuentra ubicada en el al Nororiente de la capital, y es considerado como el Jardín de Quito, posee una población aproximada de 15.000 habitantes, la economía se basa principalmente en el cultivo y la comercialización de plantas, se calcula que el 41% de la población tiene actividades emprendedoras, productivas y comerciales. La parroquia ha tenido un gran desarrollo durante los últimos años, si bien se ha disminuido los cultivos y las siembras, también se ha producido un incremento notable de proyectos inmobiliarios y construcciones, lo cual de igual manera ha permitido el incremento de la economía. A pesar de estos cambios, Nayón aún mantiene la tranquilidad y el calor humano que induce que sea una de las parroquias más visitadas por los turistas.

Nayón mantiene un entorno natural que se resumen en las conocidas tres rutas de la parroquia: la ruta de las flores, la ruta del sabor y la ruta de la aventura. Esto quiere decir, que Nayón además de ser la Tierra de las Plantas, también es un lugar turístico, ya que posee diferentes espacios de recreación que permiten que los visitantes se diviertan y se relajen, al mismo tiempo que degusten de la deliciosa comida tradicional.

La parroquia es coordinada por la Junta Parroquial, la cual se encarga del bienestar de la población. Existen varios proyectos que brindan grandes beneficios a los habitantes tanto a niños, jóvenes, adultos jóvenes y mayores, entre los grupos más conocidos está el Club “60 y piquito” que es parte del Sistema Integral de Atención del adulto mayor del Distrito

Metropolitano de Quito, que tiene la finalidad de brindar beneficios como el acceso gratuito a controles de salud, accesos a actividades recreativas como cursos de baile, manualidades, salidas turísticas, entre otros, y finalmente ofrecer un trabajo digno a los integrantes que tengan la posibilidad de ejercerlo.

Es por esta razón que Nayón es considerada como una de las parroquias más hermosas y organizadas, que brinda apoyo y beneficios a sus habitantes a través de sus proyectos para de esta manera fomentar el desarrollo de la parroquia, y conjuntamente con el turismo aumentar su economía.

2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

2.2.1. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico engloba varios comportamientos terapéuticos que deben ser cumplidos por los pacientes, para así poder evitar complicaciones y con ello disminuir el índice de morbi-mortalidad.

Maldonado et al. (2015), define:

La adherencia terapéutica se puede definir como el grado de disciplina que tiene un paciente para tomar los fármacos prescritos más el seguimiento de una dieta saludable, los cambios en su estilo de vida y que responda a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (p.1).

Castaño et al. (2012), por su parte define como:

La colaboración efectiva y comprometida de los proveedores de salud, del propio paciente y de su familia, que deben llevar a resultados óptimos y efectivos en el manejo de la HTA, más allá del simple cumplimiento pasivo de las indicaciones

dadas por el personal de salud, evitando el abandono del tratamiento y acudiendo a controles programados (párr.5).

En conclusión, todas las definiciones sobre la adherencia al tratamiento tienen el mismo sentido, ya que mencionan que la adherencia es el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico, acordado entre el paciente y el personal de salud con la finalidad de controlar la patología y evitar complicaciones en el futuro. El bajo nivel de adherencia terapéutica afecta la efectividad del tratamiento aumentando las complicaciones, la tasa de morbi-mortalidad y los costos directos e indirectos para el sistema de salud (Angulo, 2017).

Se considera que un 20-50% de los pacientes adultos mayores no toman la medicación como se les indica (Vaca, 2017, p.21), este incumplimiento puede variar dependiendo el número de patologías presentes, el número de fármacos que consume, la complejidad del tratamiento, entre otros factores. La OMS deduce que la falta de cumplimiento terapéutico es un problema para la Salud Pública, ya que posee varias consecuencias negativas como aumento de los fracasos farmacológicos, incremento de ingresos hospitalarios, alto índice de mortalidad y aumento de los costos sanitarios (Vaca, 2017).

Existe una forma sencilla de clasificar a la falta de adherencia terapéutica:

- 1.- Primaria: es cuando la prescripción médica no es retirada de la farmacia.
- 2.- Secundaria: Se puede producir por varios factores como olvido de la toma del fármaco, alteración de la dosis de los medicamentos, cambio en el horario de la toma, entre otros.

2.2.2. EPIDEMIOLOGIA DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

La falta de adherencia terapéutica siempre va a estar presente independientemente de la enfermedad, del paciente o de los grupos sociodemográficos. En un metaanálisis se muestra que 1 de cada 4 pacientes no toman la medicación como se les indica, por lo cual se calcula que la adherencia media es de 75,2%. También se menciona que el nivel de

adherencia terapéutica en cada enfermedad es diferente, siendo mayor en pacientes con SIDA con el 88,3%, seguido de los pacientes con cáncer con el 79,1%. Referente a las enfermedades cardiovasculares se indica que el 39,4% de los pacientes abandonan los medicamentos determinados por el médico familiar y el 22,4% en el caso de otros especialistas (Angulo, 2017).

La OMS ha reconocido a la falta de adherencia terapéutica como una gran dificultad en el ámbito de la Salud. Un análisis realizado en algunos países en vías de desarrollo, indicó que la tasa de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica es de aproximadamente 50% en las enfermedades crónicas (Díaz, 2014), siendo este valor ligeramente mayor en los países desarrollados.

Datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, menciona que “la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos”. (Castro et al., 2009, p.3). Esto concluye que la falta de adherencia al tratamiento produce un deterioro de la enfermedad, fracasos farmacológicos, aumento de la morbi-mortalidad, disminución de la calidad de vida, consumo de múltiples medicamentos (polifarmacia) y un mayor gasto de los recursos socio sanitarios.

Otro estudio realizado muestra que el 39% de los errores en el cumplimiento de la terapia farmacológica se deben a olvidos. La probabilidad de que se produzca estos olvidos es del 80%, especialmente en aquellos pacientes que no tienen un horario establecido para la toma de los medicamentos (Castro et al., 2009), y por ende no mantenga una buena adherencia, estos casos se produce mayoritariamente en los adultos mayores, quienes por los propios cambios de la vejez mantienen un deterioro de su estado mental.

2.2.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

La falta de adherencia al tratamiento se puede producir por varios factores que pueden ser clasificados de diferente manera, por su parte Mejía (2017) le clasifica como:

Factores involuntarios como los olvidos o la confusión, y los factores voluntarios relacionados con el miedo a los efectos adversos de los medicamentos, los mitos sobre la medicación como la creencia de que es innecesaria o excesiva, las percepciones de los pacientes sobre su enfermedad y la necesidad de usar medicación” (p.10).

Por su parte Quinga (2017), lo clasifica como:

1.- Factores socioeconómicos y demográficos

Entre estos factores se encuentran la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación, la pobreza, el desempleo, el analfabetismo, las malas condiciones de vida, el costo elevado de la medicación, del transporte, de los alimentos, las largas distancias para llegar al centro de salud, las condiciones ambientales, la disfunción familiar, las culturas, las creencias, los horarios en el empleo y otros. (Quinga, 2017, p. 17- 18)

2.- Factores relacionados con los pacientes

Entre estas se encuentran las actitudes, las culturas, las creencias y las prácticas del paciente. Además, se puede incluir a los factores involuntarios como el deterioro cognitivo, las enfermedades mentales y la falta de comprensión sobre el tratamiento (Quinga, 2017).

3.- Factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria

Entre estos factores se incluyen la mala relación entre médico y el paciente, la escasez de medicamentos e insumos, el desconocimiento sobre algunas patologías y su tratamiento por parte del personal de salud, la difícil accesibilidad a la atención médica, la falta de redes de apoyo, las consultas médicas cortas, entre otros. (Quinga, 2017, p.17)

4.- Factores relacionados con la enfermedad

Entre estos se incluyen a las complicaciones que se desarrollan por la patología de base, el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida cotidiana, la difícil accesibilidad a tratamientos de mayor complejidad.

5.- Factores relacionados con el tratamiento

“Entre estos factores se encuentra la complejidad del tratamiento, los fracasos a los tratamientos anteriores, los efectos secundarios de la medicación, los cambios en el tratamiento, la polifarmacia.” (Mejía, 2017, p.22)

En fin, para mantener una buena adherencia terapéutica es necesario tratar de combatir todos los factores que impiden este cumplimiento, por lo que el personal de salud, debe brindar un ambiente de calidez y empatía, conjuntamente con una información clara y comprensible sobre los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que deben seguir, es importante mencionar los efectos secundarios y principalmente los beneficios que se van a obtener tras someterse al tratamiento. Por otro lado, se debe aclarar todas las dudas sobre los tratamientos planteados y llegar a un acuerdo con el paciente, quien deberá comprometerse a seguir el tratamiento acordado.

2.2.4. MÉTODOS PARA DETECTAR LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Existen varios métodos para calcular el grado de adherencia al tratamiento, y se clasifican en métodos directos e indirectos. Pero se debe considerar que la mayoría de estos métodos evalúan solamente la parte farmacológica dejando de lado la no farmacológica, la cual incluye cambios en el estilo de vida, modificación de la dieta, realización de ejercicio físico, entre otros, por lo tanto ningún método puede concluir definitivamente si un paciente es adherente o no adherente.

Según López, Parra, Rojas y Romero (2016) mencionan:

“entre los métodos directos se encuentran la terapia directamente observada, la medición del nivel del medicamento o su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre. En cuanto a los métodos indirectos, se encuentran los cuestionarios de autoinformes de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes, cuestionario para cuidador o tutores en caso de niños” (pp.119-120).

Los métodos directos son más específicos y objetivos, pero son caros y no se realizan a nivel de atención primaria, mientras que los métodos indirectos son más sencillos, económicos y accesibles en la atención primaria pero son menos específicos y confiables, ya que la información es reportada por el “paciente o por familiares quienes suelen sobreestimar el cumplimiento, lo cual provoca una distorsión en la evaluación realizada” (López et al., 2016, p.4), es por esta razón que en la práctica real se opta por una combinación entre los dos métodos, para así lograr obtener una medida más exacta y real sobre la adherencia terapéutica en cada paciente.

Entre los métodos indirectos, el más utilizado es el Test de Morisky Green que evalúa el cumplimiento terapéutico en enfermedades crónicas. Es un método sencillo que consta de 4 preguntas que se puede realizar durante la conversación, este test solo determina si el paciente es o no adherente a la medicación, y no evalúa los aspectos no farmacológicos asociados. El test “ha sido evaluado con una sensibilidad de 64% y una especificidad de 79%” (Angulo, 2017, p.23).

Otro de los métodos indirectos es el cuestionario Martín–Bayarre–Grau, que incluye la valoración farmacológica y no farmacológica definiendo al paciente como adherentes totales, adherentes parciales, y no adherentes. Fue validada en el 2008, en una población Cubana hipertensa, pertenecientes al Policlínico Van-Troi del Municipio Centro Habana, donde se encontró:

Un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,889 para la muestra. Los resultados de la validación de contenido permitieron considerar tres factores: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión, que explicaron el 68,72% de la varianza acumulada. Por lo tanto su uso en el campo investigativo es confiable (Castaño et al., 2012, párr.14).

2.2.5 ADULTOS MAYORES Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

El adulto mayor posee dos etapas considerando el factor edad: 1) vejez (60 a 79 años), 2) anciano (>80 años) (Capa, 2013, p.10), pero estas definiciones solamente son usadas a nivel social.

Por otro lado según las Naciones Unidas “considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de los 60 para los países en desarrollo” (González, s.f., p.27).

Al adulto mayor se le puede clasificar como “de 60-74 años en ancianos jóvenes; de 75-84 años en ancianos viejos; de 85-99 años en ancianos longevos; mayor a 100 años en ancianos centenares” (González, s.f., p.29).

Los pacientes adultos mayores sufren un proceso de envejecimiento que incluye múltiples cambios a nivel fisiológico, morfológico, mental y social, lo cual desencadena una mayor complejidad en su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Estos cambios especialmente a nivel de la fisiología, producen alteraciones en los procesos de la farmacocinética como en la absorción, distribución, metabolismo y excreción del medicamento, lo cual puede producir efectos secundarios, interacciones medicamentosas e intoxicaciones severas en caso de no eliminar correctamente el fármaco del organismo. Estos cambios, también pueden producir que la patología o el efecto de los fármacos sobre el organismo actúen de una manera atípica, por lo cual su tratamiento se torna más complejo y minucioso.

Se considera que existe una disminución de la autonomía en los adultos mayores debido al deterioro de su estado mental y social, por lo cual se requiere mayor supervisión y vigilancia para el cumplimiento del tratamiento.

Se describe que la edad avanzada no es un factor de riesgo para la mala adherencia terapéutica, pero existen estudios que indican lo contrario, mencionando que la falta de adherencia al tratamiento tanto voluntaria como involuntaria, es un problema muy común en las personas adultos mayores.

Esto es debido, en parte, a la falta de comprensión de los regímenes fármaco terapéuticos y a los olvidos, favorecidos por la elevada proporción de adultos mayores que viven solos, el deterioro de la función cognitiva, la prevalencia de comorbilidades y la polifarmacia (INFAC, 2011, p.3).

Existen otros factores que influyen en la mala adherencia terapéutica, los cuales debería también ser considerados al momento de la consulta médica, entre ellos tenemos los factores físicos incapacitantes como el déficit visual y la hipoacusia en el adulto mayor, que impiden una buena comprensión sobre el tratamiento conjuntamente con un déficit en la relación médico- paciente, provocando un mal apego al tratamiento.

2.2.6. ESTRÉS FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

La presencia de un enfermo crónico desequilibra y afecta a todos los miembros de la familia, no solo a nivel social y económico, sino también a nivel psicológico, debido a que su presencia representa el cuidado y el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico durante el resto de la vida, afectando directamente al paciente e indirectamente a los familiares, quienes de alguna manera se convierten en cuidadores del paciente. En casi todos los casos, especialmente en los adultos mayores, existe un cuidador principal que brinda el apoyo necesario al paciente para que se adhiera al tratamiento, además que se “encarga de proporcionar la dieta adecuada, de administrar o controlar la toma de medicamentos, de ayudar a realizar los ejercicios físicos y de acompañar a las consultas médicas de control necesarias” (López, 2013, p.15). Todas estas funciones del cuidador favorecen al paciente, quienes mantendrán un control adecuado de su salud, pero puede afectar de manera negativa al cuidador quienes se encuentran con mayor “sobrecarga de trabajo y mayor nivel de estrés” (López, 2013, p.14), además que se puede ver afectado sus “actividades cotidianas y sus relaciones sociales, económicas y hasta su salud”. (López, 2013, p.15)

Es por esta razón, que se recomienda que las instituciones de salud no solo organicen charlas para mejorar la salud de los pacientes, sino que también realicen estos programas para brindar apoyo y orientación a los familiares cuidadores, con la finalidad de orientar

de mejor manera el manejo del paciente y fomentar una mejor adherencia terapéutica, así como también para reducir el riesgo de enfermedades en el cuidador.

2.2.7. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES

Las estrategias para incrementar el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes adultos mayores es multifactorial y muy compleja, debido a que no solo se “brinda información y educación al paciente sino que también se debe incluir a los familiares en el proceso, ya que ellos poseen un papel importante en el cumplimiento de los tratamientos” (Quinga, 2017, p.18). Es necesario dar toda la información de forma clara y concisa de tal manera que tanto el paciente como los familiares puedan entenderlo y no quede dudas sobre las intervenciones y tratamientos. Por esta razón, es importante que el personal de salud realice un correcto y preciso diagnóstico sobre la enfermedad, además de establecer un esquema terapéutico eficaz y adecuado para cada paciente. (Quinga, 2017, p. 18)

Por otro lado, también es importante intervenir sobre los factores que dificultan el cumplimiento de la adherencia tanto a nivel personal, sanitario, socioeconómico, terapéutico, entre otros. Es trabajo del personal sanitario motivar a los pacientes al cumplimiento del tratamiento, mediante una buena relación médico-paciente y una buena información sobre la enfermedad y el tratamiento, es recomendable también mencionar los beneficios que obtendrán al regirse al tratamiento. Por otro lado, sería necesario plantear nuevas estrategias de detección para el nivel de adherencia terapéutica mediante métodos directos e indirectos, según estén disponibles. En el primer nivel de Atención sería importante implementar el uso de métodos indirectos como la aplicación de encuestas en cada consulta médica, para así poder identificar rápidamente el nivel de adherencia y poder tomar medidas de control y así, disminuir las complicaciones futuras.

2.3. POLIFARMACIA

La polifarmacia según Gac (2011) “es el uso de tres o cinco fármacos en forma simultánea, la indicación de fármacos innecesarios y la necesidad de indicar un medicamento para suplir los efectos colaterales de otro” (p.32).

Los adultos mayores son el grupo de edad que consume la mayor cantidad de medicamentos, se considera que en promedio un adulto mayor institucionalizado toma más de 5 fármacos diarios mientras que los no institucionalizado consume aproximadamente 4 medicamentos al día (Gac, 2011).

Se estima que un gran número de pacientes adultos mayores mantienen este problema, debido a que presentan varias enfermedades simultáneas, lo que obliga a ser valorados por varios médicos especialistas, y recibir tratamientos para cada molestia, aumentando así, el número de fármacos que deben consumir diariamente. Otro grave problema que contribuye en la polifarmacia es la automedicación o el consumo de medicinas herbolarias, que generalmente son promocionadas para la prevención de enfermedades o como vitaminas, sin tomar conciencia que el consumo de varios medicamentos puede producir daños en el organismo en vez de beneficios, como por ejemplo interacciones medicamentosas, reacciones adversas, intoxicaciones farmacológicas, fracasos terapéuticos, entre otros produciendo un aumento en el número de ingresos hospitalarios. En un análisis basado sobre la polifarmacia se obtuvo que el consumo de más de tres fármacos es la causa principal de 10% de emergencias hospitalarias, del 10 -17% de los ingresos hospitalarios y de los cuales 38% ponen en peligro la vida (Castro, Orozco y Marín, 2015).

En un análisis matemático realizado sobre las interacciones medicamentosas se indica que: el mayor consumo de fármacos aumenta gradualmente el riesgo de tener

interacciones medicamentosas más reacciones clínicas adversas, por ejemplo si un paciente consume 5 fármacos al día tiene la probabilidad del 50% de tener estas reacciones, mientras que si consume 7 fármacos, este riesgo aumenta hasta aproximadamente el 100% (Gac, 2011).

La complejidad de los tratamientos especialmente los farmacológicos conjuntamente con la polifarmacia conllevan a una mala adherencia terapéutica, lo cual causa el desarrollo de complicaciones, fallas terapéuticas, aumento de hospitalizaciones y de muertes en algunos casos.

En el adulto mayor, a la polifarmacia se le puede relacionar con la disminución de la reserva funcional y el deterioro cognitivo, en un meta análisis realizado con 19 estudios se evaluó el impacto de la polifarmacia en la funcionalidad encontrándose, que el consumo de más de tres fármacos incrementa el riesgo de deterioro funcional en los adultos mayores, entre ellos los medicamentos ambulatorios que más afectan dicha funcionalidad son los antidepresivos y las benzodiazepinas, mientras que en los pacientes institucionalizados los fármacos ansiolíticos e hipnóticos (zolpidem- fenobarbital) son los más implicados en este deterioro (Castro, Orozco y Marín, 2015).

2.4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.4.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La HTA es la aumento patológico de la presión arterial sistólica, diastólica o de las dos juntas, producida por la variación anormal de la carga neurohumoral y mecánica en el sistema cardiovascular (Castaño, Echeverria & Giraldo, 2012). Es una de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en la población mundial y uno de los principales factores de riesgo que conlleva a complicaciones cardiovasculares, renales, cerebrovasculares, entre otros, provocando un aumento en la tasa de morbi-mortalidad a nivel mundial.

La última guía publicada por el American Heart Association (AHA), Colegio Americano de Cardiología (ACC) y las asociaciones médicas de Estados Unidos en el 2017 recomiendan los siguientes parámetros para poder dividir a la presión arterial (tabla 1). En la nueva guía se menciona la eliminación de la categoría “prehipertensión” mantenida anteriormente por la (JNC7 en el 2003) y se añade tres niveles de severidad para la HTA.

Se considera que el grupo de los pre-hipertensos presentes en guía JNC7 poseen el doble de riesgo de padecer infarto de miocardio, por lo cual estos pacientes no pueden ser considerados sanos, es por esta razón que la guía AHA 2017, le clasifica a este grupo de pacientes como hipertensos en estadio I, lo cual no necesariamente significa la necesidad de tomar medicación diaria, sino que más bien es un signo de alarma que informa al paciente que debe controlar su presión arterial generalmente con medidas generales, como con una dieta adecuada, evitando el sedentarismo, la obesidad, entre otros (Folgarait, 2017).

Tabla 1. Comparación de la Clasificación de la HTA según la JNC7 y el ACC/AHA 2017)

Presión Sistólica y Diastólica (mmHg)	Guía JNC7	Guía 2017 ACC/AHA
<120 y <80	Normal	Normal
120-129 y <80	Prehipertensión	Elevada
130-139 o 80-89	Prehipertensión	Hipertensión Estadio 1
140-159 o 90-99	Hipertensión Estadio 1	Hipertensión Estadio 2
≥160 o ≥100	Hipertensión Estadio 2	Hipertensión Estadio 3

Nota: Folgarait, A. (22 de noviembre de 2017). *Congreso AHA: Controversia por cambios en guía de hipertensión arterial.*

2.4.2 EPIDEMIOLOGIA

En la epidemiología se considera que:

“la HTA es un problema de salud pública mundial, es uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares que causa 9.4 millones de muertes en el mundo, por lo que se la considera como la primera causa de mortalidad, seguido del tabaquismo en segundo lugar y la diabetes en tercer lugar. Alrededor de 1.000 millones de personas sufren de HTA a nivel global, siendo el principal factor de riesgo para enfermedad coronaria y accidente cerebro-vascular (ACV), además está asociada a casi la mitad de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) y a dos tercios de ACV” (Camacho, 2017, p.7).

Además, según datos obtenidos de la (OMS/OPS, 2016). “La hipertensión arterial afecta entre el 20-40% de la población adulta en Latinoamérica y el Caribe, lo que muestra que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta” (párr.2)

Se considera que a nivel mundial la HTA solo se diagnostica en dos de tres pacientes, de los cuales solo el 53,6 % recibe un tratamiento apropiado y solo el 27% logra un control adecuado. (López, 2013, p.6)

Según (OMS/ OPS, s.f.). “En un estudio realizado en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), muestra que apenas el 57.1% de la población adulta sabe que tiene hipertensión, de los cuales el 18.8% mantiene una presión arterial controlada” (párr.4)

2.4.3 CAUSAS

1.- Primaria: Es multifactorial y de origen desconocido, se produce por el incremento de la presión arterial a causa de una variación del flujo de sangre dentro de vasos sanguíneos. Se determina por el gasto cardiaco (volumen sistólico y frecuencia cardiaca) y la resistencia vascular periférica (estructura vascular y función vascular) (Crespo, 2016).

2.- Secundaria: Se produce como consecuencia de alguna patología primaria o por consumo de medicamentos que puedan desencadenar HTA, entre ellos tenemos nefropatías, tumores renales, patologías endocrinas, consumo de anticonceptivos orales, hipertensión en el embarazo, coartación de la aorta, alteraciones suprarrenales, trastornos neuronales, entre otros.

2.4.4 FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores de riesgo que predisponen a desarrollar hipertensión arterial, los cuales conjuntamente pueden aumentar los riesgos de sufrir complicaciones severas. Estos factores pueden ser clasificados como modificables y no modificables, entre los no modificables tenemos la edad, el género, la herencia familiar, la raza, y en los factores modificables tenemos el consumo excesivo de sal, la obesidad o sobrepeso, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, el estrés de la vida diaria, el mal hábito alimenticio, entre otros. Además, existen factores metabólicos como la diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia que aumentan directamente el riesgo de complicaciones a nivel de órganos blancos (Camacho, 2017). Entre los individuos con

factores no modificables, se considera que las personas de edad más avanzada, el sexo femenino y los afrodescendientes poseen mayor riesgo de padecer HTA.

2.4.5 FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la HTA primaria es compleja y no totalmente conocida, ya que existen múltiples vías y mecanismos que pueden desencadenarla.

La presión arterial es la tensión que se produce en la pared de los vasos sanguíneos durante el paso de fluido de sangre, está determinada por el débito cardíaco y la resistencia periférica total. “El débito cardíaco depende de la contractibilidad miocárdica y del volumen circulante intra-torácico. A su vez, la resistencia periférica depende del tono del árbol arterial y de las características estructurales de la pared arteria” (Tagle, 2017, p.13).

En el Gráfico 1, se muestra los múltiples mecanismos de regulación de la presión arterial y factores que desencadenan su aumento.

Gráfico 1

FISIOPATOLOGÍA Y REGULACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

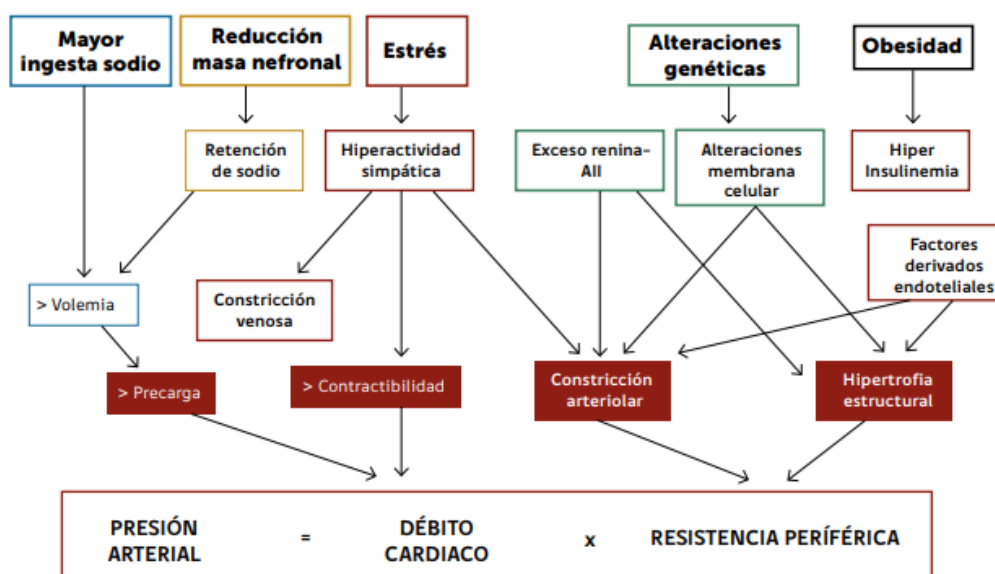


Gráfico 1: Fisiopatología y regulación de la presión arterial (Tagle, 2017, p.13)

2.4.6 SÍNTOMAS Y DIAGNOSTICO

La Hipertensión Arterial se puede presentar como sintomática o asintomática, por lo que se le puede considerar como una enfermedad silenciosa, ya que en las etapas iniciales no siempre posee síntomas específicos.

Actualmente, se conoce que la mayoría de los pacientes hipertensos no tiene síntomas tempranos, más bien estos suelen aparecer tardíamente cuando ya existe complicaciones y daño en órgano blanco como cerebro, corazón, riñón, y otros, por ejemplo la hipertensión puede causar dolor de pecho, cefalea intensa, dificultad respiratoria, hemorragia nasal, hemorragia conjuntival, mareos, vómitos , edemas, entre otros. Es importante no ignorar estos síntomas, ya que pueden ser una señal de complicación (Camacho, 2017)

Es importante detectar a tiempo la HTA, para de esta manera poder iniciar el tratamiento inmediatamente y poder evitar complicaciones futuras. El diagnóstico consta en la medición de la presión arterial en la consulta médica. Se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta cifras mayores o iguales a 140/90mmHg según la JNC 7 y valores de mayores o iguales a 130/80mmHg según el ACC/AHA 2017.

Actualmente, hay varias recomendaciones sobre el método y el número de mediciones para diagnosticar HTA, pero la mayoría se rige a las recomendaciones determinadas por el AHA, el cual recomienda:

1.- Preparación adecuada del paciente

“Para realizar la medición de la PA, las personas deben estar en reposo al menos 5 minutos, vaciar la vejiga urinaria y por lo menos 30 minutos antes no realizar ejercicio físico intenso, fumar, tomar café ni ingerir alcohol”. (Tagle, 2017, p.15)

2.- Utilizar una técnica de medición correcta para la presión arterial

El tensiómetro debe estar calibrado, se debe utilizar el tamaño del manguito correcto (la cámara de aire debe cubrir el 80% del brazo). Referente al paciente, este debe encontrarse sentado con los pies separados, y el brazo apoyado sobre una mesa.

3.- Realizar la medición correcta de la presión arterial

Se debe medir la presión arterial en ambos brazos, y el que mantenga lecturas más elevadas será el brazo base en el cual se realice las siguientes mediciones. Luego se realiza

Un mínimo de 2 mediciones en intervalos de al menos 1 minuto, y el promedio de esas lecturas debe ser usado para representar la PA del paciente. Si hay diferencia entre la primera y la segunda medición mayor a 5mmHg, deben ser obtenidas 1 o 2 mediciones adicionales, y a continuación, se utiliza el promedio de estas lecturas múltiples (Tagle, 2017, p.15)

4.- Registrar correctamente las mediciones de la presión arterial considerando que el primer sonido de Kororkoff se trata de la presión arterial sistólica y el quinto ruido (último de los sonidos) representa la presión arterial diastólica.

5.- Obtener el promedio de las lecturas de la presión arterial y entregar los valores medios al paciente.

Se debe considerar que aparte de las mediciones en la consulta externa, también existen otros dos tipos de métodos de medición de la presión arterial ambulatoria que aportan datos para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de la HTA que son: el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) y los autocontroles domiciliarios

1.- El MAPA es un método de gran ayuda que aporta grandes ventajas pero se le considera de difícil accesibilidad principalmente por el alto costo. Las principales ventajas son:

- Registro de la variabilidad de la presión arterial (PA).
- Detecta la HTA de delantal blanco y la HTA enmascarada.
- Detecta la hipertensión resistente a medicamentos.
- Detecta la hipotensión secundaria a la utilización de fármacos antihipertensivos
- Detecta la hipertensión episódica y de disfunción autonómica.
- Determina la PA durante el sueño (PA nocturna) y durante el trabajo.
- Determina el pronóstico de los pacientes hipertensos. (Tagle, 2017, p.17).

Según la guía europea, menciona que presión arterial nocturna está elevada cuando posee valores superiores o iguales a $>120/70$ mmHg, además que en “numerosos estudios se ha confirmado el papel predictor de la HTA nocturna para eventos cardiovasculares y como inductor de daño de órgano blanco en diversos territorios: cardíaco, renal y vascular” (Tagle, 2017, p.17). A pesar de poseer grandes ventajas el MAPA es solo recomendado por las guías británicas, por lo cual la medición de la presión arterial en la consulta sigue siendo la más aceptada.

2.- Autocontroles domiciliarios: El JNC VI menciona que las mediciones de la presión arterial fuera de la consulta ayudan a confirmar el diagnóstico de Hipertensión Arterial y más adelante evaluar la respuesta al tratamiento. Para la medición se debe tomar en cuenta las mismas recomendaciones que se realizan en la toma de PA en la consulta externa. Se recomienda tomar dos lecturas con intervalo de 1 minutos en la mañana (antes de tomar los fármacos) y en la noche (antes de la merienda), cuando mediante este método los pacientes mantenga valores de “presión arterial superiores a 135/85 mmHg se les

considera hipertensos” (Tagle, 2017, p.17). Este método posee varias ventajas como, diferencia la HTA permanente de la HTA de delantal blanco, evaluar el tratamiento antihipertensivo, ayuda a mejorar la adherencia farmacológica y el control de la HTA. Esta técnica brinda una información similar al MAPA con excepción de la presión arterial nocturna.

Según al artículo publicado por el Dr. Rodrigo Tagle en el 2017, se menciona criterios para el diagnóstico de Hipertensión Arterial como:

1.- Se considera hipertenso a un paciente que en la primera visita médica presenta presiones de PAS ≥ 180 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg, o presencia de daño de órgano blanco o una emergencia hipertensiva.

2.- Cuando en la primera visita a la consulta, dos mediciones de presión arterial con intervalo de 1-2 minutos es $\geq 140/90$ mmHg, se recomienda:

- Realizar otro control de la presión arterial en la consulta en 15 días o un mes o establecer el método MAPA

- Realizar mediciones de la presión arterial fuera de la consulta, ya sea MAPA o automedición de la presión arterial

3.- Si en la segunda visita la PA en consulta es $\geq 160/100$ mmHg, se establece el diagnóstico de HTA. En el caso de PA $< 160/100$ mmHg, se recomienda mediciones de la PA fuera de la consulta o una nueva visita dentro de 15 días o un mes.

4.- Después de la cuarta visita persiste con PA $\geq 140/90$ mmHg, se establece ya el diagnóstico de HTA (Tagle, 2017, p.18).

2.4.7 TRATAMIENTO

El tratamiento se basa tanto en medidas farmacológicas como no farmacológicas.

Entre los no farmacológicos la OMS plantea algunas recomendaciones importantes para la prevención y el tratamiento de la HTA.

Dieta saludable: reducir el consumo de sal (<5 gramos al día), reducir el consumo de grasas en general especialmente las saturadas, evitar el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, incrementar el consumo de frutas y hortalizas por lo mínimo cinco porciones diarias, tomar líquidos preferiblemente no azucarados. Realizar ejercicio físico por lo menos durante 30 minutos al día por cinco días a la semana, para mantener el peso adecuado y evitar el estrés (Camacho, 2017).

Para el inicio del tratamiento farmacológico el American Heart Association (AHA) menciona que los agentes antihipertensivos de primera línea son diuréticos, calcio antagonistas, (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II).

Se recomienda que en pacientes hipertensos grado I y con un objetivo de PA <130/80 se debe iniciar el tratamiento con un solo fármaco hipotensor equilibrando la dosis adecuada. En cambio, si el paciente posee hipertensión grado II o una PA mayor a 20/10 mmHg sobre la PA objetivo, se recomienda iniciar el tratamiento con dos fármacos antihipertensivos de primera línea pero de diferente grupo.

Por otro lado, las nuevas guías americanas de Hipertensión Arterial (JNC8) mencionan las siguientes recomendaciones:

Recomendación 1: pacientes mayores o iguales a 60 años, iniciar tratamiento farmacológico cuando la PAS sea \geq a 150 mm Hg o PAD sea \geq a 90 mm Hg. Controlar

de la presión arterial continuamente, la cual debe ser menor a 150 /90 mmHg (Camacho, 2017).

Recomendación 2: en pacientes menores a 60 años, iniciar tratamiento farmacológico antihipertensivo cuando la PAD sea mayor o igual a 90 mmHg. Para el control se debe mantener un valor menor a 90 mmHg en la presión diastólica (Camacho, 2017).

Recomendación 3: en pacientes menores a 60 años, iniciar tratamiento farmacológico antihipertensivo cuando la PAS \geq a 140 mm Hg. Para el control se debe mantener un valor menor a 140 mmHg en la presión sistólica (Camacho, 2017).

Recomendación 4: Pacientes mayores a 18 años con enfermedad renal crónica, iniciar tratamiento farmacológico antihipertensivo cuando la PAS sea \geq a 140 mm Hg o PAD sea \geq a 90 mmHg. Controlar la presión arterial, la cual debe ser menor a 140 /90 mmHg (Camacho, 2017).

Recomendación 5: Pacientes mayores a 18 años y con diabetes mellitus, iniciar tratamiento farmacológico antihipertensivo cuando la PAS sea \geq a 140 mm Hg o PAD sea \geq a 90 mmHg. Controlar la presión arterial, la cual debe ser menor a 140 /90 mmHg (Camacho, 2017).

Recomendación 6: Todos los pacientes con o sin comorbilidades a excepción de los afrodescendientes, se debe iniciar el tratamiento inicial antihipertensivo con un diurético tiazídico, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II) o un bloqueador de los canales de calcio (BCC) (Camacho, 2017).

Recomendación 7: En los pacientes afrodescendientes con o sin comorbilidades, el tratamiento inicial antihipertensivo es con un diurético tiazídico o un BBC (Camacho, 2017).

Recomendación 8: Pacientes mayores de 18 años, hipertensos, afrodescendientes más enfermedad renal crónica, el tratamiento de elección incluye un antagonista de los receptores de angiotensina II o un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina para mejorar los eventos renales (Camacho, 2017).

Recomendación 9: El objetivo principal de los tratamientos es controlar los valores de presión arterial. Si con el tratamiento establecido durante un mes, la presión no se logra controlar, se recomienda incrementar la dosis del fármaco o empezar a utilizar otro fármaco de primera línea, hasta alcanzar los valores de presión arterial deseados. Si, a pesar de mantener un tratamiento con dos fármacos la presión no cede se recomienda agregar un tercer fármaco, pero manteniendo la precaución de no juntar un IECA con un ARA II. Se puede usar medicamentos de otra clase (no primera línea) si la presión arterial meta no puede alcanzarse, o existe alguna contraindicación, luego es recomendable referir al paciente a un especialista para evitar complicaciones (Camacho, 2017).

Es importante mantener un correcto y temprano tratamiento antihipertensivo, ya que ayuda en la prevención de complicaciones y a disminuir el riesgo de mortalidad.

Además, es importante recalcar que antes de iniciar un tratamiento farmacológico es necesario realizar exámenes de laboratorio como: electrocardiograma, EMO, glucosa en sangre, biometría hemática, química sanguínea, calcular el valor de filtración glomerular, perfil lipídico (HDL, LDL, colesterol total, triglicéridos), entre otros con la finalidad de detectar si existe o no daño de órgano blanco y posteriormente establecer el tratamiento más adecuado para el paciente. Estos exámenes de laboratorio, también deben ser repetidos cada cierto tiempo para control y seguimiento de la patología.

2.5. ADULTO MAYOR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Un estudio realizado en Colombia muestra una alta prevalencia de Hipertensión Arterial en adultos mayores, el 19,6 % para el grupo de edad entre 60 a 64 años y el 20,6 % para los de 65 a 69 (García, Cadena, Segura y Garzón, 2016, p.1)

En otra investigación realizada en Antioquia en el 2012, se expuso que las enfermedades crónicas son las que afectan en mayor medida a los adultos mayores, de las cuales la HTA encabeza la lista, seguida de la diabetes, las enfermedades articulares, pulmonares, renales, entre otros. La misma investigación muestra que el 59,7% de la población adultos mayores han sido diagnosticados de hipertensión arterial, lo que quiere decir que 2 de 3 adultos mayores lo tienen. (García et al., 2016). Es por esta razón, que esta patología debe ser diagnosticada y manejada tempranamente, ya que con el pasar del tiempo, la enfermedad de base puede desarrollar complicaciones y repercusiones sociales y económicas.

Por otro lado, según aspectos fisiológicos, se considera que la presión arterial mantiene un incremento progresivo con la edad y de igual manera un modelo de presentación distinto, por ejemplo, a partir de los 50 años la presión arterial diastólica tiende a disminuir mientras que la presión arterial sistólica mantiene un aumento continuo, produciendo el incremento de la presión de pulso (Salazar, Rotta y Itiniano, 2016, p. 1).

El mecanismo por el cual la presión arterial sistólica mantiene un aumento progresivo, se determina por la rigidez de las arterias de conducción principalmente la aorta, lo cual se produce por aumento de las fibras de colágeno rígidas, la disminución de elastina y la presencia de calcificaciones. Estos cambios vasculares estructurales, producen que los vasos sean menos distensibles, lo que provoca que la velocidad de la onda de pulso generado tras cada latido del corazón hacia la periferia y viceversa sea más rápido,

produciendo que el retorno de la onda alcance el corazón más ligeramente, es decir durante la sístole en vez de la diástole, provocando finalmente el aumento de la presión sistólica y disminución de la presión diastólica (Salazar et al., 2016). Es por esta razón, que en los adultos mayores puede predominar mayoritariamente la Hipertensión Arterial Sistólica Aislada, en aquellos adultos mayores de 60 a 80 años ocurre en un 80%, mientras que en los mayores a 80 años aumenta al 90% (Salazar et al., 2016).

Finalmente, se puede concluir, que la HTA es una patología muy prevalente en pacientes adultos mayores y uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de patologías cardiovasculares, cerebrovasculares (isquémicos y hemorrágicos) que contribuye en el desarrollo de demencia vascular y enfermedad de Alzheimer . Se considera que la hipertensión arterial sistólica aislada es la forma dominante en este grupo de edad, debido al desarrollo de la rigidez arterial continua y el aumento de la carga aterosclerótica de los vasos de conducción, que se producen como un cambio fisiológico de la edad.

2.6. ADHERENCIA TERAPÉUTICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En un estudio realizado en Argentina en el 2015, con pacientes hipertensos esenciales se encontró que el 48,6% de los pacientes eran adherentes mientras que el 51,9% no lo era, estos resultados permitieron concluir que el bajo nivel de adherencia terapéutica se relaciona directamente con el bajo control de la presión arterial“ (Quinga, 2017).

La Hipertensión Arterial es una afección crónica que requiere un tratamiento farmacológico y no farmacológico durante toda la vida, sin embargo, existen evidencias científicas que muestran que estos pacientes poseen varias dificultades para su

adherencia, lo cual provoca un mal control de la enfermedad y al mismo tiempo el incremento de complicaciones.

Un estudio realizado en Cuba, sobre la asociación entre el nivel de adherencia terapéutica y el control de la presión arterial resulto poco motivador, ya que se obtuvo cifras altas de pacientes no adherentes al tratamiento y cifras bajas de pacientes con presión arterial controlada. Se obtuvo que el 40% de los pacientes no son adherentes al tratamiento farmacológico y el 60-90% tampoco son adherentes al tratamiento no farmacológico (Pomares et al., 2017).

Existen controversia, entre si los pacientes de edad más avanzada se adhieren o no totalmente al tratamiento. Pomares et al. (2017) en su artículo compara varias ideas referentes al grado de adherencia terapéutica entre ellos que los pacientes mayores a 60 años poseen mayor adherencia terapéutica, debido a que las múltiples afecciones y síntomas presentes impiden que ellos olviden las tomas de medicamentos y por ende no abandonen su tratamiento, por otro lado, también menciona que los pacientes de mayor edad incumplen más el tratamiento, ya que poseen mayor riesgo de olvidos en la toma de medicamentos (Pomares et al. 2017). Estas dos opiniones crean una gran discrepancia, pero el autor muestra una tercera evidencia que aclara esta controversia e indica que “el tiempo de evolución de la HTA, a menudo es prolongado, y los tratamientos de larga duración constituyen otro factor contribuyente al incumplimiento de la terapéutica” (Pomares et al. 2017, p.6).

Por lo antes mencionado, se considera importante relacionar el envejecimiento con los tratamientos de larga duración y con el grado de cumplimiento terapéutico en pacientes adultos mayores que tengan enfermedades crónicas como HTA, ya que las personas de edad avanzada poseen mayores cambios fisiológicos, como pérdida de memoria y

autonomía que impide que puedan adherirse a un tratamiento terapéutico de larga duración de forma independiente. .

Es importante crear un mejor conocimiento sobre lo que en verdad es la Hipertensión Arterial, sus causas, consecuencias y como afecta el estilo de vida. Sería de gran ayuda brindar una mejor educación y crear conciencia en los pacientes y familiares, para que se puedan adoptar comportamientos más saludables, que permitan un mejor cuidado y mantenimiento de la salud en el paciente, además que permita incrementar el grado de adherencia terapéutica, para de esta manera lograr disminuir las complicaciones y la tasa de morbi-mortalidad.

CAPITULO III

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de adherencia terapéutica y su relación con la polifarmacia y factores sociodemográficos como la edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, y estilos de vida que existe en pacientes adultos mayores con HTA que acuden al Club “60 y piquito” y a controles en el Centro de Salud de la Parroquia de Nayón, mediante la aplicación del test Martin Bayarre Grau y Morisky-Green

CAPITULO IV

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Calcular el Grado de adherencia a los tratamientos farmacológicos mediante la aplicación de los cuestionarios Morisky Green Levine y Martin Bayarre Grau en pacientes adultos mayores que sean diagnosticados de HTA.
2. Analizar la relación que existe entre algunos factores sociodemográficos y la polifarmacia medidos con los cuestionarios y el nivel de Adherencia Terapéutica.
3. Identificar cuáles pacientes adultos mayores poseen mayor grado de adherencia si los que asisten al Club “60 y piquito”, o lo que acuden al Centro de Salud.
4. Encontrar si existe o no relación entre los resultados de los dos cuestionarios aplicados y analizar su efectividad para la identificación de pacientes adherentes o no adherentes.

4.2.- HIPÓTESIS

1. - La adherencia terapéutica es un método complejo que se relaciona con varios factores sociodemográficos. Se plantea que a mayor edad menor será el grado adherencia terapéutica, además que el sexo femenino posee mayor cumplimiento en las terapias farmacológicas.

2. - La polifarmacia es un factor que se relaciona con la menor adherencia terapéutica, en los adultos mayores se mantiene este problema, ya que ellos son más propensos a tener mayores comorbilidades y por ende a recibir mayor cantidad de fármacos, lo que afecta su adherencia.
3. - Los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Nayón, mantienen mayor grado de adherencia terapéutica que los que asisten solo al Club “60 y piquito”, ya que los primeros reciben mayor información y además, poseen controles y seguimientos continuos.
4. - Los dos cuestionarios aplicados nos dan resultados similares y una relación positiva.

CAPITULO V

MÉTODOS E INSTRUMENTOS

5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	TIPO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Adherencia Test Morisky-Green	Calcula el grado de disciplina que tiene un paciente para tomar los fármacos prescritos más el seguimiento de una dieta saludable, los cambios en su estilo de vida y que responde a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.	Cualitativa	Según la Adherencia a) Paciente Adherente (0) b) Paciente no Adherente (1,2,3,4)	Distribución Porcentual	Según las puntuaciones de cada literal. 1) 0 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4
Adherencia Martin Bayarre Grau.	Es el grado de disciplina que tiene un paciente para tomar los fármacos prescritos más el seguimiento de una dieta saludable, los cambios en su estilo de vida y que responde a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.	Cualitativa	Según Adherencia a) Paciente Adherente b) Paciente Parcialmente Adherente c) Paciente no Adherente	Distribución Porcentual	Según las puntuaciones de cada literal. a) Total de 38 a 48 puntos b) Parcial de 18 a 37 puntos c) No adheridos de 0 a 17 puntos
Edad	Tiempo de vida de una persona	Variable Categórica (intervalos)	Según la edad biológica. a) Adulto Mayor Joven b) Adulto Mayor Medio	Distribución Porcentual	a) 60 a 74 años. b) 75 a 84 años. c) 85 años en adelante.

			c) Adulto mayor Maduro		
Sexo	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y biológicas que caracterizan cada sexo.	Cualitativa	Según el sexo biológico	Distribución Porcentual	a) Hombre b) mujer
Nivel de escolaridad	Certificación de haber culminado exitosamente algún programa de estudios en alguna institución educativa.	Cualitativa	Según el nivel de escolaridad	Distribución Porcentual	a) Analfabeto b) Primaria Incompleta c) Primaria completa d) Secundaria Incompleta e) Secundaria Completa f) Tercer Nivel
Ocupación	Actividades que realiza una persona para tener recompensa económica	Cualitativa	Actividad que realiza	Distribución Porcentual	a) Trabajo activo b) Jubilado c) Ama de Casa d) Otros
Años diagnosticada la enfermedad	Tiempo que posee la patología independiente del tratamiento	Variable Categórica (intervalos)	Depende los años de enfermedad	Distribución Porcentual	a) <1 año b) 1-5 años c) 5-10 años d) 10- 15 años e) 15-20 años f) >20 años
Dieta con poca sal	La dieta hiposódica es recomendada para personas que sufren de hipertensión e	Cualitativa	Dieta con poca sal	Distribución Porcentual	a) Si b) no

	insuficiencia cardíaca. Esta dieta engloba a los programas de alimentación que contienen nada más que 2 a 2.5 gramos de sal				
Consume grasa animal	Son las grasas obtenidas a partir de animales, han sido relacionadas con los problemas cardiovasculares, sin embargo no todas pueden considerarse igual de perjudiciales ya que varían en composición, saturación y ratio cis-trans.	Cualitativa	Consumo de grasa animal	Distribución Porcentual	a) si b) no
Realiza ejercicio físico	La actividad física disminuye el riesgo cardiovascular. Se recomienda realizar ejercicio físico por lo menos tres veces a la semana durante 30 minutos.	Cualitativa	Realiza o no ejercicio	Distribución Porcentual	a) si b) no
Polifarmacia	Uso de varios fármacos (mayor a tres) simultáneamente en el mismo día.	cualitativa	Consumo de tres o más fármacos	Distribución Porcentual	a) si b) no

5.2. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

5.2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal tipo encuesta, para determinar el nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores con diagnóstico de HTA que acuden a los grupos y al Centro de Salud de Nayón, en el periodo junio a julio del 2018.

La metodología se consideró apropiada, ya que se recogió los datos mediante la aplicación de los cuestionarios Morisky Green Levine y Martin Bayarre Grau, luego se analizó los datos en el programa EPI-INFO, y se estableció la asociación entre las variables. Es de tipo transversal, ya que la investigación se realizó en un momento del tiempo sin seguimiento, junio a julio 2018

5.2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en pacientes adultos mayores que acuden a controles en el Centro de Salud de la Parroquia de Nayón, y en los adultos mayores que asisten al Club “60 y piquito “, pertenecientes al Sistema Integral de Atención del adulto mayor del Distrito Metropolitano de Quito, coordinado en la parroquia por La Junta Parroquial Nayón.

Las facilidades fueron la accesibilidad a los pacientes, ya que tanto los grupos de “60 y piquito” como los adultos mayores que acuden al Centro de Salud, suelen reunirse en días y lugares específicos dentro de la misma parroquia.

5.2.3. MUESTRA

No se utilizó muestreo, ya que se estudió todo el universo, se trabajó con todos los adultos mayores que acuden al centro de Salud de la parroquia de Nayón, y al Club “60 y piquito”

pertenece al Distrito Metropolitano de Quito y coordinado en la parroquia por La Junta Parroquial Nayón. El total de integrantes adultos mayores en los Grupos “60 y Piquito” y adultos mayores que asisten al Centro de Salud es de 170, de los cuales 106 pacientes han sido diagnosticados de Hipertensión Arterial y mantienen un control con tratamiento farmacológico y no farmacológico. El número de la muestra es representativa para realizar el estudio.

5.2.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores (mayor a 60 años) con diagnósticos establecidos de HTA con o sin comorbilidades.
- Pacientes que mantengan tratamiento farmacológico por lo menos 3 meses
- Pacientes que asisten a los grupos de Adulto Mayor (60 y Piquito) y adultos mayores que asisten a controles en el centro de salud ubicado en la parroquia de Nayón.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de HTA, de menos de 3 meses.
- Pacientes con HTA con tratamiento farmacológico menor a de 3 meses.
- Pacientes que se no deseen firmar el consentimiento informado ni ser parte del estudio.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica confirmada

5.3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

5.3.1. TÉCNICAS PARA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos, se acudió a las diferentes reuniones realizadas por el Club “60 y piquito”, en donde se aplicó los test propuestos anteriormente.

Para los pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Nayón, se les convocó a una reunión informativa, donde simultáneamente se les aplicó los cuestionarios.

Los cuestionarios de Morisky Green Levine y Martin Bayarre Grau, fueron contestados por cada paciente, luego de haber firmado en consentimiento informado, en el cual el paciente aceptó ser parte del estudio.

5.3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos recolectados de las encuestas fueron ingresados y analizados en el programa EPI-INFO, para el análisis se aplicó la estadística univariada, en la que se calculó la distribución de las variables calculando la mediana, media y desviación estándar para las variables cuantitativas, y frecuencia absoluta, frecuencia relativa para las variables cualitativas. Se relacionó los factores sociodemográficos y la polifarmacia con los resultados obtenidos por el Test Morisky Green Levine, el cual nos provee datos positivos o negativos de la adherencia, se utilizó la estadística bivariada , conjuntamente con la estadística Chi 2 y el valor de $p < 0.05$ como medida de significación. Para medir la concordancia que existe entre los dos cuestionarios se aplicó el valor de Kappa de Cohen's.

5.3.3. ASPECTOS BIOÉTICOS

Para la realización de este trabajo de investigación, se tomó en cuenta todos los principios de bioética aplicables en investigaciones que incluyan seres humanos, con el objetivo de garantizar el debido respeto a las personas participantes.

Antes de realizarse el estudio, este fue evaluado por el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Se especifica que la participación en la investigación, NO representa, ni conlleva a ningún tipo de riesgo, ya sea actual o futuro derivado del estudio.

Antes de realizar las encuestas el paciente debió firmar un consentimiento informado según el formato de la OMS, en donde se describe claramente todo el proceso de la investigación, la metodología, los riesgos y beneficios que este podría conllevar. Hay que recalcar que cada paciente participó en la investigación por decisión propia, no tuvo ninguna obligación, ni presión de participar en el mismo. A los participantes que no desearon participar se les respetó su decisión, sin quitar derecho o afectar sus actividades dentro de los Grupos de Adulto Mayor “60 y piquito” y en el Centro de Salud de Nayón. Además, cabe mencionar que la información adquirida de los participantes, será manejada confidencialmente solo por el investigador y por los organismos de evaluación de la PUCE

CAPITULO VI

MARCO ADMINISTRATIVO

6.1 Recursos humanos

Para el estudio se requirió adultos mayores de 60 años en adelante. Los pacientes colaboradores fueron los que asisten al Grupo de Adulto Mayor (60 y piquito) y a controles en el Centro de Salud de Nayón. Se recolectó 106 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial que mantienen un tratamiento farmacológico y no farmacológico durante el periodo junio- julio 2018.

6.2 Materiales

Se utilizó materiales autofinanciados por la investigadora, como la papelería para las encuestas, computadora, memorias USB, esferos, libros y revistas médicas que serán necesarios para llevar a cabo el estudio.

6.3 Recursos institucionales

El estudio contó con la participación del director de tesis y la egresada de la PUCE, con la colaboración de los adultos mayores quienes fueron el recurso humano de estudio.

6.4 Recursos financieros

Los recursos económicos y financiamiento de la investigación corrieron a cargo de la investigadora. El presupuesto contado fue de aproximadamente \$500.

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Refrigerios para cada paciente	120	2.50	300
Movilización/Gasolina	5	10	50
Resma de papel	1	5	5
USB	1	10	10
Tensiómetro Marca Welchallyn	1	120	120
Fonendoscopio Litman	1	90	90
Esferos, lápices	20	0.50	10
Archivador	1	5	5
Internet	30	1	30
Traducción al inglés del estudio	80	1	80
copias de los cuestionarios	600	0.05	30
Impresiones finales, empastado, cds	2	100	100
TOTAL			830

5.5 Cronograma (Año 2018)

Actividad	inicio	Final	03-08 julio	09-15 julio	16-22 julio	23-31 julio	01-05 agosto	6-12 agosto	13-20 agosto
Marco teórico, métodos, etc.	03/07	08/07							
Encuestas Adulto Mayor Parque Nayón	09/07	15/07							
Encuesta adulto mayor (Manualidades)	16/07	22/07							
Encuesta adulto mayor (S:F Tanda)	23/07	31/07							
Encuestas adulto Mayor (C.S.Nayón)	01/08	05/08							
Tabulación de datos, resultados, conclusiones discusión	06/08	12/08							
Revisión del trabajo, correcciones	13/08	20/08							

CAPITULO VII

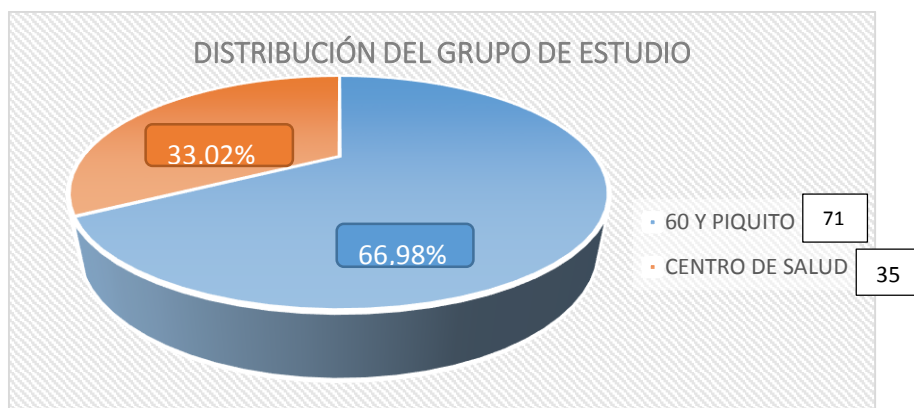
RESULTADOS

Los datos recolectados fueron obtenidos mediante la aplicación de las encuestas (test de Morisky Green y test de Martín Bayarre Grau) a los pacientes adultos mayores diagnosticados de Hipertensión Arterial que acuden al Club “60 y piquito” y a controles en el Centro de Salud de Nayón durante el periodo junio y julio del 2018. Se obtuvo una muestra de 106 pacientes, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Según los objetivos planteados para el estudio, se obtuvo los siguientes resultados:

6.1 Análisis Univariado

El grupo de estudio fue de 106 pacientes y está conformado por pacientes adultos mayores hipertensos que acuden al Club 60 y piquito y a controles en el Centro de Salud de Nayón, y su distribución se representa en el grafico 2. Siendo el 66,98% de pacientes los que acuden al Club 60 y piquito y el 33, 02% que asisten a controles en el Centro de Salud.

Gráfico 2.



Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club “60 y piquito” y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018.

El análisis univariado de las variables recolectadas en el universo se representa en la tabla 2, mientras que la distribución de las variables individualmente tanto del Club 60 y piquito y Centro de salud de Nayón en la tabla 3.

Tabla 2.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES VALORADAS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CLUB 60 Y PIQUITO Y A CONTROLES EN EL CENTRO DE SALUD DE NAYÓN.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N (%) 106 (100%)
EDAD	
60-74 AÑOS	56 (52,83%)
75-84 AÑOS	41 (38,68%)
>85 AÑOS	9 (8,49%)
SEXO	
FEMENINO	84 (79,25%)
MASCULINO	22 (20,75%)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
ANALFABETO	15 (14,15%)
PRIMARIA INCOMPLETA	43 (40,57%)
PRIMARIA COMPLETA	22 (20,75%)
SECUNDARIA INCOMPLETA	14 (13,21%)
SECUNDARIA COMPLETA	7 (6,60%)
TERCER NIVEL	5 (4,72%)
OCUPACIÓN	
AMA DE CASA	54 (50,94%)
TRABAJO ACTIVO	21 (19,81%)
OTROS	16 (15,09%)
JUBILADO	15 (14,15%)
ESTADO CIVIL	
CASADO	56 (52,83%)
VIUDO	34 (32,08%)
SOLTERO	13 (12,26%)
DIVORCIADO	2 (1,89%)
UNIÓN LIBRE	1 (0,94%)
OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	
POLIFARMACIA	
NO	59 (55,66%)
SI	47 (44,34%)
AÑOS DE ENFERMEDAD	
< 1 AÑO	20 (18,87%)

1-5 AÑOS	38 (35,85%)
5-10 AÑOS	21 (19,81%)
10-15 AÑOS	16 (15,09%)
15-20 AÑOS	3 (2,83%)
>20 AÑOS	8 (7,55%)
DIETA SIN SAL O BAJA EN SAL	
SI	89 (83,96%)
NO	17 (16,04%)
CONSUME GRASA ANIMAL	
NO	62 (58,49%)
SI	44 (41,51%)
REALIZA EJERCICIO FÍSICO	
SI	79 (74,53%)
NO	27 (25,47%)

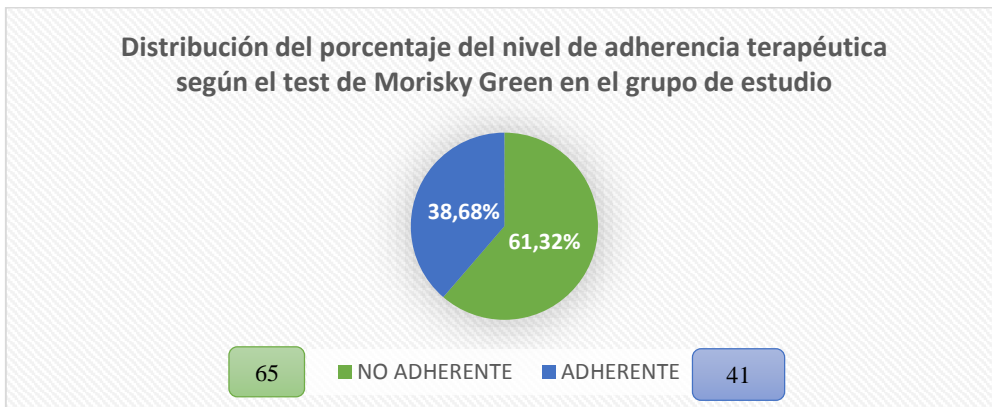
Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018.

En el análisis univariado, en relación a las características sociodemográficas del grupo de estudio encontramos que el 52,83% de los pacientes participantes mantienen una edad entre 60-74 años, el 79,25% corresponde al sexo femenino, el 40,57% cursaron la primaria incompleta siendo el nivel de instrucción más prevalente en la muestra, al igual que las amas de casa con el 50,94%, y los pacientes con estado civil casado con un 52,83%. En relación a las otras variables obtenidas mediante el test de Martín Bayarre Grau, se encontró que el 47% de los pacientes poseen polifarmacia, es decir el consumo de 3 o más fármacos en el día, también se obtuvo resultados de las prácticas higiénico-dietéticas en los que se muestra que 83,96% de los pacientes mantiene un consumo bajo o limitado de sal, el 58,49% no consume grasa animal en gran cantidad y el 61,32% realiza el ejercicio físico recomendado según la OMS (Anexo 1).

Además se calculó el nivel de adherencia terapéutica, donde según el test de Morisky Green el 38,68% de los pacientes poseen adherencia terapéutica positiva. (Gráfico 3).

Gráfico 3.

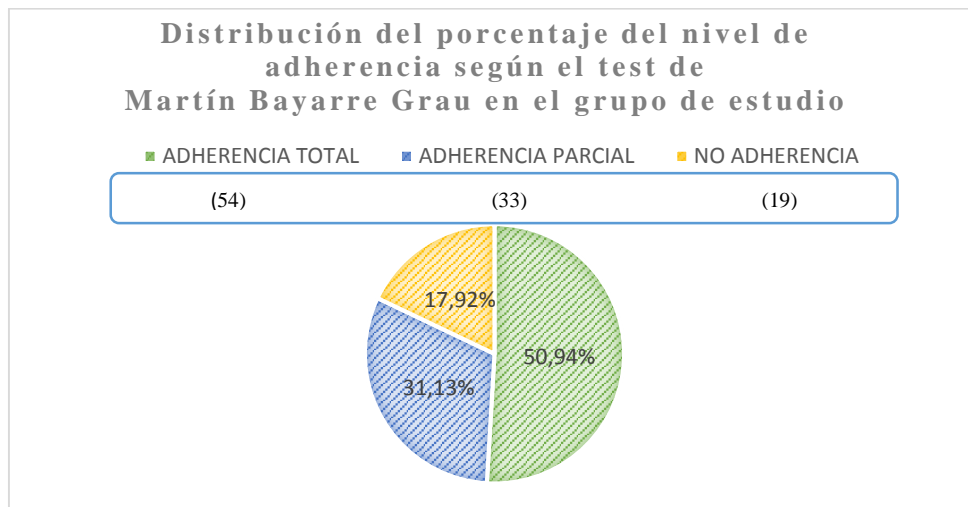


Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018.

Por otro lado, con el test de Martín Bayarre Grau se obtuvo que el 50,94% de los pacientes mantienen una adherencia terapéutica total, y el 31,13% una adherencia terapéutica parcial (gráfico 4).

Gráfico 4.



Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018

Tabla 3
**COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y
 DE OTRAS VARIABLES VALORADAS ENTRE LOS PACIENTES QUE
 ACUDEN AL CLUB 60 Y PIQUITO Y A CONTROLES EN EL CENTRO DE
 SALUD DE NAYÓN.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	CLUB 60 Y PIQUITO N (%) 71 (66,98%)	CENTRO DE SALUD NAYÓN N (%) 35 (33,02%)
EDAD		
60-74 AÑOS	35 (49,30%)	21 (60%)
75-84 AÑOS	29 (40,85%)	12 (34,29%)
>85 AÑOS	7 (9,86%)	2 (5,71%)
SEXO		
FEMENINO	55 (77,46%)	29 (82,86%)
MASCULINO	16 (22,54%)	6 (17,14%)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
ANALFABETO	7 (9,86%)	8 (22,86%)
PRIMARIA INCOMPLETA	34 (47,89%)	9 (25,71%)
PRIMARIA COMPLETA	15 (21,13%)	7 (20%)
SECUNDARIA INCOMPLETA	9 (12,68%)	5 (14,29%)
SECUNDARIA COMPLETA	4 (5,63%)	3 (8,57%)
TERCER NIVEL	2 (2,82%)	3 (8,57%)
OCUPACIÓN		
AMA DE CASA	41 (57,75%)	13 (37,14%)
JUBILADO	12 (16,90%)	3 (8,57%)
OTROS	11 (15,49%)	5 (14,29%)
TRABAJO ACTIVO	7 (9,86%)	14 (40,00%)
ESTADO CIVIL		
CASADO	34 (47,89%)	22 (62,86%)
VIUDO	25 (35,21%)	9 (25,71%)
SOLTERO	9 (12,68%)	4 (11,43%)
DIVORCIADO	2 (2,82%)	0
UNIÓN LIBRE	1 (1,41%)	0
OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS		
POLIFARMACIA		
NO	40 (56,34%)	19 (54,29%)
SI	31 (43,66%)	16 (45,71%)
AÑOS DE ENFERMEDAD		
< 1 AÑO	15 (21,13%)	5 (14,29%)
1-5 AÑOS	25 (35,21%)	13 (37,14%)
5-10 AÑOS	15 (21,13%)	6 (17,14%)
10-15 AÑOS	10 (14,08%)	6 (17,14%)
15-20 AÑOS	1 (1,41%)	2 (5,71%)
>20 AÑOS	5 (7,04%)	3 (8,57%)
DIETA SIN SAL O BAJA EN SAL		

SI	62 (87,32%)	27 (77,14%)
NO	9 (12,68%)	8 (22,86%)
CONSUME GRASA ANIMAL		
NO	45 (63,38%)	17 (48,57%)
SI	26 (36,62%)	18 (51,43%)
REALIZA EJERCICIO FÍSICO		
SI	56 (78,87%)	23 (65,71%)
NO	15 (21,13%)	12 (34,29%)

Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018

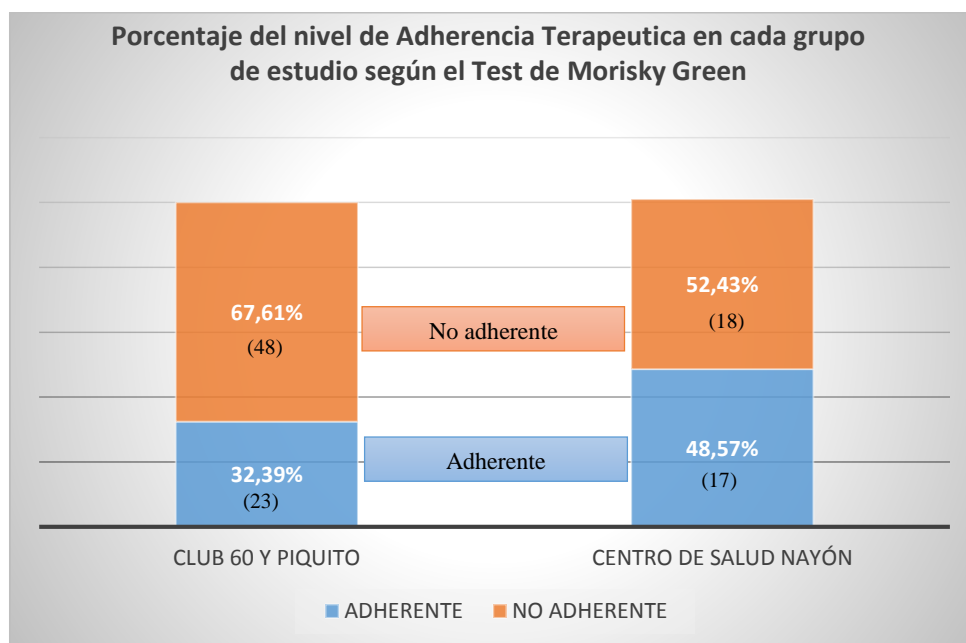
En la comparación del análisis univariado entre los datos obtenidos en el Club “60 y piquito” y el Centro de Salud, se encuentra que en los dos grupos hay mayor frecuencia del sexo femenino con 77,46% y 82,86% respectivamente, de igual manera el grupo de edad con mayor frecuencia se encuentra entre 60-74 años con el 49,30% y 60% proporcionalmente, el nivel de instrucción está encabezado en ambos grupos por paciente que cursaron la primaria incompleta con frecuencias de 47,89% y 25,71% respectivamente, y finalmente es estado civil más predominante en los dos grupos son los casados con el 40,57% para los pacientes que acuden al club 60 y piquito y 62,86% para los que asisten a controles en el Centro de Salud. En la variable ocupación, hay una pequeña variación, ya que en el Club 60 y piquito, la ocupación más prevalente está conformado por las amas de casa con el 57,75%, mientras que en el Centro de Salud la ocupación más predominante son las que poseen trabajo activo con el 40%.

En relación a las otras variables obtenidas mediante el test de Martín Bayarre Grau, se encontró que el 43,66 % de los integrantes del club “60 y piquito” y el 45,71% de los que asisten al Centro de Salud Nayón poseen polifarmacia; se obtuvo resultados de las prácticas higiénico-dietéticas en los que se muestra que en los dos grupos se mantiene un consumo bajo o limitado de sal con un 87,32% para los pacientes del Club “60 y piquito” y con 77,14% para los que asisten al Centro de Salud, de igual manera hay una prevalencia mayor en la realización de ejercicio físico en ambos grupos con 78,87% y 65,71%

respectivamente. En el variable consumo de grasa animal entre los dos grupos hay una ligera variación, ya que los pacientes del grupo “60 y piquito” consumen menor cantidad de grasa animal con el 36,62%, mientras que los que asisten al centro de salud poseen un consumo ligeramente mayor de grasa animal con el 51,43%.

Por otro lado, también se calculó el nivel de adherencia terapéutica para cada grupo, donde se indica que según el test de Morisky Green el 32,39% de los pacientes son adherentes en el grupo “60 y piquito”, mientras que el 48,57% de los pacientes que acuden al Centro de Salud son considerados adherente (gráfico 5).

Gráfico 5

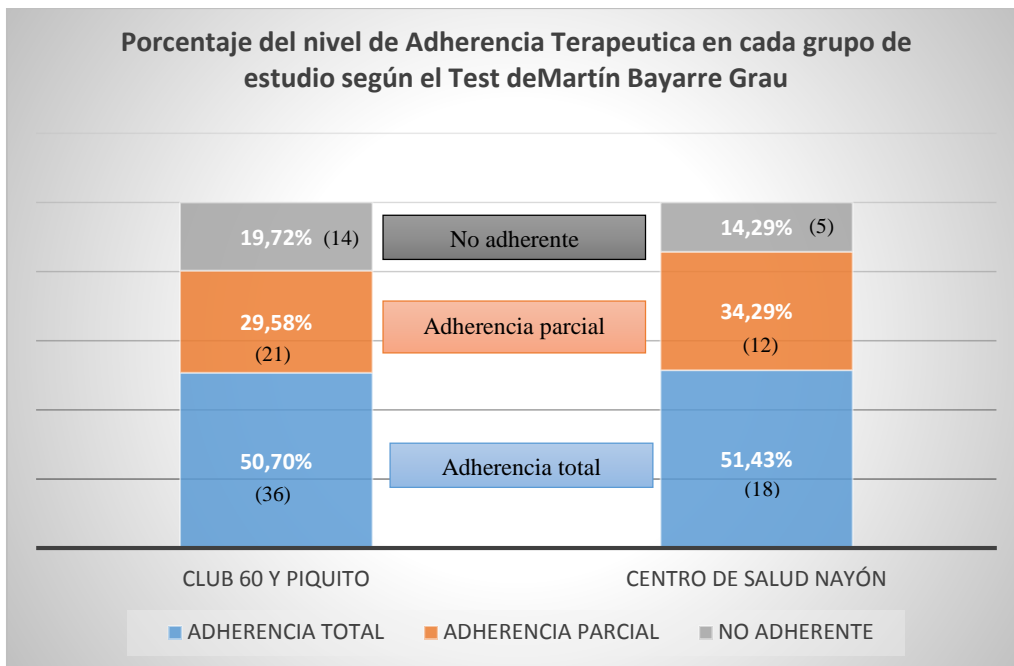


Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018

Con el test de Martín Bayarre Grau, en cambio se obtuvo que el 50,70% de los pacientes que acuden al club “60 y piquito” mantienen una adherencia terapéutica total, y el 29,58% una adherencia terapéutica parcial, mientras que para los pacientes que acuden al Centro de Salud el 51,43% poseen una adherencia terapéutica total y el 34,29% una adherencia terapéutica parcial (gráfico 6).

Gráfico 6



Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018

Finalmente, estos resultados muestran que existe un nivel ligeramente mayor en el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón.

Tabla 4

**RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA POLIFARMACIA
CON EL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBTENIDO CON EL TEST DE
MORISKY GREEN EN LA POBLACIÓN TOTAL.**

VARIABLE EXPLICATIVA	TOTAL N: 106 (100%)	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO N: 41 (38.68%)	NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO N: 65 (61,32%)	CHI CUADRADO *	VALOR DE P (<0,05)		
EDAD							
>85 AÑOS	9	2 (4,9%)	7 (10,76%)	1.165	0.5585 (NS)		
60-74 AÑOS	56	23 (56,08%)	33 (50,76%)				
75-85 AÑOS	41	16 (39,02%)	25 (38,46%)				
SEXO							
MASCULINO	22	10 (24,39%)	12 (18,46%)	0.5373	0.4636 (NS)		
FEMENINO	84	31 (75,60%)	53 (81,53%)				
NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
ANALFABETO	15	11 (26,82%)	4 (6,15%)	0,8722 **	0,3504 (NS)		
PRIMARIA COMPLETA	22	6 (14,63)	16 (24,61%)				
PRIMARIA INCOMPLETA	43	12 (29,26%)	31 (47,69%)				
SECUNDARIA COMPLETA	7	5 (12,19%)	2 (3,07%)				
SECUNDARIA INCOMPLETA	14	5 (12,19%)	9 (13,84%)				
TERCER NIVEL	5	2 (4,87%)	3 (4,61%)				
OCUPACIÓN							
AMA DE CASA	54	20 (48,78%)	34 (52,30%)			0.9591	0.8111 (NS)
JUBILADO	15	5 (12,19%)	10 (15,38%)				
OTROS	16	6 (14,63%)	10 (15,38%)				
TRABAJO ACTIVO	21	10 (24,39%)	11 (16,92%)				
ESTADO CIVIL							
CASADO	56	24 (58,53%)	32 (49,23%)	3.833 **	0.4291 (NS)		
DIVORCIADO	2	0 (0%)	2 (3,07%)				
SOLTERO	13	5 (12,19%)	8 (12,30%)				
UNIÓN LIBRE	1	1 (2,44%)	0 (0%)				
VIUDO	34	11 (26,83%)	23 (35,38%)				
POLIFARMACIA							
SI	47	16 (39,02%)	31 (47,69%)	3,234	0,00142		
NO	59	25 (60,97%)	34 (52,30%)				
AÑOS DE ENFERMEDAD							
< 1 AÑO	20	6 (14,63%)	14 (21,54%)	4.676 **	0.4567 (NS)		
>20 AÑOS	8	5 (12,19%)	3 (4,62%)				
10-15 AÑOS	10	7 (17,07%)	9 (13,85%)				
15-20 AÑOS	3	2 (4,88%)	1 (1,54%)				
1-5 AÑOS	38	12 (29,27%)	26 (40%)				
5-10 AÑOS	21	9 (21,95%)	12 (18,46%)				

NOTAS: NS: NO SIGNIFICANTE

* Cochran recomienda aceptar la chi cuadrado si:

1. Menos del 20% de las celdas tienen valor esperado < 5.

2. Ninguna celda tiene un valor esperado <1 .

(NO SE APLICA EN TABLAS 2*2)

** No cumple los criterios establecidos por COCHRAN, por lo que requiere de métodos complementarios

Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018

En el grupo de estudio, los resultados del análisis bivariado entre las variables obtenidas mediante la aplicación de las encuestas y el nivel de adherencia terapéutica proporcionado por el Test de Morisky Green se expresan en la tabla 4. Tras el análisis respectivo, es importante mencionar que la variable polifarmacia es la única que posee un valor de $p < 0.05$, lo cual indica una relación significativa con el nivel de adherencia terapéutica, mientras que en el análisis bivariado con las variables sociodemográficas, se obtuvo una $p > 0,05$ que muestra una relación significativamente nula.

Tabla 5

RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA POLIFARMACIA CON EL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBTENIDO CON EL TEST DE MORISKY GREEN EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CLUB 60 Y PIQUITO.

VARIABLE EXPLICATIVA	TOTAL N: 71 (100%)	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO N: 23 (32,39%)	NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO N: 48 (67,61%)	CHI CUADRADO *	VALOR DE P (<0,05)		
EDAD							
60-74 AÑOS	35	11 (47,83%)	24 (50%)	0.1194	0.9421 (NS)		
75-85 AÑOS	29	10 (43,48%)	19 (39,58%)				
>85 AÑOS	7	2 (8,7 %)	5 (10,42%)				
SEXO							
MASCULINO	16	7 (30,44%)	9 (18,75%)	1.216	0.2712 (NS)		
FEMENINO	55	16 (69,57%)	39 (81,25%)				
NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
ANALFABETO	7	6 (26,08%)	1 (2,08%)	12.26 **	0.3136 (NS)		
PRIMARIA COMPLETA	15	5 (21,74%)	10 (20,83%)				
PRIMARIA INCOMPLETA	34	8 (34,78%)	26 (54,17%)				
SECUNDARIA COMPLETA	4	2 (8,7%)	2 (4,17%)				
SECUNDARIA INCOMPLETA	9	2 (8,7%)	7 (14,58%)				
TERCER NIVEL	2	0 (0%)	2 (4,17%)				
OCUPACIÓN							
AMA DE CASA	41	14(60,9%)	27 (56,25%)			0.4829 **	0.922 (NS)
JUBILADO	12	3 (13,04%)	9 (18,75%)				
OTROS	11	4 (17,39%)	7 (14,58%)				
TRABAJO ACTIVO	7	2 (8,7%)	5 (10,42%)				
ESTADO CIVIL							
CASADO	34	11 (47,83%)	23 (47,92%)	3.051 **	0.5494 (NS)		
DIVORCIADO	2	0 (0%)	2 (4,17%)				
SOLTERO	9	3 (13,04%)	6 (12,5%)				
UNIÓN LIBRE	1	1 (4,35%)	0 (0%)				
VIUDO	25	8 (34,78%)	17 (35,42%)				
POLIFARMACIA							
SI	31	8 (34,78%)	23 (47,91%)	7.32	0.00225		
NO	40	15 (65,21%)	25 (52,08%)				
AÑOS DE ENFERMEDAD							
< 1 AÑO	15	3 (13,04%)	12 (25%)	7.561 **	0.1821 (NS)		
>20 AÑOS	5	3 (13,04%)	2 (4,17%)				
10-15 AÑOS	10	6 (26,09%)	4 (8,33%)				
15-20 AÑOS	1	0 (0%)	1 (2,08%)				
1-5 AÑOS	25	6 (26,09%)	19 (39,58%)				
5-10 AÑOS	15	5 (21,74%)	10 (20,83%)				

NOTAS: NS: NO SIGNIFICANTE

* Cochran recomienda aceptar la chi cuadrado si:

1. Menos del 20% de las celdas tienen valor esperado<5.

2. Ninguna celda tiene un valor esperado <1 .

** No cumple los criterios establecidos por COCHRAN, por lo que requiere de métodos complementarios

Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018

En los pacientes que asisten al Club 60 y piquito, los resultados del análisis bivariado entre las variables obtenidas mediante la aplicación de las encuestas y el nivel de adherencia terapéutica proporcionado por el Test de Morisky Green se expresan en la tabla 5. Tras el análisis respectivo, es importante mencionar que la variable polifarmacia es la única que mantiene una relación significativa con el nivel de adherencia terapéutica con una p de 0.00225

Tabla 6

**RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA POLIFARMACIA
CON EL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBTENIDO CON EL TEST DE
MORISKY GREEN EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROLES EN EL
CENTRO DE SALUD NAYÓN**

VARIABLE EXPLICATIVA	TOTAL N: 35 (100%)	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO N: 18 (51,43%)	NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO N: 17 (48,57%)	CHI CUADRADO *	VALOR DE P (<0,05)		
EDAD							
>85 AÑOS	2	0 (0%)	2 (11,76%)	2.402 **	0.3009 (NS)		
60-74 AÑOS	21	12 (66,67%)	9 (52,94%)				
75-85 AÑOS	12	6 (33,33)	6 (35,29%)				
SEXO							
MASCULINO	6	3 (16,67%)	3 (17,65%)	0.005916	0.9387 (NS)		
FEMENINO	29	15 (83,33%)	14 (82,35%)				
NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
ANALFABETO	8	5 (27,78%)	3 (17,65%)	7.694 **	0.1740 (NS)		
PRIMARIA COMPLETA	7	1 (5,56%)	6 (35,29%)				
PRIMARIA INCOMPLETA	9	4 (22,22)	5 (29,41%)				
SECUNDARIA COMPLETA	3	3 (16,67%)	0 (0%)				
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	3 (16,67%)	2 (11,76%)				
TERCER NIVEL	3	2 (11,11%)	1 (5,88%)				
OCUPACIÓN							
AMA DE CASA	13	6 (33,33)	7 (41,18%)			0.8681 **	0.8331 (NS)
JUBILADO	3	2 (11,11%)	1 (5,88%)				
OTROS	5	2 (11,11%)	3 (17,65%)				
TRABAJO ACTIVO	14	8 (44,44%)	6 (35,29%)				
ESTADO CIVIL							
CASADO	22	13 (72,22%)	9 (52,94%)				
DIVORCIADO	0	0 (0%)	0 (0%)	1.7 **	0.4274 (NS)		
SOLTERO	4	2 (11,11%)	2 (11,76%)				
UNIÓN LIBRE	0	0 (0%)	0 (0%)				
VIUDO	9	3 (16,67%)	6 (35,29%)				
POLIFARMACIA							
SI	19	11 (61,11%)	8 (47,06%)	0.6957	0.2021 (NS)		
NO	16	7 (38,89%)	9 (52,94%)				
AÑOS DE ENFERMEDAD							
< 1 AÑO	5	3 (16,67%)	2 (11,76%)	5.92 **	0.3141 (NS)		
>20 AÑOS	3	2 (11,11%)	1 (5,88%)				
10-15 AÑOS	6	1 (5,56%)	5 (29,41%)				
15-20 AÑOS	2	2 (11,11%)	0 (0%)				
1-5 AÑOS	13	6 (33,33)	7 (41,18%)				
5-10 AÑOS	6	4 (22,22)	2 (11,76%)				

NOTAS: NS: NO SIGNIFICANTE

*** Cochran recomienda aceptar la chi cuadrado si:**

1. Menos del 20% de las celdas tienen valor esperado < 5.

2. Ninguna celda tiene un valor esperado < 1.

(NO SE APLICA EN TABLAS 2*2)

** No cumple los criterios establecidos por COCHRAN, por lo que requiere de métodos complementarios

Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón / procesados en EPI- INFO 7

En los pacientes que asisten a controles en el Centro de Salud Nayón, los resultados del análisis bivariado entre las variables obtenidas mediante la aplicación de las encuestas y el nivel de adherencia terapéutica proporcionado por el Test de Morisky Green se expresan en la tabla 6. Tras el análisis respectivo, es importante mencionar que las variables sociodemográficas, no tiene ninguna relación con el nivel de adherencia terapéutica, ya que su p fue > 0,05, por otro lado, la polifarmacia tampoco mantiene una relación con el nivel de adherencia terapéutica, lo que le diferencia del grupo “60 y piquito”. (Tabla 7)

Tabla 7

Valores de Chi cuadrado y valor de P obtenidos tras la asociación de la polifarmacia con el nivel de Adherencia terapéutica.

Prueba	Valor	Valor -p (1-cola)
Chi cuadrado sin corrección	0,69570	0,2021
Chi cuadrado corregida de Yates	0,2447	0,3104
Chi cuadrado de Mantel-Haenszei	0,6758	0,2055
Exacto de Fisher		0,3108
Mid-p exacto		0,2155

Fuente: Datos obtenidos de los pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón, los cuales fueron procesados en el programa Epi Info 7.

Tabla 8
CONCORDANCIA ENTRE EL TEST DE MARTÍN BAYARRE GRAU Y EL TEST MORISKY GREEN EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE NAYÓN Y AL CLUB 60 Y PIQUITO

Test de Martín Bayarre Grau	Test Morisky Green		TOTAL
	SI	NO	
ADHERENCIA TOTAL	40	14	54
NO ADHERENCIA	0	19	19
TOTAL	40	33	73

Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los TEST aplicados en pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón y al club 60 y piquito / procesados en EPI- INFO 7

Kappa de Cohen's (sin promediar):
 0.598 (0.3879 - 0.808)

Fuente: Resultados obtenidos de Open Epi versión 3.01 (año 2013)

Los valores de los Test de Morisky Green y de Martín Bayarre Grau obtenidos tras la aplicación de las encuestas se representan en la tabla 8. Es importante mencionar que tan solo se valorará los pacientes adherente o no adherentes, es por esta razón que se elimina el grupo de Adherentes parciales obtenidos con el test de Martín Bayarre Grau, en el análisis respectivo para determinar si existe o no concordancia entre los dos test se obtuvo un valor de Kappa de Cohen's de 0,598, el cual significa que existe una concordancia de fuerza moderada, y su interpretación es: el grado de acuerdo, una vez corregido el debido al azar, es de fuerza moderada con el 59,8%, en lugar de lo indicaba el acuerdo "crudo" que era del 81%. (Anexo 2).

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN

Identificar el grado de adherencia terapéutica y su relación con la polifarmacia y factores sociodemográficos existentes en pacientes adultos mayores con HTA que acuden al Club “60 y piquito” y a controles en el Centro de Salud de Nayón, mediante la aplicación del test Martin Bayarre Grau y Morisky-Green, fue el objetivo principal de la presente investigación.

Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de las encuestas a cada participante voluntario que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser analizados en el programa Epi Info 7. Los resultados obtenidos tras el análisis permitieron establecer una discordancia entre el nivel de adherencia terapéutica predominante en el grupo de estudio, ya que según el Test de Morisky-Green el 38,68% de los pacientes son adherentes, mientras que según el test Martin Bayarre Grau el 50,94% son adherentes totales, si bien estos resultados obtenidos en la investigación coinciden con los resultados expuestos en el estudio de Castaño et al. (2012) que menciona que “la adherencia según el cuestionario de Morisky-Green es de 45%, mientras que con el de Martin Bayarre Grau es de 2,4% para no adherencia, 43,1% para una adherencia parcial y el 54,5% para una adherencia total” (Castaño et al. 2012, párr.26) , no se puede establecer como un resultado final, ya que existen otros estudios que difieren de estos resultados, y limitan la comparación definitiva, por ejemplo en un estudio realizado en Argentina con pacientes hipertensos esenciales en el que se encontró que el 48,6% de los pacientes eran adherentes mientras que el 51,9% no lo era, concluyendo finalmente que existe una baja adherencia al tratamiento (Quinga, 2017). Los resultados del estudio de Quinga son similares a los obtenidos en el presente estudio, pero con la diferencia de que estos resultados fueron obtenidos con el uso de otras variables y análisis metodológicos, el cual incluye el uso de

métodos directos e indirectos para el resultado final, por lo cual no puede ser comprado con en el presente estudio, el cual solo incluyó los métodos indirectos que es la utilización de cuestionarios para obtener el resultado final.

Referente a los resultados del nivel de adherencia terapéutica obtenidos tras la aplicación de cada cuestionario, es importante mencionar la discordancia existente entre ellos, lo cual se debe principalmente a una baja correlación entre los test, debido a que cada cuestionario valora aspectos diferentes dentro del tratamiento, provocando que los resultados de un cuestionario sean diferentes al otro. (Ver más adelante “correlación de los test”).

Con la finalidad de conocer cuál de los dos grupos de estudio es más adherente al tratamiento y cuál es la distribución de cada variable sociodemográfica, se realizó el análisis univariado y bivariado por separado, donde se obtuvo que en los dos grupos de estudio existe mayor frecuencia del sexo femenino con 77,46% para los pacientes del club “60 y piquito” y el 82,86% para los pacientes que acuden a controles en el Centro de Salud Nayón, de igual manera el grupo de edad con mayor frecuencia se encuentra entre 60-74 años con el 49,30% y 60% respectivamente, el nivel de instrucción está encabezado en ambos grupos por paciente que cursaron la primaria incompleta con frecuencias de 47,89% y 25,71% proporcionalmente, y finalmente el estado civil más predominante en los dos grupos son los casados con el 40,57% para los pacientes que acuden al club “60 y piquito” y 62,86% para los que asisten a controles en el Centro de Salud. En la variable ocupación hay una pequeña variación, ya que en el Club “60 y piquito”, la ocupación más prevalente está conformado por las amas de casa con el 57,75%, mientras que el en Centro de Salud la ocupación más predominante son las que poseen trabajo activo con el 40%. Los datos encontrados en el presente estudio se ven

sustentados por los resultados obtenidos en la investigación de Quinga (2017) que menciona:

En relación a las características sociodemográficas encontramos que la media para la edad es de 71 años, el 71% son mujeres; el 11% vive solo, el 74% no recibe el bono del desarrollo humano. En relación a las variables clínicas, se encontró que el 55% tiene hipertensión arterial, así como el 50% de pacientes son adherentes al tratamiento farmacológico, y que el 49 % presenta polifarmacia, cabe recalcar que los pacientes pertenecen al Club del Adulto Mayor Sangolqui (Quinga, 2017, p.34).

Los resultados de ambos estudios son similares, debido a que existe una mayor participación de adultos mayores con edad entre 60-74 años, al igual que el sexo femenino, por otro lado entre las variables clínicas la polifarmacia también se mantiene con una prevalencia similar que varía entre el 40-50% en ambos estudios.

Respecto al nivel de adherencia terapéutica se concluyó que los pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Nayón son más adherentes al tratamiento que aquellos que asisten al club “60 y piquito” según los dos test aplicados. El cuestionario de Morisky Green indica que de los pacientes adherentes al tratamiento el 32,39% pertenecen al club “60 y piquito” y el 48,57% al Centro de Salud de Nayón, mientras que el test de Martín Bayarre Grau muestra que de los pacientes con adherencia total el 50,70% pertenecen al club “60 y piquito” y el 51,43% al Centro de Salud . Esto puede deberse a que los pacientes que acuden al Centro de Salud de Nayón reciben una mayor información sobre su enfermedad, mantienen un contacto más directo con un personal salud quien podrá aclarar todas sus dudas, poseen controles y seguimientos clínicos y de laboratorio más continuos, tienen el acceso más rápido y directo para la obtención de medicamentos necesarios, entre otros.

En relación a las otras variables, la polifarmacia mantiene una frecuencia de 43,66% para los pacientes del club “60 y piquito” y de 45,71% para los que acuden a controles en el Centro de Salud, también se analizó las prácticas higiénico-dietéticas en los que se muestra que los dos grupos mantienen un consumo bajo o limitado de sal, de igual manera hay una prevalencia mayor en la realización de ejercicio físico en ambos grupos con 78,87% y 65,71% respectivamente.

En la variable consumo de grasa animal entre los dos grupos hay una ligera variación; los pacientes del grupo “60 y piquito” consumen menor cantidad de grasa animal con el 36,62%, mientras que los que asisten al Centro de Salud poseen un consumo ligeramente mayor de grasa animal con el 51,43%, estos datos causan controversia, ya que según Castaño et al. (2012) menciona que “Pacientes con una dieta baja en grasa, en general tienen mejor adherencia, resultado análogo al obtenido por Matos en el 2008” (párr.29). En el presente estudio se concluyó, que los pacientes con mayor adherencia terapéutica son los que acuden al Centro de Salud y en este caso serían los que mantienen un consumo ligeramente mayor de grasa animal, esto puede deberse a que estos pacientes mantiene una mayor grado de adherencia al tratamiento farmacológico, pero no a las medidas no farmacológicas.

Los adultos mayores que poseen enfermedades crónicas y polifarmacia no suelen tomar los medicamentos según las indicaciones prescritas por el personal de salud, por lo que se produce un incumplimiento terapéutico del 40% -50% (Angulo, 2017), esta hipótesis es sustentada con los resultados del presente estudio, según el análisis bivariado se concluyó que la variable polifarmacia mantienen un relación significativa con el nivel de adherencia terapéutica con una $p < 0,05$, lo que significa que probablemente los pacientes que poseen polifarmacia tienen mayor índice de no tener adherencia al tratamiento

terapéutico. En un estudio realizado en adultos mayores, Angulo (2017) menciona “que la relación entre el mal control de la tensión arterial y la no adherencia al tratamiento presenta un $p < 0,01$; de estos implicando a factores como polifarmacia y no adherencia en el 60%” (p.48).

Otro estudio también realizado en el adulto mayor en Sangolqui, Quinga (2017) indica

De acuerdo a los resultados del análisis bivariado entre las variables explicativas y el mal control de la tensión arterial, se encontró que las variables clínicas que se asocian con un inadecuado control de la presión arterial son la polifarmacia, y la presencia de hipertensión arterial con un valor de p valor < 0.01 estadísticamente significativa en ambos casos. Las variables sociodemográficas no se asociaron con un inadecuado control de presión arterial y con los niveles de adherencia terapéutica (p.42).

Este estudio de igual manera sustenta a lo mencionado anteriormente con la polifarmacia, concluyendo que es la variable clínica de mayor relación con el bajo nivel de adherencia terapéutica. Por otro lado, también se analizó las variables sociodemográficas, las cuales al igual que en el estudio mencionado anteriormente no poseen ninguna relación con el nivel de adherencia terapéutica, ya que poseen un $p > 0,05$, que no es significativa.

Pomares et al. (2017) en su artículo menciona la relación que existe entre grado de adherencia terapéutica y la edad, indicando que los pacientes mayores a 60 años poseen mayor adherencia terapéutica, debido a que las múltiples afecciones y síntomas presentes impiden que ellos olviden las tomas de medicamentos y por ende no abandonen su tratamiento, pero por otro lado, también menciona que los pacientes de mayor edad incumplen más el tratamiento, por el mayor riesgo de olvido en la toma de medicamentos debido a la pérdida de memoria a corto plazo, que es un proceso normal del envejecimiento. Estas dos opiniones crean una gran discrepancia e impiden que existe

una relación significativa entre ambas variables. Tras varias opiniones e investigaciones se pudo concluir que “el tiempo de evolución de la HTA, a menudo es prolongado, y los tratamientos de larga duración constituyen un factor contribuyente al incumplimiento de la terapéutica” (Pomares et al. 2017, p.6), esta idea permite comprender la relación entre la edad, la HTA y el apego al tratamiento terapéutica.

Pomares et al. (2017) indica que “al analizar la relación entre el sexo y el cumplimiento de la adherencia terapéutica se observa que el sexo masculino presenta mayor porcentaje de adherencia al tratamiento en relación al sexo femenino”, dato que es no acorde a los obtenidos en el presente estudio, el cual indica que el sexo femenino posee mayor adherencia terapéutica con el 75,6% en relación al sexo masculino, pero al realizar el cruce de variables el Chi cuadrado y el valor de $p > 0,05$, no muestra relación significativa entre ambas variables. “Un dato relevante constituye que los pacientes de mayor nivel de escolaridad presentan mayores dificultades para adherirse al tratamiento” (Pomares et al., 2017), esta referencia indica que los pacientes con mayor nivel de escolaridad son menos adherentes al tratamiento, datos que son acordes a los obtenidos en el presente estudio, el cual muestra que los adultos mayores que cursaron el tercer nivel solo obtuvieron el 4,87% de adherencia terapéutica, pero al igual que otros factores sociodemográficos, esta variable no posee relación significativa con el cumplimiento terapéutico, debido a que el p fue $>0,05$.

Para correlacionar los resultados obtenidos de los cuestionarios de Martín Bayarre Grau y Morisky Green se valoró solo a los pacientes adherente y no adherentes, es por esta razón que se elimina el grupo de Adherentes parciales obtenidos con el test de Martín Bayarre Grau, en el análisis respectivo para determinar si existe o no concordancia entre los dos test se obtuvo un valor de Kappa de Cohen's de 0,598, el cual significa que existe una concordancia de fuerza moderada. Este valor da un resultado más exacto de

concordancia que el Chi cuadrado. Castaño en su estudio recalca claramente la no correspondencia entre el cuestionario Morisky-Green y MBG con una $p=0,288$, lo cual considera un resultado racional al pensar que cada cuestionario evalúa factores diferentes (Castaño et al, 2012). Castaño al mencionar diferentes aspectos se refiere principalmente a los parámetros que evalúa cada cuestionario, por un lado el cuestionario de Morisky-Green se limita a investigar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que el cuestionario de Martín Bayarre Grau indaga tanto en la adherencia terapéutica farmacológica, como no farmacológica, es decir aspectos relacionados con la dieta, el ejercicio, la asistencia a programas educativos para hipertensos, controles de salud y la discusión para llegar a un acuerdo de su tratamiento con el médico, es por esta razón que un paciente que consume su medicamento cumplidamente es adherente según el cuestionario de Morisky- Green, pero es no-adherente según el cuestionario MBG (Castaño et al. 2012). Esta diferencia es la razón por la cual existe la discordancia entre los resultados de cada test obtenidos en el presente estudio y por lo cual no pueden ser evaluados similarmente.

Finalmente, el estudio realizado es de gran relevancia, ya que evalúa el nivel de adherencia terapéutica en los adultos mayores y los factores que influyen en la misma. Se considera que el adulto mayor es un grupo vulnerable, en el cual hay que regirse a planificaciones y regímenes recomendados para poder cumplir el objetivo propuesto que es aumentar el nivel de adherencia terapéutica, tanto farmacológica como no farmacológica en los pacientes, para así poder evitar complicaciones futuras en la salud y disminuir la tasa de morbi-mortalidad.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. CONCLUSIONES

1.- El nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores diagnosticados de Hipertensión Arterial fue calculado mediante métodos indirectos, es decir con la aplicación de encuestas. Los resultados obtenidos para el grupo de estudio fue que el 38,68% de los pacientes fueron adherentes según el Test de Morisky-Green, mientras que con el cuestionario de Martin Byarre Grau el 50,94% de los pacientes son adherentes totales. Es importante mencionar que esta discordancia entre los resultados, se debe a que cada uno de los cuestionarios evalúa parámetros diferentes, concluyendo que el Test de Morisky-Green mide el grado de adherencia terapéutico solo a nivel farmacológico, mientras que el cuestionario de Martin Byarre Grau mide la adherencia terapéutica tanto farmacológica como no farmacológica.

2.- Los pacientes con mayor nivel de adherencia al tratamiento fueron los que asisten al Centro de Salud Nayón; según el cuestionario de Morisky Green indica que de los pacientes adherentes al tratamiento el 32,39% pertenecen al club “60 y piquito” y el 48,57% al Centro de Salud de Nayón, mientras que el test de Martín Bayarre Grau muestra que de los pacientes con adherencia total el 50,70% pertenecen al club “60 y piquito” y el 51,43% al Centro de Salud.

3.- En el análisis bivariado se obtuvo una relación significativa entre la polifarmacia y el bajo nivel de adherencia terapéutica con una $p < 0,05$.

4.- Los factores sociodemográficos como la edad, el sexo, la ocupación, el estado civil, y el nivel de instrucción no mantuvieron ninguna relación significativa con el grado de adherencia al tratamiento ($p > 0,05$).

5.- La concordancia entre los dos cuestionarios aplicados según el valor de Kappa de Cohen's fue de 0,598, el cual significa que existe una concordancia de fuerza moderada, debido a que cada cuestionario evalúa parámetros diferentes.

9.2. RECOMENDACIONES

1.- Realizar continuamente estudios sobre la adherencia al tratamiento terapéutico en los centros de salud, para de esta manera tener un registro local y poder tomar medidas preventivas que ayude a un mejor apego terapéutico, principalmente en este grupo de edad.

2.- Brindar información de forma clara y concisa sobre la enfermedad, las intervenciones y tratamientos, de tal manera que tanto el paciente como los familiares puedan entenderlo y no quede dudas. Es importante explicar claramente al paciente y familiares sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, mencionando las ventajas y desventajas del mismo, y cuáles serían las consecuencias de no llevar a cabo el cumplimiento estricto del tratamiento. .

3.- Implementar el uso de métodos que permitan la identificación rápida del grado de adherencia terapéutica en cada consulta médica, entre los más accesibles tenemos los métodos indirectos que consiste en la aplicación de encuestas, los cuales nos pueden brindar una vista panorámica del grado de adherencia y los factores que afectan el mismo, para poder tomar acciones; y cuando sea posible utilizar métodos directos.

4.- Realizar los controles y seguimientos de la patología cada vez que sea necesario, aplicar los métodos directos e indirectos, los cuales conjuntamente nos darán una mayor exactitud de la evolución del tratamiento y de la enfermedad.

5.- Intervenir sobre los factores que dificultan el cumplimiento de la adherencia tanto a nivel personal, sanitario, socioeconómico, terapéutico, entre otros. Es trabajo del personal

sanitario motivar a los pacientes al cumplimiento del tratamiento, mediante una buena relación médico-paciente y una buena información sobre la enfermedad y el tratamiento, es recomendable también mencionar los beneficios que obtendrán tras regirse al tratamiento acordado.

6.- Mantener un mayor acercamiento por parte del personal de salud del Centro de Salud Nayón hacia los pacientes adultos mayores que asisten al Club “60 y piquito”, organizando talleres educativos, informativos y preventivos de salud, además brindar atención de salud periódicamente y cuando sea necesario, para de esta manera poder mantener un mayor control de salud y motivar a un aumento en el apego al tratamiento terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Alvarez, K., & Barbecho, P. (2016). *FRECUENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE LAS PARROQUIAS URBANAS DE CUENCA-ECUADOR, 2015*. Recuperado el 22 de mayo de 2018, de Universidad de Cuenca:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25412/1/TESIS.pdf>
- 2.- Angulo, P. (enero de 2017). *Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que acuden al club San José de Guamani en el período de abril a diciembre del 2016*. (U. C. Ecuador, Editor) Recuperado el 2018 de mayo de 2018, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10290/1/T-UCE-0006-007.pdf>
- 3.- Arguedas, J. A. (enero de 2014). *GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN LOS ADULTOS 2014 (JNC 8)* . Recuperado el 20 de 06 de 2018, de Actualización Médica Periódica:
<http://www.cimcbc.sld.cu/Articulos/Guias%20para%20el%20manejo%20de%20la%20presion%20arterial.pdf>
- 4.- Armenteros, I. (abril de 2017). *Hipertensión, Estadísticas Mundiales*. (C. Biblioteca Médica Nacional, Editor) Recuperado el 24 de mayo de 2018, de Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas:
<http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>
- 5.- Cabezas, P. (2014). *DETERMINACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTESION ARTERIAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CHAL) EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DURANTE EL PERIODO MAYO – JUNIO DE 2014*. (P. U. ECUADOR, Editor)

Recuperado el 23 de Mayo de 2018, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7321/11.27.001481.pdf?sequence=4>

- 6.- Camacho, G. (2017). *SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ECUADOR EN RELACIÓN CON LATINOAMÉRICA*. Recuperado el 24 de mayo de 2018, de Unversidad Técnica de Machala: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10878/1/CAMACHO%20MURILLO%20DIEGO%20GABRIEL.pdf>
- 7.- Capa, G. (2013). Disertación Previa a la Obtención del Título de Especialización en Medicina Familiar . *Factores ralacionados en la falla de adherencia Terapéutica en los adultos mayores polimedcados que acuden a la consulta externa del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva*. QUITO, PICHINCHA, ECUADOR. Recuperado el 08 de junio de 2018
- 8.- Castaño, J.; Echeverria, C. & Giraldo, J. (15 de Septiembre de 2012). *Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011*. (V. 6. Revista de la Facultad de Medicina, Editor) Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/rt/printerFriendly/38401/47227>
- 9.- Castro, J; Orozco, J. & Marín D. (15 de Octubre de 2015). *Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos*. Recuperado el <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a11.pdf>
- 10.- Castro, A; Barrero, J.; García, F.; Cruz, E.; Soto, J.; Alvarez, J.; Pastor, A.; Die, M.; García, M. & Siso, J. (2009). *LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA*. Recuperado el 05 de junio de 2018, de III foro: DIÁLOGOS

PFIZER-PACIENTES:

https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf

- 11.- Crespo, Z. (2016). *PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ÁREA URBANA DE LA PARROQUIA ZUMBA, CANTÓN CHINCHIPE, AÑO 2015*. (U. N. LOJA, Editor) Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13826/1/tesis%20final%20lista.pdf>
- 12.- Dalle, E., & Ruth, F. (MARZO de 2017). *Factores para el incumplimiento del tratamiento terapéutico, en adultos mayores con hipertensión arterial en el Centro de Salud de Atucucho en el periodo Noviembre - Febrero 2017*. Recuperado el 24 de mayo de 2018, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10124/5/T-UCE-0006-118.pdf>
- 13.- Díaz, M. (25 de octubre de 2014). *La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud*. (Revista Griot) Recuperado el 5 de junio de 2018, de <https://dire.upr.edu/bitstream/handle/11721/1061/Vol.7-No.1-2014-p.73-84%20Griot.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 14.- Egan, B. (21 de Noviembre de 2017). *Patient adherence and the treatment of hypertension*. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de https://www.uptodate.com/contents/patient-adherence-and-the-treatment-of-hypertension?search=adherencia%20terapeutica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

- 15.- Folgarait, A. (22 de noviembre de 2017). *Congreso AHA: Controversia por cambios en guía de hipertensión arterial*. Recuperado el 11 de junio de 2018, de <http://www.sac.org.ar/actualidad/congreso-aha-controversia-por-cambios-en-guia-de-hipertension-arterial/>
- 16.- Gac, H. (30 de Diciembre de 2011). *POLYPHARMACY AND MORBILITY IN ELDERLY PEOPLE*. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(1) 31-35]: <http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-polifarmacia-morbilidad-adultos-mayores-S0716864012702705>
- 17.- Galárraga, M. (2014). *DETERMINACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTESION ARTERIAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CHAL) EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DURANTE EL PERIODO MAYO – JUNIO DE 2014*. Recuperado el 25 de junio de 2018, de DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7321/11.27.001481.pdf?sequence=4>
- 18.- Garcia, N., Cardona, D., Segura, A., & Garzón, M. (05 de febrero de 2016). *FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN LA SUBREGIÓN*. Recuperado el 25 de julio de 2018, de Revista Colombiana de Cardiología: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-factores-asociados-hipertension-arterial-el-S012056331600070X>

- 19.- González, V. (s.f.). *Introducción a la Gerontología: Definición y Conceptos Básicos*. Recuperado el 08 de junio de 2018, de https://clea.edu.mx/biblioteca/1_conceptos_basicos_gerontologia_geriatria.pdf
- 20.- INFAC. (12 de enero de 2011). *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS*. Recuperado el 25 de junio de 2018, de INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
- 21.- Libertad, M.; Barraye, H Corugedo, M; Vento, F; La Rosa, Y. & Orbay, M. (04 de Octubre de 2014). *Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas*. (R. C. 2015, & 4. (. 33-45, Editores) Recuperado el <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
- 22.- López, L.; Parra, D; Rojas, L & Romero, S. (18 de abril de 2016). *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN*. (E. y. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Editor) Recuperado el 24 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/3091/309146733010/>
- 23.- López, O. (Agosto de 2013). Trabajo de Investigación para obtener el título de especialista en Medicina Familiar . *Factores Influyentes sobre la adherencia terapeutica farmacologica de Pacientes Hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo Febrero- Abril 2013*. QUITO, PICHINCHA, ECUADOR. Recuperado el 11 de junio de 2018
- 24.- López de Ullibarri Galparsoro I, P. F. (24 de septiembre de 2001). *Medidas de concordancia: el índice de Kappa*. Recuperado el 10 de agosto de 2018, de Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario

<http://fisterra.com/mbe/investiga/kappa/kappa2.pdf>

- 25.- Luna, U.; Uriostegui, L. Barajas, T; Rosas, D. & Haro, S. (22 de mayo de 2017). *Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México.* (U. N. México, Editor) Recuperado el 23 de mayo de 2018, de http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/61004
- 26.- Maldonado, F; Vásquez, V ; Ortega M. & Loera, J. (19 de enero de 2015). *Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau.* Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116301134>
- 27.- Martínez, J; Villa, J.; Jaramillo, J.; Quinteros, A. & Calderón, V. (15 de noviembre de 2011). *Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau.* (R. M. Risaralda, Editor) Recuperado el <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7595/4517>
- 28.- Mejía, V. (enero de 2017). *Percepciones actitudes y prácticas de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles del club Renovación Dorada, del Centro de Salud de la Magdalena, en el periodo abril – diciembre de 2016.* Inves . (U. C. Ecuador, Editor) Recuperado el <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10332/1/T-UCE-0006-025.pdf>
- 29.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Información estadística de producción de salud- Producción 2014.* Recuperado el 24 de mayo de 2018, de Información estadística y geográfica de salud: <http://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.

- 30.- Organización Mundial de la Salud. OMS (2013). *Información general sobre Hipertensión en el Mundo*. Recuperado el 24 de mayo de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013_2_spa.pdf;jsessionid=1EDA887B976058163AD7B09C2840A55D?sequence=1
- 31.- Organización Mundial de la Salud. OMS. (Septiembre de 2015). *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*. Recuperado el 24 de mayo de 2018, de <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- 32.- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) (16 de mayo de 2016). *Día Mundial de la Hipertensión*. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12023%3A17-may-2016-world-hypertension-day&Itemid=41080&lang=es
- 33.- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), (s.f.). *Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números*. Recuperado el 04 de septiembre de 2018, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
- 34.- Ortiz, R.; Torres, M., & Cordero, P. (2017). *Associated risk factors for arterial hypertension in an adult population of the parish Quingeo, Cuenca-Ecuador*. (2. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 12 - N° 3, Editor) Recuperado el 24 de MAYO de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187004>
- 35.- Palomino, A. (07 de junio de 2014). *La polifarmacia*. Recuperado el 08 de junio de 2018, de <http://polifarmacia-farmacologia.blogspot.com>

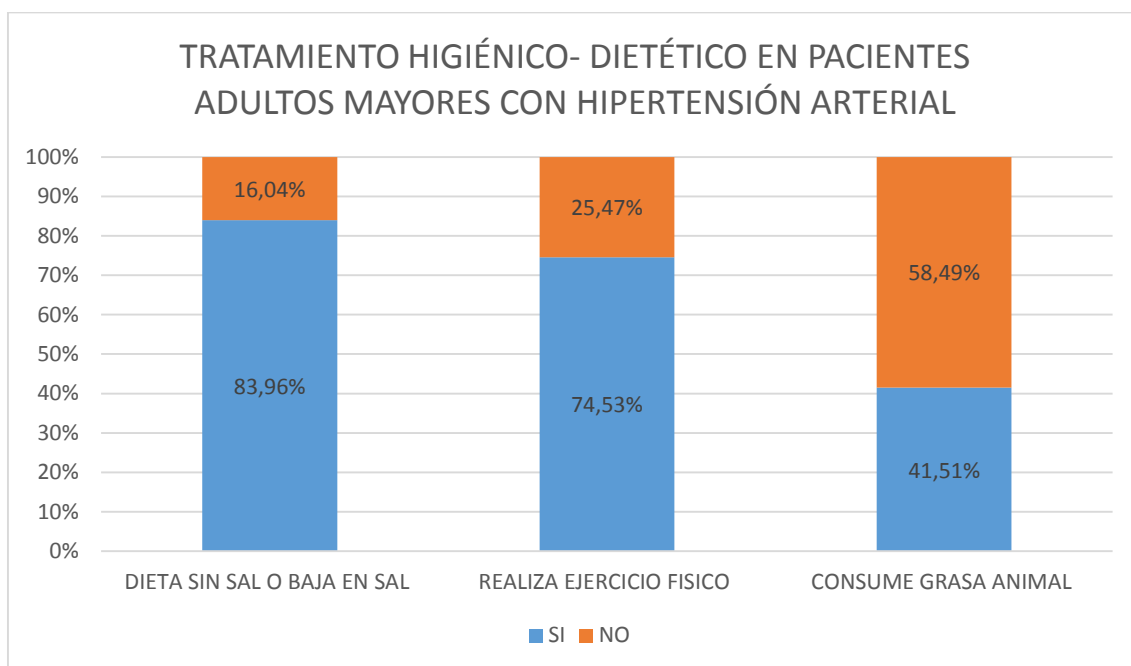
- 36.- Peña, M. (junio de 2014). *La Nueva Situación Epidemiologica del Ecuador*, 32. Recuperado el 24 de mayo de 2018, de Organización Mundial de la Salud: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599
- 37.- Pomares, A. Ruiz, E. & Vásquez, M. (Marzo de 2017). *Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial. (C. C. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima*. Recuperado el 22 de mayo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003
- 38.- Quinga, D. (enero de 2017). *Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos portadores de enfermedades crónicas del club del adulto mayor de Sangolquí en el periodo abril a diciembre 2016*. (R. U. Ecuador, Editor) Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10370/1/T-UCE-0006-036.pdf>
- 39.- Rodríguez, M.; García, E.; Amariles, P.; Rodríguez, A. & Fauz, M. (28 de ENERO de 2008). *Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica*. Recuperado el 22 de MAYO de 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
- 40.- Ruiz, T. (2014). *Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz*. (I. M. SOCIA, Editor) Recuperado el 23 de mayo de 2018, de UNIVERSIDAD VERACRUZANA: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Adri.pdf>

- 41.- Salazar, P.; Rotta, A., & Otiniano, F. (2016). *Hipertensión en el adulto mayor*. Recuperado el 25 de julio de 2018, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
- 42.- Tagle, R. (26 de diciembre de 2017). *Diagnóstico de Hipertensión Arterial* . Recuperado el 11 de junio de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300099>
- 43.- Torres, R. (2016). *Programas de hipertensión arterial: gran asistencia y baja adherencia*. (R. C. Cardiología, Editor) Recuperado el 23 de mayo de 2018, de https://ac.els-cdn.com/S0120563316300043/1-s2.0-S0120563316300043-main.pdf?_tid=73d422db-37fe-45b2-98a2-33979e6e036b&acdnat=1527266736_6c6723b3b44222cd28bb829abf8468ca
- 44.- Vaca , M. (enero de 2017). *Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos portadores de enfermedades crónicas del Club del Adulto Mayor Renovación Dorada, del Centro de Salud La Magdalena en el período abril a diciembre de 2016. Investigación cuantitativa*. Recuperado el 22 de agosto de 2018, de Informe final de investigación presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10397/1/T-UCE-0006-042.pdf>
- 45.- Zurera, I; Caballero, M. &Ruiz, M. (25 de octubre de 2014). *Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso*. (SCIELO, Editor). Recuperado el 21 de junio de 2018, de Enfermería Nefrológica: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400003

ANEXOS

ANEXO 1

(Gráfico de los porcentajes de la adherencia a los tratamientos higiénico- dietéticos en pacientes adultos mayores participantes)



Elaborado por: Fernanda Sotalín

Fuente: Datos de los pacientes que acuden al Club 60 y piquito y a controles en Centro de Salud de Nayón en el periodo junio y julio del 2018

ANEXO 2

(Valoración del coeficiente kappa)

Tabla 3. Valoración del coeficiente kappa (Landis y Koch, 1977)⁴

Coeficiente kappa	Fuerza de la concordancia
0,00	Pobre (<i>Poor</i>)
0,01 - 0,20	Leve (<i>Slight</i>)
0,21 - 0,40	Aceptable (<i>Fair</i>)
0,41 - 0,60	Moderada (<i>Moderate</i>)
0,61 - 0,80	Considerable (<i>Substantial</i>)
0,81 - 1,00	Casi perfecta (<i>Almost perfect</i>)

Recuperado de “*Medidas de concordancia: el índice de Kappa*” (López de Ullibarri, I. 2001. Pág.3)

ANEXO 3

CUESTIONARIOS APLICADOS

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau)

1) Nombre: _____

2) Edad:

- a) 60-74 años
- b) 75-84 años
- c) >85 años

3) Grupo al que pertenecen:

- a) 60 y piquito
- b) Centro de Salud Nayón

4) Sexo:

- a) hombre
- b) mujer

5) Ocupación:

- e) Trabajo activo
- f) Jubilado
- g) Ama de Casa
- h) Otros

6) Estado Civil

- a) soltero
- b) casado
- c) unión libre
- d) viudo(a)
- e) otro _____

7) Nivel de escolaridad:

- a) Analfabeto
- b) Primaria Incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria Incompleta
- e) Secundaria Completa
- f) Tercer Nivel

8) Años de diagnosticada la enfermedad:

- g) <1 año
- h) 1-5 años
- i) 5-10 años
- j) 10- 15 años
- k) 15-20 años
- l) >20 años

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

TRATAMIENTO HIGIÉNICO-DIETÉTICO EN PACIENTES CON HTA:

1. Dieta sin sal o baja de sal si _____ no _____
2. Consume grasa animal si _____ no _____
3. Realizar ejercicio físico si _____ no _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

Si _____ No _____ cuantos: _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

4 3 2 1 0

Afirmaciones		Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1	Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2	Se toma todas las dosis indicadas					
3	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados.					
6	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria.					
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11	Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento.					
12	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

Total de 38 a 48 puntos: _____

Parcial de 18 a 37 puntos: _____

No adheridos de 0 a 17 puntos: _____

TEST MORISKY-GREEN

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

0: Paciente Adherente

1, 2, 3, 4: Paciente NO Adherente.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO (OMS)**

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a los pacientes que acuden a los grupos de adulto mayor y a pacientes adultos mayores que asisten al centro de salud de la parroquia de Nayón, y que se les invita a participar en la investigación cuyo tema es: FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y POLIFARMACIA RELACIONADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CLUB "60 Y PIQUITO" Y A CONTROLES EN EL CENTRO DE SALUD EN NAYÓN, DURANTE JUNIO Y JULIO DEL 2018.

PARTE I: Información

Introducción

Yo Fernanda Yadira Sotalín Sotalín, egresada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estoy realizando un trabajo investigativo previa a la obtención del Título de Médico- Cirujano, con el tema antes mencionado. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, las cuales serán explicadas en su momento. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, a la investigadora que está encabezando este estudio.

Propósito

Breve descripción de la investigación: La falta de adherencia al tratamiento constituye un importante problema de salud en personas con Hipertensión Arterial, en vista de que no tomar la medicina podría representar el apareamiento de complicaciones severas e incluso incrementar la mortalidad, por ello se plantea investigar el nivel de adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores y relacionarlos con la polifarmacia y distintos factores sociodemográficos que puedan influir.

Objetivos de la investigación: Identificar el grado de adherencia terapéutica y su relación con la polifarmacia y factores sociodemográficos como la edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, y estilos de vida que existe en pacientes adultos mayores con HTA que acuden a los grupos de Adulto Mayor y que a controles en el Centro de Salud de la Parroquia de Nayón, mediante la aplicación del test Martin Byarre Grau y Morinsky-Green

Tipo de Intervención

Usted ha sido seleccionado para un estudio en el que todos los informantes participarán como voluntarios. Si acepta participar en esta investigación se le solicitará información concerniente a sus datos de filiación y se le pedirá que llene dos cuestionarios, los cuales nos proporcionarían los datos necesarios para llevar a cabo el estudio investigativo.

Selección de participantes

Estamos invitando a participar de esta investigación a todos los pacientes mayores de 60 años que padezcan Hipertensión Arterial y que acuden a los grupos de adulto mayor y a controles en el centro de salud de la Parroquia de Nayón

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán normalmente todos los servicios y actividades que recibe en los Grupos de Adulto Mayor y en el Centro de Salud localizado en la Parroquia de Nayón. Usted puede cambiar de idea y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Para alcanzar los objetivos propuestos y recolectar los datos, se acudirá a las diferentes reuniones realizadas por el adulto mayor “60 y piquito”, en donde se aplicara los test propuestos anteriormente. Para los pacientes que asisten al Centro de Salud Nayón, se les convocara a una reunión informativa donde simultáneamente se aplicara los test, para poder recolectar la información necesaria.

Los cuestionarios a realizarse Morisky Green Levine y Martin Byarre Brau, serán contestadas por cada paciente, luego de haber firmado en consentimiento informado, en el cual el paciente acepta ser parte del estudio.

Durante la investigación se realizaran aproximadamente cinco visitas en diferentes días de la semana. Tres visitas se realizarán a los grupos de Adulto Mayor y las otras dos de realizaran a los pacientes que acuden a control en el Centro de Salud de la Parroquia de Nayón.

- Primera visita: se realizara en los pacientes de Adultos Mayores que acuden a las reuniones en el parque de la Parroquia de Nayón, para realizar ejercicios físicos.
- Segunda Visita: Se realizara a los Pacientes adultos mayores que acuden a las reuniones donde realizan diferentes manualidades.
- Tercera Visita: se realizaran a los pacientes adultos mayores que acuden en a las reuniones en el parque de San Francisco de Tanda, localizado en la parroquia de Nayón.
- Cuarta y quinta Visita: se realizara a los pacientes que acudan a los controles en el centro de Salud de la Parroquia de Nayón.

Los procedimientos realizados son para obtener los datos necesarios para llevar a cabo la investigación.

B. Descripción del Proceso

Duración

La investigación durará aproximadamente dos meses para recolectar los datos para la investigación. Durante ese tiempo, será necesario que asistan normalmente a los grupos y reuniones del Adulto Mayor, y a los controles médicos realizados en el Centro de Salud de la Parroquia de Nayón.

Nos gustaría tener los encuentros necesarios con ustedes para poder realizarles las encuestas y obtener los datos necesarios para llevar a cabo nuestro estudio investigativo.

Efectos Secundarios

El estudio a realizarse no proyecta tener ningún efecto secundario que pueda afectar su estado de salud ni tampoco su bienestar social.

Riesgos

Se especifica que la participación del informante, NO representa ni conlleva a ningún tipo de riesgo actual o futuro.

Molestias

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como el que le realicemos varias preguntas, que en momentos no estén claras, pero no debe preocuparse, porque todas sus dudas serán aclaradas en ese mismo instante. .

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, puede que no halle beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente, pero es probable que generaciones futuras se beneficien, ya que se podría plantear nuevas estrategias para poder aumentar el grado de Adherencia terapéutica en pacientes Adultos Mayores. .

Confidencialidad

Toda la información adquirida de los participantes será manejada confidencialmente por parte de los investigadores y los organismos de evaluación de la PUCE.

Compartiendo los Resultados

Los resultados que obtengamos al realizar esta investigación se compartirá con usted si lo desean antes de que sean presentados, antes la Directiva de la PUCE. No se compartirá información confidencial. Además, se informará al Centro de Salud sobre los resultados, para poder plantear nuevas estrategias de mejoramiento en la atención de Salud. Después de brindarles la información de los resultados, estos serán presentados frente a la Directiva de la PUCE

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara de ninguna forma. . Usted mantendrá todos los beneficios que tenía en los grupos de Adulto Mayor y en el Centro de Salud de Nayón, además, usted puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como miembro y paciente de los grupos. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme,

Srta: Fernanda Sotalín / Egresada de Medicina de la PUCE/ Nayón “Barrio Las Palmas”, celular 0996387381

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Bioética de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se proteja de daños a los participantes en la investigación.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la estudio investigativo para investigar el grado de Adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con Hipertensión Arterial. Entiendo que me realizaran varias preguntas, las cuales deberán ser respondidas según yo las considere. He sido informado que no correré ningún riesgo durante mi participación en el estudio. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona, pero si para la comunidad

de adultos mayores en general. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mis actividades y controles médicos.

Nombre del Participante _____
CI _____

Firma del Participante _____
Fecha _____

Si es analfabeto
He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____
CI _____

Firma del testigo _____

Huella dactilar del participante
Fecha _____

He leído claramente el documento del consentimiento informado para el participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____
Fecha _____

EVIDENCIAS

ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD NAYÓN



CLUB 60 Y PIQUITO

REUNIONES EN NAYÓN





REUNIONES EN SAN FRANCISCO DE TANDA



REUNIÓN EN LOS TALLERES DE MANUALIDADES

