



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

TITULO:

Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde marzo 2024 hasta agosto 2024.

AUTOR(ES):

Moreno Jiménez Denisse Graciela

Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MEDICO

TUTOR:

Dra. Otero Celi María Elisa

**Guayaquil, Ecuador
14 de octubre de 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **MORENO JIMENEZ DENISSE GRACIELA**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**

TUTOR (A)



firmado electrónicamente por:
**MARIA ELISA
OTERO CELI**

f. _____

Dra. María Elisa Otero Celi

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 14 de octubre de 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **TENEZACA RODRIGUEZ MATHEW ISAAC**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**MARIA ELISA
OTERO CELI**

f. _____

DRA. MARIA ELISA OTERO

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. JUAN LUIS GUIRRE MARTINEZ

Guayaquil, 14 de octubre de 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Moreno Jiménez Denisse Graciela


DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde Marzo 2024 hasta Agosto 2024**, previo a la obtención del título de Médico ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 14 de octubre de 2024

EL AUTOR (A)

f.  Firmado electrónicamente por:
DENISSE GRACIELA
MORENO JIMENEZ

Moreno Jiménez Denisse Graciela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde Marzo 2024 hasta Agosto 2024**, previo a la obtención del título de Médico ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 14 de octubre de 2024

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**MATHEW ISAAC
TENEZACA
RODRIGUEZ**

f. _____

Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Moreno Jiménez Denisse Graciela

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde Marzo 2024 hasta Agosto 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 14 de octubre de 2024

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por
**DENISSE GRACIELA
MORENO JIMENEZ**

f. _____

Moreno Jiménez Denisse Graciela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde Marzo 2024 hasta Agosto 2024** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 14 de octubre de 2024

EL AUTOR (A)



f. _____

Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

TT, P73, Tenezaca-Moreno

< 1%
Textos sospechosos



0% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
6% Idiomas no reconocidos (ignorado)
0% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: TT, P73, Tenezaca-Moreno.pdf
ID del documento: 81f8ac219440f5ab416f91f1504f6ba2430555de
Tamaño del documento original: 764,15 kB
Autores: []

Depositante: María Elisa Otero Cali
Fecha de depósito: 18/9/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 18/9/2024

Número de palabras: 9824
Número de caracteres: 71.083

Ubicación de las similitudes en el documento:



TUTORA



Firmado electrónicamente por:
**MARIA ELISA
OTERO CELI**

f. _____

DRA. OTERO CELI, MARÍA ELISA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a Dios por guiarme con paciencia, dedicación y sabiduría durante toda mi carrera y el desarrollo de este trabajo.

Expreso mi mayor gratitud a quienes han contribuido de manera académica y profesional hacia a mí, sus consejos fueron pilares fundamentales para superar los retos que este trabajo presenta. A quienes me proporcionaron sus conocimientos y dedicaron tiempo a este trabajo gracias por su compromiso y ayuda.

A mi familia, mi mamá Graciela Jiménez, mi papá Carlos Moreno y mi hermano Carlos Andrés Moreno a quienes no tengo suficientes palabras para agradecerles por su amor, comprensión, y apoyo durante todos mis años de carrera, además de enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Gracias por creer en mí.

A mis amigos Edison, Emiliano, Xavier, Ángeles, Amaris, Doménica, Alexandro, Andrea y Mónica con quienes compartí largas jornadas de clases, noches sin dormir y experiencias inolvidables agradezco su granito de arena en cada una de las cosas que hacía, además de brindarme palabras de aliento cada vez que lo necesitaba.

Finalmente, aquellas personas mencionadas más todas aquellas que han estado ahí para mí cada uno aporta con algo diferente hacia mí lo que lo hace un tesoro invaluable que me lo llevo en el corazón, déjenme decirles que sin ustedes no podía haber logrado todo esto.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a quienes han sido pilares fundamentales a lo largo de mi formación como médico. A mis padres quienes con su amor incondicional y sacrificio han hecho posible este sueño. Por último, pero no menos importantes a aquellos quienes de manera anónima o cercana han dejado una huella en mi vida en estos años de vida universitaria.

Este logro es tan suyo como mío

Denisse Graciela Moreno Jimenez

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por guiarme durante todo este arduo camino de sabiduría y espiritualidad haciendo que tome decisiones correctas para poder lograr esta meta. A mi padre por ser el sustento primordial por el que mantuve un camino sin un obstáculo financiero. A mi madre por heredarme sus buenos valores y mantenerme erguido durante la lucha continua de este camino. A mi tía Narcisa Tenezaca y mi tío Felix Faytong por brindarme calor, alimento y comodidad y poder rendir con los objetivos establecidos. A mi hermano Roger por ser la persona que más admiro en el mundo. A mi hermana Katherine por brindarme su mano cuando más la necesitaba. A mi hermana Mariela por demostrarme amor desde el inicio de mis días. A mi prima Stephanie por escucharme y estar presente durante jornadas arduas de estudio. A los amigos que me brindó la Universidad; Alejandro, Mónica, Daniel, Fran, Alissa, Gary, Isaías, Darío, Galo. A mi hermano de otra familia Emanuel Chumo quien, durante toda la carrera y fuera de ella me brindo su amistad y compañía en todo momento y sin flaquear. A mis amigos con los que he crecido; Juaro, Mario, Geno, Javier, Julio, Geo, Maikool, Jimmy, May, Miguel, Carlos, que, desde fuera, nunca pararon de motivarme. A Eckell Fienco por ser el eslabón clave para tomar una de las mejores decisiones de mi vida. A Carlos Cacao por demostrar sin importar la edad aún puedes hacer buenos amigos y a toda la guardia 2 por estar presente en mi año de internado rotativo.

DEDICATORIA

A mis padres Angel Tenezaca y Vilma Rodríguez quienes con su sacrificio me otorgaban apoyo incondicional cuando más los necesitaba.

A mis hermanos y en especial al Mathew de hace 5 años quien dudaba de sus capacidades y habilidades.

Mathew Isaac Tenezaca Rodríguez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS GUIRRE MARTINEZ

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

Índice

RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN	4
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEORICO.....	6
ETIOLOGÍA.....	6
EPIDEMIOLOGÍA	6
FISIOPATOLOGÍA.....	6
FACTORES DE RIESGO	8
CLASIFICACIÓN	9
DIAGNÓSTICO	9
COMPLICACIONES	11
TRATAMIENTO.....	11
DIABETES MELLITUS	12
ETIOLOGÍA.....	12
EPIDEMIOLOGÍA.....	13
FISIOPATOLOGÍA.....	14
COMPLICACIONES	15

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	15
DIAGNÓSTICO	16
TRATAMIENTO.....	17
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	18
CONCEPTO	18
IMPLICACIONES CLÍNICAS	19
FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA	19
MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	20
CAPITULO III.....	23
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	23
TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	24
CAPÍTULO IV	25
ANÁLISIS Y RESULTADOS	25
RESULTADOS	29
CAPITULO V.....	30
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	31
REFERENCIAS.....	32

RESUMEN

Título: Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde marzo 2024 hasta agosto 2024.

Autores: Denisse Moreno Jiménez y Mathew Tenezaca Rodríguez

Resumen: Este trabajo de investigación aborda la adherencia de tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con diabetes mellitus con el objetivo de determinar el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Naval Sur entre el periodo de marzo del 2024 hasta agosto del 2024. A través del test Morisky-Green modificado en una muestra de 123 pacientes el cual analiza al paciente categorizándolo según la adherencia a su tratamiento lo que permite conocer como su mala adherencia al tratamiento lo con lleva a padecer complicaciones de ambas enfermedades. Además, se discute que aparte del olvido de la toma de medicación existen mas variables que influyen a una mala adherencia y se concluye que el 75% de los pacientes en este estudio no se adhieren a su respectivo tratamiento lo que acelera el transcurso natural de la enfermedad. este estudio contribuye al campo de la medicina, destacando la importancia de la adherencia al tratamiento y las implicaciones clínicas de este.

Palabras clave: hipertensión, diabetes mellitus, adherencia a tratamiento, Morisky-Green, ECV, complicaciones.

ABSTRACT

Title: Analysis of adherence to antihypertensive treatment in patients with type 2 diabetes mellitus treated by outpatient clinic at the Hospital General Naval Sur from March 2024 to August 2024.

Authors: Denisse Moreno Jimenez and Mathew Tenezaca Rodriguez

Summary: This research work addresses the adherence to antihypertensive treatment in hypertensive patients with diabetes mellitus with the aim of determining the degree of adherence to antihypertensive treatment in patients with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus at the Hospital General Naval Sur between the period from March 2024 to August 2024. Through the modified Morisky-Green test in a sample of 123 patients, which analyzes the patient by categorizing them according to their adherence to their treatment, which allows us to know how their poor adherence to the treatment leads to complications of both diseases. In addition, it is discussed that apart from forgetting to take medication, there are more variables that influence poor adherence and it is concluded that 75% of the patients in this study do not adhere to their respective treatment, which accelerates the natural course of the disease. This study contributes to the field of medicine, highlighting the importance of adherence to treatment and its clinical implications.

Keywords: hypertension, diabetes mellitus, treatment adherence, Morisky-Green, CVD, complications.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA), también llamada enfermedad silenciosa por su capacidad de manifestarse con ausencia de síntomas en sus primeros estadios, es una enfermedad crónica no transmisible que afecta al endotelio arterial haciendo que se genere un aumento de la presión intravascular de la misma(1). La HTA genera pequeñas lesiones progresivas que genera en los vasos de pequeño calibre que pueden incluso; de manera crónica, generar daño a órganos diana(2). De la misma manera, la diabetes mellitus tipo II (DM2), perteneciente al mismo grupo de enfermedades crónicas no transmisibles generan daño irreversible a los vasos sanguíneos por medio de su determinante lesión; neuropatía diabética (ND)(3). Juntas, la HTA y DM2 son consideradas factores de morbilidad para el paciente que las padezca, generando problemas y empeorando su calidad vida(4).

La prevalencia de HTA en el mundo varía según la edad y el país donde se encuentren. Con normalidad la presión arterial aumenta con respecto a las edades, acompañando las edades de niños y adolescentes, esperando que haya una mayor prevalencia en adultos mayores(5). Según la *National Health and nutrition Examination Survey* 30% de los habitantes de Estados Unidos padecen HTA; es decir, aproximadamente 65 millones de personas (6). Por otra parte, la DM2 a nivel mundial afecta a millones de personas siendo el grupo de mayor riesgo de padecerla las personas >65 años; como lo es con Estados Unidos, manteniendo una prevalencia de 26.9%(7).

Los pacientes en los que la diabetes coexiste con la hipertensión arterial al mismo tiempo tienen una mayor predisposición a desarrollar enfermedades cardiovasculares que aquellos que padecen ambas enfermedades por separado. Los pacientes que padecen de diabetes mellitus tienen el doble de probabilidad de desencadenar hipertensión arterial que pacientes sin esta comorbilidad(8). Además, los pacientes que padecen hipertensión

arterial tienen una mayor probabilidad de desarrollar diabetes mellitus II que los pacientes que manejan presión arterial normal (3).

El grado en que los pacientes cumplen con su tratamiento prescrito por su médico se conoce como adherencia a un régimen de tratamiento (9). La falta de adherencia se puede comportar de 2 maneras: la primaria que consiste en que la medicación no se encuentra disponible en farmacia y la secundaria la que consiste en varios factores como la alteración de la dosis, cambios en el intervalo de dosificación, el aumento de la frecuencia o dosis o inclusive la suspensión de el(10).

Se estima que la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial oscila entre el 50 y 70 %. Esta inconsistencia se debe a los diferentes grupos de estudio, la duración del seguimiento, el método evaluador y los regímenes farmacológicos utilizados en los diferentes estudios(11).

En Ecuador, investigaciones indican que los pacientes con ambas comorbilidades hipertensión arterial y diabetes mellitus II no siguen su tratamiento de manera adecuada, lo que refleja que un 62% de los encuestados en la provincia de Santa Elena no siguen su tratamiento(12). En el hospital José Carrasco Arteaga en la provincia de Azuay, se encontró que la tasa de adherencia al tratamiento antihipertensivo es de 49.60% mientras que los factores mas significativos asociados a la no adherencia fueron la edad de 65 años (RP:1,07), el bajo nivel educativo (RP:1,51), el sexo femenino (RP:0,62) y el estado nutricional en relación con el sobrepeso y la obesidad (RP:0,79).

A pesar del daño que puedan causar estas enfermedades, existe tratamiento que ayuda a enlentecer el curso natural de la enfermedad, siendo de vital importancia una correcta adherencia al tratamiento, por tal motivo, el presente trabajo propone la evaluación de la adherencia por medio de encuestas a pacientes que padecen estas enfermedades.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2 pueden tener una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial y con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Naval Sur entre el periodo de marzo del 2024 hasta agosto del 2024?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se realizó en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, en el servicio de Cardiología del Hospital General Naval Sur entre el periodo de marzo del 2024 hasta agosto del 2024 en pacientes que reciben tratamiento previo antihipertensivo con diagnóstico establecido de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2.

JUSTIFICACIÓN

Los factores relacionados son los responsables de la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus II, lo que genera costos adicionales para el sistema de salud debido al incumplimiento del tratamiento previamente establecido, desencadenando múltiples complicaciones cardiovasculares.

Al no existir datos actuales sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas con HTA y DM2 en la ciudad de Guayaquil, por lo que, el presente trabajo de investigación analizó la problemática en el Hospital General Naval Sur.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Naval Sur entre el periodo de marzo del 2024 hasta agosto del 2024

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar las edades de los pacientes que cursan con diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- b) Establecer la etnia de los pacientes de los pacientes que cursan con diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- c) Definir la distribución de acuerdo el sexo de los pacientes que cursan con diabetes mellitus e hipertensión arterial.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

HIPERTENSION ARTERIAL

ETIOLOGÍA

Los cambios ambientales y factores genéticos tienen una relación directa con la hipertensión arterial, sin embargo, no está del todo claro como este mecanismo afecta específicamente la presión arterial y desencadena hipertensión arterial. Dadas estas implicaciones, se clasifica como hipertensión arterial primaria, esencial o idiopática a la asociada a factores genéticos como ambientales, por otro lado, la hipertensión arterial secundaria se caracteriza por aumento constante de la presión arterial sistémica, tiene una causa identificable en comparación con la hipertensión arterial primaria y generalmente se trata. Existen otros factores asociados tales como (13): dieta alta en sodio, obesidad, edad.

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con cifras mundiales la hipertensión arterial es considerada una de las enfermedades cardiovasculares con más datos de prevalencia en la cual tanto los países desarrollados con los en vías de desarrollo tienen un porcentaje del 30-45% en adultos los cuales aumentan su riesgo de morbilidad y mortalidad con factores asociados como la edad, obesidad, la dieta y el sedentarismo (14). Según la encuesta STEPS En Ecuador 2018 Adultos con hipertensión estiman cifras alrededor de 19.8% de los cuales hay una mayor prevalencia en hombres con un 23.8% mientras que en mujeres se estiman cifras de 16%, siendo mayor en adultos de 45-69 años, además, un 45.2% no están conscientes de que sufren esta enfermedad, un 12.6% está diagnosticado, pero no toma medicación mientras que un 16.2% toma medicación, pero no logra llegar a objetivos médicos (15).

FISIOPATOLOGÍA:

Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA):

La hipertensión arterial se desarrolla a través de mecanismos:

La enzima proteolítica renina la cual es secretada por las células yuxtaglomerulares del riñón es la encargada de convertir el angiotensinógeno en angiotensina y el que luego se convertirá la angiotensina II que a su vez esta estimula la liberación de la aldosterona incrementando la retención del sodio y agua, lo cual provoca el aumento de la presión arterial (16).

Sistema Nervioso Simpático:

El sistema nervioso simpático induce la vasoconstricción periférica lo que provoca aumento de la resistencia vascular periférica, además de provocar aumento de la frecuencia cardiaca, la contractilidad del corazón y por ende aumento del gasto cardiaco (17).

Disfunción Endotelial:

La disfunción del endotelio vascular por medio de la vasoconstricción la cual es causada por el péptido vasoconstrictor que es la endotelina aumenta su producción; a su vez la disfunción endotelial disminuye la producción del óxido nítrico reduciendo los niveles de este vasodilatador y provocando la elevación de la presión arterial.

Estilo de vida:

El consumo de alimentos altos en sodio predispone el aumento de la presión arterial mediante la retención de líquidos, esto ocurre en la filtración del riñón en la cual el sodio queda retenido atrae más volumen de agua y por ende causa aumento del volumen sanguíneo provocando aumento de la presión arterial a causa de un mayor bombeo de sangre desde el corazón hacia los vasos (18).

El exceso de peso provoca que al corazón trabajar más fuerte bombeando más sangre lo que provoca elevación de la presión arterial, sin olvidar que el exceso de peso puede provocar déficit en la función de la insulina provocando al cuerpo producir una mayor cantidad de esta para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de parámetros normales, esta resistencia se asocia con la disfunción endotelial ya que provoca rigidez arterial (1).

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo tenemos, los modificables y no modificables (12,19–22).

Modificables

- *Sobrepeso u obesidad*

La ingesta de grasa y sal predispone la a un aumento de la presión arterial entre 1.6 a 1.3 mmHg.

- *Sedentarismo*

Actúa como factor hipertensivo debido a que aumenta el sistema simpático.

- *Consumo de tabaco*

Aumenta el riesgo de lesionar el endotelio vascular además de aumentar la predisposición a padecer aterosclerosis.

- *Alcohol*

Predispone a la elevación de la presión arterial mediante la activación del sistema simpático.

No modificables

Historia familiar de hipertensión arterial

- Sexo

La hipertensión arterial tiene mayor predisposición en el hombre más que en la mujer sin embargo existe un riesgo mayor en mujeres de edad avanzada posmenopausia.

- Edad avanzada

La rigidez del endotelio vascular provoca dificultad en el paso del flujo sanguíneo.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo con su etiología la hipertensión arterial se clasifica en (20,23):

Hipertensión Primaria

No tiene una etiología definida y se cree que es resultado a exposición a factores genéticos y ambientales.

Hipertensión Secundaria:

- Las enfermedades renales
- La hiperaldosteronismo primaria
- Hipertensión arterial inducida por fármacos o tóxicos
- Síndrome de apnea-hipopnea del sueño
- Trastornos endocrinológicos (feocromocitoma, síndrome de Cushing)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la hipertensión arterial se da en varias etapas desde la medición de la presión arterial hasta métodos más complejos como el de imágenes (24).

Medición de la presión arterial

Método diagnóstico no invasivo esencial para el manejo de la hipertensión

- El paciente tiene que estar sentado, cómodo durante al menos 5 minutos antes de la medición, sus brazos deben estar apoyados sobre un apoyabrazos
- Es importante que el paciente se encuentre relajado sin haber realizado actividad física al menos 30 min antes de la medición de presión arterial.

Según la guía ACC/ AHA 2017 recuerda la necesidad de obtener lecturas de PA de calidad y evitar los errores, resalta la importancia del reposo previo a la medida, del uso de manguitos de tamaño grande o extragrande cuando sea necesario (25).

Monitoreo ambulatorio de la presión arterial

Es un método diagnóstico no invasivo útil y preciso para el monitoreo de la presión arterial, el cual consiste en realizar un registro de presión arterial durante 24 horas en el cual evaluara la presión arterial del paciente durante sus actividades rutinarias normales como en reposo (26).

Valores Normales de Referencia:

- Presión Arterial Media Diurna: <135/85 mmHg
- Presión Arterial Media Nocturna: <120/70 mmHg
- Presión Arterial Media de 24 Horas: <130/80 mmHg

El diagnóstico de hipertensión se confirma si la presión arterial sistólica es ≥ 130 mmHg y/o la presión arterial diastólica es ≥ 80 mmHg en al menos dos visitas separadas, de acuerdo con las guías más recientes del ACC/AHA.

COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones tenemos:

Agudas

Ictus.- Debido a la relación entre las cifras altas de presión arterial y el riesgo vascular, en la cual por cada 20mmhg de incremento de presión arterial sistólica o 10 mmHg de presión arterial diastólica hay una mayor predisposición a duplicar el riesgo de sufrir una interrupción de la circulación del flujo sanguíneo(27).

Infarto agudo de miocardio.- La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de un infarto agudo de miocardio, además de sumarse la falta de control y el no llegar a los objetivos estimados del tratamiento(23).

Crónicas

Enfermedad renal crónica. - La hipertensión arterial tiene una estrecha relación en cuanto a la progresión de insuficiencia renal mediante factores como el incremento de presión arterial a la microvascularización renal y a la proteinuria (28).

Retinopatía hipertensiva. - Al ser una enfermedad que causa modificaciones en pared arterial y venosa puede causar daños en el parénquima retiniano mediante mecanismos como el aumento de tono de las arteriolas y la acumulación de material hialino causando una arteriola más rígida e incompetente (29).

TRATAMIENTO

En el tratamiento de la hipertensión es esencial los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico.

Cambios en el estilo de vida

Importante que estos pacientes:

Consuman una dieta baja en sodio

Realicen actividad física al menos 3 veces a la semana y al menos 30 minutos al día.
Eviten hábitos como el tabaco y el consumo de alcohol (26).

Farmacológico

El tratamiento farmacológico consta de 6 familias de antihipertensivos los cuales según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión consideran como de primera línea son los diuréticos, bloqueadores betaadrenérgicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, bloqueadores alfa y antagonistas de los receptores de la angiotensina la aplicación de cada uno de ellos depende de las comorbilidades y del grado de severidad de hipertensión que tenga el paciente(30).

Todas las guías recomiendan iniciar el tratamiento farmacológico en pacientes con $PA \geq 160 / \geq 100$ mmHg, independientemente del riesgo CV; y a partir de $PA \geq 130 / \geq 80$ mmHg, la mayoría (exceptuando el NICE) recomiendan que se considere cuando el riesgo CV sea alto o muy alto, o la PA no se controle con medidas no farmacológicas (30).

DIABETES MELLITUS

ETIOLOGÍA

La etiología depende de muchas variables extrínsecas como intrínsecas, entre ellas tenemos las de origen genético, ambiental y tabaquismo.

Genética

En la actualidad se han intervenido 100 genes asociados con el desarrollo de la enfermedad, comprendiendo que es una patología con etiología multifactorial se hallan

implicados elementos genéticos y epigenéticos. Todos estos genes se ven implicados en la función directa que establece las células beta y conjunto a esta la secreción de insulina y posteriormente la resistencia a esta (31).

Ambiental

Los adipocitos y sus respectivas células inmunológicas del tejido adiposo tienen la facultad de producir factores inflamatorios. Junto con a la actividad que da origen a los nuevos ácidos grasos generados por los adipocitos, que incluso, dada la continua ingesta puede generar hipertrofia de estos. Cuando estas células llegan a su límite de hipertrofia comienzan a desarrollar disminución de la sensibilidad a la insulina y consigo otros factores que contribuyen al daño celular y como resultado la muerte celular. Posteriormente se segregan material de células inmunes que posterior a dicha muerte celular recrean un microambiente alterado del tejido adiposo engatillando una inflamación tisular local conocido como lipo-inflamación (32).

Tabaquismo

El tabaquismo es un variable determinante dentro de las causantes de la DM2. Además de su producción potencial de estrés oxidativo y disfunción endotelial se ha asociado al tabaquismo como factor predisponente a generación de resistencia a la insulina por metilación de genes. Sin omitir el daño directo que causa a las células B pancreáticas.(33)

EPIDEMIOLOGÍA

Siendo la DM2 un problema de salud conocido a nivel mundial, en Latinoamérica se considera un aumento de 62% de casos para el año 2045 según la prevalencia tomada

por la Federación Internacional de Diabetes que estimó la prevalencia estimada en el 2017 marcando un 9.2% entre adultos de 20 a 79 años (7).

FISIOPATOLOGÍA

Dentro de la DM2 existen dos tipos de fisiopatologías que caracterizan a la enfermedad. El primer factor que genera la enfermedad es la resistencia a la insulina (RI) y la subsecuente disfunción de la célula beta; donde se evidencia diferentes vías de señalización que se alteran por distintos factores (1).

Resistencia a la insulina

Siendo la causa principal desencadenante de la DM2, se conoce a la RI por ser una condición en la cual las células diana de la insulina no responden de forma adecuada lo que refleja como resultado la inadecuada incorporación de glucosa en los diferentes tejidos (34).

Existen cambios conformacionales generados por la unión de la insulina a la subunidad α del receptor de insulina generando residuos que a su vez son reconocidos por el Sustrato del Receptor de insulina (IRS) que contribuye y desencadena cascadas de señalización intracelular de las vías de las cinasas que regulan la expresión genética y efectos mitogénicos asociados a la insulina (34).

Daño producido por leptina y resistina:

El aumento excesivo de la leptina induce directamente a la apoptosis de las células β por su sistema de inhibición de síntesis de insulina, incrementa la reacción inflamatoria generando estrés oxidativo a nivel celular. Por otro lado, la resistina siendo una molécula generada desde el tejido adiposo es capaz de producir un aumento de IL-6 y TNF que favorecen al factor inflamatorio generado anteriormente por la leptina; es decir, se

produce un desequilibrio en la concentración sistémica y local de marcadores inflamatorios que conllevan a la muerte celular de las células β (35).

Lipotoxicidad:

El movimiento de los triglicéridos aumenta de manera significativa en los pacientes diabéticos que no mantienen un control adecuado de la enfermedad, llevando consigo al aumento de AGL. Como resultado se genera ceramidas encargadas de activar indirectamente las caspasas productoras de apoptosis de las células β generando un desnivel en la segregación de insulina; asimismo, el desequilibrio en la glucemia del paciente (36).

COMPLICACIONES

Actualmente, existen muchas complicaciones que comprometen la calidad de vida del paciente con DM2, aún más los pacientes que sostienen un índice de masa corporal mayor a 30, entre las cuales las más importantes son nefropatía, hipertensión arterial y alteración de la función cardiovascular. Por otro lado, la albuminuria es un factor presente en cierto porcentaje de pacientes debutando desde el inicio de la enfermedad y otros después de 10 años desde su inicio(37).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Por lo general las manifestaciones que representa esta enfermedad suelen ser asintomáticas en la fase inicial por lo que su diagnóstico en los estadios iniciales suele ser de gran dificultad. Ciertos pacientes debutan con cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar poniendo en riesgo la vida del paciente.

Ciertas manifestaciones clínicas asociadas al padecimiento de esta enfermedad se hallan asociadas como signos sugestivos de esta pero no determinan diagnóstico definitivo. Entre ellas, la acantosis nigricans encabeza la lista de estos signos. Se trata de una hiperpigmentación de los pliegues naturales de la piel como en el cuello, codos, axilas.

La polidipsia es otro signo característico de estos pacientes, la sed que padecen no cesa fácilmente que incluso toman 2 vasos con agua. La polifagia y su incapacidad de saciedad forma parte de otro signo importante en estos pacientes, generando un estado de hiperglucemia sostenida y posteriormente, glucotoxicidad.

Por otra parte, las manifestaciones en su estadio crónico comprometen diferentes aparatos, generando enfermedades cardiovasculares, oculares, nefropatía diabética y neuropatía diabética. La miocardiopatía y la enfermedad de las arterias coronarias son las patologías con mayor incidencia en este tipo de pacientes. La retinopatía diabética se considera; actualmente, presente en más del 60% de los pacientes comprometiendo muchas veces la visión completa de los pacientes generando ceguera. La insuficiencia renal es una de las manifestaciones más temidas en los pacientes debido a su alta morbilidad y su posible desenlace en insuficiencia renal terminal.

DIAGNÓSTICO

Antes de establecer un diagnóstico mediante pruebas complementarias de laboratorio, debemos conocer las manifestaciones clínicas ya mencionadas que nos otorgan la sospecha del padecimiento de dicha enfermedad.

Para establecer el diagnóstico se puede optar por distintos tipos de pruebas, entre estas están la glicemia plasmática, test de tolerancia a la glucosa, hemoglobina glicosilada, Glucosa en sangre. Para poder realizar el test de glucosa plasmática es necesario que no

haya ingerido alimentos dentro de las ultimas 8 a 12 horas. Si la glicemia resulta > 126mg/dL indica DM acompañado de los otros signos ya establecidos. Por otra parte el test de hemoglobina glicosilada se la utiliza para conocer los niveles de glucosa en sangre durante los últimos 3 meses, un índice >6.5% además de los signos clínicos sugestivos, indicaría padecimiento de la enfermedad (38).

TRATAMIENTO

Es multidisciplinario y consta de fármacos que ayudan a mitigar el daño a causar de esta enfermedad una vez ya establecida, en primer lugar, tenemos a la metformina.

Metformina

Es la droga que marca el primer paso para los pacientes que padecen una dm2 leve o sin signos aparentes. Se considera un agente insulinosensibilizador de carácter seguro, y según otros estudios marcan resultados de disminución significativa de la hemoglobina glicosilada en 1,12%, representando un riesgo bajo de que el paciente padezca hipoglucemias. Las dosis recomendadas van desde 500 a 2550 mg/día(39).

Sulfonilureas

Son las de menor costo, pero con un mayor riesgo de que el paciente padezca de hipoglucemias. Reducen un promedio de 1,5% la hemoglobina glicosilada y contribuyen al aumento de peso(40).

iDPP4

Entre sus beneficios mantienen un bajo riesgo de padecer hipoglucemias y reduce la hemoglobina glicosilada en un 0,69%. Los fármacos más utilizados en este grupo están la vilgagliptina, sitagliptina, linagliptina(40).

Sensibilizadores de insulina

Estos fármacos ayudan a mejorar la sensibilidad de los tejidos periféricos a la recepción de la glucosa ejercida por la insulina, bajo riesgo de glucemias. Dentro de este grupo están las tiazolidinedionas (39).

Insulina

El administrar insulina o alguno de sus análogos de manera extrínseca ayuda a disminuir los niveles de glicemia de manera directa ejerciendo su función sin intermediario a los tejidos (39).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONCEPTO

El grado en que los pacientes toman sus medicinas recetadas por sus doctores, se conoce como adherencia a un régimen de medicinas. Muchos doctores en el área de la salud prefieren el término “adherencia” porque significa que el paciente sigue pasivamente las instrucciones del doctor y que el manejo terapéutico no se basa en un contrato entre el paciente y el doctor (44).

La adhesión al tratamiento se define como la iniciativa voluntaria del paciente con su tratamiento, para mejorar su bienestar y calidad de vida, más allá de seguir de forma pasiva lo que indica el medico (10).

La Organización mundial de la Salud, define la adherencia al tratamiento como el grado, en que el paciente da una respuesta a lo que indica los doctores en términos de comportamiento, alimentación, toma de medicinas, cambios en sus hábitos. Sin embargo, esto abarca muchos comportamientos saludables. Plantean que este término no es adecuado, para mencionar las diferentes intervenciones utilizadas para tratar patologías crónicas, porque puede ser un prestador de asistencia médica (10).

IMPLICACIONES CLÍNICAS

Estudios clínicos han demostrado que la adherencia terapéutica en personas con hipertensión puede bajar el indicio de tener un accidente cerebrovascular entre un 30 y 43% y de infarto del corazón entre un 15%. También mencionan la reducción en cuanto a los costos en la salud. Calculando en pagos innecesarios entre 396 y 792 millones de dólares en EEUU, como resultado de la no adherencia al tratamiento (45).

De acuerdo con un informe actual de la Organización mundial de la salud (OMS), la escasez de adherencia es un “problema global de gran importancia”. A pesar de que los últimos avances en la medicina en los últimos tiempos, ha dado mayores conocimientos de patologías y con eso, el descubrimiento de bastantes tratamientos eficaces. La incidencia y prevalencia de muchas patologías sigue siendo superior, pero su tratamiento muestra una baja efectividad a raíz de las bajas tasas de adherencia a los medicamentos (46).

Se calcula que cada 4 segundos ocurren eventos coronarios y cada 5, eventos vasculares cerebrales en el país, y el aumento de la presión, es el factor de riesgo más frecuente en estos eventos. Como resultado el aumento de presión se ha convertido en uno de los pilares a tomar en cuenta en la salud, por lo cual uno de los principales objetivos es la prevención a través de mejorar la adherencia al tratamiento. A pesar de la dedicación para obtener y cumplir con dicho objetivo, se calcula que solo el 60% de las personas con problemas cardiovasculares siguen su terapéutica (12).

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA

Se ha descrito en libros, una variedad de características que podrían estar relacionadas con una menor adherencia a la medicación, que se agrupan en 4 grandes campos, tomando como centro de la terapia farmacológica, que se puedan moldear en la

práctica del día a día, en relación con el enfermo, con su enfermedad, con su terapéutica y con el equipo asistencia (9).

MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Para planificar tratamientos que sirvan y que sean eficaces, y así poder lograr que las modificaciones en los resultados de la salud puedan seguir un régimen recomendado, es vital una valoración precisa del comportamiento de la adherencia al tratamiento (45) Es indudable que no hay un patrón establecido para evaluar este comportamiento. Además, hay evidencia de la utilización de una gama de estrategias en la literatura. Un método de evaluación es pedir a prestadores y pacientes que den sus opiniones sobre como es el comportamiento de adherencia (47). Sin embargo, cuando los prestadores valoran la adherencia de los pacientes, sobreestiman la misma. El análisis de los informes de los pacientes también ha sido difícil, Los pacientes que admiten no haber cumplido con la terapéutica suelen describir su comportamiento con precisión, mientras los que niegan hacerlo, informan sobre cómo se comportan (48). Los pacientes también pueden usar cuestionarios para evaluar la adherencia al tratamiento (49).

Determinar una curva dosis- respuesta es complejo porque la dosis u otras variables pueden diferir de las ya probadas en investigaciones, pero son necesarios para la toma de decisiones políticas acertadas sobre los umbrales relevantes para los tratamientos (50).

Las mediciones bioquímicas son un tercer método de importancia para la evaluación del comportamiento de la adherencia al tratamiento. Este medio de evaluación no está exento de inconvenientes, ya que los resultados pueden ser engañosos y a su vez

estar influenciados por diversos factores individuales como la dieta, la absorción y la excreción (22).

Métodos directos

La determinación de las concentraciones del fármaco, sus metabolitos o aun marcador biológico en una muestra biológica, es el principal objetivo de los métodos directos. Estas técnicas no se utilizan con todos los medicamentos, ya que principalmente se han utilizado con antiepilépticos, antirretrovirales y antipsicóticos. Parámetros como la hemoglobina glicosilada, el ácido úrico o la riboflavina son parámetros que pueden usarse para medir la adherencia al tratamiento (51).

Los métodos directos también incluyen la terapia directamente observada la cual puede realizarse por profesionales de la salud, asistentes sociales e incluso entre pacientes con una misma comorbilidad (46).

Método indirecto

Este método incluye la evaluación de información proporcionada tanto por el paciente o la persona encargada de el a través de métodos como la entrevista clínica o cuestionario validado el cual se encuentra como uno de lo más populares. Los beneficios de estos métodos son que son simples, recomendables, fáciles de utilizar en la práctica clínica y menos costosos a diferencia de los métodos directos que tienen un valor monetario alto (51).

Métodos con la entrevista clínica

Son métodos más simples los cuales permiten evaluar la adherencia a la terapia. Preguntan directamente al paciente sobre su adherencia al tratamiento farmacológico,

utilizar preguntas como cuantas dosis olvida tomar o cuantas veces no sigue su tratamiento, además de incluir preguntas acerca del medicamento prescrito (52).

Este apartado también incluye la utilización de cuestionarios que permiten determinar la adherencia auto comunicada de cada uno de los pacientes. La escala o cuestionarios proporcionan diferentes datos en los que se incluyen el comportamiento, los obstáculos y los factores que dificultan la adherencia al tratamiento (53).

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se utilizó el test de Morisky-Green modificado, los datos fueron recolectados y procesados en una hoja de Excel 2024. Respetando los principios de bioética con el respectivo consentimiento informado del paciente.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de carácter epidemiológico, observacional de corte transversal

POBLACIÓN Y MUESTRA

se obtuvo un total de 123 pacientes mayores de 18 años atendidos en la consulta externa en el área de cardiología del hospital General Naval Sur, se tomó toda la población de pacientes hipertensos con diabetes mellitus con un tratamiento ya prescrito.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un muestro por conveniencia, obteniendo un total de 123 pacientes atendidos en la consulta externa de cardiología del Hospital General Naval Sur.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes con hipertensión arterial.
- Pacientes entre de 18 años y 89 años.
- Pacientes con tratamiento antihipertensivo prescrito por cardiólogo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con malformaciones congénitas cardiacas
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1
- Pacientes que no completaron el formulario

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Los datos se obtuvieron mediante una base de datos y revisión de variables complementarias a través de revisión de historias clínicas y pruebas complementarias.

Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Edad (v. independiente)	Años	Cuantitativa discreta	Años
Sexo (v. independiente)	Sexo biológico	Cualitativa nominal	Masculino/femenino
Etnia (v. independiente)	Raza	Cualitativa Nominal	Afroamericano, Mestizo, Mulato, etc.

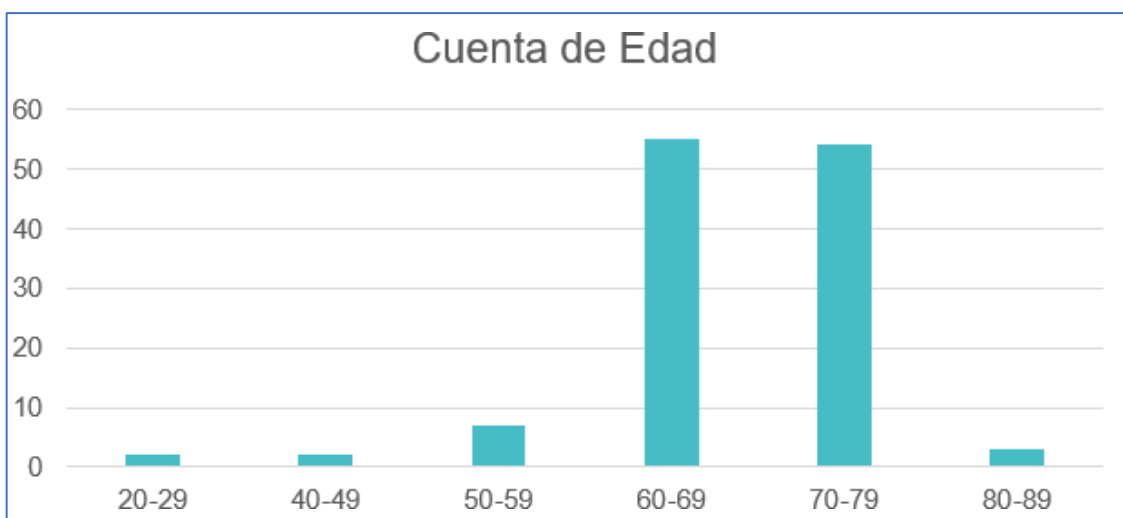
CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS

A partir de la base de datos administrada, contamos con 123 pacientes entre hombres y mujeres entre 18 y 89 años quienes fueron atendidos por el servicio de cardiología por consulta externa en el Hospital General Naval Sur (HOSNAG) que hayan sido diagnosticados con Hipertensión Arterial y a su vez padezcan Diabetes Mellitus tipo 2 para medir el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo prescrito en consultas previas por servicio de cardiología. Para esto se utilizó el test de Morisky – Green Modificado agregando diferentes tipos de variables para poder identificar y caracterizar el paciente.

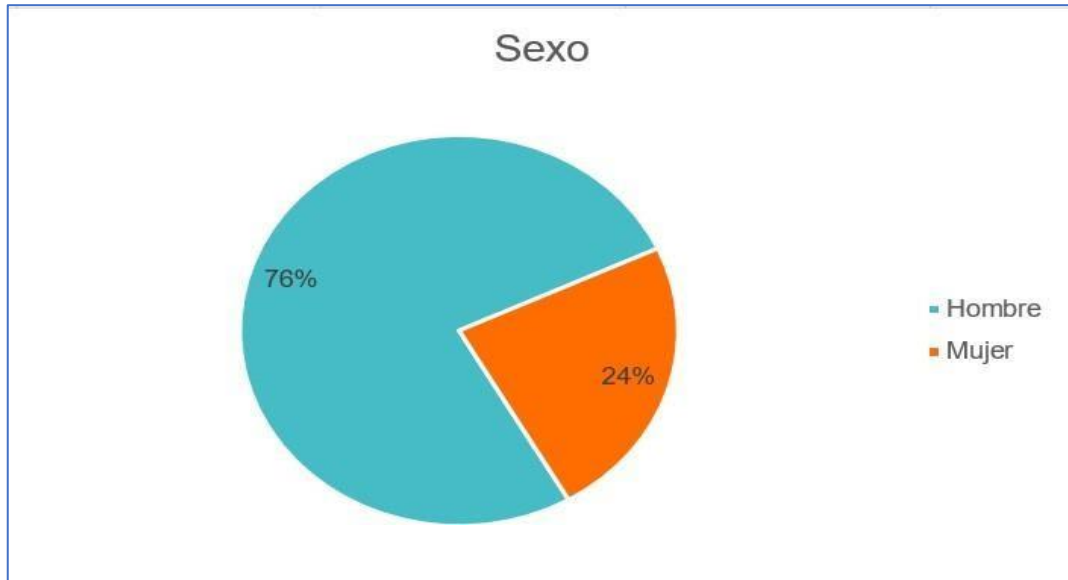
Edad

El grupo etario que se pudo evidenciar con mayor prevalencia de ambas enfermedades base fueron de 55 personas entre 60 y 69 años de edad y 54 personas dentro de los 70 y 79 años de edad. Siguiendo con menor porcentaje, pero con vital importancia un total de 7 pacientes entre 50 y 59 años de edad. Llama la atención la incidencia de hipertensión arterial en 1 paciente con edad entre 20 a 29 años.



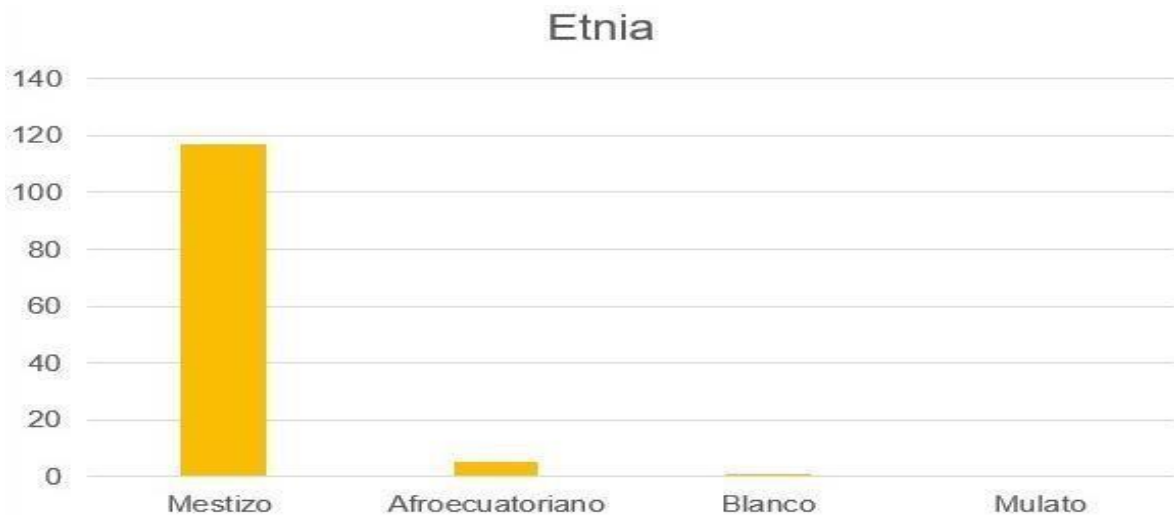
Sexo

La mayor parte de los encuestados fue representada por el sexo masculino obteniendo mayor porcentaje siendo de 76% y mujeres de 24% sin dejar de lado que el estudio realizado fue en un hospital militar donde existe mayor porcentaje de pacientes masculinos.



Etnia

La mayor parte de los encuestados fue representada por la etnia mestiza obteniendo mayor porcentaje siendo casi el 90% y la etnia afroecuatoriana con un menor porcentaje equivalente al 10%.



Test de Morisky – Green modificado

Nuestro estudio utiliza una encuesta que consta de 8 preguntas de las cuales 7 de ellas esperan respuestas de si o no y una pregunta final respondiendo a la frecuencia con la que olvida su medicina.

En esta pregunta se obtuvo un promedio 75% de pacientes quienes reportaron que olvidaban tomar sus medicamentos durante los 3 meses que es el tiempo por el cuál prescriben los especialistas sus medicamentos. Este resultado tiene se correlaciona con la segunda pregunta, que asegura que independientemente al olvido como causante de no tomar el tratamiento durante las últimas 2 semanas; es decir, el mayor porcentaje olvida tomar su medicina (88%) y el (12%) restante por algún otro motivo. Un mayor porcentaje de pacientes (93%) lleva su medicina cuando sale de casa para completar el tratamiento en horarios prescrito por médico tratante. A pesar de los diminutos efectos adversos que el tratamiento antihipertensivo puede causar, un porcentaje bajo pero significativo deja de tomar la medicación o baja las dosis de manera autónoma.

Por otro lado, una pregunta evalúa si el paciente tomó su medicina el día anterior, con la finalidad de conocer si cumplían el tratamiento hasta la fecha de corte establecida, que suele ser un día antes de la consulta que solicita el especialista. Sin embargo, llama la atención que 53% de los pacientes deja de tomar su medicina algunas veces porque sienten que sus síntomas están bajo control por efectos de la medicación previamente administrada. En la penúltima pregunta se cuestiona a los pacientes sin les resulta molesto lidiar con el plan de tratamiento establecido por el especialista, obteniendo resultados de 83% respondieron que no sentían molestia por el tratamiento y 17% sí.

Para finalizar, se cuestiona a los pacientes con qué frecuencia suele olvidar su medicina durante el tiempo que dura el tratamiento hasta la próxima cita médica otorgada por especialista; donde 54 pacientes respondieron que con olvidan su medicación entre 1

o 2 veces al mes. 47 pacientes olvidan su medicación de forma habitual entre 3 a 5 veces al mes. Y 9 pacientes nunca se han olvidado durante todo el tratamiento que llevan siguiendo por parte del área de cardiología.

Resultados Test Morisky- Green		
Pregunta	Si	No
¿olvida tomar su medicina alguna vez?	25%	75%
¿Cuándo viaja o sale de casa olvida a llevar sus medicina?	7%	93%
En 2 semanas, ¿de j o de tomar sus medicinas algún día?	12%	88%
¿se tomó sus medicinas ayer?	91%	9%
Cunado siente que sus síntomas están bajo control, ¿de j a de tomar medicina algunas veces?	53%	47%

Tomar medicinas resulta incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio con su plan de tratamiento?	17%	83%
¿Con que frecuencia le es difícil recordar que debe de tomar sus medicinas?	54 pacientes olvidan su medicación 1-2 veces al mes	
	47 pacientes olvidan su medicación 3-5 veces al mes	
	9 pacientes nunca se han olvidado	

RESULTADOS

Los pacientes entrevistados presentan una mala adherencia al tratamiento reportando datos por debajo de lo esperado (75% de los pacientes olvidan tomar su medicina, generando una mala adherencia al tratamiento) Como causa principal el olvido de tomar la medicina. Esto se debe muchas veces a que los pacientes adultos mayores, a medida que aumenta su edad aumentan también las probabilidades de que olviden. Así mismo, muchas patologías que contribuyen al deterioro cognitivo del paciente adulto mayor (Quienes son los más vulnerables a este tipo de patologías) se pasan por alto al usar estos cuestionarios. Pero indudablemente el uso precoz de este test ayuda a conocer la conducta del paciente como adherencia al tratamiento establecido.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Dentro de los resultados obtenidos se puede evidenciar concordancia con respecto a otros estudios realizados. Se utilizó una muestra de 123 pacientes que tengan entre 18 años y 90 años en la cual se evidencio una mala adherencia con un total del 75%. En comparación con otros estudios previamente realizados en España en una muestra de 16.208 pacientes mayores a 65 años mostro 50.7% (11). A diferencia de un estudio realizado en Chile en pacientes de 18 a 60 años el cual muestra una baja adherencia siendo solo el 1.5% de los examinados los que cumplieron con la adherencia al tratamiento, de los cuales el 22.6% reflejo controlar su enfermedad mientras que el 18,3% no sigue su tratamiento prescrito siendo estas las causas de su baja adherencia (46). Estudios realizados en Ecuador, en la ciudad de Cuenca en una muestra de 151 pacientes mostro una adherencia al tratamiento en un 63,6% (45), mientras que en estudio realizado en la ciudad de guayaquil en una muestra de 220 pacientes mostro que factores como la clase social baja, la frecuencia o seguimiento de su enfermedad, edad y hábitos fueron los responsables de la no adherencia al tratamiento (54). Revelando unas similitudes al estudio realizado en el Hospital General Naval Sur en cuanto al porcentaje de pacientes que no se adhiere al tratamiento y los factores que provocan esta mala adherencia.

Se debe reconocer que la edad es un factor de riesgo no modificable y que, con mayor probabilidad, habrá pacientes hipertensos a medida que pase el tiempo, existen cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico que enlentecen proceso natural de la HTA, por otro lado, existen factores de riesgo que aceleran este proceso como el estilo de vida sedentario, aumento del colesterol y cambios relacionados directamente con la DM2, los cuales al no llevar un control y una buena adherencia predisponen al paciente al desarrollo de complicaciones de ambas patologías.

CONCLUSIÓN

Con respecto a la población encuestada se encontró que el 75% de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, olvidaron tomar su medicación de acuerdo al test de Morisky – Green generando como resultado que los pacientes no fueron adherentes a su respectivo tratamiento logrando una inadecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Para lograr un mejor grado de adherencia en los pacientes es identificar de manera precoz la Hipertensión Arterial y así mismo los factores de riesgo asociados que favorezcan o aceleren el transcurso natural de la enfermedad previamente establecidos, y ejecutar el uso del test de Morisky – Green para mantener un correcto seguimiento de cada paciente.

Realizar campañas que aborden la hipertensión arterial y la diabetes orientar a cada paciente sobre su enfermedad y las posibles consecuencias en caso de lograr una inadecuada adherencia.

REFERENCIAS

1. Naha S, Gardner MJ, Khangura D, Kurukulasuriya LR, Sowers JR. Hypertension in Diabetes. En: Endotext [Internet] [Internet]. MDText.com, Inc.; 2021 [citado 14 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279027/>
2. Cachofeiro Ramos V, Sanz-Rosa D, de las Heras Jiménez N, Cediél Gil E, Miana Ortega M, Lahera Juliá V. Inflamación, disfunción endotelial e hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc*. 1 de octubre de 2004;21(7):347-54.
3. Wang Z, Yang T, Fu H. Prevalence of diabetes and hypertension and their interaction effects on cardio-cerebrovascular diseases: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 25 de junio de 2021;21(1):1224.
4. Haile TG, Mariye T, Tadesse DB, Gebremeskel GG, Asefa GG, Getachew T. Prevalence of hypertension among type 2 diabetes mellitus patients in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Int Health*. 1 de mayo de 2023;15(3):235-41.
5. Bernstein RS, Meurer LN, Plumb EJ, Jackson JL. Diabetes and Hypertension Prevalence in Homeless Adults in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. febrero de 2015;105(2):e46-60.
6. Chobufo MD, Gayam V, Soluny J, Rahman EU, Enoru S, Foryoung JB, et al. Prevalence and control rates of hypertension in the USA: 2017–2018. *Int J Cardiol Hypertens*. 31 de julio de 2020;6:100044.
7. Fang L, Sheng H, Tan Y, Zhang Q. Prevalence of diabetes in the USA from the perspective of demographic characteristics, physical indicators and living habits based on NHANES 2009-2018. *Front Endocrinol*. 7 de marzo de 2023;14:1088882.
8. Naseri MW, Esmat HA, Bahee MD. Prevalence of hypertension in Type-2diabetes mellitus. *Ann Med Surg*. 14 de mayo de 2022;78:103758.
9. Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Rev OFIL*. diciembre de 2020;30(4):313-23.
10. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cárceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol*. diciembre de 2006;5(3):535-48.

11. Moreno Juste A, Gimeno Miguel A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual-Salcedo MM, Menditto E, et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. *Med Clínica*. 5 de julio de 2019;153(1):1-5.
12. Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E, Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna*. marzo de 2019;6(1):63-74.
13. Gopar-Nieto R, Ezquerro-Osorio A, Chávez-Gómez NL, Manzur-Sandoval D, Raymundo-Martínez GIM. ¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales. *Arch Cardiol México*. 2021;91(4):493-9.
14. Uthman OA, Ayorinde A, Oyebode O, Sartori J, Gill P, Lilford RJ. Global prevalence and trends in hypertension and type 2 diabetes mellitus among slum residents: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 1 de febrero de 2022;12(2):e052393.
15. Informe de Ecuador: Mejorando la salud cardiovascular desde comunidades locales hasta el nivel nacional con un enfoque participativo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/16-5-2023-informe-ecuador-mejorando-salud-cardiovascular-desde-comunidades-locales-hasta>
16. Pérez PC, Fernández LM, García-Cosío MD, Delgado JF. Sistema renina-angiotensina-aldosterona y COVID19. Implicaciones clínicas. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2020;20:27-32.
17. Alshak MN, Das JM. Neuroanatomy, Sympathetic Nervous System. En: *StatPearls* [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542195/>
18. Cherfane M, Vallée A, Kab S, Salameh P, Goldberg M, Zins M, et al. Risk factors for uncontrolled blood pressure among individuals with hypertension on treatment: the CONSTANCES population-based study. *Int J Epidemiol*. 14 de febrero de 2024;53(2):dyae027.

19. Naha S, Gardner MJ, Khangura D, Kurukulasuriya LR, Sowers JR. Hypertension in Diabetes. En: Endotext [Internet] [Internet]. MDText.com, Inc.; 2021 [citado 14 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279027/>
20. Santamaría Olmo R, Gorostidi Pérez M. Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 1 de octubre de 2013;5(1):4-11.
21. Alejandro Merejildo FC. Factores asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial en adultos mayores del barrio Simón Bolívar, Santa Elena - 2020 [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021; 2021 [citado 14 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6444>
22. Pérez RFT, León MSQ, Rodríguez MRP, Toca EPM, Orellana FMÁ, Toca SCM, et al. Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. *Rev Latinoam Hipertens* [Internet]. 2021 [citado 12 de septiembre de 2024];16(4). Disponible en: http://caelum.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/25531
23. Rubio-Guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? *Med Interna México*. abril de 2018;34(2):299-303.
24. Buelt A, Richards A, Jones AL. Hypertension: New Guidelines from the International Society of Hypertension. *Am Fam Physician*. 15 de junio de 2021;103(12):763-5.
25. Hipertensión en adultos: diagnóstico y tratamiento. Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE); 2023.
26. American College of Cardiology [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2024]. 2023 ESH Hypertension Guideline Update: Bringing Us Closer Together Across the Pond. Disponible en: <https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/Articles/2024/02/05/11/43/http%3a%2f%2fwww.acc.org%2fLatest-in-Cardiology%2fArticles%2f2024%2f02%2f05%2f11%2f43%2f2023-ESH-Hypertension-Guideline-Update>
27. Arias J, Tellería AL, García E, Pernía K, Torrealba I, Jiménez B, et al. Infarto agudo del miocardio en pacientes hipertensos: Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken. *Rev Latinoam Hipertens*. marzo de 2008;3(1):24-7.

28. De Bhailis ÁM, Kalra PA. Hypertension and the kidneys. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. 2 de mayo de 2022;83(5):1-11.
29. Modi P, Arsiwalla T. Hypertensive Retinopathy. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525980/>
30. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J*. 30 de agosto de 2024;ehae178.
31. Yashi K, Daley SF. Obesity and Type 2 Diabetes. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592412/>
32. Klein S, Gastaldelli A, Yki-Järvinen H, Scherer PE. Why Does Obesity Cause Diabetes? *Cell Metab*. 4 de enero de 2022;34(1):11-20.
33. Products C for T. How Smoking Can Increase Risk for and Affect Diabetes. FDA [Internet]. 6 de marzo de 2024 [citado 15 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/how-smoking-can-increase-risk-and-affect-diabetes>
34. Banday MZ, Sameer AS, Nissar S. Pathophysiology of diabetes: An overview. *Avicenna J Med*. 2020;10(4):174-88.
35. Galicia-Garcia U, Benito-Vicente A, Jebari S, Larrea-Sebal A, Siddiqi H, Uribe KB, et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci*. 30 de agosto de 2020;21(17):6275.
36. Sanches JM, Zhao LN, Salehi A, Wollheim CB, Kaldis P. Pathophysiology of type 2 diabetes and the impact of altered metabolic interorgan crosstalk. *FEBS J*. febrero de 2023;290(3):620-48.
37. Farmaki P, Damaskos C, Garmpis N, Garmpi A, Savvanis S, Diamantis E. Complications of the Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Cardiol Rev*. noviembre de 2020;16(4):249-51.

38. Goyal R, Singhal M, Jialal I. Type 2 Diabetes. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>
39. Weinberg Sibony R, Segev O, Dor S, Raz I. Drug Therapies for Diabetes. *Int J Mol Sci*. 5 de diciembre de 2023;24(24):17147.
40. Aloke C, Egwu CO, Aja PM, Obasi NA, Chukwu J, Akumadu BO, et al. Current Advances in the Management of Diabetes Mellitus. *Biomedicine*. 29 de septiembre de 2022;10(10):2436.
41. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. *Can J Cardiol*. mayo de 2018;34(5):575-84.
42. Jia G, Sowers JR. Hypertension in Diabetes: An Update of Basic Mechanisms and Clinical Disease. *Hypertens Dallas Tex 1979*. noviembre de 2021;78(5):1197-205.
43. Alexánder-Rosas E, Calleja-Torres R, Martínez-García A, Lamothe-Molina PA, Ochoa-López JM, Meléndez G, et al. El impacto de la detección de disfunción endotelial en la aterosclerosis: estudio mediante tomografía por emisión de positrones. *Arch Cardiol México*. 1 de enero de 2009;80(1):36-40.
44. Rios-González CM. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay. *Rev Cuba Salud Pública [Internet]*. septiembre de 2018 [citado 14 de septiembre de 2024];44(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662018000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Astudillo MPA, González MSL, Siguenza DVL, Reyes FCM. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Rev MÉDICA HJCA*. 10 de marzo de 2016;8(1):8-13.
46. Ortega JPG, Ramn SMQ, Astudillo EPD, Ávila SAS, Vsquez XSS, Solrzano GAG, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Rev Latinoam Hipertens*. 2020;15(5):322-9.
47. Toapanta Medina RE. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del dispensario San Vicente 4. Comuna San Vicente Santa Elena. 2021. [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena,

2021; 2021 [citado 14 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6457>

48. Miranda Barros AA, Gualán Sarango SP, Miranda Barros AA, Gualán Sarango SP. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE UN CENTRO DE SALUD DE ECUADOR. *Perfiles*. junio de 2023;1(29):63-8.

49. Ramos-Mejía JL, Robles V, Suquinagua J, Terán C. Factores para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión y diabetes. *FACSALUD-UNEMI*. 2018;2(3):25-33.

50. Anrango Santillán DL. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui [Internet] [masterThesis]. 2021 [citado 14 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11550>

51. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet*. septiembre de 2018;59(3):163-72.

52. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. *Aten Primaria*. 31 de mayo de 1997;19(9):465-8.

53. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. septiembre de 2018;16(3):226-32.

54. Posligua W, McDermott J, Cevallos M, Posligua W, Cuello C. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes del Hospital Clínica Kennedy: Guayaquil – Ecuador: marzo a diciembre de 2004. *Med Guayaquil*. 2007;203-10.

55. Maidana GM, Silva LRS, Vera Z, Acosta P, Safi NL, Lugo GB. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un centro asistencial público. *Pharm Care Esp*. 15 de diciembre de 2021;23(6):19-32.

56. Brito Tola MA, Carpio Durán AL. Adherencia al tratamiento farmacológico hipertensivo en pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital José Carrasco Arteaga [Internet] [bachelorThesis]. Universidad del Azuay; 2013 [citado 14 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/2771>

57. Paqui A del CT, Cueva DYPG. Adherencia al Tratamiento Farmacológico y apoyo Familiar en Pacientes Hipertensos Atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarezde Loja. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 4 de septiembre de 2023;7(4):5216-46.
58. Ávila D, Bustos C, González K, Tandazo B. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS DEL PERSONAL DEUNA UNIVERSIDAD ECUATORIANA. Enferm Investiga. 3 de julio de 2023;8(3):17-24.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreno Jimenez Denisse Graciela**, con C.C: 0998531262 autor/a del trabajo de titulación: **Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde Marzo 2024 hasta Agosto 2024** previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de octubre de 2024

f.  
DENISSE GRACIELA
MORENO JIMENEZ

Moreno Jimenez Denisse Graciela

C.C: 0998531262

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac**, con C.C: 1205141714 autor/a del trabajo de titulación: **Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde Marzo 2024 hasta Agosto 2024** previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de octubre de 2024



f. _____

Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac

C.C: 1205141714



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por consulta externa en el Hospital General Naval Sur desde marzo 2024 hasta agosto 2024		
AUTOR(ES)	Moreno Jiménez Denisse Graciela Tenezaca Rodríguez Mathew Isaac		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra Otero Celi María Elisa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de octubre de 2024	No. DE PÁGINAS:	37
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cardiología, Endocrinología, Medicina Interna		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión, Diabetes, Adherencia, Morisky-Green.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Este trabajo de investigación aborda la adherencia de tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos con diabetes mellitus con el objetivo de determinar el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Naval Sur entre el periodo de marzo del 2024 hasta agosto del 2024. A través del test Morisky-Green modificado en una muestra de 123 pacientes el cual analiza al paciente categorizándolo según la adherencia a su tratamiento lo que permite conocer como su mala adherencia al tratamiento lo con lleva a padecer complicaciones de ambas enfermedades. Además, se discute que aparte del olvido de la toma de medicación existen mas variables que influyen a una mala adherencia y se concluye que el 75% de los pacientes en este estudio no se adhieren a su respectivo tratamiento lo que acelera el transcurso natural de la enfermedad. este estudio contribuye al campo de la medicina, destacando la importancia de la adherencia al tratamiento y las implicaciones clínicas de este.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 99 853 1262 / +593 99 288 4825	E-mail: Denisse.moreno03@cu.ucsg.edu.ec / tenezacamatthew@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			