

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina



“Adherencia al tratamiento antihipertensivo en los Pacientes atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener- Rivas II Semestre 2012.

Revisión monográfica para optar al título de Médico y Cirujano.

Autores.

Br. Andrea Collado Solís

Br. Judith García Aragón

Tutor:

Dr. Ervin Ambota López. MD. MPH

Rivas, 06 de Julio, 2013

INDICE.

RESUMEN.....	<i>i</i>
DEDICATORIA.....	<i>ii</i>
AGRADECIMIENTOS.....	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V. OBJETIVOS.....	12
VI. MARCO TEÓRICO.....	13
VII. MATERIAL Y METODO.....	33
VIII. RESULTADOS.....	45
IX. DISCUSION.....	51
X. CONCLUSIONES.....	60
XI. RECOMEDACIONES.....	62
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	64
XIII. ANEXOS.....	68

OPINIÓN DEL TUTOR

El 20% de la población mundial padece hipertensión arterial y sólo entre el 3% y el 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. En Nicaragua casi el 25% de la población padecen de hipertensión. Las experiencias con las enfermedades crónicas tales como: diabetes, insuficiencia renal, tuberculosis e hipertensión arterial señalan que la adherencia de la persona al medicamento tiene un efecto directo en los resultados que se obtenga, en estudios realizados sobre estas entidades, indican que el promedio de adherencia se encuentra entre 40 y 60%, lo que significa que a escala mundial en países desarrollados, tan solo este porcentaje cumple responsablemente con el tratamiento prescrito.

La adherencia terapéutica va más allá de cumplir con un esquema farmacológico, ya que incluye una serie de actividades tales como asistir a las consultas programadas, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas, además de tomar los medicamentos de la forma prescrita; sin embargo es en este último punto es que se hará hincapié en nuestro trabajo, por considerarlo uno de los pilares fundamentales para lograr mejoras en el control de los niveles tensionales de los pacientes hipertensos.

De aquí la importancia y magnitud del estudio sobre la Adherencia al tratamiento antihipertensivo en las unidades de salud su seguimiento y control en la prevención primordial y primaria.

Dr. Ervin Ambota López. MD. MPH

Médico Salubrista – Epidemiólogo

MPH Economía y Gestión Sanitaria

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.

Entre el 3% y el 34% de la población hipertensa controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. Como una de las causas del escaso control tenemos la no adherencia al tratamiento, siendo la adherencia terapéutica *“El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”*. Dicha adherencia está determinada por la acción de diversos factores, dentro de los que se incluye aquellos relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento, con el sistema o equipo de asistencia sanitaria y con factores de tipo socio- económico.

OBJETIVO.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes que asisten al programa de atención de dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener-Rivas durante II Semestre 2012

MÉTODOS.

Se trata de un estudio tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. El universo está constituido por el total de pacientes con diagnóstico de HTA incorporados en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, en la ciudad de Rivas, se estudió un total de 135 pacientes Hipertensos. Los pacientes contestaron un cuestionario que abarca las características Sociodemográficas de los pacientes, la Prueba de Morinsky-Green-Levine y Los factores relacionados con la adhesión al tratamiento, además de una Ficha de Recolección que incluye las Características Clínicas del paciente y el Esquema Terapéutico. Para analizar los datos se usó estadística descriptiva y la Prueba de Chi-Cuadrado, considerándose asociaciones estadísticamente significativas cuando $p < 0.05$. Se realizó análisis univariado, bivariado y se calcularon medidas de tendencia central.

RESULTADOS.

CONCLUSIONES.

La no adherencia al tratamiento es consecuencia de la falta de prioridad que tiene el hecho de estar sano entre estos pacientes, el desconocimiento de las consecuencias del mal manejo de la hipertensión, que junto con otras variables como el no recibir el tratamiento completo, el uso de polifarmacia y múltiples dosis, pueden influir para que los pacientes tengan múltiples dificultades para ejercer adherencia a su tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico.

Dedicamos este proyecto de tesis a Dios y a nuestras familias, porque han estado con nosotros en cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar; depositando su entera confianza en cada reto que se nos presenta sin dudar. Es por ellos que somos lo que somos ahora.

Bc. Andrea Collado Solís
Bc. Judith García Aragón

AGRADECIMIENTOS

Especiales agradecimientos a nuestro tutor monográfico, por el apoyo y conocimientos brindados, sin los cuales no habiésemos logrado culminar este proyecto; a la unidad de salud Manin Rener Reyes por las facilidades brindadas para la elaboración de esta tesis y a nuestra alma máter quien nos ha acompañado a lo largo de este proceso.

Bc. Andrea Collado Solís

Bc. Judith García Aragón

I, INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 20% de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 3% y el 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. (1)

En Nicaragua se estima que el 25% de la población adulta padece de Hipertensión Arterial, cifra que aumenta a un 39% en los ciudadanos mayores de 40 años. (10) Según los datos obtenidos de múltiples trabajos de investigación en los últimos años, en distintos países, la gran mayoría de las personas hipertensas no tienen control de su patología.

Uno de los más graves problemas sanitarios en el mundo lo constituye el hecho que muchos individuos hipertensos ignoran su condición y otros a pesar conocerla continúan con cifras tensionales elevadas, debido al escaso control, ya sea por medios farmacológicos o no farmacológicos. (2)

Como una de las causas del escaso control de los valores tensionales tenemos la no adherencia al tratamiento que se indica a los pacientes hipertensos, definiéndose como adherencia terapéutica *“El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”*. (3) Dicha adherencia está determinada por la acción de diversos factores, dentro de los que se incluye aquellos relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento, con el sistema o equipo de asistencia sanitaria y con factores de tipo socio-económico.

Definitivamente la adherencia terapéutica va más allá de cumplir con un esquema farmacológico, ya que incluye una serie de actividades tales como asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas, además de tomar los medicamentos de la forma prescrita; sin embargo es en este último punto es que se hará hincapié en nuestro trabajo, por considerarlo uno de los pilares

fundamentales para lograr mejoras en el control de los niveles tensionales de los pacientes hipertensos.

Se han propuesto diversos métodos a través de los cuales puede medirse la adherencia a cualquier terapia farmacológica ; sin embargo, utilizamos el test de Morisky Green Levine, ya que diversos autores lo consideran más apropiado para enfermedades crónicas, tal y como es la hipertensión. En este se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad, asumiendo que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

Es conocido que cerca del 50 % de los pacientes son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario, y de llevar correctamente el tratamiento con fármacos por más de 1 año. (24)

Con el propósito de conocer el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, así como los factores asociados a ella, se realizó un estudio de tipo descriptivo con los pacientes que asistieron al programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener durante II Semestre del 2012, para conocer cómo incide la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo por parte del paciente en los casos en que no se logra un nivel tensional óptimo, para poder desarrollar intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica en la población.

II. ANTECEDENTES

A nivel mundial, se han realizado diversos estudios sobre Adherencia al tratamiento antihipertensivo, y los factores asociados. Entre ellos se encuentran los siguientes:

En Suiza, se realizó un estudio retrospectivo con el objetivo de describir la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se utilizó una base de datos electrónica que abarca de 1989 al 2006 con 4.783 pacientes hipertensos que pertenecían a 21 ensayos clínicos de fase IV, que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo diario. Estos estudios tuvieron una duración de 30 a 330 días, e incluían 43 fármacos antihipertensivos diferentes.

Luego de un año de tratamiento, casi la mitad de los pacientes lo había suspendido. El 2% de los participantes nunca lo comenzó; el 95% de los pacientes omitió al menos una vez la ingesta del medicamento por un día, y el 48% de los pacientes omitió el tratamiento farmacológico por más de 3 días. La adherencia disminuía los fines de semana y en verano, y era menor en los pacientes que no tenían un horario fijo para la toma de la medicación. La falta de adherencia se debe a la suspensión precoz del tratamiento y a la ingesta del mismo en forma intermitente. (48)

Se realizó un estudio de corte transversal con el objetivo de medir la adherencia a la terapia antihipertensiva y sus factores asociados en 460 pacientes escogidos de manera aleatoria simple, representando a la población hipertensa de Pakistán, provenientes de el Hospital universitario Aga KhanI (AKUH) y el Instituto Nacional de Enfermedades Cardiovasculares, Karachi, de Septiembre 2005 a Mayo 2006. La adherencia se evaluó mediante el Morinsky Medication Adherence Scale, además de un reporte hecho por el paciente acerca del número de pastillas tomadas durante un determinado tiempo de prescripción y el AKU-ADS (Aga Khan University Anxiety and Depression Scale), una escala de ansiedad y depresión.

Se obtuvo que un 77% de los casos fue adherente al tratamiento. Ser joven, poco conocimiento y tratamiento sintomático ($p < 0.00001$) afectan la adherencia al

tratamiento. Los factores psicosociales tales como la depresión no mostraron asociación. (14)

En India se realizó una investigación descriptiva de corte transversal con el objetivo de determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en 804 pacientes del hospital de distrito McGann, un centro geriátrico y el hospital escuela de Shimoga, Karnataka; de Abril a Diciembre 2009. La muestra se conformaba de pacientes de 35 años o más, que tenían al menos un mes con el tratamiento y que dieron su consentimiento. La no adherencia a la terapia antihipertensiva se encontró en el 28.9% de la muestra. Los factores que se encontraron asociados fueron: ser del sexo femenino, no entender bien el régimen de medicamentos, poder costear solo uno o ninguno de las drogas prescritas y tiempo prolongada entre citas con el médico. (32)

En Rajshahi, Bangladesh, 120 pacientes hipertensos fueron seleccionados de dos sitios: Rajshahi Medical College Hospital (RMCH) y una clínica privada en Rajshahi. Se estudió la adherencia al tratamiento antihipertensivo obteniendo como resultados que el 85% de esta población eran no adherentes al tratamiento, siendo mayor el número en RMCH. Los factores que determinaron la no adherencia fueron: menor nivel de educación, bajo ingreso familiar, conocimientos y creencias de la enfermedad, falta de un acompañante durante la cita al médico, y deficiencia en la información brindada por el personal de salud. (18)

A nivel latinoamericano:

Investigadores de doce ciudades (nueve provincias) representativas de las diferentes zonas geográficas de Argentina, realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo utilizando el test de Morinsky-Green-Levine, en base a ello, evaluar el control tensional en hipertensos esenciales crónicos. Secundariamente se valoró el uso de las diferentes drogas antihipertensivas.

Se incorporaron al estudio 1.784 pacientes (999 mujeres) bajo tratamiento no menor de 6 meses, de los cuales el 48,15% fue adherente y el 51,85% no-

adherente. Los no-adherentes mostraron una mayor falta de control (60%), no significativa, en la presión sistodiastólica comparados con los adherentes (56%), $p = 0,84$. Sin embargo, las tensiones arteriales sistólica y diastólica aisladas mostraron una mayor falta de control en el grupo no-adherente: 55% vs 49%, $p = 0,032$ y 34% vs 28%, $p = 0,0086$.

Los hombres adherentes tuvieron un mejor control de la presión arterial que los no-adherentes, pero no ocurrió lo mismo con las mujeres. La adherencia no superó el 50% luego de 6 meses de tratamiento. Los fármacos más utilizados fueron los inhibidores de la enzima de conversión (30,31%) seguidos por los betabloqueantes (22,34%). (19)

En la ciudad de Chaitén, Provincia de Palena, Chile, se realizó una investigación, de tipo descriptiva y transversal, cuyo objetivo fue describir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en los pacientes hipertensos, insertos en el Programa de Salud Cardiovascular del Hospital de Chaitén. Se utilizó el Test de Morisky-Green-Levine. El total de la muestra correspondió a 144 pacientes, tomando un 95% de nivel de confianza y una prevalencia esperada de 40%. En relación a los resultados, se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (44.1%), lo cual se describe por la no obtención de cifras de presión arterial controladas, correspondiendo al 66.2% de la muestra. El sexo femenino fue menos adherente (69.6%) y la polifarmacia también contribuyó a una menor adhesión al tratamiento (64.6%). (44)

En la ciudad de Santander, Colombia se realizó un estudio de abordaje cuantitativo, tipo descriptivo transversal, en el que se determinó el grado de riesgo en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial, en el periodo de tiempo comprendido entre mayo y agosto del 2010. Teniendo en cuenta que la población estimada del estudio fue de 720 personas con diagnóstico de hipertensión arterial y que se encontraban hospitalizadas en el área de medicina interna del Hosp. Universitario de Santander (HUS), se calculó un tamaño de muestra de $n=282$. Más del 50% de

la población hipertensa evaluada se encontró en un grado de adherencia global en riesgo medio y alto (RM: 47.2%, RA: 18.4%), se asociaron entre los factores determinantes de riesgo bajo para no adherencia un nivel socioeconómico alto y nivel educativo medio y superior, así como el apoyo de familiares y como no adherentes la mejoría de síntomas tras iniciar el tratamiento. Los hombres y las mujeres con edades mayores o iguales a 60 años mostraron cifras de PAS similares, asimismo no hubo diferencias en el riesgo de adherencia con respecto al género. (39)

En la ciudad de Pereira, Colombia, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la efectividad, la tolerabilidad y la adherencia al tratamiento en una muestra aleatoria de 458 hipertensos en tratamiento durante un año en 6 clínicas de dicha ciudad. El 44% era tratado con monoterapia antihipertensiva y los agentes más empleados fueron, en su orden: hidroclorotiazida, verapamilo, enalapril, captopril, metoprolol y propranolol.

El 45,2%(n=207) de los pacientes del estudio está controlado, 35,1% tiene hipertensión estado 1 y 19,7%, estadio 2. Mediante el análisis multivariable se encontró que la hipertensión no controlada se asocia significativamente con el adulto mayor, con quienes reciben combinaciones de antihipertensivos. Las personas entre 45 y 59 años (adulto maduro) tuvieron menor probabilidad de estar hipertensos (OR: 0,63; IC 95%: 0,4-0,96) que las personas con 60 años o más; quienes reciben combinaciones de antihipertensivos tienen una probabilidad 1,6 veces mayor (IC 95%: 1,05-2,3) de estar hipertensos que quienes son tratados con un solo agente antihipertensivo. (20)

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, que contempló a todos los pacientes con hipertensión arterial primaria en dos consultorios de cada uno de los Policlínicos Docentes "Héroes de Girón", "Dr. Diego Tamayo" y "Vedado" todos en la Provincia Ciudad de La Habana en el período comprendido entre abril del 2005 hasta Junio de 2006, con el objetivo de conocer la prevalencia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, las influencias que la propician y

valorar la utilidad del procedimiento utilizado que surgió de la combinación de métodos indirectos de medición de la adherencia terapéutica.

El universo lo constituyó una población de 3 095 personas con un total de 694 hipertensos primarios (22,4 %) y una muestra de 329 hipertensos primarios, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad. Se encontró 37,4 % de adherencia con una tendencia favorable a la adherencia terapéutica farmacológica en las edades entre 41y 50 años (48,8 %), el sexo femenino (42,0 %), el color mestizo de la piel (43,3 %), el nivel universitario de escolaridad (53,1 %), el vivir acompañado (39,0 %), realizar ejercicio físico (46,3 %), ingerir poca sal (38,2 %), comer abundantes fruta y vegetales (44,1 %), ingerir poca grasa (39,0 %) y se relacionaron desfavorablemente con ella la edad menor de 30 años (25,0 %), el sexo masculino ((30,9 %), el color negro de la piel (25,4 %), no tener vínculo laboral (25,0 %), y vivir solo (28,3 %). (33)

Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes de los consultorios del médico de la familia 25, 26 y 67 del policlínico «Tula Aguilera», de la ciudad de Camagüey, Cuba, entre enero y julio de 2007. El universo estuvo representado por el total de pacientes que no cumplieron o cumplieron parcialmente el tratamiento médico antihipertensivo de acuerdo con las orientaciones médicas (230); identificados durante las acciones de salud del Equipo Básico de Salud. Según el régimen terapéutico se observó mayor número de pacientes con terapia antihipertensiva combinada para un 60%, seguido por la monoterapia con 59 pacientes (25,65%) y por último 33 pacientes que tenían indicadas medidas no farmacológicas, (14,34%).

Algunas de las causas para el no cumplimiento del tratamiento fueron: olvido del tratamiento (58,26%); tomar el medicamento solo cuando T/A esta elevada (38.26%) o si se siente mal (33,47%), si no hay resultados esperados (28.26%) o si hay reacciones adversas medicamentosas (9,56%), así como la falta de tiempo (2,60%). Ningún paciente presentó problemas económicos para la adquisición del

tratamiento antihipertensivo, y solo 40 pacientes reportaron que no consiguieron su medicamento en farmacia regularmente para un 17,39%.

Sin embargo, las características más relacionadas al incumplimiento del tratamiento fueron: Factores sociodemográficos como ser del sexo masculino (28,27%) y tener una buena escolaridad (técnico medio y universitario) (66,95%); la terapia combinada (60%), y la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más determinante. (1)

III. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión arterial es una enfermedad crónica que constituye para la OMS un problema grave de salud, ya que afecta a 600 millones de personas y causa 3 millones de muertes al año en todo el mundo. Es una patología frecuente entre la población adulta, estimándose que alrededor del 25-30 % de la misma a nivel mundial la padece. (4)

Como uno de los pilares fundamentales en el control de las cifras tensionales de los individuos que sufren Hipertensión, encontramos la adherencia terapéutica, en específico el cumplimiento del esquema farmacológico prescrito por el facultativo de la salud.

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%, siendo los valores menores en los países en desarrollo. (2) Entre los diversos factores que influyen en la adherencia al tratamiento figuran la edad, la gravedad de la Hipertensión Arterial, el fármaco administrado, la cantidad de drogas, la cantidad de tomas diarias y el costo de la medicación.

La no adherencia al tratamiento resulta un problema de salud que se presenta en todas las edades, desde jóvenes hasta ancianos y que puede observarse en casi todas los estados de las enfermedades crónicas. Es de especial relevancia ya que tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia.

Es de vital importancia lograr una mejora en la adherencia terapéutica, ya que esta repercute directamente sobre los resultados de la salud y la seguridad de los pacientes e indirectamente sobre los costos sanitarios. Adicional a ello, no existe antecedente en el departamento de Rivas de la realización de un estudio con dichas características, por lo que consideramos que brindará una ventana de posibilidades para identificar las causas potenciales del por qué dichos individuos posteriormente requieren intervención en una unidad de mayor resolución.

Es por todo lo anteriormente planteado que llevamos a cabo este estudio, con la finalidad de determinar la adherencia de la población al esquema farmacológico anti-hipertensivo, así como determinar los factores que influyen en dicha adherencia, y de esta manera planteamos intervenciones que permitan mejorar el cumplimiento para la terapia establecida.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adherencia al tratamiento farmacológico constituye uno de los pilares en los que se basa un esquema terapéutico apropiado.

Se encuentra determinado por una serie de factores, dentro de los que se incluyen aquellos relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento, con el sistema o equipo de asistencia sanitaria y con factores de tipo socio-económico.

Siendo la hipertensión arterial una de las enfermedades crónicas con mayor repercusión a nivel mundial, tanto para el individuo de forma directa como para las instituciones de salud, resulta de gran importancia suministrar esquemas terapéuticos que se encuentren acordes a las características particulares de cada individuo y que por lo tanto garanticen el cumplimiento de dichos esquemas.

Debido a lo anteriormente expuesto, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la adherencia al Tratamiento antihipertensivo en los pacientes atendidos en el programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, Rivas durante el II Semestre 2012?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

- ✚ Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes que asisten al programa de atención de dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener-Rivas durante II Semestre 2012

Objetivos Específicos

- ✚ Describir las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener.
- ✚ Determinar la Adherencia al tratamiento antihipertensivo a través del Test Morinsky-Green-Levine.
- ✚ Describir las características clínicas de los pacientes hipertensos dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener.
- ✚ Identificar los factores asociados a adherencia al tratamiento antihipertensivo

VI. MARCO TEÓRICO

La HTA se define como la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales. Tanto el Séptimo Informe del Joint National Committee (JNCVII) como la OMS consideran para su diagnóstico una PA Sistólica (PAS) de 140 mmHg ó superior y/o una PA diastólica (PAD) de 90 mmHg ó superior, en personas no tratadas con fármacos Antihipertensivos (HTA: $\geq 140/90$ mmHg). El diagnóstico está basado en la toma de dos ó más medidas de forma correcta, en dos ó más visitas en consulta. (45)

La hipertensión afecta a una cifra estimada de 1000 millones de personas en el mundo; a medida que la población envejece la prevalencia de hipertensión se incrementa. Recientes reportes del Framingham Heart Study, sugieren que individuos quienes son normotensos a la edad de 55 años tienen un riesgo del 90% de desarrollar hipertensión en el curso de su vida. (45)

En España, la prevalencia de la HTA es del 41,5%⁷. El conocimiento y control de la HTA dista mucho sobre el ideal, hay un 44% de sujetos que conocen que son hipertensos; de éstos, el 71,9% están con tratamiento farmacológico (32% de los hipertensos) y sólo un 15,5% de los tratados están controlados (5% de todos los hipertensos). (3)

En EE. UU la cifra de prevalencia de HTA es del 24%, de los que el 69% conocen su enfermedad. Los hipertensos tratados con medidas no farmacológicas y/o farmacológicas son un 53% y los controlados un 24%. De los tratados con medicación antihipertensiva sólo un 45% tienen una PA inferior a 140/90 mmHg. (45)

En Latinoamérica la mayor prevalencia reportada en estudios corresponde a Cuba con un 44%, Argentina muestra prevalencias entre 26 y 32% y Brasil entre 22 y 32.7% y en Venezuela la prevalencia varía entre 15.8 y 39.2%. (16)

En Nicaragua, según la encuesta CAMDI (Iniciativa Centroamericana de Diabetes) que se llevó a cabo en el año 2003 en la Ciudad de Managua, la prevalencia de

Hipertensión fue del 25%, siendo el sexo femenino el de mayor afectación con 28.8% y con mayor porcentaje de no diagnosticados en los mayores de 65 años. (17.9%). (10)

Clasificación de HTA

Los esfuerzos actuales se han encaminado a la clasificación epidemiológica basada en relacionar las cifras de Presión Arterial (PA) con los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), para determinar los niveles de actuación terapéutica. Son diversas las guías de evaluación y tratamiento de la HTA de las que destacan el VII Informe del Joint National Committee (JNC VII) y las Guías de la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología, asumidas por las Guías de SEH-LELHA. Se recomienda la Guía del JNC VII por su enfoque global de clasificación, abordaje, evaluación y tratamiento de la HTA, así como de las diferentes condiciones médicas asociadas a la HTA que requieren medidas dirigidas, de las que la cardiopatía y la enfermedad renal son las más relevantes. La clasificación de la HTA se aplica para una población adulta de 18 o más años, sin límite de edad superior. (41)

Clasificación	PAS mm de Hg		PAD mm de Hg
Normal	< 120	y	<80
Pre hipertensión	120-139	o	80-89
HTA Estadio I	140-159	o	90-99
HTA Estadio II	>160	o	>100

JNC

Tratamiento de la HTA

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Aunque la mayoría de los pacientes hipertensos, especialmente los mayores de 50 años, alcanzarán el objetivo de Presión Arterial Diastólica (PAD) después de la Presión Arterial Sistólica) PAS, el enfoque primario debe ser conseguir el objetivo de PAS. Tratando la PAS y la PAD hasta la meta de 140/90 mmHg está asociado con un

descenso en complicaciones cardiovasculares. En hipertensos diabéticos o con enfermedad renal el objetivo de PA es que esta sea menor o igual a 130/80 mmHg. (45)

Intervenciones Terapéuticas:

1) Tratamiento no Farmacológico: Modificaciones en Estilos de Vida.

Incluyen la reducción de peso en obesos y sobrepeso, la dieta DASH rica en potasio y calcio, reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol. La modificación de estilos de vida reduce la PA, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular.

2) Tratamiento Farmacológico

Existen excelentes resultados de estudios clínicos que muestran que el descenso de la PA con algunas clases de fármacos, incluyendo IECAs, ARA2, betabloqueantes (BBs), antagonistas del calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazida, reducen todas las complicaciones de la HTA.

Los diuréticos tipo tiazida han sido la base de la terapia antihipertensiva en la mayoría de estudios. Deberían ser usados como terapia inicial en la mayoría de los hipertensos, solos o en combinación con agente de las otras clases (IECAs, ARA II, BBs, BCC)

Definición de Adherencia Terapéutica.

La adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. La OMS en el 2001 llegó a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente

es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento (38)

Se señala que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. En la literatura, la calidad de la relación de tratamiento se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica. Las relaciones de tratamientos efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento.

Por lo tanto se ha adoptado la siguiente definición de adherencia, una versión que fusiona las definiciones de Haynes (15) y Rand (34):

“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

El término adherencia según Di Matteo y Di Nicola (1982) es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado.

Medición de la Adherencia Terapéutica

La adherencia engloba dos conceptos: cumplimiento de dosis y forma de administración; y persistencia en la duración del tratamiento prescrito, según ambos conceptos se pueden identificar diversos métodos de medición. Teóricamente el máximo cumplimiento terapéutico tanto de dosis prescrita como forma de administración estaría reflejada en la relación comprimidos tomados / comprimidos prescritos y sería el 100% si en la fórmula numerador y denominador fueran iguales (6).

Se han propuesto diversos métodos a través de los cuales puede medirse la adherencia a cualquier terapia farmacológica, dentro de los que encontramos una amplia gama de test de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico, susceptible de ser utilizado por los profesionales de la salud,(38) dentro de los que encontramos:

-Test de cumplimiento auto comunicado o test de Haynes Sackett.

-Test de Morisky Green Levine.

-Test de Prochaska Diclemente.

Test de Morinsky-Green-Levine:

El test de Morisky Green Levine es considerado por diversos estudios como el más apropiado para enfermedades crónicas tal como es la hipertensión. En este test se pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad, asumiendo que si las actitudes son incorrectas, el paciente es incumplidor. Este consiste en un método basado en la entrevista voluntaria consta de un pequeño cuestionario de cuatro sencillas y cortas preguntas:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
- ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarla medicación?
- Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

En todos los casos se debe responder si o no. Se consideran adherentes a quienes contestan “no” a las cuatro preguntas y no adherentes a quienes contestan” si” al menos una de las preguntas. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0. 6. (35)

Factores que determinan la adherencia Terapéutica al tratamiento antihipertensivo.

Se ha demostrado que muchos factores contribuyen a la adherencia terapéutica y se los ha examinado ampliamente. Uno de los factores más importantes que contribuye a la adherencia deficiente es, indudablemente, la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad. Otros determinantes potenciales de la adherencia pueden estar relacionados con:

- Los factores demográficos como la edad y la educación
- La comprensión y la percepción del paciente de la hipertensión.
- La modalidad del prestador de asistencia sanitaria para aplicar el tratamiento
- Las relaciones entre los pacientes y los profesionales de asistencia sanitaria
- Las influencias de los sistemas de salud
- Los regímenes medicamentosos antihipertensores complejos

De una forma más global la organización mundial de la salud (OMS) en su informe de adherencia a los tratamientos a largo plazo nos da un esquema oficial de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica entre los más importantes se encuentran: (27)

Factores socioeconómicos

Vivir en un estrato bajo suele ser descrito como un factor de riesgo para abandono. Estudios han encontrado que aproximadamente el 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de los estratos bajos (24) y que quienes vivían en área rural y suburbana abandonaban dos veces más que quienes vivían en área urbana (27).

En los países en desarrollo las familias con bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario versus la adquisición de medicamentos que el sistema de

salud no puede cubrir. Las necesidades que compiten por los recursos en las poblaciones que adolecen de pobreza crónica socavan los esfuerzos para tratar las necesidades de quienes requieren atención a largo plazo, incluido el problema de la adherencia a los tratamientos. (27).

Las personas con estrato socioeconómico bajo no pueden acceder a medicamentos costosos, tanto el desempleo como los ingresos bajos son considerados factor de riesgo para abandono del tratamiento. Un estudio en Pakistán reportó que si el paciente es el principal soporte económico para el hogar hay mayor porcentaje (55%) de abandono al tratamiento (17)

A menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia. El analfabetismo y bajo nivel educativo contribuye a la no adherencia terapéutica. (31)

Algunos estudios señalan la distancia de las residencias del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para abandono al tratamiento. (6) Sin embargo, Galvan encontró que ni la distancia medida en kilómetros, ni el tiempo que gasta el paciente para llegar al puesto de salud tenían importancia significativa en el abandono y solamente por encima de 60 kilómetros de distancia se registró incumplimiento (25)

El tener una familia estructurada pareja o amigos es un factor que facilita entre el 40% y 60% de adherencia (8). Esto hace pensar que para personas indigentes marginadas y usuarias de drogas cuya situación es extraordinariamente compleja, no existe algún tipo de soporte o acompañamiento social para conseguir una mejora en la aceptación y el cumplimiento del tratamiento; en estos pacientes es preciso una aproximación multifactorial y multidisciplinaria (36)

Otros factores socioeconómicos incluyen escasas redes de apoyo, costo elevado de algunos medicamentos, las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento. (27).

Factores demográficos

No hay unificación respecto a la edad de mayor riesgo para abandono. Orozco y Cols (29) encontraron que por cada año más que la persona tenía, su adherencia al tratamiento mejoraba, mientras Galvan y Santiuste (12) encontraron que pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasa de adherencia que los de edad intermedia (84% frente a 63%). Liefoghe (21) encontró menor adherencia en menores de 35 años. Otros estudios sostienen que el anciano con limitaciones de algún tipo tienen mayor riesgo de abandono. (28)

Respecto al sexo la literatura apoya la premisa que los hombres tienden a abandonar más que las mujeres. Galvan y Cols (12) estudiaron el abandono entre hombres comparado con mujeres en el grupo de 15 años -44 años y encontraron que los hombres abandonan 1.5 veces más que las mujeres.

En un trabajo realizado sobre adherencia en el cumplimiento terapéutico de adultos mayores hipertensos concluye que los hombres alcanzan mayores puntajes respecto a las mujeres situación que podría ser explicada por los roles de género diferentes que se adoptan en el cuidado de la salud o en la pareja (13).

Los estudios señalan que los pacientes solteros tienen el doble de riesgo de abandono (12.6 %) comparado con los casados (6.1%) mientras que los viudos, separados, o divorciados tienen un 44.3% (30). El estado civil casado y la convivencia con la familia como un componente del apoyo familiar que se brinde al paciente, es un factor que conlleva mejor adherencia al tratamiento (43).

Factores relacionados a equipo o sistema de salud.

Está comprobado que una buena relación médico- paciente puede mejorar la adherencia terapéutica (OMS, 2004) aunque este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente como la falta de adiestramiento del personal en el control de enfermedades crónicas, falta de incentivo profesional o pobre

retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento (38). El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo. (36)

La falta de organización en los servicios de salud es señalada como un factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, costo de consultas, dificultad para adquisición de citas y demora de atención (27) .La flexibilidad en los horarios y el confort en el sitio de atención del paciente han demostrado mejorar la adherencia (36)

Algunos estudios han informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que los sociodemográficos, pero esto quizá varíe de un entorno a otro. Un estudio en el 2005 en Albaz en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes (36)

Factores relacionados con el personal sanitario.

La adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente esta descrita como un factor que determina la adherencia (9) .Los profesionales de la salud han sido señalados como responsables del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente ya que se ha planteado que un elevado porcentaje de los pacientes son dados de alta con insuficiente planificación de su tratamiento y escasa información sobre las características de su enfermedad , la forma de toma de los medicamentos , posibles efectos adversos e incluso riesgos (23) .

Investigaciones realizadas en la provincia de Cienfuegos en el 2008, sobre factores de riesgo asociados al control de la hipertensión arterial encontró que la mayoría de los profesionales que trabajan en la atención primaria de salud reconocen de modo empírico y anecdótico, la existencia de grandes deficiencias

en este proceso en todas las enfermedades crónicas y acentuadas de manera especial en los hipertensos. Situación que se corrobora en los resultados de algunas investigaciones, sobre el tema, realizadas en el país con personas que padecen esta enfermedad (24).

La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental, los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento, que exhiben torpeza, falta de empatía, desmotivación, contribuyen a su falta de adherencia (6).

Factores relacionados con la enfermedad:

Las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo influyen el comportamiento que este tenga hacia la adherencia, la presencia de síntomas, grado de discapacidad (física, psicológica , social y vocacional) , velocidad de progresión , gravedad de la enfermedad , disponibilidad de tratamientos efectivos repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y la importancia que otorgan al seguimiento (40).

El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo (13).

En cuanto a la gravedad de la enfermedad los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente a la enfermedad. Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden atribuir a bajar el cumplimiento así como las características de los propios síntomas como ser alarmantes o percibirse como peligrosos pueden estimular el cumplimiento de las prescripciones. (13) Al parecer resulta más difícil seguir las recomendaciones profilácticas como modificaciones de estilo de vida o cambios de comportamiento

que aquellas indicaciones terapéuticas que atenúan el efecto de los síntomas que están produciendo malestar (40).

Roos, (2004) demuestra en su estudio que la amplia mayoría de los pacientes hipertensos manifiestan percibir síntomas que señalan su nivel de presión arterial y que utilizan como guía para la toma de medicamentos a pesar de haber sido instruidos por el personal sanitario a cerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad (37)

Factores relacionados con el tratamiento.

Son múltiples las implicancias vinculadas con este, como la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos, y reacciones adversas y disponibilidad de apoyo médico para tratarlas (38)

Hay consenso en la literatura de que las tasa de adhesión declinan con el tiempo por lo cual se admite que un buen nivel de adhesión en el inicio del tratamiento es predictor de buena adherencia a largo plazo (36).

Si es corto se fracasa menos en el cumplimiento, mientras que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas y este incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo.

También se destaca la presencia de efectos secundarios o indeseables. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia puesto que estos pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad. (27)

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”.

La complejidad del régimen es una causa posible de la adherencia deficiente. La frecuencia de dosificación, el número de fármacos concurrentes y los cambios en

los medicamentos antihipertensores, son algunos de los factores que contribuyen a la complejidad de un régimen y se los ha investigado en muchos estudios observacionales (42). Menos dosis diarias de los antihipertensores, las monoterapias y menos cambios en los medicamentos antihipertensores (menos turbulencia de tratamiento) se han asociado con mejor adherencia terapéutica.

Factores relacionados con el paciente.

Estos representan los elementos que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento aquí se incluyen los conocimientos las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas que tiene el paciente. Estos interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada apersona dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica. (27)

Si se intenta explicar la conducta de adherencia a los tratamientos, desde una perspectiva psicológica, se debe mencionar como fundamento principal el Modelo de Creencias en Salud, creado por un conjunto de psicólogos norteamericanos pertenecientes al Public Health Service, entre ellos: G.M. Hochbaum, S.S.Kegeles, H.Leventhal e I.M. Rosentock. Estos investigadores lo definieron como: “Un modelo de inspiración cognitiva que considera el comportamiento como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada”, los componentes principales de este modelo descansan en las siguientes dos variables: (26)

- a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y
- b) la estimación que el sujeto hace de las probabilidades existentes, de que una acción dada, llegue a conseguir la meta propuesta.

Maiman y Becker (1974) contextualizaron en forma específica estas variables al ámbito de la salud de la siguiente forma: (44)

- a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo de recuperar la salud) y

b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud). En este modelo se plantean diversas estructuras que pueden incidir y a la vez conjugarse entre sí, para afectar la conducta del individuo ante el proceso de enfermedad.

Según Moreno y Gil (2003) se encuentran los siguientes componentes: (26)

- La susceptibilidad percibida: Que se entiende como la capacidad individual de percibir la propia vulnerabilidad a la enfermedad.
- La severidad percibida: Se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o el no tratársela una vez contraída.
- Beneficios percibidos: Son las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa de las diferentes conductas que adquiere a la hora de enfrentarse con la enfermedad.
- Barreras percibidas: Se entiende como las acciones que según el sujeto se oponen a la ejecución de un determinado curso de acción, a pesar de su irrefutable efectividad, como por ejemplo un tratamiento costoso, doloroso.

A través de los resultados obtenidos por el Test de Morisky-Green-Levine en una distribución porcentual según las respuestas, se ve que el olvido es uno de los mayores determinantes en la no adherencia a los tratamientos farmacológicos, lo que indica que uno de los aspectos implícitos de la individualidad en cómo la persona asimila para sí el tratamiento está poco desarrollado y muy vulnerable. (26)

Otros de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: la comprensión y la aceptación de la enfermedad, la percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, la conciencia sobre los costos y los beneficios del tratamiento, la participación activa en el monitoreo y la toma de decisiones en relación con el tratamiento de la enfermedad, el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos

adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento (26).

También se ha observado que el factor modulador no es la presencia de características sociodemográficas en sí misma, si no ciertos factores habitualmente asociados a ella, ejemplo: en ancianos el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas y prospectos (29)

Prevalencia de la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo: Adherencia al tratamiento farmacológico

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. Una vez obtenida la medicina en farmacia un 40% de los pacientes no siguen en forma exacta las indicaciones médicas. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensor, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial. (5)

Los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre 50 y 70%. Esta variación se relaciona con las diferencias en los grupos de estudio, la duración del seguimiento, los métodos de evaluación de la adherencia y los regímenes medicamentosos empleados en diferentes estudios. Por ejemplo, los estudios que definieron la adherencia como 80% de la razón entre los días en los cuales se dispensó la medicación y los días en el período de estudio, informaron sobre tasas de adherencia que comprendían de 52 a 74%. Otros estudios que investigaron la interrupción de los antihipertensores comunicaron tasas de adherencia de 43 a 88%. Además, se ha calculado que, en el primer año de tratamiento, de 16 a 50% de los pacientes con hipertensión interrumpen sus medicamentos antihipertensores y, entre quienes siguen su tratamiento a largo plazo, las dosis de medicación perdidas son

comunes. Estas cifras difieren para los pacientes recién diagnosticados y aquellos con hipertensión crónica, de muchos años (7)

Otra fuente de variación que podría explicar las diferencias en las tasas de adherencia terapéutica es el método usado para medir la adherencia. Los ejemplos de los métodos empleados son el cálculo del porcentaje de comprimidos ingeridos en un período específico, el porcentaje de los pacientes que toman 80% de sus comprimidos, el mejoramiento del número de comprimidos tomados, las deserciones del tratamiento y el seguimiento, y las citas perdidas. También existen medidas sustitutas indirectas, como el cambio en la presión arterial y el logro de la presión arterial buscada (8)

Repercusiones.

Las consecuencias médicas o clínicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en recaídas y aparición de complicaciones; la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. (46)

Repercusiones médicas o clínicas.

Las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente a los antihipertensivos pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado. Y dichas recaídas pueden llevar a complicaciones significativamente más graves e irreversibles que ponen en peligro la vida del paciente. (42)

Algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.

El consumo de medicamentos antihipertensivos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol, no fumar, cambios

en la dieta. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes. (46)

□ ***Repercusiones económicas.***

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia. (44)

El gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública. (44)

Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales. (42)

□ ***Repercusiones psicosociales***

La falta de apego al tratamiento puede generar grandes pérdidas desde el punto de vista personal. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico, que pudiera evitarse, así como

limitaciones irreversibles y progresivas que afecten de modo significativo su calidad de vida. (42)

El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo.

Estrategias para mejorar la adherencia

Existen una serie de aspectos o características que deberían estar presentes en toda Intervención: (4)

- No culpabilizar: Aunque no existen “evidencias” a este respecto, una premisa inicial y fundamental a tener presente ante cualquier circunstancia relacionada con el incumplimiento es la no culpabilización del paciente; el paciente es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia del mismo y no puede descargarse sobre el mismo la responsabilidad del problema. En este punto también resulta de interés recordar la frase ampliamente utilizada de que antes de enojarnos y reprender a un paciente que no sigue todas nuestras indicaciones, deberíamos de recordar las numerosas ocasiones en que nosotros no nos adherimos a normas o protocolos diagnósticos o terapéuticos realizados por comités de expertos o instituciones. (4)

- Individualización de la intervención: Dado el origen multifactorial del incumplimiento y que en general las actuaciones van dirigidas a personas concretas, es necesario establecer estrategias de intervención individualizadas en función de los factores implicados en la falta de adherencia en ese caso concreto y a las características individuales del incumplidor. No existe una estrategia única para abordar el problema; existen distintas maneras que permiten actuar según las necesidades existentes en cada caso individual. (4)

□ Fortalecimiento de la relación: El establecimiento de una adecuada relación entre el profesional y el paciente hace posible la creación de un vínculo que les permite entenderse en el establecimiento de una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existan menos tasas de abandono. (11)

□ Integración en la práctica diaria: Toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria tendrá a su favor el poder hacerla extensible a un grupo mayor de población y esto es valorado muy positivamente por distintos autores que consideran que de este modo podría realizarse una actuación preventiva sobre el incumplimiento. (8)

Así las estrategias de intervención se resumen de la siguiente manera:

a) Intervenciones simplificadoras del tratamiento.

Son múltiples las pruebas que establecen la relación directa entre la complejidad del tratamiento prescrito (en términos de dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) y el incumplimiento, pudiéndose englobar en esta complejidad las interferencias con las actividades de la vida diaria del paciente. Parece obvio, por tanto, que toda estrategia encaminada a simplificar el tratamiento debería tener como resultado la mejora en la adherencia terapéutica. En este apartado habría que recordar, aunque no existan ensayos clínicos que lo avalen, que una forma importante de simplificar el tratamiento es reducir el número de fármacos pautados (“tantos como sean necesarios, pero tan pocos como sean suficientes”) (8)

b) Intervenciones informativas / educativas

La trasmisión de información tendría su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados apoyándose en que los pacientes desean recibir información y principalmente desean recibirla de los profesionales que les atienden habitualmente. En este sentido, las intervenciones

incluidas en este grupo tienen como objetivo la mejora del cumplimiento a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, etc. (9)

c) Intervenciones de apoyo familiar/social.

Diversos estudios han verificado que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento, lo que puede interpretarse, de forma inversa, como que las personas que cuentan con el apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento pautado. En base a estos datos, las intervenciones incluidas en este grupo tendrían como objetivo la mejora en la adherencia a través de la implicación en el proceso de la familia o el entorno social. (22)

d) Intervenciones con dinámica de grupos:

Distintos textos especializados en el tema sugieren que las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones; en este sentido las intervenciones incluidas en este grupo buscarían la mejora de la adherencia a través de un aumento de los conocimientos y de la confianza del paciente. (2)

e) Intervenciones de refuerzo conductual.

Cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incidirá positivamente en la evolución de su proceso y cuando se considera responsable del mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia que en los casos contrarios; por este motivo, parece lógico pensar que las intervenciones que van encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual pueden conducir a la mejora de la adherencia terapéutica. (5)

Así podríamos resumir las intervenciones para una mejora en la adherencia a la terapéutica antihipertensiva en los siguientes pasos:

- Promover la relación médico-paciente.
- Simplificar el tratamiento lo más posible.
- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico.
- Involucrar a la familia.
- Utilizar métodos de recordatorio.
- Reforzar periódicamente.
- Fijar metas periódicas.
- Investigar periódicamente el grado de cumplimiento.
- Incentivar al paciente.
- Llamar al paciente si no acude a revisión.

VII. MATERIAL Y METODOS.

Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

Área de estudio:

El área de estudio se encuentra en el Centro de Salud Manin Rener Reyes, ubicado en la zona noroeste de Rivas.

Período.

La información fue recolectada y procesada durante II Semestre del año 2012.

Universo.

El universo está constituido por el total de pacientes con diagnóstico de HTA incorporados en el Programa de dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener identificados a través del Censo de Crónicos facilitado por el centro, los cuales corresponden a un promedio de 250 pacientes a lo largo del II Semestre del año 2012.

Muestra:

Esta sección se divide en dos partes: a) cálculo del tamaño de la muestra; y b) selección de la técnica de muestreo.

a) Cálculo del tamaño de la muestra:

Se utilizó el Sample Size calculator for Prevalence studies (SSCPSversion1001) (Calculadora para el tamaño de la muestra en estudios de prevalencia). Según estudios de Adherencia de los pacientes al Tratamiento Antihipertensivo realizados a nivel mundial y latinoamericano, la prevalencia de Adherencia oscila entre el 20 y 25%, por lo tanto se realizará el cálculo con los siguientes datos: Nivel de Confianza: 95%, Prevalencia Esperada: 25% (0.25), Tamaño de la

Población: 250, con un error de 0.05 y con la corrección para un Universo Finito conocido, el tamaño de la muestra debe ser de 135 pacientes.

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra en estudios de prevalencia con universo finito conocido utilizada por el SSCPS version1001 es:

$$n' = \frac{NZ^2 P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z^2 P(1 - P)}$$

n': tamaño de la muestra con corrección para población finita

N: tamaño de la población

Z: Z para un nivel de confianza

P: proporción esperada (si la prevalencia es 25% P=0.25) y

d: precisión o error (si la precisión es 5%, entonces d= 0.05).

b) Selección del Tipo de Muestreo:

Se utilizó un muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple. Los días que se aplicó el instrumento se seleccionaron a los pacientes en base a una lista previa de los asistentes a la consulta de dispensarizados hipertensos los que fueron sorteados al azar y de los que se obtuvo la muestra.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión arterial en cualquier estadio.
- Pacientes incorporados en el programa de dispensarizados.
- Pacientes que tienen más de un año con esquema de tratamiento actual.

- Pacientes autovalentes, que no son portadores de una condición que amerite la intervención necesaria de otra persona para cumplir un régimen terapéutico (Personas con alteraciones neurológicas, sensoriales, psiquiátricas, etc.)
- Aquellos que aceptaron participar de forma voluntaria y bajo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes sin diagnóstico establecido de Hipertensión Arterial.
- Pacientes no incorporados en el programa de Hipertensión Arterial.
- Pacientes que no acepten participar voluntariamente.
- Pacientes hipertensos que sean dependientes de otras personas para tomar la medicación indicada.
- Pacientes con cuestionarios y fichas llenados de forma incompleta y/o registros incompletos en su ficha clínica.
- Aquellos con menos de un año en el programa de dispensarizados, recibiendo tratamiento para Hipertensión Arterial

Métodos, Técnicas y Procedimientos para la recolección de la información.

Antes de la recolección de los datos se realizó la validación del Instrumento elaborado, con el fin de determinar si era comprensible, no presentaba ambigüedades, ni confusiones y si lograba medir lo que se pretende estudiar.

Validación del Cuestionario y Ficha de Recolección de datos

La validación se realizó con 15 pacientes hipertensos, seleccionados al azar que asistían a su consulta en el Programa de Dispensarizados en el Centro de Salud Pedro Altamirano. A cada paciente se le pidió que llenara el cuestionario y

realizaran observaciones sobre interrogantes mal redactadas o que no fueran entendibles y les crearan confusión, para así realizar las correcciones pertinentes. De igual manera se les dio a los médicos que atienden a los pacientes, la ficha de recolección de datos, para que la llenaran e indicaran las fallas encontradas.

Aplicación del Cuestionario y llenado de la Ficha de Recolección de datos

A cada paciente con Hipertensión arterial y que cumplía con los criterios de selección, cuando asistía a su consulta, se le invitó a participar en el estudio, se leyó la Carta de autorización del estudio y a los que aceptaron participar se les entregó el formulario a ser llenado. Luego se procedió a llenar los datos de las Características Clínicas del paciente y el Esquema de Tratamiento que recibe, haciendo uso del Expediente Clínico.

Los instrumentos de evaluación que empleamos son:

1. Un cuestionario que abarca las características Sociodemográficas de los pacientes, la Prueba de Morinsky-Green-Levine y los factores relacionados con la adhesión al tratamiento.
2. Una Ficha de Recolección que incluye las Características Clínicas del paciente y el Esquema Terapéutico.

1. Cuestionario

Es un cuestionario estructurado, conformado por preguntas abiertas y cerradas, consta de los siguientes acápite:

Datos Sociodemograficos

Abarca las variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión y localidad.

Prueba De Morinsky-Green-Levine

En el presente estudio se utilizó el Test de Autocumplimiento de Morinsky-Green-Levine para medir la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo. Este test

consiste en un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas:

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder “SI” o “NO”.

Se consideran **adherentes** a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y **no-adherentes** a quienes contestan SI al menos a una de las preguntas.

Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61.

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento:

Incluye:

- Factores socioeconómicos: Tratamiento Completo, Proveedor del Tratamiento, Accesibilidad del Tratamiento.
- Factores asociados a relación Médico Paciente: Información y Explicación del Tratamiento, Participación en selección de tratamiento
- Factores psicológicos: Percepción de mejoría clínica con el tratamiento, Situaciones por las que toma medicamento (solo si se siente mal, Presión Arterial alta, Pereza para toma de tratamiento, Olvida tomar medicamento, Efectos indeseados producidos por el medicamento, Falta de Percepción de importancia de su enfermedad, Falta de Tiempo.)

2. Ficha de Recolección de datos

Incluye:

- Características Clínicas del Paciente: Estadio de HTA, Fecha del Diagnóstico de HTA, Controles Tensionales Previos, Comorbilidades asociadas.
- Régimen Terapéutico: Tipo (Monoterapia, Terapia Combinada), Fármaco (s).

Enunciados de Variables por objetivos

Objetivo 1:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado Civil
4. Escolaridad
5. Religión
6. Procedencia

Responden al Objetivo 2:

7. . Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo (Test Morinsky Green Levine)

Responden al objetivo 3:

8. Tiempo de Diagnóstico de la Enfermedad.
9. Estadio de la HTA.
10. Patologías asociadas
11. Tipo de Tratamiento
12. Fármaco empleado.
13. Controles Tensionales previos.

14. Duración del Tratamiento

Responden al Objetivo 4:

Factores socioeconómicos:

15. Tratamiento Completo

16. Proveedor del Tratamiento

17. Accesibilidad en la Obtención del Tratamiento

Factores asociados a relación Médico Paciente:

18. Información y Explicación del Tratamiento

19. Participación en la selección de tratamiento

Factores psicológicos:

20. Percepción de mejoría clínica con el tratamiento

21. Situaciones por las que toma medicamento (solo si se siente mal, Presión Arterial alta)

22. Pereza para toma de tratamiento

23. Olvida tomar medicamento

24. Efectos indeseados producidos por el medicamento

25. Falta de Percepción de importancia de la enfermedad

26. Falta de Tiempo.

Tablas de Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio.	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 25-34 ➤ 35-44 ➤ 45-54 ➤ 55-64 ➤ 65 ó más
Sexo	Características fisiológicas y anatómicas que se adquieren desde el nacimiento.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femenino ➤ Masculino
Estado Civil	Condición legal del individuo en la sociedad.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soltero ➤ Acompañado ➤ Casado ➤ Divorciado ➤ Viudo
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por el individuo hasta el momento de la consulta.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sabe leer y escribir ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Universidad ➤ Técnico Superior
Religión	Conjunto de creencias, dogmas o prácticas relacionadas con la divinidad.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Católico ➤ Evangélico ➤ Testigo de Jehová ➤ Otro
Procedencia	Lugar de residencia de paciente en base a infraestructura del mismo		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Urbana ➤ Rural
Tiempo de Diagnóstico de la Enfermedad	Tiempo transcurrido desde diagnóstico Hipertensión arterial hasta la actualidad.	Años	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1-4 años ➤ 5-9 años ➤ 10 o más años
Estadio de la HTA.	Clasificación según el JNC7 (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) basado en los valores de la PAD y la PAS al momento de Diagnóstico.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ HTA: stadio1 PAS: 140-159 o PAD: 90-99 HTA: Estadio 2 PAS: > 160 o PAD: > 100

Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala
Patologías Asociadas	Presencia de enfermedad adicional a HTA, diagnosticada por facultativo en el paciente		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí ➤ No
Tipo de Tratamiento.	Fármacos antihipertensivos indicados por el médico ya sea en forma de Monoterapia (un medicamento) o Terapia Combinada (2 o más medicamentos) en la última visita del Programa de dispensarizados registrado en el Expediente clínico.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monoterapia ➤ Terapia Combinada
Familia Fármaco empleado.	Droga específica seleccionada para el tratamiento de hipertensión registrada en el expediente clínico.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ IECA ➤ BB ➤ BCC ➤ Diuréticos ➤ ARA 2 ➤ IECA más Diurético ➤ BB mas Diuretico ➤ Otro
Duración del Tratamiento.	Tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia antihipertensiva actual hasta la última visita del Programa de dispensarizados registrado en el Expediente clínico.		<p>1 año</p> <p>2-4 años</p> <p>5 o más años</p>
Controles Tensionales previos.	<p>Niveles de Tensión arterial encontrados en el expediente clínico antes de la visita del Programa de dispensarizados.</p> <p><140/90 mmHg, o <130/80 mmHg en diabéticos ó enfermedad renal crónica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de PA ➤ No Control de PA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala
Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo	Es el Grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento se corresponde según la indicación del médico tratante.	Test Morisky-Green-Levine.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adherente: Persona que responde "NO" a las cuatro preguntas del test. ➤ No-adherente: Si contesta "SI" en al menos una de las preguntas del Test.
Tratamiento Completo en Unidad de Salud	Cumplimiento en el suministro del fármaco adecuado para la terapia antihipertensiva del paciente en el Programa de dispensarizados.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
Proveedor de Tratamiento	La manera en que el paciente adquiere su tratamiento.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lo compra ➤ Lo recibe de un familiar ➤ Centro de Salud ➤ Otros (donaciones)
Accesibilidad en la obtención del to	Posibilidad de adquirir el medicamento ya sea por medios propios u otro proveedor		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí ➤ No
Participación en selección de to	Grado de influencia que tiene el paciente al momento de escoger los fármacos que constituyen su terapia antihipertensiva.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
Situaciones por las que toma medicamento	Razones y/o circunstancias por las cuales el Paciente decide tomar su medicamento.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No

Variable	Definición Conceptual	Indicador.	Escala
Percepción de mejoría clínica con el tratamiento	Disminución o ausencia de síntomas de hipertensión arterial que el paciente percibe con su terapia correspondiente.		➤ Si ➤ No
Pereza para toma de tratamiento	Holgazanería para cumplir con la administración de su terapia antihipertensiva.		➤ Si ➤ No
Olvida tomar medicamento	Descuido de tomar su tratamiento Antihipertensivo en su horario establecido.		➤ Si ➤ No
Efectos indeseados producidos por el medicamento	Síntomas indeseados percibidos por el paciente provocados por la administración de la terapia antihipertensiva.		➤ Si ➤ No
Percepción de importancia de su enfermedad	Conocimiento que posee el paciente del grado de severidad de su hipertensión e importancia de su tratamiento.		➤ Si ➤ No
Falta de Tiempo	Referencia de paciente de no tener oportunidad a lo largo del día de tomar el medicamento anti hipertensivo		➤ Si ➤ No

Procesamiento de la información

Para procesar los datos se construirá una Base en el Paquete Estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 17.0), donde se introducirán los datos sociodemográficos de los pacientes, la Prueba de Morinsky-Green-Levine, Factores asociados y la Ficha de recolección de datos. Las tablas obtenidas se trasladarán al programa Microsoft Excell Office 2007 para la elaboración de los gráficos.

Cruce de Variables

Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/ Características Sociodemográficas

Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/ Características Clínicas

Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/ Factores Socioeconómicos, Psicológicos y de Relación Médico-Paciente.

Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/ Items Test de Morinsky-Green-Levine.

Consideraciones Éticas

El médico tratante, a los pacientes que cumplían con los criterios de selección, se les explicó el estudio y se les entregó la Carta de autorización, en la cual se les explica a los pacientes los fines de la investigación y se asegura el anonimato de los participantes, los que aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio firmaron el consentimiento.

VIII. RESULTADOS.

Posterior a la recolección de la información mediante los instrumentos aplicados y el procesamiento de la misma, se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a nuestra población a estudio y sus características sociodemográficas, se encontró que la mayoría son del sexo femenino en un 60%, siendo masculinos el 40% (ver tabla N° 1) El 42.2% mayor de 65 años, el 37% entre 56-65 años, el 12.6% entre 46-55 años y el 8.1% siendo menores de 45 años (ver tabla N N° 2) Teniendo en su mayoría el 45.2%, la primaria completa, como nivel de escolaridad (Ver tabla N°3) Un estado civil, casado en un 37%, un 29.6% viudos, acompañado en un 14.8%, soltero 13.3%, y divorciado en un 5.2% (Ver tabla N°4) El 67.4% profesa religión católica, y el 68.1% es de procedencia urbana. (Ver tablas N° 5 y 6).

En cuanto a las características de los pacientes hipertensos, el 85.9% se encontraba en el I estadio de Hipertensión Arterial y un 14.1% en estadio II (Ver tabla N° 7) Con un tiempo de diagnóstico de más de 10 años en un 41.5% (Ver tabla N° 8), con alguna patología asociada en un 83.7% (Ver tabla N° 9)

El 71.9% de los pacientes hipertensos atendidos en el programa refieren no olvidar alguna vez tomar el tratamiento Antihipertensivo, frente a un 28.1% que decían sí olvidar tomarlo alguna vez (Ver tabla N°10) Siendo el 69.6% quienes olvidan tomarlo a la hora indicada. (Ver tabla N°11).

No tomarlo cuando se sienten bien, refirió el 11.1% frente a un 88.9% que no deja de tomarlo aún sintiéndose bien. El 65.2% no deja de tomarlo cuando se siente mal, sin embargo, el 34.8% si deja de tomar el tratamiento cuando se sienten mal. (Ver tablas N° 12 y N° 13)

El 80% de nuestra población estudio, es no adherente al tratamiento Antihipertensivo, encontrándose solo el 20% como adherente (Ver tabla N° 14)

En cuanto a los factores socioeconómicos, el 55.6% refiere no recibir completo el tratamiento Antihipertensivo y solo el 44.4% lo recibe completo. (Ver tabla N° 15)

El proveedor del tratamiento Antihipertensivo en los pacientes se encuentra en el 43% el centro de Salud, el 35.6% lo recibe de familiares y el 21.5% lo compra (Ver tabla N° 16) Quienes lo compran refieren su costo es accesible en un 61.5% y un 38.5% indican no lo es (Ver tabla N° 17)

Los factores asociados a la relación médico-paciente, el recibir información y explicación sobre el tratamiento, lo refieren el 72.6% y el 27.4% indica no recibir alguna; revelando que el 52.6% si participa en la selección del mismo frente a un 47.4% que no. (Ver tabla N° 18 y N° 19)

En cuanto a los factores psicológicos, el 97% si refiere percibir mejoría con el tratamiento Antihipertensivo empleado, solo siendo el 3% quienes no lo perciben. Así como el 16.3% indica tomarlo solo cuando se sienten mal frente a un 83.7% que lo toma siempre y un 20% indicando tomarlo solo cuando saben que su presión arterial se encuentra elevada (Ver tablas N° 20, 21 y 22)

El 10.4% refirió que le ha dado pereza en algún momento tomar el tratamiento Antihipertensivo frente a un 89.6% que no refieren pereza alguna (Ver tabla N° 23) siendo el 50.4% quienes revelan que alguna vez se les ha olvidado tomar el tratamiento y un 49.6% quienes No. (Ver tabla N°24)

Al interrogar sobre efectos indeseados provocados por el tratamiento Antihipertensivo, el 36.3% refirió si percibir alguno, mientras que el 63.7% no percibir ninguno (Ver tabla N° 25) y un 86.7 refiere si percibir como importante su enfermedad (Ver tabla N° 26). Así el 48.9% revela no tomar el tratamiento por falta de tiempo (Ver tabla N° 27)

Al revisar si los pacientes del programa tenían reportes previos de cifras tensionales, se encontró que el 88.9% presentaba dichos controles y solo el 11.1% no tenia (Ver tabla N° 28); teniendo como régimen terapéutico la monoterapia en un 65.9% y terapia combinada en un 34.1% (Ver tabla N°29), representando a la familia de Antihipertensivos más utilizados los IECAS, en un 53.3%, seguido de combinaciones de IECAS + Diuréticos en un 24.4%, betabloqueadores+ diuréticos

en un 11.1%, mono-terapia con beta-bloqueadores el 6.7%, ARA-II el 3% y diuréticos en un 1.5% (Ver tabla N° 30) con duración del tratamiento por más de 5 años en el 34.1% de la población (Ver tabla N° 31)

Relacionando la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y las características Sociodemográficas de los pacientes encuestados, se encontró lo siguiente:

El sexo masculino predomina como adherente (27.7 % vs 14.8% con respecto al sexo femenino). Así, 85.1% de los pacientes del sexo femenino son no adherentes, y 72.2% del sexo masculino (Ver tabla N° 32)

Según grupos etáreos, de los pacientes con 45 años o menores el 54.5% fue adherente vs 45.4% no adherente; en el rango de 46 a 55 años 23.5% adherentes y 76.4% no adherentes, en las edades de 56 a 65 años 20% adherente y 80% no adherente y los mayores de 65 años 12.2% adherentes y 87.7% no adherentes. (Ver tabla N° 32)

En cuanto a la escolaridad, de los individuos q tiene cursado hasta primaria el 75.4% eran no adherentes vs 25.4% adherentes, de aquellos que saben leer y escribir el 94.4% son no adherentes vs 5.5% adherentes, aquellos con nivel de escolaridad secundaria aprobada 61.9% son no adherentes vs 38% adherentes, aquellos con nivel universitarios, 83.3% son no adherentes vs 16.6% adherentes y de aquellos que son técnicos superiores, son en su totalidad no adherentes. (Ver tabla N°32)

El 88.8% de solteros resultaron no adherentes vs 11.1% adherentes, 65% de acompañados fueron no adherentes vs 35% que si lo eran, 66% de los pacientes casados no fueron adherentes vs 34% adherentes, 100% y 97.5% de divorciados y viudos respectivamente fueron no adherentes. (Ver tabla N°32)

El 82.4% y el 67.6% de la población católica y evangélica respectivamente fue no adherente, así como la totalidad del resto de encuestados que refirieron profesar otra religión. (Ver tabla N°32)

En cuanto a la procedencia el 75% de aquellos con procedencia urbana fueron no adherentes mientras que 90% de procedencia rural también fueron no adherentes. El 25% y 10% de pacientes de procedencia urbana y rural respectivamente resultaron adherentes. (Ver tabla N°32)

El 100% de los pacientes en estadio II resultaron no adherentes y 76.7% de aquellos en estadio I de hipertensión arterial igualmente, mientras sólo 23.2% de estos últimos fue adherente. (Ver tabla N°33)

En los pacientes con 1-4 años de diagnóstico de hipertensión arterial, 60.9% fueron no adherentes, así como 84.2% y 91% para aquellos con 5 a 9 años y 10 o más años de diagnóstico; los pacientes adherentes encontrados fueron 39%, 15.% y 8.9% para aquellos en los rangos de 1 a 4 años, 5 a 9 años y 10 o más años de diagnóstico respectivamente. (Ver tabla N° 33)

Al investigar sobre patologías asociadas, 79.6% de aquellos que presentan comorbilidad resultaron no adherentes vs un 20.3% que no fue adherente y de aquellos que no presentaron comorbilidades el 81.8% no fue adherente al tratamiento. (Ver tabla N° 33)

Sobre controles de previos de Presión arterial el 100% de los pacientes sin control de la presión arterial fueron no adherentes, al igual que 77.5% de aquellos que sí tuvieron control de la presión. (Ver tabla N° 33)

Según el test de Morinsky-Green-Levine, el 100% de los pacientes que dieron respuestas positivas a cualquiera de las interrogantes de la prueba resultaron no adherentes. Adicional a esto, de aquellos que respondieron en forma negativa las interrogantes: olvidar tomar el tratamiento, 72.1% fue no adherente y 27.8% adherente; tomar el tratamiento a la hora indicada 34.1% no adherentes y 65.8% adherentes; al sentirse bien dejar de tomar medicación 77.5% fueron no adherentes y 22.5% adherentes y al sentirse mal dejar de tomar medicación 69.3% resultó no adherente y 30.6% fue adherente. (Ver tabla N° 34)

Los factores socioeconómicos en la población adherente, se encuentra que aquellos que refieren no recibir el tratamiento Antihipertensivo completo son en su totalidad no adherentes y aquellos que sí lo reciben completo son igualmente, en su mayoría, no adherentes (58.3%) (Ver tabla N° 35). El 100% que refirió tratamiento no es accesible es no adherente, así como el 6.4% que afirmó era accesible para ellos el tratamiento. (Ver tabla N° 35)

En la relación médico-paciente el 100% de la población que refiere no recibir explicación e información sobre el tratamiento por parte del personal de salud fue no adherente al igual que el 72.4% que sí refirió recibir información. (Ver tabla N° 35) El 35.9% de aquellos que refieren participar en la selección del mismo y solo el 5.6% de aquellos que afirman no participar resultaron adherentes vs un 64% y un 94.3% de no adherentes respectivos para cada una de las categorías.(Ver tabla N° 35)

El 100% de la población que refirió no percibir mejoría con el tratamiento, tomarlo sólo cuando se sienten mal, darle pereza tomar la medicación, olvidar tomar el tratamiento, no tomarlo por falta de tiempo o por producirle algún efecto indeseado. De aquellos que refirieron tomar tratamiento sólo cuando sabe que su presión arterial está elevada 92.5% resultó no adherente y aquellos que respondieron de forma negativa dicha interrogante resultaron en un 76.8% no adherentes y 23.1% adherentes. La mayoría que refirió no ver la hipertensión como una amenaza para su salud fue no adherente (77.7%) de igual modo que aquellos dar importancia a su enfermedad (80.3%)(Ver tabla N°35)

En cuanto al régimen terapéutico el 75.2%% de pacientes con monoterapia son no adherentes vs un 24.7% adherentes y un 89.1% de aquellos con polifarmacia fueron no adherentes mientras sólo 10.8% con este régimen fueron adherentes (Ver tabla N°36)

Cuando especificamos el fármaco utilizado, 76.3% de los que utilizan IECAs resultaron no adherentes vs 23.6% adherentes; 55.5% de usuarios de beta bloqueadores resultaron adherentes y 44.4% no adherentes. La totalidad de

usuarios de ARA 2 y diuréticos, así como la gran mayoría de consumidores de terapia combinada fueron no adherentes (90.9% para la combinación de IECA-Diurético y 86.6% para la combinación Beta bloqueador y diurético). (Ver tabla N°37)

IX. DISCUSIÓN

En el estudio realizado en el Centro de Salud Manin Rener Reyes en el II Semestre del año 2012 se encontraron los siguientes hallazgos:

Se descubrió que 60% de la población encuestada eran del sexo femenino y que 79.2% de la muestra tenían más de 55 años. Estos resultados son comparables con los reportes del Framingham Heart Study, los que sugieren que individuos quienes son normotensos a la edad de 55 años tienen un riesgo del 90% de desarrollar hipertensión en el curso de su vida y que el riesgo aumenta en el sexo femenino posterior a la menopausia. Asimismo estos resultados son semejantes con los encontrados en la encuesta CAMDI (Encuesta Multidisciplinaria sobre Diabetes e Hipertensión, Managua), realizada en Nicaragua en el 2003 los que determinan que hay una mayor prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en el sexo femenino.

Se encontró que más del 50% de entrevistados tienen cursado un nivel primario o incluso menor de educación, lo que puede constituir un obstáculo para el paciente para acatar las instrucciones recomendadas por el personal de salud; como lo afirma Pozsik ya que a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el facultativo como con la familia; mucho más cuando no existe una buena relación Médico- Paciente.

El 37% y el 14.8% de los pacientes afirmaron estar casados o acompañados respectivamente vs 29.6% que es viudo; habiendo más de la mitad de encuestados en los que se puede decir que cuentan con algún tipo de apoyo, ya sea afectivo o económico que les posibilite cumplir un régimen terapéutico.

Al encuestar a los pacientes sobre su religión, 67.4% refirió ser católico y 25.2% evangélico y una minoría que alegó pertenecer a otra religión diferente a las antes mencionadas; lo que nos permite conocer que los participantes del estudio son personas con creencias religiosas arraigadas, las que pueden influir en su quehacer diario; incluida la percepción hacia su enfermedad y las medidas a tomar hacia la misma.

La mayoría de los pacientes (68.1%) provienen de áreas de localización urbana, por lo que no debería representar un problema el acceso hacia la unidad de atención para acudir a sus citas de seguimiento y retiro de medicamentos, tal y como se menciona en los estudios de Galván y de Burke y cols.

El tiempo de diagnóstico de la enfermedad, mayormente reportado en los expedientes clínicos fue con 41.5% los pacientes con diez o más años de padecer HTA; dicha característica obliga a tener una mayor vigilancia dichos pacientes por la presentación de posibles complicaciones; asimismo orienta que para el tiempo ya transcurrido, el paciente ya debería contar con un esquema terapéutico que sea acorde a las particularidades de cada individuo.

La mayoría de pacientes presentan alguna comorbilidad (83.7%), lo que obligaría a los mismos no sólo probablemente a cumplir el esquema terapéutico indicado para HTA, sino también fármacos adicionales para el control de la patología asociada.

Al determinar la adherencia terapéutica en la población de estudio nos damos cuenta que una buena parte (80%) es incumplidor en su tratamiento antihipertensivo, situación que se equipara a la de Bangladesh (no adherencia en un 85%), siendo el parámetro más frecuentemente mencionado el olvidar en más de alguna ocasión tomar sus medicamentos en el tiempo indicado; y si bien en los otros parámetros del test los pacientes no tienen tan altos porcentajes de respuestas positivas que los hagan no adherentes, es al evaluar en conjunto los cuatro parámetros de la prueba lo que nos indica que los pacientes son incumplidores en por lo menos alguno de los parámetros, cuestión que nos refleja una vez más que la adherencia terapéutica no está exclusivamente determinada por un único factor.

Cuando se aborda el acápite de proveedor de servicios, la mayor parte de los encuestados refieren que es la unidad de salud quien brinda los medicamentos (43%); pero más de la mitad afirma que no de forma completa (55%); por lo que deben buscar otra forma de obtenerlo, ya sea comprado por ellos mismos o

facilitados por un familiar; sin embargo la mayoría de ellos refirió que hay accesibilidad para conseguir el tratamiento, razón por la cual en dicho aspecto no debería de verse afectado el cumplimiento de su esquema terapéutico.

El 72.6% de la población encuestada afirma que reciben información y explicación sobre su tratamiento por el personal de salud; no obstante un poco más de la mitad de ellos (52.6%) refieren no participar en la toma de decisiones referente al mismo, siendo la adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente, como lo menciona Barthaud, un factor que determina la adherencia, adicional a que como afirma Burke y Alkowitz, las aptitudes y actitudes negativas, tales como la falta de empatía y la desmotivación, que perjudican la relación Médico-Paciente, también puede deteriorar el acatamiento de las indicaciones brindadas. Sin embargo puede explicarse que es probable que no tomen iniciativa en la toma de decisiones con respecto a su terapéutica debido a que casi la totalidad de los encuestados (97%), percibe algún grado de mejoría de su enfermedad.

Sólo un pequeño porcentaje (16.3%), menciona que es cuando se siente mal o cuando su Presión Arterial está alta (20%), que toman el tratamiento y mucho menor porcentaje (10.3%) aquellos que refieren pereza para tomarse el tratamiento; así como más del 80% los que refieren su enfermedad (HTA) como importante. A pesar de esto, más del 80% resultó no adherente, siendo la mitad los que afirman se les ha olvidado en algún momento tomar su tratamiento, o suspenderlo por alguna reacción adversa, o por falta de tiempo, coincidiendo a lo encontrado en el test de Morinsky-Green; lo que resulta remoto pensar, siendo el acto de administración de fármacos un hecho sencillo que no requiere gran cantidad de tiempo.

En cuanto al régimen terapéutico, 65.9% de los encuestados utiliza monoterapia vs 34.1% que recibe terapia combinada; lo cual debería mejorar la adherencia terapéutica. Sin embargo es probable que las comorbilidades que están presentes en la mayoría de estos pacientes, y por tanto los fármacos adicionales para el

control de las mismas, sean las que impidan el adecuado cumplimiento del esquema terapéutico.

En lo que se refiere a los fármacos más usados encontramos que, como en el estudio realizado en Colombia por Carlos Isaza en 2004 los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), diuréticos, beta bloqueadores predominan como fármacos utilizados; únicamente que con mayor uso de diuréticos con respecto a IECAs en dicho estudio; lo que nos lleva a preguntarnos el porqué no uso de fármacos de primera elección según nuestro protocolo o si esto es explicable debido al hecho que 79.2% de los encuestados tienen dos o más años con la terapia antihipertensiva, y no se logró control con fármacos de primera línea o debido a alguna condición clínica (ej. Las comorbilidades asociadas) las que condicionan el uso de otro antihipertensivo.

Al realizarse el análisis entre la adherencia terapéutica con las variables de tipo socio- demográfico se encontró que en cuanto a sexo, es el femenino el más propenso a no ser adherente, y el porcentaje de pacientes adherentes en el sexo masculino es ligeramente mayor al del sexo femenino; y si bien esta asociación no resultó estadísticamente significativa ($p=0.065$,) coincide con los resultados encontrados en otros estudios tales como Praveen y Halesh en India y Muñoz en Chile los que sí encontraron asociación entre ser del sexo femenino con la no adherencia antihipertensiva.

Según grupos etáreos, el mayor porcentaje de pacientes adherentes se encontraba en el rango de menores de 45 años y mayores de 65 años (esto último probable porque la mayor parte de encuestados se encontraban en dicho grupo etáreo, siendo únicamente el primer hallazgo fiable). Esto difiere de lo encontrado por Hashmi y cols. los que afirman que el ser joven es un factor que afecta la adherencia; nuestro hallazgo se aproxima más a los resultados encontrados por Quintana Setién en Cuba, el que afirma que la mayor adherencia se encuentra entre las edades de 41 a 50 años; así pues podemos ver que a medida que avanza la edad los pacientes se vuelven menos adherentes, tal y como lo plantea

Ormerod; el que sugiere que a medida que aumenta la edad aumentan las limitaciones físicas en el paciente provocando un mayor riesgo de abandono. Esta asociación fue estadísticamente significativa ($p= 0.015$) y no producto del azar.

De la totalidad de pacientes que no tuvieron adherencia a su tratamiento antihipertensivo más del 70% se encuentra en un nivel educativo de Primaria o inclusive inferior, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p=0.025$), lo que nos reafirma lo que plantea Pozsik; que a menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono y menor adherencia terapéutica, adicional a que la comunicación con el personal de salud y con los familiares se hace más difícil.

Al evaluar la variable de adherencia terapéutica con el estado civil de los pacientes, los resultados encontrados coinciden con lo reportado en la literatura, por Pablos y Cnirsch, pues son aquellos quienes están solteros, viudos y divorciados los que adquieren menores puntajes en adherencia, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p= 0.01$). Esto remarca que la convivencia familiar como un componente del apoyo es un factor que conlleva a mejor adherencia al tratamiento. Se encuentra un alto porcentaje de pacientes no adherentes casados, pero esto es debido a la mayor cantidad de individuos con esa característica.

Cuando se valora la adherencia terapéutica según la religión de los pacientes resulta menos adherentes aquellos que profesan religión católica, sin embargo al aplicar coeficiente de Pearson (Chi cuadrado), no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($p=0.108$).

Al analizarse la procedencia de la cual acudían los paciente a sus citas y retiro de medicamentos se encontró que el 90% de aquellos que procedían de zonas rurales no eran adherentes, lo que corrobora lo planteado por Burke y cols y difiere de lo planteado por Galván quien menciona que ni la distancia en kilómetros ni el tiempo en llegar al puesto de salud eran determinantes de abandono terapéutico; sin embargo en nuestro estudio reafirmamos que ser de un lugar con difícil acceso

a la unidad asistencial puede repercutir en el cumplimiento del esquema terapéutico. Dicha asociación fue significativa ($p= 0.034$)

La mayoría de pacientes en estadio I de HTA y la totalidad de pacientes en estadio II no fueron adherentes. Esto último puede explicarse como una simple secuencia de acontecimientos a través de la cual, la no adherencia al tratamiento produce aumento en los niveles tensionales y por ende estos pacientes alcanzan estadio II, encontrándose esta asociación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p= 0.019$).

Al evaluar el tiempo de diagnóstico de la enfermedad con la adherencia terapéutica se hace claro que a medida que pasa el tiempo se reduce la misma, siendo cada vez mayores a medida que sobrepasa los 10 años de diagnóstico. Igualmente observamos que a medida que avanza el tiempo con el tratamiento la adherencia disminuye; lo que ratifica lo planteado por Martin y Sairo, los que afirman que cerca del 50 % de los pacientes son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario, y de llevar correctamente el tratamiento con fármacos por más de 1 año. Ambos resultados fueron estadísticamente significativos ($p=0.001$ y $p=0.000$ respectivamente)

Del total de no adherentes, la gran mayoría presenta según su expediente clínico alguna patología asociada; sin embargo aquellos que no presentaron ninguna patología asociada, también tuvo un porcentaje importante de no adherentes, por lo que aparentemente el hecho de tener alguna comorbilidad no debería afectar el cumplimiento terapéutico. La asociación entre estas dos variables no resultó ser estadísticamente significativa ($p=0.816$).

Cuando se establece relación entre la adherencia terapéutica con cada uno de los ítems del test de Morinsky-Green-Levine se puede notar que en el punto en el que más incide la población encuestada es no tomar el tratamiento a las horas indicadas, siendo 87% de los pacientes no adherentes los que afirmaron dicha proposición; seguido de dejar de tomarlo si le sienta mal con 43.5%; el 35% de los pacientes no adherentes afirma es porque se les olvida el tratamiento y sólo el

13.8% de los no adherentes refieren es al sentirse mejor que dejan de tomarlo; el 77.5% de los que respondió como negativa esta última proposición resultaron no adherentes también; lo que corrobora el hecho que la adherencia terapéutica no está determinada por un único factor y que es el conjunto de estos los que hacen válida la prueba, determinándose que el 80% tenía al menos una de las actitudes incorrectas que plantea el test. Todas las variables tuvieron asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica.

Prácticamente la totalidad de pacientes que refirió no contar con el tratamiento completo fueron no adherentes (97%), lo que refleja, como plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la adherencia terapéutica está influida no únicamente por factores relacionados con el paciente o la enfermedad; sino también con aspectos administrativos de la institución; ya que al no poder suministrar el esquema terapéutico completo; el paciente deberá buscar otra manera de adquirirlo, no siempre contando con los recursos económicos para hacerlo; lo que es reforzado por el hecho que la totalidad de pacientes que refirió no era accesible el medicamento no fueron adherentes. Adicional se suma el hecho que en los países en desarrollo las familias con bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas frente la adquisición de fármacos que el sistema de salud no pueda cubrir. Para ambos casos la asociación de adherencia con estas variables fue estadísticamente significativa ($p=0.00$ para ambos casos).

La totalidad (100%) de los pacientes que refirieron no recibir información y explicación suficiente por facultativo resultó no ser adherente; asimismo el 94% de los que refieren no participar en la selección del tratamiento también resultaron ser no adherente; lo que se asemeja a los resultados encontrados Praveen y Halesh en India donde se determinó como uno de los factores asociados el no entender el régimen indicado y por Hussain en Bangladesh donde la deficiencia en la información brindada por el personal de salud se encontró como factores no asociados a la adherencia; siendo en ambos casos estadísticamente significativamente la asociación de la adherencia con estas dos variables ($p=0.00$).

Esto afirma lo planteado Lobo- Barrero y cols que postulan que a un elevado porcentaje de pacientes se les da insuficiente planificación de su tratamiento y escasa información sobre las características de su enfermedad, la forma de toma de los medicamentos, posibles efectos adversos e incluso riesgos; punto en el que debe enfatizarse en estos casos; ya que es a medida que se establezca una buena relación Médico- Paciente que se logra que la mejoría del cumplimiento terapéutico.

Cuando se cuestionan las razones por las que toma el tratamiento, la totalidad de pacientes que refirieron sólo lo toman cuando se sienten mal y casi la totalidad de aquellos que lo toman cuando la Presión Arterial se encuentra elevada resultaron no ser adherentes, lo que concuerda con los resultados encontrados por Agámez y cols en Cuba; asimismo todos los que refirieron les daba pereza tomar el medicamento resultaron no adherentes; lo que ratifica el hecho de que los conocimientos que puedan ser brindados por el personal de salud inciden en la forma en cómo el paciente perciba la enfermedad. Sin embargo, de estas tres asociaciones, sólo la de adherencia y tomar el tratamiento cuando se siente mal el paciente resultó ser estadísticamente significativo ($p=0.010$), así como la variable pereza en toma de tratamiento ($p=0.048$)

Asimismo, todos aquellos que refirieron a veces olvidar tomar el fármaco, no tomarlo por presentar alguna reacción adversa o no tomarlo por falta de tiempo resultaron no adherentes; factores asociados que concuerdan con los expresados en el test de Morinsky-Green y que igual que en el estudio de Adriana Agámez resultan ser factores que condicionan la adherencia; nos remontamos a la idea de la necesidad de concientizar a la población sobre la importancia de que el simple hecho de tomar un medicamento en tiempo y forma contribuye a la mejoría de su condición. Todas estas asociaciones fueron estadísticamente significativas. (Todas las anteriores $p=0.00$)

Un hallazgo que resulta ambivalente a los resultados encontrados es que si bien la mayoría de los encuestados perciben la enfermedad como importante, resultaron

muy pocos los adherentes, hallazgo que resulta contradictorio al pensar que un paciente no toma el medicamento porque no tiene tiempo, siendo éste un hecho tan simple; y al mismo tiempo considerar que la enfermedad es importante.

Al analizar el control de HTA con la adherencia terapéutica encontramos ambigüedad en nuestro hallazgo, ya que si bien 100% de los pacientes que no tenían control de Presión Arterial (PA), 77.5% de aquellos que tenían control de PA también resultaron no adherentes. Sin embargo este fenómeno está condicionado por una serie de factores, tales como el desconocimiento del buen estado del equipo utilizado (esfingomanómetro y estetoscopio), de la técnica de la toma y que en un porcentaje considerable de expedientes no se encontraron registrados valores de PA de forma secuencial.

Cuando evaluamos la adherencia terapéutica según el régimen farmacológico utilizado encontramos que fueron menos adherentes aquellos pacientes que tenían un régimen con terapia combinada que aquellos que cumplían un régimen con monoterapia (89 vs 75%). Y si bien esta asociación no es estadísticamente significativa ($p=0.057$); esto nos demuestra la tendencia que, como asevera Sternberg, a medida que aumenta la complejidad del régimen terapéutico disminuye la adherencia; siendo la frecuencias de las dosis y el número de fármacos concurrentes los que pueden disminuir la misma; mucho más por el hecho de que la mayoría de estos pacientes presentan alguna comorbilidad asociada.

Asimismo observamos que a medida que aumenta la duración del tratamiento lo hace de forma progresiva los casos de no adherencia, tal y como lo plantea Rosas en México, con lo que se confirma a través de nuestro estudio, que la tasa de adhesión declina con el tiempo, por lo que una vez más incidimos en el hecho que al establecer una buena relación Médico- Paciente se establecerán esquemas terapéuticos que sean más susceptibles de seguimiento por los usuarios de la unidad de salud. La asociación de estas variables fue estadísticamente significativa ($p=0.000$)

X.CONCLUSIONES

- ❖ En el estudio realizado 60% de la población encuestada era del sexo femenino, 42.2% se encontraba en el grupo etáreo mayor de 65 años, más del 50% con un nivel de escolaridad de primaria o menor, 31% casado y 68.1% de procedencia urbana.
- ❖ Dentro de las características clínicas predominantes encontramos 85.9% de pacientes en estadio I de HTA, con diagnóstico de 10 o más años en 41.5% de los casos, con 79% que tienen esquema antihipertensivo desde hace 2 años o más, 83.7% cursan con alguna comorbilidad adicional a HTA, 88.9% con cifras tensionales dentro de rangos meta y 65.9% con esquema de monoterapia, predominando la familia de IECAs como fármacos más utilizados.
- ❖ La adherencia terapéutica medida a través del test de Morinsky Green Levine fue de 20%, siendo el ítem de olvidar tomar el tratamiento a la hora indicada el que tuvo más respuestas positivas en la prueba con un 69.6%.
- ❖ Cuarenta y tres por ciento de los encuestados refirió recibir tratamiento por la unidad de salud, sin embargo 55.6% afirmaron no recibirlo de forma completa, pero refirieron es accesible en 61.5% de los casos.
- ❖ El 72.6% plasmó recibir información y explicación completa por parte de facultativo, sin embargo 52.6% afirmó no tener participación en la decisiones con respecto a su tratamiento, lo cual puede explicarse por un 97% que percibe mejoría con el esquema recibido.
- ❖ Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica con las siguientes variables:
 - ❖ Sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, procedencia.
 - ❖ Clínicos: estadio de HTA, tiempo desde diagnóstico, duración de tratamiento, control de Presión Arterial, familia de antihipertensivo utilizado.

- ❖ Factores relacionados con el tratamiento: tratamiento completo, accesibilidad al tratamiento, proveedor de tratamiento.
- ❖ Factores relacionados con el personal de salud: información y explicación del tratamiento, participación en la selección del tratamiento.
- ❖ Factores relacionados con el paciente: tomar el tratamiento sólo cuando se siente mal, no tomarlo por presencia de efectos indeseados y/o por falta de tiempo, pereza para tomar el tratamiento, todos los ítems del test de Morinsky Green Levine.

XI. RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones van dirigidas a cada uno de los sectores involucrados:

❖ Al SILAIS:

Mejorar la gestión de abastecimiento de fármacos incluidos en la lista Básica; para que estos siempre se encuentren a disposición de la población que los demanda.

Lograr capacitación, como lo plantea el MOSAFC, permitiendo un adecuado funcionamiento de los equipos de salud familiar y comunitario.

❖ Al Personal de Salud:

Reforzar la relación Médico-Paciente de manera que éste último se sienta con la confianza y plena seguridad de contar con un esquema terapéutico acorde a sus características clínicas.

Revisar los esquemas terapéuticos a medida que aumenta tanto el tiempo de diagnóstico como los años con un fármaco antihipertensivo, para que este sea dinámico al igual que la clínica del paciente.

Garantizar que el paciente tenga una idea clara de su condición clínica, las razones para utilizar determinado esquema farmacológico, así como de los posibles efectos colaterales del mismo, y cómo actuar en caso de que estos aparezcan.

Elaborar campañas de concientización para los pacientes que acuden al programa de dispensarizados, enfocándonos en los pacientes hipertensos, los cuales fueron objeto de este estudio; pero que de forma adicional son aplicables en toda patología crónica.

Tratar de incidir en las medidas no únicamente farmacológicas; sino también incidir estilos de vida más saludables.

❖ A nivel comunitario:

Cumplir y participar de manera activa en la selección de su tratamiento; así como informar al facultativo sobre cualquier reacción adversa causada por el o los fármacos recibidos.

Fijar medidas no terapéuticas que refuercen y contribuyan al control tensional, adicional al uso de antihipertensivos.

Buscar soporte, ya sea familiar o inclusive de facultativo, para tomar medidas en caso de no adherencia terapéutica.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Agámez, Adriana P. y cols. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC v.12 n.5 Camagüey sep.-oct. 2008. Encontrado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000500009&script=sci_arttext
2. Al Mahdy H, Seymour D. G. How much can elderly patients tell us about their medications? Postgrad Med J 1990; 66: 116-121.
3. Banegas J., Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, Guallar P, Rey J. Blood pressure in Spain: distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. Hypertension. 1998; 32: 998-1002.
4. Borrel F. Estrategias para aumentar la observancia de regimenes terapéuticos. Manual de entrevista clínica. Ed. Doyma. Barcelona. 1989; 157-161.
5. Burt VL et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. Hypertension, 1995, 25:305-313.
6. Burke BL Arkowitz H Menchola M The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials .j consult clin psyche 2003 ; 71: 843-61.
7. Caro JJ. et al. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. Canadian Medical Association Journal, 1999, 160:31-37.
8. Ebrahim S.Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke. Health Technology Assessment, 1998, 2:1-80.
9. El –Sadi wi medard F, Barthaud V. Directly observed therapy of tuberculosis .The Harlem hospital experience 1993 AM J Public heath 1996 ; 86 : 1146-6.
10. Encuesta Multinacional de Diabetes e Hipertensión y sus Factores de Riesgo: Managua, Nicaragua 2003 VIII Taller CAMDI, Ciudad Panamá, Panamá, (28–29 noviembre 2006)
11. Galperin J. Como entender la adherencia a tratamientos. Medifam 1994; 4: 213-216.
12. Galvan F., Santiuste C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimiopprofilaxis contra la tuberculosis. med clin (Barc) 1998 , 111: 665 -7.
13. Giñarte AY., La adherencia terapéutica. Rev. Cubana, Med. Gen. Integral 2001; 502 - 505.

14. Hashmi, Saman K. y cols. Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan, 2007. Encontrado en: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0000280>
15. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD., Johns Hopkins University Press, 1979.
16. Hernández, Hernández et Al. Prevalencia de la Hipertensión en Latinoamérica Boletín Médico de Postgrado. Vol. XX N° 4 Octubre – Diciembre, 2004 UCLA. Decanato de Medicina. Barquisimeto – Venezuela.
17. Herraiz F., Villa Marín F., Chamorro A. Correlatos psicosociales a la adherencia al tratamiento antirretroviral en el centro penitenciario de hombres Barcelona Rev. Esp sonid penit [on line]. 2008 disponible en: < [http; / scielo . isciii . es / scielo . php](http://scielo.isciii.es/scielo.php).
18. Hussain SM. y cols. Non-Adherence To Antihypertensive Treatment in Essential Hypertensive Patients in Rajshahi, Bangladesh, 2011. Encontrado en: www.banglajol.info
19. Ingaramo, Roberto A. y cols. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT)/ Hipertensión. Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34: 104-111. Encontrado en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
20. Isaza Carlos. Effectiveness of treatments for hypertension in a sample of Colombian patients, 2004. Encontrado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572004000300006&script=sci_arttext
21. Liefoghe R, Mayinck AD. The dynamics of tuberculosis treatment adherence J Pack Med assoc 2001; 51 3-9.
22. Lucena MI, Rico JC, Tarilonte MA, Andrade RJ, González JA, Sánchez F. Conocimientos y actitudes de pacientes ambulatorios frente a algunos aspectos del tratamiento farmacológico. Rev Clin Esp 1990; 186: 447-449.
23. Lobo – Barrero CA Pérez –Escaleno E. Control y supervisión del enfermo tuberculoso Arch bronconeumod 2001, 37: 43-7.
24. Martín, Alfonso; Sairo M., Bayane Vea H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev cubana Med Gen integral 2003; 123:245 -256.
25. Martínez L, Rose J. An organ damage as a result of medication non compliance: us pharm 1089; 24, 2.

26. Moreno y Gil j 2003. El modelo de creencias en salud revisión teórica consideraciones críticas y propuestas alternativas. Revista internacional de psicología y Terapia psicológica 1991.:91-109.
27. Organización mundial de la salud adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción .Ginebra .OMS
28. Ormerod LP Directly observed therapy (dot) for tuberculosis why, when, how and if? Therapy 1999, 54: 542.545.
29. Orozco IC Hernández R de usta CY., Cerra M Camargo D Factores de riesgo para el abandono y no adherencia del tratamiento antituberculoso. Medicas uis (1998); 12:169-72
30. Pablos AC, Cnirsch C, Barr Leoner BH, Friend TR. No adherence in tuberculosis treatment predictors an consequences in new york city am J Med 1997; 102 :164-70.
31. Pozsik CJ. Compliance with Tuberculosis therapy. Med clin North Am. 1993; 1289 - 301.
32. Praveen N Kumar, Halesh L H. Antihypertensive treatment: a study on correlates of non adherence in a tertiary care facility. Int J Biol Med Res. 2010; 1(4): 248-252. Encontrado en: www.biomedscidirect.com
33. Quintana Setién, Carlos. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas vol.28 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2009. Encontrado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000200007&script=sci_arttext
34. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.
35. Rodríguez Chamorro MA et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7.
36. Rosas, P. La hipertension arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Rev. Archivos de cardiología de México 2003 d 137-147.
37. Ross, S., Walker A., MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension role of illness perceptions and treatment beliefs journal of human hypertension 2004 18; 607-13.

38. Sabate E. Adherencia a tratamiento a largo plazo Génova 2004. Organización mundial de la salud.
39. Salcedo Barajas, Ariel. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Universidad Nacional de Colombia. Santander Colombia, 2011. Encontrado en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4164/1/539474.2011.pdf>
40. Salvador-Carulla L, Melgarejo C. Cumplimiento terapéutico. El gran reto del siglo XXI. Barcelona. Ars Médica 2002.
41. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertensión. 2005:221-84.
42. Sternberg L, Blaschke T. Adherence to medication. New England J Med 2005, 353 : 487 -97.
43. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavior account of patient adherence. Am. Rev Respir 1993; 147: 1311-20.
44. Tapia Muñoz, José A. Adhesion Al Tratamiento Farmacologico Antihipertensivo En El Hospital De Chaiten 2005. Encontrado en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>
45. The JNC VII Report. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
46. Torresani Marina, Falta de adhesión al tratamiento: Una mirada reflexiva sobre la relación profesional – paciente. Ppt 47-48
47. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. JAMA 2002; 287: 1003 – 1010.
48. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. BMJ. 2008 May 17; 336(7653):1114-7. doi: 10.1136/bmj.39553.670231.25. Epub 2008 May 14. Encontrado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18480115>

ANEXOS



CUESTIONARIO

Número de Cuestionario: _____

Fecha de llenado ____/____/____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. **Edad** _____ años

2. **Sexo:** Femenino Masculino

3. **Escolaridad:**

Sabe leer y escribir

Primaria

Secundaria

Técnico Superior

Universidad

4. **Estado Civil:**

Soltero

Acompañado

Casado

Divorciado

Viudo

5. **Religión:**

Católico Evangélico Testigo de Jehová Otro.

Especifique _____

6. Localidad de procedencia: Urbana Rural

7. ¿Hace cuánto le diagnosticaron que tenía Hipertensión Arterial? _____

PRUEBA DE MORINSKY-GREEN-LEVINE

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Sí__ No__

2. ¿Olvidar tomar los medicamentos a las horas indicadas?

Sí__ No__

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Si__ No__

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Sí__ No__

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Factores socioeconómicos

1. ¿Recibe su tratamiento completo en el Centro de Salud? Si No
2. ¿Quién le abastece su tratamiento?
 - Centro de Salud
 - Otro. Especifique (lo compra usted, Familiar, etc.)_____
3. ¿Es accesible el costo del tratamiento que usted tiene indicado? (vale para pacientes que compran medicinas al no haber en el C/S) Si No

Factores asociados a relación Médico Paciente:

4. Usted y su médico conversan acerca de cómo cumplir el tratamiento y esa información es suficiente? Si No
5. El médico explica con claridad el modo de seguir el tratamiento Si No
6. Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento prescrito por su médico Si No
7. El médico explica posibles efectos indeseados del tratamiento Si No

Factores psicológicos

8. ¿Percibe mejoría con el tratamiento? Si No
9. Solo toma medicamento cuando se siente mal Si No
10. Solo toma medicamento cuando conoce su presión arterial está alta Si No
11. Me da pereza tomarme el medicamento Si No
12. A veces no toma el medicamento porque se le olvida. Si No
13. No toma el medicamento por que le produce algún efecto indeseado Si No
14. ¿Siente la hipertensión arterial como una amenaza para su salud ? Si No
15. No toma el medicamento porque no tiene tiempo Si No

FICHA DE RECOLECCION- CARACTERISTICAS CLINICAS

Tiempo de Diagnóstico de HTA: _____

Estadio de HTA:

- I
- II

Patologías Concomitantes: Si No

Valor de PA el día de la consulta: ____/____

Controles tensionales previos:

P/A	Control 1	2	3
PAS			
PAD			
Observación			

REGIMEN TERAPEUTICO

En cuanto al tratamiento que recibe el paciente:

- Monoterapia
- Terapia combinada

Escriba en el cuadro cuál o cuáles fármacos recibe, la dosis y tiempo que ha recibido este tratamiento

Fármaco	Dosis	Duración del tratamiento



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Carta de Autorización del estudio

Estimado paciente

Por este medio le invitamos a participar en un estudio, que estamos realizando estudiantes del Internado de la Carrera de Medicina, el cual trata sobre la Adherencia al tratamiento por parte de los pacientes que padecen de Hipertensión Arterial y que forman parte del Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Renner, de Rivas.

Con este estudio se desea conocer en ¿Qué medida se cumple con el tratamiento indicado por el médico? y ¿Cuáles son las causas asociadas al no cumplimiento del tratamiento?, lo cual es de mucha importancia ya que el cumplimiento del tratamiento es vital para lograr mejoras en la salud de los pacientes hipertensos.

Conocer si los pacientes cumplen o no con el tratamiento y sus causas permitiría determinar los puntos en los cuales se puede cambiar y realizar mejoras dirigidas a que todos los pacientes tomen sus medicamentos y alcancen una mejoría clínica.

Nosotros nos comprometemos a que la información que usted entregue será utilizada solo para fines de la investigación y los datos se mantendrán anónimos y confidenciales.

Yo _____, acepto participar en el estudio y autorizo la recolección de los datos, dando fe que los datos que proporcione son verdaderos.

Firma del Paciente

Tablas de Salida.

Tabla N° 1: Distribución por Sexo de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Sexo	Frecuencia.	Porcentaje.
Femenino	81	60.0
Masculino	54	40.0
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla N° 2 Distribución por edad de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Edad.	Frecuencia	Porcentaje
< de 45 años	11	8.1
46-55 años	17	12.6
56-65 años	50	37.0
>de 65 años	57	42.2
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla N° 3 Escolaridad de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Escolaridad.	Frecuencia	Porcentaje
Sabe Leer y Escribir	36	26.7
Primaria	61	45.2
Secundaria	21	15.6
Universitario	12	8.9
Técnico Superior	5	3.7
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 4 Estado Civil de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	18	13.3
Acompañado	20	14.8
Casado	50	37.0
Divorciado	7	5.2
Viudo	40	29.6
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla Nº 5 Religión de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Religión.	Frecuencia	Porcentaje
Católico	91	67.4
Evangélico	34	25.2
Testigo de Jehová	1	0.7
Otra	9	6.7
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 6 Procedencia de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Procedencia.	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	92	68.1
Rural	43	31.9
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 7 Estadío de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Estadio de Hipertensión.	Frecuencia	Porcentaje
HTA 1	116	85.9
HTA 2	19	14.1
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 8 Tiempo de Diagnóstico de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Tiempo de Diagnostico.	Frecuencia	Porcentaje
1-4 años	41	30.4
5-9 años	38	28.1
10 años o mas	56	41.5
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 9 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que presentan alguna patología asociada.

Patología Asociada.	Frecuencia	Porcentaje
Si	113	83.7
No	22	16.3
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 10 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que olvidan tomar alguna vez el tratamiento Antihipertensivo.

Olvidan tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	28.1
No	97	71.9
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 11 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que olvidan tomar el tratamiento Antihipertensivo a la hora indicada.

Olvidan tomar tx a hora indicada.	Frecuencia	Porcentaje
Si	94	69.6
No	41	30.4
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 12 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que dejan de tomar el tratamiento Antihipertensivo cuando se sienten bien.

Deja tomar tratamiento cuando se siente bien.	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	11.1
No	120	88.9
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 13 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que dejan de tomar el tratamiento Antihipertensivo cuando se sienten mal.

Deja de tomar tx cuando se siente mal	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	34.8
No	88	65.2
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 14 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que presentan adherencia al tratamiento Antihipertensivo.

Adherencia al Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Adherente	27	20.0
No Adherente	108	80.0
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 15 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que refieren recibir completo su tratamiento.

Reciben Tratamiento Completo	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	44.4
No	75	55.6
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla Nº 16 Proveedor del tratamiento de Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Proveedor del tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
Lo compra	29	21.5
Lo recibe de familiar	48	35.6
Centro de Salud	58	43.0
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 17 Accesibilidad del costo del tratamiento de Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Accesibilidad Costo del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	61.5
No	52	38.5
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 18 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que reciben Información y explicación del Tratamiento, por el personal de salud,

Pacientes reciben Información, Explicación del Tx.	Frecuencia	Porcentaje
Si	98	72.6
No	37	27.4
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 19 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que participan en la selección del tratamiento.

Participan en Selección del tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	47.4
No	71	52.6
Total	135	100.0

Fuente Cuestionario

Tabla Nº 20 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que perciben mejoría con el tratamiento.

Perciben Mejoría con el tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
Si	131	97.0
No	4	3.0
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 21 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que solo toman tratamiento cuando se sienten mal.

Toman Tratamiento solo cuando se sienten mal	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	16.3
No	113	83.7
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 22 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, que solo toman tratamiento cuando saben Presión Arterial se encuentra alta.

Pacientes toman tratamiento cuando P/A se encuentra alta.	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	20.0
No	108	80.0
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 23 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, quienes les da pereza tomar el tratamiento.

Pacientes les da pereza tomar el Tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	10.4
No	121	89.6
Total	135	100.0

Fuente:Cuestionario

Tabla Nº 24 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, quienes a veces se les olvida tomar el tratamiento.

Pacientes a veces se olvidan el tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	50.4
No	67	49.6
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 25 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, quienes perciben efecto indeseado al tomar el tratamiento.

Perciben efectos indeseados con el tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	36.3
No	86	63.7
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 26 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, quienes refieren importancia de su enfermedad.

Refieren Importante enfermedad.	Frecuencia	Porcentaje
Si	117	86.7
No	18	13.3
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 27 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, quienes no toman tratamiento por falta de tiempo.

No toman tratamiento por falta de tiempo.	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	48.9
No	69	51.1
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 28 Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener II Semestre 2012, quienes tienen controles previos de su Presión Arterial.

Controles Previos de P/A.	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	88.9
No	15	11.1
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 29 Régimen terapéutico de Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

RégimenTerapéutico.	Frecuencia	Porcentaje
Monoterapia	89	65.9
TerapiaCombinada	46	34.1
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 30 Terapéutica de Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Terapéutica.	Frecuencia	Porcentaje
IECA	72	53.3
Beta-bloq	9	6.7
Diuréticos	2	1.5
ARA2	4	3.0
IECA-Diuretico	33	24.4
Bbloq-Diuretico	15	11.1
Total	135	100

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 31 Duración del tratamiento de Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Duración del tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
1 año	28	20.7
2-4 años	61	45.2
5 o mas años	46	34.1
Total	135	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 32 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Características Socio-demográficas de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Variable	Categoría	Adherente		No adherente		Total.
		Fc	%	Fc.	%	
Sexo.	Femenino	12	14.8	69	85.1	81
	Masculino	15	27.7	39	72.2	54
Edad.	<o igual de 45 años	6	54.5	5	45.4	11
	46-55 años	4	23.5	13	76.4	17
	56-65 años	10	20	40	80	50
	> de 65 años	7	12.2	50	87.7	57
Escolaridad	Sabe Leer y Escribir	2	5.5	34	94.4	36
	Primaria	15	24.5	46	75.4	61
	Secundaria	8	38	13	61.9	21
	Universitario	2	16.6	10	83.3	12
	Técnico Superior	0	0	5	100	5
Estado civil	Soltero	2	11.1	16	88.8	18
	Acompañado	7	35	13	65	20
	Casado	17	34	33	66	50
	Divorciado	0	0	7	100	7
	Viudo	1	2.5	39	97.5	40
Religión	Católico	16	17.5	75	82.4	91
	Evangélico	11	32.3	23	67.6	34
	Testigo de Jehová	0	0	1	100	1
	Otra	0	0	9	100	9
Procedencia	Urbano	23	25	69	75	92
	Rural	4	9.3	39	90.6	43

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 33. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Características de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Variable	Categoría	Adherente		No adherente		Total.
		Fc	%	Fc	%	
Estadío de HTA	I	27	23.2	89	76.7	116
	II	0	0	19	100	19
Tiempo de Diagnóstico.	1-4 años	16	39	25	60.9	41
	5-9 años	6	15.7	32	84.2	38
	10 o >años	5	8.9	51	91	56
Patologías Asociadas	Si	23	20.3	90	79.6	113
	No	4	18.1	18	81.8	22
Control de P/A	Si	27	22.5	93	77.5	120
	No	0	0	15	100	15

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 34 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según test de Morinsky-Green-Levine, de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Variable	Categoría	Adherente		No adherente		Total.
		Fc	%	Fc	%	
Morinsky-Green-Levine.						
Olvida tomar el tratamiento	Si	0	0	38	100	38
	No	27	27.8	70	72.1	97
Toma tratamiento hora indicada.	Si	0	0	94	100	94
	No	27	65.8	14	34.1	41
Al sentirse bien deja el tratamiento	Si	0	0	15	100	15
	No	27	22.5	93	77.5	120
Al sentirse mal deja el tratamiento.	Si	0	0	47	100	47
	No	27	30.6	61	69.3	88

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 35 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Factores relacionados de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Variable	Categoría	Adherente		No adherente		Total.
		Fc	%	Fc	%	
Factores Socio-económicos.						
Tratamiento completo	Si	25	41.6	35	58.3	60
	No	2	2.6	73	97.3	75
Costo del tratamiento accesible	Si	27	32.5	56	67.4	83
	No	0	0	52	100	52
Factores asociados a relación Médico- Paciente						
Explicación e Información del Tratamiento por el Médico	Si	27	27.5	71	72.4	98
	No	0	0	37	100	37
Participa en selección del tratamiento	Si	23	35.9	41	64	64
	No	4	5.6	67	94.3	71
Factores Psicológicos.						
Percibe mejoría con el tratamiento.	Si	27	20.6	104	79.3	131
	No	0	0	4	100	4
Toma tratamiento solo cuando se siente mal.	Si	0	0	22	100	22
	No	27	23.8	86	76.1	113
Solo toma tx cuando sabe P/a esta elevada.	Si	2	7.4	25	92.5	27
	No	25	23.1	83	76.8	108
Le da pereza tomar el tratamiento.	Si	0	0	14	100	14
	No	27	22.3	94	77.6	121
Olvida tomar el tratamiento	Si	0	0	38	100	38
	No	27	27.8	70	72.1	97
No toma tx porque produce efecto indeseado	Si	0	0	49	100	49
	No	27	31.3	59	68.6	86
Siente HTA es una amenaza para salud.	Si	23	19.6	94	80.3	117
	No	4	22.2	14	77.7	18
No toma tratamiento por falta de tiempo.	Si	0	0	66	100	66
	No	27	39.1	42	60.8	69

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 36. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Régimen Terapéutico de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Variable	Categoría	Adherente		No Adherente		Total
		Fc	%	Fc	%	
Régimen Terapéutico	Monoterapia	22	24.7	67	75.2	89
	Terapia Combinada	5	10.8	41	89.1	46

Fuente: Cuestionario.

Tabla Nº 37. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Terapia recibida de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.

Variable	Categoría	Adherente		No Adherente		Total
		Fc	%	Fc	%	
Familia de Antihipertensivos	IECA	17	23.6	55	76.3	72
	Beta-bloq	5	55.5	4	44.4	9
	Diuréticos	0	0	2	100	2
	ARA2	0	0	4	100	4
	IECA-Diurético	3	9	30	90.9	33
	Beta-bloq-Diurético	2	13.3	13	86.6	15

Fuente: Cuestionario.

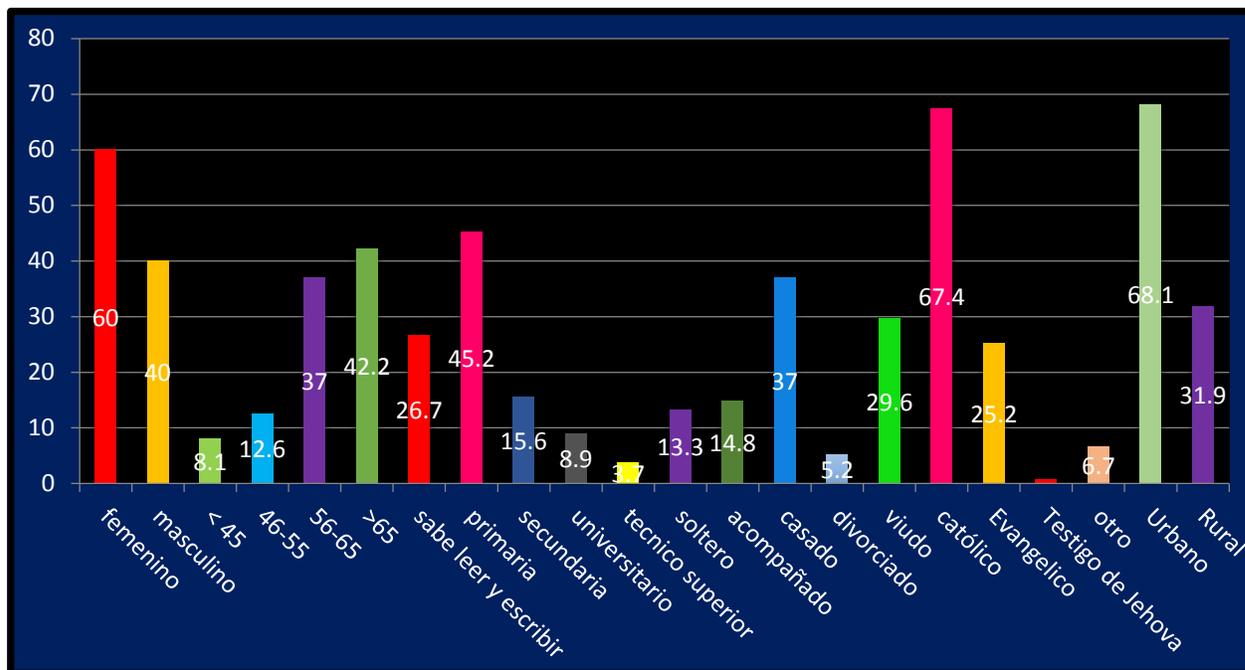
Tabla 38. Asociación Estadística entre Adherencia Terapéutica con las diferentes Variables

Variables asociadas con Adherencia Terapéutica	Valor de chi	Valor de p
Sexo	3.403	0.065
Escolaridad	11.129	0.025
Estado Civil	19.233	0.001
Religión	6.075	0.108
Procedencia	4.513	0.034
Estadio HTA	5.528	0.019
Tiempo de Diagnóstico	13.986	0.001
Patologías Asociadas	0.054	0.816
Olvida tomar Tratamiento	13.222	0.000
Olvida tomar to a hora indicada	77.378	0.000
Deja de tomar To al sentirse bien	4.219	0.040
Dejar de tomar To si se siente mal	18.026	0.000
Tratamiento Completo	31.688	0.000
Accesibilidad de To	21.145	0.000
Información y Explicación de To	12.742	0.000
Participación en la Selección del To	19.319	0.000
Toma To solo cuando se siente mal	6.571	0.010
Solo toma To cuando la PA está alta	3.345	0.067
No toma to por efecto indeseado	19.230	0.000
Percepción de importancia de enfermedad	0.064	0.800
No toma to por falta de tiempo	32.283	0.000
Control de PA	4.219	0.040
Régimen Terapéutico	3.636	0.057
Duración del Tratamiento	16.252	0.000
Edad	10.460	0.015
Pereza para tomar tratamiento	3.905	0.048
A veces olvida tomar Tratamiento	34.254	0.000
Familia de antihipertensivo	12.069	0.034
Proveedor de tratamiento	25.388	0.000
Percepción de mejoría con el to	1.031	0.310

Fuente: Cuestionario.

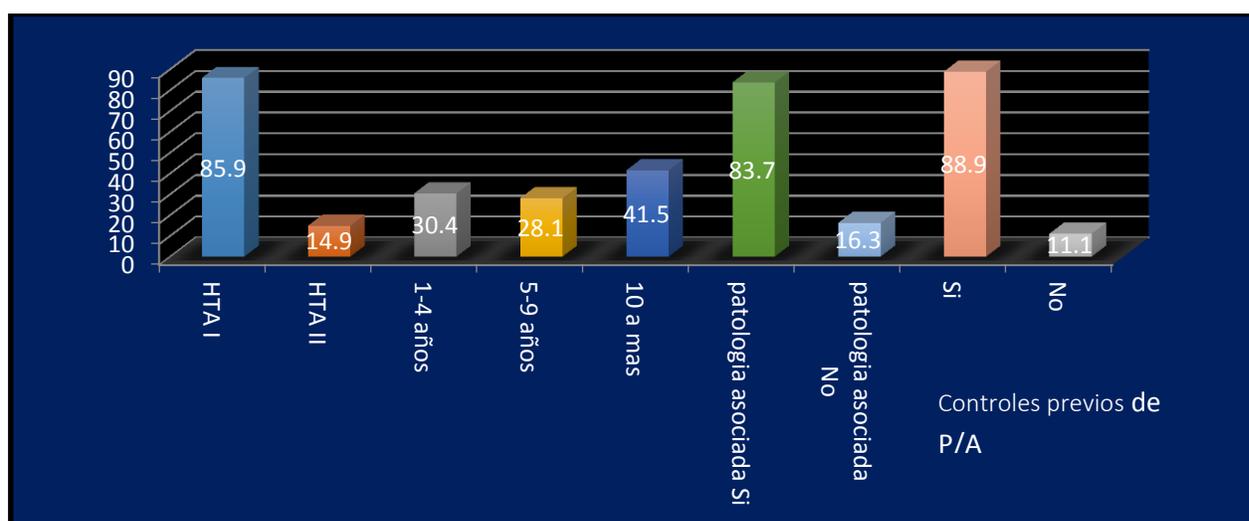
Gráficos

Grafico N°1 Características Sociodemográficas de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



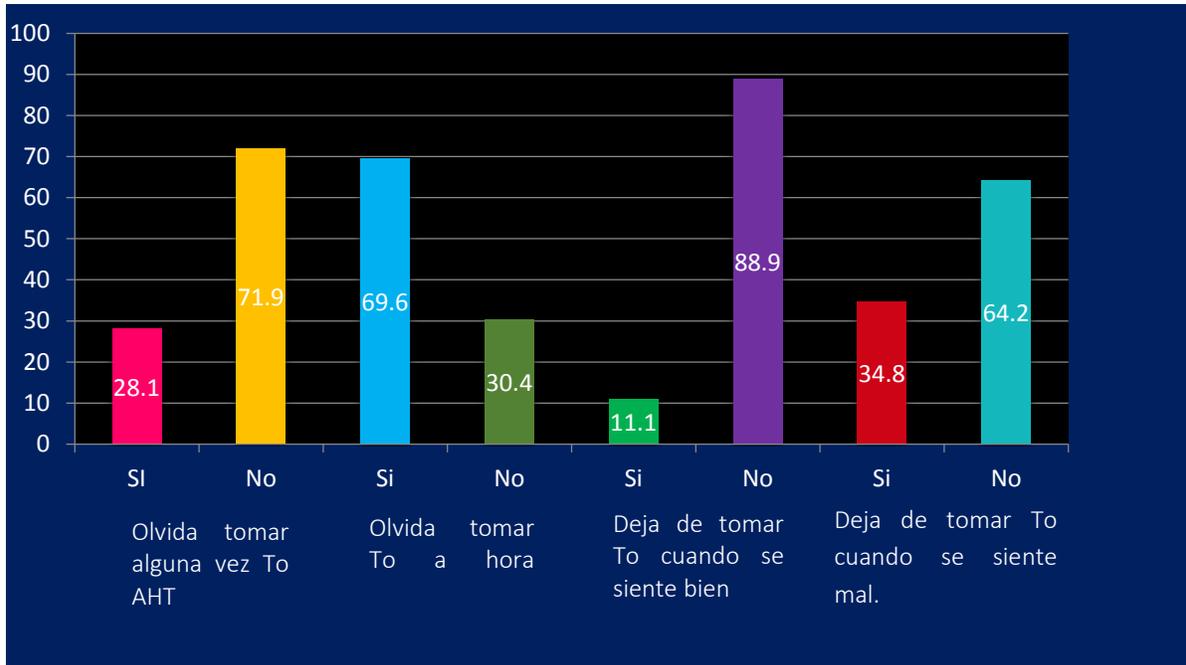
Fuente: Tablas 1-6

Grafico N°2. Características Clínicas de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



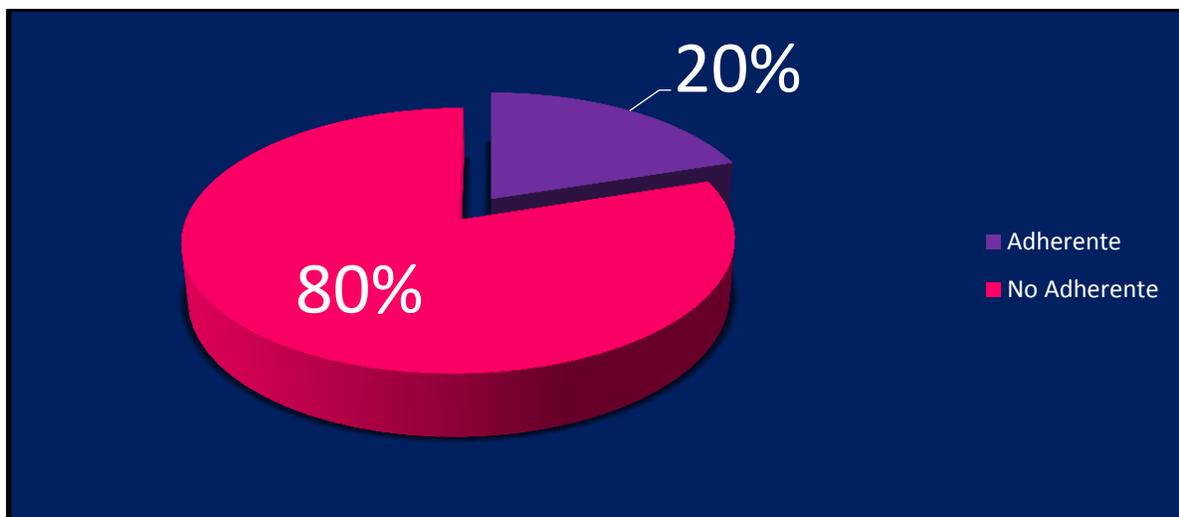
Fuente: Tablas 7-9 y 28.

Grafico N° 3 Test de Morinsky-Green Levine de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



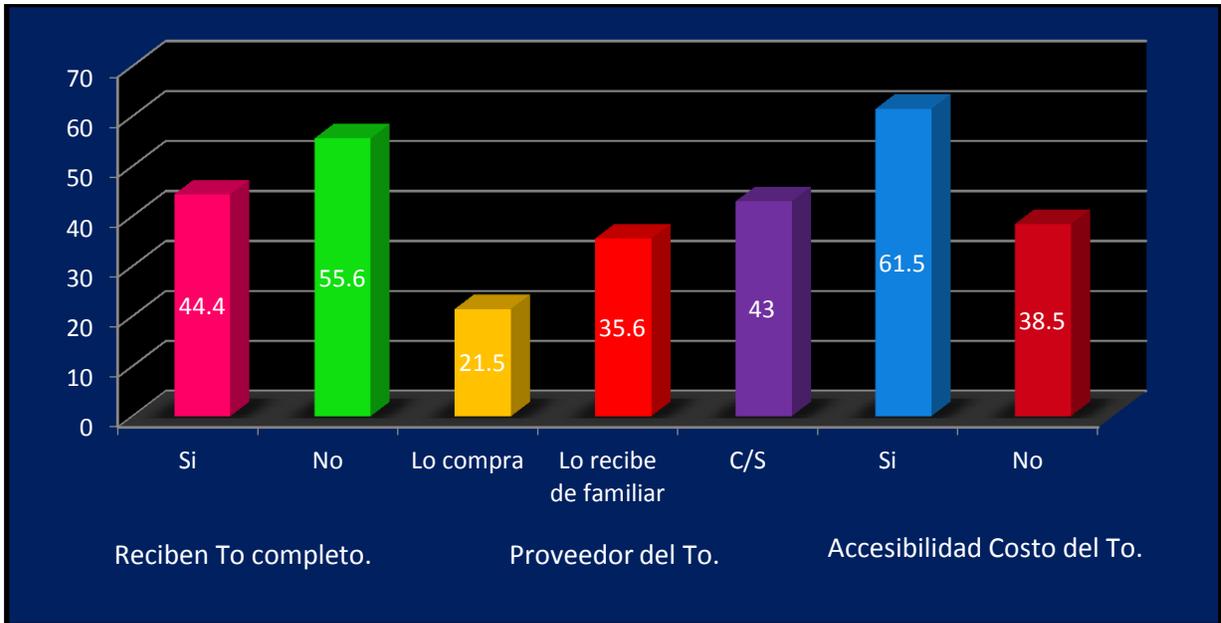
Fuente: Tablas 10-13

Grafico N° 4 Adherencia al tratamiento antihipertensivo en Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



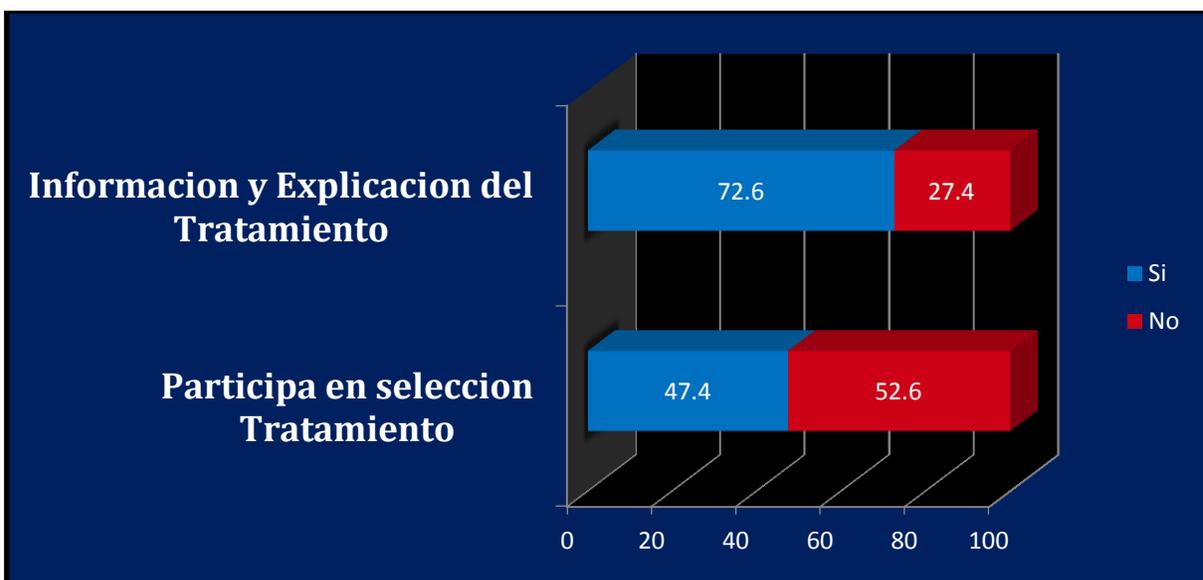
Fuente: Tabla 14.

Grafico N° 5. Factores Socioeconómicos en Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



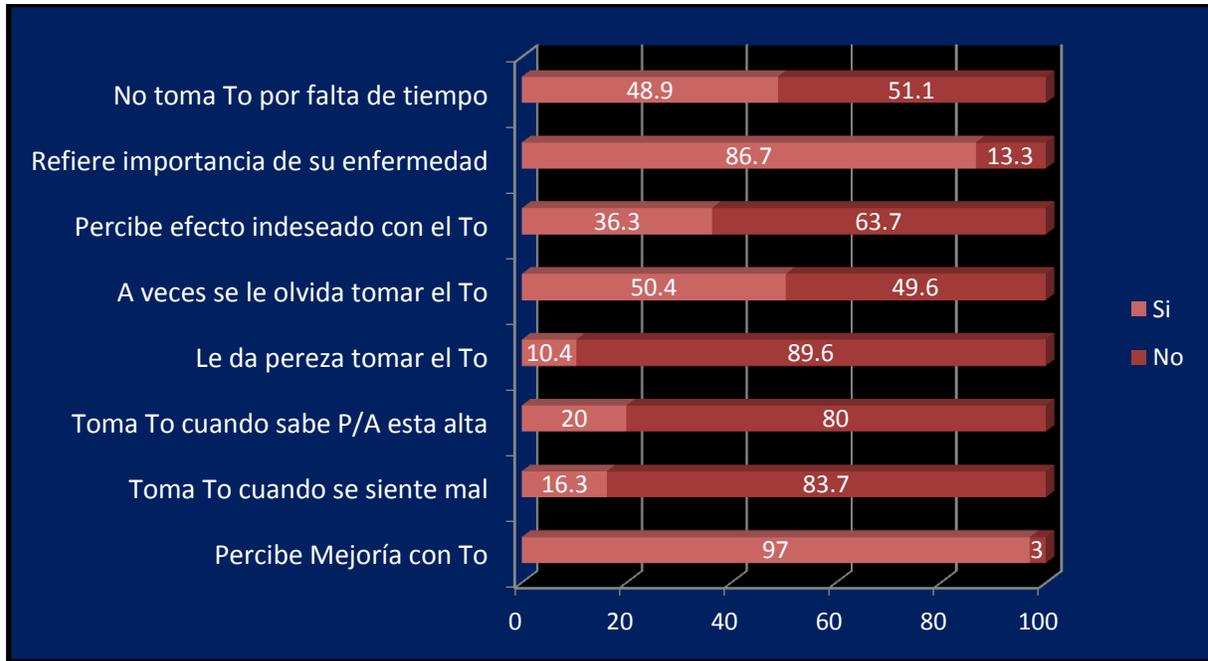
Fuente: Tablas 15, 16, 17.

Grafico N°6. Factores Asociados a relación Médico-Paciente en Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



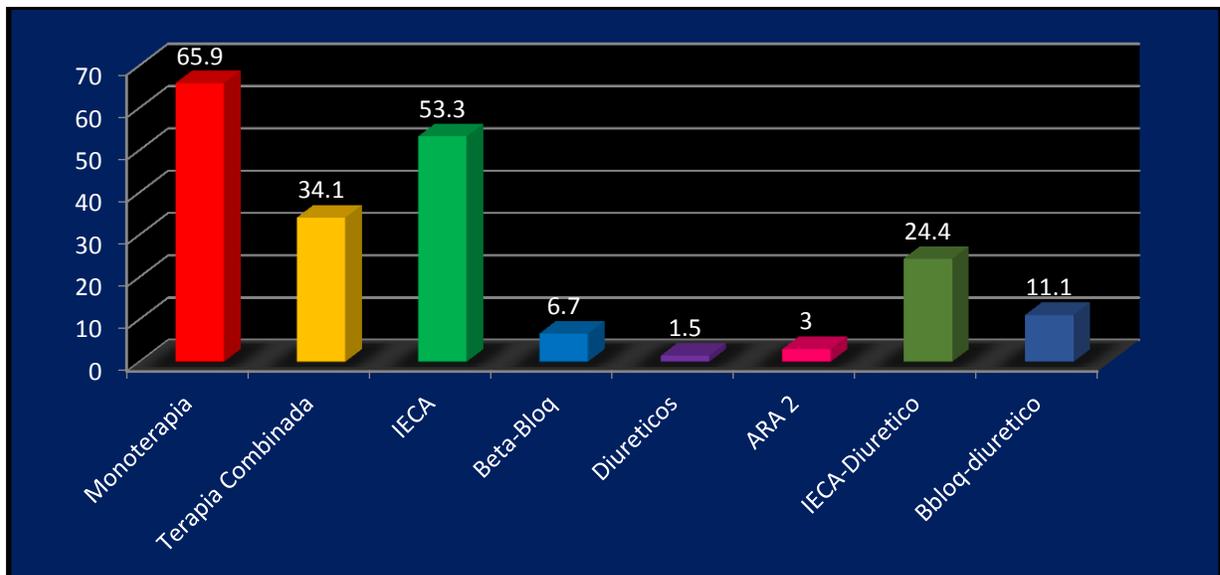
Fuente: Tablas 18 y 19.

Grafico N° 7. Factores Psicológicos en Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



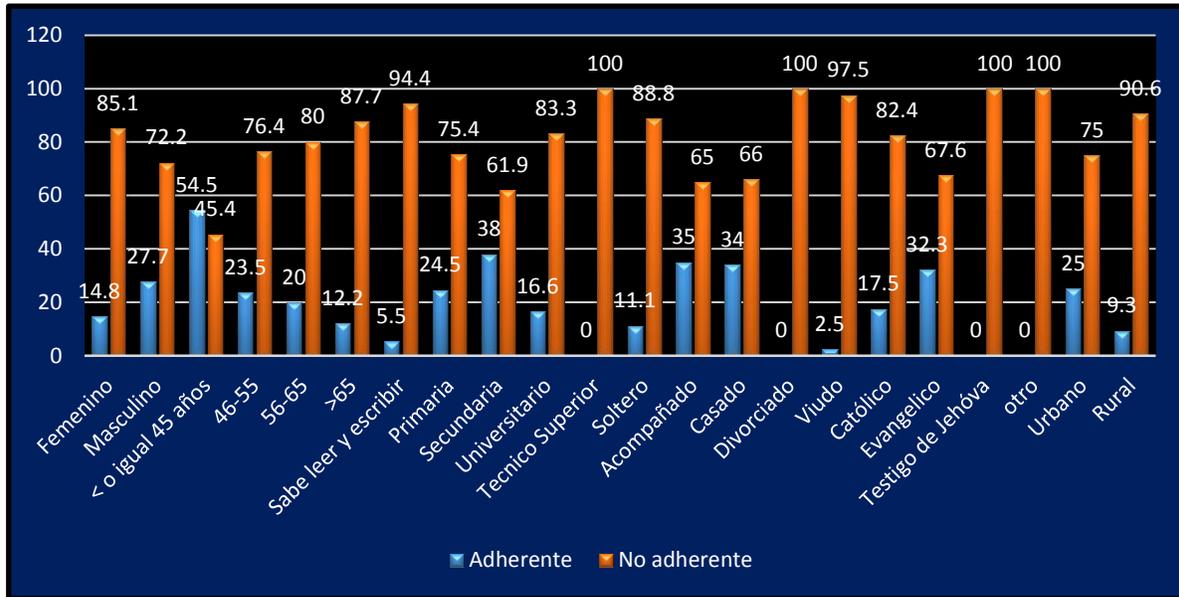
Fuente: Tablas 20-27.

Grafico N° 8. Esquema Terapéutico en Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



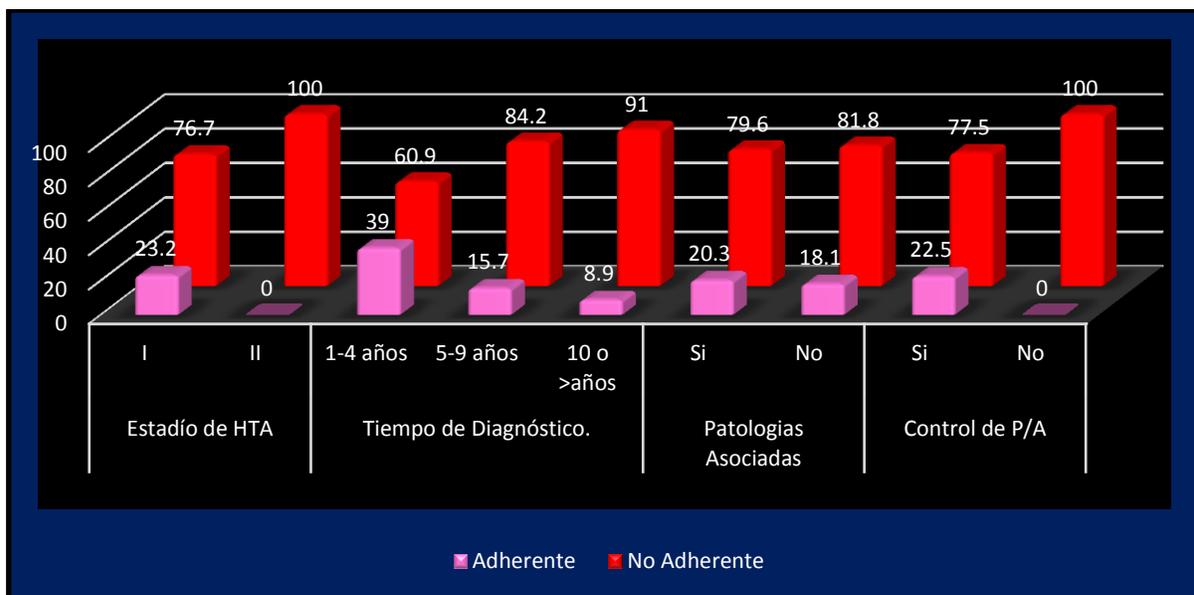
Fuente: tablas 29-30

Grafico N° 9. Asociación entre Adherencia al tratamiento Antihipertensivo y características sociodemográficas de Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



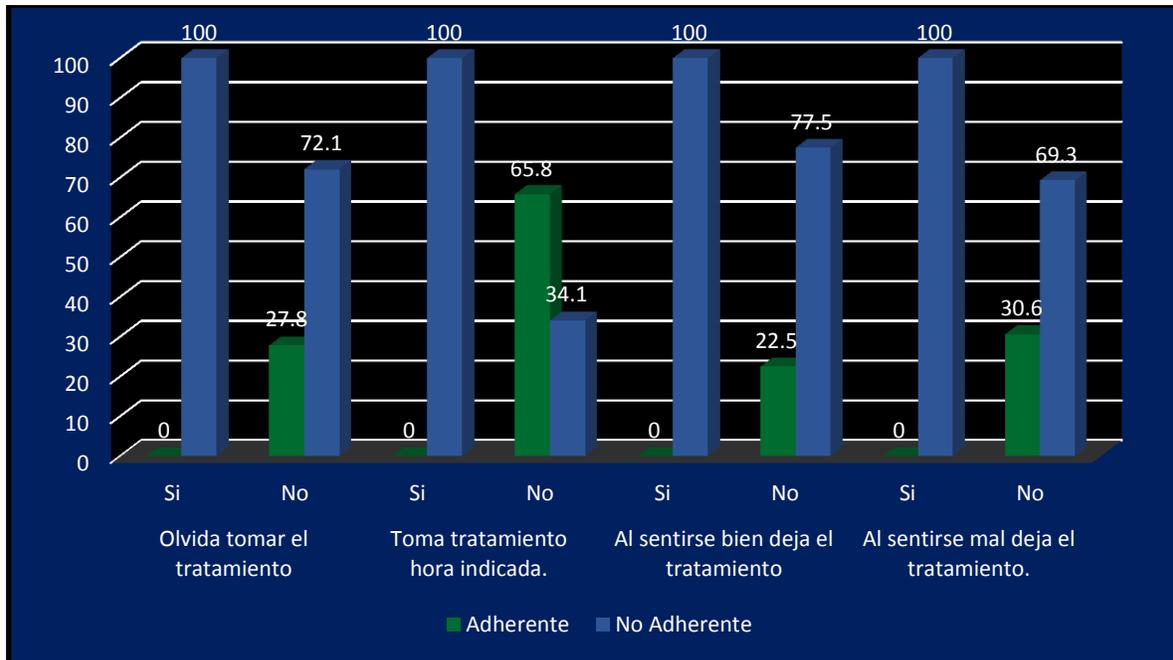
Fuente: tabla 32

Grafico N° 10. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Características de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



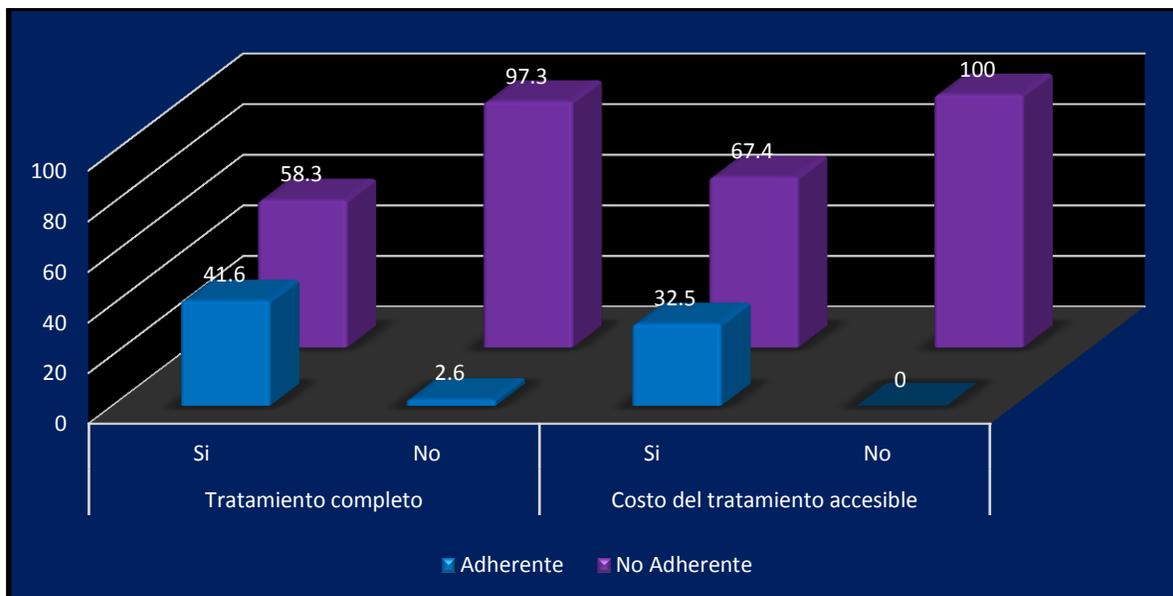
Fuente: tabla 33

Grafico N° 11 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según test de Morinsky-Green-Levine, de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



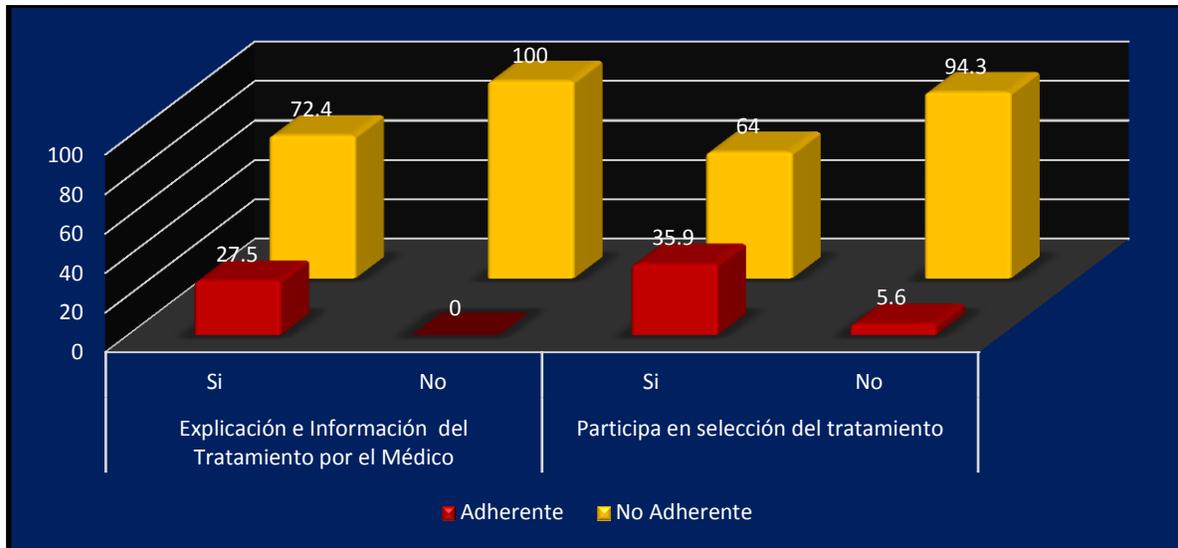
Fuente: Tabla 34

Grafico N° 12 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Factores Socioeconómicos de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



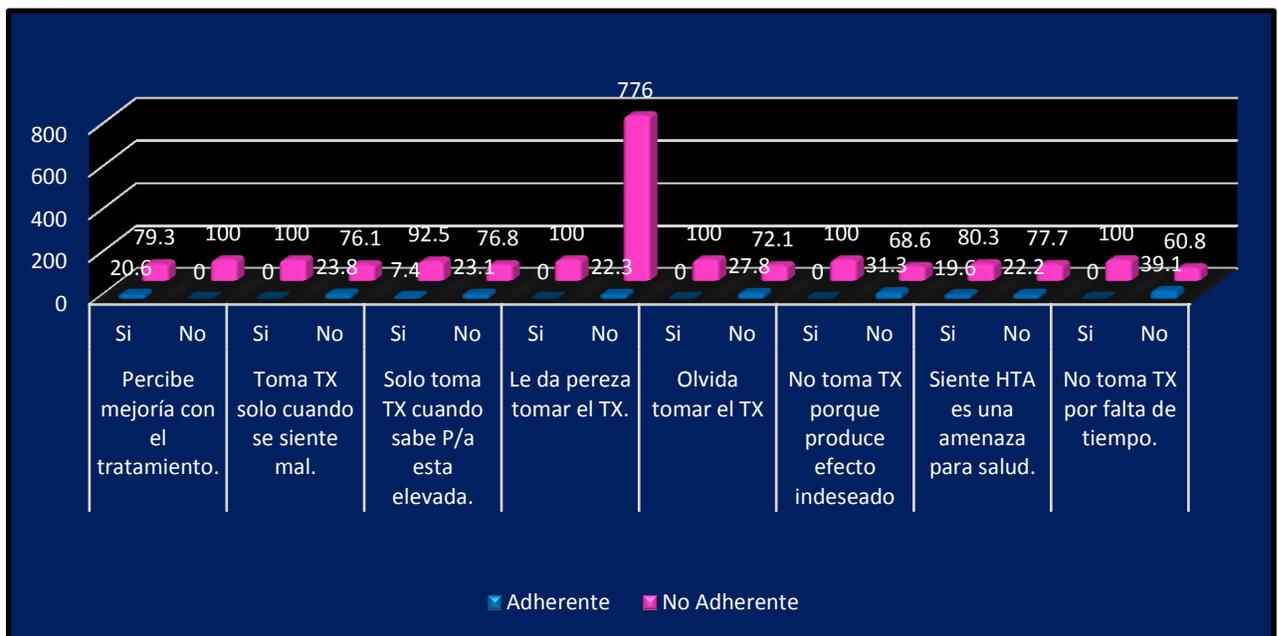
Fuente: Tabla 35

Grafico N° 13 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Factores relacionados a la relación médico paciente de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



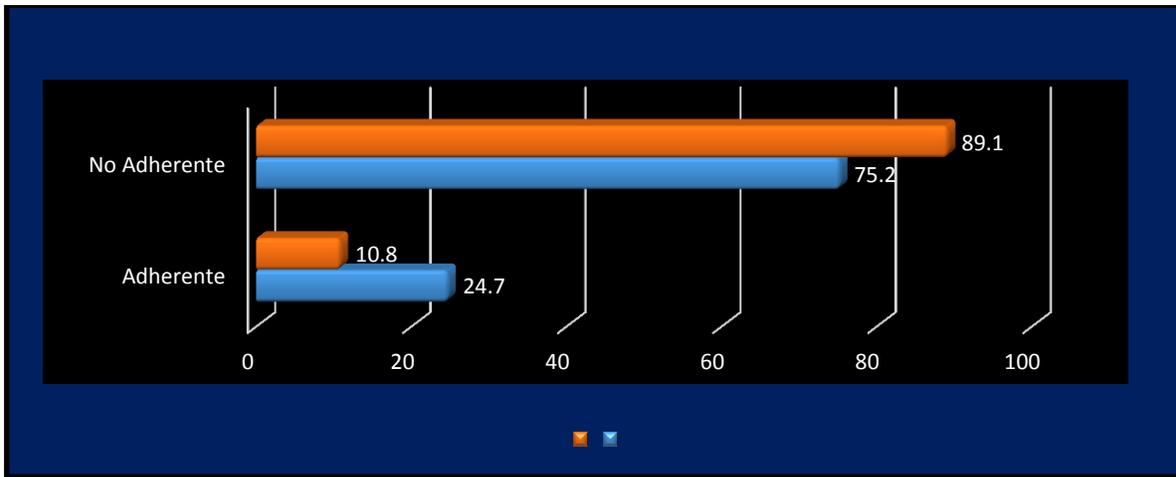
Fuente: Tabla 35

Grafico N° 14 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Factores psicológicos de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



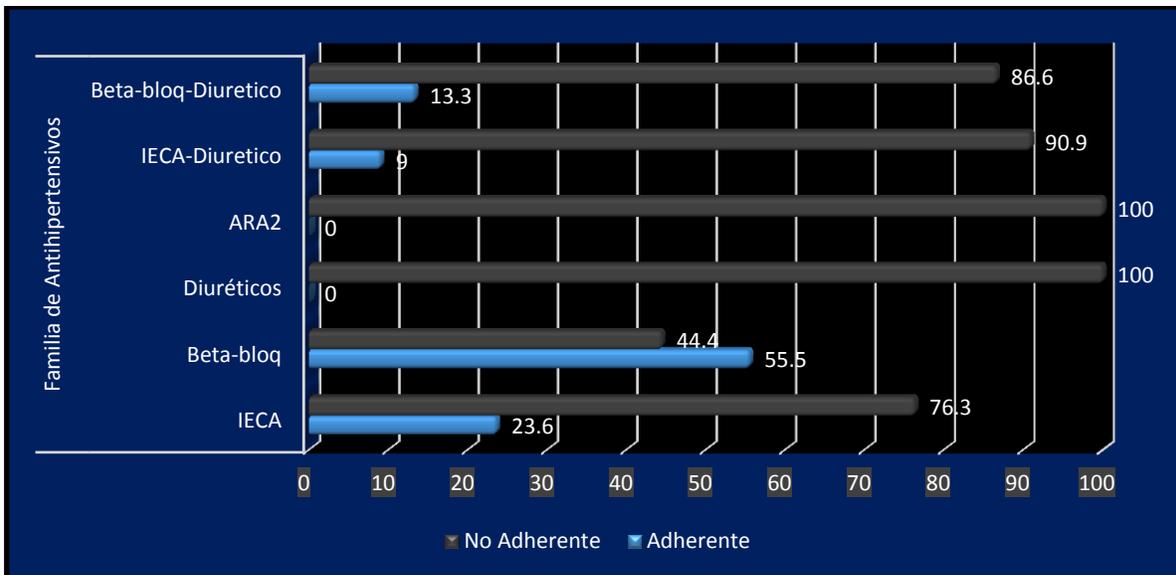
Fuente: Tabla 35

Grafico N° 15. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Régimen Terapéutico de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



Fuente: Tabla 36

Grafico N° 16 Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo según Terapia recibida de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener, II Semestre 2012.



Fuente: Tabla 37