

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-Managua
Facultad de Ciencias Médicas
Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y
Cirugía



Adherencia al tratamiento antihipertensivo, factores asociados y su repercusión en el control de la presión arterial de los pacientes que asisten al programa de atención de dispensarizados en el municipio de Rivas durante los meses de octubre y noviembre 2013.

Autores:

Bra. Fabiola Alejandra Avilés Argüello

Bra. Anagabriela Concepción Duarte Dávila

Br. Saúl Alexander Iván Estrada

Tutora:

Dra. Clara Isabel González Moncada

Profesor titular del departamento de Microbiología y Parasitología

UNAN –MANAGUA

Diciembre del 2014

ÍNDICE

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Opinión del tutor.....	iii
Resumen.....	iv
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	10
Planteamiento del Problema.....	12
Objetivos.....	13
Marco Teórico.....	14
Diseño Metodológico.....	48
Resultados.....	69
Discusión.....	83
Conclusiones.....	102
Recomendaciones.....	103
Bibliografía.....	105
Anexos.....	116

Agradecimiento

A Dios, por permitir alcanzar nuestros sueños.

A nuestros padres, por su amor y apoyo incondicional.

A nuestra tutora, por el conocimiento brindado y su compañía en el trayecto de nuestra carrera.

A nuestros pacientes, fuente inagotable de experiencia y conocimiento.

Dedicatoria:

Dedicamos este trabajo a Dios, por su amor infinito.

A nuestros padres, por estar siempre a nuestro lado.

A Dra Clara González, por su apoyo incondicional y motivación

Con su apoyo, su amor y compañía en el día a día, se superó cada obstáculo hasta alcanzar la meta.

RESUMEN

Adherencia al tratamiento antihipertensivo, factores asociados y su repercusión en el control de la presión arterial de los pacientes que asisten al programa de atención de dispensarizados en el municipio de Rivas durante los meses de octubre y noviembre 2013.

Tutora: Dra. Clara González

Autores: Fabiola A. Avilés, Anagabriela C. Duarte , Saul Alexander I. Estrada

En las últimas décadas, las enfermedades crónicas han superado a las infecciosas como principales causas de morbimortalidad en la población adulta de Nicaragua. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo cardiovascular, y una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo permite evitar las complicaciones de ésta así como sus consecuencias negativas en los ámbitos social, económico, laboral y de calidad de vida. Por tanto, se planteó: ¿Cuál es la adherencia al Tratamiento antihipertensivo, factores asociados y su repercusión en el control de la presión arterial en los pacientes que asisten al programa de Dispensarizados en el municipio de Rivas?

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal aplicándose un formulario a 279 pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial, quienes fueron elegidos por muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los resultados fueron: la muestra en su mayoría fue femenina, de 65 o más años de edad, de zonas rurales, viviendo en unión de hecho estable y católicos, siendo un 72.4% tratados con monoterapia (55.1% IECA). El 54.5% tiene un control óptimo de cifras tensionales, teniendo asociación con la adherencia al tratamiento. Se concluyó a través de la prueba de Morinsky Green-Levine que la prevalencia de adherencia fue de 47%. Los factores que determinaron una mayor adherencia al tratamiento están la pertenencia de los hipertensos a grupos de apoyo para pacientes crónicos y tener familiares que le brindaran ayuda y motivación para cumplir su tratamiento.

I. INTRODUCCIÓN

Nicaragua es un país en vías de desarrollo, y bajo esa perspectiva, desde hace más de 2 décadas ha realizado una transición demográfica donde las enfermedades crónicas desplazaron a las infecciosas como principales causas de morbimortalidad. Está descrito en un estudio a nivel centroamericano que el 25.3% de la población es hipertensa, y en la ciudad de Managua, el 28.9% de los ciudadanos mayores de 20 años padecen esta condición. Debido a la importancia de esta enfermedad y sus repercusiones en la calidad de vida de las personas, y a que la mayoría de los pacientes cursan asintomáticos hasta que aparecen una o más complicaciones en su salud, es de suma importancia realizar un estudio que determine el nivel de cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes que cursan con dicha enfermedad. (CAMDI 2010)

El tratamiento de la hipertensión arterial exige cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia. Muchos pacientes ignoran su condición, y otros a pesar de estar diagnosticados, continúan con cifras hipertensas, debido al escaso control, ya sea por medios farmacológicos o no farmacológicos. (Chaitén, 2006)

Entre los factores determinantes de un buen control de la presión arterial está la adherencia al tratamiento antihipertensivo, la cual según la OMS se define como “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”. Algunas de las situaciones que determinan la adherencia al tratamiento tienen que ver con la comunicación efectiva entre el profesional y el paciente, un adecuado régimen terapéutico y factores psicosociales. Las estrategias para aumentarla implican la modificación del régimen terapéutico, instruir y preparar al

profesional de la salud para desarrollar una mejor comunicación y educación sanitaria al paciente. La educación en la salud es la estrategia que no solamente mejorará la adherencia, sino además puede prevenir la enfermedad. (OMS, 2004) (Revista de enfermería cardiológica, 2006)

El nivel exacto de adherencia terapéutica es complejo de determinar y existen métodos directos e indirectos para realizar su medición. Los métodos directos, como la medición de la concentración plasmática de un medicamento, un metabolito o un marcador biológico, son más objetivos y específicos, pero por su coste, complejidad y disponibilidad se encuentran fuera del alcance de atención primaria. Los métodos indirectos son más sencillos y fáciles de utilizar, de bajo costo, pero no son objetivos ya que la información obtenida es proporcionada por el paciente, los familiares o el personal sanitario, y tienden a sobreestimar el cumplimiento, con lo que en ocasiones solo identifica a una parte de los no cumplidores. Algunos de ellos son el Test de Morinsky-Green-Levine, Test de Haynes-Sackett o Cumplimiento Autocomunicado y Test de Batalla o test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad. (García-Fernández, 2010)

En la presente investigación, se utilizó el test de Morinsky-Green-Levine, breve y muy fácil de aplicar, así como validado y aplicado en numerosas patologías. Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento. Presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. De igual manera se utilizó el test de Batalla para determinar si el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad condiciona un mayor nivel de cumplimiento. En virtud de conocer el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo, y los factores asociados, se realizó un estudio descriptivo con los pacientes que asisten al programa de dispensarizados del municipio de Rivas, y con propósito de desarrollar medidas y recomendaciones dirigidas a aumentar el nivel de adherencia al tratamiento, y así contribuir a lograr niveles tensionales adecuados en la población hipertensa.

II. ANTECEDENTES

A nivel mundial, se realizaron diversos estudios sobre la Adherencia al tratamiento antihipertensivo, y los factores que se asociaban a dicha adherencia. Entre ellos están:

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. (Vrijens B, Vincze 2008)

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 del 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 fueron adherentes al tratamiento. Ser joven, poco conocimiento y tratamiento sintomático ($p < 0.00001$) afectan la adherencia al tratamiento. En contraste, la monoterapia reduce la adherencia ($p < 0.02$), y los factores psicosociales tales como la depresión no mostraron asociación. (Hashmi S, 2007)

En Duhok, Iraq se realizó un estudio con el objetivo de investigar la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los pacientes incluidos fueron 707 de 18 años o más con diagnóstico de hipertensión arterial de más de un año de evolución. Se utilizó el test de Morinsky-Green obteniendo que el 54.6% eran adherentes con asociación estadísticamente significativa a sexo femenino, adultos, nivel socioeconómico medio, bajo nivel educativo, mayor tiempo desde el diagnóstico, conocimiento sobre uso de medicamentos, percepción de hipertensión arterial como riesgo para la salud, otras enfermedades concomitantes y cambios en el estilo de vida. Aunque el bajo nivel educativo estuvo asociado cabe destacar que el 70% de los pacientes estudiados tenía educación primaria o eran analfabetas. Solo un 21% conocían el nombre del medicamento que utilizaban. (Al-dabbagh, 2010)

En el Centro de Salud de Rentería-Beraun de Guipúzcoa y el sistema Vasco de Salud de Oasakidetza, se realizó un estudio con 100 pacientes diagnosticados con HTA crónica y DM tipo 2, con el objetivo de determinar las diferencias de género en la adherencia al tratamiento, determinar si habían diferencias en función de la edad y determinar la relación existente entre el nivel de adherencia y los test de Morinsky, Batalla y el recuento de comprimidos.

Se evidenció una adherencia similar en hombres y mujeres y en los distintos rangos de edad, aproximadamente el 50% tuvieron adherencia al tratamiento. Hubo mayor entre el test de Morinsky y el recuento de comprimidos y se comprobó

que la adherencia mejoró con un mayor nivel de conocimiento de la enfermedad y un menor número de pastillas prescritas. (Gutiérrez, 2011)

Se realizó una investigación con el objetivo de estudiar el grado de cumplimiento terapéutico en un cupo de pacientes en programa de hipertensión arterial en el Centro de Salud de Arnedo, Pamplona, España. Se estudió 126 pacientes, catalogados como hipertensos, se utilizó el test de Morinsky-Green-Levine. Se encontró un 52% de pacientes cumplidores frente al 48% de incumplidores. Se concluyó que gran parte de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente el tratamiento antihipertensivo, que los pacientes hipertensos mayores de 65 años son menos adherentes del tratamiento, que los menores de dicha edad y que el 97% de los pacientes confía en su equipo sanitario (UBA) cuando presenta alguna duda sobre la medicación. (Merino, 2013)

A nivel latino americano, destacan:

En la ciudad de Guantánamo, Cuba, en los consultorios 17 y 18 del Policlínico Asdrúbal López, se realizó un estudio analítico de casos y controles con el objetivo de identificar los factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. De los 23 pacientes de los casos (no adheridos al tratamiento) pertenecientes al sexo masculino, para un 63,89%($p < 0,05$; $OR = 2,62$.); el 66,67% no tiene conocimiento acerca de su enfermedad ($p < 0,05$; $OR = 2,65$), el 77,78% está bajo un tratamiento complejo ($p < 0,001$; $OR = 3,31$) y 25 pacientes del grupo de los no adheridos al tratamiento, manifestaron una relación médico-paciente no favorable, para un 69,44%. ($p < 0,001$; $OR = 4,84$). Se concluyó que el sexo masculino, el desconocimiento sobre la enfermedad y la complejidad del tratamiento, constituyen factores de riesgo en la aparición de la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. (Pérez Inglés, David 2011)

En el municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana, Cuba, se realizó un estudio para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de un grupo de pacientes, para lo cual se utilizó el test de Morinsky-Green-Levine. Al evaluar los resultados se determinó que el 57% de los pacientes fueron no adherentes, y los factores más frecuentemente asociados fueron la polifarmacia y el olvido de la toma de la medicación. (Díaz, 2010)

En Argentina se realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento utilizando el Test de Morinsky – Green- Levine y, 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. Los pacientes con obra social fueron tuvieron menos episodios de no adherencia (27%) que aquellos sin obra social (33%) ($p = 0,026$).

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%). El test de Morinsky-Green- Levine demostró utilidad para determinar la adherencia y los sujetos que fallan en contestar tendrían un menor control tensional. Algunos factores asociados a no adherencia fueron la sensación de sentirse peor con el tratamiento (efectos

adversos), el poco conocimiento acerca de la enfermedad y el uso de polifarmacia. (Ingaramo, 2005)

En el centro de salud Huanchaco, en Trujillo, Perú, se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos, los determinantes de la no adherencia y postular un perfil de la actitud de los pacientes acerca de la adherencia a su tratamiento. Para determinar el grado de adherencia al tratamiento se utilizó el test de Morinsky-Green-Levine. Se demostró una marcada prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes 58.33%. Los factores más asociados a no adherencia fueron la falta de conciencia del paciente hacia su enfermedad y la falta de sintomatología de hipertensión de los pacientes. (Salcedo, 2011)

Se llevó a cabo un estudio en los consultorios externos de Cardiología, Medicina Interna, Geriatria y Medicina Familiar del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de Perú, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en dicho hospital general. Se utilizó el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se encontraron los siguientes resultados: 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). (Carhuallanqui, 2010)

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%). (Tapia Muñoz, José 2006)

Se hizo un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red Tacna, en Perú. Fue de tipo correlativo, prospectivo y observacional. De una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían mas de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ($p=0,019$), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes ($OR=1,93$). Se concluye que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. ($p=0,001$). (Apaza, 2013)

Se realizó un estudio transversal en una muestra aleatoria de 295 usuarios de dos programas del departamento de Caldas. Se utilizaron el test de Morinsky para medir la adherencia, encuesta y hoja de registro para los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención por parte del personal médico y conocimientos sobre la enfermedad. La adherencia promedio fue de 45% en los dos municipios. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, entre usuarios adherentes y no adherentes, en los conocimientos sobre la enfermedad. Tales conocimientos se constituyen factores protectores o de riesgo para la adherencia. Considerar que

los tratamientos se realizan si las cifras de tensión son elevadas es un factor protector, en los adherentes (RM 0,263; IC =,08-0,83) en Viterbo. No así la relevancia que se otorga al tratamiento medicamentoso que se constituye en un factor de riesgo para los no adherentes (RM 3,8; IC 1,9-6,5). En La Dorada son riesgo para la no adherir al programa el que la hipertensión pueda controlarse con dieta, ejercicios y medicación (RM 1,8; IC 1,56-2,11) y que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (RM 3,8; IC 1,02-13,83). (Casas, Piedrahita. 2012)

Con el objetivo de determinar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas en cuatro farmacias comunitarias de la provincia de Córdoba, con una duración de dos meses. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal en pacientes con hipertensión, diabéticos tipo II y dislipémicos a quienes se les realizó el test de Morisky Green. Se observó que el 38 % de los pacientes manifestó conductas de incumplimiento del tratamiento, con prevalencia de los hipertensos; seguidos de las mujeres y de los que usan más de un fármaco en la terapéutica. (Bertoldo, 2013)

En la ciudad de Guatemala, en la cadena de Farmacias Meyko, se realizó un estudio cuasi experimental en pacientes hipertensos con cifras de tensión arterial no controladas, con el objetivo de medir el nivel de adherencia al tratamiento y determinar el alcance de los objetivos terapéuticos de los pacientes tras recibir educación sanitaria. Se encontró una adherencia al tratamiento del 33%. (Márquez, 2012)

A nivel nacional no se encontraron estudios de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

III. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión arterial, una enfermedad crónica no transmisible con gran impacto en la incidencia de complicaciones cardiovasculares, constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna. Es considerada según la OMS un problema de salud pública con 40% de los adultos mayores de 25 años diagnosticado con esta patología, atribuyéndosele a su vez el 16.5% de muertes anuales (OMS, 2008). Con una prevalencia estimada en Nicaragua de 25.3% (CAMDI, 2009), la Hipertensión arterial constituye uno de los primeros motivos de consulta duplicándose en los últimos cinco años el número de atenciones por esta causa.

La relevancia de la hipertensión en la actualidad no solo reside en las características clínicas que presenta como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades altamente letales; por lo tanto, controlarla significa disminuir la morbimortalidad y las secuelas de estas complicaciones.

Una hipertensión mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente y su familia, disminuye su capacidad laboral y a su vez incrementa los costos sociales de atención médica, fármacos, hospitalización y rehabilitación. A todo esto se suma el riesgo de muerte inminente por enfermedad cardiovascular, siendo la hipertensión causante del 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (OMS, 2013). La incidencia y prevalencia de enfermedad hipertensiva así como su impacto en la mortalidad se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud, de tal forma que la búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, el estudio de factores que inciden en su desarrollo y en su control óptimo, el impacto en los cambios de comportamiento de la población y la adherencia adecuada al tratamiento es un tema prioritario en salud.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, menos del 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Se ha identificado a la adherencia deficiente a la terapéutica como la causa principal de la falta de control de la hipertensión (Haynes, 1979; Nogués Solan et al, 2007). En países desarrollados el 50% de los paciente no toma sus medicaciones como están prescritas estimándose que estos datos son más desalentadores en países en vías de desarrollo.

Dado que la hipertensión arterial incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general; su mal control debido a la no adherencia significa fracasos terapéuticos, mayor riesgo cardiovascular, deterioro en calidad de vida, menor expectativa de vida, mayor costes en hospitalización, intervenciones y rehabilitación produciendo un deterioro económico, sanitario, social y familiar. En lo que respecta a Nicaragua, el comportamiento de la mortalidad general en los últimos años revela que entre los primeros grupos de causas no figuran ya las infecciosas, siendo el mayor peso porcentual de defunciones registradas el de las enfermedades cardiovasculares (enfermedad hipertensiva y problemas isquémicas cardíacos).

En estos datos la hipertensión arterial juega un papel fundamental como factor de riesgo continuo y consistente de eventos cardiovasculares (Morinsky, 1986), se considera de interés sanitario realizar el estudio para detectar la prevalencia de adherencia de la población hipertensa del municipio de Rivas así como a su vez identificar factores que desempeñan un papel relevante en la no adherencia terapéutica. El presente estudio permitirá planificar intervenciones efectivas que disminuyan la morbimortalidad por esta enfermedad crónica, mejorando así la calidad de vida de los pacientes al lograr controles óptimos de presión en la población hipertensos dando como resultado la reducción de costos en el ministerio de salud y a la sociedad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando un paciente sigue de manera adecuada un esquema terapéutico antihipertensivo, está demostrado que se reduce de manera eficaz el riesgo de un evento cardiovascular de manera significativa, como un accidente cerebrovascular en un 30 a 43% o el de un infarto agudo al miocardio en un 15%. De igual manera se reduce el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca, demencia, insuficiencia renal y ceguera, sobre todo en pacientes con morbilidades asociadas.

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. 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. (OMS, 2004)

De igual manera, existen factores que modifican la adherencia al tratamiento antihipertensivo, relativos a las condiciones socioeconómicas del paciente, a su relación con su prestador de servicios de salud, el nivel de conocimiento sobre la patología, los factores psicológicos o el esquema terapéutico utilizado.

Debido a las repercusiones de la hipertensión arterial crónica en la morbimortalidad de la población adulta de la sociedad moderna, a los costos que sobre los sistemas de salud se generan con el tratamiento de las complicaciones, a la importancia que tiene para los pacientes la adherencia al esquema terapéutico propuesto por los prestadores de salud, se describe la siguiente interrogante:

¿Cuál es la adherencia al Tratamiento antihipertensivo, factores asociados y su repercusión en el control de la presión arterial en los pacientes que asisten al programa de Atención de Dispensarizados en el municipio de Rivas durante los meses de octubre y noviembre 2013?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, factores asociados y su repercusión en el control de la presión arterial de los pacientes que asisten al programa de atención de dispensarizados en el municipio de Rivas durante los meses de octubre y noviembre 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hipertensos dispensarizados del municipio de Rivas.
2. Determinar el régimen terapéutico y el control de cifras tensionales obtenidos por los pacientes hipertensos del programa de dispensarizados del municipio de Rivas.
3. Establecer la prevalencia de Adherencia al tratamiento antihipertensivo a través del Test Morinsky-Green-Levine.
4. Determinar el conocimiento de los pacientes sobre hipertensión arterial a través del Test de Batalla.
5. Identificar factores relacionados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes que acuden al programa de dispensarizados del municipio de Rivas.
6. Establecer asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control óptimo de las cifras tensionales en los pacientes hipertensos.

VI. MARCO TEÓRICO

Según la OMS, la carga mundial de morbilidad está pasando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades no transmisibles; las afecciones crónicas como las cardiopatías y el accidente cerebrovascular son hoy por hoy las principales causas de defunción en todo el mundo, muriendo 17.3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares (30% de todas las muertes registradas en el mundo). Este cambio en las tendencias sanitarias indica que las principales enfermedades infecciosas (diarrea, VIH, tuberculosis, infecciones del recién nacido y paludismo) perderán importancia como causas de defunción a escala mundial durante los próximos 20 años; estimándose que 23.3 millones de personas podrían morir por enfermedades cardiovasculares en 2030. (García Tejeda, 2007)

El proyecto sobre adherencia terapéutica de la OMS para el año 2004 adopta la definición para las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra la hipertensión arterial:

“Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención”

Estas enfermedades crónicas (cardíacas, infartos, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas) que se caracterizan por ser de larga duración y por lo general de progresión lenta, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. Para el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, la mitad siendo del sexo femenino y el 29% menor de 60 años de edad.

En Centroamérica, el perfil epidemiológico ha cambiado, revistiendo mayor importancia las enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de morbimortalidad.(OMS, 2013) La razón de la mortalidad por causas no transmisibles y transmisibles en Centroamérica subió de 1,0 a 3,1 entre los períodos 1980-1985 y 1990-1995, respectivamente. (OPS, 2007)

En lo que respecta a Nicaragua, el comportamiento de la mortalidad general en los últimos años (desde 2006, ordenadas según el año 2012), revela que entre los primeros grupos de causas no figuran ya las infecciosas. El mayor peso porcentual de defunciones registradas es el de las enfermedades cardiovasculares (enfermedad hipertensiva y problemas isquémicas cardíacos), los tumores malignos, las causas externas y las enfermedades nutricionales y endocrinas, las que representan el 58.6 por ciento de las defunciones totales, la que se puede observar que son más altas fundamentalmente en los SILAIS de la región del Pacífico. (MINSa, 2004)

En estos datos de impacto de las enfermedades crónicas, en especial enfermedades cardiovasculares, juega un papel fundamental la hipertensión arterial como un factor de riesgo continuo y consistente de eventos cardiovasculares. (Morinsky, 1986)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Los esfuerzos actuales se han encaminado a la clasificación epidemiológica basada en relacionar las cifras de Presión arterial con los factores de riesgo cardiovascular, para determinar los niveles de actuación terapéutica. A través de los años han existido múltiples definiciones y clasificaciones de la Hipertensión Arterial, pero las más importantes son aquellas utilizadas en el quehacer sanitario diario; así como las que presentan un enfoque global de clasificación, abordaje, evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial tomando en cuenta las

diferentes condiciones médicas asociadas, tal como cardiopatía y enfermedad renal.

Por tanto destaca la clasificación del Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC, Comité nacional para la detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial elevada) en su Séptimo informe del año 2003, siendo esta considerada en el Protocolo de Atención para la evaluación y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial del ministerio de salud de Nicaragua: (Morinsky, 1986; Mendoza et al, 2006)

Para una población adulta de 18 o más años

Categoría	PAS: Presión arterial mmHg	Presión sistólica		PAD: Presión arterial mmHg	Presión diastólica
Normal	Menor 120		Y	Menor 80	
Prehipertensión	120-139		O	80-89	
Estadio 1 hipertensión	140-159		O	90-99	
Estadio 2 hipertensión	Mayor o igual 160		o	Mayor o igual 100	

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7)

Si la PAS y PAD de un paciente se encuentran en diferentes categorías, se le aplica la categoría mayor.

Clasificación sobre la base del promedio de dos o más tomas en condiciones basales y forma correcta no recibiendo hipotensores y sin enfermedad intercurrente.

Estableciéndose en la guía basada en la evidencia 2014 para el manejo de la presión arterial alta en adultos (JNC8, 2014) inicio de tratamiento antihipertensivo a partir de cifras tensionales de 140|90 con cifras metas en población general mayor de 60 años de \leq de 150|90 y en población general menor de 60 años metas de \leq 140|90.

Impacto de la hipertensión arterial.

Prevalencia de Hipertensión Arterial

La HTA afecta aproximadamente 1 billón de personas en todo el mundo. En 2008, en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años. El 16.5% (9.4 millones y medio) de las muertes anuales son atribuibles a la hipertensión. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (OMS, 2010)

En la encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas realizado en países de Centroamérica (CAMDI 2010) se encuentra que la prevalencia general de hipertensión en estadios 1 y 2 es de 2,4 % y 7,5 %, respectivamente. En total, 25,3 % de los participantes tenían hipertensión. La prevalencia de hipertensión es similar entre los varones y las mujeres; siendo ésta mayor entre los encuestados casados, divorciados, quienes no contaban con ningún tipo de educación, desempleados, diabetes, valor elevado de IMC o dislipidemia y fumadores. (OPS, 2007) En el informe de gestión 2012 del Ministerio de Salud; la Hipertensión arterial, una de las enfermedades crónicas de mayor impacto en mortalidad y morbilidad, pasa de ser tercer motivo de consulta en los años 2010 y 2011 a ser el segundo en el año 2012.

Es de destacar que la relación de presión arterial y riesgo de eventos cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Para individuos de entre 40 y 70 años, cada incremento de 20 mmHg en

PAS ó 10 mmHg en PAD dobla el riesgo de ECV en todo el rango de 115/75 hasta 185/115 mmHg. (Morinsky, 1986) (Tapia, 2006)

La hipertensión arterial incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. (MINSA 2013; Mapes, 1977; Freudheim, 1993). Ahora bien, controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de la población.

Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que menos del 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. En países desarrollados entre el 7 y 30% presentan buen control de hipertensión y países tal Venezuela solo el 4.5% lo presentaba. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. (Lusher, 1985; Haynes, 1979; Costa, 1996; OMS, 2003 ; Pérez et al ,2011; Rand, 1993; Sackett, 1985; Val Jimenez et al, 1997)

Datos sobre adherencia

La no adherencia es un problema que se presenta en todas las edades. Se observa en casi todos los estados de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia. Puede variar incluso en un mismo individuo, que cumple con el esquema de una medicación pero no con el de otra u otras. Además, el comportamiento puede variar en el tiempo debido a la percepción del individuo, a la eficacia de la medicación, a los factores económicos y otros múltiples factores. (Vilaplana Pérez et al, 2012)

En general, se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas. En el caso de enfermedades agudas, la tasa de

incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45% (Vilaplana Pérez et al, 2012; OMS, 2003).; incluso se considera que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento, encontrándose a su vez hasta el 50% de pacientes que permanecen bajo tratamiento no lo toman correctamente (Greenburg, 1984). Cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, el incumplimiento es incluso más elevado (Vilaplana Pérez et al, 2012; OMS, 2003).

Así, en un estudio sobre diabetes y enfermedad cardiaca, los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad significativamente más altas que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%), y en otro estudio en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardiaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% para diabéticos; 19% vs 28% en hipertensión) (Intramed, 2011)

Por tanto, la OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas (fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios) un tema prioritario de salud pública. (OMS, 2003)

Tratamiento

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. 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 enfermedad renales objetivo de PA es < 130/80 mmHg.

El tratamiento de la hipertensión arterial tiene dos pilares fundamentales, con el objetivo principal de lograr un control de presión óptimo y evitar las complicaciones a largo plazo. Este consta del tratamiento farmacológico y el no farmacológico, o mejor llamado estilo de vida saludable, que incluye básicamente, evitar el sobrepeso incluyendo la dieta rica en potasio y calcio con reducción de sodio en la dieta, mantener una actividad física en forma regular, moderar el consumo de alcohol y cuidar la alimentación. (53) Estas últimas son tan o más importantes, en algunos casos, que el tratamiento farmacológico, puesto que estas medidas tienen directa relación con las conductas, hábitos del paciente y realidad cultural, lo que infiere también en la adherencia que ellos adquieren hacia su tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico es necesario en pacientes con grado 1 ó 2 de hipertensión arterial, para lo cual se utilizan diferentes terapias y asociaciones de dos o más medicamentos de los que existen diferentes presentaciones disponibles en el mercado.

Tabla 4: Tratamiento antihipertensivo según valores estabilizados de presión arterial.

NORMAL	PREHIPERTENSION	HIPERTENSION
Sin tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el estilo de vida • Tratamiento farmacológico antihipertensivo en condiciones clínicas asociadas a riesgo de complicaciones cerebro o cardiovasculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 1: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios de estilo de vida - Tratamiento farmacológico: generalmente un antihipertensivo • Grado 2 y 3: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios de estilo de vida - Tratamiento farmacológico: generalmente dos o más antihipertensivos

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7)

Los diuréticos tipo tiazida deberían ser usados en el tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes con HTA no complicada, bien solos o combinados con otras clases de drogas. Algunas condiciones de alto riesgo son indicaciones para el uso de inicial de otras clases de drogas antihipertensivas (IECAs, ARA-2, Betabloqueantes, Bloqueantes de los canales del calcio). (JNC7, 2004)

Tabla 5: Esquema de Fármacos más utilizados en la terapia antihipertensiva según condiciones clínicas asociadas

	Diuréticos	β bloq	IECA	ARA	Ca bloq	Espironolactona
Insuficiencia Cardiaca	x	x	x	x		x
Infarto Agudo al Miocardio		x	x			x
Insuficiencia Coronaria	x	x	x	x		
Diabetes Mellitus	x	x	x	x		
Neuropatía Crónica			x	x		
Insuficiencia Renal Crónica	x		x	x		
Insuficiencia Vascular Cerebral	x		x			

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7)

ADHERENCIA

Para en Junio 2001, la OMS 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 al referirse al término “médico” queda insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, las que incluye el comportamiento de un tipo u otro desde las búsqueda de atención médica, conseguir el medicamento, tomar la medicación apropiadamente, cumplir con las consultas de seguimiento hasta ejecutar las modificaciones en los comportamientos.

A su vez al referirse a “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. Hoy en día se establece la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria como una asociación que recurre a las capacidades de cada uno, es decir las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se explora medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento de mutuo acuerdo. (OMS, 2003)

De tal forma que en consenso el proyecto sobre adherencia terapéutica de la OMS ha adoptado la siguiente definición de la “adherencia al tratamiento prolongado”: una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: (Haynes, 1979; Puigventos et al, 1997)

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 da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos. El término cumplimiento culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido por lo que no es un concepto integral y basado en la relación dinámica médico paciente. (Paterson et al, 2012; Batalla et al, 1984)

Por todo esto actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente (Nogués Solan et al, 2007; CAMDI 2009). Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de

decisiones compartidas. (Nogués Solan et al, 2007; Intraned 2011 Donova, 1985; Wilson, 2004)

Medición de adherencia

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia. (Paterson et al, 2002)

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Sin embargo La medición de la adherencia dado los múltiples factores y determinantes con los que se relaciona (relación médico-paciente, paciente-entorno, enfermedad, terapéutica) es compleja. (Paterson et al, 2002)

Existen varios métodos para medir el comportamiento de adherencia terapéutica; sin embargo, indiscutiblemente no existe un “patrón de oro” para medirla, ya que todos los métodos poseen carencias o dificultades en su medición dado la interrelación de múltiples factores que influyen en la adherencia. (OMS, 2003, Paterson et al, 2002, Nogués Solan, 2007) En la clínica es muy importante identificar a los pacientes no cumplidores, incorporando esta actividad a la rutina diaria; por lo tanto, es conveniente el uso de pruebas sencillas que no consuman grandes esfuerzos o tiempo.((Paterson et al, 2002)

De tal forma se encuentran: (Orueta, 2005)

- Métodos objetivos directos
- Métodos objetivos indirectos
- Métodos subjetivos

Métodos objetivos.

Inicialmente, puede parecer que las estrategias objetivas constituyen un avance respecto de los enfoques subjetivos, pero todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. (OMS, 2003)

Métodos objetivos directos

La medición bioquímica es un enfoque para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. Los marcadores biológicos no tóxicos pueden agregarse a los medicamentos, los niveles de fármacos o metabolitos pueden medirse en sangre u orina para aportar pruebas de que un paciente recibió recientemente una dosis del medicamento en estudio. (Mapes, 1997; Costa, 1996; NCC, 2005; Val jimenez et al, 1987; Pérez et al, 2011)

Estos métodos por lo general son objetivos, específicos y seguros; sin embargo, obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, no tienen mucha utilidad ya que son caros y se requiere de infraestructura por lo que excluye su uso generalizado (Ingaramo, 2005; Paterson et al, 2002)

Métodos objetivos indirectos:

En ellos se valora la no adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son: (Paterson et al, 2002)

- 1 Recuento de comprimidos:
- 2 Asistencia a citas programadas:
3. Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada:
4. Valoración de los efectos adversos de los medicamentos
5. Bases de datos de las farmacias pueden usarse para comprobar el momento en que las prescripciones se despachan inicialmente, redespachan con el tiempo y se interrumpen prematuramente.

Métodos subjetivos:

Por último se encuentran los métodos subjetivos indirectos; en éstos se emplean cuestionarios, técnicas de entrevista, el juicio del médico y la impresión clínica. De tal forma que uno de los enfoques de medición es solicitar a prestadores y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia. Sin embargo, cuando los prestadores evalúan el grado en que los pacientes siguen sus recomendaciones sobreestiman la adherencia. El análisis de los informes subjetivos de pacientes ha sido asimismo problemático. Los pacientes que revelan no haber seguido las recomendaciones terapéuticas tienden a describir su comportamiento con exactitud, mientras que los que niegan el no haberlas seguido informan sobre su comportamiento inexactamente. (OMS, 2003)

En general valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población a valorar es amplia; pero son poco objetivos ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar, o del médico lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. (Orueta, 2005)

Así, Haynes y colaboradores, estudiando los diversos métodos de medición de adherencia, comprobaron que el autoinforme del paciente fue el que mejor se correlacionó con el conteo de comprimidos, ya que el 70% de los pacientes que reportaron alta adherencia fueron confirmados como adherentes, mientras que el 90% de los que reportaron no adherencia fueron confirmados con similar método por tanto ha demostrado una tendencia a sobreestimar la adherencia, pero es seguro al informar la no-adherencia teniendo un alto valor predictivo positivo. (OMS, 2003; Paterson et al, 2002; Haynes et al, 1980; Ingaramo, 2005; Rodriguez chamorro et al, 2008)

Ventajas y desventajas del autoinforme del paciente en medir la adherencia.

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • El autoinforme es el método más disponible para reportar adherencia en un contexto clínico • Es el más simple y menos costoso • Métodos de auto-informes que son validados factiblemente pueden utilizarse en la práctica clínica • Pueden identificar a los no adherentes. Es muy probable que los que informaron no adherencia están diciendo la verdad. • El autoinforme puede reunir factores sociales, situacionales y de comportamiento incluyendo la relevación de patrones de uso de medicina y que conlleva a la no adherencia. • Es rápido y fácil de aplicar, evitando el uso de equipo o metodología sofisticada 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene el inconveniente de sobreestimar adherencia • Autoinforme inexacto puede ser causado por sesgo de memoria, sesgo de perjuicio social y erros en la auto-observación. • El marco de tiempo de la recolección de la adherencia puede afectar la exactitud de la memoria. Especificar el período de tiempo puede ayudar. • La manera que una pregunta es formulada y las habilidades del encuestador puede facilitar o ir en detrimento de la obtención de respuestas precisas. • No juzgar, dar un preámbulo antes de las preguntas sobre adherencia y preguntar sobre comportamientos específicos puede ayudar a la validez

Entre los cuestionarios se encuentran:

✓ Test de batalla: (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

El Test de Batalla para la HTA es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad; a mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento. (Paterson et al, 2002)

Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
 2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
 3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.
- Estas preguntas se pueden modificar para aplicarse a otras enfermedades crónicas. (tal como dislipidemia) (Rodriguez chamorro et al, 2008; Batalla, 1984)

Entre sus ventajas se encuentra es Breve, comprensible, económico y muy fácil de aplicar, presenta una buena sensibilidad, aplicable y validado para diversas enfermedades. Y entre sus desventajas se cita: tiende a sobrestimar el cumplimiento, baja especificidad y exactitud media (Rodriguez chamorro et al, 2008)

La combinación de este test y el de Morisky-Green, por la buena sensibilidad de éste y la alta especificidad y alto valor predictivo positivo del segundo, se sugiere como métodos más prácticos, ágiles e idóneos para valorar el cumplimiento terapéutico en atención primaria y para intentar obtener un conocimiento del cumplimiento lo más exacto y cercano a la realidad. (Rodriguez chamorro et al, 2008)

✓ Test de Morisky-Green

Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; no es útil para la prescripción a demanda. Este test demostró una buena correlación entre la adherencia y el control tensional logrado.

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine (1986) para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Se evaluó en unidimensionalidad, fiabilidad y validez concurrente con el control de la presión arterial. Siendo la sensibilidad y especificidad del instrumento de 81% y 44% respectivamente. No se encontró eficiencia para predecir pobre adherencia. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades, siendo validado en su versión española por Val Jiménez y cols (1997)

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test para la HTA. (OMS, 2003; Rodríguez Chamorro et al, 2008; Paterson et al, 2007; Ingaramo, 2005)

Entre sus ventajas se encuentra es económico, breve y muy fácil de aplicar, Validado y aplicado en numerosas patologías, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Entre sus desventajas subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento; tiene baja sensibilidad y bajo valor predictivo negativo. (Rodríguez Chamorro et al, 2008)

✓ Cuestionario de “comunicación del autocumplimiento”

Propuesto por “Haynes y Sackett” para valorar el cumplimiento en el tratamiento antihipertensivo, es el más sencillo para utilizar en atención primaria. Entre los pacientes que dicen hacerlo bien hay un elevado número que no lo hacen; sin embargo, es un método fiable si el enfermo se confiesa mal cumplidor siendo útil para indagar sobre las razones de la no adherencia e incluso se ha señalado que estos malos cumplidores habitualmente responden de forma positiva a las medidas e intervenciones que se les proponen, si aceptan seguirlas. (OMS 2004; Orueta, 2005; Nogués solan et al, 2007). Tiene las ventajas de ser breve, económico y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión con alto valor predictivo positivo y una especificidad aceptable. Con las

desventajas de bajo valor predictivo negativo, tendencia a sobreestimar el cumplimiento y baja sensibilidad. (OMS, 2004)

Según la metodología de Haynes-Sackett, evitando interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, tratando de crear un ambiente adecuado de conversación, debían responder a la pregunta:

La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de comprimidos $> 80\%$ y $< 110\%$ de los prescritos

Entre otros tests se encuentran

- Proschaca-diclemente
- Test de Hermes
- Comprobación fingida: «bogus pipeline»
- Test de Herrera Carranza
- BriefMedicationQuestionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación)

FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA

Kirscht y Rosenstock citados por Grau (Martin A, 2007) consideraron como determinantes del cumplimiento del régimen terapéutico: causas sociales, las disposiciones psicológicas, el contexto social, las demandas situacionales y las interacciones con el sistema de cuidado. Basterra, Rodríguez y Marín (Basterra, 1999; Marin Reyes et al, 2001) plantearon cuatro grupos de factores determinantes de la conducta de adhesión o no a las prescripciones médicas: la

interacción con el profesional sanitario, las características del tratamiento, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. Ferrer, Martín y col, y Grau (Martín A, 2007) expresan que es un proceso complejo modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza: sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento y de la organización de los servicios de salud. Para Cáceres (Cáceres, 2004) las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Meichenbaum y Turk (1991) identificaron cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento:

- Variables del paciente. Características del individuo; alta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos.
- Variables de la enfermedad. Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas).
- Variables del tratamiento. Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento;

características del tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; y efectos secundarios de la medicación.

- Variables de la relación. Comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada.

En este marco y para la presente investigación adherimos de manera general la propuesta de la OMS que plantea en su informe técnico seis dimensiones interactuantes influyentes sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas de adherirse a su tratamiento. Según la OMS los factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento son: factores socioeconómicos, factores demográficos, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores del sistema y el equipo de asistencia sanitaria y factores relacionados con el paciente. (OMS, 2004; OPS, 2004)

FACTORES SOCIOECONOMICOS

La OMS (OMS, 2004) señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica. El informe técnico de la OMS reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia para la hipertensión: analfabetismo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación.

Estrato socioeconómico:

En países en desarrollo las familias con un 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. (OMS, 2004; Fernandez et al, 2003; Mendoza et al, 2006)

Martín A y colaboradores, en su estudio, encontraron que el 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de los estratos socioeconómicos bajos. (Martin, 2007) Otros estudios informan que quienes vivían en área rural y suburbana abandonaban dos veces más que quienes vivían en área urbana. (OMS, 2004)

Nivel educativo:

En un estudio realizado por la OMS en el año 2003, encontró que el analfabetismo y bajo nivel académico predisponían a la falta de adherencia al tratamiento. (OMS, 2003)

Apoyo social:

En cuanto a la Presión Arterial (PA), varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión (Polo, et al. 2001). Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental) y ello se asocia con una mayor PA (Strogatz, et al. 1997). A su vez, el menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas (Marín & Rodríguez, 2001 y Wang, et al. 2002). También, una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la PA acompañante (Allen, Blascovich y Mendes, 2002). Según Marín y

Rodríguez (2001), la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.

Siguiendo a Roh y a Schnall, en pacientes con HTA es clave en la adherencia al tratamiento, la vinculación activa de la familia en el proceso de asimilación de los cambios de estilo de vida y –más importante aún- en el mantenimiento de estos. (Roh, 2005; Schnall, 2005) . De manera similar, Brannon (2002)) señala, “uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el apoyo de la familia y de los amigos”.

Diversos estudios (Correa et al, 2004; Gutiérrez, 2001) han demostrado que las reuniones en pequeños grupos (Intervenciones grupales) brindan nuevas posibilidades al trabajo de educación en salud, refuerzan el mensaje individual recibido en la consulta, que se enriquece con la participación activa y responsable de las personas a las que van dirigidas.

Distancia de la unidad de salud:

Algunos estudios señalan la distancia de las residencias del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para abandono al tratamiento. 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. (Branon, 2002)

FACTORES DEMOGRAFICOS

La Edad

La edad constituye un papel fundamental en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. A medida que se incrementa la edad existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas. (Puigventos, 1997; Vik et al, 2004).

En ancianos, influye el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas y prospectos. (DiMatteo et al, 2011)

Respecto al sexo

Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres (Martin, 2009) y otros no. En un estudio sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria realizado en España no se encuentra relación entre cumplimiento y sexo femenino (Sicras-Maynard et al, 2006). En un trabajo sobre factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de adultos mayores hipertensos se reporta 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 Mill y Diaz quienes destacan que las mujeres, por los múltiples roles que desempeñan en la sociedad hacen caso omiso de su enfermedad y de las prácticas de autocuidado. (Crespo et al, 2000; Ante Marcela et al, 2007).

Estado civil

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. (Stefano et al, 2006)

En el estudio realizado por Coca en el año 2005 en España, que muestra menor adherencia en grupos de personas que viven solas o que no mantienen relaciones estables y con deficiente apoyo familiar. *De la Figuera* (2002), en su estudio reporta resultados similares.

FACTORES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD Y CON EL PERSONAL SANITARIO

Aunque se han realizado pocos estudios con respecto a los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, está comprobado que una buena relación proveedor - paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. 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 sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento. (Puigventos, 1997)

Un interesante estudio de 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. (OMS, 2004)

Relación Médico-Paciente

Las variables relacionadas con el modo en que los prestadores de asistencia sanitaria interactúan y se comunican con sus pacientes son determinantes clave de la adherencia y los resultados de salud de los pacientes. Los prestadores de asistencia sanitaria prescriben el régimen médico, lo interpretan, vigilan los resultados clínicos y aportan sugerencias a los pacientes. (OMS, 2004)

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención de salud. Las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son por ende imperativas para la buena adherencia. La actitud y

asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria que se ha demostrado son determinantes de la adherencia de los pacientes. (OMS, 2004)

Los estudios de correlaciones han revelado relaciones positivas entre la adherencia de los pacientes a su tratamiento y los estilos de comunicación del prestador caracterizados por: proporcionar información, la “conversación positiva” e interrogar a los pacientes con preguntas específicas sobre la adherencia. La claridad del asesoramiento de diagnóstico y tratamiento se ha correlacionado con la adherencia a corto plazo pero no con los regímenes a largo plazo y las enfermedades crónicas. La continuidad de la atención (seguimiento) es un factor correlativo positivo de la adherencia. Los pacientes que se consideran socios en el proceso de tratamiento y se ocupan activamente del proceso de atención tienen mejor comportamiento de adherencia y resultados de salud. La calidez y la empatía del médico surgen una y otra vez como los factores centrales. Los pacientes de los prestadores que comparten la información, crean asociaciones y prestan apoyo emocional presentan mejores resultados que los de los prestadores que no interactúan de esta manera. Los pacientes que están satisfechos con su prestador y régimen médico se adhieren más diligentemente a las recomendaciones de tratamiento. Los resultados como estos pueden guiar a los prestadores para crear una relación de tratamiento que refleja una asociación con sus pacientes y apoya la exposición de las opciones terapéuticas, la negociación del régimen y la exposición clara de la adherencia. (OMS, 2004)

Según Holguín et al y Silva German, en la adherencia influyen de manera significativa la comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias para lograr la satisfacción del paciente y realizar una supervisión adecuada. (Holguín et al, 2006; Silva German et al, 2005). Los modelos conductuales sugieren que las terapias prescritas por la mayoría de los

médicos controlarán la HTA solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables. La motivación mejora cuando se tienen experiencias positivas con el personal médico y tiene relación con la confianza y empatía que logra establecer. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento.

Por su parte, Meichenbaum&Turk (1991), plantean que las dos estrategias más estudiadas con relación a la adherencia al tratamiento han sido la educación del paciente y la modificación de conducta (autoregistros, establecimiento de metas, feedback correctivo, contrato conductual, procedimientos para fortalecer compromisos y sistemas de reforzamiento) demostrando esta última ser la más exitosa. A su vez, indican que el objetivo de un programa de entrenamiento en adhesión es promover la implicación del paciente, su autocontrol, y el mantenimiento a largo plazo en ausencia de supervisión por parte del profesional de la salud.

Organización del sistema de salud

Las fallas en la atención de los programas de control, como: la oportunidad en la asignación de las consultas (demora o inflexibilidad en los horarios), despreocupación por el ausentismo en los controles, etc. Influye al generar menor adherencia al tratamiento. (OMS, 2004)

FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Así mismo las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo, influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La presencia de síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión, gravedad de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que le otorgan al seguimiento. (OPS, 2004; Ocampo, 2010)

Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas) Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente; Algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. (Holguín et al, 2006; Silva et al, 2005)

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático esta es menor. Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden contribuir 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. (Silva et al, 2005)

Gil et al (1994), destacan en su trabajo que la presencia de otras enfermedades crónicas asociadas a la hipertensión, influye negativamente en la toma de medicación, por requerir múltiples fármacos para el control de la enfermedad.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Algunos de los determinantes mejor reconocidos de la adherencia al tratamiento antihipertensor se relacionan con aspectos de la propia farmacoterapia y son: la tolerabilidad del medicamento, la complejidad del régimen, los costos de la medicación y la duración del tratamiento. (OMS, 2004)

La complejidad del régimen es otro factor relacionado con el tratamiento que se ha identificado como 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. 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. (OMS, 2004; Silva et al, 2005)

Mientras más complejo sea un tratamiento –si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios– más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. (Orueta, 2005). Esposti LD (2005), resalta el riesgo incrementado de no adherencia al que conllevan tratamientos con dosis fraccionadas o polimedicados, por lo que sugiere la simplificación de los esquemas terapéuticos. 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. Los posibles efectos colaterales de los

medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos, produciendo un descenso en la adherencia (OMS, 2004). Sin embargo, algunos estudios, como el de Hasford (1992), han demostrado que la causa principal de abandono de la medicación fue exactamente la contraria: el “sentirse bien” con la medicación, en lugar del “sentirse peor” por los efectos adversos.

En cuanto a la duración del tratamiento, Rodríguez (1994), complementa que a medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, los conocimientos pertinentes de la enfermedad, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. (OMS, 2004)

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. (OMS, 2004)

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: 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; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del

tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad. (OMS, 2004)

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad. La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. (OMS, 2004)

Investigaciones realizadas aseguran que el motivo psicológico fue el de mayor predominio como determinante de la adherencia farmacológica, así mismo muchos de los pacientes solo tomaban sus medicamentos cuando conocían que su presión arterial estaba elevada. Este dato es recogido por Granados et al (2005), en uno de los estudios más completos desarrollados hasta la fecha, “Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial” en el año 2006, que resalta la tendencia de los pacientes hipertensos a dejar el tratamiento motivados por la falta de síntomas y a retomarlo ante la aparición sugestiva de presión elevada. De forma similar, Ross et al (2004), demuestra en su estudio que una amplia mayoría de los pacientes hipertensos manifiestan percibir “síntomas” que “señalan” su nivel de TA y que utilizan como guía para la toma de su medicación, a pesar de haber sido instruidos por el personal sanitario acerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad.

Los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (e.j., de prevención, de participación, de cumplimiento

o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud (Amigo, Fernández & Pérez, 1998, citados por Correa et al, 2004)

En un estudio realizado por Mendoza et al (2006), llama la atención que casi un tercio de los adultos mayores no sabía que su enfermedad es de por vida. Esto implica la necesidad de reforzar la educación acerca de lo que significa una enfermedad crónica, pues se sabe que el cumplimiento terapéutico disminuye con los años y un enfermo que aún no está adaptado a esta condición, puede tener menos posibilidades de seguir las indicaciones en un largo plazo.

En el estudio realizado por Acosta et al (2005), encuentra que el grupo estudiado no tenía establecido la vulnerabilidad ante las complicaciones de la HTA (48.4% no se sienten amenazados por la enfermedad). La percepción individual de riesgo tan necesaria en el logro de la adherencia al tratamiento, ya que a mayor percepción de vulnerabilidad personal se asocia un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas.

La pobre adherencia puede ser resultado de un escaso conocimiento y entendimiento del régimen prescrito, tal como concluyeron Dunbar y colaboradores (1980), en un estudio que demostró que dos tercios de los pacientes incluidos olvidaron su diagnóstico y las explicaciones del tratamiento inmediatamente después de la consulta con el médico.

REPERCUSIONES DE LA ADHERENCIA EN EL CONTROL DE LA PA

En los pacientes con hipertensión, la adherencia a las recomendaciones de tratamiento tiene una repercusión principal sobre los resultados de salud y los costos de la atención. (OMS, 2004)

Es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva. Se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ACV es atribuible a la hipertensión. (OMS, 2004)

Las complicaciones y la mortalidad, asociadas a la HTA, traen como consecuencia altos costos económicos y sociales. A nivel económico, generan un elevado gasto asistencial y farmacéutico al enfermo, además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud. Igualmente, la comorbilidad de la HTA genera discapacidades que deterioran, no sólo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias. (Varela Arévalo, 2010)

La buena adherencia se ha asociado con mejor control de la presión arterial y reducción de las complicaciones de la hipertensión. Por ejemplo, en un estudio, las intervenciones de educación sanitaria para pacientes urbanos pobres con hipertensión se introdujeron secuencialmente en un diseño factorial aleatorio para una cohorte de 400 pacientes ambulatorios con hipertensión durante un período de 5 años. Las intervenciones dieron lugar a una mejora en la adherencia, que se asoció con mejor control de la presión arterial y reducción significativa (53,2% menos) de las tasas de mortalidad relacionadas con la hipertensión. En otro estudio, se detectó que los pacientes que no se adhirieron al tratamiento tenían

4,5 veces más probabilidad de tener complicaciones de la cardiopatía coronaria que quienes lo hicieron. (OMS, 2004)

Al respecto, un meta-análisis, realizado por DiMatteo et al. (2011), con 63 investigaciones empíricas que relacionan la adherencia con los resultados clínicos (medidos objetivamente), plantea que la adherencia al tratamiento, comparada con la no adherencia, reduce en 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo, y que la oportunidad de tener un buen resultado clínico, si el paciente es adherente, es casi tres veces la oportunidad en pacientes no adherentes. Adicionalmente, estima que de 100 pacientes adherentes, 63 tendrán buenos resultados clínicos y 37 resultados pobres o nulos, comparado con un 50/50 en los pacientes no adherentes.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

Son múltiples las investigaciones publicadas en las últimas décadas sobre la eficacia de distintas intervenciones para abordar el incumplimiento terapéutico, que a modo expositivo puede ser agrupadas en seis grandes grupos: (Orueta, 2005)

- 1. 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. La simplificación del tratamiento es una estrategia eficaz ya que la mayoría de los estudios mencionados encuentran mejoras significativas en la tasa de adherencia.
- 2. 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. Incluyen desde la entrega de información escrita hasta las sesiones educativas grupales pasando por la información individualizada, brindado por el equipo en salud que está encargado de la atención del paciente.

- 3. 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. Dado la familia un pilar de apoyo para mejorar adherencia, ésta debe ser incluida activamente en el manejo del paciente
- 4. Intervenciones con dinámica de grupos:** Distintos textos especializados en el tema sugieren que las técnicas grupales (incluyendo al paciente, familiares, comunidad y al prestador de salud) suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones.
- 5. Intervenciones de refuerzo conductual:** van encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y 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.

6. Combinación de intervenciones: el origen del incumplimiento es un proceso complejo de origen multifactorial, por lo que parece lógico pensar que la combinación de varias intervenciones puede obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas, si bien las intervenciones complejas pueden hacer disminuir la participación de los pacientes.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

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

Nombre Común: Estudio de Prevalencia.

ÁREA DE ESTUDIO

Se realizó en los puestos de salud familiar y comunitario del municipio de Rivas, departamento de Rivas. Los puestos se encontraban ubicados en los siguientes sectores:

Sector	Dirección del puesto de salud
Centro de Salud de Rivas	Barrio el Palenque
Barrio Pedro Joaquín Chamorro	Contiguo al Centro de desarrollo infantil
Barrio Gaspar García Laviana	De donde fue la hielera 3 cuadras al este
Barrio Popoyuapa	Del Santuario Jesús de Rescate 1 cuadra al Sur y 20 varas al este
Comarca La Chocolate	Del primer puente 100 varas al oeste
Comarca Veracruz	De la esquina suroeste de la iglesia 1cuadra al oeste 300 varas al sur
Comarca La virgen	Del empalme Carretera a San Juan del Sur media cuadra al oeste

PERÍODO DE ESTUDIO

La información fue recolectada durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2013, se procesó y analizó durante los meses de enero a marzo del 2014.

UNIVERSO

El universo estuvo conformado por todos los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial (HTA) incorporados en el Programa de dispensarizados del

municipio de Rivas. Fueron 1328 personas, identificadas a través del Censo de pacientes con enfermedades crónicas facilitado por el Centro de Salud.

MUESTRA

Se seleccionó la muestra siguiendo los siguientes pasos:

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% (CAMDI 2010). La fórmula para calcular el tamaño de la muestra en estudios de prevalencia con universo finito conocido utilizada por el SSCPS version1001 es:

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

Los valores considerados en dicha fórmula fueron:

- **n:** tamaño de la muestra con corrección para población finita
- **N:** tamaño de la población
- **Z:** Nivel de confianza 95%
- **p:** La proporción esperada de adherencia al tratamiento antihipertensivo es del 25%
- **q:** Proporción esperada de pacientes con no adherencia al tratamiento. El cálculo es 1-p: 0.75
- **d:** Nivel de error 5%= 0.05

Al sustituir los valores en la calculadora se obtiene una muestra de 237 pacientes con hipertensión arterial.

b) Tipo de Muestreo:

Para seleccionar a los participantes se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los pasos para realizar el muestreo fueron:

1. Se calculó un estimado de 20 por ciento de pérdidas, siendo un total de muestras de 284 pacientes
2. Se determinó una proporción por cada sector: El total de pacientes en el programa de dispensarizados era de 1328 y la muestra deseada de 284. La probabilidad por sector fue de $p = 284/1328 = 0.2138$.
3. Luego se aplicó la proporción a cada uno de los 8 sectores (puestos de salud familiar y comunitario) y se obtuvo el número de instrumentos a aplicar:

Sectores	Censo HTA	Encuestas a realizar
1. Sector 1 Cs Manning Rener Reyes	283	61
2. Sector 2 Cs Manning Rener Reyes	384	82
3. Sector 3 PSFC José Ortiz (Pedro Joaquín)	102	22
4. Sector 4 PSFC Manuel Castillo (Gaspar)	149	32
5. Sector 5 PSFC Popoyuapa	111	24
6. Sector 6 Veracruz	100	21
7. Sector 7 Chocolata	99	21
8. Sector 8 La virgen	100	21
Total	1328	284

4. Se invitó a 284 pacientes de los que acudían a su cita de dispensarizados y que cumplían los criterios de selección. Se les leyó y firmaron el consentimiento informado
5. Se procedió a llenar el formulario a través de una entrevista estructurada.

6. En su respectiva unidad de salud, en archivo clínico se obtuvo el expediente clínico de cada uno de los individuos de la muestra participante (284), aplicándose la ficha de recolección de información del expediente clínico.
7. De éstos, la muestra real, cuyo expediente contenía toda la información solicitada, fue de 279 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión arterial de cualquier estadio.
- Pacientes incorporados en el programa de dispensarizados.
- Pacientes que tienen más de un mes 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 con cuestionarios y fichas llenados de forma incompleta. registros incompletos en su ficha clínica.
- Pacientes que no acuden a sus citas de manera regular.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo compuesta por los pacientes que cumplieron los criterios de selección, firmaron el consentimiento informado, respondieron el instrumento y tenían completos los datos en el expediente clínico. Constituyendo la muestra real de 279.

FUENTE DE INFORMACIÓN

La fuente de información fue de tipo primaria, dada por los datos que se obtuvieron a partir de la información brindada por cada una de las unidades de análisis; y secundaria, aquellos datos obtenidos de los expedientes clínicos.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El método de recolección usado fue la encuesta, a través de una entrevista estructurada.

El instrumento utilizado para dicha entrevista estaba conformado por 2 partes:

1. Formulario: contenía preguntas cerradas, la prueba de Morinsky-Green-Levine para valorar adherencia al tratamiento antihipertensivo y el test de batalla para valorar el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad.
2. Ficha de recolección del expediente clínico: incluía datos sobre características clínicas del paciente y el esquema de tratamiento que recibe, haciendo uso de los expedientes clínicos de la muestra participante.

1. Formulario

Es un formulario estructurado, conformado por los siguientes acápites:

- **Datos sociodemográficos:** edad, sexo, estado civil, procedencia, escolaridad y religión.
- **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. La fiabilidad del cuestionario fue de 0,61; la sensibilidad, de 0,81; la especificidad, de 0,44; el valor predictivo positivo fue 0,75, y el valor predictivo negativo 0,47.

- **Test de Batalla**

Se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, un mayor conocimiento de la enfermedad representa un mayor grado de cumplimiento. Tiene buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

Tiene las siguientes características: Sensibilidad= 85%, Especificidad= 33%, Valor predictivo positivo =70% y Valor predictivo negativo=54%.
(García Pérez, 2010)

- **Factores relacionados con la adherencia al tratamiento**

Incluye:

- Factores socioeconómicos: Tratamiento Completo, busca completar tratamiento, Proveedor del Tratamiento, costo medicamento, disponibilidad económica, recursos económicos para transporte, apoyo familiar y grupos de apoyo

- Factores asociados a relación Médico Paciente: Conversan y explican tratamiento, responden inquietudes del tratamiento, participación en selección de tratamiento
- Factores psicológicos: ocupaciones dificultan seguir tratamiento, suspenden tratamiento al mejorar, percibe tratamiento beneficioso, interés por su salud, conoce complicaciones de hipertensión arterial, situaciones por las que toma medicamento (solo si se siente mal), pereza para tomar medicamento, olvida tomar medicamento, falta de percepción de importancia de su enfermedad, falta de tiempo
- Factores relacionados al régimen terapéutico: efectos indeseados del medicamento

2. Ficha de Recolección de datos

Incluye:

- Características Clínicas del Paciente: Estadio de HTA, Fecha del Diagnóstico de HTA, Valor PA del día de la consulta, Controles Tensionales Previos, IMC (talla y peso), Comorbilidades
- Régimen Terapéutico: Tipo (Monoterapia, Terapia Combinada), Fármaco (s).

Validación del instrumento mediante prueba piloto: Formulario y ficha de recolección de información

Antes de la recolección de los datos se realizó la validación del Instrumento mediante una prueba piloto. Con el objetivo de determinar si era fácil de comprender, no presentaba ambigüedades, ni confusiones y si se podían obtener los datos necesarios para el estudio. Del 20 al 25 de Septiembre del 2013 se realizó una prueba piloto en un grupo de 15 pacientes que asistieron a consulta médica en el Programa de Dispensarizados en el Centro de Salud Mannin Rener Reyes, Rivas, los cuales cumplían los criterios de selección; esto con el propósito

de detectar dificultades en el proceso de aplicación, lectura y entendimiento del formulario.

A cada paciente se le entrevistó con el formulario y se les solicitó realizaran observaciones sobre preguntas confusas o difíciles de comprender. De igual manera, los responsables de este estudio, extrajeron los expedientes clínicos de estos pacientes para aplicar la ficha de recolección de datos e identificar fallas en la misma.

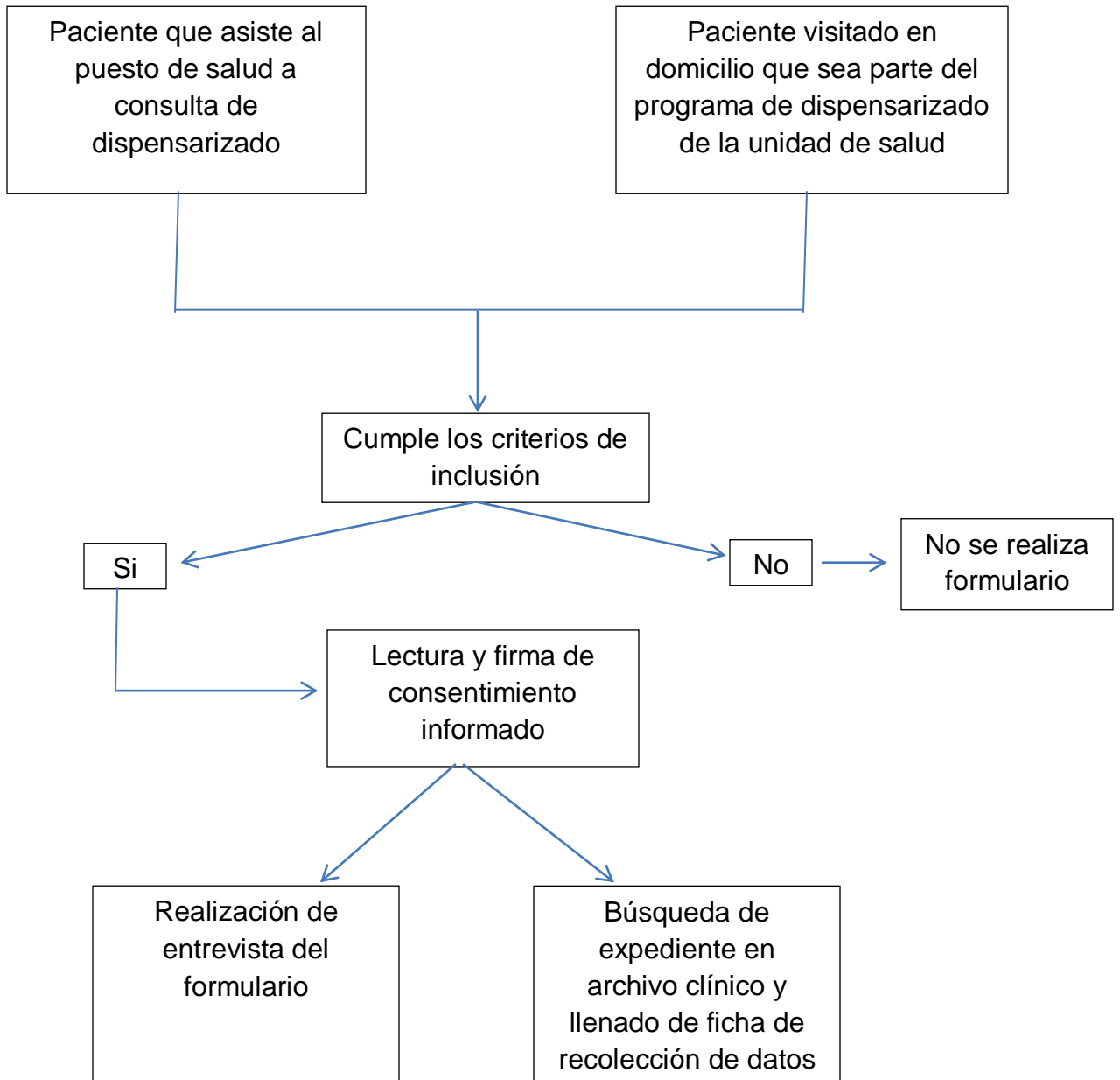
Se realizaron las correcciones apropiadas, cambiando la redacción de algunas preguntas de tal forma que fueran más accesibles a los pacientes. Además se agregó explicación a interrogantes para que el paciente entendiera lo que se preguntaba, como en la pregunta ¿Cuándo Usted va a la farmacia de su centro de salud, recibe todo el tratamiento recetado por su médico?, agregando un ejemplo: Si su médico le indica 1 tableta de Enalapril al día por un mes, en farmacia le entregan las 30 tabletas indicadas por su médico.

Aplicación del Formulario y llenado de la Ficha de Recolección de datos.

El instrumento fue aplicado durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013. La información fue recolectada por los realizadores de esta investigación, a cada paciente con hipertensión arterial y que cumplía con los criterios de selección; cuando asistía a su consulta o cuando se visitaba en su domicilio, se le invitó a participar en el estudio, se leyó la carta de autorización y a los que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, se les procedió a preguntar el formulario.

Para llenar los datos correspondientes a las características clínicas del paciente y el esquema de tratamiento que recibe, se hizo uso del expediente clínico, los cuales se buscaron en el archivo clínico de la unidad de salud correspondiente (Ver flujograma).

FLUJO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN



VARIABLES

Responden al Objetivo 1:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado Civil
4. Escolaridad
5. Religión
6. Procedencia
7. Tiempo de Diagnóstico de la Enfermedad.
8. Estadio de la HTA.

9. Comorbilidades

10. IMC

Responden al Objetivo 2:

11. Tipo de Tratamiento.
12. Fármaco empleado.
13. Valor de la PA el día de la consulta.
14. Controles Tensionales previos.
15. Control Óptimo de la PA.

Responden al Objetivo 3:

16. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo

Responden al Objetivo 4:

17. Conocimiento sobre HTA

Responde al objetivo 5:

Factores socioeconómicos:

18. Tratamiento Completo
19. Busca completar tratamiento

20. Proveedor del Tratamiento
21. Costo medicamento
22. Disponibilidad económica
23. Recursos económicos para transporte
24. Apoyo familiar
25. Grupo de apoyo

Factores asociados a relación Médico

Paciente:

26. Conversan y explican
27. Responden inquietudes del tratamiento
28. Participación en selección de tratamiento

Factores psicológicos:

29. Ocupaciones dificultan seguir el tratamiento
30. suspende tratamiento al mejorar
31. Percibe tratamiento beneficioso
32. Interés por su salud
33. Conoce las complicaciones de hipertensión arterial
34. Situaciones por las que toma medicamento (solo si se siente mal)
35. Pereza para toma de tratamiento
36. Olvida tomar medicamento

37. Falta de Percepción de importancia de su enfermedad

38. Falta de Tiempo.

Factores asociados al régimen terapéutico

39. Efectos indeseados producidos por el medicamento

Responden al objetivo 6

40 Adherencia/control de cifras tensionales

Operacionalización de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Valor	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio.	Años cumplidos	Número de años	25-34 35-44 45-54 55-64 65 o más
Sexo	Características fisiológicas y anatómicas que se adquieren desde el nacimiento.	Referido por el Paciente en el Cuestionario	Femenino Masculino	
Estado civil	Es la situación de hecho o conyugal actual de la persona en relación con las leyes actuales del país	Referido por el paciente en el cuestionario	Soltero Acompañado Casado Divorciado Viudo	
Escolaridad	Nivel académico del paciente al momento del estudio.	Referido por el paciente en el cuestionario	Sabe Leer y Escribir Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico Superior Universidad	
Religión	Conjunto de creencias, dogmas o prácticas relacionadas con la divinidad.	Referido por el paciente en el cuestionario	Católico Evangélico Otro	

Procedencia	Caracterización del domicilio del paciente al momento del estudio, en lo que respecta a su pertenencia al área rural o urbana.	Referido por el paciente en el cuestionario	Rural Urbano	
Tiempo de diagnóstico de la Enfermedad	Cantidad de tiempo transcurrida desde el diagnóstico de hipertensión hasta el momento de realización del estudio	Obtenido a partir del expediente clínico	Años	< 1 año 1-4 años 5 años o más
Estadio de HTA	Clasificación según el 7mo Informe de la JNC (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) basado en los valores de la PAD y la PAS.	Obtenido a partir del expediente clínico	HTA: Estadio 1 PAS: 140-159 o PAD: 90-99 HTA: Estadio 2 PAS: > 160 o PAD: > 100	
Índice de masa corporal	Medida de asociación entre peso y talla de un individuo, Se calcula dividiendo el peso (kg) entre la talla al cuadrado (cm)	Obtenido a partir del expediente clínico	Valor numérico	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad Mórbida
Comorbilidad	Enfermedad asociada que padece el paciente	Obtenido a partir del expediente clínico	Dislipidemia Obesidad Diabetes mellitus EPOC Tabaquismo Otros	

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.	Obtenido a partir del expediente clínico	Monoterapia Terapia combinada	
Fármaco empleado	Familia de antihipertensivo utilizada por el paciente como terapia para su enfermedad.	Obtenido a partir del expediente clínico	IECA Beta Bloqueante Bloqueador de Canales de Calcio ARA 2 Diuréticos	
Valores de PA el día de la consulta	Valor de PA sistólica y diastólica, obtenidos en la consulta del paciente al momento del presente estudio, según indicaciones del JNC-7: Pacientes sentados y quietos en una silla durante, al menos 5 minutos, con los pies en el suelo y el brazo a la altura del corazón.	Obtenido a partir del expediente clínico.	Valor específico	

Controles tensionales previos	Valoración del Control de la Tensión arterial en base a los niveles encontrados en el expediente clínico antes de la visita del Programa de Dispensarizados.	Obtenido a partir del expediente clínico.		
Control óptimo de PA	Se considera Hipertenso controlado al paciente que en todas sus tomas de PA los valores eran <140/90 mmHg, o <130/80 mmHg en diabéticos ó enfermedad renal crónica. A los que no cumplen con este criterio Hipertensos no controlados.	Obtenido a partir del expediente clínico.	PA controlada PA no controlada	
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. 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? 2. ¿No toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	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.	

Conocimiento sobre HTA	Es el nivel y calidad de conocimiento del paciente sobre su patología.	Test de Batalla 1. ¿Es la Hipertensión una enfermedad para toda la vida? 2. ¿Se controla con dieta y ejercicio? 3. Mencione al menos 1 órgano afectado por la hipertensión	Adecuado: responde correctamente a las 3 preguntas Inadecuado: Contesta de manera equivocada o no responde al menos 1 pregunta	
Tratamiento completo	Frecuencia con la que el tratamiento prescrito por el médico es recibido por el paciente de manera completa en su unidad de salud.	Referido por el paciente al momento del estudio	Siempre: tratamiento completo en todas las citas Casi siempre: Trat. Completo en el 75% de citas A veces: trat. Completo en 25% de citas. Nunca: No recibe trat en ninguna cita.	
Procedencia del tratamiento	Fuente de donde el paciente completa su tratamiento, cuando este no es recibido de manera completa en su unidad de salud.	Referido por el paciente.	Lo compra Lo recibe de un familiar Otro	

Costo del tratamiento	Valor en córdobas del medicamento	Referido por el paciente	C\$200 C\$200- C\$400 Más de C\$400	
Disponibilidad económica	Disposición para satisfacer las necesidades básicas (alimento, vestimenta, etc)	Referido por el paciente	Si No	
Recursos económicos para transporte	Disponibilidad económica para pago de transporte a unidad de salud	Referido por el paciente	Si No	
Apoyo Familiar	Paciente recibe estimulación y ayuda por sus familiares y amigos para cumplir el tratamiento	Referido por el paciente	Si No	
Grupos de apoyo	Asiste a grupos dirigidos al apoyo en el cumplimiento de tratamiento antihipertensivo	Referido por el paciente	Si No	
Conversan con el médico sobre el tratamiento	El médico explica el tratamiento en un lenguaje claro y sencillo al paciente	Referido por el paciente	Si No	
Explicación del tratamiento	El paciente recibe información sobre los resultados esperados del tratamiento por parte del personal de salud.	Referido por el paciente	Si No	

Responden inquietudes del tratamiento	El personal asistencial responde a las dudas y dificultades que surgen en base al tratamiento	Referido por el paciente	Si No	
Participación en la selección del tratamiento	El paciente influye al momento de escoger los fármacos que constituyen su terapia antihipertensiva.	Referido por el paciente	Si No	
Ocupaciones dificultan seguir el tratamiento	Paciente percibe que las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento	Referido por el paciente	Si No	
Dudas del tratamiento	Paciente tiene inquietudes acerca del tratamiento, cantidad, horario y relación con las comidas	Referido por el paciente	Si No	
Suspenden tratamiento al mejorar	Paciente deja de tomar el medicamento al sentirse bien	Referido por el paciente	Si No	
Percepción de tratamiento beneficioso	El paciente percibe disminución o ausencia de síntomas de hipertensión arterial con el tratamiento prescrito	Referido por el paciente	Si No	

Interés por su salud	Paciente se interesa por conocer acerca de su condición médica y la forma de cuidarse	Referido por el paciente	Si No	
Conoce complicaciones de hipertensión arterial	Paciente afirma conocer las complicaciones de su enfermedad	Referido por el paciente	Si No	
Condiciona ingesta de tratamiento al sentirse mal	Paciente refiere tomar medicamento solo cuando se siente mal	Referido por el paciente	Si No	
Pereza para tomar el tratamiento	Descuido y falta de disposición del paciente para tomar su medicamento.	Referido por el paciente	Si No	
Olvida tomar su tratamiento	El paciente suspende tratamiento porque se le olvida tomarlo	Referido por el paciente	Si No	
Interrupción del tratamiento por efectos indeseados	Síntomas indeseados del tratamiento percibidos por el paciente lo llevan a suspenderlo.	Referido por el paciente	Si No	
Falta de percepción de importancia de su enfermedad	El paciente suspende tratamiento porque no conoce la relevancia de su enfermedad.	Referido por el paciente	Si No	
Falta de tiempo para tomar su tratamiento	Percepción por parte del paciente de falta de tiempo para tomar su medicamento.	Referido por el paciente	Si No	

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para procesar los datos se construyó una Base en el Paquete Estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 15.0), donde se introdujeron los datos sociodemográficos de los pacientes, la Prueba de Morinsky-Green-Levine, Test de batalla, Factores asociados y la Ficha de recolección de datos. Las tablas obtenidas se trasladaron al programa Microsoft Excell Office 2010 para la elaboración de los gráficos.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se realizaron dos tipos de análisis:

1) El descriptivo: se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, características clínicas de los pacientes y esquema terapéutico empleado, test de adherencia, test de batalla y factores asociados; mediante el análisis univariado y la presentación en tablas de distribución de frecuencia.

2) El análisis inferencial consistió en obtener las asociaciones entre las variables Sociodemográficas, clínica, control de PA, esquema terapéutico, prevalencia de adherencia o no adherencia al Tratamiento antihipertensivo y los factores estudiados utilizando el Test de Chi-Cuadrado para variables cualitativas y cuantitativas. Los resultados se consideran significativos cuando el estadístico resultara menor que 0,05 ($p < 0,05$). Se realizó un análisis bivariado que se presenta en tablas de contingencia.

Cruce de Variables

- Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/ Características Sociodemográficas
- Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/ Características Clínicas

- Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/Esquema Terapéutico (Tipo de Tratamiento, Fármaco).
- Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/Test de Batalla.
- Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/ Factores Socioeconómicos, Psicológicos y de Relación Médico-Paciente.
- Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo/Control óptimo de cifras de presión arterial

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El médico tratante, a los pacientes que cumplían con los criterios de selección, les explicó el estudio y les entregó la Carta de autorización, en la cual se les explicó los fines de la investigación y se aseguró el anonimato de los participantes. Una vez aclarado las interrogantes de la muestra invitada y aceptado la participación en el estudio de forma voluntaria e informada, procedieron a firmar el consentimiento

VIII. RESULTADOS

Posterior a la recolección y procesamiento de datos, se describen los siguientes resultados.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población, el sexo femenino fue predominante en un 81.4% de los pacientes, el 18.6% corresponde al sexo masculino. Los pacientes mayores de 55 años representaron dos tercios de la muestra (55-64 con 30.8% y mayores de 65 años con 35.8% respectivamente) y el tercio restante son pacientes de 45 a 54 años con el 19.4%, de 35 a 44 años con el 11.5% y de 25 a 34 años con un 2.5% (ver tabla 1).

En el caso del nivel de escolaridad, el 22.2% de los pacientes apenas saben leer y escribir, el 35.8% alcanzaron el nivel de primaria incompleta, y 18.3% de ellos la completaron. El 12.2% tiene alcanzado secundaria incompleta. Un 6.1% tiene secundaria completada, un 2.2 y un 3.2% alcanzaron técnico superior y nivel de universitarios, respectivamente. (Tabla 1)

El estado civil de los pacientes en su mayoría fue de acompañado o casado (34.1 y 29.7% respectivamente). Se declararon como solteros un 24.7% y divorciados un 2.9%. (Tabla 1)

La religión de los pacientes fue predominantemente católica con un 70.6%, seguida por la evangélica en un 25.1%. En cuanto a la procedencia, la mayoría viene del área rural con un 58.4% de los pacientes, y un 41.6% de ellos que son del área urbana. (Tabla 1)

Al describir el tiempo que llevaban diagnosticados como hipertensos, la mayoría tenía 5 o más años de ser diagnosticados (57.3%), seguidos por aquellos que tenían de 1 a 4 años de ser hipertensos con un 38.7% y solo un 3.9% de ellos con menos de 1 año de diagnosticados. (Tabla 2)

Al evaluar las respuestas al test de Morinsky-Green-Levine, en el caso de la primera pregunta, el 63% de los pacientes no han olvidado tomar su medicamento. En la pregunta número 2, el 73.8% de los pacientes toma el medicamento a la hora indicada. En la pregunta 3, el 70.6% dijeron que no dejan de tomar su medicamento cuando se sienten bien. En la pregunta 4, el 91.4% alegaron que no dejan de tomar su medicamento cuando se sienten mal. En el caso del resultado final del test, el 53% resultó ser no adherente y un 47 si lo son. (Ver tabla 5 y 6)

Al valorar el test de Batalla, en la primera pregunta el 78.1% de los hipertensos admitieron que la hipertensión es una enfermedad para toda la vida. En el ítem 2, el 88.2% respondieron que la enfermedad se puede controlar con dieta y ejercicio. Al valorar la tercera pregunta sobre los órganos más frecuentemente afectados, el 37.3% mencionó el corazón en primer lugar, y en segundo y tercer lugar el ojo y riñón con 13.6 y 11.1%, respectivamente. Un 28.7% de los pacientes no conocía ningún órgano que fuera afectado por la HTA crónica. El resultado final del teste de Batalla demostró que el 72% de los pacientes no tienen un conocimiento adecuado sobre su enfermedad. (Ver tabla 7 y 8)

Al preguntar la frecuencia con la cual los pacientes atendidos en el centro de salud reciben su tratamiento completo, solo el 52% refirió recibirlo siempre, el 32.3% casi siempre, un 14.7% a veces y un 1.15 nunca lo recibe completo. Posteriormente se les preguntó a quienes no lo recibían completo, si buscaban como completar su tratamiento, y un 72% alegó que busca como conseguirlo. De ellos el 67% lo compra y el 5% restante lo recibe de un familiar. Al responder cuanto dinero costaba el tratamiento mensual, el 52.3% refirió que gastaba menos de 200C\$ al mes, el 11.8% entre 200 y 399 C\$ y sólo un 5.7% gastaba C\$ 400 o más. (Ver tabla 9)

De igual manera, se le preguntó a los pacientes si tenían la disponibilidad económica para atender las necesidades básicas de su familia, a lo cual sólo el

59.9% dio una respuesta afirmativa. También se interrogó si tenían disponibilidad económica para trasladarse al lugar donde recibían su consulta, el 69.9% dijo que sí. (Ver tabla 10)

Con respecto al entorno familiar, el 56.6% de los pacientes dijo que recibía ayuda y motivación por parte de sus familiares para cumplir su tratamiento. (Ver tabla 10)

Solo la tercera parte de los pacientes hipertensos pertenecen a grupos de apoyo para cumplir su tratamiento (34.3%). El 87.1% de los pacientes manifestó que conversa con su médico en un lenguaje claro y sencillo sobre como tomar su medicamento, y un 77.1% de ellos dijo que recibía una explicación clara sobre los resultados obtenidos con dicho medicamento. Un 82.15 de los hipertensos mencionaron que su médico o enfermera, dan respuesta a las inquietudes y dificultades sobre el tratamiento. En el caso de la pregunta si los pacientes tuvieron la posibilidad de manifestar aceptación al tratamiento prescrito, el 80.3% dio una respuesta positiva (Ver tabla 10 y 11)

Se preguntó a los pacientes si tenían ocupaciones dentro o fuera del hogar que les dificultara seguir el tratamiento, el 79.6% de ellos dijo que no. El 84.9% mencionó que no tenía dudas sobre como tomar su tratamiento (dosis, intervalo) (Ver tabla 12)

En el caso de que si los pacientes suspendieron su tratamiento al sentirse mejor, solo el 71.7% de ellos admitió haberlo hecho. Un 97.8% de los hipertensos están convencidos de los beneficios de su tratamiento, y por eso lo siguen tomando. Del total de pacientes, un 93.5% están interesados en su condición de salud, y en las diferentes alternativas para cuidarse. Al preguntar por el conocimiento de las complicaciones de su enfermedad, solo el 78.9% admitió conocerlas. (Ver tabla 12)

Al investigar sobre si los pacientes perciben mejoría con el tratamiento el 94.6% de ellos dijo que sí. Un 82.1% de los pacientes negó que solo toman el medicamento cuando se sienten mal, y el 91.0% de ellos dijo que no tuvieron pereza de tomar su medicamento. En el caso de los pacientes que a veces olvidan su tratamiento, el 36.9% dijo que a veces dejan de tomarlo por esa situación. El 6.5% de los pacientes mencionó que han dejado de consumir su tratamiento por un efecto indeseado, y un igual porcentaje alegó que han dejado de tomarlo porque piensan que su enfermedad no es importante. El 10.8% de los pacientes justificó que ha dejado de consumir su tratamiento porque no tienen tiempo. (Ver tabla 3 y 12)

Al describir las características clínicas de los pacientes, el 68.8% de los hipertensos están clasificados como estadio I, el 31.2% restante tienen estadio II, según en JNC-7. (Ver tabla 2)

Se clasificó a los pacientes según el Índice de Masa Corporal, el 35.1% tenía sobrepeso, el 29.1% tuvo obesidad grado I, mientras el 11.1% tiene obesidad grado II y el 3.2%, obesidad mórbida. Sólo el 21.1% tiene un peso normal, y el 0.4% un bajo peso. (Ver tabla 2)

Al momento de la toma de datos, se observó que sólo el 54.5% de los pacientes tenía sus niveles tensionales bajo control, el 45.5% restante estaba con cifras hipertensivas. (Ver tabla 2)

Se investigaron las enfermedades asociadas de los pacientes del programa, y se encontró que el 28.7% tenía Diabetes Mellitus, el 12.5% eran obesos, el 1.8% dislipidemia, el 0.4% diabetes y dislipidemia, el 2.5% tienen EPOC, y el 22.9% ninguna enfermedad. (Ver tabla 2)

Se le preguntó a los pacientes si tenían el hábito de consumir tabaco, el 1.1% de ellos dijo que si. (Ver tabla 2)

Se clasificó a los pacientes según el tipo de terapia utilizada, el 72.4% utilizaba un solo fármaco antihipertensivo, y el 27.6% de ellos utiliza terapia combinada. Los fármacos utilizados fueron en primer lugar, el grupo IECA con 55.1%, en segundo lugar los betabloqueantes con 14.7%, los antagonistas del receptor de angiotensina 2 con el 2.2%, el 0.7% utilizan diuréticos y el 0.4% usan betabloqueantes. (Ver tabla 3)

Posteriormente, se describen los resultados del cruce de variables:

Al investigar el resultado de la asociación entre adherencia al tratamiento antihipertensivo, y la edad, se observó que los pacientes de grupos etáreos menores tienen menos adherencia al tratamiento antihipertensivo, ya que de 35 a 44 años, el 7.2% son no adherentes, en comparación con el 4.3% que si lo son. En el grupo etáreo de 45 a 54 años, el 9.3% fue adherente y el 10% no lo fue. En el grupo de 55 a 64 años, el 14% son adherentes, y el 16.8% no lo son. En los mayores de 65 años, el 18.3% tuvieron un test positivo y el 17.6 %, negativo. (Ver tabla 13)

En el caso de la adherencia al tratamiento según el sexo, el femenino fue adherente en un 37.3% y no adherente en un 44.1% de los pacientes. En el caso del masculino, fueron adherentes en un 9.7% y no adherentes en un 9.0%. (Ver tabla 13)

Con respecto al estado civil, el 13.3% de los solteros son adherentes al tratamiento, en contraste a un 11.5% que no lo son. El 13.6% de los pacientes acompañados son adherentes, y un 20.4% de ellos no lo son. En los pacientes que están casados, el 14% tuvieron un test positivo, mientras el 15.8% lo tuvieron

negativo. Con los divorciados, el 1.8% y el 1.1% lo tuvieron positivo y negativo, respectivamente. Los pacientes viudos tuvieron igual número de adherentes y no adherentes al tratamiento, con 4.3% de los encuestados. (Ver tabla 13)

Al valorar el nivel de escolaridad según el resultado del test MGL, se encontró que aquellos pacientes que apenas saben leer y escribir, el 14% son no adherentes, y solo el 8.2% si lo son a su tratamiento. En el caso de aquellos pacientes con primaria incompleta, el 19.7% son no adherentes y un 16.1% si lo son. En los pacientes con primaria completa, el 10.4% tuvieron un test positivo y un 7.9% tuvieron un test negativo. Los pacientes con secundaria incompleta fueron adherentes en un 5.7% y no adherentes en un 6.5%. Para aquellos que tienen el nivel de secundaria completa, el 3.6% son adherentes y el 2.5% no lo son. Con los pacientes que tienen nivel de técnico superior, el 1.4% fueron adherentes a su tratamiento, y un 0.7% no lo son, en los universitarios, el 1.4% también es adherente, y un 1.8% no lo son (Ver tabla 13)

Se estudió la adherencia al tratamiento según la religión, y se demostró que el 34.4% de los católicos fueron adherentes, y un 36.2% no lo eran. Con los evangélicos se observó que el 10.8% son adherentes, y un 14.3% no lo son. (Ver tabla 13)

Al ver la procedencia según el nivel de adherencia, se comprobó que los pacientes del área rural son menos adherentes, ya que el 34.8% tuvieron un test negativo, en comparación a un 23.7% que lo tuvieron positivo. En los pacientes de área urbana, el 23.3% son adherentes, y un 18.3% no lo son. (Ver tabla 13)

Al valorar la adherencia al tratamiento según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, en aquellos pacientes con menos de un año de diagnóstico, el 1.8% son adherentes, en contraste con el 2.2% que no lo son. En los que tienen de 1 a 4 años de diagnosticados, el 19.4% son adherentes e igual número no lo son.

Para aquellos con más de 5 años de diagnosticados, el 25.8% son adherentes y un 31.5% no lo son. (Ver tabla 17)

Se estudió la relación entre la adherencia al tratamiento y el estadio de HTA y se encontró que el 29.75 de los pacientes con estadio I son adherentes, en cambio el 39.1% no lo son. En el caso del estadio II el 17.2% son adherentes y el 14% no lo son. (Ver tabla 17)

El aspecto de adherencia al tratamiento según el control de los pacientes, los pacientes que tienen control de su enfermedad tienen un 29.45 de adherencia y un 25.1% de no adherencia. Con los pacientes que tienen descontrol de su nivel tensional, el 17.6% son adherentes y el 28% no lo son. (Ver tabla 17)

En cuanto a la adherencia y el IMC de los pacientes, aquellos con bajo peso tuvieron un nivel de adherencia de 0.4%. En los pacientes con peso normal el 10% fueron adherentes y el 11.15 no lo fueron. Los pacientes con sobrepeso tuvieron una adherencia del 14.3% y un nivel de no adherencia del 20.8%. Con los pacientes con Obesidad I, el 14.3% tuvieron un test positivo y un 14.7% un test negativo. En los pacientes con obesidad II, el 5.7% fueron adherentes y el 5.4% fueron no adherentes. (Ver tabla 17)

Al estudiar la adherencia al tratamiento según el nivel de conocimiento sobre HTA de los pacientes, manifestado a través del resultado del test de Batalla, el 16.5% de los pacientes con adecuado conocimiento fueron adherentes, y el 11.5% no lo fueron. En el caso de los pacientes con desconocimiento sobre su enfermedad, el 30.5% fueron adherentes, y el 41.6% de ellos fueron no adherentes. (Ver tabla 16)

Se analizó la adherencia al tratamiento según si la unidad de salud entrega el tratamiento completo, y se evidenció que el 24.7% de los pacientes que recibían el tratamiento completo eran adherentes al tratamiento, y el 27.2% no lo era. Cuando

lo reciben casi siempre, el 16.15 son adherentes, e igual número no lo es. Cuando a veces lo recibe completo, el 5.7% es adherente y un 9% no lo es (Ver tabla 18)

Al ver la adherencia al tratamiento según la disponibilidad del paciente para conseguirlo por sus propios medios se observó que el 40.5% de los pacientes que buscan como conseguir su tratamiento son adherentes, y el 31.5% no lo es. (Ver tabla 18)

En el caso de la manera como lo consigue, aquellos pacientes que lo compran son 37.6% adherentes, y el 29.4% no lo fueron. En el caso de aquellos que lo reciben de un familiar, el 3.2% son adherentes y un 1.8% no lo son. (Ver tabla 18)

En cuanto al costo, cuando la inversión mensual fue menor de 200C\$, el 28% de los pacientes fueron adherentes, y el 24.4% no lo fueron. Si el gasto mensual osciló entre 200 y 399 C\$, el 7.5% fueron adherentes y el 4.3% no lo fue. Cuando se gastaron más de 400 C\$ al mes, el 7.9% tuvo un test positivo, y el 2.2% fue negativo. (Ver tabla 18)

Al describir la adherencia al medicamento según si el médico y el paciente conversan sobre como seguir el tratamiento, se encontró que quienes si conversan, la adherencia fue del 41.2%, y quienes no lo hacen la adherencia es del 5.7%. La no adherencia entre quienes conversan fue de 45.9% y en los que no conversan el 7.2% fueron no adherentes. (Ver tabla 19)

Con respecto a que si los médicos explican los resultados obtenidos, el 35.8% de los pacientes fueron adherentes, y el 41.2% no lo fueron. Cuando el médico no explica los resultados, el 11.1% de los pacientes son adherentes, y el 11.8% no lo son. (Ver tabla 19)

Al observar si quienes atienden a los pacientes responden a las inquietudes don el tratamiento de los pacientes, aquellos a dieron una respuesta afirmativa tuvieron un 38.4% de adherencia, y un 43.7% de no adherencia. En cambio quienes dieron una respuesta negativa, tuvieron una adherencia del 8.65 y una no adherencia del 9.3%. (Ver tabla 19)

En el aspecto de que si los pacientes tuvieron posibilidad de manifestar aceptación al tratamiento prescrito, quienes si lo hicieron tuvieron una adherencia del 39.1% y una no adherencia del 41.2%. Cuando la respuesta fue negativa, la adherencia fue del 7.9% y una no adherencia del 11.8%. (Ver tabla 19)

Se estudió la adherencia al tratamiento según las características psicológicas de los pacientes hipertensos. En el caso de que si las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificultaban al paciente seguir con su tratamiento, entre los que dijeron que si, hubo una adherencia del 4.7% y una no adherencia del 15.8%. En cambio, para aquellos que dijeron que no, el 42.3% fueron adherentes y el 37.3% no lo fueron. (Ver tabla 14)

En aquellos pacientes que manifestaron dudas sobre como seguir su tratamiento, el 2.9% fueron adherentes y el 12.2% no lo fueron. Aquellos que no tuvieron dudas, fueron un 44.1% adherentes y un 40.9% no adherentes. (Ver tabla 14)

En los pacientes que si mejoran suspenden el tratamiento, el 3.6% tuvieron adherencia, y un 24.7% no la tienen. En el caso de que mejoren, no suspenden el tratamiento, el 43.4% fueron adherentes, y un 28.3% no lo fueron. (Ver tabla 14)

Los pacientes que estaban convencidos de los beneficios que tiene el tomar su tratamiento, tuvieron una adherencia del 46.2% y una no adherencia del 51.6%. Aquellos que no estaban convencidos de esto, tuvieron una adherencia del 0.7% y una no adherencia del 1.4%. (Ver tabla 14)

En cuanto a los pacientes que manifestaron interesarse en su condición de salud y la forma de cuidares, tuvieron una adherencia en el 44.8% de los casos, y una no adherencia del 48.7%. En el caso de no estar interesados, la adherencia fue del 2.2% y la no adherencia fue del 4.3%. (Ver tabla 14)

Sobre si los pacientes conocían las complicaciones de tener la presión alta, hubo una adherencia del 36.2%, y una no adherencia del 42.7%. en el caso de que no conocieran dichas complicaciones, la adherencia fue del 10.8%, y la no adherencia del 10.4%. (Ver tabla 14)

En los pacientes que perciben mejoría con el tratamiento prescrito, la adherencia fue de 45.2% y la no adherencia fue de 49.5%. En aquellos que no percibieron mejoría, la adherencia fue del 1.8% y la no adherencia del 3.6%. (Ver tabla 14)

En aquellos pacientes que toman el tratamiento sólo cuando se sienten mal, la adherencia fue del 1.8%, y la no adherencia del 16.1%. En los pacientes que toman siempre su tratamiento, la adherencia fue del 45.2% y la no adherencia del 36.95%. (Ver tabla 14)

Hubieron pacientes a los cuales les ha dado pereza tomar su tratamiento, en ellos la adherencia fue del 1.4% y la no adherencia del 7.5%. En aquellos que no les ha dado pereza, la adherencia fue del 45.5% y la no adherencia también. (Ver tabla 14)

A los pacientes que a veces se les olvida tomar el tratamiento, la adherencia fue del 3.9% y la no adherencia del 33%. En los que no se les olvida, la adherencia fue del 43% y la no adherencia del 20.1%. (Ver tabla 14)

En los pacientes que han dejado de consumir su medicamento por un efecto indeseado, la adherencia fue del 1.1%, y la no adherencia del 6.1%. En el caso de

aquellos que siguen tomando su tratamiento a pesar del efecto indeseado, la adherencia fue del 45.9% y la no adherencia del 47.7%. (Ver tabla 14)

Para los pacientes en los cuales su enfermedad no es importante, la adherencia fue del 0.4% y la no adherencia del 6.1%. Para aquellos que su enfermedad si es importante, el 46.6% son adherentes y el 47.7 % no lo son. (Ver tabla 14)

En los pacientes que alegaron falta de tiempo para tomar su medicamento, el 1.4% fue adherente y el 9.3% no lo fue. Para aquellos que tienen tiempo para tomar su tratamiento, el 45.5% fueron adherentes, y el 43.7% no lo fueron. (Ver tabla 14)

Al estudiar la adherencia al tratamiento según el estadio de HTA se encontró que en los pacientes con HTA estadio I, la adherencia fue de 29.7% y la no adherencia de 39.1%. Para los hipertensos con estadio II, la adherencia fue de 17.2% y la no adherencia de 14%. (Ver tabla 15)

En el caso del IMC, para los pacientes con bajo peso el 0.4% fueron adherentes. En los pacientes con peso normal, el 10% tuvieron un test positivo y el 11.1% lo tuvieron negativo. En aquellos con sobrepeso, el 14.3% fueron adherentes y el 20.8% fueron no adherentes. Para aquellos con obesidad I, el 14.3% tuvieron un test positivo y el 14.4% un test negativo. Para los pacientes con obesidad grado II, el 5.7% fue adherente y el 5.4% fue no adherente. (Ver tabla 15)

En la variable control de HTA, los pacientes que tenían cifras tensionales adecuadas tuvieron una adherencia del 29.4% y una no adherencia del 25.1%. Para aquellos que no tenían un control adecuado, el 17.6% fueron adherentes y el 28% no lo fueron. (Ver tabla 15)

Al ver la relación entre adherencia al tratamiento y enfermedades concomitantes, los pacientes que también eran diabéticos tuvieron una adherencia del 12.9% y

una no adherencia del 15.8%. Aquellos con EPOC tuvieron una adherencia del 0.7% y una no adherencia del 1.8%. Los que tenían otras enfermedades, tienen un test positivo en un 14.7% y un test negativo en un 16.5%. En aquellos que no tenían ninguna enfermedad, el 11.8% eran adherentes y el 11.1% no lo fueron. (Ver tabla 15)

Con respecto a los hábitos, los pacientes que utilizan tabaco fueron adherentes en el 0.4% y no adherentes en el 0.7%. (Ver tabla 15)

En los pacientes con tratamiento a base de un solo fármaco, el 33.3% fueron adherentes y el 39.1% no lo fueron. En los pacientes con terapia combinada, el 13.6% fueron adherentes y el 14.0% no lo fueron. (Ver tabla 15)

Al ver las familias de fármacos utilizados, los que tenían IECAs tuvieron una adherencia del 23.4% y una no adherencia del 31.7%. En los pacientes con betabloqueantes, el 8.6% fue adherente y el 6.1% no lo fue. Los que usaron ARA-2 tuvieron un test MGL positivo en un 1.4% y negativo en 0.7%. Los pacientes con combinación de fármacos tuvieron una adherencia del 13.7% y una no adherencia del 13.3%. (Ver tabla 15)

Al valorar el nivel de asociación entre la edad, sexo, estado civil, escolaridad y religión con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, no hubo una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=1.973$, $p=0.741$) ($\chi^2=0.364$, $p=0.426$) ($\chi^2=3.942$, $p=0.414$) ($\chi^2=6.503$, $p=0.369$) ($\chi^2=0.856$, $p=0.652$) respectivamente ya que el valor de p indica que es mayor a 0.05 lo que indica que el azar influyó en el resultado de esa asociación en más del 5% de la muestra estudiada. En el caso de la procedencia si hubo asociación estadísticamente significativa, ($\chi^2=6.574$, $p=0.010$), ya que el valor de p es menos a 0.05. (Ver tabla 13)

Al analizar el nivel de asociación entre que si la unidad de salud entrega el tratamiento completo y la adherencia al tratamiento, se concluye que no hubo asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=1.617$, $p=0.656$), ya que el valor de p es mayor a 0.05. En el caso de que cuando el paciente no recibe el tratamiento completo y busca como completarlo, la manera en como lo consigue y el costo con respecto a la adherencia al tratamiento, si hubo una asociación estadísticamente significativa ya que el valor de p es menor a 0.05 ($\chi^2=24.781$, $p=0.000$) ($\chi^2=26.277$, $p=0.000$) ($\chi^2=22.234$, $p=0.000$) respectivamente. (Ver tabla 17)

Al estudiar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre la HTA de los pacientes, demostrado a través del Test de Batalla, y el nivel de adherencia, se demostró que hubo una asociación estadísticamente significativa con un valor de p menor de 0.05 ($\chi^2=6.281$, $p=0.012$). (Ver tabla 16)

Al describir la asociación entre el hecho de que el médico y el paciente conversan sobre como seguir el tratamiento, el médico explica los resultados obtenidos con el mismo, el hecho de que quienes lo atienden responden a las inquietudes con el medicamento y la posibilidad del paciente de manifestar aceptación del tratamiento a su médico, con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se comprobó que no hubo asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=0.104$, $p=0.747$) ($\chi^2=0.763$, $p=0.783$) ($\chi^2=1.000$, $p=0.870$) ($\chi^2=1.330$, $p=0.249$) respectivamente. (Ver tabla 18)

Al establecer la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se encontró que el hecho de que hubieran ocupaciones del hogar que dificultaran seguir el tratamiento ($\chi^2=16.769$, $p=0.000$), la existencia de dudas sobre como seguir el tratamiento ($\chi^2=15.459$, $p=0.000$), la presencia de pacientes que suspenden su tratamiento cuando mejoran ($\chi^2=52.041$, $p=0.000$), de pacientes que toman tratamiento sólo cuando se sienten mal ($\chi^2=33.398$, $p=0.000$), la

presencia de pereza para tomar el tratamiento ($\chi^2=10.563$, $p=0.001$), aquellos hipertensos que olvidan tomar su tratamiento ($\chi^2=13.340$, $p=0.000$), o aquellos que lo suspenden por un efecto indeseado ($\chi^2=7.086$, $p=0.008$), pacientes que consideran que su enfermedad no es importante ($\chi^2=13.239$, $p=0.000$) o no tener tiempo para tomar su tratamiento ($\chi^2=15.255$, $p=0.000$), fueron factores con asociación estadísticamente significativa a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, ya que el valor de p es menor a 0.05. Caso contrario sucedió con los factores como el convencimiento de los beneficios del tratamiento ($\chi^2=0.457$, $p=0.499$), el interés de los pacientes sobre su condición de salud y la forma de cuidarse ($\chi^2=1.433$, $p=0.231$), el conocimiento de las complicaciones ($\chi^2=0.456$, $p=0.500$) y la percepción de mejoría con el medicamento ($\chi^2=1.181$, $p=0.277$), son factores sin asociación estadísticamente significativa ya que el valor de p en estas asociaciones es mayor de 0.05. (Ver tabla 19)

Se estudió la relación entre la adherencia al tratamiento y las características clínicas del paciente, se encontró que no hubo asociación estadísticamente significativa ni con el estadio de HTA ($\chi^2=3.429$, $p=0.006$), con el IMC ($\chi^2=4.484$, $p=0.482$), con las enfermedades concomitantes ($\chi^2=2.868$, $p=0.825$) ni con los hábitos ($\chi^2=0.226$, $p=0.635$) ya que el valor de p es mayor a 0.05 y el azar influyó en más del 5% de la muestra. Con la variable control de PA ($\chi^2=6.558$, $p=0.010$) si hubo asociación estadísticamente significativa, ya que el valor de p es menor a 0.05. (Ver tabla 14)

Al establecer la adherencia al tratamiento antihipertensivo con el régimen terapéutico ($\chi^2=0.245$, $p=0.620$) y con la familia de antihipertensivo ($\chi^2=7.436$, $p=0.190$), se identificó que no hubo asociación estadísticamente significativa porque el valor de p es mayor a 0.05. (Ver tabla 15)

IX. DISCUSIÓN

Posterior al procesamiento de datos, y a la descripción de los resultados obtenidos, se procedió a realizar el análisis de los mismos, encontrándose lo siguiente:

En el caso de las variables sociodemográficas, la mayoría de los pacientes entrevistados (66%) tiene más de 55 años. Este dato coincide con los datos internacionales ya que está bien descrito que la hipertensión es una condición cuya prevalencia aumenta con la edad, ya que los individuos mayores de 55 años normotensos tienen un 90% de probabilidad de desarrollar hipertensión (FraminghamHeartStudy). Dicha prevalencia se explica por factores no modificables como la herencia, y modificables como el efecto acumulativo sobre el sistema cardiovascular del tabaquismo, el alcoholismo y la vida sedentaria.

El 81.4% de los pacientes son femeninos. De todos los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión es más frecuente en mujeres, según el estudio CAMDI realizado en 2003, de una tasa global de 25 % de adultos hipertensos hay una mayor prevalencia en el sexo femenino (28.8%). Si bien es cierto esta estadística de manera aislada no explica la relación de 4 a 1 a favor de las pacientes hipertensas, es importante recordar que en este país el sexo femenino tiene la característica de ser más responsable en lo que concierne al cuidado de su salud, en asistir más tempranamente a las clínicas al estar enferma y en tener más regularidad a la hora de asistir a sus citas en el programa de dispensarizados a diferencia de los varones.

El 58% de los pacientes no terminó el nivel primario de educación. Este dato permite inferir que la población en estudio en su mayoría es de bajo nivel socioeconómico y educativo, factores que no contribuyen a la adherencia al tratamiento.

El 70.6% de los pacientes es de religión católica y concuerda con la estadística nacional como religión predominante en el país. El 58.4% de los pacientes provienen del área rural del municipio de Rivas, debido a que parte de la muestra fue recogida en puestos de salud del área rural.

El 57.3% de los pacientes tenían más de 5 años de haber sido diagnosticados, esto debido a la cronicidad característica de la enfermedad.

En el caso del análisis del test de Morinsky-Green-Levine, se encontró que el 47% de los pacientes son adherentes al tratamiento antihipertensivo. En los antecedentes de esta investigación, hubieron cifras que oscilaron del 32% en Perú, hasta un 77% en Pakistán. Se considera que el valor obtenido en este municipio es elevado tomando en cuenta el bajo nivel educativo y socioeconómico, así como la mayoría de pacientes que vienen del área rural. La cifra obtenida es consecuencia de la conciencia creada en los pacientes de que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en la población adulta, y de que a mayor nivel de presión es mayor la probabilidad de eventos adversos como infartos o derrames cerebrales, lo que se puede contrarrestar tomando el medicamento antihipertensivo.

Al analizar los resultados del test de Batalla, útil para medir el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, se encontró que el 78% de los pacientes admitió que la hipertensión es una enfermedad para toda la vida, 1 de cada 5 pacientes desconoce la cronicidad de su condición y esto es probable que sea determinante para disminuir su adherencia al tratamiento. Sin embargo, el 88% de los pacientes mencionó que su condición se puede controlar con dieta y ejercicio, es decir existe conciencia en los pacientes que así como la mayoría de enfermedades cardiovasculares, la dieta balanceada y evitar el sedentarismo mejoran su condición. Al preguntar los órganos más frecuentemente afectados, la mayoría coincidió en el corazón, en segundo lugar mencionaron ojos y riñones. Sin embargo muchos pacientes desconocían que sus órganos eran afectados por

la hipertensión. Por tanto, si desconocen que la hipertensión afecta su salud, tienen una razón menos para adherirse a su tratamiento. Para concluir, solo el 28% de los pacientes tiene un adecuado nivel de conocimiento sobre su enfermedad, y esto es consecuencia de diversos factores como el bajo nivel educativo y una consejería deficiente sobre hipertensión por parte del personal asistencial.

Al estudiar la manera en que los pacientes reciben su tratamiento, solo el 52% admitió que lo reciben completo. Es decir la mitad restante de los pacientes ocasionalmente tienen que buscar su tratamiento por sus propios medios. En otras palabras, los pacientes provenientes de área rural y los de escasos recursos económicos quienes forman mayoría en esta muestra, tendrán menos adherencia al tratamiento por falta de recursos y por lejanía geográfica. Al preguntar si aquellos pacientes que no reciben su tratamiento, buscan la manera como completarlo, el 28% dijo que no lo hacen, casi un tercio de los pacientes que no reciben tratamiento completo no lo consiguen de otras maneras, lo que es una causa importante de no adherencia primaria. De los que si lo consiguen, la gran mayoría lo compran, y casi todos invierten menos de C\$ 200 al mes por ese medicamento, una cifra que aparenta ser poca pero es relevante al tomar en cuenta que aproximadamente el 60% de la población nicaragüense vive con un dólar o menos al día.

Dando continuidad a la descripción del panorama económico de la población estudiada, el 40% mencionó que no cuentan con los recursos económicos para sustentar las necesidades básicas de su familia, y el 30 % de ellos no tiene la disponibilidad económica para trasladarse desde su hogar hasta el sitio de consulta. Es decir que para casi la mitad de los pobladores, la escasez de recursos económicos fue un factor que pudo influir negativamente en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, porque no pueden comprar el medicamento cuando lo reciben incompleto, y en ocasiones porque no pueden trasladarse a su unidad de salud para retirarlo.

Al analizar si los pacientes recibían ayuda y motivación por parte de sus familiares para cumplir el tratamiento, poco más de la mitad de los pacientes admitió recibirla. Es decir, la otra mitad de los pacientes carecen del apoyo familiar necesario para poder afrontar su enfermedad, la manera de prevenirla, el comotratarla y por ende prevenir sus complicaciones. Entre menos apoyo familiar la probabilidad de adherencia tiende a ser menor.

En cuanto a la pertenencia a grupos de apoyo, la mayoría de los pacientes no pertenecen a ninguno. La importancia de estos es que es reconocido que los grupos de apoyo son útiles para que los pacientes conozcan más sobre su patología, basados en la experiencia y ayuda de pacientes que viven en condiciones de vida similares. Sin duda, para esta población en la cual el desconocimiento de la enfermedad es tan marcado, la falta de grupos de ayuda es un factor que disminuye la adherencia al tratamiento.

Se estudió la relación entre médicos y pacientes. La mayoría de los hipertensos admitió que su médico les habla en un lenguaje claro y sencillo, que reciben explicación sobre los resultados obtenidos con el tratamiento y que quienes les atienden responden a las inquietudes y dificultades sobre el tratamiento. De igual manera, la mayoría de los pacientes tuvo la oportunidad de manifestar aceptación por el medicamento prescrito. En conclusión, los pacientes refirieron que tienen una relación con sus proveedores de salud basada en la comunicación fluida, un elemento importante que favorece la adherencia de los pacientes al tratamiento antihipertensivo, ya que tienen la oportunidad de ser convencidos sobre la importancia de cuidar su salud.

Al analizar si los pacientes tenían dificultades dentro o fuera del hogar que les impidiera tomar su tratamiento, 1 de cada 5 de ellos dijo que sí, lo cual es un factor que influye de manera negativa en su adherencia, así como lo hace la ausencia de apoyo familiar. Fueron pocos los pacientes, 1 en 10, que tuvieron dudas sobre

como tomar su medicamento, sin embargo, esa fracción de la población disminuirá su adherencia por tal motivo.

Se investigó si los pacientes suspendían su tratamiento al sentirse mejor, casi 3 de cada 10 pacientes mencionó que si lo hacen. Este comportamiento puede explicarse por el desconocimiento del carácter crónico de la enfermedad, evidenciado en los resultados del test de Batalla. De igual manera se puede explicar por el hecho de que los pacientes creen que su tratamiento es para resolver un síntoma y no estabilizar su presión arterial. Otro dato interesante es que al preguntar nuevamente sobre si los pacientes conocían las complicaciones de tener la presión alta, 1 de cada 5 de ellos admitió no saberlas, sin embargo, la gran mayoría de los hipertensos admitió que está convencida de los beneficios del tratamiento y por eso lo seguirán tomando, además de que están interesados en su condición de salud. Casi todos los pacientes alegaron que perciben que mejoran cuando toman el tratamiento.

Al indagar sobre los factores psicológicos que determinan el comportamiento de los pacientes sobre la toma de su tratamiento, solo el 9% de los pacientes mencionó que no tomaba su tratamiento por pereza, pero cuando se preguntó si dejaba de tomarlo porque lo olvidaba, casi 2 de cada 5 pacientes dijo que si, es decir en esta población la desorganización en los horarios de toma de medicamento se llevó de la mano con la pereza para lograr que casi la mitad de la muestra disminuyera su adherencia al tratamiento.

En cuanto a la presencia de efectos indeseados, fueron muy pocos los pacientes que suspendieron su tratamiento por dicha causa. De igual manera fueron muy pocos los pacientes que dejaron de tomar su medicamento al pensar que su enfermedad no es importante, ambos factores no debieron ser tan determinantes para disminuir la adherencia de los pacientes a su tratamiento.

Se estudiaron las características clínicas de los pacientes del estudio y se encontró que la mayoría tienen un estadio 1 de HTA de acuerdo a la clasificación de JNC-VII.

En el caso del Índice de Masa Corporal, sólo 1 de cada 5 pacientes tiene un peso normal, los restantes en su mayoría (78%) tienen sobrepeso u algún grado de obesidad. Lo que indica que en esta población de pacientes, una de las principales medidas no farmacológicas para regular sus niveles de tensión arterial, según los distintos protocolos, no está siendo cumplida. Esto refleja un bajo nivel de adherencia al tratamiento no farmacológico, algo que influye en el control de las cifras tensionales. Las causas principales pueden ser una dieta poco balanceada e hipercalórica, así como una vida sedentaria.

Al estudiar el nivel de control de la presión de los pacientes del centro de salud, un poco más de la mitad de los pacientes tuvieron un nivel de tensión arterial adecuado. El resto de los pacientes tenía cifras hipertensivas. Esto significa que una gran parte de esta población, a pesar de haber sido diagnosticados y haber empezado un tratamiento antihipertensivo, su descontrol puede deberse a dosis subóptimas de medicamento, bajo nivel de adherencia al tratamiento y en menor medida al no seguimiento de medidas no farmacológicas como la pérdida de peso y realizar ejercicio. Según la OMS, hasta un 75% de los pacientes no tienen un control óptimo de sus niveles tensionales, debido al deficiente nivel de adherencia al tratamiento, sobre todo después de un año de tratamiento, por lo que para ésta población, para el nivel de adherencia obtenido, que más de la mitad de los pacientes tenga niveles adecuados de presión arterial es un logro importante.

La mayoría de los pacientes utilizan monoterapia, y la familia más utilizada fueron los IECA, en la mitad de los pacientes. Esto es importante porque obedece a las recomendaciones de los diferentes protocolos en cuanto al manejo de la HTA y el uso de IECA como una de las principales alternativas. De igual manera la monoterapia se caracteriza por ser un esquema terapéutico poco complejo que

permite mayor adherencia por ser fácil de recordar y presentar menos reacciones adversas.

En relación a los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial:

Factores Demográficos

La edad constituye un papel fundamental en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, como lo demuestran los estudios realizados por Puigventos et al. (10) y Vik et al. (11), los cuales encuentran que al incrementarse la edad existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas. De forma similar DiMatteo et al. (20), encuentra que en ancianos, influye el déficit cognitivo, el olvido y la incapacidad para leer etiquetas y prospectos. La vejez constituye una limitación económica y una física (dificultad para tragar, confusión de dosis, etc.), por la aparición y desarrollo de múltiples enfermedades. En el presente estudio el 34.4 % de los no adherentes eran mayores de 55 años, sin embargo esta asociación no fue estadísticamente significativa ($p= 0.741$).

Si bien no se encontró diferencias entre los grupos, probablemente la explicación está dada por la pertenencia de la mayoría de los pacientes a este grupo de edad (66.6 %).

Tanto en pacientes adherentes como no adherentes predomina el sexo femenino sin que se presenten diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p= 0.426$). Los resultados encontrados en los diferentes estudios son mixtos; Muchas investigaciones registran mayor adherencia en los hombres respecto a las mujeres. Mill y Díaz, destacan que las mujeres, por los múltiples roles que desempeñan en la sociedad hacen caso omiso de su enfermedad y a las prácticas de autocuidado. Otros como Sicras-Mainar et al (22) no encuentran asociación entre el sexo femenino y cumplimiento del tratamiento.

En el presente estudio el 81.4 % de los pacientes eran del sexo femenino, se aprecia que existen diferencias muy marcadas en cuanto a la participación de mujeres en relación a los hombres, lo cual puede estar asociado a la afluencia preferentemente de mujeres, por su idiosincrasia y sociocultura, se dedican al cuidado del hogar o de los hijos teniendo más tiempo para visitar los servicios de salud; mientras que los hombres tienen mayores dificultades para pedir ayuda, su disposición para acudir a un consultorio médico, es cuando su enfermedad o dolencia ha llegado a imposibilitar sus actividades físicas normales.

Con respecto al estado civil y la adherencia al tratamiento, hubo similar comportamiento en el grupo de los adherentes y los no adherentes, la mayoría con parejas (16.7% y 36.2%). La estabilidad familiar y el acompañamiento aseguran el cumplimiento del tratamiento. Coca (14) y De la Figueroa (15), en sus estudios reportan menor adherencia en pacientes que viven solos o que mantienen relaciones deficientes. En el presente estudio no hubo asociación estadísticamente significativa ($p= 0.414$), el estar casados o acompañados no implica que la pareja del enfermo le apoye, además a mayor edad del conyugue se espera edad similar en su pareja, con las mismas limitaciones de la vejez.

Factores Socioeconómicos

En el grupo de pacientes adherentes y en el de no adherentes, predomina un bajo nivel educativo (primaria incompleta, 16.1% y 19.7%), la OMS (12) reporta que el analfabetismo y bajo nivel académico predisponen a la falta de adherencia al tratamiento. Los pacientes que apenas sabían leer o no lograron siquiera terminar su primaria, tienen menos conocimientos en cuanto al cuidado de su salud, de su enfermedad y de las medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas para un adecuado control de sus valores de presión arterial. Quien estudió menos, tiene menos probabilidad de informarse sobre la importancia de cuidar su salud, así como de tener un buen empleo que le permita autofinanciar el medicamento cuando este no este enteramente disponible en la unidad de salud. En el presente

estudio no se pudo establecer relación estadística significativa ($p= 0.369$) entre el nivel escolar y la adherencia, por la homogeneidad académica de los pacientes inscritos en el programa de hipertensión.

Al investigar el nivel de adherencia según la procedencia de los pacientes, en el grupo de los no adherentes el 34.8 % era de procedencia rural, la asociación fue estadísticamente significativa ($p= 0.010$). En el municipio de Rivas, en el 29,16% de las comarcas rurales, los pobladores deben caminar largas distancias (2-3km) para tomar el bus que entra una vez por día a dicha comarca, siendo esto evidencia de la dificultad en el transporte y acceso para los pacientes de zonas rurales. Esto se explica debido a que el paciente que viene del área rural invierte más recursos (muchas veces no disponibles) para acudir a sus unidades de salud, invierte más tiempo para ir a consulta, recorren una mayor distancia para acceder a las unidades de salud, gasto adicional en transporte en numerosas ocasiones no tiene el suficiente poder adquisitivo para adquirir medicamentos en caso de que no esté disponible en su unidad de salud

No hubo diferencia significativa en cuanto al nivel de adherencia entre aquellos pacientes que reciben siempre su medicamento completo y quiénes no. Sin embargo los pacientes que no recibían de forma completa el tratamiento, y debían buscar completarlo, en el grupo adherente lo hace el 40.5% frente al 6.5 % que no busca, en comparación al grupo no adherente donde fue 31. 5% frente a 21. 5 %. Encontrándose asociación estadística significativa ($p= 0.000$). El nivel de adherencia aumentaba cuando la manera de conseguirlo era comprándolo, incluso más que cuando era recibido por un familiar, lo que refleja que los pacientes más adherentes fueron los que tenían mayor disponibilidad económica.

Los pacientes que invertían menos de 200 C\$ al mes, como era de esperarse, resultaron ser más adherentes al tratamiento que quienes invirtieron cifras mayores. ($p=0.000$). La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye como

factor, con efecto considerable sobre la adherencia, el costo elevado de la medicación.

Sin embargo, en cuanto a la disponibilidad económica de la familia del paciente para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación), en su mayoría tanto los pacientes adherentes como no adherente manifiestan las satisfacen. De igual manera manifestaron contar con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta. No se encontró asociación estadística significativa entre estos dos factores y la adherencia al tratamiento.

Según el análisis realizado por la OMS, la falta de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria, que pone a los pacientes en la posición de 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. De tal manera que el aporte de tratamiento completo por parte de la unidad de salud representa un factor importante para cumplir el tratamiento. Sin embargo no se puede descartar que la falta de búsqueda para completar el tratamiento este influenciado no solo por factores económicos, sino por factores psicológicos del paciente.

Estudios revelan que involucrar a la familia permite apoyar los esfuerzos del paciente para controlar la HTA. La adherencia al tratamiento en un alto porcentaje de hipertensos se asocia al apoyo de la familia. Según Brannon (41), “uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el apoyo de la familia y de los amigos”. De forma similar a los hallazgos de Roh (36), Schnall (37), Marín y Rodríguez (19), en el presente estudio se encontró asociación estadística significativa ($p= 0.018$) entre el apoyo de familiares y amigos y el cumplimiento del tratamiento. El grupo de pacientes inadherentes en su mayoría son mayores de 55 años, las disfunciones propias de la vejez infiere en el incumplimiento del tratamiento, por el olvido, dificultad para leer etiquetas y

prescripción, confusión, comorbilidades, por lo cual el apoyo de la familia y amigos en el seguimiento del régimen terapéutico es fundamental.

Sin embargo, el apoyo puede ser no solo de carácter familiar, sino por medio de grupos de autoayuda. Las reuniones en pequeños grupos (Intervenciones grupales) brindan nuevas posibilidades al trabajo de educación en salud, refuerzan el mensaje individual recibido en la consulta, que se enriquece con la participación activa y responsable de las personas a las que van dirigidas. (Correa, 35; Gutiérrez, 38). Los resultados reportan asociación estadística significativa ($p=0.003$) entre la participación en grupos de apoyo y la adherencia al tratamiento.

Factores relacionados con el sistema de salud y el personal sanitario

La ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. En el presente estudio la mayoría de los pacientes adherentes como los no adherentes refieren que reciben información de cómo cumplir el tratamiento y perciben esta información como suficiente. De manera similar, los pacientes de ambos grupos, manifiestan que el personal asistencial responde a las inquietudes que surgen sobre el seguimiento de su tratamiento y el lenguaje usado por el personal sanitario para brindar información es claro y sencillo. No se encontró asociación estadística significativa entre estos tres factores y la adherencia al tratamiento.

Si bien los pacientes refieren que reciben información suficiente en un lenguaje comprensible y reciben respuesta a sus dudas, los resultados del test de batalla y el abandono del tratamiento al mejorar síntomas o el solo tomarlo cuando se sienten mal, nos demuestran que este conocimiento quizás no fue suficiente para comprometer al paciente a tomar su tratamiento, por el poco tiempo asignado a la consulta o por el número de pacientes vistos al día. La muestra de este estudio, son en su mayoría adultos mayores, este conocimiento sobre la enfermedad, sus complicaciones y el seguimiento del tratamiento, debe ser permanentemente

reforzado, considerando las capacidades cognitivas, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y las percepciones de la enfermedad, a través de mensajes claros, específicos y bien estructurados se puede traspasar el manejo de la enfermedad hacia el paciente y lograr mayor adherencia.

Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento. En cuanto a la participación en la aceptación del tratamiento prescrito, tanto en el grupo adherente como el no adherente, los pacientes participaron en la aprobación (39.1 y 42.1 % respectivamente). No hay asociación estadística significativa ($p= 0.249$).

Factores relacionados con el paciente

Es necesario precisar que el paciente toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera que cree que debe hacerle frente. Por lo tanto, no se le debe considerar un mero cumplidor de las prescripciones médicas, sino una persona que toma decisiones autónomas y con el cual el médico debe establecer una alianza para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos.

La mayoría de pacientes en ambos grupos refiere interés en su condición de salud y su cuidado. No se encontró asociación estadística significativa ($p= 0.231$) con la adherencia terapéutica. Se observa que el paciente incumplidor, es una persona que tiene deseos y ganas de cumplir con las indicaciones médicas, pero le falta fuerza de voluntad para crear un ritmo de vida disciplinado en el que pueda comprometerse y ser responsable consigo mismo para tomar su medicación, lo que se comprueba al comparar el grupo adherente con el no adherente, en el último, es mayor la proporción de pacientes que perciben que sus diversas ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento, no lo siguen por falta de tiempo y les da pereza tomar su tratamiento (asociación

estadística significativa). Esto se debe a que los pacientes con menos ocupaciones tuvieron más tiempo libre, menos estrés y responsabilidades que dieron más oportunidad para el autocuidado.

En cuanto a las suspensión del tratamiento al percibir mejoría clínica, los pacientes adherentes el 3.6% suspende tratamiento al sentirse mejor, el 43.4% no. Los pacientes no adherentes, el 24.7% suspende al mejorar síntomas, el 28.3% no. Con asociación estadística significativa ($p= 0.000$). El grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad le permite ser consciente de la necesidad de tomar su medicación, ya que está consciente que padece una enfermedad crónica la cual no se podrá curar, no obstante si controlarse y que el tratamiento es permanente. Al ser inadecuado este conocimiento, suspenden el tratamiento al percibir mejoría.

Los pacientes adherentes al tratamiento, el 1.8% manifestó que solo toma el tratamiento cuando se siente mal, mientras que los pacientes no adherente fue un porcentaje mayor (16.1%). Encontrándose asociación estadística significativa ($p= 0.000$). Ross (17), demuestra en su estudio que una amplia mayoría de los pacientes hipertensos manifiestan percibir “síntomas” que “señalan” su nivel de TA y que utilizan como guía para la toma de su medicación, a pesar de haber sido instruidos por el personal sanitario acerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad. Granados Gámez (16), en su estudio titulado “Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial” en el año 2006, resalta la tendencia de los pacientes hipertensos a dejar el tratamiento motivados por la falta de síntomas y a retomarlos ante la aparición sugestiva de presión elevada, resultados similares a los hallados en nuestro estudio.

La percepción de gravedad no resulta menos relevante, el 6.1% de los pacientes no adherentes al tratamiento lo suspendieron debido a que opinan que su enfermedad no es importante, en comparación al 0.4% de los pacientes

adherentes. Con asociación estadística significativa ($p= 0.000$). Los resultados alcanzados en relación con la amenaza o vulnerabilidad ante las complicaciones de la HTA demostraron que este grupo no tiene establecido, en sus creencias en salud, la percepción individual de riesgo tan necesaria en el logro de la adherencia al tratamiento, ya que a mayor percepción de vulnerabilidad personal se asocia un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas. La percepción de amenaza y vulnerabilidad producen una fuerza que lleva a la conducta, o sea, a emprender la acción; la efectividad de las recomendaciones de salud o terapéuticas a realizar que pudieran llevar al paciente a sentir los beneficios del tratamiento, depende mucho de sus creencias.

Cuando el paciente percibe lo grave de la enfermedad o se siente enfermo, tiene mayor probabilidad de cumplir la terapia, probabilidad que aumentará, si percibe que el tratamiento que le ha sido indicado será beneficioso. En ambos grupos, la mayoría de los pacientes perciben el tratamiento como beneficioso, sin embargo, no se presenta asociación estadística significativa entre este factor ($p= 0.499$) y la adherencia al tratamiento, lo cual puede deberse a que si bien perciben que el tratamiento es beneficioso, solo lo cumplen al sentirse mal y una vez que mejoran los síntomas, los suspenden.

La pobre adherencia puede ser resultado de un escaso conocimiento y entendimiento del régimen prescrito, tal como concluyeron Dunbar y colaboradores (31), en un estudio que demostró que dos tercios de los pacientes incluidos olvidaron su diagnóstico y las explicaciones del tratamiento inmediatamente después de la consulta con el médico. En el presente estudio, en el grupo adherente, el 2.9% de los pacientes tiene duda sobre el régimen terapéutico, el 44.1 % no; mientras que en el no adherente, el 12.2% tiene dudas, el 40.9 % no. Con asociación estadística significativa ($p= 0.000$). Esto revela que en realidad los pacientes no tuvieron una asesoría adecuada por parte de los prestadores de servicios de salud sobre como tomar el tratamiento ya que es a través de esta consejería que se eliminarían estas dudas. Los modelos de

creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, y esté convencida de la eficacia de la intervención (Amigo, Fernández & Pérez, 1998, citados por Correa et al. 35)

Respecto al conocimiento sobre las complicaciones de las HTA, en ambos grupos, la mayoría de pacientes manifiesta conocerlas. No se encontró asociación estadística significativa entre el conocimiento de las complicaciones y la adherencia al tratamiento. Este hallazgo es contradictorio con los resultados del test de Batalla, donde el 72% de la muestra presento resultados negativos, no lograban mencionar al menos dos órganos que se ven afectados por la enfermedad, lo que hace suponer que este dato no es certero.

El 33.0% del grupo no adherente no toma el medicamento porque se le olvida, mientras que en el grupo adherente solo el 3.9%. Con asociación estadística significativa ($p= 0.000$). El olvido podría verse asociado por distintos factores, tales como la edad avanzada, estrés del trabajo o las labores domésticas que se realizan, falta de apoyo de familiares para recordar a los pacientes el horario de su tratamiento. Todo esto lleva al paciente a no tomar su medicamento en todo el día y en otras si bien lo toma, lo hacen en la hora no indicada provocando discontinuidad de la concentración plasmática del fármaco, afectando su efectividad.

Batalla adherente

El test de batalla interroga el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, en el grupo no adherente un alto porcentaje presento un resultado negativo, la asociación estadística resulto significativa ($p= 0.012$).

Martin A (4), afirma, que es aproximadamente dos veces más probable, que se incremente la no adherencia en las personas que no tienen conocimientos adecuados de su enfermedad que en aquellas que sí los tienen. Estos resultados muestran claramente que el conocimiento de la enfermedad contribuye a la percepción de su gravedad y resulta un aspecto fundamental para lograr la adherencia y el control de la misma.

El hecho de no conocer que la HTA es una enfermedad crónica, sus principales complicaciones y su control con medidas no farmacológicas y farmacológicas, provoca que el paciente suspenda el tratamiento al percibir mejoría ya que cree se curó, clasifica la enfermedad como no importante al no conocer sus riesgos y no le permite valorar los beneficios del tratamiento. Esto implica la necesidad de reforzar la educación acerca de lo que significa una enfermedad crónica, pues se sabe que el cumplimiento terapéutico disminuye con los años y un enfermo que aún no está adaptado a esta condición, puede tener menos posibilidades de seguir las indicaciones en un largo plazo; comunicar con lenguaje claro y sencillo las complicaciones de la enfermedad, la importancia de las medidas terapéuticas y como seguirlas.

Factores relacionados con la enfermedad

La adherencia al tratamiento hipertensivo no tuvo diferencia estadísticamente significativa según el estadio de hipertensión arterial de los pacientes, tampoco tuvo una variación importante en dependencia del índice de masa corporal. El IMC de la mayor parte de los pacientes se encuentra en sobrepeso y obesidad primer grado, lo que significa que no siguen los regímenes dietéticos recomendados, lo que podría generar a largo plazo un factor concomitante para el desarrollo de otras patologías asociadas a sobrepeso e hipertensión, tal como el síndrome metabólico, lo que conllevará a corto plazo a la polifarmacia, y con ello a una mayor probabilidad de reacciones adversas medicamentosas, y al uso de

esquemas terapéuticos de mayor complejidad, lo cual disminuye la adherencia al medicamento.

En los pacientes que no fueron adherentes hubo menor control de las cifras de tensión arterial ($p= 0.010$). Por tanto, es evidente la eficacia del tratamiento hipertensivo para esta población, y lo determinante que es mejorar la adherencia en estos pacientes para prevenir complicaciones cardiovasculares.

La importancia de la adherencia en la obtención de resultados clínicos ha sido documentada por DiMatteo (20) y colaboradores. En un meta-análisis de 63 estudios, plantearon que la adherencia al tratamiento, comparada con la no adherencia, reduce en 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo, y que la oportunidad de tener un buen resultado clínico, si el paciente es adherente, es casi tres veces la oportunidad que en pacientes no adherentes. Adicionalmente, estima que de 100 pacientes adherentes, 63 tendrán buenos resultados clínicos y 37 resultados pobres o nulos, comparado con un 50/50 en los pacientes no adherentes.

La presencia de enfermedades concomitantes no aumentó ni disminuyó la adherencia al tratamiento antihipertensivo, elemento que ha sido abordado en otros estudios y determina que a medida que aumenta el número de enfermedades en un paciente y la cantidad de medicamento que consume, disminuye la adherencia por la presencia de múltiples dosis de medicina, el aumento de las reacciones adversas e interacciones medicamentosa, la escasa tolerabilidad gastrointestinal, etc. En esta población, puede que la cantidad de pacientes con otras morbilidades fue muy poca con respecto a los que solo son hipertensos, por lo que no se pudo establecer una mejor comparación en cuanto a términos de adherencia. Una situación similar sucedió al evaluar la presencia de los hábitos tabáquico y alcohólico en esta población, fueron muy pocos los pacientes que admitieron que fumaban y ninguno de ellos tomaba alcohol, hecho que puede deberse, en parte, a la edad promedio elevada de los participantes.

Respecto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad tanto en el grupo adherente como en el no adherente, tiene 5 o más años de haber sido diagnosticado, no se presenta asociación estadística significativa ($p= 0.720$). Según estudios analizados previamente, aquellos pacientes con menor tiempo de haber sido diagnosticados, presentaron mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo, debido a un mayor entusiasmo por cumplir la terapia recién iniciada, que aquellos pacientes con más de 5 años de haber sido diagnosticados, debido a que con el tiempo estos pacientes pierden interés en cumplir los esquemas terapéuticos, por el carácter crónico y asintomático de la enfermedad.

Factores relacionados con el régimen terapéutico

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: los olvidos simples en la toma de la medicación, la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos.

Mientras más complejo sea un tratamiento –si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios– más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con mono-dosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multi-dosis, y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados.

En el presente estudio no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre quienes utilizaron monoterapia y terapia combinada. Este dato es interesante debido a que en otros estudios los pacientes con terapia combinada tienen menos adherencia por el uso de múltiples dosis y el aumento de las reacciones adversas

medicamentosas. En esta población muy probablemente la terapia combinada no disminuyó la adherencia debido al uso de combinaciones sencillas (IECA y diurético) y en muchas ocasiones con esquema mono-dosis de ambos fármacos.

La familia más utilizada por estos pacientes fueron los IECAS y en segundo lugar los betabloqueantes. El tipo de familia utilizada no fue determinante para aumentar o disminuir la adherencia, pues no hubo una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y el grupo farmacológico.

Por último encontramos la presencia de algún efecto adverso relacionado a la toma de sus medicamentos, en el grupo adherente el 1.1% abandono tratamiento por efectos indeseados, en el grupo no adherente el 5.4%. Con asociación estadística significativa ($p= 0.008$). Los efectos no deseados, como el deseo de orinar más frecuentemente, tos, etc., situaciones que provocan a la larga la decisión de evitar la ingesta de los medicamentos y ahorrarse las molestias de la enfermedad. Sobre todo en el adulto mayor, la ingesta de medicamentos y la ocurrencia de efectos secundarios, deben ser permanentemente valorados por el equipo de salud, para ir adecuando el tratamiento integral a las necesidades diarias del paciente.

X. CONCLUSIONES

1. La muestra en estudio en su mayoría fue femenina, de 65 o más años de edad, provenientes de zonas rurales, viviendo en unión de hecho estable y de religión católica. En cuanto al nivel académico, la mayoría no completo la educación primaria.
2. La mayoría de los pacientes fueron tratados con monoterapia. La familia de fármacos más utilizados fueron los IECA's.
3. La mitad de los pacientes tienen un control óptimo de las cifras de presión arterial, incluyendo las tomadas al momento del estudio y en controles anteriores.
4. La prevalencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo fue de 47% de la muestra. Se determinó usando la prueba de Morinsky Green Levine.
5. El 72% de la muestra no tiene conocimiento adecuado de su enfermedad. Esto se evaluó mediante el test de Batalla. Un tercio de los pacientes no saben los órganos principalmente afectados por su condición y uno de cada 5 desconoce el carácter crónico de la enfermedad.
6. Entre los factores que determinaron una mayor adherencia al tratamiento, está la pertenencia de los hipertensos a grupos de apoyo para pacientes crónicos, así como el hecho de tener familiares que le brindaran ayuda y motivación para cumplir su tratamiento. De igual manera hubo mayor adherencia en los pacientes que al no recibir de manera completa el tratamiento en su unidad de salud, buscaron la manera de completarlo, ya sea comprándolo o recibéndolo de un familiar.
7. Los factores que influyeron en una menor adherencia al tratamiento fueron la residencia en el área rural, las dudas sobre como tomar el tratamiento, la sensación de mejoría o bien de efectos adversos como causa para suspender el medicamento, el hecho de no considerar su enfermedad como importante, así como la pereza.
8. El control óptimo de las cifras tensionales se asocia a la buena adherencia al tratamiento antihipertensivo.

XI. RECOMENDACIONES

A autoridades del Ministerio de Salud

Reforzar las políticas existentes sobre promoción, prevención y tratamiento de hipertensión arterial; a través de la implementación y cumplimiento de los club de prevención de enfermedades crónicas y normativas de nutrición, terapia física y tratamiento.

Ante el desconocimiento de la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial a nivel del país, realizar estudios a nivel nacional de prevalencia de adherencia a tratamiento antihipertensivo y factores asociados con el fin de tener un mayor control de los pacientes, disminuyendo así los costos que implica la atención en urgencias de complicaciones y su rehabilitación.

A Atención Primaria en salud

Promover y desarrollar grupos de apoyo dirigido a los pacientes con enfermedades crónicas y sus familiares con el objetivo de aumentar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su patología, aceptación de la enfermedad, cambios en el estilo de vida y apego al tratamiento farmacológico.

Invertir en campañas publicitarias de salud que promuevan hábitos de vida saludable, dirigidas a todos los grupos de edad, con el objetivo de prevenir las enfermedades crónicas, así como evitar las complicaciones de estas en la población que las padece.

Fortalecer el programa de atención de enfermedades crónicas no transmisibles, vigilando la asistencia a controles de seguimiento del tratamiento para lograr controles óptimos de presión arterial.

A las autoridades de la Facultad de Medicina de la UNAN, Managua

Implementar a través de asignaturas como Prácticas Médicas Comunitarios, y rotaciones como Atención Primaria en Salud, la incorporación en los diagnósticos comunitarios del estudio de las enfermedades crónicas y la adherencia al tratamiento aplicando los test Morinsky-Green-Levine y Batalla.

Al personal médico y de enfermería

Fortalecer la relación médico-paciente de manera que el paciente pueda incrementar el nivel de información y concientización de la enfermedad y su control de por vida y sobre todo de las implicancias de su tratamiento terapéutico.

A los pacientes

Tomar conciencia sobre el cuidado de su salud a través del conocimiento de su enfermedad, búsqueda de apoyo psicológico, cumplimiento de su cita y seguimiento y asumir responsabilidad sobre la toma de su medicamento.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Magda, Debs Giselle, García Reynaldo, Dueñas Alfredo. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana Enfermería*; 21(3).
2. Al-dabbagh, Samim A. Aswad, Sirwan M. Compliance of hypertensive patients to management in duhok governorate using morisky-green test. *Duhok Med J* 2010;4(1):28-39. Obtenido en: http://www.uod.ac/articles_files/no5.7.pdf
3. Apaza Argollo, Gaby Andrea. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - red Tacna febrero 2013. UNJBG/FACS/ESMH – 2013 Obtenido en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2
4. Basterra G. El cumplimiento terapéutico. (1999) *PharmCare España*; 1, pp. 97-106. Disponible en: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> el 26/09/09
5. Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E, Pérez A y col. (1984). Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 1 (4): 185-91. Extraído de: <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ2/docs/batalla.pdf>
6. Bertoldo Pamela MSc., y cols. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Universidad Católica de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. Agosto, 2013. Obtenido en: http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol47_4_13/far06413.htm
7. Brannon L, Feist J. Psicología de la salud. España Psicología de la Salud. España: Paraninfo ThomsomLearnig; 2002.p. 126.
8. Cáceres, F. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*; 7, pp. 172-80.

9. Carhuallanqui, Rolando, Diestra-Cabrera, Gabriela, et al. Adherence to pharmacotherapy in hypertensive outpatients attended at general hospital. *Revista Médica Herediana* v.21 n.4 Lima oct./dic. 2010.

Obtenido en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005

10. Casas Piedrahita, María Cristina, Chavarro Olarte, Liliana María. Adherencia a un Programa Estatal de Control de la Hipertensión Arterial. Estudio de Caso en dos Municipios de Colombia. 2010-2011. Trabajo de investigación para optar al título de Maestría en Salud Pública. Manizales, Universidad Autónoma, Facultad de Ciencia de la Salud Departamento de salud pública, 2012. Obtenido en: [http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Dorada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20\(1\)%20-%20copia.pdf](http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Dorada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20(1)%20-%20copia.pdf)

11. Coca A. (2005) Control de la hipertensión arterial en atención primaria en España: resultados del estudio controles. *Rev. Hipertensión*; 22, pp. 5-14.

12. Correa, D. E., Arrivillaga, M. & Varela, M. T. (2004). Conocimientos y creencias sobre hipertensión arterial presentes en usuarios de servicios de salud. *Pensamiento psicológico*; 3, pp. 41-58.

13. Costa FV. (1996). Compliance with antihypertensive treatment. *Clinical & Experimental Hypertension*, 18, 463-472.

14. Crespo Tejero N, Rubio Franco V.J, Casado Morales MI. (2000). Factores Modulares de la adherencia farmacológica en Hipertensión Arterial: estudio exploratorio. *Rev. Hipertensión*; 17 (1), pp. 4-8. Disponible en: http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_adherencia.pdf

15. De la Figuera M, Arnau J, Brotons C. (2002). Hipertensión arterial en atención primaria: evidencia y práctica clínica. *Barcelona: Euromedicine*.

16. Díaz Molina, Milena. Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos. Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana. Cuba. Cardiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Familiar y Atención Primaria. 21/10/2010 Obtenido en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2524/3/Adherencia-en-el-tratamiento-con-antihipertensivos>

17. DiMatteo M. R., Giordani P. J., Lepper H. S. y Croghan T. W. (2002) Adherencia de los pacientes y resultados de tratamiento médico: Un meta-análisis. *Medical Care*; 40(9), pp. 794-811. Disponible en: http://journals.lww.com/lwwmedicalcare/Abstract/2002/09000/Patient_Adherence_and_Medical_Treatment_Outcomes_.9.aspx
18. Donovan JL. (1995). Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int J Technol Assess Health Care*, 11, 443-455.
19. Dunbar JM, Agras WS. Compliance with medical instructions. En: Ferguson JM, Taylor CB (eds): *The Comprehensive Handbook of Behavioural Medicine*. New York, Spectrum Publications 1980.
20. Esposti LD, Di Martino M, Saragoni S, Sgreccia A, Capone A, Buda S, et al. (2004). Pharmacoeconomics of antihypertensive drug treatment: an analysis of how long patients remain on various antihypertensive therapies. *J Clinical Hypertension*; 6(2), pp. 76-84.
21. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee 2014 (JNC 8). *Clinical Review & Education Special Communication JAMA*
22. Fernández R. López G. Comas F. García C. Cueto E. (2003) Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*; 15 (1), pp. 82-87.
23. Freudenheim JL. (1993). A review of study designs and methods of dietary assessment in nutritional epidemiology of chronic disease. *Journal of Nutrition*, 123, 401-405.
24. García Tejera, MA (2007, abril). *Relación médico-paciente: adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm
25. Galvan F, Santiuste C. (1998). Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. *Med clin (Barc)*; 111, pp. 665 -7.

26. George J, Kong-David CM, Stewart K. (2007). Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J ChronObstructPulmon*, 2 (3), 253-262.
27. Gil V, Muñoz C, Martínez JL, Belda J, Soriano JE, Merino J. (1994). Estudio de los factores implicados en la no observancia terapéutica de pacientes hipertensos. *MedClin (Barc)*; 102, pp. 50-53.
28. Granados Gámez G, Gil Roales-Nieto J. (2005) Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*; 5, pp. 165-206.
29. Greenburg RN (1984): Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *ClinTher*, 6, 592-
30. Gutiérrez, J. (2001). Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. *Colombia médica*; 32, pp. 83-86
- 31- Gutiérrez-Angulo M.L. y cols. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Revista Calidad Asistencial. 2012; 27(2):72---77 Obtenido en: http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/2012/Revista%20Calidad%20Asistencial%20%202012.pdf
32. Hasford J. (1992). Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *J CardiovascPharmacol*; 20 (6), pp.30-S34.
33. Hawkshead J, Krousel-Wood MA. (2007). Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings: advantages and limitations. *Dis Manag Health Out*, 15(2), 109-118
34. Haynes RB. (1979). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. *Baltimore MD, Johns Hopkins University Press*.
35. Haynes RB: Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL (1979). *Compliance in health care*. Baltimore, Johns Hopkins University Press; pp 1-7.
36. Haynes RB, Taylor DW, SackettDL(1980). Can simple clinical measurements detect patients noncompliance? *Hypertension*, 2, 757-764.

37. Holguín Lyda, Arrivillaga Quintero Marcela, Cáceres Delcy, Varela María Teresa, Correa Diego. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial; 5(3), pp. 535-548.
38. Ingaramo, R y col. (2005). Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Revista de la federación argentina de cardiología*, 34(1), 104-111. Obtenido en <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
39. Información farmacoterapéutica de la comarca (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Intranet, 19 (1).
40. Lucher TF et al.(1985). Compliance in hypertension: facts and concepts. *Hypertension*, 3, S3-S9.
41. Mapes RE. (1977). Physicians' drug innovation and relinquishment. *Social Science & Medicine*, 11, 619-624
42. Marcela C, Cataldo O Hernan, Gonzales V. Carolina, Rivillo D. Marco, Vera P. Alfredo. (2007). Factores condicionantes de la baja adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial entre 20 y 64 años del CESFAM Buen Amigo de la comuna de San Felipe, durante el periodo Julio 2006 a Junio 2007, Universidad Austral de Chile. Mayo-Julio. Disponible en: <http://medicina.auch.cl/saludpublica/.../2/La%20Serena%202007/>
43. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública Méx*; 43, pp. 336-9.
44. Márquez, Boris. Seguimiento farmacoterapéutico sobre el control de la presión arterial en el centro asistencial de San Rafael las Flores departamento de Santa Rosa, Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Julio, 2012. Obtenido en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3338.pdf
45. Martín Alfonso Libertad. Adherencia al Tratamiento en hipertensos. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. 2009. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento de tesis para rcsp libertadfinal.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfinal.pdf)

46. Martín A y col. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública*; 33(3).
47. Mateos CR y Camacho AM. (1997). Incumplimiento de la prescripción en atención primaria en el medio rural. *Aten Primaria*, 19, 41-46.
48. Meichenbaum, D., y Turk, D.C. (1991). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1987)
49. Merino Garrido, Lorena. Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Tomarse la tensión, no disminuye la tensión. Centro de Salud Puerta de Arnedo. Académica-e. Repositorio institucional de la Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España. Trabajo Fin de Máster. Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios, 2013. Obtenido en: <http://academica.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7803/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Lorena%20Merino.pdf?sequence=1>
50. Mendoza Sara, Muñoz Mónica, Merino José, Barriga Omar. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Méd Chile*; 134, pp. 65-71. Tomado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n1/art09.pdf>.
51. Ministerio de Salud (2004). *Protocolo de atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus*. Nicaragua MINSA.
52. Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud (2013). *Informe de gestión en salud 2012*. Managua: MINSA. Disponible en: www.minsa.gob.ni
53. Morisky DE, Green LW, Levine DM. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *MedCare*, 24, 67-74.
54. National High Blood Pressure Education Program (2004). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication

55. National Co-ordinating Centre for NHS service delivery and organization (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. London. Department of Public Health Sciences, King's College
56. NoguésSolán X, Sorli Redó ML, Villar García J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *AnMed Interna (Madrid)*, 24 (3),138-141. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>
57. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, Benson J, Blair J, Bowser A, Clyne W, Crome P, Haddad P, Hemingway S, Horne R, Johnson S, Kelly S, Packham B, Patel M, Steel J (2009). Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. *London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners*.
58. Ocampo, R. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos. Informe de proyecto de línea en Atención Farmacéutica. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2010.
59. OPS. Atención Farmacéutica de pacientes con hipertensión arterial en las Farmacias (AF/HTA). Proyecto de intervención farmacéutica. Foro Farmacéutico de las Américas y OPS/OMS. Washington DC. 2004.
60. Organización Mundial de la Salud. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; 2003.
61. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción. OMS 2004, XI: 111-118. Extraído de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
62. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
63. Organización mundial de la salud (2013). *Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de*

salud pública mundial. WHO. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1

64. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Magnitud, Distribución y Tendencias de la Mortalidad en: Salud en las Américas. Washington DC: OPS.

65. Organización Panamericana de la Salud Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI) (2009). *Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Belice, San José, San Salvador, Ciudad de Guatemala, Managua y Tegucigalpa*

66. Ortego Maté, MC. (2004). La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. *Educare21*, 8. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm>

67. Orueta SR. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*; 2(29), pp. 40-45.

68. Palop Larre V, Martínez Mir I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28 (5), 113-120. Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>

69. Paterson DL, Potoski B, Capitano B. (2002). Measurement of adherence to antiretroviral medications. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 31 (3), S103-S106.

70. Peralta, ML y col. (2008). Adherencia al tratamiento. Artículo de revisión. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 17 (III).

71. Pérez Inglés, David; Revé Urgellés, Melva Rosa; Pérez Inglés, Nielys. Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. *Revista 16 de Abril. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo*, 2011.

Obtenido en <http://www.16deabril.sld.cu/rev/247/ao3.html>

72. Pineiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. (1997). Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria*, 19, 372-5.

73. Puigventos F, Llodrá V, Villanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza-Rey J, Serra J, et al. (1997). Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial: 10 años de publicaciones en España. *Medicina clínica.*; 109, pp.702-06.
74. Rand CS. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72: 68D-74D.
74. Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *ArchInternMed*. 1997;157:2413-2446.
75. Rodríguez, R. (1994). Programa psicológico para la modificación de factores psicosociales y comportamentales que constituyen un riesgo de hipertensión arterial esencial en pacientes que asisten a la consulta externa del hospital San Juan de Dios. *Psicología de la salud en Colombia*; 3, pp. 188-204.
76. Rodríguez Chamorro, MA, García-Jimenez E, Amariles P, Rodríguez A y Faus MJ (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*, 40 (8), 413-7. Disponible en: http://www.atencionprimaria.imib.es/docmanager/Revision_Test_Incumplimiento_en_Atencion_Primaria.pdf
77. Roh, Y, S. (2005). Modeling adherence to therapeutic regimens in patients with hipertensión. *The Journal of Nurses Academic Society*; 35(4) pp., 737-744.
78. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*; 18, pp. 607-13.
79. Sackett DL et al. (1975). Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1, 1205-1207.
80. Salcedo, Cinthya. "Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud de Huanchaco - provincia trujillo departamento de la libertad Noviembre 2010 – enero de 2011".

Trujillo, Perú, 2011. Obtenido en: <http://es.scribd.com/doc/133036205/Adhere-Nci-A>

81. Saman K. Hashmi, Maria B. Afridi, Kanza Abbas. Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. March 14, 2007 DOI: 10.1371/journal.pone.0000280 Obtenido en:

<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0000280>

82. Schnall, E. (2005). Social Support: A role for social work in the treatment and prevention of hipertensión. *Einstein Journal of Again and Physical Activity*; 13, pp. 395-408.

83. Sicras-Mainar A, Fernández-Bobadilla J, Rejas-Gutiérrez J, García-Vargas M. (2006). Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacient. *Anales Medicina Interna*; 23(8). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v23n8/original2.pdf>

84. Silva Germán Enrique, Galeano Esmeralda, Correa Jaime Orlando. (2005). Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Col*; 30(4), pp.268-273. Disponible en:

<http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.js?Cve=163113820004>

85. Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Hamilton Fernández, Ana Milena Gaviria, Fransenith Chavarría, Oscar Orozco. (2006). Apoyo social y adherencia al Tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial. *Informes psicológicos*; 8, pp. 89 – 106.

86. Tapia Muñoz, JA. (2006). *Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten 2005*. Tesis de grado como parte de los requisitos para optar al grado de licenciado en Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia-Chile. Obtenido en:

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>

87. Turner BJ. (2002). Adherence to antiretroviral therapy by human immunodeficiency virus-infected patients. *J InfectDis*, 185 (2), S143-S151.

88. Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Ferández ML, León M. (1997). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Aten Primaria*, 10, 767-70.
89. Varela Arévalo María Teresa. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*; 7 (14) , pp. 127-140.
90. Vilaplana Pérez C., González Javier F., Ordoñana Martín J.R. (2012). Revisión. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *Pharm Care Esp*, 14(6), 249-255. Disponible en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97/92>
91. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. Pharmionic Research Center, Rue des CyclistesFrontière 24, 4600 Visé, Belgium. *BMJ*. 2008 May 17;336(7653):1114-7. doi: 10.1136/bmj.39553.670231.25. Epub 2008 May 14. Obtenido en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18480115>
92. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. (2004). Measurements, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacotherapy*; 38, pp.303-12.
93. Wilson HG.(2004). Adherence or compliance?Changes in terminology. *Ann Pharmacother*, 38,161-162.

ANEXOS

ANEXO No1

TABLAS

Tabla N° 1

Características sociodemográficas de los Pacientes Hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
25-34	7	2.5
35-44	32	11.5
45-54	54	19.4
55-64	86	30.8
65 o más	100	35.8
Total	279	100.0
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	227	81.4
Masculino	52	18.6
Total	279	100.0
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sabe leer y escribir	62	22.2
Primaria Incompleta	100	35.8
Primaria Completa	51	18.3
Secundaria Incompleta	34	12.2
Secundaria Completa	17	6.1
Técnico Superior	6	2.2
Universidad	9	3.2
Total	279	100.0
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	69	24.7
Acompañado	95	34.1
Casado	83	29.7
Divorciado	8	2.9
Viudo	24	8.6
Total	279	100.0
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	197	70.6
Evangélico	70	25.1
Otro	12	4.3
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	116	41.6
Rural	163	58.4
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 2

Características clínicas de los pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Estadio de HTA	Frecuencia	Porcentaje
I	192	68.8
II	87	31.2
Total	279	100.0
Tiempo de Diagnóstico (años)	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	11	3.9
1-4 años	108	38.7
5 a más años	160	57.3
Total	279	100.0
IMC	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	1	.4
Normal	59	21.1
Sobrepeso	98	35.1
Obesidad 1	81	29.0
Obesidad 2	31	11.1
Obesidad mórbida	9	3.2
Total	279	100.0
Enfermedades Asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Dislipidemia	5	1.8
Obesidad	35	12.5
Diabetes Mellitus	80	28.7
EPOC	7	2.5
Otros	87	31.2
Diabetes y Dislipidemia	1	.4
Ninguna	64	22.9
Total	279	100.0
Tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	3	1.1
ninguna	276	98.9
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 3

Distribución según el régimen terapéutico de los pacientes atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Tipo de terapia	Frecuencia	Porcentaje
Monoterapia	202	72.4
Terapia Combinada	77	27.6
Total	279	100.0
Familia de antihipertensivo	Frecuencia	Porcentaje
IECA	154	55.1
Beta-bloq	41	14.7
BCC	1	0.4
Diuréticos	2	0.7
ARA2	6	2.2
Combinación	75	26.9
Total	279	100.0
Pacientes que han dejado de consumir su medicamento por un efecto indeseado	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	6.5
No	261	93.5
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 4

Distribución según si los pacientes atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, tienen o no control en sus cifras de tensión arterial, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

HTA controlada	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	54.5
No	127	45.5
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 5

Distribución de los Pacientes hipertensos según respuesta al Ítem 1, 2, 3 y 4 del Test de MGL de los pacientes hipertensos que son atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

ITEM 1: Olvida tomar el medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Si	103	36.9
No	176	63.1
Total	279	100.0
ITEM2: Toma Medicamento a la Hora indicada	Frecuencia	Porcentaje
Si	206	73.8
No	73	26.2
Total	279	100.0
ITEM3: Deja de tomar medicamento al sentirse bien	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	29.4
No	197	70.6
Total	279	100.0
ITEM4: Deja de Tomar medicamento si alguna vez le sienta mal	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	8.6
No	255	91.4
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 6

Distribución según el Resultado del Test de Morinsky-Green-Levine de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Resultado del Test de Morinsky-Green-Levine	Frecuencia	Porcentaje
Adherente	131	47.0
No adherente	148	53.0
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 7

Distribución según el Resultado de cada una de las preguntas del test de Batalla de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Pregunta 1: ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Frecuencia	Porcentaje
Si	218	78.1
No	61	21.9
Total	279	100.0
Pregunta 2: ¿ La hipertensión se controla con dieta y ejercicio?	Frecuencia	Porcentaje
Si	246	88.2
No	33	11.8
Total	279	100.0
Pregunta 3: primer órgano más frecuentemente afectado	Frecuencia	Porcentaje
Corazón	104	37.2
Cerebro	19	6.8
Riñón	26	9.3
Ojo	38	13.6
Páncreas	1	.4
Hígado	5	1.8
no sabe	80	28.7
Otro	6	2.2
Total	279	100.0
Pregunta 3: segundo órgano más frecuentemente afectado	Frecuencia	Porcentaje
Corazón	13	4.7
Cerebro	18	6.5
Riñón	31	11.1
Ojo	9	3.2
Páncreas	2	.7
Hígado	6	2.2
no sabe	176	63.0
Otro	24	8.6
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 8

Distribución según el Resultado del Test de Batalla de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Resultado del Test de Batalla	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento	78	28.0
Desconocimiento	201	72.0
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 9

Distribución según la manera en que reciben el tratamiento y buscan como completarlo los pacientes atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013

Reciben Tratamiento completo en C.S.	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	145	52.0
Casi Siempre	90	32.2
A veces	41	14.7
Nunca	3	1.1
Total	279	100.0
Buscan Completar Tratamiento si no es provisto de forma completa por el C.S.	Frecuencia	Porcentaje
Si	201	72.0
No	78	28.0
Como consigue Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Lo compra	187	67.0
Lo recibe de familiar	14	5.0
n/a	78	27.9
Total	279	100.0
Costo mensual	Frecuencia	Porcentaje
< 200 C\$	146	52.3
200-399 C\$	33	11.8
400 C\$ o más	16	5.7
n/a	84	30.1
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla N° 10

Distribución según las características económicas y familiares de los hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013

Disponibilidad económica para atender necesidades básicas	Frecuencia	Porcentaje
Si	167	59.9
No	112	40.1
Total	279	100.0
Disponibilidad económica para trasladarse al lugar de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Si	195	69.9
No	84	30.1
Total	279	100.0
Ayuda y motivación por parte de los familiares	Frecuencia	Porcentaje
Si	158	56.6
No	121	43.4
Total	279	100.0
Pertenencia a grupos de apoyo para pacientes crónicos	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	34.4
No	183	65.6
Total	279	100.0

Fuente: formulario

Tabla Nº 11

Distribución según la relación médico-paciente de los hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Conversa con su médico en lenguaje claro	Frecuencia	Porcentaje
Si	243	87.1
No	36	12.9
Total	279	100.0
Reciben explicación sobre los resultados obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
Si	215	77.1
No	64	22.9
Total	279	100.0
Quienes le atienden le dan respuesta a inquietudes y dificultades sobre el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	229	82.1
No	50	17.9
Total	279	100.0
Pacientes manifestaron aceptación del tratamiento prescrito	Frecuencia	Porcentaje
Si	224	80.3
No	55	19.7
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 12

Distribución según las características psicológicas de los pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Pacientes con dificultades en o fuera del hogar que les dificulta seguir el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	20.4
No	222	79.6
Total	279	100.0
Pacientes tuvieron dudas sobre como tomar el medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	15.1
No	237	84.9
Total	279	100.0
Pacientes que suspendieron tratamiento al sentirse mejor	Frecuencia	Porcentaje
Si	79	28.3
No	200	71.7
Total	279	100.0
Pacientes convencidos de los beneficios del tratamiento y por eso lo siguen tomando	Frecuencia	Porcentaje
Si	273	97.8
No	6	2.2
Total	279	100.0
Pacientes interesados en su condición de salud y la forma de cuidarse	Frecuencia	Porcentaje
Si	261	93.5
No	18	6.5
Total	279	100.0
Pacientes conocen las complicaciones de tener la presión alta	Frecuencia	Porcentaje
Si	220	78.9
No	59	21.1
Total	279	100.0
Pacientes que perciben que mejoran con el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	264	94.6
No	15	5.4
Total	279	100.0
Pacientes que solo toman el medicamento cuando se sienten mal	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	17.9
No	229	82.1

Total	279	100.0
Pacientes que han tenido pereza de tomar su medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	9.0
No	254	91.0
Total	279	100.0
Pacientes que no toman el medicamento porque a veces se le olvida	Frecuencia	Porcentaje
Si	103	36.9
No	176	63.1
Total	279	100.0
Pacientes que han dejado de consumir su medicamento porque piensan que su enfermedad no es importante	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	6.5
No	261	93.5
Total	279	100.0
Pacientes que han dejado de consumir su medicamento porque no tienen tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	10.8
No	249	89.2
Total	279	100.0

Fuente: Formulario

Tabla Nº 13

Asociación entre Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y características socio-demográficas de los pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Variable	Categoría	Adherencia al Tratamiento	No adherencia al tratamiento	Prueba Chi Cuadrado	
		Nº (%)	Nº (%)	Valor	P
Edad	25-34	3(1.1)	4(1.4)	1.973	0.741
	35-44	12(4.3)	20(7.2)		
	45-54	26(9.3)	28(10.0)		
	55-64	39(14.0)	47(16.8)		
	65 o más	59(18.3)	49(17.6)		
Sexo	Femenino	104(37.3)	123(44.1)	0.364	0.426
	Masculino	27(9.7)	25(9.0)		
Estado Civil	Soltero	37(13.3)	32(11.5)	3.942	0.414
	Acompañado	38(13.6)	57(20.4)		
	Casado	39(14.0)	44(15.8)		
	Divorciado	5(1.8)	3(1.1)		
	Viudo	12(4.3)	12(4.3)		
Escolaridad	Sabe leer y escribir	23(8.2)	39(14.0)	6.503	0.369
	Primaria Incompleta	45(16.1)	55(19.7)		
	Primaria Completa	29(10.4)	22(7.9)		
	Secundaria Incompleta	16(5.7)	18(6.5)		
	Secundaria Completa	10(3.6)	7(2.5)		
	Técnico Superior	4(1.4)	2(0.7)		
	Universidad	4(1.4)	5(1.8)		
Religión	Católico	96(34.4)	101(36.2)	0.856	0.652
	Evangélico	30(10.8)	40(14.3)		
	Testigo de Jehová	0(0.0)	0(0.0)		
	Sin religión	5(1.8)	7(2.5)		
Procedencia	Rural	65(23.3)	51(18.3)	6.574	0.010
	Urbano	66(23.7)	97(34.8)		

Fuente: Formulario

Tabla N° 14

Asociación entre Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y características clínicas de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Variable	Categoría	Adherencia al Tratamiento	No adherencia al tratamiento	Prueba Chi Cuadrado	
		Nº (%)	Nº (%)	Valor	P
Estadio de HTA	I	83 (29.7)	109 (39.1)	3.429	0.06
	II	48(17.2)	39 (14.0)		
IMC	Bajo peso	1(0.4)	0(0)	4.484	0.482
	Normal	28(10.0)	31(11.1)		
	Sobrepeso	40(14.3)	58(20.8)		
	Obesidad I	40(14.3)	41(14.7)		
	Obesidad II	16(5.7)	15(5.4)		
	Obesidad III	6(2.2)	3(1.1)		
Tiempo de Diagnóstico	< 1 año	3(1.1)	8(2.9)	0.586	1.937
	1-5 años	83(29.7)	90(32.3)		
	6-10 años	28(10.0)	33(11.8)		
	>10 años	17(6.1)	17(6.1)		
Control de PA	Si Control	82(29.4)	70(25.1)	6.558	0.010
	No Control	49(17.6)	78(28.0)		
Enfermedades Concomitantes	Dislipidemia	3(1.1)	2(0.7)	2.868	0.825
	Obesidad	16(5.7)	19(6.8)		
	Diabetes Mellitus	36(12.9)	44(15.8)		
	EPOC	2(0.7)	5(1.8)		
	Otros	41(14.7)	46(16.5)		
	Diabetes y dislipidemia	0(0.0)	1(0.4)		
	Diabetes y EPOC	0(0.0)	0(0.0)		
	EPOC y Dislipidemia	0(0.0)	0(0.0)		
	Ninguna	33(11.8)	31(11.1)		
	Hábitos	Alcohol	0(0.0)		
Tabaco		1(0.4)	2(0.8)		
Drogas		0(0.0)	0(0.0)		
Ninguna		130(46.6)	146(52.3)		

Fuente: Formulario

Tabla Nº 15

Asociación entre Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Régimen Terapéutico de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas durante el mes de Octubre y Noviembre del 2013.

Variable	Categoría	Adherencia al Tratamiento	No adherencia al tratamiento	Prueba Chi Cuadrado	
		Nº (%)	Nº (%)	Valor	P
Régimen Terapéutico	Monoterapia	93(33.3)	109(39.1)	0.245	0.620
	Terapia Combinada	38(13.6)	39(14.0)		
Familia de fármaco	IECA	65(23.4)	88(39.1)	7.436	0.190
	Beta bloq	24(8.6)	17(14.0)		
	BCC	0(0.0)	1(0.4)		
	Diuréticos	0(0.0)	2(0.8)		
	ARA-2	4(1.4)	2(0.8)		
	Combinación	38(13.7)	37(13.3)		

Fuente: Formulario

Tabla Nº 16

Asociación entre Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y el resultado del test de Batalla de los pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Variable	Categoría	Adherencia al Tratamiento	No adherencia al tratamiento	Prueba Chi Cuadrado	
		Nº (%)	Nº (%)	Valor	P
Resultado Test de Batalla	Conocimiento adecuado	46(16.5)	32(11.5)	6.281	0.012
	Conocimiento Inadecuado	85(30.5)	116(41.6)		

Fuente: Formulario

Tabla N° 17

Asociación entre Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y la manera en que los pacientes hipertensos consiguen el tratamiento y son atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Variable	Categoría	Adherencia al Tratamiento	No adherencia al tratamiento	Prueba Chi Cuadrado	
		Nº (%)	Nº (%)	Valor	P
Unidad de salud entrega tratamiento completo	Siempre	69(24.7)	76(27.2)	1.617	0.656
	Casi siempre	45(16.1)	45(16.1)		
	A veces	16(5.7)	25(9.0)		
	Nunca	1(0.4)	2(0.7)		
Si no lo recibe completo, busca como conseguirlo	Si	113(40.5)	88(27.2)	24.781	0.000
	No	18(6.5)	60(16.1)		
Manera como lo consigue	Lo compra	105(37.6)	82(29.4)	26.277	0.000
	Lo recibe de un familiar	8(2.9)	5(1.8)		
	Otro	2(0.7)	4(1.4)		
	n/a	16(5.9)	57(20.4)		
Costo	Menos de 200 C\$	78(28.0)	68(24.4)	22.234	0.000
	200-399C\$	21(7.5)	12(4.3)		
	400 o más C\$	10(3.6)	6(2.2)		
	n/a	22(7.9)	62(22.2)		
Disponibilidad económica para atender las necesidades básicas del hogar	Si	82(29.4)	85 (30.5)	0.380	0.771
	No	49(17.6)	63(22.6)		
Disponibilidad económica para trasladarse a su unidad de salud	Si	91(32.6)	104(37.3)	0.021	0.884
	No	40(14.3)	44(15.8)		
Familiares le ayudan y motivan	Si	84(30.1)	74(26.5)	5.643	0.018
	No	47(16.8)	74(26.5)		
Paciente pertenece a grupos de apoyo	Si	57(20.4)	39(14.0)	9.067	0.003
	No	74(26.5)	109(39.1)		

Fuente: Formulario

Tabla N° 18

Asociación entre Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y la relación médico paciente, en los hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Variable	Categoría	Adherencia al Tratamiento	No adherencia al tratamiento	Prueba Chi Cuadrado	
		Nº (%)	Nº (%)	Valor	p
Médico y paciente conversan como seguir el tratamiento	Si	100(35.8)	128(45.9)	0.104	0.747
	No	31(11.1)	20(7.2)		
Médico explica los resultados obtenidos	Si	100(35.8)	115(41.2)	0.763	0.786
	No	31(11.1)	33(11.8)		
Quienes lo atienden responden a las inquietudes con el tx	Si	107 (38.4)	122(43.7)	1.000	0.870
	No	24(8.6)	26(9.3)		
Tuvo la posibilidad de manifestar aceptación al tratamiento	Si	109(39.1)	115(41.2)	1.330	0.249
	No	22(7.9)	33(11.8)		

Fuente: Formulario

Tabla Nº 19

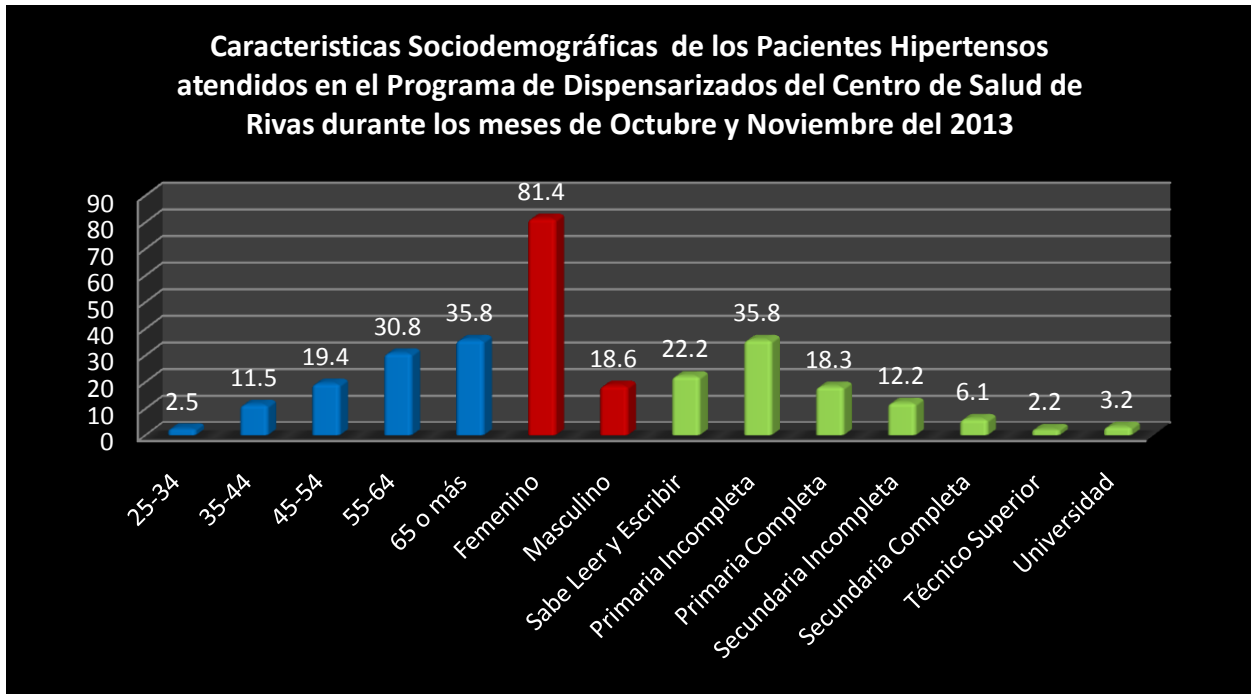
Asociación entre Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y características psicológicas de los Pacientes hipertensos atendidos en el Programa de Dispensarizados del municipio de Rivas, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2013.

Variable	Categoría	Adherencia al Tratamiento	No adherencia al tratamiento	Prueba Chi Cuadrado	
		Nº (%)	Nº (%)	Valor	p
Las ocupaciones del hogar le dificultan seguir tx	Si	13(4.7)	44(15.8)	16.769	0.000
	No	118(42.3)	104(37.3)		
Paciente tiene dudas sobre como seguir tratamiento	Si	8(2.9)	34(12.2)	15.459	0.000
	No	123(44.1)	114(40.9)		
Si px mejora suspende tratamiento	Si	10(3.6)	69(24.7)	52.041	0.000
	No	121(43.4)	79(28.3)		
Paciente convencido de los beneficios del tratamiento	Si	129(46.2)	144(51.6)	0.457	0.499
	No	2(0.7)	4(1.4)		
Paciente se interesa sobre la condición de su salud y la forma de cuidarse	Si	125(45.2)	136(48.7)	1.433	0.231
	No	6(2.2)	12(4.3)		
Paciente conoce las complicaciones	Si	101(45.2)	119(42.7)	0.456	0.500
	No	30(10.8)	29(3.6)		
Percibe mejoría	Si	126(45.2)	138(49.5)	1.181	0.277
	No	5(1.4)	10(3.6)		
Toma Tratamiento sólo cuando paciente está mal	Si	5(1.4)	21 (7.5)	33.398	0.000
	No	126(45.5)	127(45.5)		
Le ha dado pereza tomar el medicamento	Si	4(1.4)	21 (7.5)	10.563	0.001
	No	127(45.5)	127(45.5)		
A veces olvida tomar su tratamiento	Si	11(3.9)	92 (33.0)	13.340	0.000
	No	120 (43.0)	56(20.1)		
Ha dejado de tomar tx por efecto indeseado	Si	3(1.1)	15(5.4)	7.086	0.008
	No	128(45.9)	133(47.7)		
Enfermedad del paciente no es importante	Si	1(0.4)	17(6.1)	13.239	0.000
	No	130(46.6)	131(47.0)		
Falta de tiempo para tomar el tratamiento	Si	4(1.4)	26(9.3)	15.255	0.000
	No	127(45.5)	122(43.7)		
Familiares le ayudan y motivan	Si	84(30.1)	74(26.5)	5.643	0.018
	No	47(16.8)	74(26.5)		

Fuente: Formulario

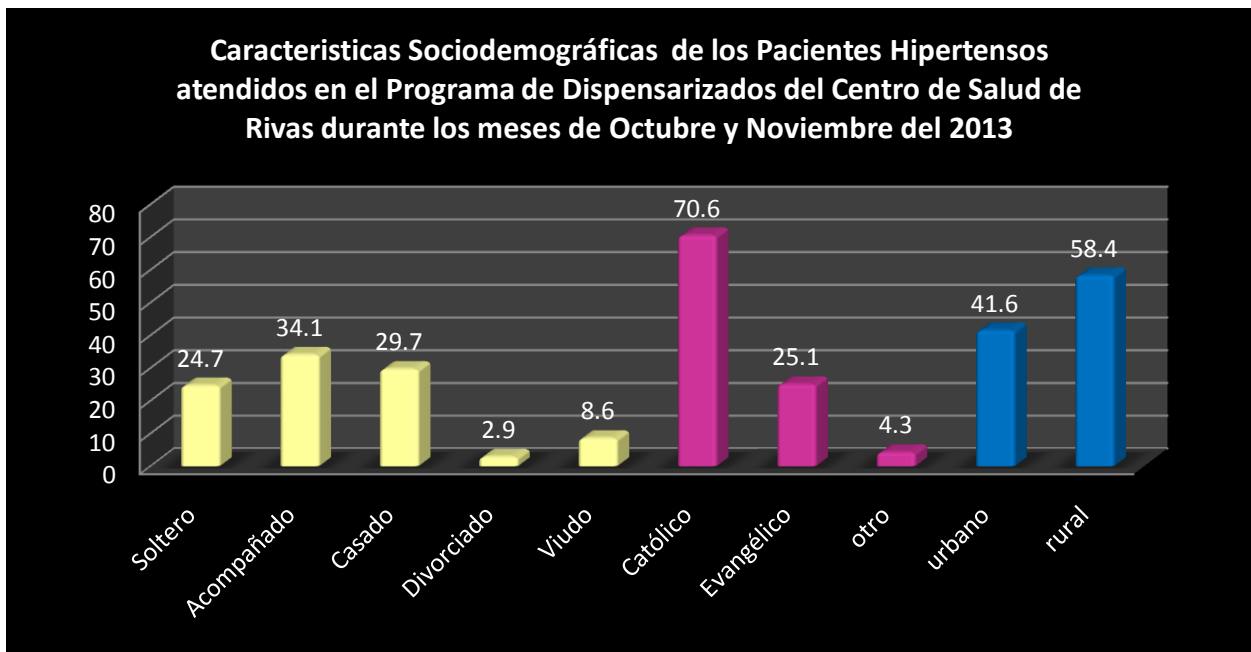
ANEXO No2
Gráficos

Gráfico Nº 1



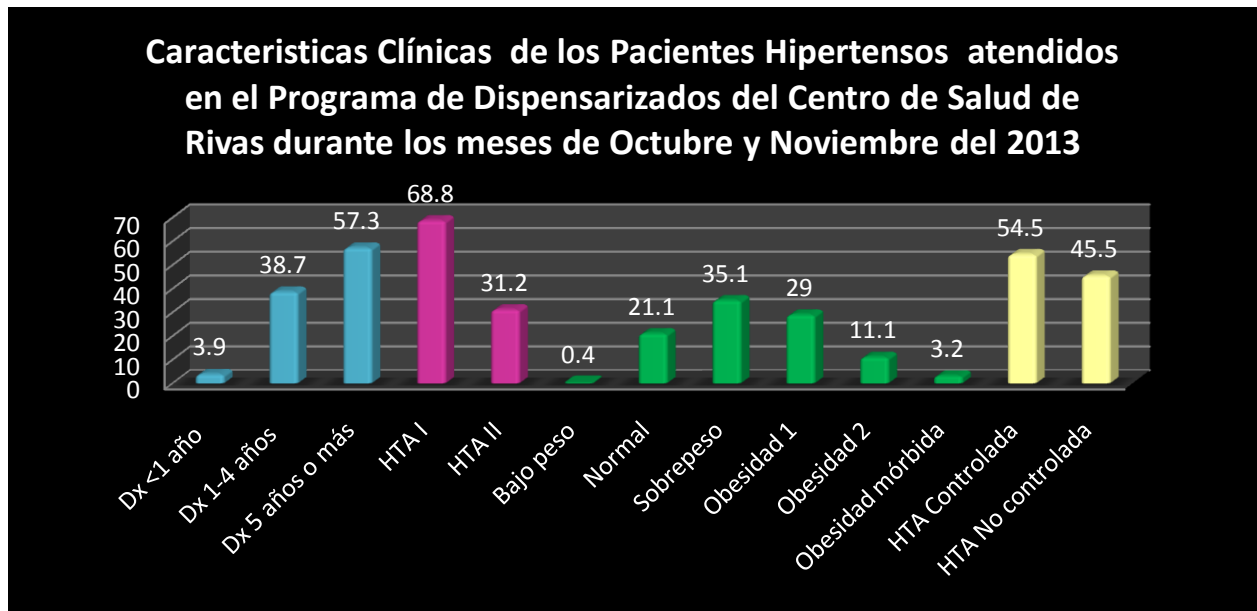
Fuente: Tabla Nº 1.

Gráfico Nº 2



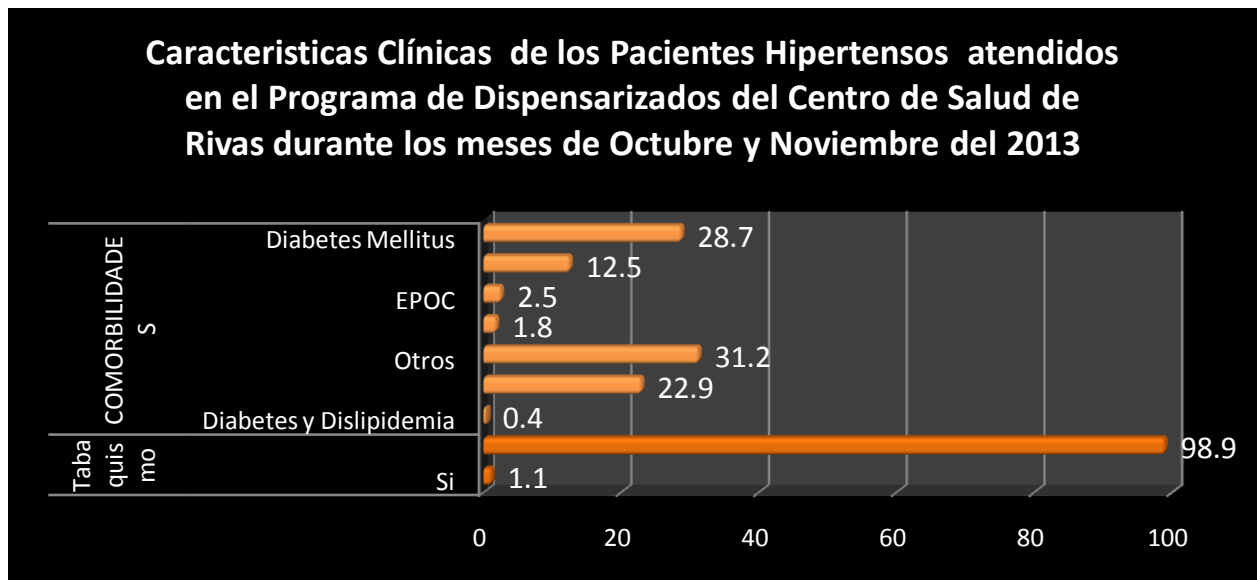
Fuente: Tabla Nº 1.

Gráfico Nº 3



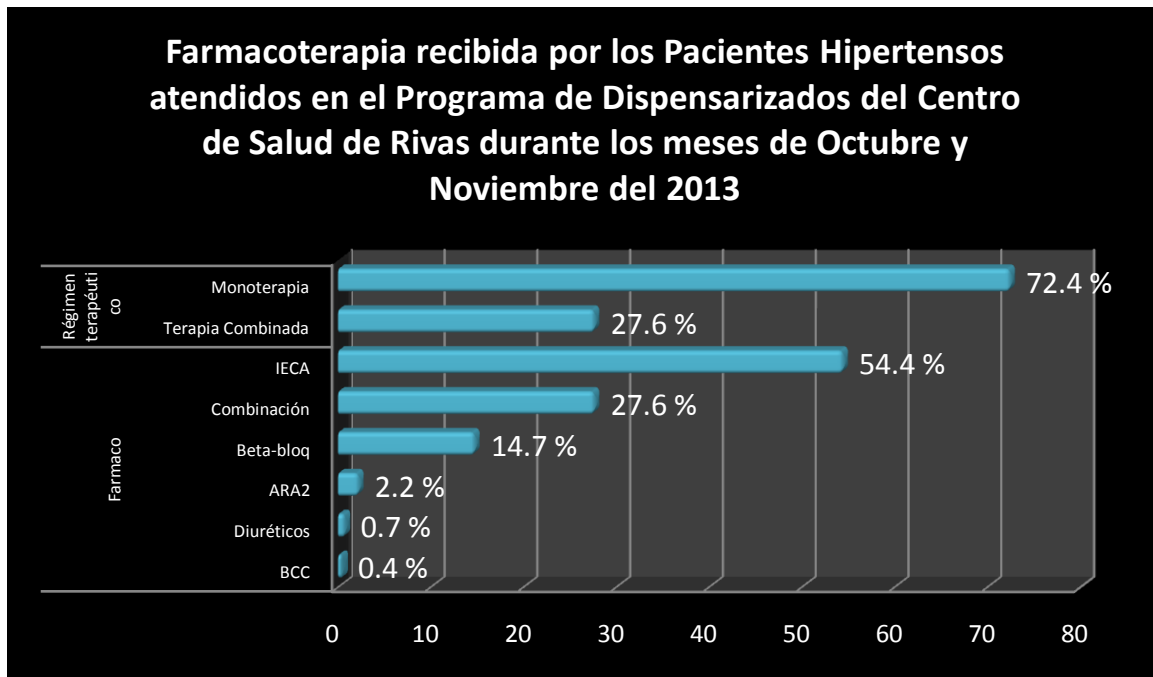
Fuente: Tabla Nº 2.

Gráfico Nº 4



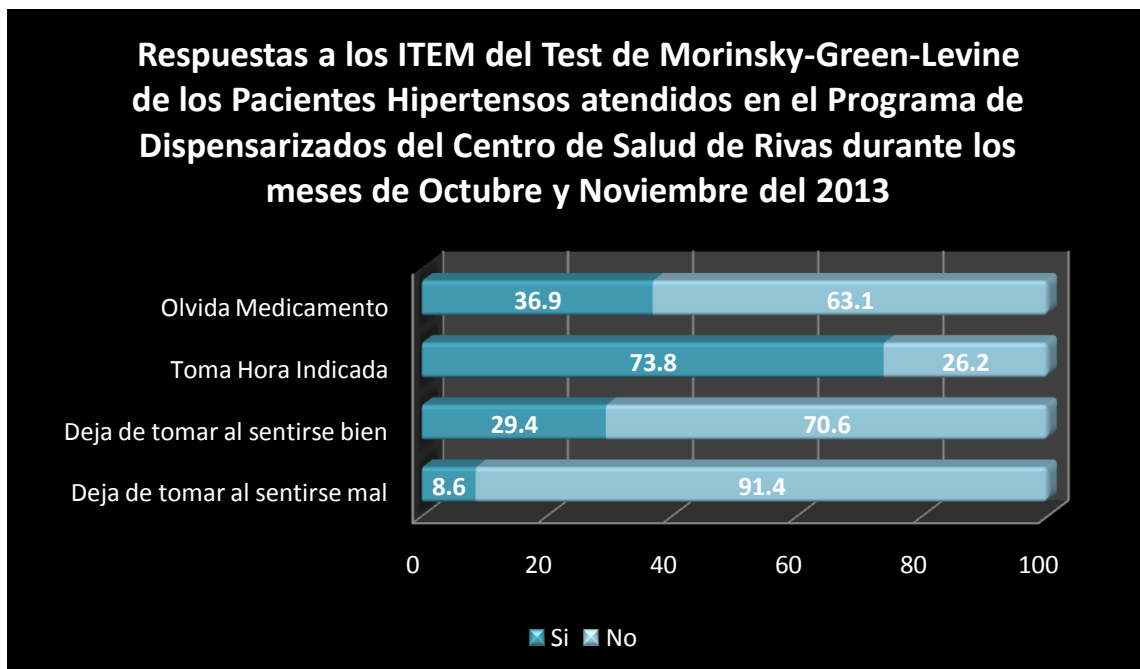
Fuente: Tabla Nº 2.

Gráfico Nº 5



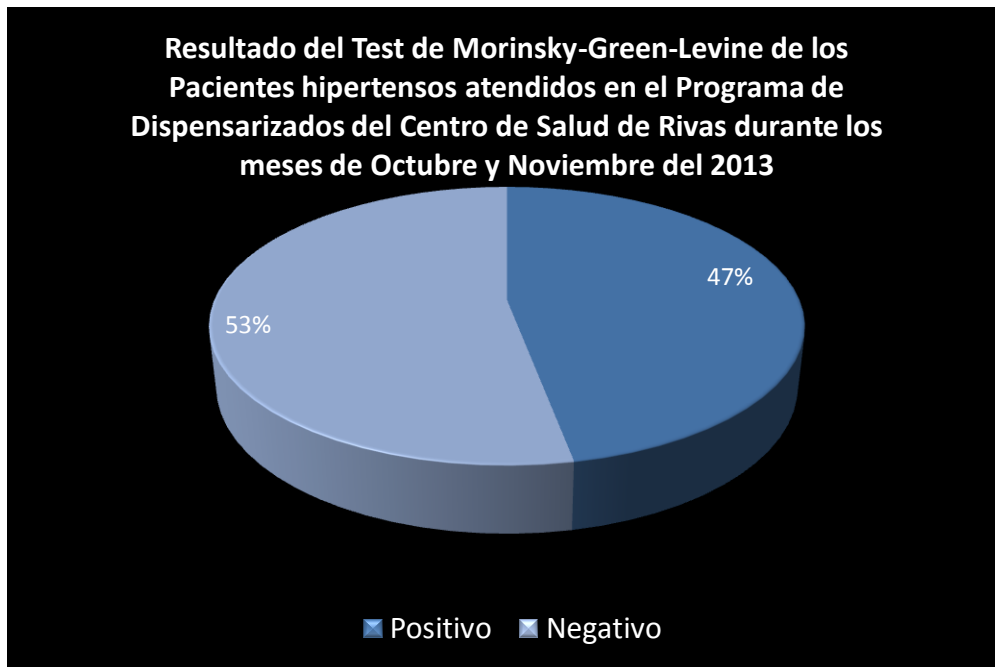
Fuente: Tabla Nº 3

Gráfico Nº 6



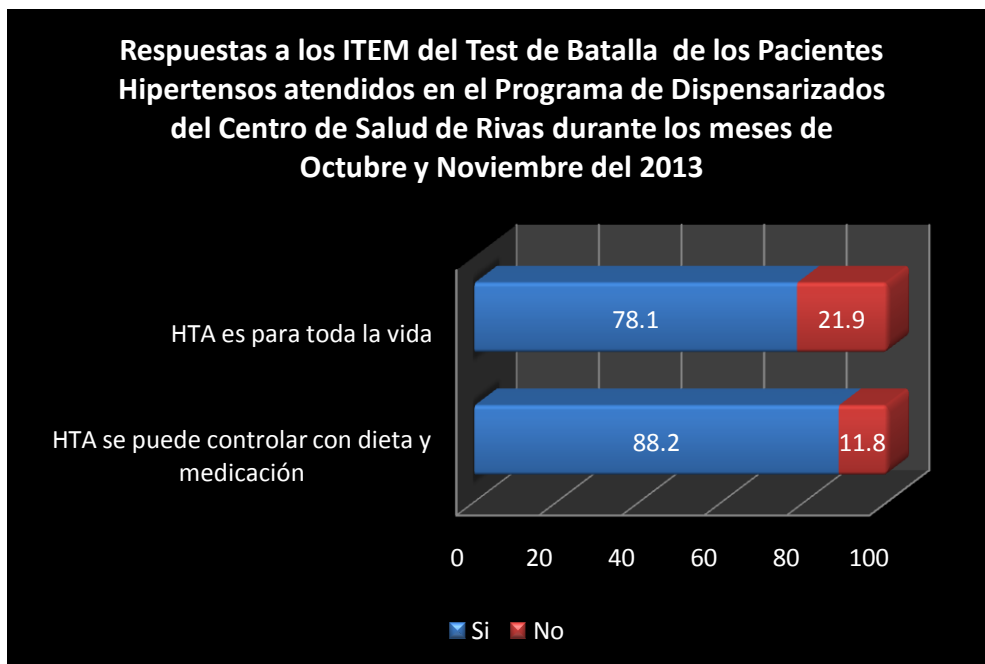
Fuente: Tabla 5

Gráfico N° 7



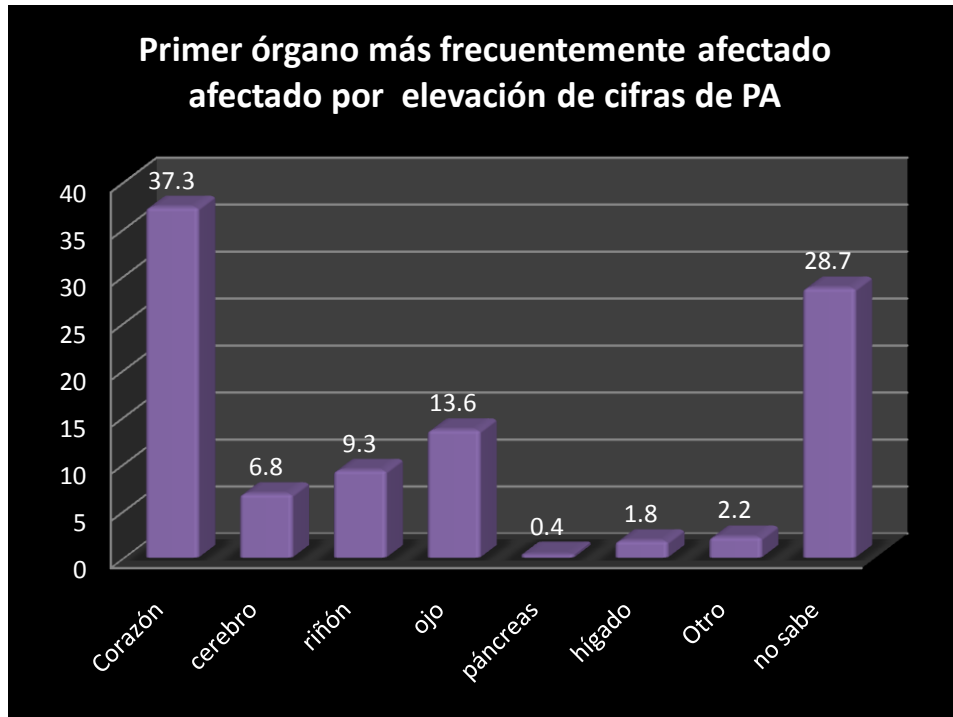
Fuente: Tabla N° 6.

Gráfico N° 8



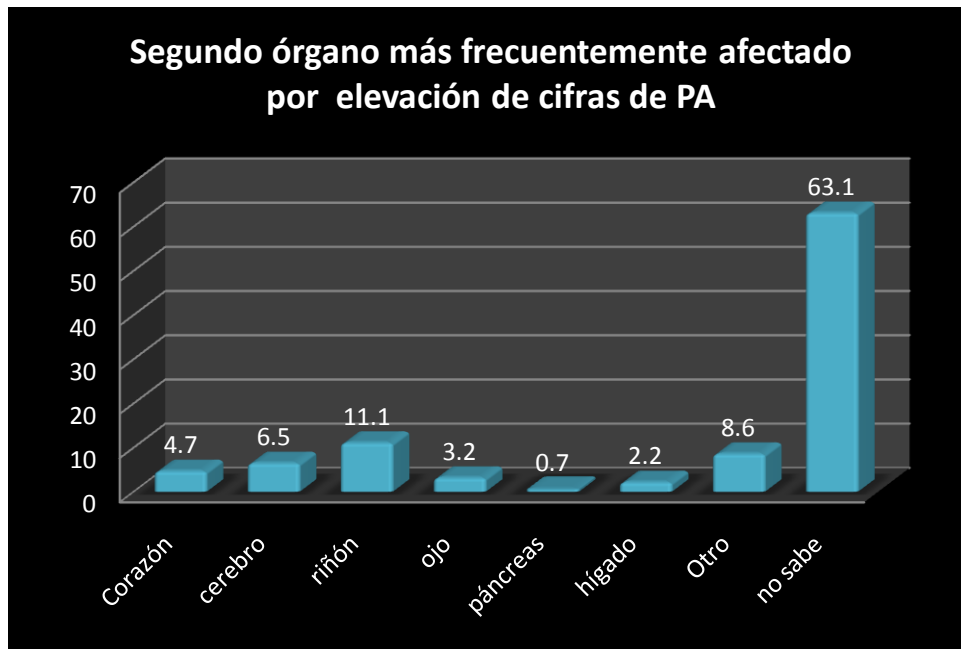
Fuente: Tabla N° 7.

Gráfico Nº 9



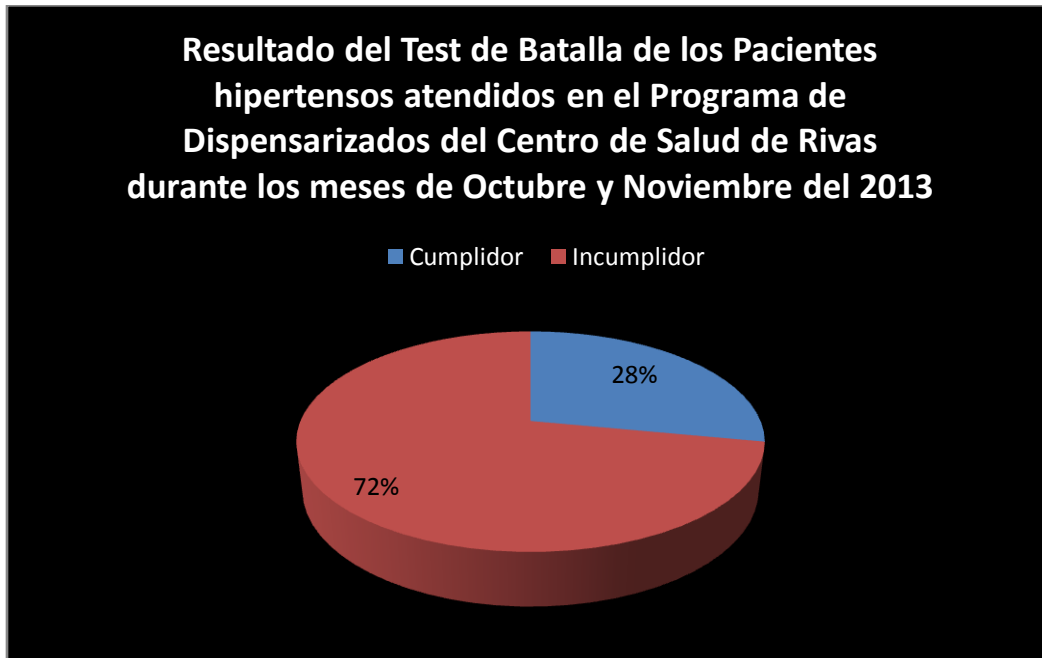
Fuente: Tabla Nº 7.

Gráfico Nº 10.



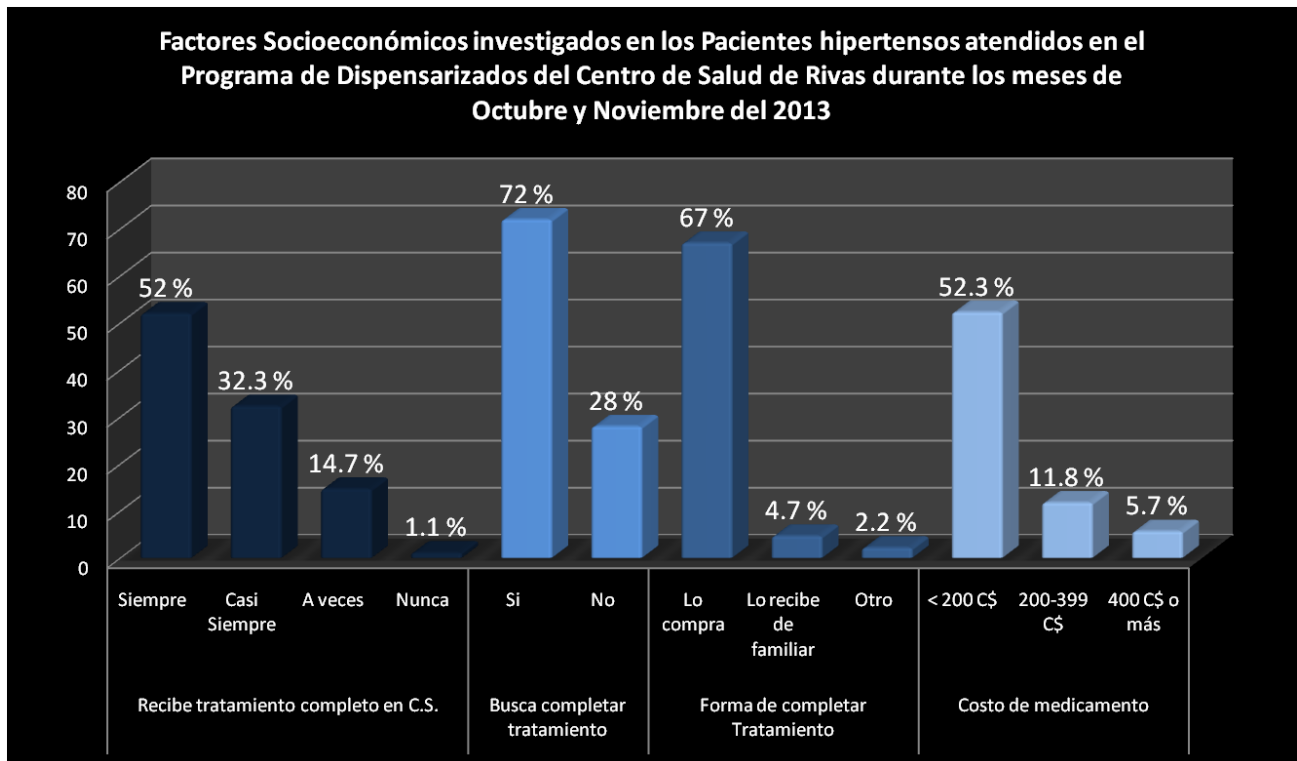
Fuente: Tabla Nº 7.

Gráfico Nº 11



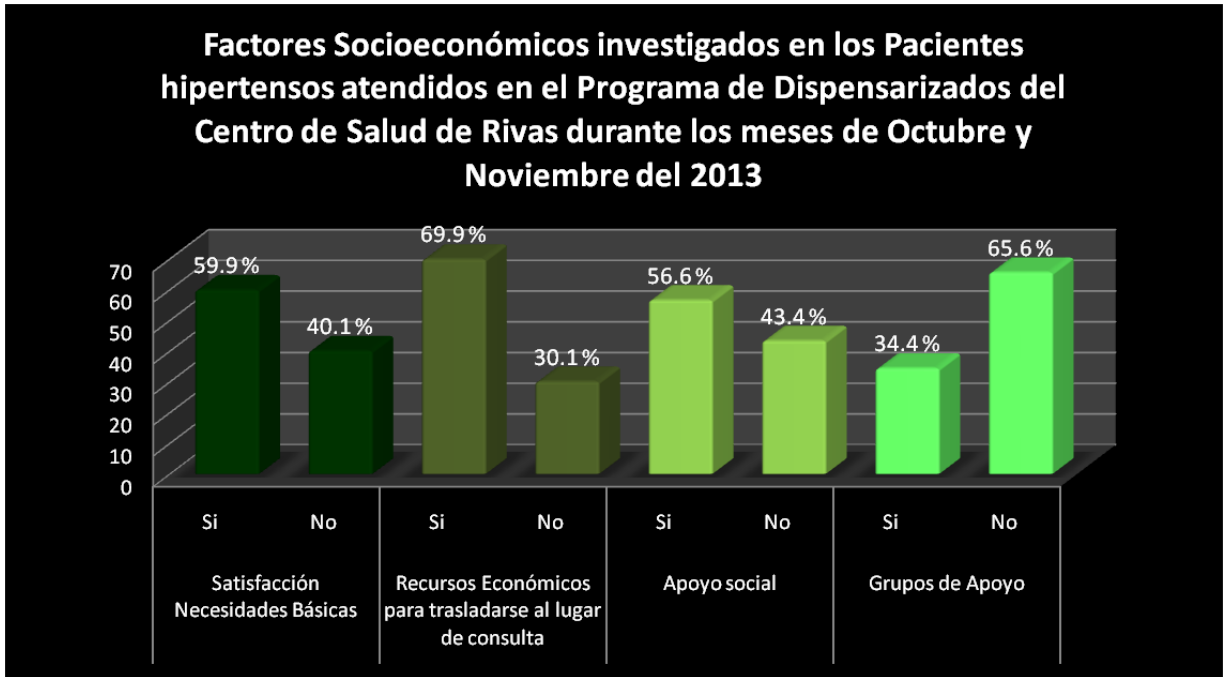
Fuente: Tabla Nº 8.

Gráfico Nº 12



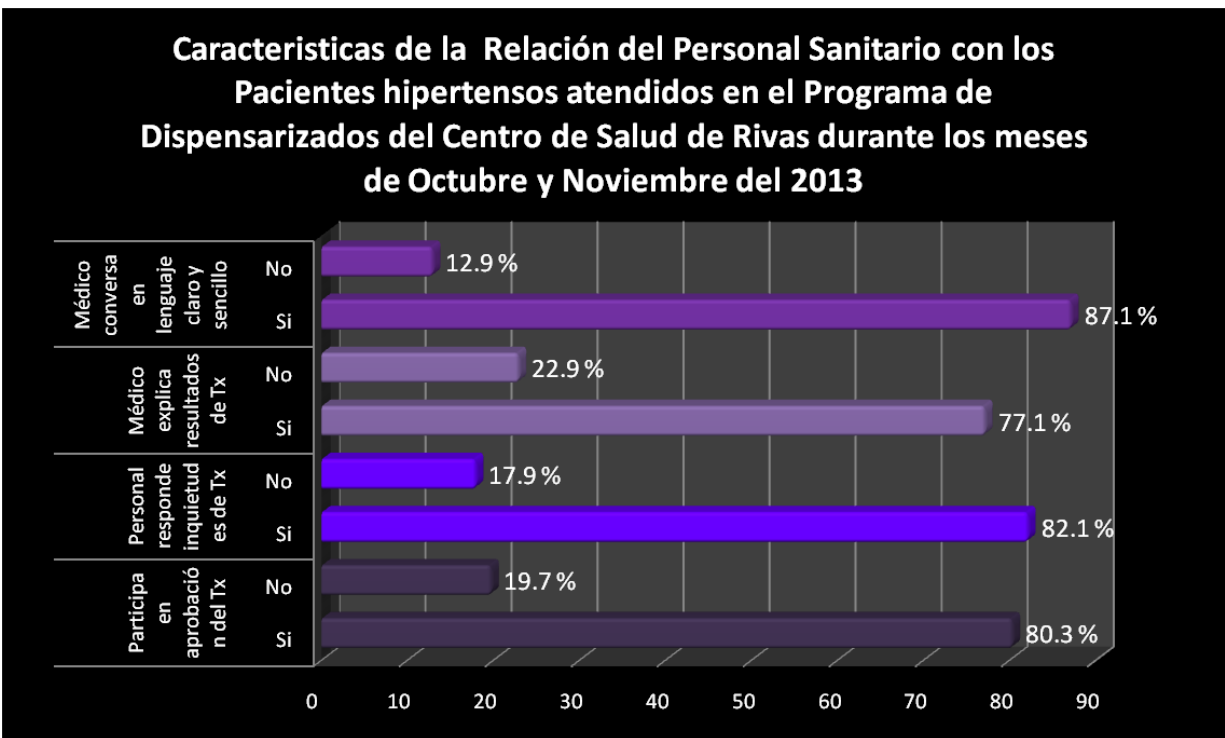
Fuente: Tablas Nº 9.

Gráfico Nº 13



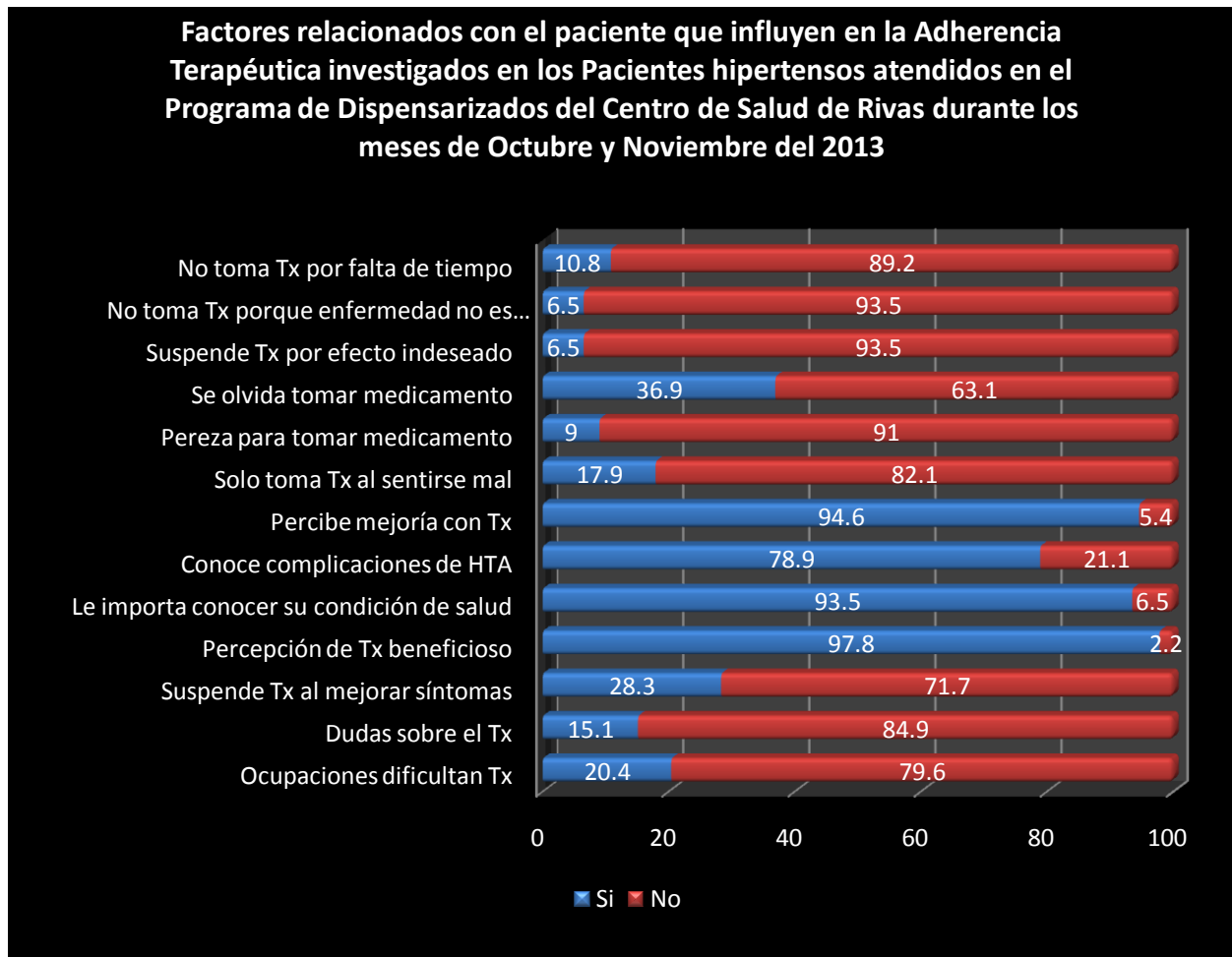
Fuente: Tablas Nº 10.

Gráfico Nº 14



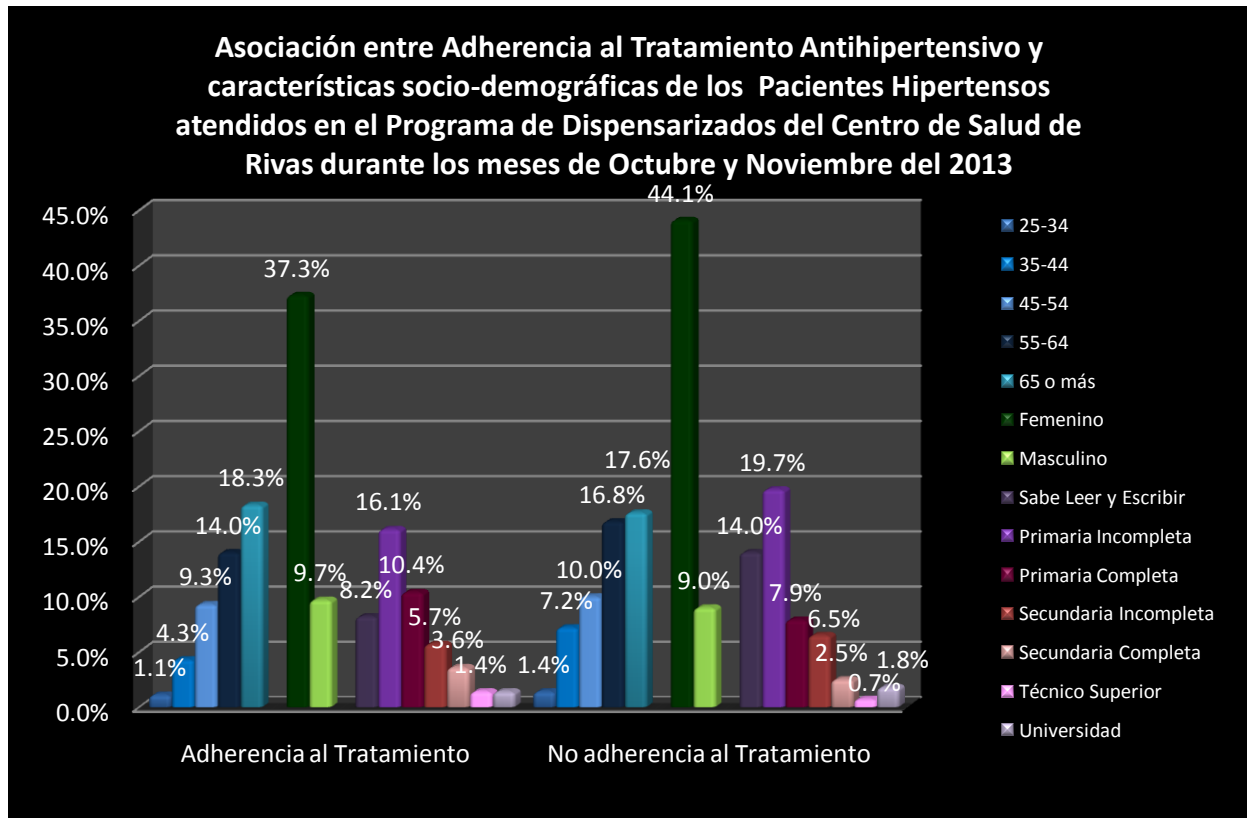
Fuente: Tablas Nº 11.

Gráfico Nº 15



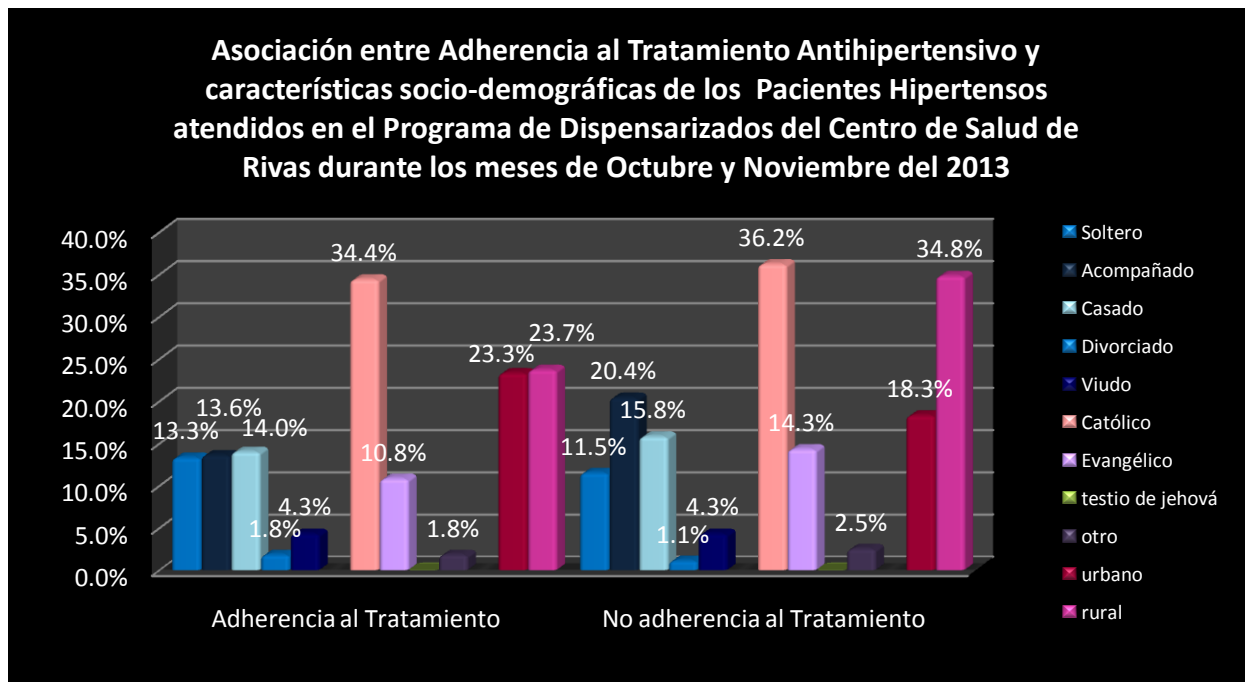
Fuente: Tabla Nº 12.

Gráfico Nº 16



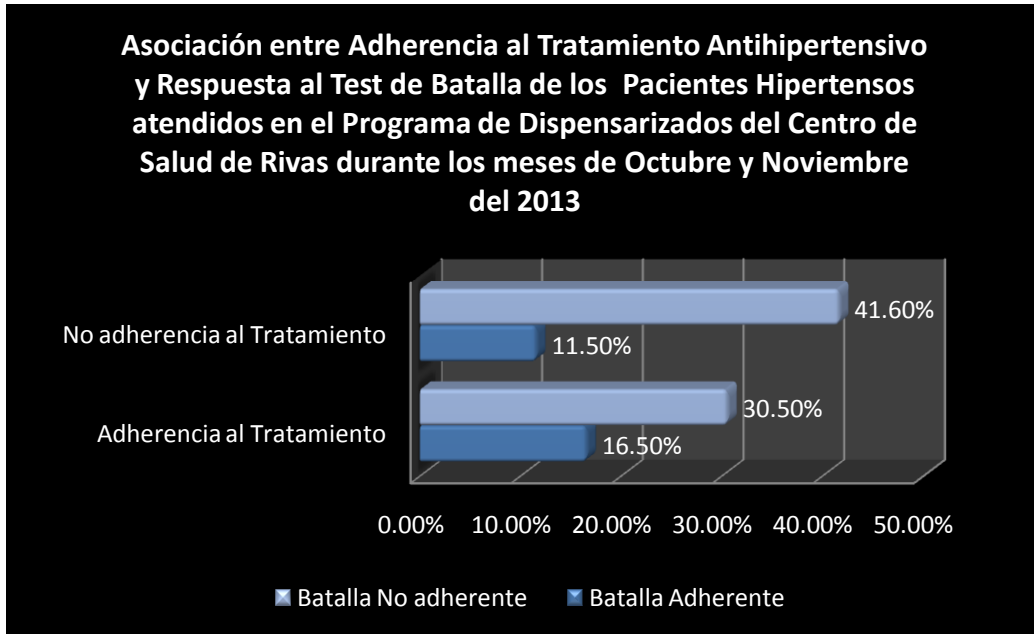
Fuente: Tablas Nº 13.

Gráfico Nº 17



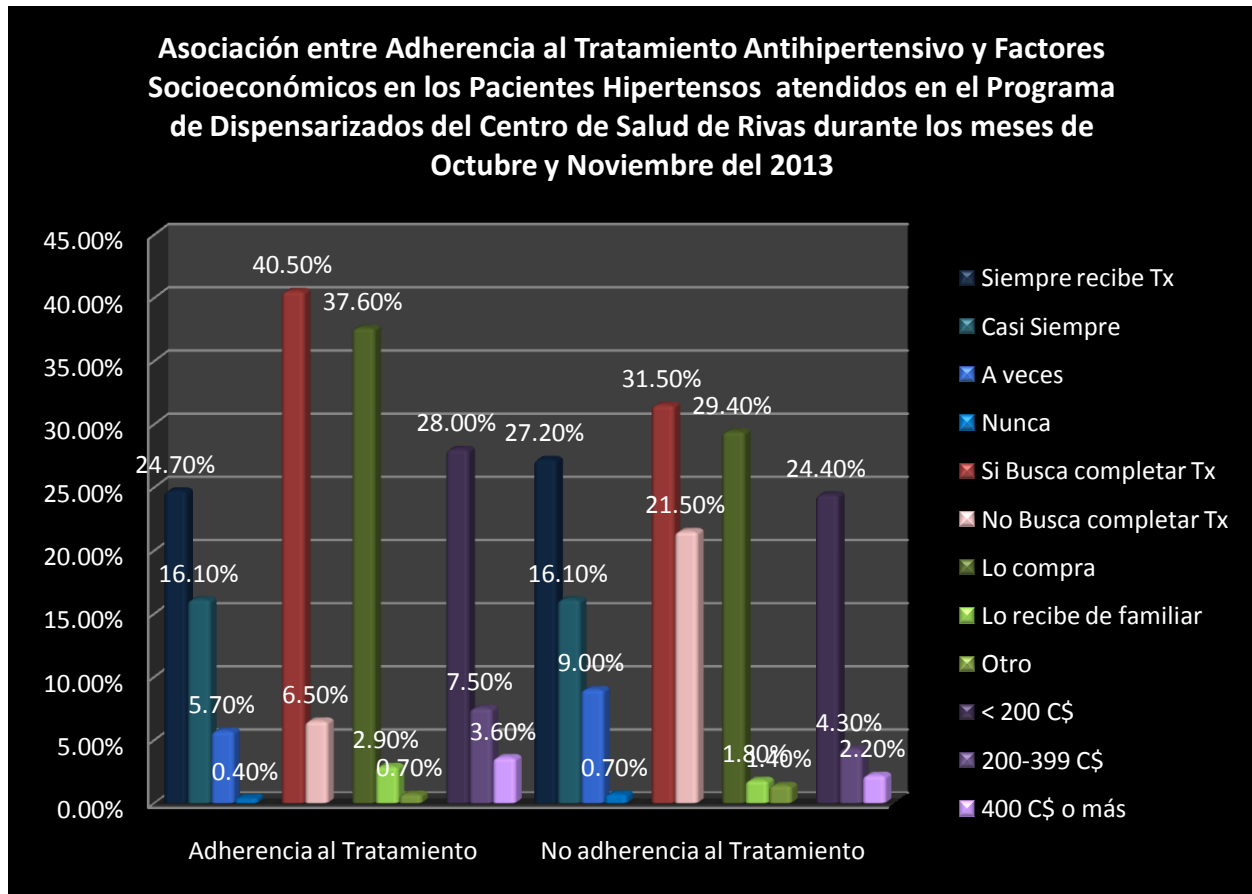
Fuente: Tablas Nº 13.

Gráfico Nº 18



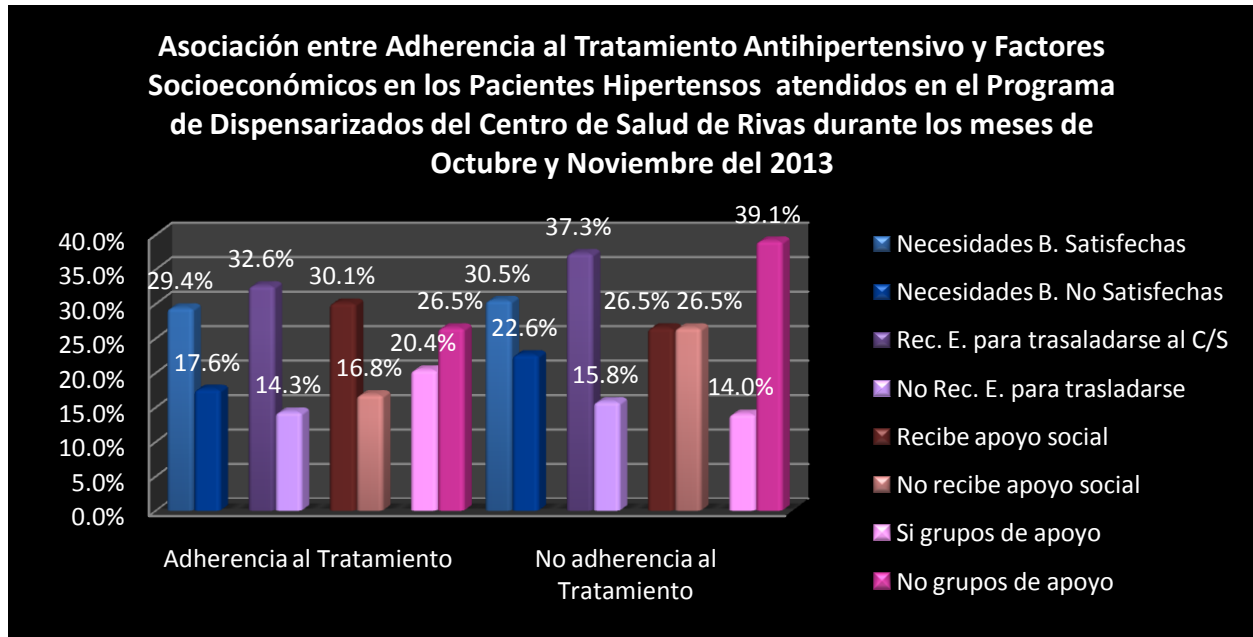
Fuente: Tabla Nº 16.

Gráfico Nº 19



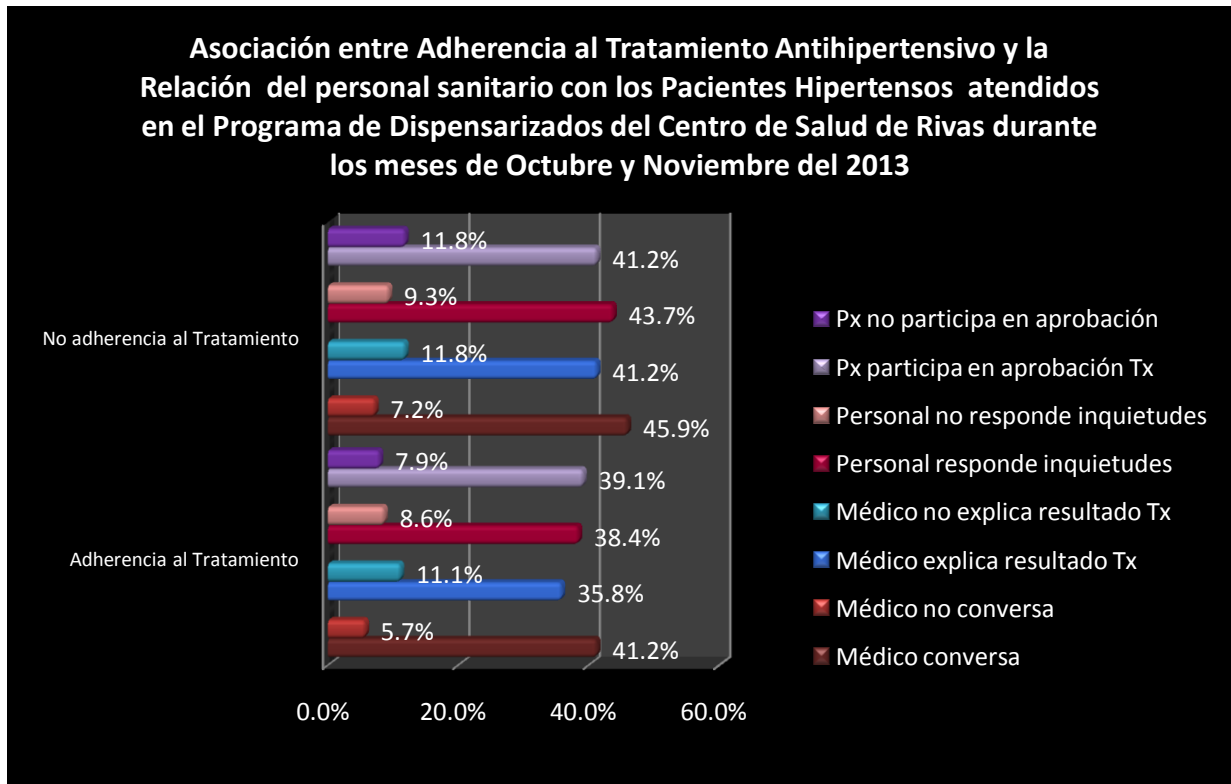
Fuente: Tabla Nº 17.

Gráfico N° 20



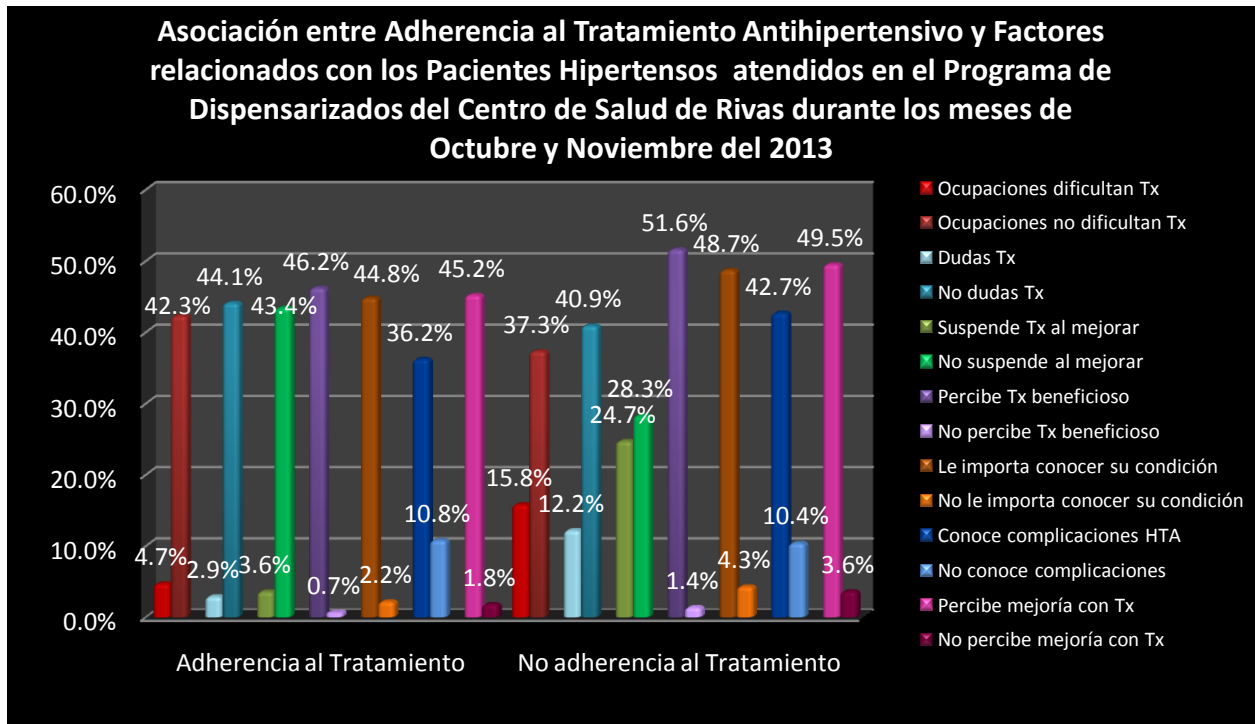
Fuente: Tabla N° 17.

Gráfico N° 21



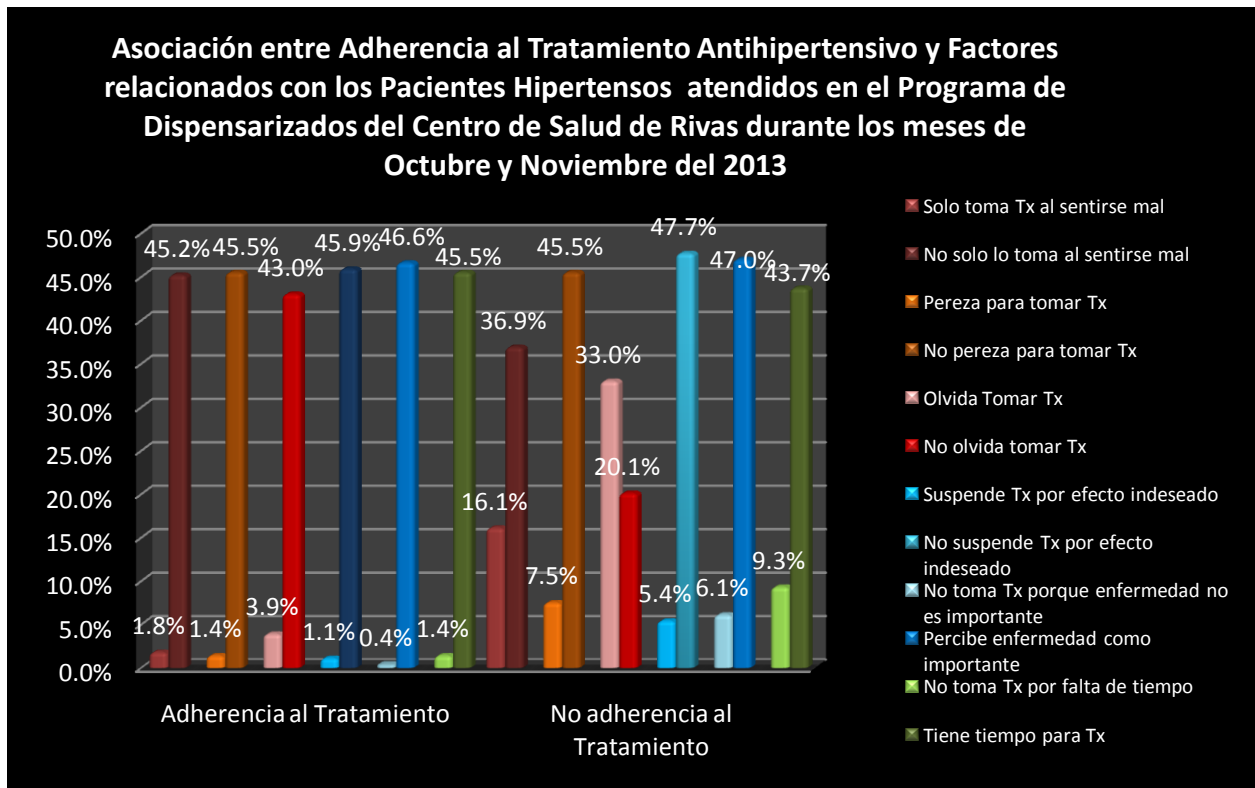
Fuente: Tabla N° 18.

Gráfico Nº 22



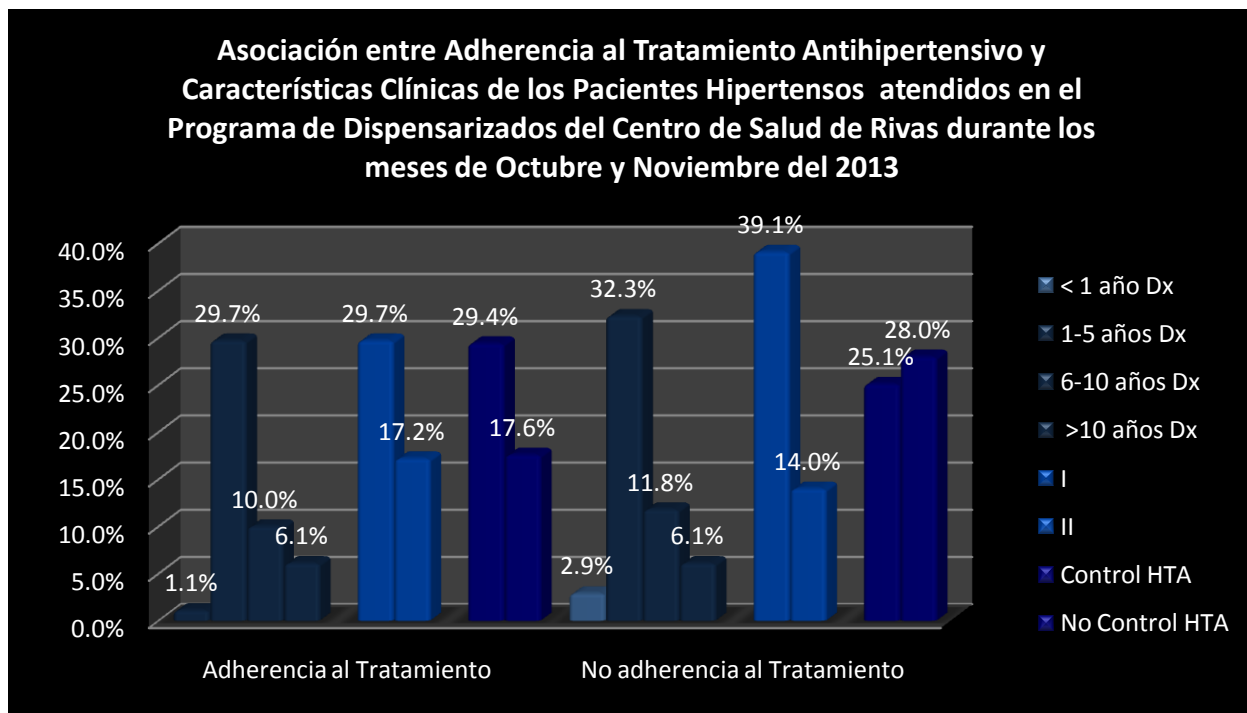
Fuente: Tabla Nº 19.

Gráfico Nº 23



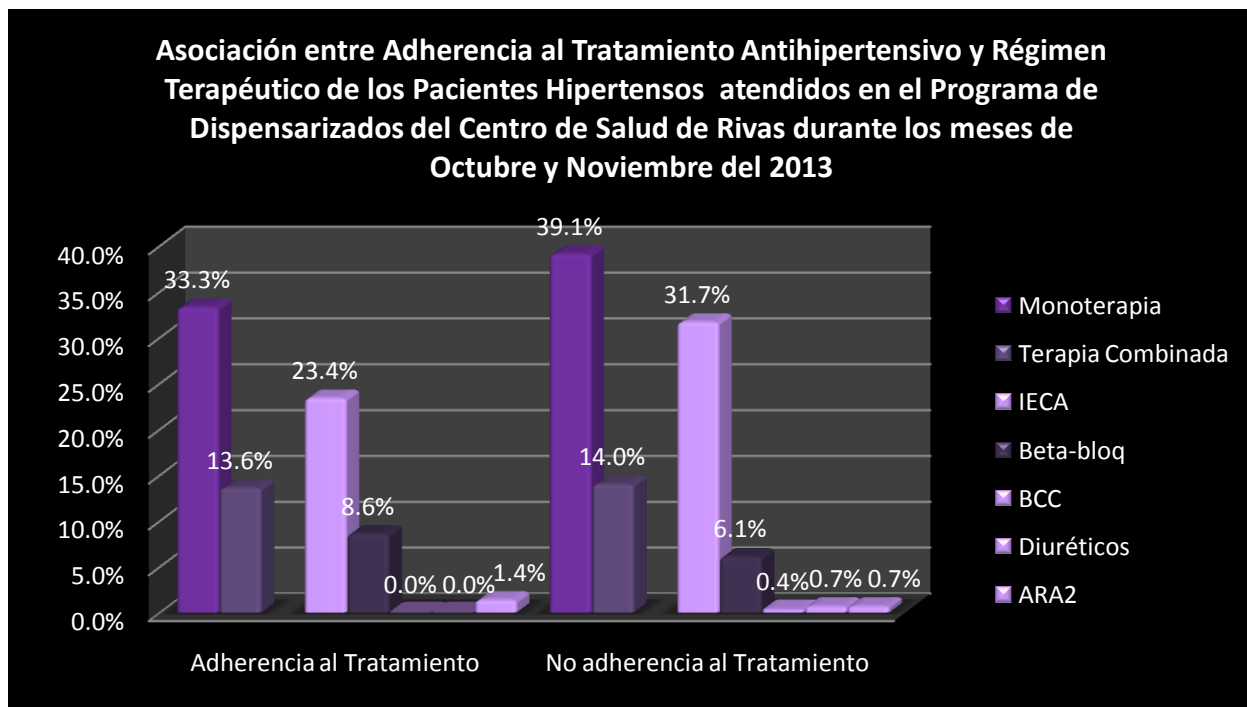
Fuente: Tabla Nº 19.

Gráfico N° 24



Fuente: Tablas N° 4,14.

Gráfico N° 25



Fuente: Tabla N° 15.



ANEXO No 3 Adherencia al Tratamiento antihipertensivo y factores asociados en los pacientes que asisten al programa de atención de dispensarizados en el Municipio de Rivas, en el mes Septiembre de 2013.



FORMULARIO

Número de Expediente _____ Número de Cuestionario: _____

Fecha de llenado ___/___/___

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad _____ años
2. Sexo: Femenino
Masculino
3. Escolaridad: Sabe leer y escribir
Primaria Incompleta
Primaria Completa
Secundaria Incompleta
Secundaria Completa
Universidad
Técnico Superior
4. Estado Civil: Soltero
Acompañado
Casado
Divorciado
Viudo
5. Religión: Católico
Evangélico
Testigo de Jehová
Otro. Especifique _____
6. Procedencia: _____
Urbano
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?
Si_ No_
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
Si_ No_
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
SI_ No_
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Si_ No_

Test de Batalla

- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
Si_ No_
- ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
Si_ No_

- Cite 2 o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESION AL TRATAMIENTO

1. ¿Cuándo Usted va a la farmacia de su centro de salud, recibe TODO El TRATAMIENTO RECETADO POR SU MÉDICO? (por ejemplo, si su médico le indica 1 tableta de enalapril al día por un mes, en farmacia le entregan las 30 tabletas indicadas por su médico)
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Nunca
2. Si usted deja de recibir su tratamiento completo en la farmacia, ¿USTED BUSCA CONSEGUIRLO POR SUS PROPIOS MEDIOS?
 - a) Si
 - b) No
3. Si respondió SI, ¿Cómo consigue usted su tratamiento?
 - a) Lo compra
 - b) Lo recibe de un familiar
 - c) Otro. Especifique (ej: donaciones) _____
4. Si usted compra su medicamento, el costo al mes es
 - a) <200 C\$
 - b) 200-399 C\$
 - c) 400 o más C\$
5. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas? (alimentación, salud, vivienda, educación)
 - a) Si
 - b) No
6. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?
 - a) Si
 - b) No
7. ¿Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos?
 - a) Si
 - b) No
8. ¿Forma parte de grupos de apoyo para tomar su medicamento?
 - a) Si
 - b) No
9. ¿usted y su médico conversan en un lenguaje claro y sencillo el modo de seguir el tratamiento?
 - a) Si
 - b) No

10. ¿El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?
- a) Si
 - b) No
11. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?
- a) Si
 - b) No
12. ¿Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento prescrito por su médico?
- a) Si
 - b) No
13. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?
- a) Si
 - b) No
14. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?
- a) Si
 - b) No
15. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?
- a) Si
 - b) No
16. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?
- a) Si
 - b) No
17. ¿Se interesa por conocer acerca de su condición de salud y la forma de cuidarse?
- a) Si
 - b) No
18. ¿Conoce las complicaciones que puede traer la presión alta?
- a) Si
 - b) No
19. ¿Percibe que usted mejora con el tratamiento?
- a) Si
 - b) No

20. ¿Solo toma medicamento cuando se siente mal?
- a) Si
 - b) No
21. ¿Le ha dado pereza tomarse el medicamento?
- a) Si
 - b) No
22. ¿No toma el medicamento porque a veces se le olvida?
- a) Si
 - b) No
23. ¿Ha dejado de consumir su medicamento debido a que le hace sentir un efecto indeseado?
- a) Si
 - b) No
24. ¿Ha dejado de consumir su medicamento debido a que usted piensa que su enfermedad no es importante?
- a) Si
 - b) No
25. ¿Ha dejado de tomar el medicamento porque no tiene tiempo?
- a) Si
 - b) No

Lo siguiente será llenado por el Médico tratante:
FICHA DE RECOLECCION

CARACTERISTICAS CLINICAS

Fecha de Diagnóstico de la HTA: _____

Estadio de HTA:

- I
- II

Talla _____ Peso _____ IMC _____

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

Controles tensionales previos:

P/A	Control 1	2	3	4
PAS				
PAD				
Observación.				

Presenta Otras enfermedades asociadas: (Marcar)

- Dislipidemia
- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- EPOC
- Tabaquismo
- Otro _____

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 AUTONOMA 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 de la Carrera de Medicina cumpliendo el servicio social, 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 municipio 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