

Curso 2014/2015



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES
CRÓNICOS CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

Autor/a: Ainhoa Ozamiz Gorriño

Tutor/a: Virtudes Niño Martín

RESUMEN

La falta de la adherencia terapéutica es una de las principales causas del deficiente control de la tensión arterial, lo cual se asocia con un aumento de la morbi-mortalidad. El *objetivo* de este estudio es evaluar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos pluripatológicos. *Material y método:* Se incluyeron 58 personas (35 mujeres) pertenecientes al Centro de Salud La Victoria. *Resultados:* según el Test Morisky-Green un 74,14% mostró una buena adherencia y un 25,86 % una falta de adherencia, donde las mujeres mostraron mejor adherencia que los hombres. A través de la hoja de medicación se obtuvo una media de 8 fármacos por paciente en relación con las patologías más frecuentes en la población estudiada. *Conclusiones:* aunque se ha mejorado la adherencia terapéutica en los últimos años, las cifras siguen siendo alarmantes. Se destaca que la prevalencia de la hipertensión arterial va en aumento y que dentro de las patologías más frecuentes las 3 primeras se relacionan con enfermedades cardiovasculares, lo que predice que estas enfermedades podrían continuar siendo la primera causa de muerte en países desarrollados en los próximos años. Esto manifiesta la magnitud del problema y la necesidad de una intervención urgente en este ámbito.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia terapéutica, pacientes pluripatológicos.

ABSTRACT

The lack of therapeutic adherence is one of the main causes of the poor control of the blood pressure, which is associated to an increase of the mortality rate. The *objective* of this study is to evaluate the therapeutic adherence in patients with several pathologies and with high blood pressure. *Material and method*: 58 people (35 women) of the Healthcare Center “La Victoria” have been considered in the study. *Results*: According to the Morisky-Green Test 74, 14% of the patients have demonstrated a good adherence and 25, 86% of the patients have demonstrated a lack of adherence, being the women who demonstrate a better behaviour. Using the medication sheet we have obtained an average of 8 medicines per patient regarding the most common pathologies of the population analyzed. *Conclusions*: although the therapeutic adherence has improved during last years, the figures are still disturbing. It can be highlighted that the prevalence of the high blood pressure is increasing and that the 3 most common pathologies are related to cardiovascular diseases (CVD). Then, we can conclude that these diseases could remain as the main cause of death in developed countries during the next years. This shows the importance of the problem and the necessity of an urgent intervention in this field is then necessary.

Keywords: high blood pressure, therapeutic adherence, patients with several pathologies.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. MATERIAL Y MÉTODO.....	9
5. RESULTADOS	11
6. DISCUSIÓN.....	19
7. CONCLUSIÓN	21
8. PROPUESTA LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	21
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades más frecuentes y de mayor impacto social¹. Es un tema que desde hace tiempo lleva alarmando a la sociedad y en el que se está incidiendo cada vez más a causa de las repercusiones a nivel socioeconómico que conlleva. Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística², las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte en España y numerosos estudios han demostrado que la HTA está relacionada con el desarrollo de estas enfermedades.

En España la prevalencia de HTA es del 35% - 45% en población adulta, llegando a un 68% en personas mayores de 65 años de edad^{3,4}. Por otro lado, se estima que la hipertensión está relacionada con la muerte de alrededor de 40.000 personas al año en la población española mayor de 50 años.

Se han detectado diversos factores que pueden incidir en la aparición de dicha patología. Algunos factores no son modificables como es el envejecimiento poblacional, ya que es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia a personas mayores. En cambio hay otros que sí que se pueden corregir, entre ellos están: el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de sal y la exposición a situaciones de estrés.

Las complicaciones que se derivan de la hipertensión son complejas dado que muchas personas además cumplen con otros factores de riesgo que aumenta la probabilidad de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, como son la obesidad, la hipercolesterolemia, la diabetes y el tabaquismo⁵.

Cada vez se incide más en la sociedad en modificar el estilo de vida con hábitos saludables con el fin de disminuir la probabilidad de padecer hipertensión debido a que su prevención es la herramienta clave más importante y menos costosa junto con el control dicha enfermedad, que correspondería al siguiente nivel de actuación. Se prevé que si no se toman las medidas apropiadas, las muertes por enfermedades cardiovasculares seguirán en aumento en los próximos años.

A nivel económico, en el año 2000 se estimaba que la HTA suponía un gasto anual de unos 1.502 millones de euros, es decir entre un 3-4% del gasto sanitario español. En el año 2011 se calculaba que el gasto anual superaba los 1.600 millones de euros, lo que evidencia el impacto socioeconómico de la HTA en España y se prevé que el coste irá en aumento en los próximos años como se está apreciando desde hace una década^{6,7}. Además, el coste generado por las complicaciones de la hipertensión arterial son importantes, ya que un hipertenso con morbilidad elevada supone un coste 3,65 veces mayor que uno con morbilidad leve⁸.

La tensión arterial es la fuerza que la sangre ejerce en la pared de las arterias cuando es bombeada por el corazón. Esta presión varía según los ciclos cardiacos, de esa manera se obtiene dos presiones; una presión arterial sistólica en la que se encuentran los valores de presión más altos que coincide con la contracción del corazón y expulsión de la sangre por la arteria aorta (≤ 120 mmHg) y una presión diastólica que coincide con la relajación del músculo cardiaco entre un latido y otro, en la que se encuentran los valores de presión mínimos (≤ 80 mmHg). Se considera hipertensión cuando la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta. La presión arterial es directamente proporcional a lo que tiene que trabajar el corazón para bombear la sangre. Cuanto más alta, mayor es el riesgo de obstrucciones y roturas ya que aumenta la probabilidad de dilataciones o debilitar las paredes vasculares.

Además, es una dolencia asintomática que en muchas ocasiones pasa desapercibida hasta que se diagnostica a través de un control de la tensión arterial en Atención Primaria. Una detección precoz de esta enfermedad permite poder tomar medidas de prevención secundaria con el fin de realizar un control adecuado de la enfermedad y disminuir el riesgo de desarrollar otras patologías, así como el de mortalidad. Por eso, en algunos centros de salud se está promoviendo la medición de la tensión arterial a todos los pacientes mayores de 15 años al menos una vez al año y en la consulta de pediatría se está fomentando la medición de tensión arterial en la población infantil con el objetivo de poder prevenir su desarrollo y determinar la población susceptible de padecerlo en edad adulta, ya que aunque no es tan frecuente como en adultos supone un problema de salud^{9,10}.

Esto indica que Atención Primaria es la unidad de referencia para reclutar a pacientes con hipertensión y promover educación para la salud concienciando de los riesgos que supone dicha patología y los beneficios que se obtienen con el cambio en el estilo de vida.

Según la clasificación de la OMS y de la ESH-ESC los criterios de clasificación de la presión arterial en consulta de atención primaria¹¹, son:

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

La hipertensión sistólica aislada es más frecuente en la población anciana debido a la rigidez que se produce en las paredes de las arterias como consecuencia del envejecimiento, esto provoca una elevación de la tensión sistólica sin verse afectada la diastólica.

El otro sistema de clasificación de HTA es la empleada por la Joint Nacional Comité (JNC-7) de EEUU que muestra diferencias respecto a la europea frente a la tensión arterial normal y la prehipertensión ya que los grados de hipertensión son iguales. En esta clasificación se considera como valores normales <120 mmHg de presión arterial sistólica y < 80 mmHg de presión arterial diastólica y se considera prehipertensión una tensión arterial > 120/80 mmHg y < 140/90 mmHg¹².

Además, la Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología establecen un sistema de estratificación en la que se clasifica el nivel de riesgo que tiene un paciente de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares por un lado según la

presión arterial y por otro lado si está asociada o no a la existencia de factores de riesgo, lesiones de órganos diana o enfermedad cardiovascular o renal establecida. Aumentando el riesgo cuánto más altas sean las cifras de la tensión arterial y mayor sea la asociación con alguno de los indicadores mencionados. La primera medida que se toma para controlar los niveles de la tensión arterial son los cambios en el estilo de vida y si aun así no resulta efectivo, se complementa con tratamiento farmacológico.

En España según el documento de consenso citado anteriormente, se estima que solo un 32,8% de pacientes diagnosticados de hipertensión atendidos en atención primaria están controlados, disminuyendo este porcentaje a un 16,8% si se refiere a pacientes con otra patología añadida como la diabetes o colesterol elevado. Se podría decir que solo se consigue el control en el 40% de los pacientes tratados en atención primaria y el 25% en la población general. Una falta de control de la presión arterial repercute negativamente a nivel clínico empeorando su estado de salud al incrementar la incidencia de otras enfermedades, aumentando el grado de dependencia, de hospitalización y disminuyendo la calidad de vida. Todo esto incide a su vez a nivel económico aumentando los costes sanitarios y sociales.

Por todo esto, en estos últimos años se han realizado diversos estudios acerca de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos cuyo control de la enfermedad requiera medicación, ya que supone la clave del control para lograr unas condiciones óptimas de salud junto con el estilo de vida saludable. Mientras que si no se realiza una correcta adherencia terapéutica, se obtendrían unas consecuencias clínicas y económicas significativas en la sociedad¹³. Hay evidencias científicas de que en personas hipertensas mantener los valores de las cifras arteriales <140/90 mmHg está asociado con una descenso del 27 % de problemas cardiovasculares¹⁴.

El principal objetivo del tratamiento farmacológico antihipertensivo es disminuir la morbimortalidad cardiovascular y renal que se puede alcanzar con el control de la presión arterial y actuando sobre los factores de riesgo. Por tanto, como objetivo a corto plazo podría ser controlar la tensión arterial pero a largo plazo es imprescindible tratar el riesgo global.

La adherencia terapéutica podría expresar según definen DiMateo y DiNicola "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado"¹⁵. Esta definición hace que el paciente adquiera una mayor participación en su toma de decisión respecto a su salud. Sin embargo, con el término cumplimiento terapéutico, se encasilla al paciente como incumplidor o cumplidor, actuando de forma pasiva en las decisiones y adquiriendo el personal médico un rol autoritario¹⁶.

Medir el grado de adherencia es difícil debido a la gran cantidad de factores que se implican en él. Etiquetar a un enfermo si mantiene una adherencia o no, no se ajustaría a la realidad puesto que son diversas circunstancias lo que lo determinarían, que además pueden ser temporales y por tanto modificables. No obstante, se ha demostrado que los ancianos, las enfermedades crónicas y los pacientes polimedicados, son factores que repercuten negativamente en la adherencia al tratamiento¹⁷.

Para concluir, la HTA es una enfermedad cada vez más prevalente en la población que se puede controlar con un estilo de vida saludable y en algunos casos requiere también medicación. Es una dolencia asintomática en la que si no se sigue un adecuado control de la enfermedad, se puede desarrollar una serie de complicaciones en la salud de la propia persona ocasionando un aumento de la morbimortalidad y generando un mayor gasto económico. Todo esto hace que el personal de enfermería adquiera protagonismo a nivel de atención primaria en la detección precoz y control de dicha patología, siendo principal la evaluación de la adherencia terapéutica en los pacientes para su seguimiento.

2. OBJETIVO

Con el presente trabajo se pretende contribuir a la consecución de los siguientes objetivos:

Objetivo general

- ✓ Valorar la importancia de la adherencia terapéutica en pacientes pluripatológicos.

Objetivos específicos

- ✓ Verificar la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 65 años pluripatológicos.
- ✓ Evaluar cuales son las patologías más comunes en los pacientes crónicos.
- ✓ Identificar el grupo de fármacos empleado en los pacientes mayores de 65 años.

3. JUSTIFICACIÓN

La HTA es una enfermedad crónica que se puede controlar con un tratamiento dietético-higiénico y farmacológico, disminuyendo las consecuencias negativas a nivel clínico y socioeconómico que se pueden desarrollar con un mal control de la tensión arterial. Se han hallado numerosos estudios relacionados con la falta adherencia terapéutica de los pacientes que se acentúa cuando son crónicos y polimedicados. Por ello, este estudio tiene como objetivo determinar el grado de adherencia terapéutica de los pacientes pluripatológicos con hipertensión arterial ya que se considera la clave para el control de la enfermedad.

Los métodos para evaluar la adherencia terapéutica son diversos y se pueden clasificar en directos e indirectos. No existe un método para evaluar de referencia, puesto que todos tienen sus ventajas e inconvenientes. Por tanto, el método de elección será aquel que se adapte mejor a las necesidades propias del estudio de investigación que se lleve a cabo.

En los métodos directos se trata de medir la cantidad de fármaco en muestras biológicas que hay en el paciente, siendo un resultado objetivo pero que representan un elevado coste y son poco aplicables en atención primaria¹⁸. En los métodos indirectos la información obtenida es proporcionada por el paciente, familiares o personal sanitario,

lo que hace que sean menos objetivos, pero más baratos y sencillos, siendo los más empleados. Dentro de los indirectos se encuentran¹⁹:

- Basados en la entrevista clínica: los más utilizados son el Test de cumplimiento autocomunicado o el Test de Morisky-Green.
- Basados en la medición del recuento de comprimidos: mediante recuento a través de monitores electrónicos de control de la medicación o mediante recuento simple de comprimidos. Se compara según la fecha de prescripción, el número de comprimidos que quedan en el envase y el número de comprimidos que debería haber consumido.
- Valoración de la asistencia a citas programadas.
- Resultados del tratamiento en algún parámetro de control.
- Test de la comprobación fingida: consiste en solicitar al paciente en realizar un análisis de orina para analizar la cantidad de medicamento que ha ingerido. Si ofrece resistencia para la realización de la prueba y manifiesta que no toma la medicación se considera incumplidor.

Previo a la valoración de los diferentes métodos de evaluación, es preciso describir una serie de elementos que se deberían aplicar en todas las intervenciones para optimizar la su eficacia:

- ✓ Mantener una actitud de apoyo frente al paciente, no culpabilizarle por la falta de adherencia.
- ✓ Ejecutar intervenciones individuales adaptadas a las características del paciente.
- ✓ Establecer unas intervenciones sencillas, directas y viables en su realización.
- ✓ Fomentar la relación profesional-paciente con el objetivo de aumentar el grado de confianza y complicidad en el paciente.
- ✓ Concienciar al profesional sanitario que para lograr una mejora de la adherencia terapéutica se requiere un trabajo en equipo entre los distintos profesionales.

Además, hay que tener en cuenta los factores que influyen en la adherencia terapéutica. Se pueden clasificar en^{20, 21}:

A. Relación profesional sanitario-paciente.

Es probable que sea el factor más determinante en el cumplimiento. Es necesario motivar al paciente a través de una buena comunicación y un aumento de la confianza en los beneficios del tratamiento. Transmitir la información de manera comprensible para el paciente contribuye a mejorar su adherencia.

B. El paciente y su entorno.

Las creencias que vienen de su entorno influyen en el cumplimiento. En esta área también se engloban las características sociodemográficas, nivel de conocimientos y el apoyo de la familia y sociedad con la que convive.

C. La enfermedad.

La percepción subjetiva de la enfermedad influye en el grado de cumplimiento. La adherencia al tratamiento viene precedida según el tipo de enfermedad. Se ha observado que según aumenta la cronicidad, la adherencia disminuye. Al igual que en enfermedades asintomáticas o si el tratamiento tiene fines preventivos.

En caso de contar con una enfermedad que compromete el nivel de conciencia y el desempeño de autonomía del autocuidado, la adherencia será difícil derivándose la mayoría de las veces en cuidadores.

D. La terapéutica.

El hecho de que sean tratamientos prolongados y con efectos secundarios, favorece el incumplimiento. Al igual que aquellos tratamientos que impliquen cambios en el estilo de vida hace que la adherencia al tratamiento sea más difícil. Por otro lado se ha observado que los tratamientos de medicación con monodosis han obtenido mejores resultados de adherencia que los multidosis.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Centro de Salud La Victoria que pertenece al área este de la ciudad de Valladolid.

Diseño: Estudio de investigación observacional, transversal y cuantitativo a los pacientes pertenecientes al Centro de Salud que cumplieran los criterios de inclusión. La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de enero a marzo del 2015.

Procedimiento: Se solicitó la autorización al Comité de ética y legislación de la Facultad de enfermería de la Universidad de Valladolid, se informó a los pacientes el objetivo de estudio y se obtuvo el consentimiento verbal. A continuación, se llevó a cabo el cuestionario seleccionado para la medición de la adherencia terapéutica, el control del número de fármacos, se analizó las patologías más comunes y se evaluó los resultados terapéuticos esperados al realizar una medición de la tensión arterial aleatoria en la consulta de enfermería.

Instrumento de evaluación: Se empleó el Test Morisky-Green (anexo 1) para evaluar la adherencia terapéutica y con la hoja de medicación (anexo 2) se obtuvo el número de fármacos que consume cada paciente. Además, también se empleó para identificar el grupo de fármacos más consumido por la población. El número de patologías de cada paciente se adquirió a través de la historia clínica informatizada.

El Test de Morisky-Green muestra una alta fiabilidad (61%) y está validado en la sociedad española. A través del cuestionario se valora si el paciente adopta actitudes correctas frente al régimen terapéutico con capacidad para predecir el control en la tensión arterial²². Consta de 4 ítems y para considerar que existe una buena adherencia, el resultado a las preguntas debe ser (no, si, no, no), entendiéndose como falta de adherencia si se contesta con una respuesta inadecuada en uno o más ítems. Los 4 ítems que se evalúan son los siguientes:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

- Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Lo más correcto para evaluar si un paciente está controlado con la medicación, sería tener como mínimo cuatro valores de la medición de la tensión arterial en un año. Dado que el intervalo de tiempo en el que se ha realizado el estudio es inferior a un año, se ha realizado la medición de la tensión arterial en la consulta a los pacientes y a continuación se ha preguntado los valores que acostumbran a tener en su casa, con el fin de obtener un promedio de valor de tensión arterial lo más fiable posible. De esta manera, se ha obtenido una referencia más a tener en cuenta en el estudio de investigación. Considerando un paciente controlado aquel que obtenga unos valores inferiores o iguales a 140/90 mmHg y un paciente no controlado cuyos valores sean superiores a 140/90 mmHg.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 65 años, con HTA diagnosticada, incluidos en el programa de crónicos pluripatológicos con 5 o más patologías y con tratamiento farmacológico de al menos 3 fármacos

Criterios de exclusión: Pacientes hipertensos que no estuvieran en tratamiento farmacológico, menores de 65 años, que no estuvieran incluidos en el programa de crónicos pluripatológicos, que tuvieran un tratamiento farmacológico menor de 3 fármacos, que no desearan participar en el estudio e incapacitados mentalmente para la realización de la entrevista.

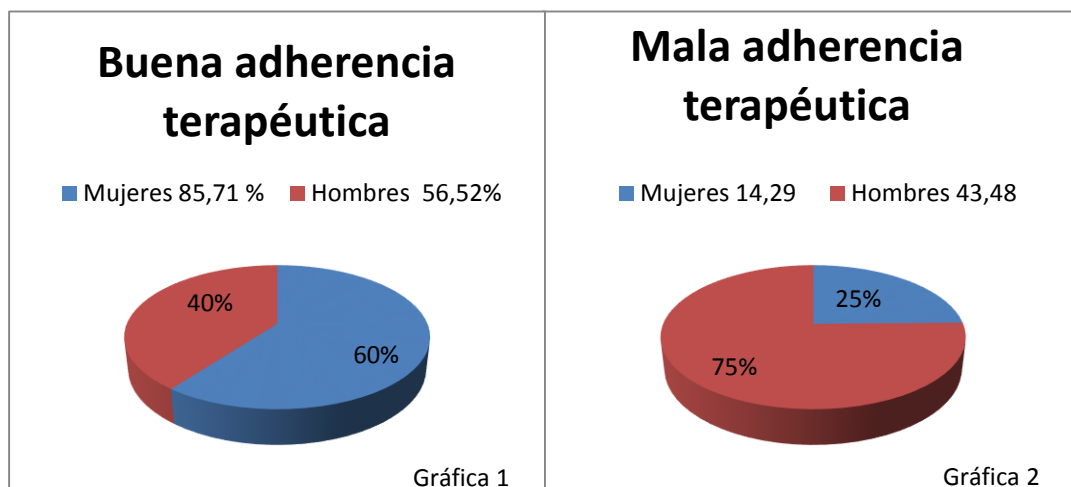
Tamaño de la muestra: 58 personas pertenecientes al Centro de Salud la Victoria que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión que fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistémico, de los cuales 35 son mujeres y 23 son hombres.

Análisis estadístico: La recogida de datos se ha realizado con el programa Microsoft Office Excel 2007 en el que se tuvieron en cuenta las variables de sexo, edad, número de fármacos, número de patologías, medición de la tensión arterial sistólica y diastólica y el resultado obtenido en el cuestionario. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SAS v9.2. SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.

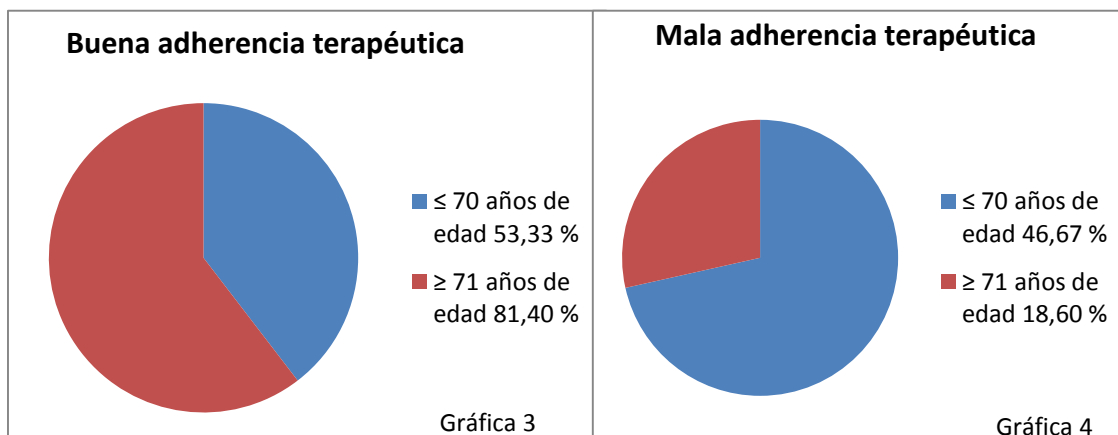
Limitaciones: al realizarse el estudio en un corto periodo de tiempo, no se ha podido realizar una valoración de la presión arterial correcta y se ha tenido que coger como dato orientativo una medida de la tensión realizada en la consulta. Por otro lado, a la hora de agrupar los fármacos se han encontrado una serie de dificultades puesto que un mismo fármaco puede tener varias indicaciones.

5. RESULTADOS

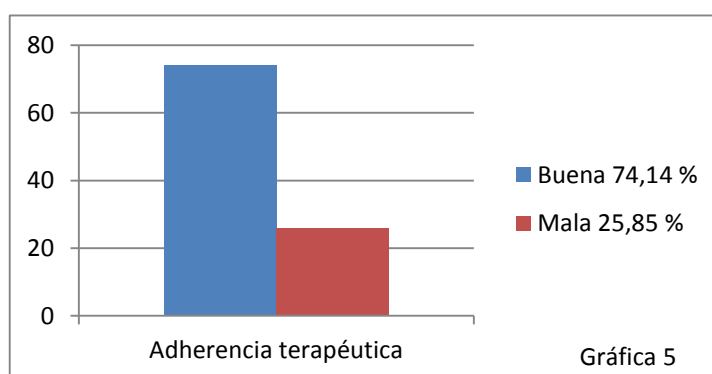
En el presente estudio han participado un 60,34 % de mujeres y un 39,66 % de hombres. En la gráfica 1 y 2 se puede observar que se ha obtenido una respuesta a la adherencia mejor en las mujeres que en los hombres con unos porcentajes de 85,71% en mujeres y 56,52% en hombres con una $p= 0,01$.



En el estudio se ha reclutado a pacientes mayores de 65 años, siendo 25,86 % menores de 70 años, un 37,93 % entre 71-80 años de edad y un 36,21 % entre 81-99 años de edad. Se ha obtenido como resultado que la población > 70 años presenta mejor adherencia terapéutica que la población ≤ 70 años, con un 81,40% de adherencia frente a un 53,33% respectivamente con una $p= 0.03$ (gráfica 3 y 4).

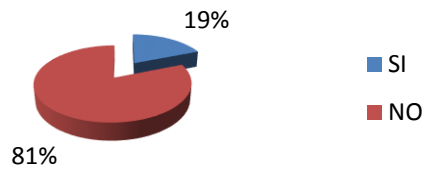


Respecto a la adherencia terapéutica según el Test Morisky-Green, se observa que hay una buena adherencia del 74,1 % frente a un 25,86% que presenta una falta de adherencia, dentro de un IC 95% (62,6%, 85,6%). Considerando como buena adherencia contestar correctamente al cuestionario (NO, SI, NO, NO) y como falta de adherencia contestar uno o varios ítems de manera incorrecta (gráfica 5).

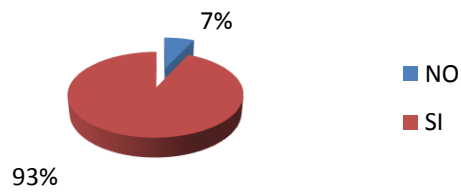


Como se puede comprobar las principales causas de no adhesión al tratamiento farmacológico han sido que se olvidan alguna vez de tomar los medicamentos (un 18,97%) y que no toman los medicamentos a la hora indicada (6,90%). En cambio un 98,28% no deja de tomar los medicamentos aunque se encuentre bien.

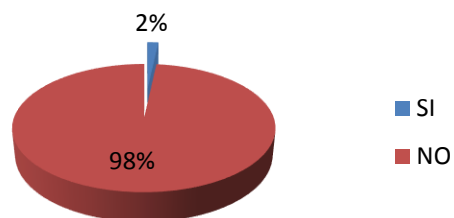
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

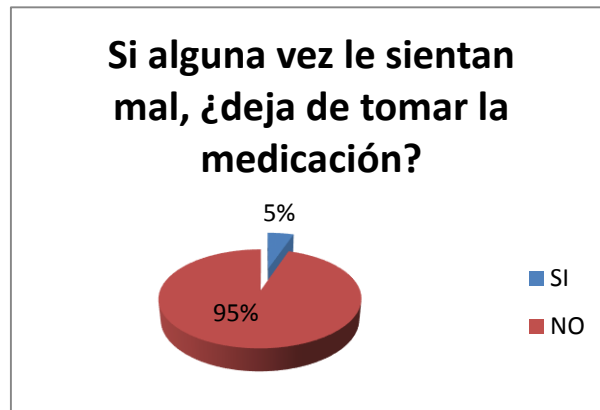


¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?



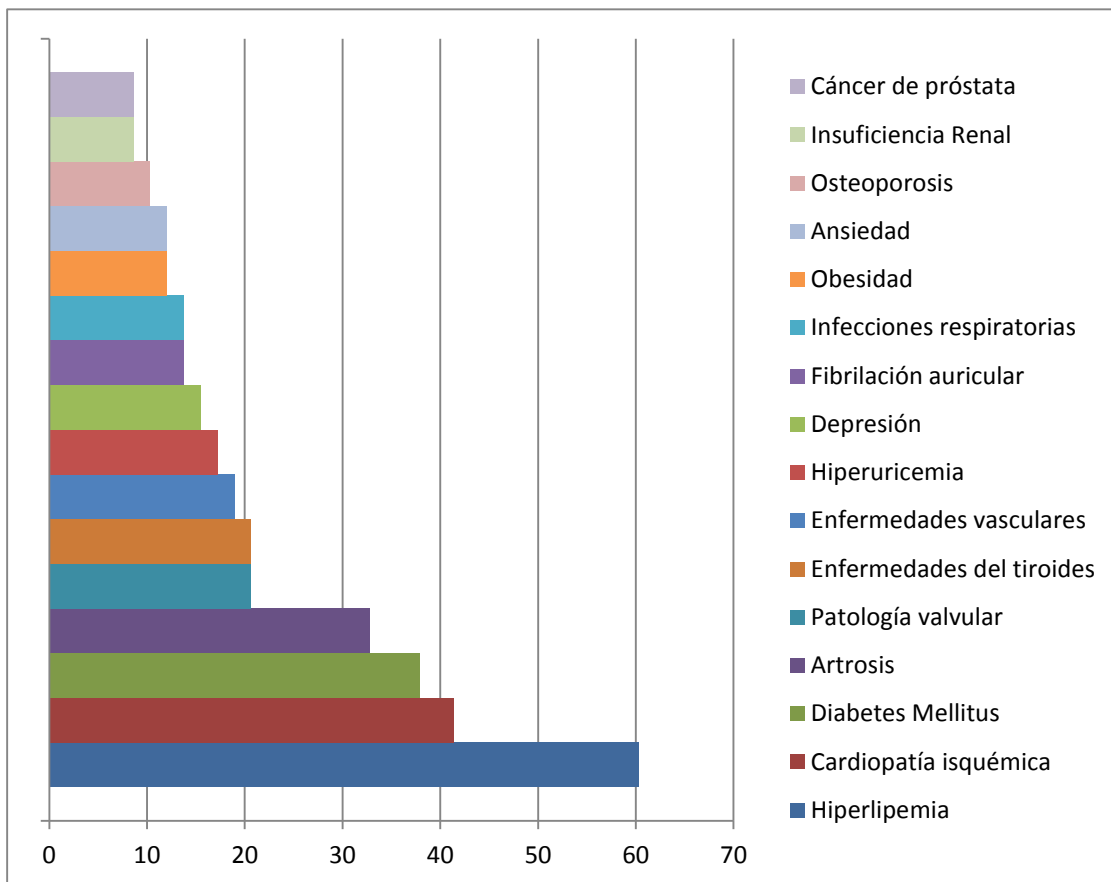
Quando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?





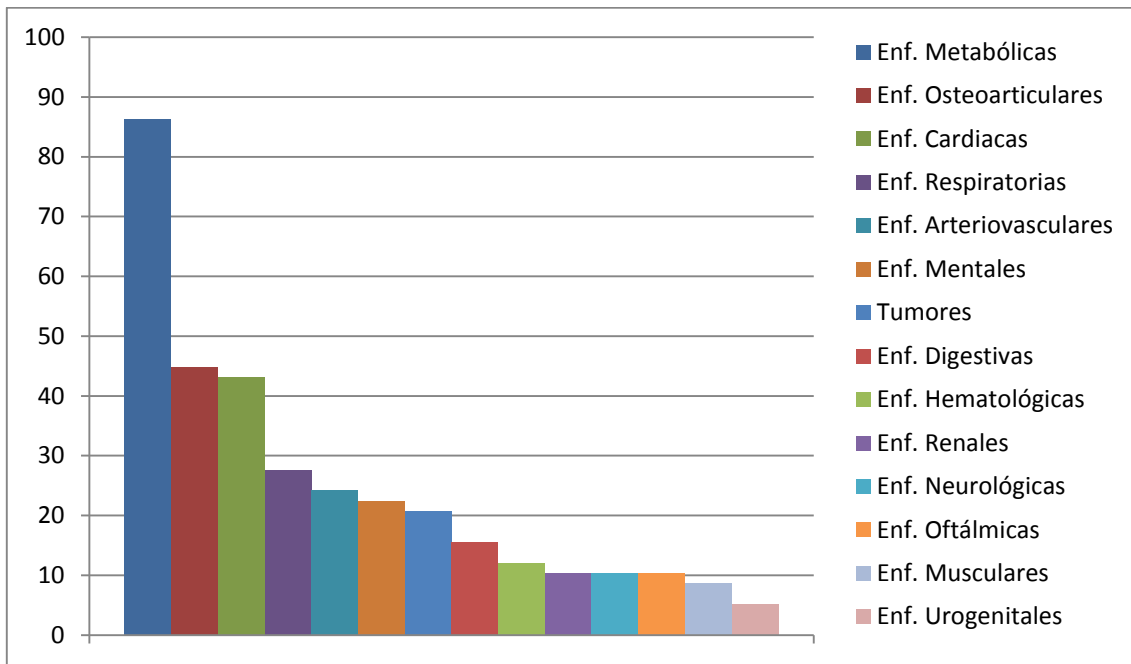
Respecto al control de la tensión arterial, se ha obtenido que un 19,30 % de los pacientes dentro de un IC 95% (8,93%, 29,66%) presentan una tensión arterial sistólica > 140 mmHg y un 7,02% en un IC 95% (0,31%, 13,73%) tiene una tensión arterial diastólica > 90 mmHg. En global, un 24,58 % presenta una tensión arterial no controlada con un IC 95% (13,26%, 35,87%). Como se puede comprobar, suelen presentar niveles más altos de tensión arterial sistólica. Respecto a los valores de la tensión arterial sistólica en ancianos se considera recomendable entre 140-150 mmHg. Sin embargo algunos estudios afirman que valores <140 mmHg es adecuado también^{23,24}. Frente a la presión arterial diastólica hay menos controversia puesto que se debe mantener en esos valores (<90mmHg), excepto en los diabéticos que se recomienda < 85mmHg.

Uno de los indicadores en el criterio de inclusión era que los pacientes debían ser pluripatológicos (con un mínimo de 5 patologías) y con hipertensión diagnosticada. La identificación de los diagnósticos corresponde al personal médico del Centro de Salud, que sigue la clasificación CIE-10²⁵. Los diagnósticos más frecuentes se encuentran representados en la siguiente gráfica:



Como se puede observar, los tres diagnósticos más frecuentes están íntimamente relacionados con las enfermedades cardiovasculares, junto con la HTA que no se ha incluido en la tabla puesto que todos los pacientes lo presentan. Con estos datos se puede predecir que la incidencia de enfermedades cardiovasculares irá en aumento puesto que la mayoría de la población estudiada presenta varios factores de riesgo relacionados con la enfermedad.

A mayores, se han agrupado los diagnósticos por grupo de enfermedades con lo que se ha obtenido las enfermedades más comunes en personas mayores de 65 años:



La tabla con todos los diagnósticos que presenta la población estudiada se encuentra incluida en el Anexo 3.

Del estudio se ha obtenido una media de 8 fármacos por persona, siendo 3 el mínimo número de fármacos y 32 el máximo, con una desviación típica de 4,03. Para poder describir los fármacos más consumidos por la población estudiada se ha distribuido los fármacos según el lugar en el que actúen.

PATOLOGÍAS	FÁRMACOS
Aparato cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> · Antihipertensivos. · Antiagregantes plaquetarios · Hipolipemiantes. · Anticoagulantes.
Aparato digestivo	<ul style="list-style-type: none"> · Protectores gástricos.
Aparato locomotor	<ul style="list-style-type: none"> · Corticoides.

	<ul style="list-style-type: none"> · AINEs. · No AINEs. · Opioides.
Aparato respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> · Broncodilatadores. · Antitusígenos. · Mucolíticos · Antimuscarínicos.
Trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> · Ansiolíticos. · Antidepresivos. · Hipnóticos
Enfermedades metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> · Antidiabéticos orales.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> · Insulina

La mayoría de los pacientes tienen un tratamiento combinado con fármacos antihipertensivos y dentro de los 5 grupos de antihipertensivos que se suelen administrar, no se encuentran diferencias significativas en el más empleado. Además, algunos pacientes también tienen fármacos antiarrítmicos o inotrópicos como el Diltiazem y la Digoxina. Como medicación para casos urgentes se dispensa el Gliceril Trinitrato de vía sublingual.

Dentro de los antiagregantes plaquetarios, el más empleado es el Ácido acetilsalicílico y después el Triflusal.

Respecto a los fármacos para tratar la hipercolesterolemia, el grupo farmacológico de las estatinas son los que se suelen prescribir y dentro de ellos la Atorvastatina es la más frecuente. Se ha comprobado que los fármacos hipolipemiantes actúan a nivel cardiovascular disminuyendo el riesgo de morbimortalidad. Se incluyen en tratamiento farmacológico si hay una enfermedad cardiovascular establecida y como prevención primaria a criterio médico según la existencia de factores de riesgo y los niveles de LDL que transporta el colesterol^{26,27}.

Frente al grupo de fármacos anticoagulantes el medicamento más administrado es el Acenocumarol (Sintrom®).

Respecto al aparato digestivo, la mayoría de la población estudiada consume un inhibidor de la secreción de ácido en el estómago. Siendo el más empleado el Omeprazol.

Dentro de las enfermedades más frecuentes en el aparato locomotor se encuentran la artrosis y osteoporosis. Por tanto se consumen muchos fármacos para el dolor, tanto AINEs (siendo los más utilizados los ácidos acéticos y ácidos propiónicos, diclofenaco e ibuprofeno son los más empleados respectivamente) como no AINEs (el Paracetamol y Metamizol los más frecuentes) y algunos analgésicos opioides (dentro de este grupo el más consumido es el Tramadol). Además de tomar fármacos propios de la enfermedad, como el ácido alendrónico en mujeres postmenopausicas con osteoporosis, estimuladores de la síntesis de proteoglicanos como el condroitin sulfato que es el más frecuente y corticoides.

Frente al aparato respiratorio los más habituales son los broncodilatadores, los mucolíticos y los antitusígenos.

Otro fármaco no añadido en la tabla pero frecuente en los hombres mayores de 65 años son los relacionados con la próstata, siendo la Tamsulosina la más frecuente.

En los resultados, se cuenta con unas variables dependientes que son:

- Edad.
- Sexo.
- Convivencia habitual.
- Número de fármacos.
- Número de patologías.

En la variable de la edad, hay que tener en cuenta que por general por debajo de los 40 años, el número de hipertensos es mayor en el sexo masculino y que a partir de los 40-50 años se suele igualar, llegando en ocasiones a predominar el sexo femenino²⁸. Esto

se debe a que la mujer alcanza la menopausia, lo que genera modificaciones fisiológicas que alteran la tensión arterial.

Con respecto a la convivencia habitual, aunque en el estudio no se ha analizado esta variable, se ha podido observar en la consulta de atención primaria que aquellos pacientes que viven con más personas, presentaban un mayor control de la enfermedad. Coincidiendo con otro estudio que afirma que vivir solo influye en la falta de adherencia terapéutica en pacientes mayores de 65 años polimedicados²⁹.

Se ha demostrado que un mayor número de fármacos incide negativamente en el mantenimiento de una buena adherencia terapéutica. Puesto que a mayor número de fármacos, la confusión con el horario de toma y el número de dosis es mayor, al igual que aumenta la probabilidad de interacciones farmacológicas, algo que los pacientes no suelen tener en cuenta.

El número de patologías también incide en la adherencia. Hay algunas patologías como las renales o endocrinas que provocan un aumento de los valores en la presión arterial, lo que influye en el control de la hipertensión. Además, los pacientes ancianos presentan mayor número de patologías que suelen ser crónicas, lo que repercute negativamente en su estado de salud y hace que aumente el número de fármacos para controlar la enfermedad, alterando el control de la tensión arterial.

7. DISCUSIÓN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas es algo bastante frecuente. Como se puede observar en el trabajo, un 25,86% muestra una baja adherencia al tratamiento.

Respecto a la variable de la edad, algunos estudios indican que no es un factor muy relevante frente a la no adherencia^{30,31}. No obstante, según el informe de la OMS la edad es un factor que influye en la adherencia de manera irregular, en el que se debe evaluar por separado según la afección, las características del paciente y el grupo de

edad de desarrollo³². En este estudio en concreto se ha reclutado pacientes mayores de 65 años y se ha obtenido una mejor adherencia terapéutica en pacientes mayores de 71 años que en pacientes entre 65-70 años.

Se ha obtenido una mejor respuesta a la adherencia en el sexo femenino coincidiendo con otros estudios de investigación³³.

Respecto a la falta de adherencia farmacológica, la primera causa en la población estudiada ha sido "el olvido". El principal motivo que produce el olvido es la cantidad de fármacos que toman algunos pacientes ya que en el trabajo realizado se calcula una media de 8 fármacos por persona.

El siguiente motivo que incide en la falta de adherencia es la administración del fármaco a la hora indicada. Una de las cosas que se percibió en la consulta es que no tienen del todo claro que fármacos pueden tomar a la vez o cual debe tomarse antes. A veces realizan la toma de los medicamentos a las horas no indicadas sin tener en cuenta que no respetan el intervalo de tiempo necesario entre una dosis y otra, consiguiendo que no realice su efecto esperado.

Sin embargo, son conscientes de que es necesario tomar la medicación prescrita para el correcto control de las patologías que padecen y de que si dejan de tomarlo su estado de salud puede empeorar. Este aspecto puede haber incidido en que no dejen de tomar la medicación si se encuentran bien. La mayoría de los pacientes comprende en la medida de lo posible la enfermedad que padece y los beneficios que tiene cada fármaco así como la acción que realiza cada uno.

Al evaluar cuales son las patologías más frecuentes en la población estudiada, se observa que las cuatro primeras están íntimamente relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, lo que predice el posible aumento de incidencia de estas enfermedades en los próximos años. Esto hace pensar la importancia de una actuación a nivel global (profesionales sanitarios, gobierno, sociedad) para hacer frente a este problema de salud pública.

8. CONCLUSIÓN

De la población estudiada, es mayor el grupo de personas que mantienen una buena adherencia terapéutica frente a los que presentan una falta de adherencia terapéutica.

Respecto las causas que conllevan a una falta de adherencia, la primera por mayor incidencia ha sido el olvido, seguida de la no toma de los fármacos a la hora correcta.

Se observa una mejor respuesta en el sexo femenino y en la población mayor de 71 años.

La mayoría es consciente de la enfermedad que padece y de lo necesario que es la administración de los fármacos prescritos para el control de las respectivas patologías. No obstante el número de fármacos diarios que consume cada persona es muy alto, lo que puede suponer un mayor riesgo de confusiones, olvidos, interacciones y reacciones adversas a medicamentos.

Un análisis de las patologías más frecuentes en la población estudiada determina que las 4 primeras están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares. Lo que evidencia la magnitud del problema y la necesidad de una actuación a nivel global para poner solución.

9. NUEVAS PROPUESTAS DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Actualmente, la falta de control en la hipertensión arterial es un problema de salud pública. Por ello, se propone a través de este estudio llevar a cabo un programa de educación para la salud dirigido a la población hipertensa sobre los beneficios de un control de la enfermedad y al finalizar, un estudio para evaluar los resultados.

Dado que el paciente anciano consume numerosos fármacos y sufre modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que altera la farmacocinética y farmacodinámica de los fármacos, otra propuesta sería investigar cuantos efectos secundarios y reacciones

adversas farmacológicas son detectadas en la población anciana y cuántos son tratados correctamente sin desencadenar una "cascada de prescripción" al no ser distinguidas de enfermedades comunes de la vejez, lo que conlleva tratarlo con nuevos fármacos.

Por último, se plantea un estudio sobre el grado de conocimiento del paciente anciano en su tratamiento farmacológico acerca de las interacciones alimentarias y farmacológicas de cada medicamento, el horario indicado de cada fármaco y como deberían actuar ante el olvido de una toma de dosis.

10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Sabán Ruiz José. Control global del riesgo cardiometabólico: La disfunción endotelial como diana preferencial [Internet]; v. 1. Madrid: Díaz de Santos; 2012. Capítulo 18, HTA en la infancia y en el adulto joven; [citado 9 Feb 2015]; p.455-462. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JybKVAsuchgC&oi=fnd&pg=PA455&dq=consecuencias+HTA&ots=5w8LDTTQZ&sig=nWvtXalBPMatDR0pC929kUBfHGo#v=onepage&q=consecuencias%20HTA&f=false>
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Notas de prensa[Internet]; 2013 [actualizado 27 Feb 2015, citado 15 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
3. Armario García Pedro. Protocolos Hipertensión Arterial. [Internet]. Barcelona: Elsevier Doyma;2009 [citado 15 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/1335540376/publicaciones/protocolos/protocolo-hipertension-arterial.pdf>
4. semFYC: Sociedad Española de Familia y Comunitaria [Internet]. Las Palmas de Gran Canarias: Sanchis Doménech C; c2009 [citado 18 Mar 2015]. Hipertensión arterial y política de salud en España. Documento de consenso [22 pantallas]. Disponible en: http://www.semfyce.es/pfw_files/cma/e-Commerce/Publicaciones/Documentos%20colaborativos/Presentacion_difusion_consenso_HTA.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2013. [citado 20 Mar 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
6. Badía Xavier. El papel de los medicamentos en el tratamiento de la hipertensión arterial y la prevención del riesgo cardiovascular. [Internet]. Madrid: Fundación Farmaindustria;2002 [citado

- 27 Mar 2015]. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_1045.pdf
7. Seh-lelha: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial [Internet]. Barcelona: Obregón T; 2011 [citado 27 Mar 2015]. Nota de prensa: Libro hipertensión arterial 2020;3. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/prensa/NPLibroHTA2020.pdf>
 8. Saez M., Barceló M.A, Coste de la hipertensión arterial en España. Hipertensión y Riesgo Vascular [Internet]. 2012 [citado 28 Mar 2015]. 29(4): 145-151. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183712000645>
 9. Campos-Nonato Ismael et al. Hipertensión arterial: prevalencia , diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [Internet]. 2013 [citado 3 Abr 2015];55(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800011&script=sci_arttext
 10. Cangas García Sergio et al. Pesquisaje de hipertensión arterial en los adolescentes. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 [citado 3 Abr 2015];15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000100009&script=sci_arttext
 11. Martell N, et al. Guías para el manejo de la hipertensión arterial de la ESH-ESC 2013. Guía de hipertensión ESH/ESC [Internet].2013 [citado 6 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/images/e-learning/presentaciones/Presentacion%20Nuevas%20Guias%20Tratamiento%20Hipertension%20ESH-ESC%202013.pdf>
 12. Iza Stoll Agustín. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta méd peruana [Internet]. 2006[citado 11 Abr 2015];23(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200009
 13. Dilla Tatiana et al. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria [Internet].2009. [citado 12 Abr 2015];41(6): 342-348. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001504>
 14. Minsal: Ministerio de Salud de Gobierno de Chile[Internet]. Santiago: Minsal;2010 [citado 12 Abr 2015]. Guía clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más;63. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>
 15. Ortiz P. Manuel, Ortiz P. Eugenia. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. RevMéd Chile [Internet]. 2007 [citado 12 Abr 2015];136:647-657. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>
 16. Martín Alfonso Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 14 Abr 2015];30(4). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008

17. García Pérez AM et Al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. Medicina de familia (And) [Internet].2000 [citado 14 Abr 2015];1(1):13-19. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>
18. Agirrezabala José Ramón et al. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac [Internet]. 2009 [citado 14 Abr 2015]; 10(1):1-6. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
19. Márquez Contreras E. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones [Internet]. 2004 [citado 14 Abr 2015];1(1):5-6. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/algoritmo1.pdf>
20. Alonso MA, et al. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas farmacoterapéuticas, Saludmadrid [Internet].2006 [citado 16 Abr 2015];13(8):31-38. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
21. Peralta María Luisa, Carbajal Pruneda Patricia. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet] 2008 [citado 16 Abr 2015];17(3):84-88. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
22. Ingaramo Roberto A, et al. Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento. RevFedArgCardiol [Internet]. 2005 [citado 16 Abr 2015];34:104-11. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
23. Saha: Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial [Internet]. Argentina:saha [citado 18 Abr 2015]. Recomendaciones para la detección y el tratamiento del anciano con hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/HTAAnciano.pdf>
24. Mancia Giuseppe, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial 2013. Hipertensión y riesgo cardiovascular [Internet]. 2013 [citado 26 Abr 2015];30(3):1-91. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/Guia2013.pdf>
25. MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. España:MSSSI; borrador 2014 [citado 18 Abr 2015]. Edición electrónica de la CIE-10-ES diagnósticos. Disponible en: https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
26. semFYC: Sociedad Española de Familia y Comunitaria [Internet]. Granada: Marín Conde L; 2013 [citado 5 May 2015]. ¿Cómo debemos tratar farmacológicamente la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia? [18 pantallas]. Disponible en: http://www.semfyc2013.com/readcontents.php?file=webstructure/leon_marin.pdf
27. Serrano Cumplido A. Indicaciones de los hipolipemiantes. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet]. 2010 [citado 5 May 2015];34(2):41-48. Disponible en:

- http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n2indHipolipemiantes.pdf
28. Sabán Ruiz José. Control global del riesgo cardiometabólico: La disfunción endotelial como diana preferencial [Internet]; v. 1. Madrid: Díaz de Santos; 2012. Capítulo 19 HTA del anciano; [citado 5 may 2015]; p.463-473. Disponible en: https://books.google.es/books?id=JybKVAsuchgC&pg=PA465&lpg=PA465&dq=objetivo+tas+en+ancianos+hipertensos&source=bl&ots=5w9II3T_Q0&sig=wfs-AjUTrluSZRqvee1SCAqhaQ0&hl=es&sa=X&ei=CCxWVaOtDMmBU76jgcAP&ved=0CFoQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false
 29. Nuñez Montenegro Antonio J. et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedcados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Atención primaria [Internet]. 2014 [citado 7 May 2015];46(5):238-245. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713002771>
 30. Pérez Inglés D, et al. Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Rev 16 de abril[Internet]. 2014 [citado 7 May 2015];53(255). Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/247/ao3.html>
 31. Martín Alfonso Libertad, et al. Frecuencia de cumplimineto del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 7 May 2015];19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000200009&script=sci_arttext
 32. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Washington, Organización Mundial de la Salud 2004. [citado 8 May 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
 33. Díaz de Argote Cervera Pilar et al. Valoración de la adherencia terapéutica de pacientes de una unidad de hemodiálisis hospitalaria. EnfermNefrol [Internet]. 2013 [citado 10 May 2015];16(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000500058&script=sci_arttext

Anexo 1

Cuestionario de adherencia al tratamiento: Test Morisky-Green

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

Sí

No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Sí

No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

Sí

No

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Sí

No

Anexo 2

Hoja de medicación



HOJA DE MEDICACION

Paciente: [REDACTED] CIP: [REDACTED] Año de nacimiento: [REDACTED]

Centro: C.S. LA VICTORIA Tfno: 983353222 Dirección: PASEO JARDIN BOTANICO 13. Sablesur- MALLADOLID CP: 47009 Provincia: VALLADOLID
 Médico Familiar: [REDACTED] CPF: [REDACTED] Oficina de Farmacia: [REDACTED]
 Prof. Enfermería: [REDACTED] Farmacéutico Responsable: [REDACTED] Tfno.: [REDACTED]

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	Desay. Comida Cena Al Acostar				OBSERVACIONES Y DIAGNÓSTICO SI PROCEDE	FECHA INICIO	FECHA FIN
DICLOFENACO 50 MG 40 COMPRIMIDOS ORAL Disp.	1 comp cada 12 horas						07/07/2012	Crónica
ESPIRONOLACTONA 25 MG 50 COMPRIMIDOS ORAL Disp.	1 comp cada 24 horas						08/02/2012	Crónica
FUROSEMIDA 40 MG 30 COMPRIMIDOS ORAL Disp.	1 comp cada 48 horas						08/02/2012	Crónica
PANTOPRAZOL 30 MG 30 COMPRIMIDOS ORAL Disp.	1 comp cada 24 horas						27/12/2011	Crónica
PARACETAMOL 1000 MG 40 COMPRIMIDOS ORAL Disp.	1 comp cada 6 horas						18/09/2014	Crónica
PROPRANOLOL 40 MG 50 COMPRIMIDOS ORAL Disp.	1 comp cada 24 horas						07/02/2012	Crónica
SINTROM UNO QEDY 1MG 60 COMPRIMIDOS Pr. Activo: ACENOCUMAROL	1 comp cada 24 horas						08/02/2012	Crónica

OBSERVACIONES GENERALES:

Anotaciones del farmacéutico:

Importe estimado de 1 anexo de cada producto financiado...21,51...€.

Esta hoja de medicación se ajusta a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 en cuanto a la protección de datos de carácter personal

Esta hoja de medicación anula las anteriores

Anexo 3

Tabla con todos los diagnósticos que presenta la población estudiada:

Enfermedades	Porcentaje	IC 95%
Cardiopatía isquémica	41,38 %	(28,45 %, 54,31%)
Fibrilación auricular	13,79%	(4,74%, 22,85%)
Patología valvular	20,69%	(10,05%, 31,33%)
Aneurisma	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Arritmias	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Cardiomegalia	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Insuficiencia cardiaca	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Miocardopatía	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Dolor torácico	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Hipertensión pulmonar	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Tromboembolismo pulmonar	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Diabetes Mellitus	37,93%	(25,19%, 50,67%)
Hiperlipemia	60,34%	(47,50%, 73,19%)
Hiperuricemia	17,24%	(7,32%, 27,16%)
Enfermedad del tiroides	20,69%	(10,05%, 31,33%)
Obesidad	12,07%	(3,51%, 20,62%)
Sobrepeso	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Hipernatremia	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Anemia ferropénica	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Anemia Crónica	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Anemia macrocítica	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Depresión	15,52%	(6,01%, 25,03%)
Ansiedad	12,07%	(3,51%, 20,62%)
Depresión con ansiedad	6,90%	(0,24%, 13,55%)
Insomnio	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Cronicidad	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Cronicidad y anciano de riesgo	1,72%	(0,00%, 5,14%)

Enfermedad Parkinson	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Migrañas	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Cefaleas	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Apnea del sueño	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Enfermedades vasculares	18,97%	(8,67%, 29,26%)
Enf. cerebrovasculares	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Arteriopatía diabética	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Coagulopatía	1,72%	(0,00%, 5,14%)
EPOC	6,90%	(0,24%, 13,55%)
Infecciones respiratorias	13,79%	(4,74%, 22,85%)
Asma	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Fibrosis pulmonar	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Insuficiencia respiratoria	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Tuberculosis	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Artrosis	32,76%	(20,43%, 45,08%)
Dolor óseo	6,90%	(0,24%, 13,55%)
Discopatía	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Espondilolitosis	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Intervención de columna	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Osteoporosis	10,34%	(2,35%, 18,34%)
Prótesis	6,90%	(0,24%, 13,55%)
Enf. articulares de la mano	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Carencia de vitamina D	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Fibromialgia	6,90%	(0,24%, 13,55%)
Miastenia gravis	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Polimialgia reumática	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Insuficiencia renal	8,62%	(1,25%, 15,99%)
Litiasis renal	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Microhematuria	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Vejiga hiperactiva	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Coledocolitiasis	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Disfagia	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Divertículos de colon	1,72%	(0,00%, 5,14%)

Hemorroides	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Hernias	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Pancreatitis aguda	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Pólipos	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Úlcera gástrica	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Metástasis hepática	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Tumor de vulva	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Cáncer de próstata	8,62%	(1,25%, 15,99%)
Cáncer de mama	5,17%	(0,00%, 10,99%)
Adenocarcinoma de colon	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Carcinoma de manto	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Carcinoma piel basocelular	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Amputación miembro inferior	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Queratitis herpética	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Síncope	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Síndrome miccional	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Hiperplasia de próstata	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Hemorragia postmenopáusica	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Úlcera en sacro	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Vértigo	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Glaucoma	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Ojo seco	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Maculopatía	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Intervención cataratas	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Desprendimiento de vítreo	3,45%	(0,00%, 8,24%)
Hipoacusia neurosensorial	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Nódulo de mama	1,72%	(0,00%, 5,14%)
Síndrome de piernas inquietas	3,45%	(0,00%, 8,24%)