

RESUMEN

El tratamiento de las enfermedades crónicas requiere cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia a la terapéutica, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia, especialmente en el manejo de pacientes hipertensos.

La hipertensión arterial (HTA) constituye actualmente un importante problema de salud pública a nivel mundial y en Ecuador ocupa el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la adherencia y factores asociados a la terapéutica farmacológica y no farmacológica antihipertensiva en pacientes del subcentro José María Astudillo Regalado del Área dos de salud de Miraflores. Cuenca 2011.

Metodología:

Se realizó un estudio Transversal de Prevalencia en el centro 2 de salud de Cuenca por un período de 6 meses; el universo fueron los pacientes hipertensos que acuden al club de hipertensos del centro de salud 2 de Cuenca por el período 2010 – 2011. Se efectuó la detección de las personas que se adhieren a la terapéutica, para determinar su prevalencia durante este período.

Resultados: La muestra está compuesta de 191 personas de un total de 229 pacientes hipertensos. La población estudiada es predominantemente adherente al tratamiento farmacológico, con un 56%, mientras que un 44% se consideró no-adherente, la mayor parte (70.70%) de la población estudiada era de sexo femenino, y un 29.30% de sexo masculino; la no adherencia en el sexo femenino es más marcada que en el sexo masculino, representado con un 73.5% de la muestra. La población adherente se compone de un mayor número de pacientes con presión arterial controlada.

Conclusión: Más de la mitad de las personas bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo se consideran adherentes según lo expuesto por el Test, conjuntamente esto se asocia a un importante número de personas que controlan bien su presión arterial, así mismo a través del análisis comparativo entre los resultados de la investigación y la bibliografía escogida, se revela una diversidad de factores que se vinculan con la adherencia terapéutica.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN-TERAPIA, PREVALENCIA, ADHERENCIA TERAPÉUTICA, FACTORES DE RIESGO, ESTILO DE VIDA, PACIENTES, CENTROS DE SALUD.

SUMMARY

Treatment of chronic diseases requires changes in lifestyle and proper adherence to therapy, which has been and remains a highly relevant clinical problem, especially in the management of hypertensive patients.

Hypertension (HTA) is now an important public health problem worldwide and in Ecuador ranks third among the causes of mortality.

Objective: To determine the prevalence of adherence and factors associated with drug therapy and pharmacological antihypertensive in health center patients José María Astudillo Regalado area of Miraflores. Cuenca 2011.

Methodology:

A study of prevalence Cross in health center two of Cuenca for a period of 6 months, the universe were hypertensive patients attending the hypertension club health center two of Cuenca for the period 2010 to 2011. Detection was effected those that adhere to therapy, to determine their prevalence during this period.

Results: The sample consisted of 191 people from a total of 229 hypertensive patients. The population is predominantly adherent to drug therapy, with 56%, while 44% was considered non-adherent, the majority (70.70%) of the study population were female, and 29.30% male; nonadherence in women is more marked than in males, represented 73.5% of the adherent population sample. They include a larger number of patients with controlled blood pressure.

Conclusion: Over half of those under antihypertensive medication were considered adherent as outlined by the Review, together this is associated with a significant number of people well-controlled blood pressure, likewise through the comparative analysis between the results research and selected bibliography, reveals a variety of factors that are associated with adherence.

KEY WORDS: HYPERTENSION-THERAPY, PREVALENCE, THERAPEUTIC ADHERENCE, RISK FACTORS, LIFESTYLE, PATIENTS, HEALTH CENTERS.

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY	3
 CAPÍTULO I	 11
1.1- INTRODUCCIÓN	11
1.2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3- JUSTIFICACIÓN	15
 CAPÍTULO II	 18
2.1- MARCO TEÓRICO.....	18
2.2- MORBIMORTALIDAD E IMPORTANCIA DE LA HTA:.....	19
2.3-FACTORES DE RIESGO PARA HTA Y PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	19
2.3.1- Factores que influyen el pronóstico en hipertensión arterial.....	22
2.4- HTA Y TRATAMIENTO	23
2.5- DEFINICIÓN DE ADHERENCIA	26
2.5.1- Importancia de adherencia	26
2.6- CONDUCTA DE LAS PERSONAS	26
2.7- FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.....	27
 CAPÍTULO III	 29
3.1- PROPÓSITOS.....	29
3.2- OBJETIVO GENERAL.....	29
 CAPÍTULO IV	 31
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	31
4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
4.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	34
4.4 CRONOGRAMA	36
4.5 RECURSOS	37



CAPÍTULO V	38
5.1 RESULTADOS	38
 CAPÍTULO VI.....	 50
6.1 DISCUSIÓN.....	50
 BIBLIOGRAFIA.....	 53
ANEXOS	57

Nosotros Juan Pablo Salazar Adum, Mauricio Fernando Sarmiento Cobos y Paul Enrique Sarmiento Sarmiento, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de nuestro título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Nosotros Juan Pablo Salazar Adum, Mauricio Fernando Sarmiento Cobos y Paul Enrique Sarmiento Sarmiento, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE LA ADHERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA
TERAPÉUTA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA ANTIHIPERTENSIVA
EN PACIENTES DEL ÁREA 2 DE SALUD DE MIRAFLORES. CUENCA 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORES: JUAN PABLO SALAZAR ADUM
MAURICIO FERNANDO SARMIENTO COBOS
PAUL ENRIQUE SARMIENTO SARMIENTO**

DIRECTOR: DR. EDGAR SEGARRA ESPINOZA

ASESORA: DRA. LORENA ENCALADA TORRES

**CUENCA – ECUADOR
2010-2011**

Juan Pablo Salazar Adum
Mauricio Fernando Sarmiento Cobos
Paul Enrique Sarmiento Sarmiento

AGRADECIMIENTO

Agradezco la finalización de este proyecto a mi familia, que incondicionalmente me ha apoyado a lo largo de mi carrera en especial a mis padres que con mucho esfuerzo, sacrificio y con amor me han dado cada día fuerzas para seguir adelante, agradezco a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca que al transcurrir el tiempo, día tras día me siento más orgulloso de haber formado parte del alumnado, a mis profesores que impartieron sus conocimientos hacia mi los mismos que algún día se proyectarán en mi futuro como médico, a mis compañeros de tesis Fernando y Paul por la amistad duradera que hemos tenido desde la infancia y la valentía que poseen frente a las adversidades de la vida, que han servido de ejemplo en mi vida; pero por sobremanera agradezco a Dios por ser mi guía y mi fortaleza en estos 6 años de estudio y a lo largo de mi vida, sin Él de seguro no hubiese alcanzado nada. Dedico este trabajo a las personas que más admiro en la carrera de medicina, mi padre y a mi abuelo (+), que han sido mi inspiración y mi norte en esta vida.

Juan Pablo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida y la oportunidad que me da para cada día poder superarme en el ámbito de la Medicina, a mis padres por todo el cariño que me han dado durante toda mi vida y el apoyo que recibí de ellos a lo largo de mi carrera. Espero que este trabajo, que con mucho esfuerzo y dedicación fue realizado sea útil para los estudiantes de medicina y profesionales de la salud, y sirva como base para investigaciones posteriores para llegar a alcanzar algún día la excelencia profesional.

Paul

AGRADECIMIENTO

Agradezco la culminación de este trabajo a todas las personas intermediarias que ayudaron en la finalización del mismo; agradezco a mi familia que siempre ha estado a mi lado en los buenos y malos momentos de mi vida y han sido mi sustento y mi ejemplo durante mi vida entera y en mi formación como médico, dedico este trabajo a todos quienes han aportado con su realización directa e indirectamente, pero sobre todo a Dios y mi familia que nunca me han abandonado en mis deseos de ser Medico ni en mis aspiraciones profesionales.

Fernando

CAPÍTULO I

1.1- INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas las enfermedades crónicas no transmisibles se han constituido como un problema prioritario de salud pública, tanto en los países desarrollados, como en aquellos en vías de desarrollo, entre los cuales se encuentra Ecuador.

Dentro de estas enfermedades crónicas, la hipertensión es una de las más significativas, y puede afirmarse, que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial, lo que se traduce en una prevalencia estimada de 28 %, cifra que aumenta a uno de cada dos en los mayores de 65 años. (1)

Esta realidad resulta altamente preocupante, debido a que la hipertensión arterial no sólo es una enfermedad crónica, sino que es un factor de riesgo determinante para otras múltiples enfermedades, que son en definitiva aún más riesgosas y limitantes, como lo son los eventos coronarios, accidentes vasculares cerebrales e insuficiencia renal, entre otras. (1)

Los hallazgos epidemiológicos indican que cuánto más alta es la tensión arterial más alta es la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular. (3)

Una HTA mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente, de su familia y puede llevarlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, podrían incluso, alargar su vida aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que esta enfermedad exige. (2)

El tratamiento se basa en dos pilares fundamentales, aquél orientado a los cambios en el estilo de vida, como la adopción de un régimen hiposódico, dieta nutricional,

actividad física y disminución ponderal, y el tratamiento farmacológico. Ambas partes del tratamiento no son independientes, sino que son coadyuvantes el uno del otro y por lo tanto es necesaria la adherencia a ambos. (1) Para esto se exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática con la toma de fármacos. (3)

El tratamiento farmacológico es un fenómeno complejo, constituido de múltiples variables que determinan esta condición, tales como factores individuales, demográficos, socioeconómicos y culturales, así como también factores relacionados con la enfermedad misma, el sistema sanitario y el tratamiento como tal. (1)

Por esta razón en nuestro estudio se plantea una determinación de la Prevalencia en la adherencia del tratamiento antihipertensivo y conocer la razón del apego o no al mismo.

1.2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA), constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna, por su extraordinaria prevalencia, es probablemente el problema de salud pública más importante en países desarrollados y subdesarrollados, se sabe que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial. (4)

En los últimos años la incidencia y prevalencia de la enfermedad hipertensiva se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud. La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia.

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es sólo del 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. Lo peor, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que aumenta la incidencia de la hipertensión, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad (1)

La hipertensión arterial (HTA) constituye actualmente un importante problema de salud pública a nivel mundial, que afecta aproximadamente a un billón de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos – ajustados por discapacidad (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades y Tweedy, 2000; Hashmi et al., 2007; National Institutes of Health [NIH], 2003; Whelton et al., 2002). En los países de Suramérica, su prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, en la población adulta (Bendersky et al., 2000). (5)

La Prevalencia de HTA constituye un problema más importante en Europa que en Estados Unidos y Canadá, según los resultados de un estudio internacional publicado en el último número de “JAMA”, donde los resultados muestran que en el

grupo de población mayor de 35 años la HTA, afecta al 44% de los europeos y al 28% de los norteamericanos. La enfermedad es más prevalente en Alemania (55%), seguida de Finlandia (49%), España (47%), Inglaterra (42%), Suecia (38%), Italia (38%), Estados Unidos (28%) y Canadá (27%). Además, el estudio demuestra que la enfermedad es tratada de forma más agresiva en Estados Unidos y Canadá, donde el 33% de los hipertensos están controlados, por sólo el 8% en Europa (Wolf-Maier, et al. 2003). (6)

Según INEC 2008 dentro de las causas de mortalidad en el Ecuador, la enfermedad Hipertensiva ocupa el tercer lugar con un total aproximado de 3265 pacientes hipertensos, equivalente a un porcentaje de 5,4 % y una tasa de mortalidad de 23,7. En Azuay se encontró una tasa de 1381. **(Fuente INEC 2009)**

Seguir una prescripción o adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados tales como no adquirir la medicación prescrita, tomar dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvidar de tomar una o más dosis e incluso, interrumpir el tratamiento antes de tiempo.(3)

Por todo lo mencionado al respecto se plantea muchos interrogantes, que aún no se han resuelto. Si bien a pesar de que se han realizado estudios muy consistentes, no se ha podido resolver, de manera concisa los factores que contribuyen a que este problema. Esto nos incentiva a conocer y determinar las características de la población que asiste al Área dos de salud con el fin de implementar programas y diseñar estrategias para el mejoramiento de la adherencia terapéutica antihipertensiva y la calidad de vida de los pacientes que acuden a este Centro.

1.3- JUSTIFICACIÓN

La hipertensión como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. En el caso de la hipertensión, por adherencia al tratamiento o seguimiento terapéutico podemos entender la incorporación en las rutinas de vida del paciente de los nuevos hábitos recomendados y el cumplimiento del plan farmacológico. La conducta de adherencia a un tratamiento debe ser considerada como un repertorio complejo que se establece en función de múltiples variables sujetas a la necesidad de la comprensión y el control de los diferentes comportamientos que la definen, unido a la motivación por llevarlos a cabo (3)

La falta de adherencia terapéutica llevará no solo al aumento de las complicaciones y de la mortalidad, sino también, al incremento de los costes tanto para los servicios como para los usuarios por la necesidad de contar con mejores terapias.

Los planteamientos de la OMS con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas.

Si bien los tratamientos farmacológicos han demostrado su eficacia, se ha reportado una baja adherencia a éstos en los pacientes hipertensos, lo que impide que tengan el efecto esperado. Para el control de la HTA es necesario, además, que los pacientes se adhieran a las recomendaciones sobre la modificación de sus estilos de vida, lo cual resulta aún más problemático dada la dificultad inherente a los cambios de comportamiento. (7)

El impacto científico y para los profesionales es principalmente fundamentar la importancia del problema de la deficiente adherencia a los tratamientos médicos de larga duración y como esto se convierte en asunto difícil para la salud pública contemporánea. Se debe entonces realizar un análisis de sus repercusiones en cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, el uso racional de los recursos y servicios sanitarios, el cuadro de salud de la población, la calidad y estilos de vida del paciente. El impacto social esta dirigido a afianzar conocimientos en la población acerca de la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico (largo plazo), involucrando componentes de naturaleza psicosocial, médica (características de la enfermedad y el tratamiento propiamente dicho) y de la relación médico paciente. De esta forma se da una explicación concreta, a las interrogantes planteadas por la población, que en general elaboran sus propias respuestas.

Es hora de cambiar la mirada y comprender la necesidad de asumir la mejoría de la adherencia terapéutica como estrategia de trabajo prioritaria, como una inversión que permitirá abordar efectivamente, sobre todo, la hipertensión arterial.

El objetivo de la adherencia no es solo controlar las cifras de tensión arterial, sino también brindar años con buena calidad de vida y evitar las posibles complicaciones de esta patología. El éxito y la importancia del tratamiento no solo implica el tomarse el medicamento sino un compromiso eficaz ante sus beneficios. (4)

Uno de los determinantes más importantes en un buen control de la hipertensión arterial, es la correcta adherencia a la terapia farmacológica. Esta variable no ha sido previamente estudiada en esta zona, y existen muy pocos estudios sobre el tema, por lo tanto es necesario objetivarla para que así puedan surgir nuevas estrategias de intervención en salud, en los pacientes del subcentro José María Astudillo Regalado del Área dos de salud de Miraflores. Cuenca 2011.

Lo obtenido de esta investigación se difundirá, por medio de revistas, y publicaciones de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de Cuenca; así mismo se subirá la información a la red para libre acceso a la población.

De esta manera, esta investigación contribuye a actualizar y enaltecer nuestros conocimientos y reafirma los pilares que fundamentan nuestra práctica, mediante la valoración, análisis y discusión de este tema, se demuestra el desarrollo de nuestro rol en la investigación e incentiva el trabajo interdisciplinario resaltando nuestra colaboración en temas de relevancia sanitaria con una participación activa y eficaz.

CAPÍTULO II

2.1- MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN: La definición de hipertensión arterial es convencional, es decir, es establecida por acuerdo de expertos basados en estudios clínico-patológicos que demuestran que mientras más elevada es la presión arterial se presentan mayores complicaciones y aumenta la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y renales crónicas, entre otras morbilidades. (8)

Se ha propuesto como HTA cifras $\geq 140/90$ mmHg como ayuda para decidir a quién tratar.

La clasificación del JNC-7 sobre manejo de la HTA, utiliza el término “prehipertensión” para las categorías de PA con valores de 120-139/80-89 mmHg, con el fin de identificar a aquellos sujetos en los que la intervención temprana con medidas de estilo de vida sano podría reducir la PA y el progreso a HTA con el paso de los años. (8)

Haynes et. al. definieron a la adherencia como la “medida en que los comportamientos del paciente en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas o modificación en su estilo de vida coinciden con la prescripción médica”. (9)

La PA aumenta normalmente con la edad debido a un progresivo endurecimiento arterial, el incremento de la resistencia periférica se consideró el sello distintivo de la hipertensión esencial y la TAD como un mejor marcador de resistencia periférica que la TAS y, por consiguiente, es un indicador superior del riesgo cardiovascular de la HTA. (8)

2.2- MORBIMORTALIDAD E IMPORTANCIA DE LA HTA:

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en Ecuador y en el mundo, estimándose que su prevalencia continuará en ascenso, producto del envejecimiento de la población y la mayor expectativa de vida. Por otro lado, hay cada vez más evidencia de la importancia de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular, siendo uno de los más relevantes para la enfermedad coronaria y el de más importancia para la enfermedad cerebrovascular.

(1)

Estadísticamente se describe que las enfermedades cerebro vasculares ocupan la segunda causa de mortalidad en Ecuador, y aproximadamente el 45% de la mortalidad cardiovascular ocurre en personas entre 35 y 74 años. En este grupo de edad, las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular e isquémica del corazón son 1,4 y 2 veces más altas en los hombres que en las mujeres, respectivamente, según los informes del Ministerio de Salud , lo que aumenta significativamente con la edad. (Kunstmann S., 2005).

Las enfermedades cardio y cerebro vasculares, causantes de estas altas tasas de morbi mortalidad, tienen en común un factor de riesgo determinante, que es la hipertensión arterial. Es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades, con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos. (Beregovich, 1996).

2.3-FACTORES DE RIESGO PARA HTA Y PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Estudios epidemiológicos han concluido que varios factores de riesgo guardan relación con la hipertensión arterial, dentro de estos se citan la edad, el sexo, la herencia, las dietas ricas en sodio, los oligoelementos, factores socioculturales, el

alcoholismo, el hábito de fumar, la hiperlipidemia y enfermedades como la cardiopatía isquemia, la enfermedad cerebrovascular, y la diabetes Mellitus, etc.

De lo anterior se desprende la importancia de la identificación de personas con alto riesgo de padecer la enfermedad, y es precisamente con el seguimiento del médico de la familia con el cual puede valorarse y dispensarizarse a todos aquellos individuos con factores de riesgo para su seguimiento y control. (10)

En España se han realizado estudios al respecto; cuando lo que se analiza es, en particular el cumplimiento farmacológico prescrito, las cifras de algunos estudios en España, señalan que entre el 29 % y el 56 % de los hipertensos no toman la medicación de la forma indicada.

Los resultados sobre adherencia farmacológica muestran que en Atención Primaria un 89,8 % de la muestra refiere haber consumido correctamente la medicación prescrita los tres días previos a la evaluación, frente al 100 % de los pacientes con tratamiento ambulatorio en el ámbito hospitalario (11). En Atención Primaria un 38,6 % de la muestra ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación antihipertensiva, mientras que en la muestra hospitalaria un 24,4 % de los pacientes informan haber dejado de tomar la medicación en alguna ocasión. (11)

Con relación a la adherencia farmacológica el horario toma suma importancia. En este estudio de toma de medicación se observa que en Atención Primaria un 36,8 % de la muestra no cumple correctamente el horario de toma de la medicación antihipertensiva, mientras que en la muestra hospitalaria un 48,9 % de los pacientes no siguen correctamente el horario recomendado por su médico. (11)

Con respecto a las variables relacionadas con la falta de adherencia farmacológica, de acuerdo al autoinforme de los propios sujetos de este estudio hecho en España, se observan los siguientes resultados. Dentro de los pacientes de Atención Primaria las causas reportadas sobre la falta de adherencia han sido, por ese orden, olvido (47,5 %), falta de síntomas (20,3 %), vacaciones (15,8%), estado de salud percibido

aceptable (6,8 %), pereza en obtener el fármaco (6,8 %), falta de amenaza por la enfermedad (10,2 %) y actitud negativa en la toma de fármacos (5,2 %). (11)

De una forma más global la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de Adherencia a los tratamientos a largo plazo, nos da un esquema oficial de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que se cuentan:

1. Factor Socioeconómico: Dentro de los factores que influyen en la adherencia, este se define como un factor independiente, sin embargo, 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.
2. Factor Demográfico: Un factor importante es el demográfico, en el que se destaca la población adulto mayor, que desde el punto de vista epidemiológico, representa un vuelco desde los accidentes y enfermedades neoplásicas como causa de morbi -mortalidad a enfermedades principalmente cardiovasculares.
3. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Aunque se han realizado pocos estudios al respecto, está comprobado que una buena relación proveedor paciente puede mejorar la adherencia terapéutica (OMS, 2004). 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.
4. Factores relacionados con la enfermedad: 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.

5. Factores relacionados con el tratamiento: Son múltiples las implicancias vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales (Sabate E. 2004).
6. Factores relacionados con el paciente: Estos representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica. (1)

2.3.1- Factores que influyen el pronóstico en hipertensión arterial

Existe una relación directa entre la hipertensión arterial y el daño a órganos blancos, como corazón, cerebro y riñón. El estudio de Framingham - Massachusetts confirmó estos hallazgos y demostró que la hipertensión arterial es un factor predisponente para accidente cerebrovascular trombótico, insuficiencia cardíaca, infarto del miocardio e insuficiencia renal (Nivel de Evidencia I). (12)

1.- Principales elementos para estratificar riesgo:

- Categorías de hipertensión.
- Edad (hombres >55 años, mujeres >60 años).
- Tabaquismo.
- Colesterol total >250 mg%.
- Diabetes.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (10).

2.4- HTA Y TRATAMIENTO

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. (1)

Aunque existen múltiples factores de riesgo, el hecho de que algunos factores no sean susceptibles de intervención, como son la edad, la raza y el sexo, hace preciso diseñar estrategias para intervenir los que sí son modificables. (6)

Todos los factores de riesgo modificables son objetivos de intervención y para los siguientes existen evidencias científicas del tipo I:

- Fumar

Meta: Cesación completa. El consejo médico regular es muy importante y efectivo.

- Hipertensión

Meta: TAS < 140 mm HG, TAD < 90 mmHg.

Controles dietéticos y modificación del estilo de vida. Optimizar el control con agentes farmacológicos apropiados, cuando esté indicado.

- Diabetes Mellitus

Meta: Normalizar la glicemia en forma realista. Optimizar el control de la dieta, las modificaciones del estilo de vida y medicación apropiada.

- Exceso de peso

Meta: Apunte por peso saludable. Dieta baja en grasa. Ejercicio isométrico regular.

- Dislipidemia

Se apuntan específicamente a los pacientes con riesgo alto, por ser más severas las evidencias sobre este grupo que en la población general.

Meta: LDL colesterol < 2,6 mmol/L, HDL colesterol > 1,2 mmol/L, Triglicéridos < 2,0 mmol/L. (28)

Hay suficiente evidencia acerca de los beneficios que se obtienen con el tratamiento de la hipertensión arterial, especialmente en los pacientes con grados avanzados de la enfermedad. Sin duda, se reducen los riesgos de accidente cerebrovascular, eventos coronarios y daño renal, como también se detiene la progresión a hipertensión más (evidencia Niveles I y II). (28)

El objetivo del tratamiento farmacológico es reducir al máximo las complicaciones derivadas de esta patología, de hecho, un tratamiento adecuado es capaz de disminuir la incidencia de accidente vascular encefálico en 35 - 40%, la de infarto agudo del miocardio en 20 - 25% y la de insuficiencia cardíaca en más de 50%. El control de la hipertensión es un proceso complejo y multidimensional, cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. (13)

Se deben tratar todos los pacientes hipertensos: leves, moderados, severos y muy severos; de cualquier edad, sexo, raza y con cualquiera otra condición clínica asociada. (6)

La terapia farmacológica de las directrices de la OMS/ SIH, considera:

1. Diuréticos.
2. Beta bloqueadores.
3. Inhibidores de la E.C.A.
4. Antagonistas del calcio.
5. Bloqueadores alfa adrenérgicos.
6. Antagonistas del receptor de angiotensina II.

Drogas de Primera Elección:

Se recomienda iniciar tratamiento con un diurético (tiazidas) o, b -bloqueadores en todos los pacientes considerando si:

- Existen contraindicaciones específicas para su uso.
- El paciente refiere experiencia negativa previa con el uso de estas drogas.
- Existe evidencia que otra droga pueda ser más beneficiosa.

Como segunda elección considerar a los inhibidores de la ECA, bloqueadores de canales de calcio o antagonistas α -adrenérgicos, guiándose por las condiciones médicas preexistentes, las potenciales interacciones con otros fármacos, el esquema de dosis y los costos. (10)

En pacientes que no responden a la monoterapia se puede plantear cambiar del tipo de droga o bien agregar un hipotensor de otra familia las asociaciones recomendadas son: (10)

- Diurético + β -bloqueador/IECA.
- β -bloqueador + Diurético/Bloqueadores de canales del calcio.
- IECA + Diurético/Bloqueador de canales de calcio.

Si no se logra estabilizar la presión arterial a pesar de que exista una buena adherencia al tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico asociado se puede continuar agregando agentes de otras familias pero se debe considerar la derivación de estos pacientes a un especialista en hipertensión. (10)

Se puede considerar reducir las dosis y número de fármacos utilizados después de aproximadamente un año de tener un control efectivo de la presión (diastólicas <80 y sistólica bien controlada). La disminución debe ser gradual y en forma progresiva, aumentando la frecuencia de los controles en esta etapa para evaluar si vuelven a subir las cifras de presión. (16)

2.5- DEFINICIÓN DE ADHERENCIA

La adhesión al tratamiento es definida y caracterizada cuando el consejo médico o de salud recomendado coincide con el comportamiento del individuo, en relación al hábito de usar medicamentos, es decir, seguir los cambios en el estilo de vida preconizados y comparecer a las consultas médicas. Esa definición expresa el sentido de compliance, en el idioma inglés, lo que implica en la concordancia del paciente con las recomendaciones, presuponiéndose que el paciente conozca las alternativas terapéuticas y participe de las decisiones sobre su tratamiento. (14)

2.5.1- Importancia de adherencia

Tanto la terapia farmacológica como no farmacológica es de vital importancia para un paciente con enfermedad crónica no transmisible, controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de enfermedad coronaria, eventos 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 sabiendo que una persona bajo estrictos regímenes terapéuticos debe ser puesto bajo observación y seguimiento para evaluar su adherencia a los mismos para así disminuir los riesgos y complicaciones antes mencionadas.

2.6- CONDUCTA DE LAS PERSONAS

Se han planteado muchas teorías acerca de la conducta que adoptan los pacientes ante una terapéutica de una patología crónica. “El grado en que el comportamiento de una persona a tomar el medicamento, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Sabate E. 2004). La conducta del individuo ante el proceso de enfermedad según Moreno y Gil (2003) se encuentran los siguientes componentes:

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

Al contemplar estas variables, podemos decir que la falta de adherencia de los enfermos crónicos al tratamiento farmacológico tiene causalidad multifactorial, por lo cual se debe poseer formación especial para su detección y manejo adecuado. (1)

2.7- FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Muchos son los factores con los cuales los pacientes abandonan la terapéutica antihipertensiva, complicando así su cuadro clínico y aumentando sus riesgos de complicaciones. Muchos estudios a nivel mundial revelan que un gran porcentaje de pacientes no presentaron adhesión al tratamiento medicamentoso de acuerdo con el protocolo de Morinsky-Green, en este gran grupo, 8 de cada 10 pacientes tienen por lo menos un hábito de vida no saludable, o sea, no se adhirieron totalmente al tratamiento no medicamentoso; los principales motivos referidos por los pacientes hipertensos para la no adherencia al tratamiento fueron en orden de frecuencia: emocionales, no supieron relatar el motivo y alimentación. (14)

Descripción del Test de Morinsky – Green - Levine:

El Test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico que se utilizó en este estudio, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-

Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante basada en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. (15)

CAPÍTULO III

3.1- PROPÓSITOS

BENEFICIOS PARA EL PACIENTE:

Optimizar el apego terapéutico antihipertensivo en los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial del Área dos de salud, los mismos que tendrán un mejor manejo de su patología teniendo en cuenta las recomendaciones fundamentadas en el autocuidado.

BENEFICIOS PARA LA INSTITUCION DE SALUD:

Conocer y determinar las características de la población que asiste al Área dos de salud con el fin de implementar programas y diseñar estrategias para el mejoramiento de la adherencia terapéutica antihipertensiva y la calidad de vida de los pacientes que acuden a esta institución.

BENEFICIOS PARA LA PROFESIÓN:

Impartir a los diferentes profesionales de la salud herramientas que permitan determinar oportunamente los factores asociados con la adherencia terapéutica antihipertensiva en los pacientes del Área dos de salud que han sido diagnosticados de Hipertensión Arterial.

3.2- OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la adherencia y factores asociados a la terapéutica farmacológica y no farmacológica antihipertensiva en pacientes del subcentro José María Astudillo Regalado del Área dos de salud de Miraflores Cuenca 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población del estudio según edad, sexo, y escolaridad.
2. Determinar la prevalencia de los factores de riesgo asociados como obesidad, tabaco, consumo de sal, sedentarismo y consumo de alcohol.
3. Identificar los tipos de fármacos que usan las personas hipertensas.
4. Identificar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de la población en estudio, según el Test de Morisky – Green – Levine.
5. Señalar la relación entre el control de la presión arterial y esquema terapéutico farmacológico indicado.

CAPÍTULO IV

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: La investigación que se realizó, es un estudio Transversal o de Prevalencia, en los pacientes hipertensos subscritos al subcentro José María Astudillo Regalado del Área dos de salud, a quienes se les aplicó un formulario construido para el efecto, a través del cual se indagó sobre las variables sexo, edad, actividad física, consumo de sal, el conocimiento de la enfermedad, riesgos de la enfermedad, causas de abandono al tratamiento, y tipo de fármacos que consumen los pacientes. Considerándose además los factores de riesgo que están involucrados en el desarrollo de esta enfermedad. Para evaluar los conocimientos sobre la enfermedad se utilizó el Test de Batalla y la prueba de Morinsky que es un método de evaluación indirecta del cumplimiento terapéutico

Universo y muestra: 229 pacientes hipertensos adscritos al Centro 2 de salud de Cuenca-Ecuador, que pertenecen al club de hipertensos, durante el periodo de Febrero del 2010 a Junio del 2011.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico.
- Adscritos al Centro de Salud 2, de Cuenca-Ecuador.
- Pacientes de ambos sexos y cualquier edad.
- Pacientes que acepten participar en el estudio e investigación.

Exclusión.

- Se excluyó a los pacientes que fueron hospitalizados

- Pacientes que no estuvieron en condiciones de dar la información y quienes no quisieron participar en el estudio.
- Pacientes que no acudían a los controles.

4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo en años	Tomado de la encuesta o historia clínica	40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 90-99
SEXO	Condición orgánica natural, estructural y funcional que distingue al hombre de la mujer. Masculino y femenino	Fenotipo	Caracteres Sexuales	Femenino Masculino
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Incremento de la tensión de las arterias ante la presión que ejerce la sangre contra las mismas; con cifras igual o mayores a 140 y 90 mmHg, sistólica y diastólica respectivamente	En mmHg	Toma de presión arterial, en consulta a cada paciente o de la historia clínica	< 120 y <80 120-139 y 80-89 140-159 y 90-99 >160 y >100
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Relación existente entre el peso de una persona con su talla, resultado obtenible mediante la división del peso sobre la talla al cuadrado.	Peso en kg Talla en m ² >	Medición de estatura y peso, en la consulta a cada paciente o de la historia clínica. IMC=PESO/TALLA ²	Desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad moderada Obesidad severa
CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL	Acción y efecto de medir la tensión arterial, la normal es de 120/80 mmHg	En mmHg	Medición de la presión arterial en mmHg.	MAL CONTROLADO ≥ 140/90 BIEN CONTROLADO ≤ 139/89

INGESTA DE SAL	Cantidad de sal (ClNa) que se ingiere con los alimentos	En gramos	Número de cucharaditas agregadas a la dieta	< 4 gr ADECUADO >4 gr INADECUADO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Es definida y caracterizada cuando el consejo medico o de salud recomendado coincide con el comportamiento del individuo en cuanto a la terapia	Calificación Sgun los test de Morinski – Green y Batalla	test de Morinsky – Green y Batalla	SI NO
Actividad Física	Conjunto de movimientos del cuerpo obtenidos por gasto energético	Aeróbico	Caminar Trotar Correr Aeróbico	Si No
Abandono del Tratamiento	Dejar de lado o descuidar la terapéutica		Test de Morinsky- Green y Batalla	Si No
Fármaco que consume	Clase de medicamento usado para el Tratamiento	Encuesta realizada para este propósito	Encuesta	Positivo Negativo Tipo de Fármaco

4.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Método

Los datos fueron recogidos por medio de formulario realizados por los autores (Ver Anexo 1) y obtenidos de la Historia Clínica del paciente en el Subcentro de Salud 2.

Se aplicó un formulario construido para el efecto, a través del cual se investigó sobre las variables sexo, edad, actividad física, consumo de sal, el conocimiento de la enfermedad, riesgos de la enfermedad, causas de abandono al tratamiento, y tipo de fármacos. Para evaluar los conocimientos sobre la enfermedad se utilizó el Test de Batalla y la prueba de Morinsky que es un método de evaluación indirecta del cumplimiento terapéutico.

Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años.

Procedimientos

Autorización: Se efectuó el consentimiento informado para de esta forma obtener la debida autorización de los pacientes con hipertensión arterial del Subcentro de Salud Número 2, de Cuenca, solicitando se nos permita realizar las encuestas y los respectivos controles.

Proceso: Se recolectaron los datos de las historias clínicas, de los tests aplicados y de los controles que se realizaron en los pacientes hipertensos del subcentro de salud número 2, de Cuenca.

Plan de Tabulación y Análisis

Los programas empleados para la realización y presentación de los resultados fueron:

- SPSS V19.0
- Microsoft Word 2010
- Microsoft Excel 2010

Tablas y Gráficos

Una vez obtenidos los datos, agrupados y transformados en información, se procedió a construir tablas y gráficos a través de los cuales se puede visualizar los resultados obtenidos. Se utilizó como medida estadística el porcentaje, RP (Razón de Prevalencia), con IC 95% (Intervalo de Confianza 95%); para medir la asociación significativa y además se utilizó el Chi cuadrado para la medición estadística del estudio; que serán representados en diversas tablas y gráficos según la naturaleza de cada variable.

Consideraciones Éticas:

El siguiente estudio se llevó a cabo con la utilización de los resultados obtenidos tras el consentimiento informado, el cual los pacientes firmaron de manera libre y voluntaria.

Las actividades de recolección y control se llevaron a cabo en un lugar cómodo, adecuado, y amplio, con una correcta temperatura, en un horario flexible para mayor comodidad y máxima asistencia de los pacientes.

Los datos obtenidos al final del estudio se guardaron con total confidencialidad y fueron utilizados de una manera positiva.

4.4 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MESES									RESPONSABLES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Protocolo de investigación										Juan Pablo Salazar Mauricio Sarmiento Paul Sarmiento Comité de Bioética, H. Consejo Directivo
Revisión del Marco teórico										Dra. Lorena Encalada
Revisión de los instrumentos de recolección de datos										Dra. Lorena Encalada
Toma y Recolección de datos										Juan Pablo Salazar Mauricio Sarmiento Paul Sarmiento
Elaboración e Impresión del Informe Final										Juan Pablo Salazar Mauricio Sarmiento Paul Sarmiento
Presentación del Informe Final										Juan Pablo Salazar Mauricio Sarmiento Paul Sarmiento

4.5 RECURSOS

RUBRO	Unidad	costo unitario	Cantidad	TOTAL
Personal				
Investigadores	costo mes	0	3	0
Director de tesis	costo mes	0	1	0
Material de oficina				
Papel bond	Paquete			
	x500	6.50	1	6.50
Uso de computador	Propio	0	2	0
Encuadernación	Tesis	50	5	250
TOTAL GENERAL				256.50

Recursos Directos:

-Investigadores: Mauricio Fernando Sarmiento Cobos, Juan Pablo Salazar Adum, Paul Enrique Sarmiento Sarmiento.

-Asesor del Estudio: Dr. Edgar Segarra Espinoza

-Participantes: Pacientes con hipertensión arterial en el Subcentro de Salud Número 2 de Miraflores, de Cuenca.

CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS

La muestra está compuesta de 191 personas de un total de 229 pacientes hipertensos, excluyéndose a 38 personas según los criterios de exclusión establecidos. Se destaca que la media de presión arterial de esta población es de 134/78 para aquellos que se adhieren al tratamiento y de 138/86 para los pacientes que no se adhieren, con un promedio de edad de 71,6 ($\pm 12,3$) años en el grupo que se adhiere al tratamiento y 65,3 ($\pm 13,5$) años en el grupo que no se adhiere al tratamiento. El 70,7% de los pacientes fueron mujeres. El 39,8% de pacientes hipertensos tuvieron una instrucción de primaria completa y el 3,7% fueron analfabetos. En los siguientes tres gráficos se observa la distribución porcentual según edad, sexo y escolaridad.

TABLA 1
PROMEDIOS Y DESVIOS ESTANDAR DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS
PACIENTES CON ADHERENCIA Y SIN ADHERENCIA

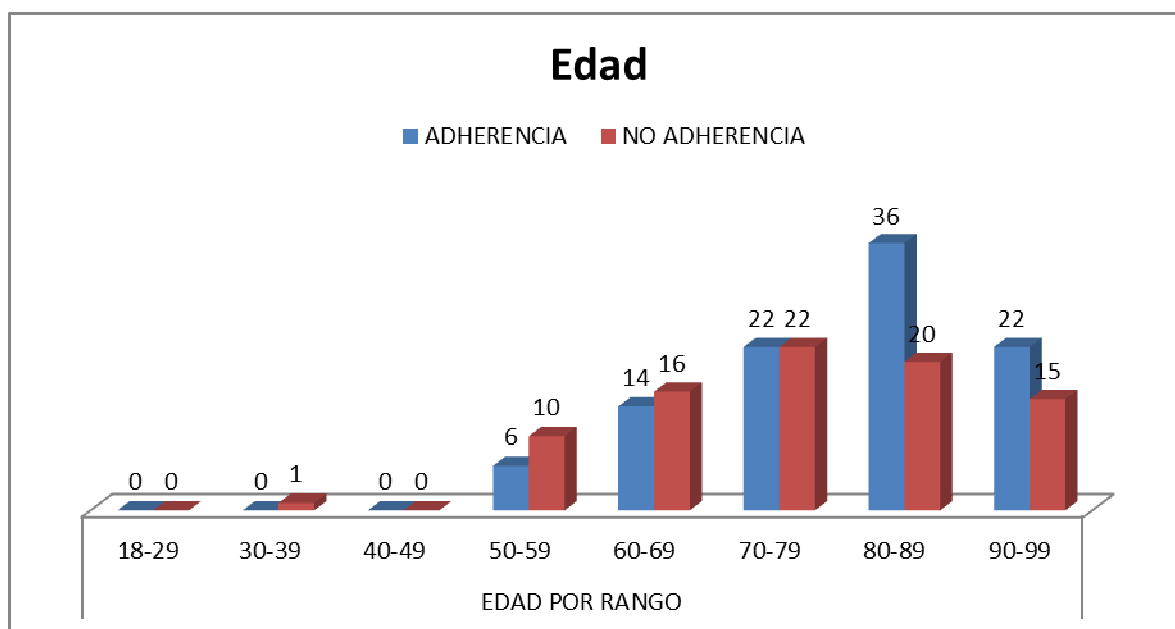
VARIABLE	Grupo 1 Adherencia	Grupo 2 Sin adherencia	P
N=191	83	107	
Edad	65,3 $\pm$ 13,5	71,6 $\pm$ 12,3	0,001
Tensión arterial sistólica (mmHg)	134,07 $\pm$ 16,63	138,22 $\pm$ 20	0,130
Tensión arterial diastólica (mmHg)	78,72 $\pm$ 12,24	86,36 $\pm$ 11,71	0,833
Peso (kg)	66,7 $\pm$ 11,11,18	65,92 $\pm$ 12,95	0,663
IMC (kg/altura m2)	28,12 $\pm$ 5,12	27,63 $\pm$ 4,93	0,504
Tiempo de toma (años)	6,40 $\pm$ 7,77	6,27 $\pm$ 7,37	0,911
Numero de Fármacos para HTA	1,05 $\pm$ 0,539	1,23 $\pm$ 0,623	0,32

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

Gráfico N°1

**Distribución de 191 pacientes del Centro 2 de Salud de Cuenca según edad.
Cuenca 2011**

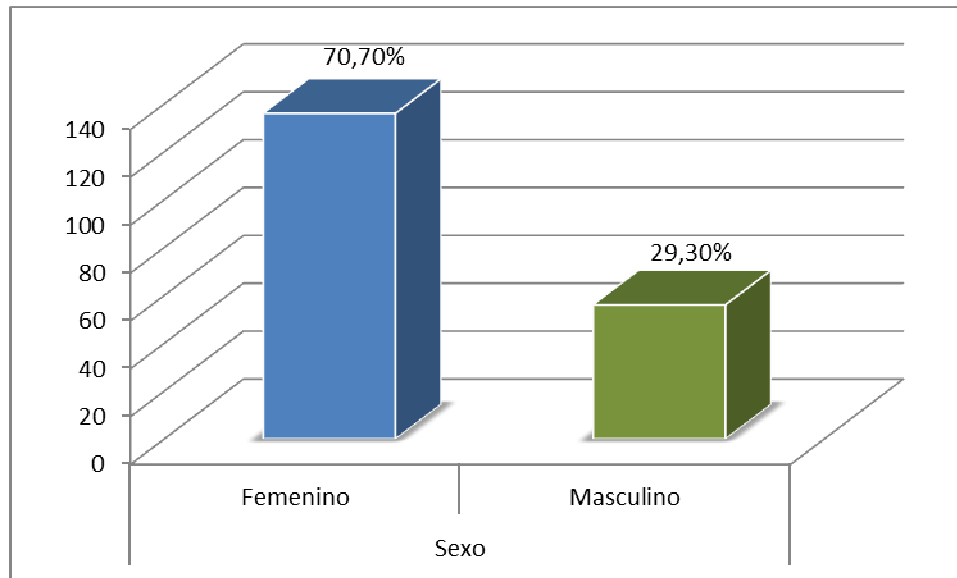


Fuente: Base de Datos
Elaborado por: Autores

En el gráfico 1 observamos que la mayor cantidad de pacientes se encuentran entre los 80 y 89 años de edad, con un 29.31% del total de pacientes. Se observa que los pacientes de edad avanzada son aquellos que más se adhieren al tratamiento farmacológico.

Gráfico N°2

**Distribución de 191 pacientes del Centro 2 de Salud de Cuenca según sexo.
Cuenca 2011**



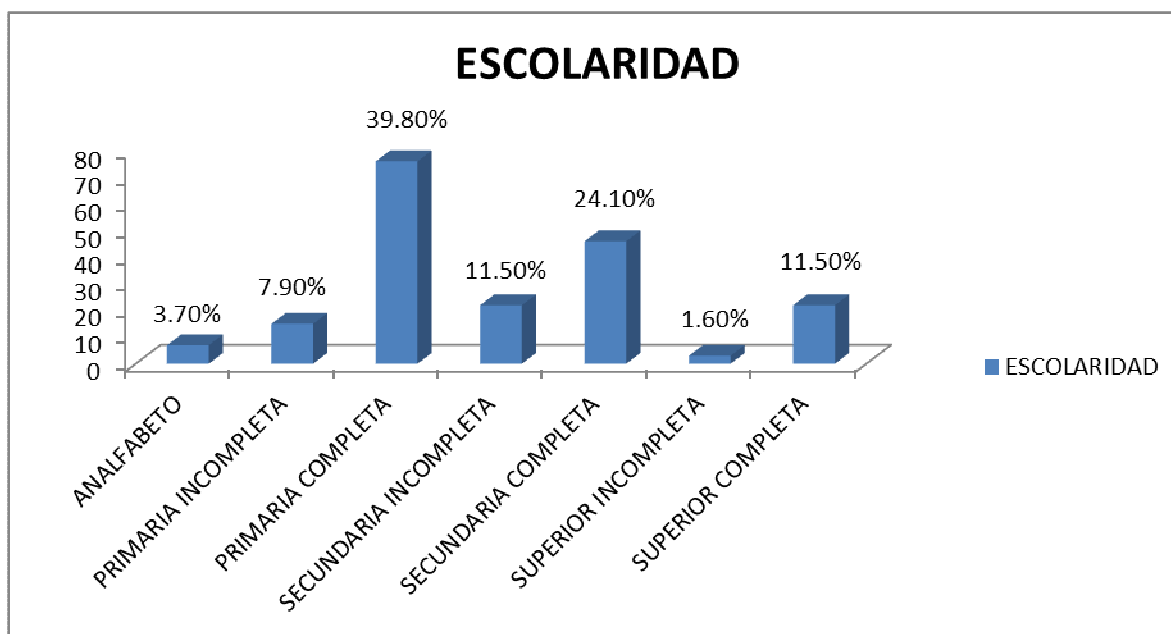
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En el gráfico 2 podemos observar que la mayor parte (70.70%) de la población estudiada era de sexo femenino, y un 29.30% de sexo masculino.

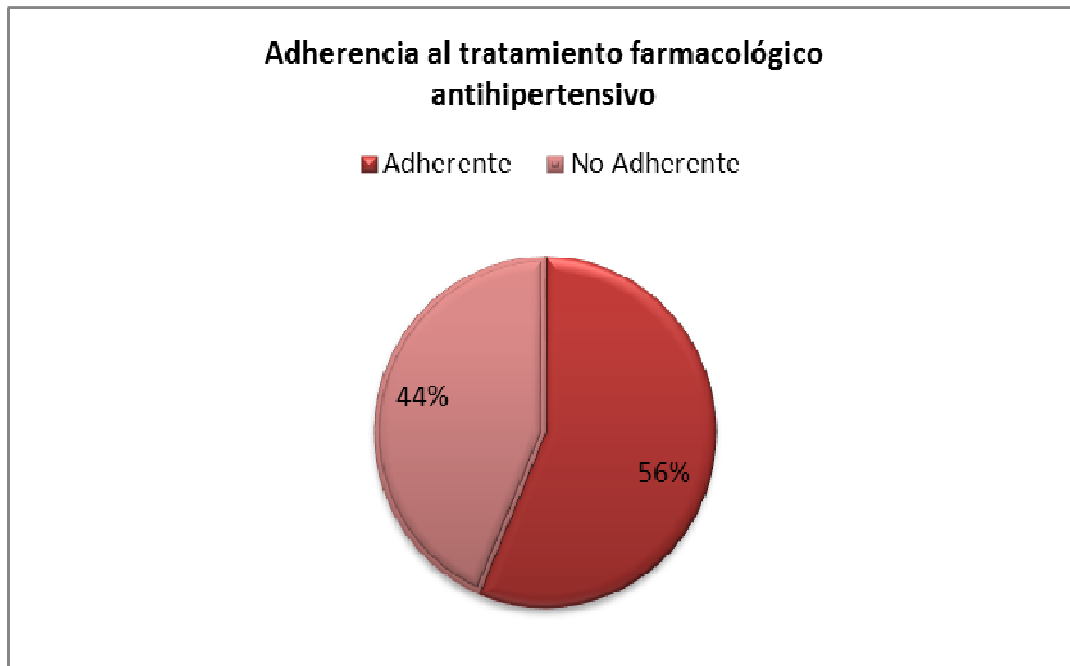
Gráfico N°3

**Distribución de 191 pacientes del Centro 2 de Salud de Cuenca según escolaridad.
Cuenca 2011**



Fuente: Base de Datos
Elaborado por: Autores

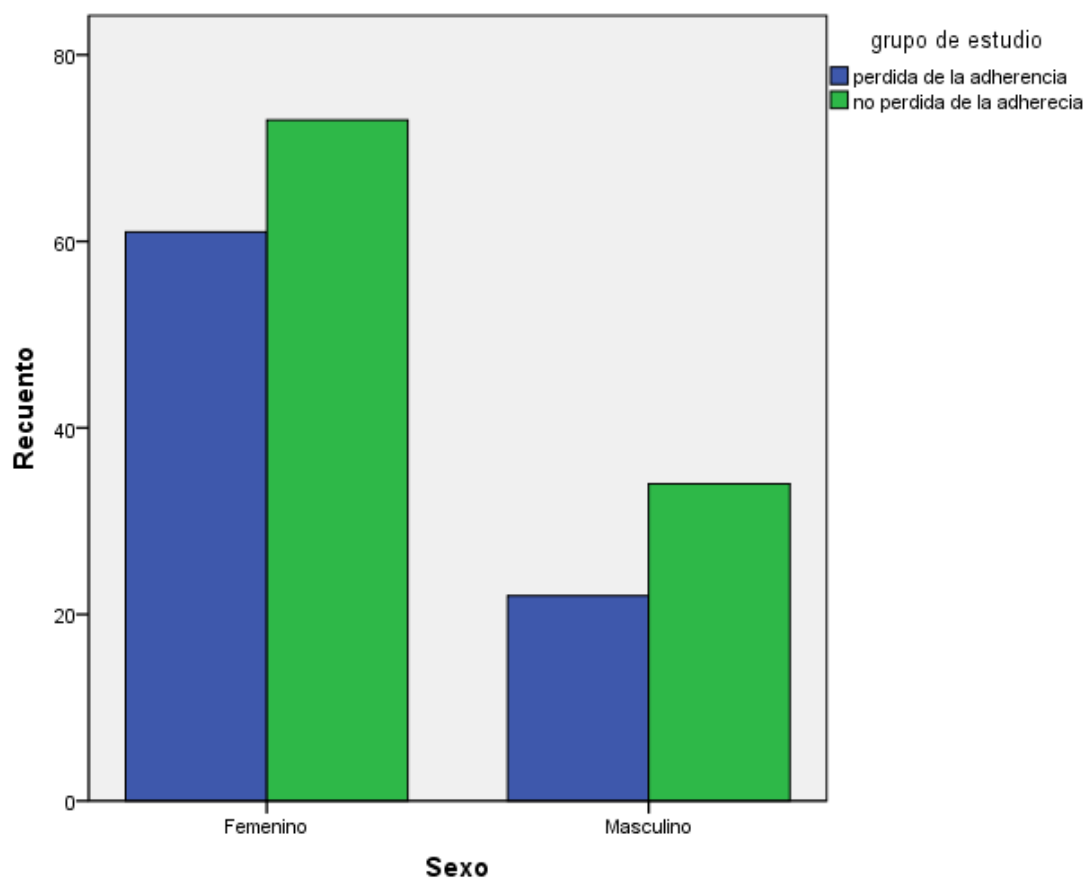
En el grafico 3 se observa que de la muestra obtenida el mayor porcentaje (39.80%) ha completado la primaria; un 3.70% de la muestra son analfabetos.

Grafico N° 4**Distribución del porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo**

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En el gráfico 4 se observa que la población estudiada es predominantemente adherente al tratamiento farmacológico, con un 56%, mientras que un 44% se consideró no-adherente.

Gráfico N°5**Distribución de la adherencia según sexo. Cuenca 2011**

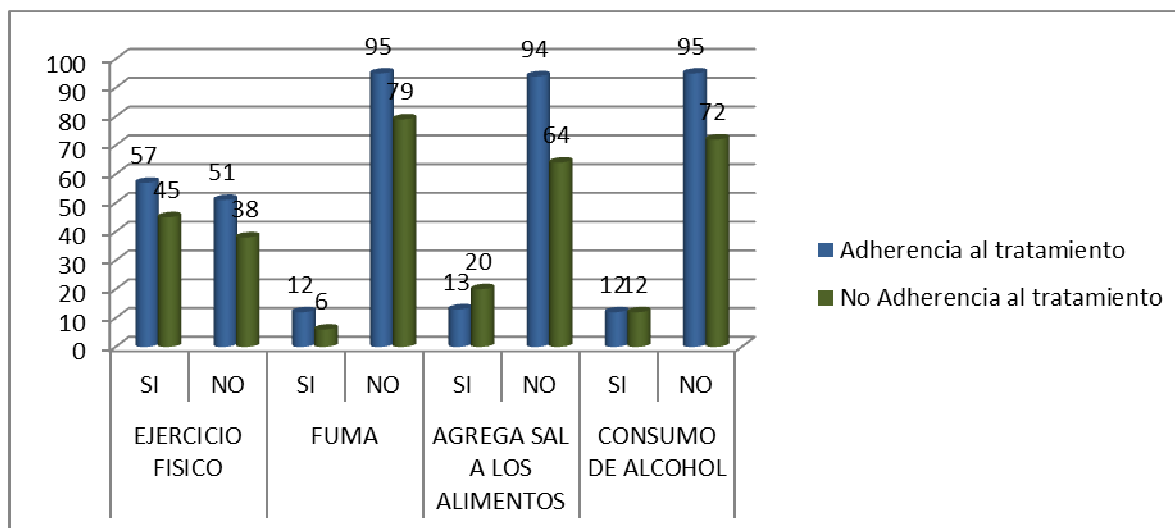
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En el gráfico 5 se observa que la no adherencia en el sexo femenino es más marcada que en el sexo masculino, representado con un 73.5% de la muestra.

Gráfico N°6

Distribución de la prevalencia de los factores de riesgo asociados a adherencia y no adherencia al tratamiento. Cuenca 2011



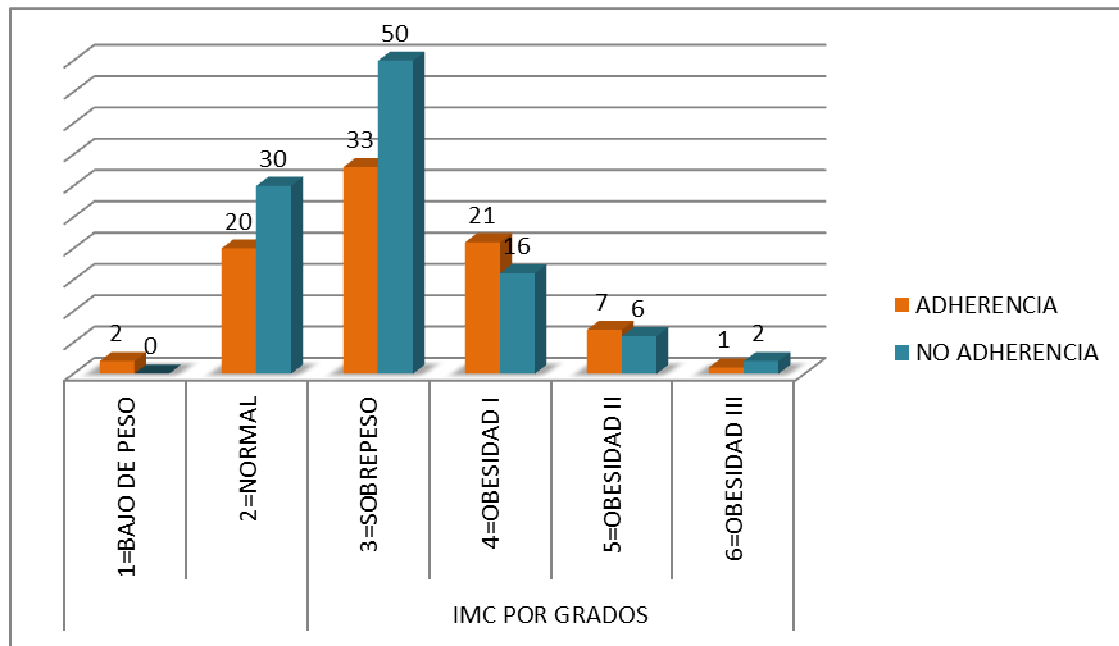
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En el gráfico 6 observamos que la mayoría de pacientes que se adhieren al tratamiento farmacológico llevan un estilo de vida saludable.

Gráfico N°7

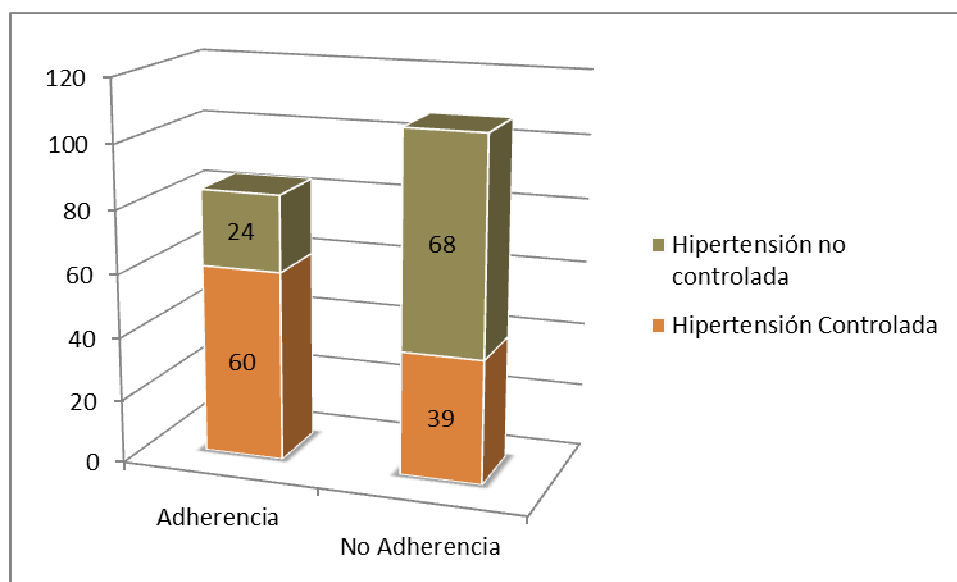
Clasificación de la población según Índice de Masa Corporal asociados a adherencia y no adherencia al tratamiento. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

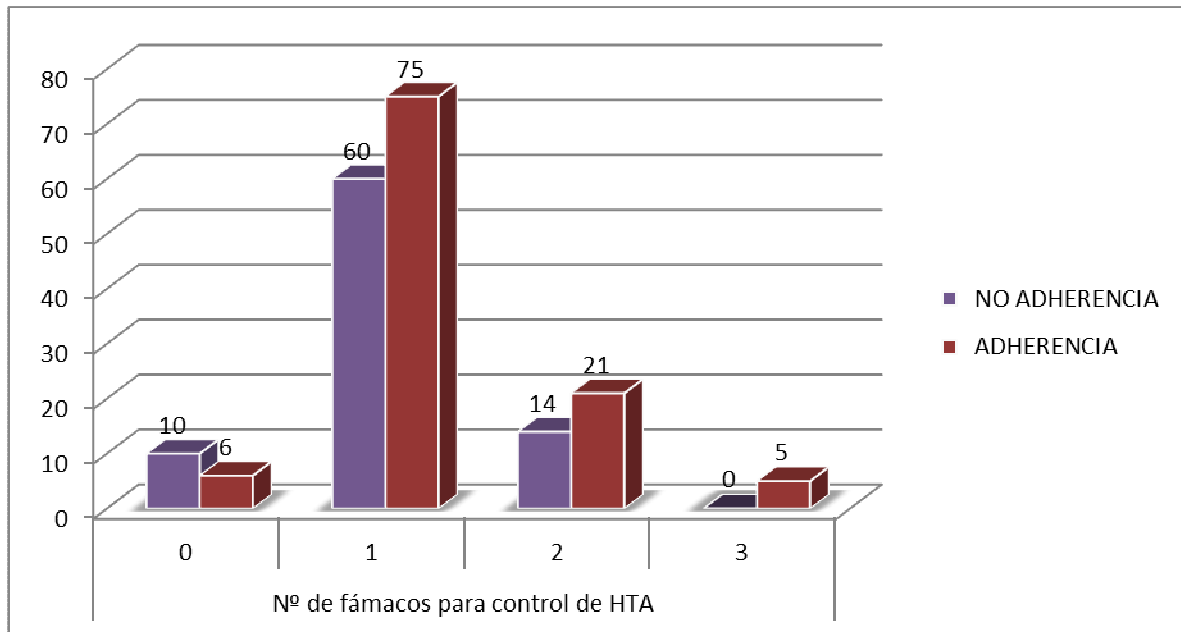
En el presente gráfico podemos observar que el mayor número de personas que se estudiaron presentan sobrepeso (43.45%), de los cuales la mayoría de ellos (60.24%) no se adhieren al tratamiento.

Gráfico N°8**Distribución porcentual de adherencia según control de la Presión Arterial.****Cuenca 2011****Fuente:** Base de Datos**Elaborado por:** Autores

En el gráfico 8, podemos observar que la población adherente se compone de un mayor número de pacientes con presión arterial controlada (60) versus la población no adherente, que se constituye de un mayor número de pacientes con presión arterial no controlada (68).

Gráfico N°9

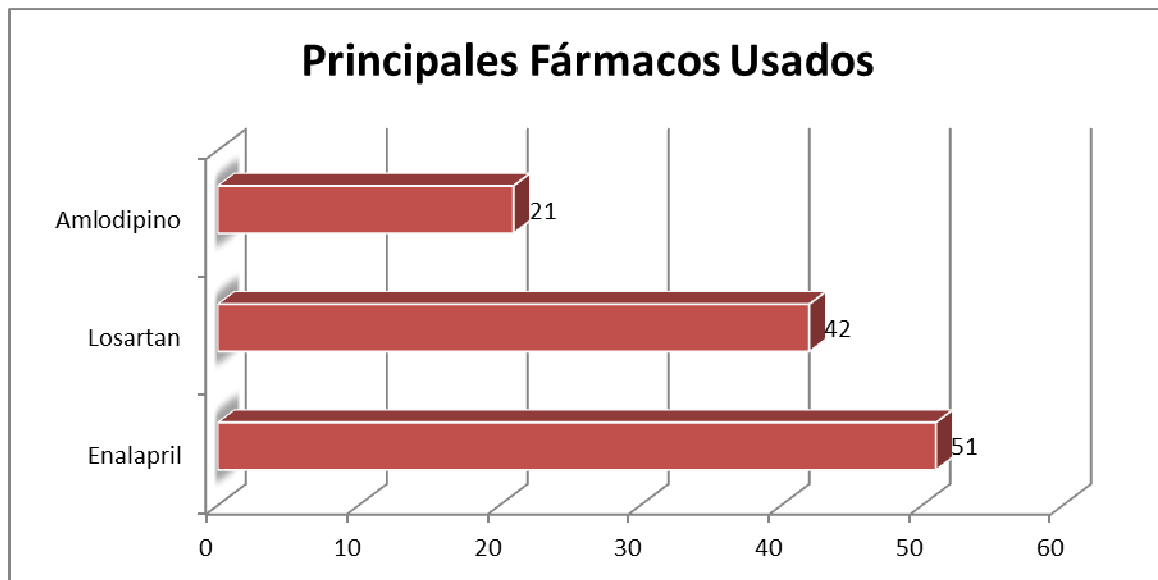
Distribución según el número de fármacos que toman los pacientes para control de la Presión Arterial. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En el gráfico 9 se observa que la mayoría de pacientes se mantienen con monoterapia.

Gráfico N°10**Distribución según los fármacos más utilizados para control de la Presión Arterial. Cuenca 2011**

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En el gráfico 10 observamos que el Fármaco mas utilizado es el Enalapril (26.70%), luego Losartán (21.98%) y finalmente Amlodipino (10.99%).

TABLA 2
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RESPUESTAS SEGÚN TEST MORISKY-
GREEN-LEVINE**

Distribución porcentual de respuestas según Test Morisky–Green-Levine			Riesgo relativo	Valor de p
Preguntas Test Morisky–Green	Respuestas	Respuestas	IC (0,95%)	
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?	41,4% Respondió SI	58,6% Respondió NO	107 (15,2 – 752.7)	<0.0001
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	65,4% Respondió SI	34,6% Respondió NO	0,143 (0.071 – 0,286)	<0.0001
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?	13,7% Respondió SI	86,3% Respondió NO	6,733 (2.4 – 18.8)	<0.0001
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de Tomarlas?	20,9% Respondió SI	79,1% Respondió NO	39.59 (5.2 – 300.5)	<0.0001

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En la tabla 2 se observa la distribución porcentual de respuestas obtenidas como resultado de la aplicación del Test Morisky–Green-Levine, el cual posee dos posibles respuestas: Si (indicadora de no adherencia) y No (indicadora de adherencia).

Las respuestas afirmativas (SI = No Adherencia) se concentraron mayoritariamente en la pregunta número 2 con un 65.4%, indicando al descuido a la hora de tomar la medicación como la causa más frecuente de no adherencia farmacológica. Además la respuesta negativa más comunicada (NO =Adherencia) se encuentra representada por la respuesta número 3, indicadora de que las mejorías de la sintomatología con el medicamento, afectan en menor medida en la no adherencia con un 86.3%. Obteniendo del grafico podemos decir que aquellos que responden negativamente a una pregunta tienen un factor de riesgo para agravar la Hipertensión Arterial.

CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron que en la categoría de adherencia se observa que la muestra se proyecta como una población adherente al tratamiento farmacológico con un 56% del total y con un 44% de pacientes que no se adhieren al tratamiento, en comparación con valores encontrados en Chile donde la muestra se proyecta como una población poco adherente al tratamiento con 44.1% del total de pacientes. (1) En un estudio realizado en México el apego farmacológico se demostró en el 85.4% de los pacientes, refiere que de aproximadamente la mitad de los pacientes que se apegan a los medicamentos prescritos, uno de cada tres tiene control de su presión, por lo que, la baja adhesión a los fármacos es la mayor causa de un deficiente control de la hipertensión arterial a nivel mundial, la cual evidentemente tiene una importante influencia en la generación de complicaciones cardiovasculares. (16)

Se deduce también que según sexo, el femenino es superior en forma porcentual al masculino en conducta adherente. Cabe destacar que al relacionar las variables de adherencia y el control de la presión arterial, se obtiene que 68 personas (35.60%) presentan la presión arterial no controlada y que esta vinculada con la no adherencia.

De acuerdo con los resultados hemos encontrado que existe un buen control de la tensión arterial en un 71,4% de pacientes hipertensos adherentes al tratamiento, comparando con publicaciones internacionales sólo 3 de cada 10 hipertensos españoles asistidos en Atención Primaria tiene un control óptimo de su presión arterial. (18)

En nuestro estudio la población no adherente al tratamiento antihipertensivo corresponde al 44% y se encontró como causa más frecuente a la no adherencia al tratamiento el descuido que presenta el paciente a la hora de tomar la medicación

con un 65,4%, de igual manera, comparando con bibliografías internacionales, en un estudio pakistaní se demuestra que el 56.8% de la falta del cumplimiento antihipertensivo se debió al olvido siendo la causa mas común (19), sin embargo en estudios canadienses el 43,3% había interrumpido la medicación, de este grupo las personas más propensas a interrumpir su medicación inicial fueron los que perciben los efectos secundarios de este medicamento (20); al igual que en Israel las razones más frecuentes para la interrupción y falta de adherencia al tratamiento fueron los efectos secundarios (15%).

Podemos observar que el cumplimiento y mejor adherencia fue evidenciada en personas ancianas lo que corrobora con algunos estudios observados en Malasia (21), Pakistan (22), Canada (23), sin embargo existen estudios específicamente en Polonia donde los datos difieren de nuestros resultados evidenciando que existe una dificultad en la adherencia al tratamiento en personas de edad avanzada (24).

Los estudios revisados con relación al sexo y la adherencia no ofrece resultados de investigaciones concordantes en todos los casos. Por ejemplo un trabajo realizado en el municipio Marianao de Ciudad de La Habana encuentra que el mayor porcentaje de los pacientes con cumplimiento completo de su tratamiento (68,5) corresponde al sexo femenino y entre las personas que incumplen no se aprecian diferencias entre hombres y mujeres. (18)

Con respecto a la utilización de fármacos, en nuestro estudio el 8.37% de los pacientes no consumen fármacos, el 70.68% de los pacientes se mantienen con monoterapia, el 18.32% utilizó 2 fármacos y el 2.61% utilizaban 3 fármacos, semejante a datos encontrados en Perú en el 2007; 50% monoterapia, 43% dos fármacos y el 7% tres fármacos (17).

En nuestro estudio, en lo que respecta a los fármacos utilizados, si se toma en consideración a los fármacos empleados en monoterapia, el Enalapril se emplea con mayor frecuencia (26,70%), luego Losartán (21.98%) y finalmente Amlodipino (10.99%) sin embargo; si se considera los fármacos sin importar que hayan sido utilizados en combinación o en monoterapia, el Losartán tiene un uso más difundido.

Siendo la combinación más frecuente Losartán más Hidroclorotiazida. En un estudio realizado en *Massachusetts*, *publicado en Cochrane* nos dice que reducir el número de dosis diarias parece ser eficaz para aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir la presión arterial y debe considerarse como una estrategia de primera línea. (19)

BIBLIOGRAFIA

1. TAPIA MUÑOZ José Alejandro, ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN EL HOSPITAL DE CHAITEN. Valdivia - Chile 2006. Pág. 3-4, 5-7, 14-17, 20-21, 39-41
Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>
2. AGÁMEZ PATERNINA Adriana Patricia FACTORES RELACIONADOS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Camagüey – Cuba 2008. Pág. 3-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n5/amc09508.pdf>.
3. (GRANADOS Genoveva, ROALES NIETO Jesús Gil, MORENO Emilio, YBARRA José Luis. CREENCIAS EN SÍNTOMAS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN. Granada - España 2007 Pág. 698. Disponible en: http://www.divisionescolpsic.org/juridica/articulos-docs/Informes_Psicologicos.pdf)
4. ARCE Espinoza1 Lourdes, Julián Monge-Nájera, Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal de Costa Rica. San José - Costa Rica 2009. Págs. 164 – 169. Disponible en: http://www.uned.ac.cr/investigacio/publicaciones/cuaderno1/documents/Arce_Genero_000.pdf
5. MARTÍNEZ REYES Fray, ADHERENCIA A LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. Cuenca - Ecuador 2007. Págs. 6 – 7.
6. HELÍ HERNÁNDEZ Ayazo, Ariel Bello Espinosa, Jorge Coronado Daza, Donaldo Arteta. GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA. Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina. COLOMBIA. Pags:25 – 28. Disponible en: http://www.bago.com/bolivia/html/doc_pdf/hipertension1.pdf
7. VARELA ARÉVALO María Teresa. El reto de evaluar la adherencia

al tratamiento en la hipertensión arterial. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Cali (Colombia). 2010. pags: 128 – 131. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/801/80113673010.pdf>.

8. Marín Rafael, Guía Española de Hipertensión Arterial, Hipertensión arterial. Definición. Epidemiología, España 2005 pag. 3-4 Disponible en: http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_2.pdf)

9. Haynes, R. Sackett, D. Gibson, E. Taylor, D. Hackett, B. Roberts, R. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. Lancet 1976; 1: 1265-1268.

10. ROJAS Paula, Joaquín Montero, Philippa Moore, “HIPERTENSION ARTERIAL INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA”. Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/medamb/hipertensionarterial.html>

11. N. Crespo Tejero, V. J. Rubio Franco, M. I. Casado Morales, J. Sánchez-Martos y C. Campo Sien. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. Universidad Autónoma de Madrid. España. 200 pags: 4 – 5. disponible en: http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_adherencia.pdf.

12. Helí Hernández Ayazo, Ariel Bello Espinosa, Jorge Coronado Daza, Donaldo Arteta. GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA. Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina. COLOMBIA. Pags: 25 – 28. Disponible en: http://www.bago.com/bolivia/html/doc_pdf/hipertension1.pdf

13. MARTÍNEZ REYES Fray, ADHERENCIA A LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. Cuenca - Ecuador 2007. Págs. 23 – 26

14. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA., FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHESIÓN DE LOS PACIENTES AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Sao Paulo, Brasil 2007, Págs.: 2-8 Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_10.pdf

15. Roberto A. Ingaramo y Col, Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) Argentina 2005 Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
16. Castañeda Sánchez, O.; López del Castillo-Sánchez, D.; Araujo-López, A. Apego farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Obregón, Sonora (México). Archivos en Medicina Familiar, Vol. 10, Núm. 1, enero-marzo, 2008. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=50713090002>
17. Chavez Rivas javier y Col, TRATAMIENTO Y COSTOS FARMACOLOGICOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA EN UN HOSPITAL REGIONAL Perú 2008, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34_n3/pdf/a06v34n3.pdf
18. Gustavo C Rodríguez Roca, Et al. Control de la hipertensión arterial en la población española ≥ 65 años asistida en atención primaria. 2005, Toledo-España disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/control-hipertension-arterial-poblacion-esp%C3%B1ola->
19. Almas A, Hameed A, Ahmed B, Islam M (2006) Compliance to antihypertensive therapy JCPSP 16: 23–26 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441983>
20. Jean-Pierre Grégoire, Jocelyne Moisan, Rémi Guibert, Antonio Ciampi, Alain Milot, Michel Gaudet, Isabelle Côté, Determinants of discontinuation of new courses of antihypertensive medications. Québec, Canada, J Clin Epidemiol. 2002 July; 55(7): 728–735. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12160922
21. Hassan NB, Hasanah CI, Foong K, Naing L, Awang R, et al. (2006) Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. J Hum Hypertens 20: 23–29.)
22. Saman K. Hashm, Et al, Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakista 2006 disponible en:

<http://www.plosone.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0000280#pone.0000280-Hassan1>

23. Caro JJ, Salas M, Speckman JL, et al. (1999) Persistence with treatment for hypertension in actual practice. CMAJ 160: 31–37. Disponible en: <http://www.ecmaj.ca/content/160/1/31.short>

24. (Yiannakopoulou ECh, Papadopoulos JS, Cokkinos DV, Mountokalakis TD (2005) Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 12: 243–9. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/08038020500428740>

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DESDE LOS SERVICIOS DE
ATENCION PRIMARIA EN EL ÁREA 2 DE SALUD DE MIRAFLORES DE LA
PROVINCIA DEL AZUAY.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros Juan Pablo Salazar Adum, Mauricio Fernando Sarmiento Cobos, Paul Enrique Sarmiento Sarmiento, estudiantes del quinto año de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, nos encontramos realizando un proyecto de investigación para nuestra Tesis previa a la obtención del título de médicos, cuyo tema es “Prevalencia de la Adherencia y Factores Asociados a la Terapéutica Farmacológica y no Farmacológica Antihipertensiva en Pacientes del área 2 de Salud de Miraflores”.

Propósito

Este estudio tiene la finalidad de identificar a las personas que se adhieran al tratamiento antihipertensivo, para lo cual se debe llenar el cuestionario, el mismo que es de validez internacional para conocer el cumplimiento en el tratamiento de la Hipertensión Arterial y para valorar los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad.

Explicación del Estudio

El estudio tiene una duración de 9 meses aproximadamente y consta de dos fases: la medición inicial y final de la presión arterial.

Fase 1: Medición inicial

En la medición inicial aplicaremos una encuesta con la finalidad de identificar a los pacientes hipertensos de los subcentros de salud del Área # 2 Miraflores.

La segunda parte de la encuesta se relaciona con el diagnóstico de hipertensión arterial, en este punto el personal preparado conformado por los estudiantes de la escuela de medicina, personal de enfermería y médicos del centro de salud tomará la presión arterial.

La toma de presión arterial se llevara a cabo por el personal preparado, el proceso consistirá en, descubrir el brazo izquierdo (de preferencia), se procederá entonces a colocar el tensiómetro en el brazo descubierto, al igual que la campana del estetoscopio, y se procederá a la insuflación del manguito, lo cual producirá una ligera presión en el brazo, la misma que descenderá progresivamente a medida que se establecen los valores de la presión arterial.

En una tercera parte se preguntará sobre los factores de riesgo asociados a los pacientes hipertensos en donde además se registrará el peso usando una balanza de pie; para ello el paciente deberá despejarse de prendas pesadas (casacas, sacos, suéter, etc), y subirse en la balanza descalzo y en posición erguida. La altura y la circunferencia de la cintura, serán medidas con cinta milimétrica; para ello el paciente deberá estar descalzo sobre una superficie rígida y recta, y en posición erguida para una correcta obtención de su talla. Además se encuestará sobre adherencia al tratamiento, actividad física, y conocimiento actitudes y prácticas sobre la hipertensión arterial.

En una tercera parte se preguntará sobre los factores de riesgo asociados a los pacientes hipertensos en donde además se registrará el peso, se le tomará los datos usando una balanza, de pie, descalzo(a) y con ropa ligera; la altura de igual forma se registrará sobre una superficie dura, de pie y descalzo(a); para la circunferencia de la cintura será medida con cinta milimétrica directamente sobre la piel sin ropa que interfiera sobre la zona; adherencia al tratamiento, actividad física, y conocimiento, actitudes y prácticas sobre la hipertensión arterial.

Fase 2: Medición final

Esta fase se realizará al final del séptimo mes de investigación y consta de las mismas mediciones de la fase 1.

Riesgos

El estudio no tiene ningún riesgo para el paciente.

Beneficios

Los participantes al momento de realizar por segunda vez la toma de datos tendrán información suficiente sobre el estado de salud y su hipertensión arterial y recibirán recomendaciones para una alimentación saludable, formas para intensificar la actividad física; recomendaciones para el no consumo de tóxicos como el tabaco y alcohol. Si se encuentran alteraciones se procederá a recomendar profesionales y formas de mejorar tales situaciones.

Confidencialidad

Toda la información será utilizada por los investigadores del equipo. Solo aquellos que trabajan en este proyecto tendrán acceso a esta información. Una vez que los datos han sido registrados e ingresados a un computador se identificarán por un



código. Si alguno de los resultados en este estudio es publicado, no se incluirán los nombres de los participantes.

Derechos de información

Usted no está obligado a formar parte de este estudio, su participación debe ser voluntaria. Usted no perderá nada si decide no participar. Además puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee.

El Dr. Edgar Segarra Espinoza, profesor investigador de la Universidad de Cuenca, está a cargo del estudio. Quienes realizamos este proyecto tenemos la labor de recolectar, procesar y analizar los datos del estudio.

Al firmar esta hoja usted acepta participar en el estudio.

Yo (nombre del participante)_____ Con
número de cédula:_____

Estoy de acuerdo en participar en el estudio.

Firma del participante:_____

Fecha: _____



ANEXO 2: Encuesta

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DESDE LOS SERVICIOS DE
ATENCION PRIMARIA EN EL AREA 2 DE SALUD DE MIRAFLORES DE LA
PROVINCIA DEL AZUAY.**

Factores de Riesgo asociados en los pacientes hipertensos de los subcentros de
salud del Área Nro 2 Miraflores.

Fecha:

Formulario Nº

Subcentro de Salud: Centro Nro 2 ☐

Barrial Blanco ☐

Otro: _____

1. Datos Demográficos

Nombre:

1.1. Historia clínica: Nro:

1.2. Edad: años cumplidos.

1.3. Sexo: Femenino ☐

Masculino ☐

1.4. Residencia:

Urbano ☐

Rural ☐

1.5. Dirección:

1.6. Teléfono:

Celular:

1.7. Ocupación: _____

1.8. Instrucción:



2. Diagnóstico de HTA

2.1. Tiempo de diagnóstico de HTA

2.4. Medición de la T.A:

TA	Fecha		Fecha	
	10 min	20 min	10 min	20 min
Sistólica				
Diastólica				

3. Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC

3.2.1 Peso kg

3.2.2 Talla metros

3.2.3 Cintura Abdominal cm

4. Actividad Física

4.1. Actividad Física

4.1.1 Realiza ejercicio físico: Si ☐ No ☐ A veces ☐ Nunca ☐

4.1.2 Si la respuesta a la pregunta anterior fue si, indique que tipo de ejercicio realiza, y por cuánto tiempo.

4.1.3 Cuántas veces por semana realiza ejercicio físico _____

4.1.4 Considera útil la práctica habitual de ejercicios físicos, en el control de la hipertensión arterial.

Si ☐ No ☐

Nombre y Firma del encuestador: _____

Nombre y Firma del encuestador: _____