Departamento de Posgrados

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

Satisfacción familiar del paciente hipertenso y su relación con la adherencia al tratamiento farmacológico.

Unidad de salud de primer nivel de atención

de Guapán, Cañar

agosto – septiembre 2015

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autor: Md. Ricardo Mauricio Jumbo Soto.

Director: Dr. Pedro Javier Martínez Borrero

Cuenca, Ecuador. 2016

Dedicatoria

A mis padres, por creer siempre en mí.

A mi esposa, por estar siempre a mi lado.

A mi pequeño Julián, por existir.

Agradecimientos

Deseo expresar mis agradecimientos a las personas e Instituciones involucradas en la creación de este posgrado, por haberme dado la oportunidad de seguir esta especialidad, con la cual esperamos brindar un gran aporte en pos de mejorar la calidad del sistema de salud de nuestro país a través de una medicina menos enfocada en lo biológico y cada vez más humana.

Un agradecimiento especial a nuestros tutores y profesores que cambiaron, no solo nuestra visión en cuanto a la profesión que desempeñamos, sino hacia el mundo, brindándonos nuevas perspectivas y procurando, como en muchas ocasiones nos lo recalcaron, convertirnos en mejores seres humanos.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud considera como un problema global de salud la falta de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, la cual es definida como el grado en que un paciente cumple con lo indicado por su personal de salud; se estima que 1 de cada 2 pacientes no cumple su tratamiento. Un ambiente familiar disfuncional puede afectar la toma de medicamentos. Se buscó determinar los niveles de adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos que asisten a la unidad de salud de primer nivel de Guapán, a través del uso del cuestionario Morisky – Green y el conteo de tabletas en el domicilio y hallar su relación con la satisfacción familiar del paciente medida mediante la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos. Resultados**:** 41 pacientes fueron evaluados: el cuestionario de Morisky – Green y el conteo de tabletas arrojaron valores de adherencia farmacológica similares (51,2 y 56,1% respectivamente); se encontró que un nivel de satisfacción familiar insuficiente genera 2 veces más incumplimiento del tratamiento farmacológico (RP= 2,313, IC 95%= 1,599 – 3,345), al evaluar los mismos niveles con el conteo de tabletas en el domicilio no se encontró correlación estadística alguna.

Palabras clave: hipertensión, adherencia farmacológica, satisfacción familiar, tratamiento.

ABSTRACT

The World Health Organization considers the lack of adherence to treatment in chronic diseases as a global health problem; which is defined as the degree to which patients comply with what is indicated by their healthcare personnel. It is estimated that 1 in 2 patients does not comply with their treatment. A dysfunctional family environment can affect medication intake. Thus, the aim of this study was to determine the pharmacological adherence levels in hypertensive patients attending *Guapán*'s Health Center. This was carried out through the application of the Morisky - Green questionnaire and tablet count at homes with the purpose to find its relation with patient family satisfaction measured by the Family Satisfaction by Adjectives Scale.

Results: 41 patients were evaluated. Morisky - Green questionnaire and tablet counts showed similar pharmacological adherence values (51.2 and 56.1%, respectively). It was found that an insufficient level of family satisfaction causes 2 times more noncompliance with pharmacological treatment (PR = 2,313, 95% CI = 1,599-3,345). When evaluating the same levels with tablet count at home, no statistical correlation was found.

Keywords: Hypertension, Pharmacological Adherence, Family Satisfaction.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
Dpto. Idiomas

Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de Contenido

Resumen iv

Abstract v

INTRODUCCIÓN 1

Objetivo General 2

Objetivos específicos: 2

Marco teórico 3

Adherencia farmacológica 4

Definición de Satisfacción Familiar 4

Adherencia en hipertensión 4

CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS 9

CAPITULO II: RESULTADOS 13

Datos descriptivos 13

Datos Analíticos 17

CAPÍTULO III: DISCUSIÓN 18

Adherencia farmacológica. 19

Apoyo familiar y cumplimiento farmacológico 20

Conclusiones 21

Limitantes del estudio 21

Recomendaciones 22

Referencias Bibliográficas 23

Anexos 26

Índice de Figuras

Figura 1: Distribución de 41 pacientes hipertensos, según sexo, 2015. _____ *13*
Figura 2: Distribución de 41 pacientes hipertensos según edad (años cumplidos), 2015 __ *14*
Figura 3: Distribución de 41 pacientes hipertensos según el grupo farmacológico utilizado en su tratamiento, 2015 _____ *14*
Figura 4: Distribución de los pacientes hipertensos según sus niveles de satisfacción familiar _____ *16*
Figura 6: Cumplimiento del tratamiento farmacológico según el conteo directo de tabletas en el domicilio. _____ *33*
Figura 7: Nivel de cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos según el Cuestionario de Morisky – Green. _____ *33*

Índice de Tablas

Tabla 1: Datos estadísticos de las medidas tomadas durante la entrevista a los participantes. _____ *15*
*Tabla 2: Cumplimiento del tratamiento farmacológico según el conteo directo de tabletas en el domicilio de los pacientes con hipertensión del estudio.*_____ *15*
Tabla 3: Distribución del cumplimiento farmacológico en los pacientes del estudio según los resultados del cuestionario Morisky - Green _____ *16*
Tabla 4: Relación ente la satisfacción familiar de los pacientes hipertensos obtenidas mediante la escala de satisfacción familiar por Adjetivos y el nivel de cumplimiento farmacológico según los resultados del cuestionario Morisky Green _____ *17*
Tabla 5; Relación entre la satisfacción familiar de los pacientes hipertensos obtenidos mediante la Escala de Satisfacción familiar por adjetivos y el nivel de cumplimiento terapéutico farmacológico según el conteo directo de tabletas en el domicilio. _____ *18*
*Tabla 6: Resultados, métodos y datos obtenidos en cuanto al cumplimiento farmacológico en Hipertensión obtenida en los diferentes estudios evaluados.*_____ *19*
Tabla 7: Distribución de los participantes del estudio, según sexo _____ *32*
Tabla 8: Distribución de los pacientes hipertensos participantes según grupos de Edad (años cumplidos) _____ *32*
Tabla 9: : Distribución de los grupos farmacológicos prescritos a los pacientes hipertensos participantes. _____ *32*
*Tabla 10: Niveles de Satisfacción Familiar de los pacientes hipertensos según la Encuesta de Satisfacción familiar por adjetivos (ESFA).*_____ *33*

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado _____ *26*
Anexo 2: Formulario de entrevista para el paciente en el domicilio _____ *28*
Anexo 3: Escala de Satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) _____ *29*

Ricardo Mauricio Jumbo Soto

Trabajo de Graduación

Director: Pedro Javier Martínez Borrero

Febrero 2016

Satisfacción familiar del paciente hipertenso y su relación con la adherencia al tratamiento farmacológico

INTRODUCCIÓN

Anualmente, la hipertensión y sus complicaciones causan 9,4 millones de muertes en el mundo, sumándose a los 17 millones de muertes producidas en general por enfermedades cardiovasculares. Su prevalencia a nivel mundial (600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008) continua en aumento, y se espera que muchas de ellas representen entre el 56 – 65% de la carga mundial de morbilidad para el año 2020[1]; estas cifras ha hecho que la hipertensión sea catalogada como un problema de salud de máxima relevancia, por lo que sus diferentes aspectos (prevención, tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones) han sido motivo de estudio constante en búsqueda de frenar tan acelerado crecimiento.

Cuando una persona es diagnosticada de hipertensión debe iniciar una serie de modificaciones, a menudo bastante drásticas, como parte del tratamiento integral de su enfermedad, lo cual junto con los diferentes medicamentos formulados para poder mantener cifras tensionales normales (los cuales deben ser tomados constantemente) vienen a constituir los pilares del tratamiento y su adherencia por parte del paciente es clave para poder llegar a un control tensional adecuado que ayude a reducir las consecuencias negativas de la hipertensión en su organismo y reducir las posibilidades de presentar complicaciones graves que afecten aún más su calidad de vida y de relación dentro de su familia; la adherencia terapéutica es un proceso dinámico, individualizado, cuyas estrategias de estímulo para su cumplimiento debería ser parte de la formación del personal de salud[2].

Dentro de los aspectos relacionados con la adherencia, el proyecto de pruebas para la acción: adherencia de tratamientos a largo plazo de la OMS del 2004 en su delimitación del problema definió a la adherencia terapéutica como: “el grado en el que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”[2], sin embargo, se ha observado con preocupación, que a nivel mundial las tasas de adherencia al tratamiento difícilmente alcanzan el 50%, en EEUU por ejemplo este valor alcanza un 51%, en países en vías de desarrollo, como por ejemplo Argentina, reportaron valores similares (51,85% de no-adherentes)[3] y se estima que en otros países de la región estos valores pueden ser menores.

La adherencia terapéutica es un proceso que incluye comportamientos diarios, actitudes, compromisos y recomendaciones coherentes con lo discutido y negociado entre el paciente y el personal de salud, facilitando una participación más activa del paciente en el control de su enfermedad, requiere del involucramiento de pacientes, familias, cuidadores, personal y sistemas de salud en conocer la enfermedad, complicaciones y sus tratamientos, cambios en estilo de vida, alta adherencia a la toma de medicamentos y un adecuado seguimiento[4,5].

Según los datos emitidos por la OPS/OMS, no se dispone de información suficiente o método fiable para evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; hay varios factores que en conjunto influyen sobre la adherencia terapéutica del paciente crónico, dentro del ámbito personal, entre otros factores se identifican que la falta de apoyo de los grupos sociales de influencia (incluidos el núcleo familiar), la relación y satisfacción que tiene una persona hipertensa con su núcleo familiar podría tener un rol en la disminución de la adherencia al tratamiento.

En Guapán, la Hipertensión arterial y sus complicaciones, que en algunos casos puede incluir discapacidad, es la enfermedad crónica no transmisible que se presenta mayormente sobre otras dentro de la comunidad, sin embargo, se desconoce el nivel de adherencia que los pacientes presentan en cuanto a la toma de medicamentos, por lo que es necesario establecer una línea de base respecto al tema e iniciar el estudio de los factores que pueden influenciar este hecho, para en base a estos resultados buscar posteriormente estrategias que permitan mejorar la adherencia, buscando así reducir los niveles de complicaciones que incapacitan al paciente y que alteran y empeoran la calidad de vida de él y toda su familia.

Objetivo General

Determinar el grado de relación existente entre la satisfacción familiar y el cumplimiento de las medidas terapéuticas farmacológicas instauradas en el paciente hipertenso que asisten al subcentro de salud de Guapán.

Objetivos específicos:

- Medir la adherencia al tratamiento mediante la aplicación del cuestionario de Morisky – Green y el conteo directo de las tabletas consumidas a la fecha de la visita domiciliaria.
- Comparar los niveles de adherencia entre los 2 métodos de medición.
- Establecer el grado de satisfacción familiar del paciente al momento del estudio mediante la Escala de Satisfacción familiar por Adjetivos (ESFA)
- Determinar la posible relación directa entre la satisfacción familiar del paciente hipertenso y el cumplimiento de la toma de medicamentos para su enfermedad.

Hipótesis

A menor grado de satisfacción familiar es peor la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos

Marco teórico

La tensión arterial es el resultante de la fuerza que la sangre ejerce contra los vasos sanguíneos cuando es bombeada por el corazón, la OMS define brevemente a la hipertensión arterial como “una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta”[1]

El Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América (JNC por sus siglas en inglés) en su séptimo informe estableció una escala de valores para los diferentes niveles de tensión arterial[6].

Grados de Tensión Arterial	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120 – 139	80- 89
Estadio I	140 – 159	90 – 99
Estadio II	> 160	>100

Modificado de: Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

En los países de bajos y medianos ingresos la Hipertensión arterial ha demostrado ser más prevalente (40% vs. 35% en países más ricos), se estima además que a diferencia de los países desarrollados y por las debilidades de los sistemas de salud en los países poco desarrollados, existirían más personas sin diagnóstico, tratamiento y control[1].

A nivel de Latinoamérica, desde la década de 1950, se han ido produciendo cambios en los valores demográficos, epidemiológicos y socio culturales de la región, las enfermedades crónico degenerativas, y especialmente las cardiovasculares, han ido poco a poco reemplazando a las enfermedades infecciosas y parasitarias como primeras causas de morbilidad y mortalidad, 31 de 35 países de la región tienen a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte. 2/3 de los pacientes a nivel global con algún tipo de enfermedad cardiovascular se encuentran en países en vías de desarrollo.

En Ecuador según datos de la Sociedad Latinoamericana de Hipertensión la prevalencia de hipertensión se situaba en 28,7% para la población mayor de 18 años[7].

Investigaciones locales, como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ESANUT 2013) reportó que existían 717.529 personas con hipertensión y que 3;187.665 personas tenían valores anormales de presión arterial (pre hipertensión), con una prevalencia de hipertensión

medida en personas de 18 a 59 años de 9,3% e hipertensión reportada por los pacientes que se consideran hipertensos de 15,6%; el estudio indica también un aumento progresivo de problemas como obesidad abdominal, síndrome metabólico, y una alta prevalencia de pre hipertensión (37,2%)[8].

Adherencia farmacológica

De acuerdo a la Sociedad Internacional de Farmacoeconomia e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR por sus siglas en inglés) definen a la adherencia o cumplimiento terapéutico como el grado en el que un paciente actúa de acuerdo a la dosis, la pauta posológica y plazos descritos, el intervalo de tiempo corresponde a los días de toma de medicación de acuerdo a las pautas dadas por el prescriptor durante un periodo de seguimiento establecido[9].

Definición de Satisfacción Familiar

La satisfacción es usualmente definida como un componente cognitivo del bienestar subjetivo que resume la calidad de vida de un individuo, puede tomar varios aspectos de su vida (como por ejemplo familia y/o trabajo) para explicar su satisfacción, así mismo puede ser medida de manera global o relacionada con dominios específicos[10] y está relacionada con toda una gama de otras variables que pueden modificar aquella percepción subjetiva en el individuo.

Ahora, al valorar la satisfacción relacionada con el grupo familiar esta quedaría definida como la expresión subjetiva de bienestar de un individuo de acuerdo a la valoración propia de las experiencias e interacciones que tiene con otros miembros de la familia. Estas pueden ser tanto positivas como negativas y completamente diferentes entre miembros de una misma familia[11,12]

Adherencia en hipertensión

A pesar de la variabilidad en tratamientos disponibles, en muchos países menos del 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran niveles óptimos de presión arterial, la adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de falla terapéutica, el mejor cálculo estima que 2/3 de los hipertensos tienen una adherencia deficiente que afecta su control sobre la hipertensión y se estima una falta de adherencia global del 50% de pacientes con algún tipo de enfermedad crónica.

Entre las consecuencias más probables de una adherencia deficiente en la hipertensión tenemos:

- Recaídas más intensas: Está comprobado que las complicaciones son mayores en personas que no toman su medicamento, además hay menos probabilidades de respuesta al tratamiento
- Riesgo aumentado de toxicidad: El sobre uso, que también está comprendido dentro de la falta de adherencia, expone una mayor riesgo de toxicidad, esto implica un

riesgo especial en pacientes ancianos, quienes olvidan tomar u olvidan que ya tomaron su medicamento[2,3] .

En países de Europa y EEUU, se han reportado que los pacientes hipertensos de aquellas regiones logran un control sobre su presión arterial en tan solo 25%.

Naderi et al, en 2012, en un metanálisis de 376.162 pacientes, encontraron un nivel de adherencia de 57% para medicamentos usados en la prevención de enfermedad cardiovascular (incluido antihipertensivos), reportaron además que a nivel de atención primaria, los medicamentos diuréticos tiazidicos fueron los que menor adherencia presentaron (42%) en comparación con otros grupos farmacológicos, al realizar un seguimiento de 2 años, indicaron también que en general, la adherencia disminuye gradualmente (0,15% por mes)[13].

A nivel de Sudamérica, Ingaramo et al en 2005 encontraron valores de adherencia de 48,15% (Argentina), indicando que el control aislado de cada valor (presión sistólica y diastólica) en pacientes no adherentes era menor (55% vs 49% en la sistólica, 34% vs 28% en la diastólica)[3].

En cuanto a la hipertensión, en nuestro país y región, Martínez en 2007 realizó un estudio para evaluar los niveles de adherencia farmacológica con hipertensos que estuvieron hospitalizados en un centro especializado, los cuales luego de ser evaluados en varios aspectos de la adherencia y la toma de medicamentos reportó niveles de incumplimiento del 72% en referencia a la toma de medicamentos[14].

En el informe de la OMS sobre la adherencia terapéutica se identifican 5 dimensiones que interactúan e influencian el nivel de adherencia que un paciente posee:

a. Dimensión Socioeconómica: En países de bajos recursos económicos, los pacientes deben priorizar los recursos (como hacia sus hijos o personas que dependen de él), otros factores dentro de esta área que influyen en la adherencia son:
    - Analfabetismo o bajo nivel educativo: Dificulta la educación y entendimiento sobre las prescripciones.
    - Condiciones de vida inestables
    - Falta de redes de apoyo efectivas.
    - **Disfunción familiar**
    - Creencias culturales en cuanto a la enfermedad y los tratamientos empleados.
    - Cambios bruscos ambientales o geopolíticos (climáticos severos o guerras).
    - Grupos de edad: todos se hallan afectados, sin embargo, la mayor tasa de deficiencias cognitivas y funcionales en los pacientes ancianos, sumados a la comorbilidad que suelen presentar, suman factores que comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica[2].

El apoyo social percibido y su relación con la hipertensión ha sido estudiada por varios autores con resultados muy diversos, por ejemplo, en el estudio realizado por Holguin et al en 2006 que evaluó un programa de intervención biopsicosocial en la adherencia en personas con hipertensión, encontró que previo a la intervención, existía un nivel de adherencia del 56,8% (reportado como niveles altos de adherencia), luego de este programa de intervención (que incluía entre otros factores, el buscar aumentar el apoyo social mediante la mejora de la comunicación asertiva) mejoró los niveles de presión arterial (disminución de 4,93 mmHg de la media de la muestra p=0,03, en su presión sistólica) y una disminución del grupo de presión arterial poco controlada de 66% pre intervención a 17,5% pos intervención, en la percepción de apoyo, esta aumentó de 36,4% al 77,3% en sus niveles más altos[15]. Otro estudio, realizado por Menéndez et al en 2003, reportó que las personas que tenían menos apoyo social (0-1 contactos) presentaba valores más altos de presión arterial (aumento promedio de 9,59 mmHg para la presión sistólica y 4,29 mmHg para la presión arterial diastólica)[16]. Menéndez et al, en 2004, también llego a la conclusión de que la influencia de una escasa red social, poco apoyo familiar y otros factores socioeconómicos afectan negativamente la adherencia al tratamiento del paciente[17]. Finalmente, en 2012, Herrera utilizando un instrumento que evaluó varios factores del área socioeconómica encontró que al mejorar aspectos como educación, poder adquisitivo, empleo, **grupo social de apoyo**, mejora los niveles de adherencia[18].

Marín et al en un estudio realizado en México, de casos y controles, que buscó determinar la influencia del apoyo familiar en la adherencia terapéutica encontró que los pacientes que se mostraban adherentes al tratamiento tenían niveles altos de apoyo familiar (72% de los pacientes) en comparación de grupos de pacientes no adherentes, donde el apoyo familiar se presentó en menos casos (30%), se encontró una asociación entre el apoyo hacia los pacientes y el comportamiento asociado a la toma de medicamentos[19]. Menéndez et al también indico en su estudio en 2004, que pacientes con una normo función familiar presentan una mejor adherencia terapéutica (93% vs 81%)[17]

b. Dimensión relacionada con el sistema sanitario: No existen muchas investigaciones que establezcan de manera fiable la relación entre los servicios sanitarios y el paciente y su influencia sobre la adherencia, aunque se reconoce que una adecuada relación médico paciente puede mejorar la adherencia terapéutica.

Las causas que pueden generar un efecto negativo a la adherencia en esta área son:

- Sistemas de salud poco desarrollados
- Sistemas ineficientes de distribución de medicamentos.
- Falta de conocimientos y adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas
- Recarga de trabajo y falta de incentivos al personal de salud.
- Consultas cortas y poca oportunidad de dar seguimiento.
- Falta de programas educacionales para el paciente.

c. Dimensión relacionada con la enfermedad: Esta se halla principalmente influenciada por la gravedad de los síntomas, gravedad de discapacidad, velocidad de avance de la enfermedad y disponibilidad del tratamiento más adecuado, comorbilidad y el abuso de drogas o alcohol.

d. Dimensión relacionada con el tratamiento. Los factores que influencian esta dimensión son:

- Complejidad, duración del régimen médico
- Fracasos anteriores
- Cambios frecuentes de tratamientos
- Conocimientos del médico y el paciente sobre los efectos beneficiosos y secundarios de los tratamientos.

e. Dimensión del paciente, Esta área se ve afectada por:

- El conocimiento y creencias del paciente sobre su enfermedad
- Factores como: autoestima, motivación
- Estrés psicosocial
- Angustia por posibles efectos secundarios
- Creencias negativas respecto al tratamiento.
- No aceptar la enfermedad
- Expectativas y experiencias relacionadas con la enfermedad[2].

Varias herramientas han sido desarrolladas para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, que abarcan varias maneras de evaluación (auto informe, informe médico, informe estadístico, etc.) sin embargo hasta ahora no existe un método que pueda de manera fiable recolectar este tipo de información, describiremos de manera breve algunos de los más usado o conocidos:

Test de Hayne - Sackets: Entrevista informal de 3 preguntas hacia el paciente, donde se aborda indirectamente el tema del cumplimiento de la toma de medicamentos, tiene un alto valor predictivo positivo cuando el paciente se reconoce como incumplidor, pero se desconfía cuando la respuesta es sí, su aplicabilidad está más enfocada hacia el área clínica.

Test de Morisky Green

Este método ha sido validado para diferentes enfermedades crónicas, fue diseñado inicialmente para valorar el cumplimiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, es una prueba fácil y rápida, de respuesta dicotómica y cuantificable. Consiste en 4 preguntas que reflejan la conducta del paciente en cuanto a la toma del medicamento. Las preguntas deben en lo posible plantearse durante la entrevista clínica, hay una variante que facilita la cuantificación ya que realiza una modificación en la segunda pregunta para que todas las respuestas sean NO:

- ¿Olvida tomar alguna vez su medicamento?

- ¿Olvida tomar su medicamento a la hora adecuada?
- Cuando se siente bien ¿Deja de tomar su medicamento?
- Cuando se siente mal ¿Deja de tomar su medicamento?

De acuerdo entonces a esta variante cada respuesta negativa es 1 punto, y con 1 punto o más la persona es considerada como incumplidora[20].

Estudios como el realizado por García et al en 2000 que valoraron algunos métodos para la medición de la adherencia terapéutica, encontraron que la adherencia reportada variará dependiendo del método aplicado, sin embargo, de los utilizados, el cuestionario de Morisky Green fue el que demostró una mayor utilidad en la detección de no cumplidores a nivel de atención primaria (Sensibilidad: 32%, Especificidad: 94%, Valor predictivo positivo: 91,6%, Valor predictivo negativo: 42%)[21].

Otros tests disponibles

- Maastrich Utrecht Adherence in Hypertension Quiestionnarie: El cual, a pesar de muy buenas propiedades psicométricas, es largo y por lo general requiere un valor sociocultural alto para poder comprenderlo y completarlo.

Evaluación de los niveles de satisfacción familiar

La definición del concepto de satisfacción familiar tiene una historia relativamente corta y reciente, ha sido abordada desde los campos de la sociología y psicología, sin embargo pocos han sido los esfuerzos por establecer un marco teórico definido, fue Olson et al quienes con su instrumento FACES II pudieron obtener medidas sobre los niveles de satisfacción familiar, existen además otros instrumentos (Crver – Jones, Barbarin etc.) que han sido desarrollados, sin embargo ninguna de las escalas anteriores han podido establecer un concepto claro sobre la satisfacción familiar, definiéndose únicamente como el estado de satisfacción que presenta un individuo con su familia.

La Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) fue desarrollada por Jorge Barraca Mairal y Luis López Yartó, consta de 27 ítems de parejas de 2 adjetivos antónimos, que buscan evocar una respuesta preferentemente afectiva basándose en el constructo de satisfacción familiar la cual puede ser satisfactoria al tener una mayor cantidad de interacciones motivadoras o insatisfactorias cuando la interacción es punitiva; una de las ventajas de este test es que al evaluar un solo constructo su respuesta se expresa en un solo valor el cual será una visión global de la satisfacción percibida.

Los autores indican que el instrumento es de utilidad tanto en el área clínica como en investigación (como variable dependiente o independiente) donde se requiera una valoración global de la satisfacción familiar. Puede servir para valorar el nivel de satisfacción de la persona estudiada con su familia de origen o la actual y es aplicable para personas desde los 16 años en adelante.

Al valorar la utilidad que podía tener este instrumento, se encontró:

Fiabilidad: al aplicarse obtuvo un valor de 0,97, y al realizar un examen de retest a las 4 semanas el resultado fue un poco menor (0,76), sin embargo, es esperable que este valor sea bajo cuando se utilizan tests basados en diferenciales semánticos.

Validez de constructo: La unidimensionalidad global de la prueba fue de 62,3% de la varianza total realizada mediante un análisis factorial.

Validez convergente: Comparándola con 2 pruebas anteriores, el test de Family Satisfaction de Olson y Wilson (1982) y el instrumento Family Satisfaction Scale de Carver y Jones (1992) se obtuvo una correlación de 0,646 con el primero y de 0,787 con el segundo, demostrando así valores aceptables de validez externa[22].

CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS

El universo de estudio fue de 117 pacientes hipertensos que acuden al subcentro de salud de Guapán registrados en el 2015, a partir de este universo se constituyó una muestra intencional compuesta por 41 pacientes hipertensos que tenían un año o más de diagnóstico de hipertensión y que acudieron a control durante los últimos 3 meses anteriores a Agosto de 2015; quienes aceptaron participar en el estudio y suscribieron un consentimiento informado (anexo Nº1). Fue un estudio analítico transversal, en el que se relaciona el grado de satisfacción familiar de pacientes hipertensos con el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico.

Las variables que se incluyen en el estudio son las siguientes: Edad, sexo, valores de tensión arterial, peso, talla, IMC, tipo y cantidad de medicamento(s) usados: según su grupo farmacológico última cantidad prescrita, valores obtenidos del conteo de tabletas en el domicilio, valores obtenidos de la Escala de Morisky Green y la Escala de Satisfacción familiar por Adjetivos

Operacionalización de variables

VARIABLE	*DEFINICIÓN CONCEPTUAL*	*DIMENSIÓN*	*DEFINICION OPERACIONAL*	*INDICADOR*	*ESCALA*
EDAD	Número de años de vida cumplidos del paciente.	Edad	Número de años cumplidos del paciente al momento del inicio de la investigación	Edad	Cuantitativa: Años cumplidos
SEXO	Rasgo biológico que identifica como Hombre o Mujer	Hombre Mujer	Hombre: rasgos sexuales secundarios que identifican a una persona como hombre Mujer: Rasgos sexuales secundarios que identifican a una persona como mujer	Hombre Mujer	Nominal: se asigna un valor numérico a los indicadores HOMBRE=1 MUJER=2
PESO	Atracción ejercida por la fuerza gravitacional de la Tierra sobre un cuerpo	Peso	Peso medido al momento de la entrevista	Kg pesados	De razón: Kg pesados
TALLA	Estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza	Talla	Estatura medida del paciente registrada en la historia clínica	Talla expresada en centímetros	De razón: centímetros medidos
Índice de Masa Corporal	Indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos	IMC	Resultado obtenido de la fórmula Peso (Kg)/(talla en m)^2	Kg/m^2	De razón: Valor en Kg/m^2
TENSION ARTERIAL	Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias y la resistencia que estas presentan.	Presión sistólica Presión diastólica	Presión sistólica: Presión extra arterial máxima medida con manguito de esfingomanometro aneroide.	Presión sistólica medida en mmHg Presión Diastólica medida en mmHg	La presión sistólica tiene 3 categorías: Hipotenso: menor a 100 mmHg

			Presión diastólica: Presión extraarterial mínima medida con manguito de esfingomanometro aneroide.		Normotenso: 100 – 140 mmHg Hipertenso: Mayor a 140 mmHg (ordinal) La presión diastólica tiene 3 categorías: Hipotenso: menor a 60 mmg Normotensoi: 60 – 90 mmHg Hipertenso: por encima de 90 mmHg Escala ordinal
Conteo de tabletas	Diferencia entre las tabletas prescritas en la última prescripción del historial clínico y las consumidas a la fecha de la visita	¿Cumple con la toma de la medicación prescrita a la fecha?	El número de tabletas consumidas debe ser igual al número de días transcurridos hasta la visita domiciliaria ±4 días y/o tabletas	Conteo de tabletas en el domicilio	Nominal: se asigna valor numérico a los indicadores Si=1 Sobran=0 Faltan=0 Cumplen=1 No cumplen= 0
Tipo de medicamento antihipertensivo empleado	Medicamentos utilizados en el tratamiento de la Hipertensión	Medicamento/s que utiliza	Medicamento utilizado por el paciente según su grupo farmacológico al momento de la entrevista	IECAS ARA II Calcio Antagonistas Beta Bloqueadores Duréticos Combinaciones	Nominal: Se asigna valor numérico a los indicadores. IECAS=1 ARA II=2 Calcio Antagonistas=3 Beta Bloqueadores=4

					Duréticos=5 Combinaciones=6
Cuestionario de Morisky - Green	Cuestionario diseñado para la evaluación de la adherencia farmacológica de un paciente compuesta de 4 ítems.	• ¿Olvida tomar alguna vez su medicación? • ¿Olvida tomar su medicación a la hora indicada? • si se siente mal ¿Deja de tomar su medicación? •Si se siente bien ¿Deja de tomar su medicación?	Respuesta dicotómica (si\no) que definirán si un paciente es. Cumplidor o no. Buen cumplidor: Todas las respuestas negativas. No cumplidor: 1 o más respuestas positivas	Respuesta dicotómica a cada ítem. Si No	Nominal: Se asignara un valor numérico Si = 1 No= 0
Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)	Escala de 27 Ítems diseñado con adjetivos para evocar una respuesta relacionada con la percepción de la satisfacción que el paciente percibe con su entorno familiar de manera general.	Cuando estoy con mi familia, más bien me siento…	Se denominará como satisfacción suficiente aquella que se halle entre Normal y alta= 1 Satisfacción insuficiente se denominará a aquella que entre en la categoría: Baja=0	Pareja de adjetivos antónimos con 6 posibilidades de respuesta que se van sumando hasta obtener un total, siendo: Desde el adjetivo Negativo: Totalmente = 1 Bastante = 2 Algo= 3 Desde el adjetivo positivo: Totalmente=6 Bastante= 5 Algo= 4	Nominal: Se asignará un valor numérico de acuerdo a la puntuación obtenida; 27 – 100: Baja= 0 101-145: Normal= 1 146-162: Alta= 1

A partir de la operacionalización de las variables se elaboró un formulario que incluyó los diferentes ítems, mismo que incluye el cuestionario de Morisky Green (anexo Nº 2). Este formulario fue validado con una prueba piloto que se realizó con la aplicación a pacientes hipertensos que no conformaron la muestra. Para medir la satisfacción familiar se utilizó el formato de la Escala de satisfacción familiar por adjetivos (anexo Nº3).

La recolección de datos fue realizada por el autor en los meses de Agosto y Septiembre de 2015, mediante visitas domiciliarias en las que se aplicaron los cuestionarios descritos, y se realizó un control de la presión arterial y conteo de tabletas en el domicilio.

Con la información recopilada se elaboró una base de datos con apoyo del programa SPSS, a partir del cual se elaboraron tablas, figuras e indicadores de relación, en base de los cuales se elaboró el informe.

CAPITULO II: RESULTADOS

Datos descriptivos

La muestra de 41 casos está constituida en su mayoría son mujeres (26) que representa el 63%, como pude apreciarse en la figura Nº 1.

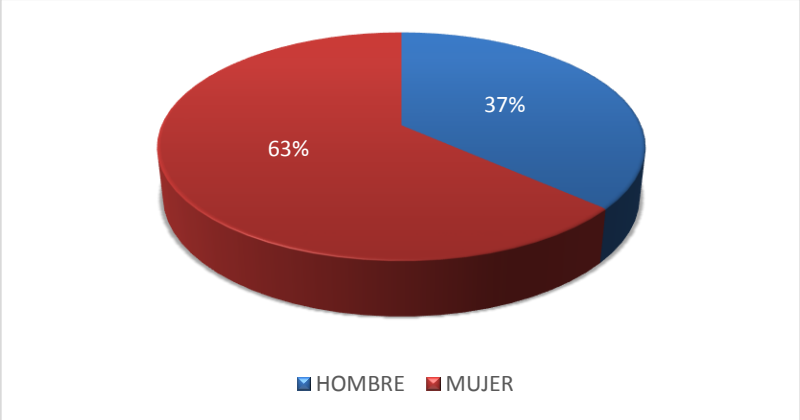

Figura 1: Distribución de 41 pacientes hipertensos, según sexo, 2015.

Fuente: Entrevistas de campo
Elaboración: Autor.

La edad mínima de la muestra fue de 30 años y la máxima de 96, con una media de 65,95 ± 15,77 años, el mayor número de casos se concentró en el grupo de edad de 75-85 años, siguiéndole el de 64 a 74 años, más detalles pueden observarse en la figura Nº 2

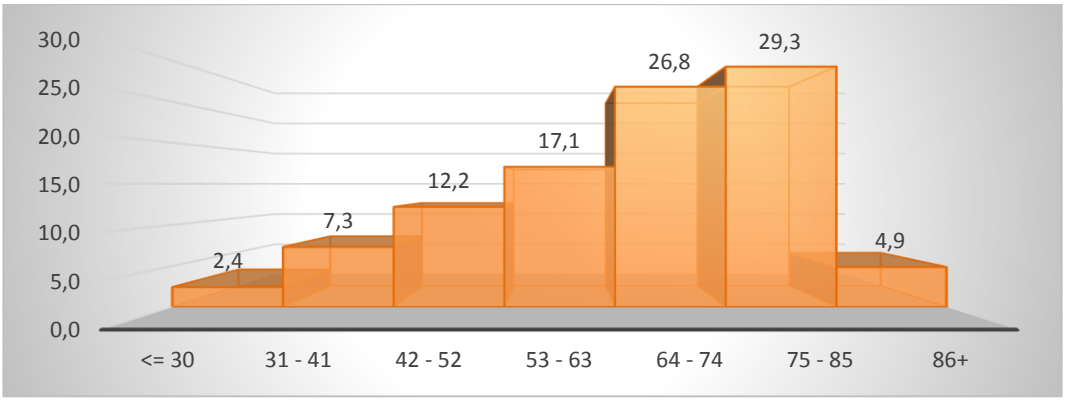

Figura 2: Distribución de 41 pacientes hipertensos según edad (años cumplidos), 2015

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor.

Distribuyendo la muestra de acuerdo a los grupos farmacológicos utilizados encontramos que el grupo farmacológico más usado es el de los Antagonistas de los receptores de Angiotensina II (ARA II), siendo usado por el 48,8% de los pacientes, seguido de los Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina (IECA) (31,7%).

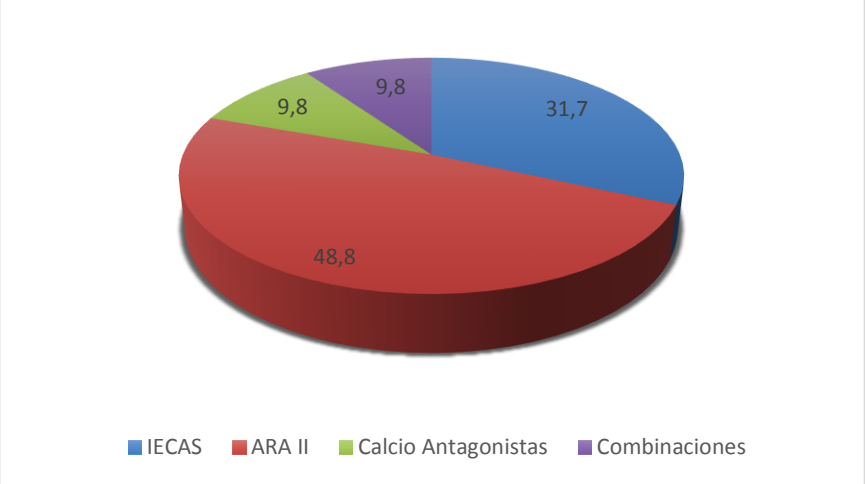

Figura 3: Distribución de 41 pacientes hipertensos según el grupo farmacológico utilizado en su tratamiento, 2015

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor

Otros datos obtenidos durante la entrevista domiciliaria se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 1: Datos estadísticos de las medidas tomadas durante la entrevista a los participantes.

Antropometría	IMC (kg/m^2)	TA Sistólica (mmHg)	TA diastólica (mmHg)
Media	30,4318	130,15	75,29
DS	6,63961	17,131	10,267
Mínimo	21,34	90	50
Máximo	48,90	180	90

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor

Se observa que, en cuanto a los valores obtenidos en el Índice de masa corporal, su media fue de 30,43 ±6,63 Kg/m^2, indica que en promedio la mayoría de los participantes se hallan fuera de valores adecuado para reducir su riesgo cardiovascular. La tensión arterial sistólica tiene una media de 130 ±17,3 mmHg ubicándose entre los niveles de pre hipertensión, lo cual indica que, al momento de la entrevista, la mayoría de los pacientes no se hallaban con niveles óptimos de tensión arterial, en referencia a este hecho, se encontró que 39% de los pacientes que habían reportado cumplir con su tratamiento tenían su presión arterial sistólica entre 120 a 139 mmHg (pre hipertensión), lo cual a pesar de no ser óptimo, cumple con los niveles de Tensión arterial recomendados como objetivos de tratamiento en el consenso JNC VIII (23).

Luego de la revisión antropométrica, se realizó la aplicación del conteo directo de tabletas en el domicilio y la aplicación de los diferentes cuestionarios, encontrándose:

Tabla 2: Cumplimiento del tratamiento farmacológico según el conteo directo de tabletas en el domicilio de los pacientes con hipertensión del estudio.

Conteo de tabletas en Domicilio	Frecuencia (Nº de casos)	Porcentaje (%)
No cumple	18	43,9
Si cumple	23	56,1
Total	41	100,0

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor

Tomando en consideración los datos obtenido en la tabla, se establece que la valoración del cumplimiento terapéutico según el conteo directo de tabletas alcanza un 56,1%, valor bastante aproximado a la estimación hecha por la OMS del 50%.

Tabla 3: Distribución del cumplimiento farmacológico en los pacientes del estudio según los resultados del cuestionario Morisky - Green

Morisky - Green	Frecuencia	Porcentaje
No cumple	20	48,8
Si cumple	21	51,2
Total	41	100,0

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor

Se obtuvo un alfa de Cronbach para esta prueba de 0,68, lo cual le da una moderada fiabilidad en la valoración de la adherencia, los resultados obtenidos demuestran que la adherencia farmacológica se cumplió en un 51,2% de los casos, nuevamente con una similitud, aún más aproximada a los estimado por la OMS.

Al realizar la correlación entre los 2 métodos de conteo mediante el coeficiente de Pearson se encontró que presentaba una relación estadísticamente significativa de manera moderada y positiva (Pearson: 0,612) p=0.000, OR= 18, IC 95% (3,682 – 87,995).

Los datos obtenidos en la Escala de Satisfacción familiar por objetivos dieron los siguientes resultados:

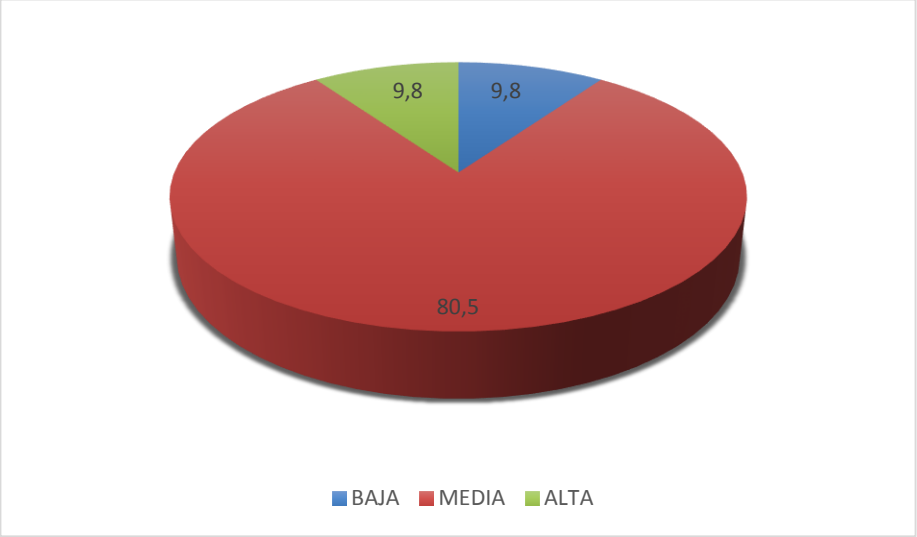

Figura 4: Distribución de los pacientes hipertensos según sus niveles de satisfacción familiar.

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor

Según los resultados para los niveles de satisfacción familiar, el 80,5% de los pacientes indico un nivel de satisfacción MEDIA o normal de acuerdo a lo establecido por los autores del instrumento, y una similitud en cuanto a valores muy bajos y muy altos de satisfacción (9,8% en ambos grupos), al medir la fiabilidad de la prueba se obtuvo un nivel muy aceptable, medido a través de la prueba de alfa de Cronbach (0.922).

Datos Analíticos

A continuación, se procedió a tratar de resolver la principal incógnita de la investigación, por lo que se recodifico a las variables de la Escala de Satisfacción por Adjetivos (ESFA) en 2 variables únicas, poca o BAJA satisfacción y Satisfacción SUFICIENTE, unificando las variables MEDIA y ALTA, posteriormente se las correlacionó con los resultados obtenidos en cuanto a adherencia farmacológica, obteniéndose:

Tabla 4: Relación ente la satisfacción familiar de los pacientes hipertensos obtenidas mediante la escala de satisfacción familiar por Adjetivos y el nivel de cumplimiento farmacológico según los resultados del cuestionario Morisky Green

		Cuestionario Morisky - Green		Total
		No cumple	Si cumple	
Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos	Satisfacción Familiar insuficiente	4	0	4
	Satisfacción Familiar Suficiente	16	21	37
Total		20	21	41

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor

De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla, la gran mayoría de los pacientes se hallan dentro del grupo que con un buen nivel de satisfacción familiar cumple con el tratamiento farmacológico, se obtuvo una razón de prevalencia RP= 2,313, indicando que un ambiente familiar insatisfactorio para el paciente lo inclina 2 veces más aproximadamente a incumplir con el tratamiento farmacológico IC 95% (1,599 – 3,345) y un Chi cuadrado X^2 = 4,654, que supera la frecuencia esperada de 1,95, indicando que esta asociación es significante; si se mejorase los niveles de satisfacción familiar de los pacientes se estima que se podría mejorar la adherencia farmacológica en un 11,31% de los expuestos (%RAP), así mismo se estima que 56,7% de los que presentan una mala adherencia farmacológica se debe a una satisfacción familiar insuficiente (%RA).

Tabla 5; Relación entre la satisfacción familiar de los pacientes hipertensos obtenidos mediante la Escala de Satisfacción familiar por adjetivos y el nivel de cumplimiento terapéutico farmacológico según el conteo directo de tabletas en el domicilio.

		Conteo de tabletas en domicilio		Total
		No cumple	Si cumple	
Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos	Satisfacción Familiar insuficiente	2	2	4
	Satisfacción Familiar Suficiente	16	21	37
Total		18	23	41

Fuente: Entrevistas de campo

Elaboración: Autor

De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla, la gran mayoría de los pacientes se hallan dentro del grupo que con un buen nivel de satisfacción familiar cumple con la toma de medicamentos, al obtener su razón de prevalencia, OR= 1,313 IC 95% (0,17 – 10,35), RP= 1,16 IC 95% (0,41 – 3,29) y un Chi cuadrado X^2 = 0,67 que no supera la estimación esperada de 1,76, así, se encontró que los resultados obtenidos con este método de medición de la adherencia farmacológica no demostraron relación alguna ni significante.

CAPÍTULO III: DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles han sido determinados por las diferentes organizaciones de salud a nivel mundial como un problema de salud de alto interés, con una alta carga económica y social debido a su continuo incremento en su aparición y sus complicaciones, las cuales han ido aumentando a pesar de todo esfuerzo por controlarlas. Se ha detectado que dentro de los problemas asociados a la generación de estas cifras negativas se halla la falta de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, el problema representa tal magnitud que se estima que solo el 50% de los pacientes cumple con todas las medidas relacionadas con el tratamiento, por lo que determinar qué condiciones o situaciones influyen sobre la adherencia se ha vuelto una prioridad. La OMS describe en su informe sobre este problema que existen 5 dimensiones que modifican la manera en como un paciente cumple con las medidas indicadas por el personal sanitario para un control adecuado, dentro de estos factores se describen aspectos socioeconómicos como la falta de un apoyo eficiente de las redes de apoyo social y/o familiar, en esta investigación se buscó determinar el cumplimiento farmacológico del tratamiento, uno de los elementos de la adherencia terapéutica, y como el núcleo familiar influye sobre la adherencia en los pacientes con Hipertensión arterial en la unidad de salud de Guapán.

En cuanto a los valores antropométricos obtenidos, el hecho de que una media del Índice de Masa Corporal este por sobre los 30 Kg/m^2, indica que la mayoría de los pacientes no guardan una relación adecuada peso/talla, lo cual aumenta su riesgo cardiovascular, y demuestra una posible falla en cuanto a otro de los pilares de la adherencia como son la dieta y la actividad

física, sin embargo los niveles de tensión arterial se mantuvieron por debajo de los 140/80 recomendados dentro de los objetivos de tratamiento en las guías JNC VIII[23].

Adherencia farmacológica.

A continuación, presentamos un cuadro resumiendo los principales resultados obtenidos en diferentes resultados obtenidos en cuanto al cumplimiento farmacológico.

Tabla 6: Resultados, métodos y datos obtenidos en cuanto al cumplimiento farmacológico en Hipertensión obtenida en los diferentes estudios evaluados.

Cumplimiento farmacológico en Hipertensión					
Estudio (autor)	**Año**	**Método empleado**	**Nº de pacientes**	**Cumplimiento Terapéutico**	**País**
García et al[21]	2000	Morisky - Green	270	76,8%	España
		Test de Batalla		15,6%	
OMS[2]	2004	80% de la razón entre medicamento dispensado y el empleado	-	52-74%	Global (metanálisis)
Menéndez et al[17].	2004	Conteo de comprimidos en consultorio	236	88,5%	España
Ingaramo et al[3]	2005	Cuestionario Morisky Green	1784	48,15%	Argentina
Martínez[14]	2007	Toma entre el 80 – 100% del medicamento el día anterior y el de la visita a la misma hora	93	20,43%	Ecuador
Ferrera et al[24].	2010	Morisky - Green	79	65,82%	Argentina
Naderi et al[13]	2012	Cumplimiento del 75% de la última prescripción	376162	57%	Global (Metanálisis)
Aid[25]	2015	Morisky - green	204	39,7%	Paraguay
Jumbo	2015	Morisky – Green	41	51,2%	Ecuador

		Conteo de tabletas en el domicilio		56,1%	

Fuente: Varios autores

Elaboración: Autor

Según se puede observar en la tabla, a pesar de los diferentes métodos empleados y la alta variabilidad de muestras y regiones, los niveles de adherencia farmacológica no son muy altos, el cuestionario de Morisky - Green sigue siendo un método muy utilizado, debido a su facilidad de aplicación y la probabilidad de estimación de cumplidores o no cumplidores, especialmente a largo plazo, mientras que los otros métodos evalúan el cumplimiento farmacológico dentro de un periodo bastante especifico de tiempo (meses o desde la última visita), en cuanto a los resultados obtenidos en el estudio se demostró que los resultados tanto del Cuestionario de Morisky Green como el del conteo de tabletas directamente en el domicilio alcanzaron niveles similares de cumplimiento terapéutico tanto entre sí como con los valores obtenidos en otros estudios, lo cual indica que ambos métodos podrían ser utilizados, de manera individual o complementaria en la búsqueda de determinar la falta de adherencia a la toma de medicamentos.

Apoyo familiar y cumplimiento farmacológico

Al determinar si existía una relación del apoyo familiar con la adherencia farmacológica de los pacientes, se estimó la relación que existía entre los resultados obtenidos por el cuestionario de Morisky – Green y el conteo de tabletas en el domicilio, La satisfacción familiar fue estimada en un 90,3% como suficiente (sumando las 2 opciones normal y alta) entre los pacientes encuestados, la Escala de Satisfacción familiar por Adjetivos (ESFA) fue bien aceptado en términos de tiempo de aplicación y comprensión de los adjetivos en las personas entrevistadas, además de mostrar niveles altos de fiabilidad (0.922); al ser relacionado con la adherencia a la toma de medicamentos, se encontró que a través de la adherencia medida con el cuestionario de Morisky Green, se encontró en efecto que un bajo nivel de satisfacción familiar estaba asociado a una menor adherencia a cumplir las indicaciones en cuanto a la toma de medicamentos (RP= 2,313, IC 95%=1,599 – 3,345), lo cual corrobora estudios como el de Marín et al. Quienes encontraron una asociación positiva entre el apoyo familiar y el cumplimiento farmacológico (OR= 6,9, IC 95%= 2,3 – 21,1)[19], Menéndez et al. también indica que una baja adherencia farmacológica está asociado a variables como una falta de apoyo social o familias disfuncionales, claro que se debe tomar en consideración otras dimensiones de la adherencia terapéutica, sin embargo de las descritas, se debe enfatizar que al haber un buen apoyo social y/o familiar, se encuentran mejoras en algunos aspectos de la adherencia como, por ejemplo lo reportado por Menéndez et al. quien encontró que una mayor red y apoyo social estaba asociado a menores niveles de tensión arterial[16]. Herrera igualmente

encontró una relación moderadamente positiva entre los factores socioeconómicos y el cumplimiento farmacológico[18], en los resultados obtenidos en el estudio así mismo se encontró una relación levemente positiva, sin embargo no se estableció que tenga significancia estadística (p=073), lo cual nos indica que es una relación muy débil para considerar que la satisfacción familiar sola pueda influir en la adherencia farmacológica, Herrera así mismo describe que otros factores como los asociados al proveedor de salud o al tipo de tratamiento presentan mayor influencia (correlación moderada a fuerte) al momento de evaluar el cumplimiento, al comparar la satisfacción con el conteo de tabletas se estableció que no presenta relación, ni significancia estadística, esto podría deber a que a pesar de realizar el mismo conteo dentro del domicilio esperando evitar errores o simulaciones por parte del paciente, también puede resultar en la suma por ejemplo de varias entregas de medicamentos, recepción de nuevas dosis en otras casas asistenciales o compra de los mismos, lo cual nos llevaría a sobreestimar el cumplimiento farmacológico, además recordemos que la principal limitante de este método es que solo nos permite evaluar el cumplimiento reciente, estas variaciones podrían causar alteraciones al tratar de establecer su relación con la satisfacción familiar, tanto su OR= 1,313 IC 95% (0,17 – 10,35) como su RP= 1,16 IC 95%= 0,41 – 3,29) no indicaron relación estadísticamente significativa..

Conclusiones

- Se logró determinar que la adherencia farmacológica en los pacientes estudiados se halla en valores estimados a nivel mundial, lo cual indica que se continua con una deuda en cuanto a mejorar este objetivo en las organizaciones, sistemas y personal de salud, quienes debemos estar especialmente orientados a reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad por las diferentes complicaciones asociadas a la hipertensión a través de una mejora en la adherencia.
- Se pudo establecer que la mayoría de los pacientes tienen niveles normales o altos de satisfacción familiar, lo cual podría considerarse como un buen punto de partida para el trabajo conjunto entre el personal de salud y las redes sociales y familiares de apoyo en la búsqueda de disminuir complicaciones debidas a un inadecuado control de la hipertensión arterial de los pacientes.
- Se logró determinar que la satisfacción o apoyo familiar en el paciente hipertenso tiene relación con la adherencia terapéutica, factor que puede ser ampliamente explotado para la mejora de otras dimensiones de la adherencia y el control de la enfermedad.

Limitantes del estudio

- Se reconoce que este estudio presentó limitantes en cuanto a la obtención de la muestra ya que gran parte de la base de datos existente en la unidad de salud tuvo que ser excluida del estudio por no acudir a recibir tratamiento en los últimos 3 meses,

- sin significar que sea por si sola considerada como incumplimiento, ya que al existir otros componentes del sistema de salud (seguros públicos, privados, comerciales), no se puede realizar un seguimiento adecuado, por descoordinación entre los diferentes subsistemas para la obtención fiable de información en cuanto a la cantidad, tipo y frecuencia de recepción de medicamentos.
- Si bien otros aspectos de la dimensión socioeconómica quedan cubiertos por la unidad (por ejemplo, acceso a servicios y cero costos de medicamentos) es necesario evaluar los otros elementos y dimensiones que involucran la adherencia terapéutica.
- La escala de Satisfacción familiar por adjetivos es un elemento de fácil aplicación, aunque presento ciertas limitantes o confusiones de términos en algunos de los participantes, además de obtener resultados por adjetivos y ser establecidos dentro de una escala de varios grados, los cuales tuvieron que ser recodificados, lo cual podría haber creado sesgos en los resultados de la investigación.
- Queda pendiente una evaluación más detallada de otros aspectos de la adherencia terapéutica en Hipertensión Arterial, entendida desde todos sus componentes descritos en el concepto de la OMS, y no solo la toma de medicamentos.

Recomendaciones

-
- Se recomienda continuar con el uso de la escala de Morisky – Green, ya que demostró una fácil aplicabilidad, especialmente en investigaciones a nivel de atención primaria, donde es difícil poder homologar una sola herramienta a varios contextos socioculturales.
- A pesar de que la escala de satisfacción familiar por adjetivos pudo ser utilizada para el estudio, se recomienda la adaptación previa a contextos socioculturales más diversos, mediante la simplificación de términos o su reemplazo.
- Se recomienda para posteriores investigaciones, el desarrollo o la búsqueda de una herramienta que permita de manera más fiable determinar la influencia, no solo de uno, sino más factores en todas las dimensiones que engloban la adherencia.
- Se espera que a partir de resultados obtenidos de este estudios, se tome conciencia sobre el problema que puede representar la falta de adherencia, motive al personal, no solo de esta unidad, sino a nivel de todo el nivel de atención primaria de nuestro país a no solo prescribir, sino a conversar, trabajar junto con el paciente y su familia en el entendimiento, aceptación y empoderamiento de su enfermedad para que de manera autónoma, libre y entusiasta, tanto el paciente como su familia busque un adecuado control de su hipertensión arterial.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo [Internet]. 2013 [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.nutrinfo.com/biblioteca/libros_digitales/hipertension_oms.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004 [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3176571

3. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol [Internet]. 2005;34(1):104–11. [citado 20 de Julio de 2015]. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf

4. Varela MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensam Psicológico [Internet]. 2010 [citado 21 de julio de 2015];7(14). Disponible en: http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/137

5. Go AS, Bauman MA, Coleman King SM, Fonarow GC, Lawrence W, Williams KA, et al. An Effective Approach to High Blood Pressure Control. J Am Coll Cardiol. [Internet] abril de 2014;[citado 21 de julio de 2015] 63(12):1230-8. Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109713060774

6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension [Internet]. 1 de diciembre de 2003 [citado 26 de junio de 2015];42(6):1206-52. Disponible en: http://hyper.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2

7. de Hernández MJ, Padilla MC, Hernández RH. La hipertensión en Latinoamérica. Rev Latinoam Hipertens. [Internet]. 2006 [citado 31 de octubre de 2015];1(1):10–17. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Hernandez-Hernandez/publication/237026004_La_hipertensin_en_Latinoamrica/links/0c96053b69423b5d33000000.pdf

8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Presentacion de los principales resultados ENSANUT.pdf [Internet]. [citado 31 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf

9. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. [Internet]. 2009 [citado 15 de diciembre de 2015];41(6):342–348. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001504

10. López M, Estévez M. Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: variables moduladoras. An Psicol. [Internet]. 1995 [citado 15 de diciembre de 2015];11(1):63–75. Disponible en: http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/29861/29071

11. Rodríguez T., Román J. Estructura Familiar y Satisfacción Parental: Propuestas para la Intervención. Acciones E Investig Soc. [Internet]. 2006 [citado 22 de agosto de 2015] (1):455. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002459

12. Quintanilla GT, Sotomayor M, Hernández OM, Peralta PC, Domingo MM, Roque AH, et al. Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. Salud Ment. [Internet] 2013 [citado 22 de agosto de 2015];36(5):381–386. Disponible en: http://scielo.unam.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a5.pdf

13. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients. Am J Med. [Internet]. septiembre de 2012 [citado 30 de septiembre de 2015];125(9):882-887.e1. Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934312000186.

14. Martínez F. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos del Hospital« José Carrasco Arteaga» del IESS. Cuenca 2007. 2010 [citado 29 de noviembre de 2015]; Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19998

15. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ Psychol. [Internet] 2006 [citado 20 de agosto de 2015];5(3):535–547. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.

16. Menéndez C, Montes A, Gamarra T, Núñez C, Alonso A, Buján S. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Aten Primaria.[Internet]. 2003 [citado 20 de agosto de 2015];31(8):506–513. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707240

17. Menéndez C, Alonso A, Gamarra T, Nuñez C, Nieto MJ, Méndez E. Influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. Cad Aten Primaria [Internet]. 2004 [citado 20 de agosto de 2015];(11). Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/03A_Orixinais_N11_3.pdf

18. Herrera E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av En Enferm. [Internet]. 2012 [citado 16 de septiembre de 2015];XXX(2):67-75. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/36533/2/37352-165430-1-PB.pdf

19. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública México. [Internet]. 2001 [citado 22 de Agosto de 2015];43(4):336–339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010

20. Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. [Internet]. 2008 [citado 20 de julio de 2015];40(8):413-7. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407

21. García A, Leiva F, Martos F, García A, Prados D, Sánchez de la Cuesta F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Med Fam. [Internet]. 2000 [citado 30 de septiembre de 2015];1(1):13-9. Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf

22. Barraca J, Yarto LL, Olea J. Psychometric Properties of a New Family Life Satisfaction Scale. Eur J Psychol Assess. [Internet]. mayo de 2000 [citado 15 de agosto de 2015];16(2):98-106. Disponible en: http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027//1015-5759.16.2.98.

23. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults:

Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA [Internet]. 5 de febrero de 2014 [citado 3 de marzo de 2016];311(5):507. Disponible en: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284427.

24. Ferrera N, Moine D, Yáñez D. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. Rev Fed Arg Cardiol Rev En Internet. 2010 [citado 10 de noviembre de 2015];39(3):194–203. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/revista/10v39n3/art_orig/arorig02/ferrera.pdf

25. Jorge Aid Kunert. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna. [Internet]. 12 de octubre de 2015 [citado 10 de Enero de 2016];2(2):43-51. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932015000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PROYECTO DE INVESTIGACION

"SATISFACCION FAMILIAR DEL PACIENTE HIPERTENSO Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr (a).

La presente tiene por motivo el invitarle a participar en el proyecto de Investigación "**SATISFACCION FAMILIAR DEL PACIENTE HIPERTENSO Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FAMACOLÓGICO**"**.**

Objetivos del estudio

El presente estudio tiene por objetivo el determinar su adherencia al tratamiento con fármacos a su problema de salud (Hipertensión) y si esta puede verse afectada por su nivel de satisfacción o confort al estar en su hogar, con su familia (satisfacción familiar)

Descripción del estudio

El estudio consta de los siguientes pasos:

1. Selección de los participantes: Los cuales serán invitados a participar mediante este documento, su participación es muy importante, aunque no es obligatoria, su aceptación a ser parte de este estudio tiene que ser voluntaria.
2. Revisión de su historial clínico: De donde se obtendrán de manera confidencial datos sobre usted, como edad, lugar de residencia, tipo de medicamento que toma, última visita y medicación recibida, etc. La cual es necesaria para poder realizar el estudio.
3. Visita domiciliaria: Parte del estudio consiste en realizar una visita a su hogar en donde:
    - Se llenarán formularios donde se recogerán datos respecto a la toma de medicamentos y su nivel de satisfacción familiar, se estima que la entrevista no tomará más de 20 minutos.
    - Se realizará un conteo de las últimas tabletas prescritas dentro de la unidad.

Riesgos:

NO existen riesgos para su salud en el presente estudio.

Beneficios

Mediante este estudio usted nos permitirá conocer los niveles de adherencia a la toma de medicamentos que existen en los pacientes de nuestra unidad y de manera indirecta percibir el apoyo que le brinda su familia en el control de su problema de salud, esperamos que con estos resultados se puedan diseñar estrategias dentro de la comunidad que nos permita mejorar o mantener una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, entre otras medidas que le permitirán tener control sobre su enfermedad.

Confidencialidad

Los datos y resultados de la investigación no incluirán datos personales como nombres o apellidos, y el acceso será solo para los investigadores y asesores. Si alguno de los resultados en este estudio es publicado no se incluirán información personal de los participantes.

Derechos e información acerca de su consentimiento

Usted no tiene obligación de participar en este estudio, su participación debe ser voluntaria. Usted no perderá nada si decide no participar. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, si así lo decide, previa notificación al personal de investigación.

Yo,……., con C.I…… e Historia Clínica N°……., luego de haber leído y entendido el contenido de la presente, expreso que:

☐ Si deseo ☐ No deseo participar en el estudio.

_____ _____

Firma del paciente. Fecha

_____

Firma del responsable

Anexo 2: Formulario de entrevista para el paciente en el domicilio

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PROYECTO DE INVESTIGACION

"SATISFACCION FAMILIAR DEL PACIENTE HIPERTENSO Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FAMACOLÓGICO"

Formulario de Evaluación N°_____

Fecha de llenado: _____

Historia Clínica N°_____ C.I._____

Edad (años cumplidos):_____

Talla: _____ cm Peso: _____ Kg IMC: _____Kg/m^2 Tensión arterial: ____/_____

1. **Conteo directo de tabletas**

Medicamento: _____ _____ _____

Fecha de la última prescripción: _____ Cantidad prescrita:_____

Cumple a la fecha: ☐ Si ☐ Sobran ☐ Faltan

Observaciones:
_____
_____
_____

2. **Cuestionario de MORISKY – GREEN**:

a. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento? ☐ Sí ☐ No
b. ¿Olvida tomar el medicamento a la hora adecuada? ☐ Si ☐ No
c. Cuando se encuentra bien:
   ¿Deja de tomar alguna vez el medicamento? ☐ Sí ☐ No
d. Si se siente mal:
   ¿Deja de tomar la medicación? ☐ Si ☐ No

Puntaje: ____/4 Cumple con el tratamiento: ☐Si ☐No

_____
Firma del Responsable

Anexo 3: Escala de Satisfacción familiar por adjetivos (ESFA)

3. ESCALA DE SATISFACCION FAMILIAR POR ADJETIVOS (ESFA).:

En la siguiente página encontrara una lista de pares de palabras separadas por seis casillas. Fíjese en cada una de ellas y piense cuál de las 2 palabras describe mejor su situación en respuesta a la frase: "CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA MAS BIEN ME SIENTO…". Una vez que haya elegido la palabra, valore el grado que alcanza en su caso (Totalmente, bastante o algo) y ponga (tache) una X en la casilla que corresponda:

Ejemplo:

CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA MAS BIEN ME SIENTO…

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ					X		INFELIZ	1

Quien ha contestado de este modo indica que más bien se siente BASTANTE INFELIZ cuando esta con su familia.

IMPORTANTE

- Conteste todos los pares de palabras y no ponga más de una señal de X en cada línea
- Recuerde que antes de cada palabra debe pensar en la frase:

CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA MAS BIEN ME SIENTO…

FORMULARIO N°_____ FECHA DE LLENADO:_____

CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA MAS BIEN ME SIENTO…

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADA							ACOMPAÑADA	2
3	JOVIAL							MALHUMORADA	3
4	RECONFORTADA							DESCONSOLADA	4
5	CRITICADA							APOYADA	5
6	SOSEGADA							DESASOSEGADA	6
7	DESCONTENTA							CONTENTA	7
8	INSEGURA							SEGURA	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHA							INSATISFECHA	10
11	COHIBIDA							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADA							ANIMADA	12
13	ENTENDIDA							MALINTERPRETADA	13
14	INCOMODA							COMODA	14
15	ATOSIGADA							ALIVIADA	15
16	INVADIDA							RESPETADA	16
17	RELAJADA							TENSA	17
18	MARGINADA							INTEGRADA	18
19	AGITADA							SERENA	19
20	TRANQUILA							NERVIOSA	20
21	ATACADA							DEFENDIDA	21
22	DICHOSA							DESDICHADA	22
23	DESAHOGADA							AGOBIADA	23
24	COMPRENDIDA							INCOMPRENDIDA	24
25	DISTANTE							CERCANA	25

26	ESTIMULADA							REPRIMIDA	26
27	MAL							BIEN	27

Para uso del Investigador NO LLENAR

Puntuación total: _____

Nivel de Satisfacción:_____

FIRMA DEL PACIENTE_____

FIRMA DEL RESPONSABLE_____

Tabla 7: Distribución de los participantes del estudio, según sexo

Sexo	Frecuencia	%
HOMBRE	15	36,6
MUJER	26	63,4
Total	41	100,0

Fuente: Entrevistas de campo
Elaboración: Autor

Tabla 8: Distribución de los pacientes hipertensos participantes según grupos de Edad (años cumplidos)

Grupos de edad	Frecuencia	%
<= 30	1	2,4
31 - 41	3	7,3
42 - 52	5	12,2
53 - 63	7	17,1
64 - 74	11	26,8
75 - 85	12	29,3
86+	2	4,9
Total	41	100,0

Fuente: Entrevistas de campo
Elaboración: Autor

Tabla 9: : Distribución de los grupos farmacológicos prescritos a los pacientes hipertensos participantes.

Grupos Farmacológico	Frecuencia	%
IECAS	13	31,7
ARA II	20	48,8
Ca Antagonistas	4	9,8
Combinaciones	4	9,8
Total	41	100,0

Fuente: Entrevistas de campo
Autor: Autor

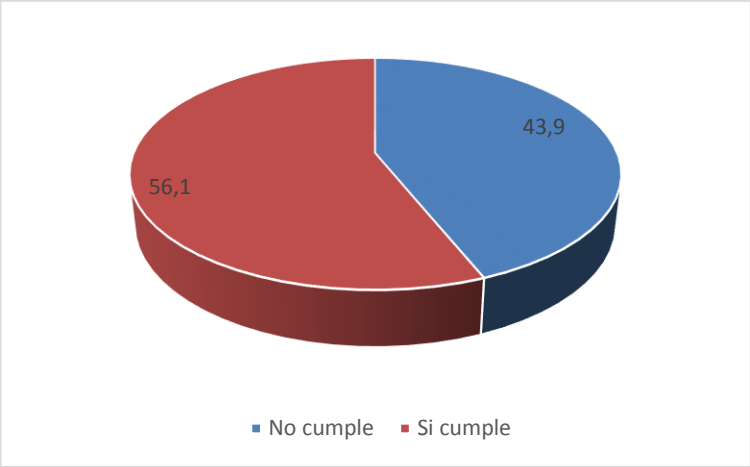

Figura 5: Cumplimiento del tratamiento farmacológico según el conteo directo de tabletas en el domicilio.

Fuente: Entrevistas de campo
Elaboración: Autor

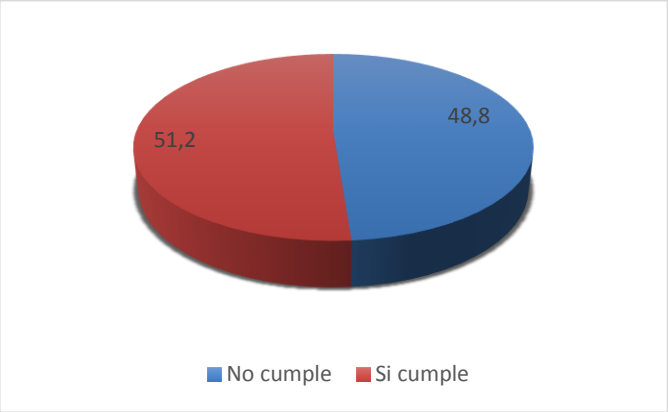

Figura 6: Nivel de cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos según el Cuestionario de Morisky – Green.

Fuente: Entrevistas de campo
Autor: Autor

Tabla 10: Niveles de Satisfacción Familiar de los pacientes hipertensos según la Encuesta de Satisfacción familiar por adjetivos (ESFA).

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)		Frecuencia	Porcentaje (%)
Niveles de Satisfacción	BAJA	4	9,8
	MEDIA	33	80,5
	ALTA	4	9,8
	Total	41	100,0

Fuente: Entrevistas de campo
Elaboración: Autor