

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**ADHERENCIA FAMILIAR PARA EL CUMPLIMIENTO DE
LA TERAPEUTICA FARMACOLOGICA EN PACIENTES
HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL
CEBOLLAR “BELLAVISTA”. CUENCA – 2011.**

Tesis previa a la obtención del
Título de Especialista en Medicina Familiar.

Director: Dr. José Sola Villena.

Autoras: Dr. David Tenemaza A.
Dr. Pablo Tenesaca G.

**Cuenca - Ecuador
2011**

RESPONSABILIDAD.

Los criterios expuestos en la presente investigación son de absoluta responsabilidad de los autores.

AGRADECIMIENTO.

Al los Doctores José Sola y Alberto Quezada, que con sus valiosas aportaciones hicieron posible la realización del presente trabajo.

A Pedro, Lucy y a nuestros tutores que impartieron sus valiosos conocimientos, útiles para alcanzar esta meta tan importante en nuestras vidas.

A todos/as los/as pacientes del Club Luz y Vida del Subcentro de Salud de el Cebollar, ya que sin ellos/as no hubiera sido posible la realización del presente *estudio*.

Los autores.

DEDICATORIA.

A mis padres, que con paciencia y cariño, supieron brindarme apoyo y comprensión, a mis dos mujeres Gabriela y Sthepany que han sido siempre mi soporte y mi energía para conseguir este nuevo triunfo en mi vida, sin olvidarme de Dios que ha guiado mi camino

DR PABLO TENESACA.

A todo ese grupo de personas, las más importantes y presentes en todo momento a lo largo de mi vida, MI FAMILIA. Y en especial a aquel ser que aunque no esté presente físicamente supo con sus enseñanzas guiarme en todo momento.

DR. DAVID TENEMAZA A.

INDICE

Pags.

CONTENIDO

Resumen 3

CAPITULO I

1. Introducción 5

CAPITULO II.

2. Planteamiento del problema 8

2.1 Justificación 9

CAPITULO III.

3. Marco teórico 10

3.1. Hipertensión Arterial en el adulto mayor 10

3.2. Clasificación de la HTA en el adulto mayor 11

3.3. Epidemiología 12

3.4. Diagnóstico 13

3.5. Manejo 14

3.6. Falta de adherencia al tratamiento 18

3.7. Adherencia Terapéutica 28

3.8. Apoyo Familiar 30

CAPITULO IV.

4. Hipótesis 31

4.1. Objetivos 31

4.2. General 31

4.3. Específicos	31
CAPITULO V.	
5. Variables de Interés y sus Correspondientes Indicadores	32
5.1. Definiciones Claves	32
5.2. Alcances y Limites de la Investigación	32
5.3. Diseño de la Investigación	32
5.4. Universo y Muestra	32
CAPITULO VI.	
6. Resultados y análisis	33
CAPITULO VII.	
7. Discusión	51
7.1. Conclusiones	55
7.2. Recomendaciones	56
CAPITULO VIII.	
8. Bibliografía	57
CAPITULO IX.	
9. Anexos	62

RESUMEN

Objetivo. La presente investigación fue evaluar la influencia familiar para el cumplimiento de la terapéutica farmacológica de los pacientes de la tercera edad del club de Hipertensos del Subcentro de Salud de el Cebollar "Bellavista" Cuenca . 2011.

Material y método. Se realizó un estudio transversal con un Universo-muestra de 37 pacientes mayores de edad, luego de una primera evaluación, en el dispensario médico, los pacientes fueron objeto de una visita domiciliaria posterior donde se les aplicó un cuestionario validado para la evaluación del apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la enfermedad.

RESULTADOS.

La falta de apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento farmacológico en este estudio fue del 39.1%, la no adherencia para el tratamiento farmacológico fue del 27.4 % y el no cumplimiento de la dieta del enfermo hipertenso fue del 25.2%.

CONCLUSION.

Los pacientes hipertensos mayores de edad del Subcentro de Salud de el Cebollar Bellavista no tienen en su mayoría un buen apoyo familiar para cumplir a cabalidad con el tratamiento prescrito, pero por iniciativa propia, cumplen con el tratamiento farmacológico. En cuanto a la dieta la mayoría conocen su tipo de dieta pero no cumplen.

Palabras claves. Hipertensión arterial, apoyo familiar, visita domiciliaria, adherencia terapéutica, prevalencia.

ABSTRACT

Objective. This research investigation was to evaluate the family influence for the execution of the pharmacological therapy of the patients of the club of Hipertensive of the sub-center of Health of 2011.

Material and method. He/she was carried out a traverse study with an it Universe-shows of 37 patients, after a first evaluation, in the medical clinic, the patients were object of a later domiciliary visit where they were applied a questionnaire validated for the evaluation of the family support for the execution of the pharmacological treatment of the illness.

RESULTS. The not family adherence for the execution of the pharmacological treatment in this study was of 39.1%, the not pharmacological execution was of 27.4% and the execution of the sick person's hipertensive diet was of 25.2%.

CONCLUSION. The patient hipertensive of the Sub-center of Health of the Cebollar Bellavista doesn't have a good support relative to fulfill to comply full the outlawed treatment, but for own initiative fulfills the pharmacological treatment. As for the diet most knows their diet type but they don't complete.

Words key. Arterial hypertension, I support family, it visits domiciliary, therapeutic adherence, prevalence.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La Hipertensión arterial constituye un importante factor de riesgo asociado a la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardíacas; además del efecto nocivo sobre otros órganos como el riñón y la retina. En términos de morbilidad y mortalidad entre las consecuencias de falta de adherencia al tratamiento tenemos 4 veces mayor riesgo de cardiopatía isquémica, 2 a 3 veces mayor riesgo cardiovascular, 8 veces mayor incidencia de ACV y 40% de IAM o ACV son atribuibles a HTA. (Farreras et.al, 2004:562)

La adherencia terapéutica, es conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria."(OMS,2003).

Estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados, es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos.

Diferentes estudios no sólo recientes sino desde años atrás, también han demostrado la efectividad de los programas de intervención para el manejo de la hipertensión arterial esencial y de otras enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, cáncer y la diabetes, a través de la adherencia al tratamiento, lo cual reafirma que la responsabilidad y cuidado por la salud es posible a través de dicha conducta.

La investigación sobre la adherencia terapéutica en los ancianos fue declarada de interés prioritario en la década de los noventa. Sin embargo, en una revisión, sobre artículos originales de incumplimiento terapéutico publicados en España en un período de 30 años (1970-2000), sólo dos analizaban el cumplimiento en los ancianos; lo que da idea de la poca sensibilidad que se tiene sobre el tema.(Medicine,2005:45)

Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no realizan correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario.

La prevalencia del incumplimiento terapéutico en la HTA, según los diferentes estudios oscilan entre el 7,1 y el 66,2 %.

Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población, la misma que va aumentando a partir de 65 y más años, por tanto el fenómeno del envejecimiento, tanto en el ámbito individual como poblacional, es un tema que ha sido tratado en foros mundiales en los cuales se ha dado directrices y políticas, que constituyen valiosos insumos técnicos para nuestro país.

La población de adultos mayores de 65 años, según el censo del 2001 es de 645.191. para el año 2005 la población de adultos mayores, proyectada del Censo 2001 del INEC, es de 752.154. Para el año 2010 se estima que la población de 896.407.(INEC,2001)

Según el INEC en 2006 la hipertensión arterial esencial, ocupaba la cuarta causa de morbilidad en el adulto mayor.

La prevalencia de hipertensión arterial en el Ecuador para 1999 fue del 28,7 % ; los cambios en los estilos de vida de los ecuatorianos posiblemente deben haber incrementado esta cifra. Los ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento de la hipertensión leve a moderada puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular de 30 a 43% y de infarto del miocardio 15%. Los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre 50 y 70%; en los países en desarrollo. La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, entre los que se encuentra el Ecuador, se considera que las tasas son aun menores.

En una revisión realizada, algunos estudios encuentran que entre el 5 y el 20 % de recetas prescritas no son retiradas de la farmacia. En el mantenimiento de modificaciones al estilo de vida, ejercicio físico, dieta, la falta de adherencia es superior al 70 %; la falta de seguimiento de las revisiones periódicas está entre el 10 y el 60 %; sobre toma de fármacos, las cifras superan el 20 % y en algunos casos llegan al 70 %. En sujetos mayores de 65 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos condiciona un porcentaje importante de ingresos hospitalarios e incrementa el coste sanitario, que en países como Canadá se estima excede los 3,5 billones de dólares. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas, clínicas y económicas, un tema prioritario de salud pública.

Vergel y otros en una investigación realizada en dos municipios de Ciudad de La Habana; los mejores resultados en cuanto a la adherencia terapéutica completa los obtienen los jubilados con un 40,7 %, seguido de las amas de casa con un 31,5; mientras que entre los que cumplen de manera incompleta predominan las personas trabajadoras, con un 44,9%; concluyen que la frecuencia de la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en los consultorios estudiados es relativamente baja, sobre todo en los pacientes de sexo masculino, en los menores de 60 años y en personas con vínculo laboral.

Con este análisis del sector es necesario que se dictaminen **POLÍTICAS PUBLICAS** en salud para los adultos mayores, que permita concienciar al Estado, **a la familia** y a la sociedad, sobre la necesidad de apoyar a este sector de la población ecuatoriana en su proceso de integración, reconocimiento y respeto de sus derechos, sobre la base de los principios de solidaridad y equidad (OPS 2004).

CAPITULO II

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años se ha desarrollado un completo arsenal terapéutico de eficacia demostrada, para los pacientes hipertensos Sin embargo no se alcanzan los logros esperados del tratamiento de la hipertensión arterial. Las causas de esta situación son complejas, entre ellas un inadecuado nivel de control tensional, pero comparten como situación última algunas formas de incumplimiento terapéutico que puede oscilar entre el desconocimiento completo de la enfermedad al olvido de las tomas de medicación. Todos los autores coinciden en reconocer al incumplimiento como uno de los grandes desafíos en el tratamiento de la hipertensión arterial.

En cuanto a los factores que aparecen como determinante de la adherencia terapéutica, hasta el momento se han perfilado cuatro grandes apartados: características de la enfermedad, interacción con el profesional sanitario, características del régimen terapéutico y variables psicológicas y socio-económicas.

Con lo citado anteriormente, dentro del presente estudio cabe la pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de no adherencia familiar para el no cumplimiento de la terapéutica farmacológica en los/as pacientes hipertensos que se atienden en el subcentro de Salud de el Cebollar “Bellavista” del Ministerio de Salud.

Aquellas en las que se consulta a pacientes o cuidadores, como el cuestionario a pacientes o cuidadores, o la petición de diario de pacientes, son sencillas, pero tienen el inconveniente de que los pacientes pueden alterar la información.

El recuento de comprimidos o recetas son objetivos pero pueden ser alterados por los pacientes. La evaluación de la respuesta clínica o medición de marcadores fisiológicos pueden verse modificada por otras variables intervinientes. Los monitores electrónicos son caros y tampoco garantizan la toma de la medicación.

2.1 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

Ubicación

Nuestro estudio se llevará a cabo con los pacientes de la tercera edad de la comunidad del Bellavista, durante el período Julio 2010 a Julio 2011; la mayoría de ellos pertenece a la clase media de la región urbano-marginal de Cuenca, todos ellos cuentan con los servicios básicos de infraestructura sanitaria y en su gran mayoría son católicos.

Importancia de la Investigación

Como médicos de familia nuestra visión no solo se enmarca en diagnosticar una enfermedad y emitir una receta, debemos ser capaces de comprender el real impacto que ella produce en todos los ámbitos de nuestros pacientes, concibiendo a la familia como un sistema el cual se ve alterado en su conjunto biopsicosocial.

Propósito de la Investigación

Nuestro estudio se ha centrado en la identificación de los factores, pero específicamente en el **factor apoyo familiar** que desempeñan como moduladores de la adherencia para el buen cumplimiento de la terapéutica farmacológica de esta clase de pacientes, de acuerdo con la información que el propio paciente suministre. Además este estudio desempeñará un papel fundamental en el establecimiento de las estrategias más adecuadas en la consecución del objetivo final: mejorar el apoyo familiar para una mejor adhesión de los pacientes de la tercera edad al tratamiento integral antihipertensivo desde la visión del médico familiar.

CAPITULO III

3. MARCO TEÓRICO

3.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica o diastólica. (Farreras, y Rozman, 2004: 769)

En sus fases tempranas la hipertensión arterial tiene una sintomatología muy pobre por lo cual se la ha llamado el “asesino silencioso”, los síntomas clásicos a ella atribuida tales, como cefalea, epistaxis y tinnitus no son más frecuentes en los hipertensos que en los normotensos. Con frecuencia la hipertensión es diagnosticada en visitas médicas de rutina. A medida que la enfermedad avanza suelen aparecer los signos y síntomas producidos por sus complicaciones más que por los niveles de presión arterial(Chalem, et al,1986)

Hipertensión en el adulto mayor.

La prevalencia de hipertensión en personas de o mayores a 60 años es alrededor del 60%. Estos con frecuencia presentan una hipertensión sistólica aislada o de gran predominio sistólico (elevación de la presión del pulso), debido a la pérdida de elasticidad de los vasos. En estas edades la presión arterial sistólica es el mejor predictor de riesgo de coronariopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ACV, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular y mortalidad total que la presión diastólica, y su tratamiento se asocia a un descenso del 27% de infarto de miocardio y del 36% de ACV. El inicio súbito de hipertensión a estas edades sugiere la presencia de hipertensión vasculorrenal de origen arterioesclerótico.

El tratamiento debe ser menos agresivo, con descensos más paulatinos, y nunca a de comprometer el flujo sanguíneo de los órganos vitales. Por lo expuesto, en el tratamiento en estos pacientes se debe tener en cuenta algunas consideraciones: a) la hipertensión sensible a la sal es más frecuente; b) a esta edad hay una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores que explica la facilidad con que se induce hipotensión ortostática; c) el aclaramiento hepático y renal de los fármacos está reducido; d) la colaboración del paciente puede ser escasa, por lo que se debe evitar las dosis frecuentes y

el número excesivo de comprimidos; e) con frecuencia la hipertensión es resistente al tratamiento; f) el número o la intensidad de los efectos secundarios es superior al de los de un adulto joven, y g) la variabilidad de la presión sistólica es excesiva y el fenómeno de Bata blanca es muy prevalente. Está especialmente indicado iniciar el tratamiento con medidas no farmacológicas. Todos los fármacos han demostrado su eficacia para reducir la presión arterial en pacientes de edad avanzada. Esta reducción debe conseguirse de forma lenta (semanas o meses), evitando al máximo los efectos indeseables de los fármacos utilizados. . (Farreras, y Rozman, 2004: 805)

3.2. CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION EN EL ANCIANO

Debe considerarse que la clasificación de la hipertensión arterial en el anciano es similar a la aplicada a las poblaciones más jóvenes: Joint National Committee. (The Six Report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VI). Arch intern Med 1.997; 157: 2.413-46.)

Presión arterial óptima	< 120/ 80 mm Hg
Presión arterial normal	120-129/ 80-84 mm Hg
Presión arterial normal alta	130-139/ 85-89 mm Hg
HTA ligera	140-159/ 90-99 mm Hg
HTA moderada	160-179/ 100-109 mm Hg
HTA severa	> 180/ 110 mm Hg

La forma más característica en el anciano es la hipertensión sistólica aislada, respondiendo al 60- 70% de los casos. Esta hipertensión sistólica aislada puede definirse como aquella que se presenta con cifras tensionales sistólicas de 140 mm Hg o más y con una diastólica igual o menor a 90 mm Hg. (Cecil-Loeb, 2006:1024)

3.3 Epidemiología.

Prevalencia.

Entre el 20% y el 25% de más de 18 años presenta hipertensión. La prevalencia aumenta con la edad, llegando a alcanzar cifras superiores al 50% entre los individuos de más de 65 años.

Edad y sexo.

Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo. La hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino. La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. El aumento de la presión arterial sistólica con la edad determina un incremento de la presión del pulso (presión diferencial) y justifica que la prevalencia de hipertensión sistólica aislada supere el 10% de la población mayor de 65 años.

Etnia.

La prevalencia de hipertensión entre la población negra es más elevada.

Herencia.

Hay una correlación significativa entre los familiares de primer grado y la prevalencia de hipertensión es superior entre los familiares de hipertensos. Se cree que los genes determinan un 40% las cifras de presión arterial.

Factores ambientales.

La exposición durante mucho tiempo a ambientes psicosociales adversos puede ser importante y originar hipertensión, independientemente del área rural o urbana

Factores dietéticos.

La mayoría de estudios demuestra una relación entre sobrepeso e hipertensión arterial. En cuanto a la ingesta de sal existe una relación menos potente que con el exceso de peso. (FARRERAS, Y ROZMAN,2004: 1124)

¿Cómo medimos la adherencia terapéutica?

Procedimientos directos:

- Observación directa de la terapia
- Medición de las concentraciones del medicamento o metabolito
- Medición de un marcador biológico añadido a la formulación del medicamento.

Suelen ser objetivos y precisos, pero caros, poco prácticos para el uso habitual y no están exentos de posible manipulación por el paciente

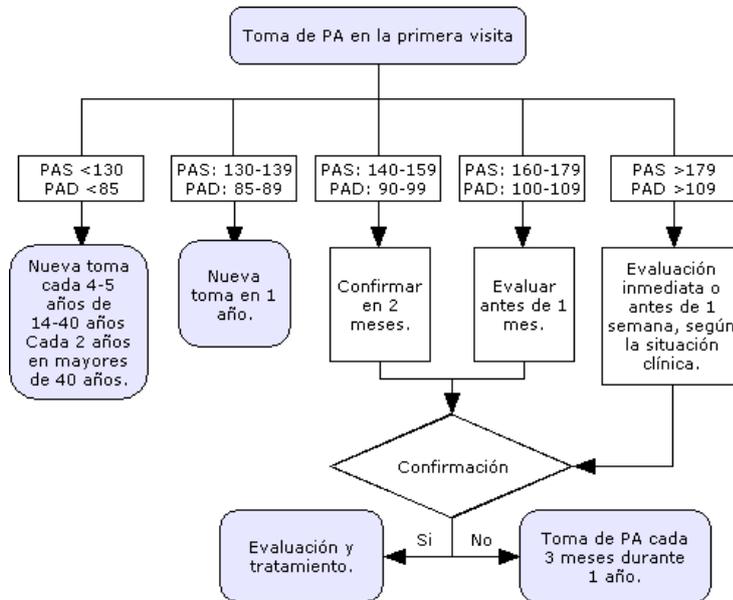
Procedimientos indirectos:

- Cuestionarios a pacientes
- Recuento de comprimidos
- Evaluación del reabastecimiento de recetas
- Evaluación de la respuesta clínica.
- Monitores electrónicos de medicación
- Medición de marcadores fisiológicos
- Diario de Pacientes.
- Cuestionarios para cuidadores

3.4 Diagnóstico

Actitud tras la toma inicial de la PA

Ante una toma aislada de PA, el VI Joint National Committee proponía la actuación a seguir Algoritmo (JNC 6, 1997). Cuando la PA es <130/85 mmHg, seguimos las recomendaciones del [Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud \(PAPPS\)](#) español (Villar F, 2005).



Fuente: JNC 6, 1997; Villar F, 2005

El plan de seguimiento puede modificarse según la información fiable disponible acerca de la medición anterior de la PA, otros factores de riesgo cardiovascular, o enfermedades de órganos diana (ESH-ESC, 2007).

Las pruebas de laboratorio básicas a realizar a todo paciente hipertenso pueden ser: glucemia, creatinina, colesterol total, y HDL, ácido úrico, potasemia, calcemia, hemograma y análisis de orina. CORDOVA R. (1994).

3.5 MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN

Debemos tener en cuenta dos objetivos:

1. Reducir los valores de la tensión arterial a niveles normales (menores de 140/90 mmHg) y Joint National Committee.
2. Disminuir o controlar los factores de riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, además de la hipertensión. (CHALEM, et al F, 1986)

Modificaciones del estilo de vida

Debe ser aplicada a todos los individuos hipertensos.

Restricción moderada de la sal en la dieta. (menos de 6g/día). Aunque en muchos pacientes la hipertensión no es sensible a los cambios de ingesta de sal, la dieta hiposódica potencia la acción de casi todos los fármacos antihipertensivos.

Reducción del peso si el índice de masa corporal es superior a 25 y/o el perímetro abdominal supera 102cm en los hombres u 88cm en las mujeres.

Limitar la ingesta de alcohol.

Realizar ejercicio físico regular (caminar 30-45 min. Diarios) al menos 4 días por semana.

Adoptar hábitos dietéticos que incluyan un mayor consumo de frutas y verduras, así como productos lácteos desnatados. Reducir la ingesta de carnes rojas, preferir carnes blancas.

Abandonar el hábito de fumar el cual aumenta el riesgo cardiovascular. Tratar los demás factores de riesgo (diabetes, dislipidemias, etc)

Tratamiento farmacológico

Las revisiones sistemáticas han encontrado que el tratamiento con fármacos antihipertensivos versus placebo disminuye el riesgo de accidentes cerebrovasculares fatales y no fatales, de eventos cardíacos y la mortalidad total en personas con HTA. Es preferible usar un solo medicamento - monoterapia - y una sola dosis - monodosis esto da comodidad y permite mayor adherencia al tratamiento y menor costo.

El primer paso o terapia inicial incluye dos tipos de drogas los diuréticos y los betabloqueadores. Los betabloqueadores pueden ser más útiles en pacientes con enfermedad coronaria porque disminuyen la incidencia de reinfarto en un 25%. Los diuréticos actúan mejor en pacientes mayores con tendencia a desarrollar edema o retención de sodio. Si la filtración glomerular es mayor de 30ml/min, el diurético de elección es la hidroclorotiazida (50-100mg7día). Si

existe insuficiencia renal con filtración menor a la anterior, se debe elegir un diurético de asa, siendo el principal la furosemida (40-600mg divididas en tres tomas orales diarias).

La asociación de diferentes fármacos en dosis bajas es una alternativa muy válida en el anciano ya que permite un mayor efecto antihipertensivo sin sumar efectos colaterales.

Los diuréticos tiazídicos en bajas dosis (hidroclorotiazida 12,5 mg) es un fármaco de eficacia indudable y a estas dosis se evitan los efectos metabólicos adversos. Constituyen una excelente asociación para otros fármacos antihipertensivo.

Si después de un período de 4 a 6 semanas a dosis plenas sin efectos secundarios severos no se ha logrado controlar la presión arterial se debe agregar una droga del grupo II. Si la droga de paso I fue un diurético, agregar un betabloqueador; si fue un betabloqueador se agrega un diurético. Los agentes bloqueadores de calcio han mostrado ser efectivos como drogas de paso II. Son más efectivos en pacientes de mayor edad (nifedipino 10 a 20 mg, vía oral tres veces al día).

El estudio INSIGHT demostró que la nifedipina de acción prolongada era tan efectiva y segura como los diuréticos en los hipertensos de alto riesgo, con menores efectos secundarios.

El estudio Syst- Eur mostró que la nitrendipina disminuía la morbilidad y mortalidad cardiovascular, así como el accidente vascular encefálico y la demencia. (Staessn 1997,Lancet ; 350: 757- 64.)

En caso de no normalizarse la presión con este régimen, se debe agregar un vasodilatador del grupo III (hidralazina, prazosín). El tratamiento de la hipertensión de formas moderadas a severas puede incluir la terapia triconjugada diurético + betabloqueador + hidralazina.

Los resultados de varios estudios y en especial el STOP- Hipertensión 2 coinciden en que la eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardiacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante

similar para los diuréticos, los beta bloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio e IECA. (Hansson L., et al 1999, Lanced 1.999;354: 1.751- 6).

Beneficios del tratamiento de la hipertensión en el anciano

En un meta análisis reciente de estudios de las últimas décadas, se comparó el número de eventos agudos sufridos por los pacientes portadores de HTA que recibieron tratamiento y el correspondiente a los que no la recibieron durante un periodo de 5 años.

En términos relativos se puede mencionar una reducción de ACV fatales y no fatales del orden del 36%, de los infarto agudo de miocardio (IAM) fatales y no fatales del 27%, de las enfermedades coronarias del 27% y de eventos cardiovasculares de todo tipo del 32% (JAMA 1.991; 265:3.255-3264.)

Educar al paciente y su familia

Es fundamental la participación y el compromiso del paciente y de su familia a través de la transferencia de responsabilidad. El médico debe invertir parte del tiempo de las consultas para educar al paciente acerca de las características de la enfermedad, sus implicancias, consecuencias del mal control y su manejo adecuado. La educación del paciente y su red de apoyo familiar y social es el instrumento para lograr mejores resultados y disminuir los costos vinculados con la mala adherencia al tratamiento. Las intervenciones incluyen:

Generar responsabilidad del paciente y de su familia en el desarrollo del plan terapéutico.

Remarcar la importancia de las modificaciones del estilo de vida.

Explicar los valores normales y anormales convenidos de TA.

Dar a conocer la naturaleza crónica y asintomática de la HTA y las serias consecuencias de la HTA no controlada.

Explicar los beneficios y efectos adversos de la medicación.

Dialogar acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento y al seguimiento crónico

3.6 FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se denomina 'falta de adherencia' a toda situación donde la medicación prescrita no es consumida de la forma en que el profesional de la salud la indicó. Entre las 'fallas' de la adherencia se encuentran situaciones como pacientes que no compran o no retiran su medicación, que olvidan una o múltiples dosis, que acortan o prolongan los tratamientos, y que toman la dosis incorrecta (en más o en menos). También se lo asocia con el consumo de medicamentos vencidos, o en mal estado, o incluso del medicamento incorrecto. Todo esto aumenta la morbilidad y mortalidad en la comunidad.

El 32.78% de los hipertensos españoles incluidos en los diferentes estudios deja de tomarse al menos 6 comprimidos mensuales. (RUBINSTEIN, 2007)

En una editorial reciente en el New England Journal of Medicine[i] se hace hincapié sobre este fenómeno. La estadística indica que hasta un 50% de los pacientes que reciben medicación tienen problemas con la adherencia. La no-adherencia afecta en forma directa sus vidas, reduciéndolas en tiempo y calidad. Es fuerte su impacto en el sistema de salud: estiman que en Estados Unidos la no-adherencia genera casi US\$1000 millones en gastos evitables. Para ilustrar esta estadística con un ejemplo, estiman que 89.000 personas mueren anualmente en Estados Unidos en forma prematura en relación directa con la no-adherencia al tratamiento hipertensivo.

El Dr. Bernard Vrijens y coautores, analizaron los datos de 4783 pacientes que tomaron parte de 21 estudios clínicos que están en fase IV, que comprendían periodos de observación entre 30 a 330 días y que utilizaban 43 drogas diferentes. Las drogas prescritas incluyen bloqueadores del receptor de la angiotensina II, bloqueadores de los canales de Calcio, Inhibidores de la convertidora de angiotensina, betabloqueadores y diuréticos.

Según el estudio, alrededor del 50% de los pacientes omitían un fármaco en el período de un año. Dentro de los pacientes comprometidos con el tratamiento, 10% presentaban alguna omisión del tratamiento. De estas, un 42% eran de un solo día y en el 43% eran parte de una secuencia de varios días.

Los autores finalizan concluyendo que los errores en las dosificaciones puede ser una causa común, que explique las bajas tasas de control de la hipertensión arterial y de la variabilidad en las respuestas a fármacos antihipertensivos prescritos. Lo principal para lograr la adherencia de nuestros pacientes a los tratamientos que prescribimos es conocer los factores que afectan dicha adherencia. Gravitan en cinco esferas: en relación al paciente, en relación al régimen terapéutico, en relación a la patología a tratar, en relación al sistema de salud, y factores sociales y económicos. Comprender los primeros cuatro es de cardinal importancia para todos los profesionales de la salud.

Entre los factores de riesgo del paciente se enumeran diferentes discapacidades que pueden padecer y que atenten contra la posibilidad de lograr el éxito en la adherencia al tratamiento: principalmente problemas visuales y auditivos (ambos relacionados con la indicación, ya sea verbal o escrita, y con la capacidad para ver que está tomando). No se debe olvidar considerar la capacidad de memoria y cognición de los pacientes (el esquema terapéutico también es un aprendizaje). El déficit de movilidad o de destreza manual también puede atentar, en cosas tan simples como la posibilidad de ir a la farmacia a retirar la medicación, o de abrir los frascos y blisters donde vienen las pastillas. Finalmente, no hay que olvidar los trastornos de la deglución, especialmente la disfagia y trastornos de la motilidad glótica. Evaluar esto se centra en conocer a nuestros pacientes y adecuar los regímenes a sus capacidades y necesidades.

Hay factores en relación al régimen terapéutico: cuanto más complejo, más difícil es lograr la adherencia. Estiba esto en el número de dosis diarias, la cantidad de diferentes drogas a tomar, la duración del tratamiento. Debe considerarse la aparición de efectos adversos indeseables que muchas veces llevan al abandono de la medicación sin consulta médica. También impiden la adherencia la falta de resultados rápidos (ejemplo con los antidepresivos) pero también cuando los efectos son demasiado rápidos (ejemplo con la terapia antibiótica en la infecciones del tracto urinario).

Otro factor importante esta en relación a las patologías a tratar (o a prevenir). Todos sabemos que la adherencia es mala cuando la medicación se toma en

forma preventiva sin ningún efecto visible. También es mala cuando los pacientes reciben medicación por patologías que nos les generan ningún síntoma, por ejemplo la hipertensión arterial o la dislipidemia. Aún más difícil es la adherencia completa en tratamientos de enfermedades crónicas, con esquemas terapéuticos muchas veces 'de por vida'.

Los factores relacionados al sistema son simples, pero difíciles de superar: estiban sobre la calidad de la información que se da al paciente, y la relación médico-paciente. Se reconoce a la relación médico-paciente como la generadora de la famosa 'alianza terapéutica' donde el médico y el paciente, en un ámbito de confianza, autonomía y respeto, acuerdan un régimen terapéutico. El problema surge cuando el sistema atenta contra este modelo, como ocurre actualmente: gran demanda, poca capacidad de respuesta del sistema, con profesionales sobrecargados de trabajo, mal pagados y mal tratados. La relación médico-paciente debe ser, muy probablemente, el factor más importante a considerar para lograr la adherencia.

Finalmente están los fenómenos de índole sociales o económicos, para los cuales podemos tener respuestas o no, y para los que será responsabilidad nuestra alertar al estado sobre medidas de salud pública a tomar para mejorar la adhesión a los tratamientos. Los factores sociales suele atajarlos el sistema, promoviendo la internación de pacientes donde se sospeche mala adhesión al tratamiento ya sea por pobreza, desidia o incapacidad para comprender el régimen. Entre los económicos, la pobreza es el principal debido al costo de los medicamentos, pero también está la inaccesibilidad a una farmacia. El tercer eje es el cultural: no solo incluye el nivel de 'alfabetización médica' de los pacientes (esto es, cuanta información manejan y comprenden), sino también la confianza en el sistema de salud, la confianza en la medicación y si son o no respetados por el sistema en forma integral.

El objetivo de nuestra práctica es lograr el éxito de la alianza terapéutica, y para lograrlo es de cardinal importancia prestar atención a estos factores: si no los atendemos ejercemos una mala medicina, ya que como dijo Everett Coop: 'los medicamentos no funcionan en los pacientes que no los toman'.

El éxito del tratamiento sería poco esperable y dependería de una serie de otros factores que no pueden ser controlados con fármacos como el apoyo psicológico o familiar. Como médicos de familia dedicados al cuidado completo de la salud, debemos hacer una evaluación integral de los riesgos e incluir, en esta evaluación, cómo afectará a la persona, los efectos colaterales del tratamiento.

Por ejemplo, está comprobado que las personas que toman medicamentos hipotensores, tienen, entre otros, más riesgos de accidentes al conducir automóviles; menos creatividad intelectual y menor capacidad de mantener activa su sexualidad..

Por todo esto, antes de poner a una persona en tratamiento farmacológico, debemos considerar los efectos positivos y negativos de nuestra acción y como será la calidad de vida de la persona a partir de estar en tratamiento. Inclusive debería explicarse al paciente estos puntos y proponerle que participe en la decisión de su tratamiento.

Tal vez el caso más paradigmático de adherencia de un paciente a las indicaciones del médico, puede verse en el tratamiento de la hipertensión.

Tal vez por el hecho de ser un problema que no trae ningún malestar ni síntoma al paciente, la adherencia al tratamiento hipertensivo se basa en el convencimiento de la persona afectada sobre los beneficios de seguir las indicaciones médicas. Esto depende de una serie de factores no siempre controlados por el médico. En este punto, el médico de familia se encuentra en una situación privilegiada pues comparte con sus pacientes culturas y costumbres, conoce su historia y preferencias, Su capacidad económica de afrontar los gastos que implica la adherencia y, sobre todo, mantiene una fluida comunicación que facilita la comprensión de sus indicaciones y el cuestionamiento, si corresponde, por parte del paciente de algún elemento conflictivo.

Sabemos que el cumplimiento de indicaciones médicas sólo llega al 60 o 70 % en los casos de enfermedades agudas y, en tratamientos prolongados de

problemas asintomáticos, algunas investigaciones muestran que sólo el 20% cumple con las indicaciones tal como fueron prescriptas.

Anteriormente, el “no-cumplimiento” era una “falla” del paciente y el médico sólo registraba el hecho como un problema más que, por otra parte, explicaba la eventual mala evolución del problema deslindando así su responsabilidad.

Hoy sabemos que la calidad de la relación médico-paciente-familia es uno de los factores que influye en la conducta del paciente. Esta conducta tomará diferentes modos de acuerdo con las conductas del médico, tales como satisfacción en el ejercicio profesional, tiempo dedicado a la consulta, lenguaje usado en las entrevistas, etc. O sea que el médico no es un mero observador de la conducta del paciente sino que es un componente importante en las decisiones que toma el paciente.

Claro que no es el único factor, pero debemos tener en cuenta que es aquel donde más podemos influir. La familia y las relaciones intrafamiliares (colaboración, obediencia, rebeldía, etc.) influyen fuertemente en el resultado de toda propuesta terapéutica.

En el caso de enfermedades con síntomas, el asma, por ejemplo, el paciente se adhiere al tratamiento porque de esta manera evita la reaparición de los síntomas.

No es este el caso de la hipertensión. Aquí el paciente y su familia deben entender, actuar y participar en el planeamiento de las indicaciones y opinar sobre aquello que es posible de cumplir. Lo habitual es que sea más fácil conseguir que el paciente se adhiera a una medicación que a un cambio en su estilo de vida. Es más probable que el paciente tome un remedio y es más difícil que baje los kilos de peso que tiene en exceso, o que deje de fumar o que haga un programa de actividad física. En especial, si estos cambios son para un período prolongado, como es el caso de la hipertensión. Otros factores que influyen en la adherencia tiene que ver con las instituciones y los sistemas de salud donde se desarrolla el tratamiento como su estructura y

funcionamiento, accesibilidad a los turnos, la comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud, el financiamiento del tratamiento, etc.

Algunos factores que dificultan el cumplimiento de las indicaciones son: deficiente relación con el paciente y su familia, entrevista confusa, poca claridad en las indicaciones, (por Ej. escritura con “letra de médico”) poco énfasis en los beneficios del cumplimiento, tratamientos costosos, efectos secundarios no aceptados por el paciente, etc.

Por otro lado los factores que facilitan el cumplimiento pueden ser: buena entrevista; refuerzo periódico, indicaciones personalizadas (no impresas, como el caso de las dietas.)

A veces, la lectura del prospecto que acompaña al envase de la medicación, asusta al paciente a tal punto que éste decide no tomarlo por temor a que le aparezcan los efectos señalados en la publicación. Por eso, debemos alertar al paciente en ese sentido para que el prospecto no se transforme en un elemento negativo.

Para algunas personas, tomar medicamentos frente a los colegas o compañeros de trabajo, los hace sentir menoscabados en su autoestima, avergonzados. Por ello, es importante conversar esto con los pacientes y tratar de organizar los horarios de ingerir medicinas de tal manera que lo pueda hacer en su casa, en privado.

Lo mismo vale para las dietas o restricciones de alimentos; una buena orientación debería permitir al paciente compatibilizar su tratamiento con una normal vida social.

Si el medicamento produjo algún efecto secundario que llama la atención del paciente, Se puede reforzar la prescripción afirmando que si el medicamento produjo ese efecto, significa que también tendrá el efecto terapéutico buscado.

Por todo esto, para conseguir una buena adherencia, es necesario que haya una activa participación del paciente, tanto en lo intelectual como en el área afectiva. Debe poder preguntar, cuestionar, opinar de tal manera que médico y paciente “sintonicen” y el paciente no sólo se lleve una lista de recomendaciones.

La calidad de vida en relación con la salud en el paciente hipertenso es un importante factor que cabe valorar ya que, a diferencia de otros factores o variables biomédicas, aporta una información subjetiva sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que ésta conlleva. Esta información es muy específica de cada paciente, ya que es muy susceptible de variación individual. La calidad de vida percibida depende de las expectativas que presente el paciente respecto a su capacidad funcional y estilo de vida. Los pacientes con una peor percepción de su calidad de vida en relación con la salud tienen un mayor riesgo morbilidad y mortalidad.

La hipertensión arterial (HTA) en un estudio cubano 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, puede afirmarse, que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial.

La relevancia de la hipertensión en la actualidad no reside en las características que presenta como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades altamente letales es una enfermedad creciente, de pronóstico sombrío, con gran trascendencia socio sanitaria y con importantes novedades terapéuticas desarrolladas en las últimas décadas.

Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo

Este estudio en el que cuyo objetivo fueron comprender la perspectiva del profesional de la salud y la del paciente hipertenso sobre la interacción que ocurre entre ellos en el contexto de la salud pública, y analizar el modo en que

esta interacción contribuye para la no adhesión al tratamiento el estudio llevo a la conclusion de que la falta de interaccion y falta de comunicacion entre el paciente y su falta u olvido de medicacion hace que no exista buenos resultados en la adherencia. (Agámez P, et al.2009).

En la literatura se emplean indistintamente dos términos para referirse a este fenómeno: el primero es el **cumplimiento** y el otro la **adherencia**. Sin embargo, el empleo de la definición de cumplimiento ha recibido la crítica de algunos estudiosos, que la catalogan de unidimensional y reduccionista, al no considerar aspectos psicológicos y sobre todo motivacionales del paciente, en la elaboración de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento.

En este caso el paciente cumple de manera pasiva lo indicado. El término adherencia según DiMatteo y DiNicola (1982) es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y de sus características psicológicas y sociales de seguir las prescripciones médicas conducen al paciente hipertenso.

La progresión de su enfermedad, hace imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico, provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

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.

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. Se deben tener en cuenta los factores socioeconómicos y psicológicos, que la mayoría de las veces interfieren grandemente y no se les da la importancia que realmente ameritan.

Con la llegada de nuevos fármacos capaces de modificar el curso natural de la enfermedad se ha generalizado la utilización de regímenes terapéuticos complejos, y los pacientes con hta presentan con frecuencia una importante comorbilidad propia de la edad avanzada, lo que provoca que sean con frecuencia pacientes muy polimedicados y con discapacidad. Por todo ello, el seguimiento clínico es más complicado.

Tanto la adhesión al tratamiento como la calidad de vida en relación con la salud en los pacientes con hta están ganando una importancia capital en los últimos años, al tratarse de factores muy relacionados con el aumento de los ingresos hospitalarios y parece que relacionables con la morbilidad y mortalidad.

Los tratamientos farmacológicos presentan importantes porcentajes de mala adhesión, y cerca del 50% de los pacientes presenta problemas para el seguimiento del tratamiento prescrito. Esta falta de adhesión al tratamiento farmacológico conlleva un aumento en las rehospitalizaciones, con el consiguiente incremento del gasto sanitario en estos pacientes y la mayor morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, es deseable identificar a los pacientes que presuntamente van a presentar problemas en el seguimiento de su esquema terapéutico óptimo para llevar a cabo medidas preventivas, bien a través de intervenciones domiciliarias, bien mediante un mayor seguimiento clínico terapéutico que evite o prevenga estos problemas. Se ha objetivado que los pacientes con una peor calidad de vida en relación con la salud también presentan mayores tasas de reingreso y mortalidad. La identificación de estos pacientes mediante cuestionarios específicos parece una práctica

relativamente sencilla, con un coste económico razonable, y puede ser útil para llevar a cabo acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Ciertas variables como la depresión y deprivación social se han asociado con una mala adhesión terapéutica y una mala percepción de la calidad de vida ; por ello, es necesario considerar este tipo de variables para evitar una DATF y un mayor deterioro en la calidad de vida del paciente. Es conveniente que en un futuro próximo se realicen estudios que relacionen estas 2 variables (calidad de vida relacionada con la salud y adhesión terapéutica real) y nos permitan diseñar acciones encaminadas a un mejor seguimiento.

La OMS en su informe de octubre del año 2002, manifiesta que la HTA es una de las 3 causas que provocan más mortalidad en el conjunto de la población, y que su control adecuado en una población reduciría a la mitad su tasa de enfermedad cardiovascular, de ahí lo razonable que resulta que se intensifiquen los esfuerzos para mejorar el diagnóstico y el control terapéutico de esta afección.

Insua en un meta-análisis realizado en 1999 plantea que el tratamiento antihipertensivo ha estado asociado con una reducción del 35 al 40 % en la incidencia de accidentes cerebrovasculares, del 20 al 25 % de infartos cardíacos, y de más del 50 % de la insuficiencia cardíaca. (Martinez V, 2003:940-3)

En la encuesta de validación se muestra que entre los pacientes adheridos al tratamiento el grado de control es mayor que en los no adheridos, por lo que podemos deducir que si logramos incrementar el grado de adherencia al tratamiento aumentará el grado de control, lo cual a su vez coincide con la mayoría de los estudios revisados en tal sentido, en los que el control de la HTA no se considera adecuado, pues no sobrepasa el 50 %, ya que se conoce que para lograr disminuciones importantes en la mortalidad cardio y cerebrovascular por HTA deben controlarse más del 85 % de ellos.

Se ha comprobado que la ingestión diaria del medicamento aumenta o favorece el control de la enfermedad, y el por ciento de individuos que refirió lo anterior es mucho mayor que lo reportado en el *Proyecto 10 de Octubre*, en el que el 68,8 % de los hipertensos refirieron ingestión diaria del tratamiento antihipertensivo prescrito por el médico.(Black HR,2001: 12-8)

3.7 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Se ha observado con preocupación que las personas, en especial las que sufren enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, incumplen con su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento acarrear consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los usuarios y su familia.

Por tanto, el incumplimiento y no seguimiento de las prescripciones genera altos costos personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona. Por otra parte, la adherencia a las prescripciones de los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones, entre otras.

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, puede afirmarse, que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial.

La relevancia de la hipertensión en la actualidad no reside en las características que presenta como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades altamente letales; por lo tanto, controlarla significa disminuir la morbilidad y mortalidad. Es uno de los 4 factores de riesgo mayores modificables para las enfermedades cardiovasculares, junto a las dislipidemias, la diabetes (50% de los DM2 son hipertensos) y el tabaquismo. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular.

Se estima que aproximadamente un 50% de la población hipertensa no conoce su condición, por lo tanto, no se controla la enfermedad, las acciones de salud

se han enfocado en la disminución de esta patología; sin embargo los tratamientos han sido poco efectivos y los costos elevados, y la hipertensión continúa siendo una de las enfermedades con menos control.

Diversos estudios han determinado que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas define el éxito terapéutico. La adherencia a su vez, depende de varios factores tanto del paciente como de su entorno, siendo clave la relación con el médico.

Una vez iniciado el tratamiento farmacológico, se recomienda realizar visitas cada 2-4 semanas para ajustarlo hasta que se consiga una PA correcta. Los pacientes con una HTA inicial de grado 1 ó 2, una vez alcanzado el objetivo de control de la PA, si toleran bien el tratamiento y no presentan repercusión visceral significativa, pueden ser revisados cada 3-6 meses, por parte de enfermería y una vez al año en la consulta del médico.

La frecuencia de los controles podrá incrementarse dependiendo de las circunstancias individuales: cifras de PA (más frecuentes en la HTA grado 3), enfermedades asociadas, grado de riesgo cardiovascular, tolerancia al tratamiento, complejidad y cumplimiento del mismo, etc. Cuando haya cambios en el tratamiento, es conveniente revisar al paciente a las 2-3 semanas para comprobar la tolerancia y adherencia al mismo. (Rotaeché R, 2008)

Modificaciones en el estilo de vida.

- Abstenerse de fumar.
- Bajar de peso.
- Moderar el consumo de alcohol; no consumir más de 1 trago diario en las mujeres y 2 en los hombres.
- Reducir la ingesta de sal a no más de 100mEq diarios de sodio, que equivale a 6 g/ día de NaCl.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y otros alimentos ricos en fibra dietética,. el alto contenido de potasio, calcio y magnesio de estos alimentos puede contribuir al efecto beneficioso.
- Disminuir la ingesta de grasa saturada.

- Aumento de actividad física: ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, como caminar o nadar 30-40 minutos 3-4 veces por semana. Los ejercicios isométricos deben evitarse.

3.8 APOYO FAMILIAR

En cuanto al apoyo de la familia hacia los ancianos se reportan diferentes motivaciones. Se incluyen sentimientos de afectos, expectativas de reciprocidad, sentido de obligación o deber, de todo lo cual surge el llamado sentido de justicia comparativa. Crece el apoyo a distancia por movilidad de los miembros hacia otros lugares laborales y de residencia, cuestión que dificulta el vínculo, sobre todo para ancianos de avanzada edad o dependientes.

Como se ha visto a lo largo de este trabajo, el manejo de la hipertensión arterial incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, por lo que su control adecuado depende del apego que se logre a las diferentes acciones prescritas. Sin embargo, debido a que se requiere la adopción permanente de estas acciones el entorno familiar se puede modificar desfavorablemente, de manera que el apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. REYES F (1999)

La familia tiene una gran importancia para el buen control de la hipertensión. Según un estudio realizado en México, existe una asociación entre el apoyo familiar y el apego al tratamiento de la hipertensión. REYES F, (1999).

Redondo, Guallar, Banegas y Rodríguez (2005) realizaron un estudio transversal con 3.483 sujetos representativos de la población española no institucionalizada ≥ 60 años. Concluyeron que en pacientes con HTA se asocia con algunas variables de integración social, como el estado civil y la situación de convivencia. Entre los hipertensos, el conocimiento del estado hipertensivo depende en parte de la frecuentación de familiares y amigos o vecinos.

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos, la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la HTA son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia. REYES F (1999)

CAPITULO IV

4. HIPOTESIS

El porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente hipertenso será mayor, si el apoyo familiar es mejor, con más conocimientos y una mejor interrelación familiar-paciente.

4.1. OBJETIVOS.

4.2. GENERAL.

Determinar la prevalencia de adherencia familiar para el cumplimiento de la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos mayores de edad, del Subcentro de Salud de el Cebollar “Bellavista”. Cuenca – 2011.

4.3. ESPECIFICOS.

- Establecer la prevalencia de no adherencia terapéutica farmacológica en el grupo de Hipertensos mayores de edad del Subcentro de Salud de el Cebollar “Bellavista”.
- Identificar su distribución de acuerdo sexo, edad, escolaridad, conocimiento de la enfermedad.
- Determinar el grado de apoyo familiar para el cumplimiento e información sobre el tratamiento.
- Elaborar un plan de intervención, en base de los resultados obtenidos para mejorar el apoyo familiar para una mejor adherencia al tratamiento.

CAPITULO V

5. Variables de Interés y sus Correspondientes Indicadores

Las variables utilizadas son edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, otros factores de riesgos vasculares, complicaciones de la enfermedad, antecedentes patológicos personales, esquema terapéutico antihipertensivo.

5.1. Definiciones Claves

Adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento, hipertensión arterial, adulto mayor, complicaciones, tratamiento integral.

5.2. Alcances y Límites de la investigación

Nuestro presente estudio trata de alcanzar un mejor conocimiento de los factores favorecedores de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, para potenciarlos y ejecutarlos en nuestros pacientes, ello desde el punto de vista del médico de familia, abarcando esferas como lo socioeconómico y familiar.

5.3. Diseño de la Investigación

Se trata de un estudio transversal descriptivo realizado en los pacientes hipertensos mayores de edad del Subcentro de Salud de el Cebollar “Bellavista” a los cuales se les aplicó un formulario construido para el efecto, a través del cual se indagó sobre las variables sexo, edad, escolaridad, tiempo durante el cual recibe tratamiento para la hipertensión, información médico paciente sobre el tratamiento, apoyo familiar para el cumplimiento. Para evaluar los conocimientos sobre la enfermedad se utilizó el Test de Batalla Morisky-Green modificado y de la facultad javeriana de Colombia y el método de recuento simple de comprimidos para valorar el grado de cumplimiento terapéutico en los sujetos que se incluyeron en el estudio.

5.4 Universo y Muestra

Nuestro universo de estudio quedó constituido por 37 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: pacientes diagnosticados y dispensariados por hipertensión arterial independientemente del estadio o grupo de riesgo mayor de 65 años, pertenecientes a la comunidad de el Cebollar “Bellavista”.

CAPITULO VI

6. RESULTADOS Y ANALISIS

Los resultados obtenidos fueron analizados en los paquetes estadísticos de Excel versión 2007 y SPSS 15, versión en español, los mismos que se exponen a continuación.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN EDAD. CUENCA- 2011.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
41-50	2	5.4
51-60	5	13.5
61-70	16	43.1
71-80	12	32.4
>80	2	5.4
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Media: 66.7 **DS:** 8.7

El mayor número de pacientes se encuentran entre los 61 y 80 años de edad y corresponde al 75.5% del total de pacientes estudiados. Es un resultado esperado ya que la hipertensión arterial afecta con mayor incidencia a las personas de la tercera edad.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN SEXO. CUENCA- 2011.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
MUJER	31	83,8
HOMBRE	6	16,2
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

El mayor número de pacientes del estudio corresponden al sexo femenino con el 83.8% podría estar determinado porque la mujer acude con mayor prolijidad solicitar atención en una unidad de salud.

TABLA # 3.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN OCUPACION. CUENCA- 2011.

OCUPACION	NÚMERO	PORCENTAJE
AGRICULTOR	2	5.4
EMPLEADO	4	21.6
JOYERO	2	5.4
SASTRE	1	2.7
QQ.DD	27	73
NINGUNO	1	2.7
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Al constituir las mujeres el mayor porcentaje del grupo de pacientes del presente estudio, la actividad que predominó en este estudio fue los quehaceres domésticos (73%), que al ser una actividad no remunerada, y aparentemente tranquila, demanda un gran esfuerzo físico el cuidado de la casa.

TABLA # 4.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN EDUCACION. CUENCA- 2011.

EDUCACION	NÚMERO	PORCENTAJE
ANALFABETO	7	18,9
PRIMARIA	24	64,9
SECUNDARIA	6	16,2
SUPERIOR	0	0
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

La educación una variable de importancia para el cumplimiento del tratamiento del paciente hipertenso, en este grupo de estudio, el 64,9% tuvieron una instrucción primaria, pero llama la atención que aun existen pacientes dentro del grupo de analfabetos, lo cual es una dificultad para cumplir el tratamiento.

TABLA # 5.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN AÑOS DE ENFERMEDAD. CUENCA- 2011.

DURACION	NÚMERO	PORCENTAJE
1 – 5 años	14	37.8
6 – 10 años	11	29.8
11-15 años	2	5.4
16-20 años	4	10.8
MAS 21 años	6	16.2
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Media:10.8 **DS:** 9.02

La evolución de enfermedad, tiene un límite menor de 1 año y uno máximo de 30 años, con una media de 10.8 año y un Desvio Estandar (DS) de 9.02 años.

Como toda enfermedad crónica, son pacientes cuya enfermedad son de años de evolución, por eso el apoyo familiar es importante.

TABLA # 6.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN VALOR DE TENSION SISTOLICA. CUENCA- 2011.

T/A SISTOLICA	NÚMERO	PORCENTAJE
100	5	13,5
110	6	16,2
120	7	18,9
130	6	16,2
140	5	13,5
150	3	8,1
160	5	13,5
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

Media:127.8 DS: 19.4

La tensión arterial sistólica, uno de los parámetros más importantes del estudio estuvo entre 110 y 160mm Hg. Considerando patológica la presión sistólica de 140 y más, estas estuvieron presentes en el estudio en apenas el 35.1%, lo cual es corroborado con el alto porcentaje de cumplimiento farmacológico.

TABLA # 7

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA". SEGÚN TENSION ARTERIAL DIASTOLICA. CUENCA- 2011.

T/A DIASTOLICA	NÚMERO	PORCENTAJE
60mm Hg	4	10,8
70mm Hg	9	24,3
80mm Hg	14	37,8
90mm Hg	9	24,3
100mm Hg	1	2,7
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

En el presente estudio la presión arterial diastólica no representó gran importancia, debido que apenas un paciente tuvo una presión diastólica de 100mm Hg, que realmente es patológica. La media fue de 78 mmHg. DS 10.1

TABLA # 8

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL. CUENCA- 2011.

CIR. ABDOMINAL	NÚMERO	PORCENTAJE
80-90 cm	7	18.9
91-100 cm	21	56.7
101-110 cm	7	18.9
>111 cm	2	5.4
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

La circunferencia abdominal, considerado en algunos estudios como un factor de riesgo en este tipo de patología, en el presente estudio el 81% de pacientes estuvieron sobre los 91ctms, lo cual concuerda con la variable Índice de Masa Corporal (IMC), que en su mayoría es el sobrepeso y obesidad, lo cual establece un mayor riesgo de complicaciones en estos pacientes.

TABLA # 9

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN IMC. CUENCA- 2011.

IMC	NÚMERO	PORCENTAJE
18 A 24	2	5,4
25 A 29	14	37,8
MAS 30	21	56,8
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

El Índice de Masa Corporal (IMC) factor determinante para una buena salud, cuando se halla dentro de su normalidad, y un factor de alto riesgo para las enfermedades como la HTA, en el presente estudio se observa que el 94.6% tienen sobrepeso y obesidad, siendo lo más grave que de este grupo el 56.8% son obesos, lo cual cataloga al enfermo dentro del grupo de pacientes que mayores complicaciones vayan a padecer.

TABLA # 10

De los 37 pacientes objeto de este estudio, todos (100%) recibían tratamiento antihipertensivo.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA". SEGÚN TRATAMIENTO. CUENCA- 2011.

TOMA TRATAMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	37	100
NO	0	0
TOTAL	37	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

TBLA # 11

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA” EN EL TEST DE VALORACION DEL PACIENTE HIPERTENSO.

	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		CASI NUNCA		NUNCA	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1.Toma los medicamentos en el horario establecido	25	67.6	7	18.9	4	10.8	1	2.7		
2.Toma todas las dosis indicadas	25	67,6	10	27	1	2,7			1	2,7
3.Si se siente bien, suspende su medicación	9	24,3	2	5,4	7	25,9	5	13,5	14	37.8
4.Cumple con la dieta baja en sal.	10	27	5	13,5	7	18,9	7	18,9	8	21,6
5.Asiste a las consultas programadas	18	48.6	11	29.6	5	13.5	2	5,4	1	2,7
6.Consulta a otros profesionales de la salud para el control de la enfermedad	2	5,4	3	8.21	8	21.6	7	18.9	17	45.9
7. Se toma la P.A fuera de la consulta médica.	2	5,4	2	5,4	5	13.5	9	24.3	19	51.3
8.Realiza ejercicios físicos	3	8.1	4	10.7	9	24.3	7	18.9	14	37.7
9.Acomoda su horario de medicación a las actividades de su vida	27	73	6	16.2	2	5.4	1	2.7	1	2.7
10.Ud y su médico deciden su tratamiento	26	70.2	6	16.2	3	8.1	1	2.7	1	2.7
11.Cumple el tto sin supervisión de su familia o amigos	18	48.6	4	10.8	3	8.1	4	10.8	8	21.6
12.Toma el tto sin grandes esfuerzos	11	24.3	10	27	2	5.4	8	21.6	6	16.2
13.Utiliza recordatorios para tomar su tto.	9	24.3	5	13.5	6	16.2	4	10.8	13	35.1
14.Ud y su médico analizan como	22	59.4	9	24.3	5	13.5	1	2.7		

cumplir su tto										
15.Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tto	19	51.3	10	27	5	13.5			3	8.1
16.Fuma					2	5,4			35	84.5
17.Toma bebidas alcohólicas	1	2.7			2	5,4	3		31	73.7
18.Tiene apoyo de su familia frente a su enfermedad	14	37.7	6	16.2	3	8.1	4	10.7	10	27
19.Cuando se siente enojado o angustiado realiza alguna acción para sentirse mejor llora, conversa	9	24.3	9	24.3	13	35.1	5	13.5	1	2.7
20.Su familia conoce el nombre de la medicación que ud toma	18	48.6	2	5,4	2	5,4	4	10.8	11	29.7
21.Su familia toma parte de su dieta sin sal	10	27	6	16.2	2	5,4	7	18.9	12	32.7
22.Su familia realiza actividad física con usted.	2	5,4	3	8.1	1	2.7	9	24.3	22	59.4

APOYO FAMILIAR

TABLA #12

DISTRIBUCION DE LAS 1110 RESPUESTAS DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA" QUE EVALUAN EL APOYO FAMILIAR.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
11.Cumple el tto sin supervisión de su familia o amigos	18	4	3	4	8
18.Tiene apoyo de su familia frente a su enfermedad	14	6	3	4	10
19.Cuando se siente enojado o angustiado realiza alguna acción para sentirse mejor , como llora, conversar	9	9	13	5	1
20.Su familia conoce el nombre de la medicación que ud toma	18	2	2	4	11
21.Su familia toma parte de su dieta sin sal	10	6	2	7	12
22. Su familia realiza actividad física con usted.	2	3	1	9	22

El apoyo familiar fue evaluado en base de las respuestas 11, 18, 19, 20, 21 y 22; con los valores validados a nivel mundial para este tipo de cuestionarios (siempre: 5; casi siempre: 4; a veces: 3, casi nunca: 2 y nunca: 1) se obtuvieron 71x5, 30x4; 72x3; 66x2, y 64x1 = 667 puntos que comparados con el ideal de 1110 puntos corresponde al 60,9% de apoyo familiar, en los pacientes hipertensos para el cumplimiento de la toma del tratamiento, **por lo tanto el no apoyo familiar objeto de la presente investigación fue del 39.1%. Cifra que está dentro de los límites citados a nivel internacional del 30 al 50%.**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

TABLA #13

DISTRIBUCION DE LAS 1110 RESPUESTAS DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA” QUE EVALUAN EL APOYO FAMILIAR.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1.Toma los medicamentos en el horario establecido	25	7	4	1	
2.Toma todas las dosis indicadas	25	10	1		1
3.Si se siente bien, suspende su medicación	9	2	7	5	14
5.Asiste a las consultas programadas	18	11	5	2	1
6.Consulta a otros profesionales de la salud para el control de la enfermedad	2	3	8	7	17
7.Se toma la P.A fuera de la consulta médica.	2	2	5	9	19
9.Acomoda su horario de medicación a las actividades de su vida	27	6	2	1	1
10.Ud y su médico deciden su tratamiento	26	6	3	1	1
12.Toma el tto sin grandes esfuerzos	11	10	2	8	6
13.Utiliza recordatorios para tomar su tto.	9	5	6	4	13
14.Ud y su médico analizan como cumplir su tto	22	9	5	1	
15.Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tto prescrito por el médico	19	10	5		3

En lo referente al cumplimiento del tratamiento farmacológico evaluado en base de las respuestas “siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca ” con la calificación de 5,4,3,2, y 1, a las preguntas 1,2,3,5,6,7,9,10,12,13,14y 15, se obtuvo los siguientes resultados 195x5; 81x4; 53x3; 39x2 y 76x1= 1.612 puntos, de un ideal de 2.220 puntos; equivale al 72.6% , lo cual lo califica como buena adherencia al cumplimiento de la prescripción médica farmacología y el 27,4% correspondería a la no adherencia al tratamiento.

ADHERENCIA A DIETA

TABLA #14

DISTRIBUCION DE LAS 740 RESPUESTAS DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA" QUE EVALUAN LA ADHERENCIA A LA DIETA.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
4. Cumple con la dieta baja en sal.	10	5	7	7	8
8. Realiza ejercicios físicos	3	4	9	7	14
16. Fuma	0	0	2	0	35
17. Toma bebidas alcohólicas	1	0	2	3	31

CUMPLIMIENTO DE LA DIETA

En relación a la adherencia al cumplimiento de la dieta esta alcanza al 74.8% en el grupo del presente estudio. Este porcentaje se obtuvo en base a las respuestas 4, 8, 16, y 17. En las preguntas 16 y 17 que hace relación al fumar e ingesta de bebidas alcohólicas, los valores fueron a la inversa, para nunca, 5 puntos, casi nunca 4 etc.

Con esta aclaración se obtuvieron 554 puntos, que de un ideal de 740 puntos, equivale al 74.8% de pacientes hipertensos que cumplen la dieta.

Analizando en conjunto los resultados obtenidos, se puede manifestar que este grupo de pacientes tienen un buen apoyo familiar, por lo que existe una buena adherencia al tratamiento y a la dieta, por lo que en este grupo estudiado su presión arterial se encuentra controlada, como así lo indica los resultados obtenidos con la media de tensión arterial de 127.8/78 mm Hg.

FACTORES ASOCIADOS

APOYO FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DE TTO

TABLA #15

DISTRIBUCION DE LA RESPUESTAS DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA" SEGÚN EL APOYO FAMILIAR Y EL CUMPLIMIENTO DEL TTO.

TOMA TTO	APOYO FAMILIAR				RP	IC	p	X ²
	NO		SI					
	#	%	#	%				
NO	121	54.5	101	45.5	1.3	1.10- 1.53	0.002	9.5
SI	184	41.8	256	59.2				
TOTAL	305	46	357	54				

De los resultados obtenidos en base de las respuestas, se observa que la relación no apoyo familiar (riesgo) con la toma del tratamiento, si existe asociación estadísticamente significativa, con una "p" 0.002, un Chi² de 9.5 y un razón de prevalencia de 1.3, lo cual significa, que el paciente que no tiene apoyo familiar tiene 9.5 veces más posibilidades de no cumplir el tratamiento farmacológico, que aquel que si tiene.

TABLA #16

DISTRIBUCION DE LA RESPUESTAS DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA" SEGÚN EL APOYO FAMILIAR Y EL CUMPLIMIENTO DEL TTO.

CUMPLE DIETA	APOYO FAMILIAR				RP	IC	p	Chi2
	NO		SI					
	#	%	#	%				
NO	121	54.5	101	44.5	1.1	0.93-1.33	0.21	1.52
SI	111	48.6	117	51.4				
TOTAL	232	51.5	218	48.5				

La asociación entre el apoyo familiar y el cumplimiento de la dieta en este estudio no fue estadísticamente significativa con un valor de p de 0.21. No existe asociación estadística entre estas dos variables, es decir que el apoyo familiar no influye para el cumplimiento de la dieta del hipertenso

CAPITULO VII

7. DISCUSION

Según la OMS los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre 50 y 70% (2), lo que implica que la no adherencia se encuentra entre 30 y 50 %; la misma fuente menciona que la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, entre los que se encuentra el Ecuador, con tasas aun menores.

Los resultados de la presente investigación, que hace énfasis en **la no adherencia familiar** para el cumplimiento del tratamiento farmacológico esta en el 54.5% y tienen apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento el 45.5%. En relación al cumplimiento con el tratamiento farmacológico el 61.6 % toman su medicación **y el 39.4 % no lo hacen**. Este resultado está acorde con otros, que citan que la no adherencia está entre el 30 y 50%.

En lo relacionado con la dieta cumplen, los pacientes hipertensos cumplen la misma en el 50.2% y la diferencia o sea el 49.8% de los pacientes no la cumplen.

Este alto porcentaje del cumplimiento de la toma de la medicación, se puede valorar con los resultados de la toma de la presión arterial, la misma que en la mayoría de los pacientes están dentro de los límites normales.

En lo relacionado con la edad, Vergel, G. et. al. investigando en dos municipios de la Ciudad de La Habana en 1995, concluyó que en la población menor de 60 años, la prevalencia de no adherencia es relativamente alta mientras que, en la investigación realizada en el Policlínico Docente “Dr. Carlos J. Finlay” del Municipio de Marianao de la Ciudad de La Habana en 103 pacientes de un universo de 109, se nota una tendencia al incremento con la edad de la adherencia terapéutica; sin embargo, en la revisión realizada por Orueta , se considera que en los sujetos mayores de 65 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos condiciona un importante porcentaje de ingresos hospitalarios.

En los resultados del presente trabajo la media de la edad fue de 66.7 años. En lo relacionado con el sexo, Vergel y colaboradores encontraron que el 68,5 % de las amas de casa no se adherían al tratamiento; se observó también que los hombres, que trabajan contribuyen de manera importante al 44,9 % de no adherencia al tratamiento. Martín-Alonso y colaboradores en su investigación llevada a cabo en el 2003 en el mismo país, encontraron que en las mujeres la no adherencia es del 21,5 % notándose que el comportamiento respecto al problema, ha mejorado.

Los hallazgos de la investigación entre los pacientes del grupo de hipertensos del Subcentro de Salud de el Cebollar “Bellavista” difieren de los señalados por cuanto la diferencia entre hombres y mujeres **es importante (83 % mujeres y 17 % en hombres), todas ellas son amas de casa y la adherencia al tratamiento terapéutico fue del 61.6%.**

La prevalencia de no cumplimiento fue de 76,19 % en el primer grupo frente a 82,35 % en el segundo. Es evidente un mejor comportamiento relacionado con la adherencia al tratamiento la relación con el hecho de que en Cuba la atención de la salud es prioritaria, lo cual se corrobora con lo manifestado por la OMS: “Los temas relacionados con los sistemas de salud también desempeñan una función relevante en la promoción de la adherencia terapéutica”.

Se pudo observar también, que cuando él o la paciente se sentía con alguna molestia a la que consideraban relacionada con su hipertensión, incrementaban las dosis y la frecuencia sin consultar con un profesional. Cosa similar sucedió en el presente estudio porque el 64.8 % no consultaban a otro médico.

Saounatsou M. y colaboradores, así como Bone LR. y colaboradores, referidos por la OMS, manifiestan que un pobre estado socioeconómico, analfabetismo, desempleo, son considerados también como factores asociados al problema de la no adherencia. Se podría esperar entonces, que las personas que tienen más años de estudio aprobados pueden tener un conocimiento mejor sobre la

hipertensión y por ende, un mejor comportamiento en cuanto al cumplimiento del tratamiento. En la investigación realizada en los pacientes del Centro de Salud "Bellavista" se encontró que la educación primaria representó 64.9% y la educación media el 16.2%. Es de anotar que existe un pequeño porcentaje de analfabetismo en este grupo estudiado.

No se encontraron estudios sobre el tiempo de tratamiento de los pacientes como un factor asociado; la OMS refiriendo a Flack JM. Novikov SV y Ferrario CM, manifiesta que, se ha calculado que, en el primer año de tratamiento, de 16 a 50% de los pacientes con hipertensión interrumpen sus medicamentos antihipertensores y, entre quienes siguen su tratamiento a largo plazo, las dosis de pérdida de medicación son comunes. Estas cifras difieren para los pacientes recién diagnosticados y aquellos con hipertensión crónica, de muchos años (29). El presente trabajo se investigó sobre el tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento estableciéndose una mediana de 10.8 años y entre los límites de 1 a 25 años.

Se ha establecido que la relación médico paciente es fundamental. La OMS hace énfasis en las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia, éstas tienen una marcada influencia en el cumplimiento del tratamiento, si es adecuada facilitará una observancia adecuada por parte del paciente.

Un aspecto que no se menciona en los estudios pero que para el medio local resulta importante, es el apoyo familiar que tienen los pacientes para el cumplimiento del tratamiento. La adherencia familiar entre quienes son apoyados fue de 45.5 % frente al 54.5 % de quienes deben valerse por si mismo. El apoyo generalmente fue de un familiar por lo que llama la atención la prevalencia entre los que no lo tienen y quienes si cuentan con él; cabe reconocer que un paciente crónico puede ser el origen de una disfunción familiar, observándose algunos casos en las visitas realizadas a los domicilios de los pacientes.

Si se toman los distintos valores de prevalencia de no adherencia en los factores considerados asociados al problema y estudiados en los pacientes que se atienden en el subcentro de Salud de el Cebollar “Bellavista” se puede observar que las diferencias no son notables. Esta realidad posiblemente se deba a que la mayoría de estudios sobre el tema han sido realizados en países considerados desarrollados. La OMS en su publicación Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo emitida en el año 2004, señala que la no adherencia en los países subdesarrollados superaría el 50 %, dejando ver limitaciones en la disponibilidad de estudios. Se podría pensar que existen otros factores aún no identificados, cuya relación con la adherencia terapéutica farmacológica no está establecida.

Es posible que estos otros factores tengan relación con otras dimensiones sociales, con los ámbitos familiar y cultural especialmente en la región andina, en donde el peso de la medicina tradicional es importante así como de los denominados productos naturales, sin excluir las recomendaciones dadas por las personas que forman parte del entorno del paciente. Cabe recordar que la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, el sentirse bien por parte del paciente puede ser otro factor involucrado en la no adherencia.

7.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia de no adherencia a la terapéutica farmacológica en la población estudiada es elevada (38,4 %).
- En lo referente al cumplimiento de la dieta el 50.2% sigue la dieta prescrita para el paciente hipertenso, mientras que el 49.8% no lo hace. Se debe anotar que algunos pacientes conociendo los riesgos de consumir alimentos no adecuados lo hacen.
- La no adherencia o falta de apoyo familiar en el presente estudio fue de 54.5%, lo que está acorde con resultados obtenidos o que se citan en otros estudios.
- Existe poco apoyo familiar hacia los pacientes hipertensos, para un mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Se aprecia poca conciencia de la enfermedad por parte de los participantes, en consecuencia dejan el control del tratamiento exclusivamente en manos de su médico.
- No valoran las complicaciones de la enfermedad como algo potencialmente grave o amenazante a largo plazo derivadas de mantener la hipertensión mal controlada.
- Respecto a las prescripciones médicas, aquellas que están referidas a la dieta y al ejercicio físico son las que les resultan más difíciles de seguir.
- Las dietéticas porque introducen cambios importantes que distorsionan su vida cotidiana familiar y social. Y el ejercicio físico, confundido casi siempre con moverse, se incumple en la mayoría de los casos.

7.2. RECOMENDACIONES.

- Realizar un estudio más amplio, con un mayor número de participantes para obtener resultados que podrían ser aplicados a la población general.
- Se debe investigar la relación que existe entre la adherencia terapéutica y variables como la sensación de estar bien, la influencia de la medicina tradicional, la influencia de las personas en el entorno de quien padece hipertensión arterial.
- Apoyar la formación de clubs de enfermos, tendientes a mejorar la adherencia terapéutica en cualquier enfermedad , para tener una mejor visión de los factores que influyen sobre el problema de farmacoterapia para la hipertensión.
- Realizar talleres para el personal sanitario para que asuma en su práctica diaria la existencia de pacientes no cumplidores y que establezca los controles necesarios para su determinación. La adherencia al tratamiento debe ser valorada durante todo el tiempo que dure el mismo.
- Desarrollar cursos de la relación profesional-paciente para mejorar la adherencia de los pacientes, que son los que en último término deciden tomar la medicación y adoptar las medidas higiénico-dietéticas.
- Educación sanitaria. Es necesario mejorar la información acerca de la HTA y su tratamiento desde el momento del diagnóstico en los pacientes
- Programas multidisciplinarios de intervención. Además de informar es conveniente trabajar las creencias y la motivación de los pacientes para así poder modificar sus actitudes.
- Monitorización de los resultados para dar a conocer los resultados alcanzados por los pacientes y de los propios programas de intervención.

CAPITULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA M. (1999) Control de la hipertensión arterial en el "Proyecto 10 de octubre". Rev. Cubana Cardiol Cir. Cardiovasc. La Habana.

ACOSTA, M. Debs, G. Noval, R. Dueñas, (2005) A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Revista Cubana de Enfermería en <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v21n3/enf08305.pdf>

AGAMEZ P, et al.(2009).Factors related to the no adherence to the antihypertensive treatment Revista Latina Am Enfermagem; 17(1): 59-65, Jan.-Feb.

ATENCION PRIMARIA, (2006) Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, vol 37. Núm 9.Madrid.

ATENCION PRIMARIA, (2006) Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, vol 38. Núm 6.Madrid.

BLACK HR, et al (2001). Baseline characteristics and elderly blood pressure control in the CONVINCE trial. Hypertension. Ottawa.

Brown M, et al (2000) Mobidity and mortality in patients randomizes to doble line treatment white along actirng calcium channel blocker on diuretic in the international nifedipina. Gits Studie: intervention as a goal in hypertension treatment (insight)- Lancet. Nevada.

BROWN M., et al.(2000) Mobidity and mortality in patients randomizes to doble line treatment white along actirng calcium channel blocker on diuretic in the international nifedipina. Lancet .

CARDIOVASCULAR, (2003) International journal of heart diseases, circulation, hypertension and atherosclerosis, vol.24, Núm. 2. Denver.

CASTRO S, (2009), Nivel de habilidad del cuidador informal, en el cuidado del paciente con insuficiencia cardíaca clase funcional II y III en una institución de III nivel, Bogotá 2009 en www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servelt?_f=40idem.

CECIL-LOEB (2006) Medicina Interna. Vol II. Edición Interamericana. Octava edición. Argentina.

CHALEM, F., et al (1986). "Medicina Interna", Suspensión de anticonceptivos orales .tomo II, Editorial Norma, Argentina.

COOPER, Daniel, et al, (2007) Manual de Terapéutica Médica, trigésima segunda edición. wolters kluwer, Washington.

CORNEJO, C. Montenegro, F. González, (1999). Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial en el Ecuador. Quito, Ecuador.

CORDOVA, R., LOU, S. (1994). Métodos Diagnósticos en la consulta del Médico de Familia, Mosby/Doyma Libros.

DE LA NOVAL R, (1999). Control de la hipertensión arterial en el "Proyecto 10 de octubre". Rev. Cubana Cardiología. La Habana.

FAULKNER DL, et al (2003), Adherence to long-term-therapies: evidence for action. Patients non compliance with hormone replacement therapy: A nation wide estimate using a large prescription claims database. Menopause 1998;5:226-9.

FERNANDEZ C, (2010), Variables intervinientes en la adherencia terapéutica, Sevilla (España), en <http://elrincondesisifo.wordpress.com/2010/04/25/variables-intervinientes-en-la-adherencia-terapeutica/>.

FARRERAS y ROZMAN. (2004), "Medicina Interna", Vol I. Elsevier ediciones decimosexta edición. España.

GOMEZ, Patricio, GUTIERREZ, Patricia, (2008) Manual de la Familia Saludable: Un Proyecto de Vida. Fascículo 6: Envejecer un Privilegio, Maxigraf S.A.

GRANADOS G. (2005) Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Denver.

Guidelines Subcommittee; (1.999) World Health Organization- International Society of Hypertension. *Guidelines for the Management of hypertension*. J. Hypertens . Toronto.

HANSSON L., Lindholm L., Ekblom T. et al (1999) (STOP- Hypertension- 2 Study Group). Randomized trial of old and new antihypertensive drugs in the elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity. *The Swedish Trial in Old Patients with hypertension- 2 study*. *Lancet*. Colorado.

HARRISON, T. R. et al, (2009) *Principios de Medicina Interna*, decimoséptima edición, vol II, Mc Graw Hill, EE.UU.

HERNANDEZ M (2006). *Tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor*. [en línea] Caracas, Venezuela. Recuperado el 14 de enero de 20011.http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/29_Tratamiento-de-Hipertension-en-el-Adulto-Mayor.pdf.

http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=73&Itemid=116.

http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf.

INSUA JT, et al, (1999), *Drogas en el tratamiento de la hipertensión que han sido asociadas a reducción de la incidencia de accidentes cerebrovasculares e infartos cardíacos*, metanálisis acpj. Club.

LIBERTAD A. et al. (2007), *Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial*, Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Línea esq. I, El Vedado. La Habana 10400, Cuba. En http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm

MARQUEZ, E. et. al. (2005) *El incumplimiento en el horario correcto de la toma de la medicación ocasiona una menor cobertura terapéutica. ¿Se tiene en consideración este concepto? Cumplimiento terapéutico en la HTA*.

Actualizaciones. Publicación cuatrimestral. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial en <http://www.sehlelha.org/grupocumpli.htm>.

MARTIN A. (2004) Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana de Salud Pública. 2004; La Habana.

MARTIN, L. et al (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. (recuperado febrero de 2011) Revista Cubana de Medicina General Integral http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm

MOLLEIRO, O. García, G. (2004) Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el Abordaje de la Hipertensión Arterial Esencial Revista de Psicología. Vol. XIII Nº 2. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de psicología en [http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicología/docs/pdf_final_2004_2/psicología % 2013-2% 20. Pdf](http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicología/docs/pdf_final_2004_2/psicología%2013-2%20.pdf).

OLIVEIRA A, (2009), Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance, Revista latino-americana de enfermagen, vol 17, Nº1, en www.scielo.vr/scielo.php?script=sci.

OMS. (2003) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Editorial OMS. Ginebra Suiz. Recuperado 10 de enero de 2011. En <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.

ORUETA R, (2005) Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Buenos Aires.

ORUETA, R. (2005) Detección y abordaje del incumplimiento terapéutico en patologías crónicas. (recuperado el 21 de enero de 2011) Toledo.España.http://www.semfyec.es/santiago2005/Datos/Talleres2_08Manual.pdf.

PALOP, V. Martínez, I. (2005) Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. (recuperado febrero de 2011) Valencia. España. En <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.

Publishing Group, (2005). Clinical Evidence Concise, the International source of the best available evidence for effective health care, edición 14.

REYES F, RODRIGUEZ M, (1999) Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública mex, En <http://www.insp.mx/salud/43/434-8.pdf>.

ROSTAGNO C, et al (2000) Comparison of different methods of functional evaluation in patients with chronic heart failure. Eur J Heart Fail.

RUBINSTEIN, A, TERRASA, S (2007) Medicina familiar y práctica ambulatoria, segunda edición, editorial médica panamericana, España.

The Six Report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (1997). Arch intern; 157: 2.413-46.

VEGA M, et al, (2007), Intervención educativa sobre adhesión terapéutica en adultos mayores hipertensos en la comunidad "manzanillo 2007, en <http://www.sabetodo.com/contenidos/EkEAFVZVukquyOZDND.php>.

VARELA M, (2010), el reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial, pontificia universidad javeriana cali, en www.javeriana.edu.co/vivlos/tesis/enfermería2009pdf.

VERGEL, G. (1995) Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en 2 municipios de Ciudad de La Habana. Rev Cubana.

VILLAR F, et al. (2003) Guías de prevención y atención primaria de Hipertensión Arterial, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria recuperado 15 de julio 2011, [www. Semfyc.es](http://www.Semfyc.es).

World Health Organization- International Society of Hypertension. (1999) Guidelines for the Management of hypertension: 17: 151- 83.

www.inec.gov.ec.

CAPITULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1

TECNICA ESTANDARIZADA DE MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL

- Informe a la persona sobre el procedimiento a realizar.
- Para medición en posición sentada:
 - La extremidad superior deberá apoyarse en una mesa, a la altura del corazón.
 - Para medición en posición acostada: □ La extremidad superior deberá quedar en extensión sobre la cama. Si procede, coloque almohada o similar bajo el codo, para mantener esta posición.
- Coloque el manómetro a nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado y que permita leer la graduación de la columna de mercurio. Si usa manómetro manual portátil, colóquelo sobre una superficie lisa y dura.
- Ubique la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa antecubital).
- Coloque el manguito ajustado y firme y seleccionado de acuerdo a la circunferencia del brazo del examinado. Su borde inferior debe quedar 2,5 cm (dos traveses de dedo) sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial.
- Determine el nivel máximo de insuflación. Para ello: Ubique la arteria radial por palpación Sin dejar de presionar la arteria, infle lentamente el manguito hasta el nivel de presión en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica palpatoria).
Al valor de presión sistólica palpatoria identificado, súmele 30 mm Hg.
- Desinfe totalmente el manguito y espere 30 segundos antes de reinflar. En este momento puede tomar pulso radial y observar sus características.
- Coloque el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria braquial y bajo el borde inferior del manguito, con una presión suave asegurando que contacte la piel en todo momento.

- Insufle el manguito en forma rápida y continua hasta el nivel máximo de insuflación ya calculado.
- Abra la válvula de la pera de insuflación de manera tal que permita liberar el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mm Hg por segundo. Simultáneamente observe la columna de mercurio, identificando el nivel donde aparecen los 2 primeros ruidos audibles (presión sistólica) y la desaparición de los ruidos (presión diastólica).
- Registre en números pares en los formularios correspondientes los valores encontrados como también el brazo en que se realizó la medición.
- Si es necesario una segunda medición en el mismo brazo espere 1 a 2 minutos,(2)

Se estudiaron las siguientes variables: grupo de edades, sexo, escolaridad, estado civil,

Régimen terapéutico, factores psicológicos y socioeconómicos.

Los datos primarios fueron tomados de las historias clínicas familiares e individuales y de la entrevista aplicada por el autor de la investigación a los pacientes, previo consentimiento informado. Se llevaron a una encuesta confeccionada al efecto en correspondencia con los objetivos propuestos.

ANEXO 2

Encuesta para uso de variables del estudio

1. Grupo de edades

1.1 Entre 18 - 29 ____ 1.2 Entre 30 - 39 ____ 1.3 Entre 40 - 49 ____

1.4 Entre 50 -59 ____ 1.5 60 y mas ____

2. Sexo

2.1 Femenino ____ 2.2 Masculino ____

3. Escolaridad

3.1 Primaria ____ 3.2 .Secundaria ____ 3.3 Superior ____ analfabeto ____

4. Estado civil

4.1 Soltero ____ 4.2 Casado ____ 4.3. Divorciado ____ 4.4 Viudo. ____

5. Tratamiento

5.1 Cumple tratamiento no farmacologico si ____ no ____

5.2 Cumple tratamiento farmacológico si ____ no ____

6. Factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo

6.1 Factores psicológicos

Olvida tomar su medicamento

Cuando se siente mal

Cuando conoce que su TA esta elevada

Porque le produce algún Efecto indeseado

Porque no le parece importante su enfermedad

Por falta de tiempo

Porque no le ha dado resultados el tratamiento

No lo toma Porque por falta de tiempo no puede adquirirlo

6.2 Factores socioeconómicos

Porque no puede adquirirlos económicamente.

Valoración según riesgos en hipertensión

FACTORES DE RIESGO MAYORES/2)

No Modificables

- Edad y sexo: Hombre \geq 45 años o Mujer post-menopausica
- Antecedentes personales de enfermedad CV.
- Antecedentes familiares de enfermedad CV: sólo cuando estos han ocurrido en familiares de primer grado (Madre, Padre o Hermanos), antes de los 55 años en los varones y 65 en las mujeres.

Modificables

- Tabaquismo : fuma uno o más cigarrillos al día
- Dislipidemia : Colesterol total \geq 200mg/dL o colesterol LDL \geq 130mg/dL o colesterol HDL $<$ 40 mg /dL y triglicéridos (TGC) \geq 200 mg/dL
- Diabetes Mellitus: glicemia en ayunas \geq 126 mg/dL en al menos dos ocasiones o glicemia casual \geq 200 mg/dL asociada a síntomas clásicos.

FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES

- Obesidad: IMC \geq 30
- Obesidad abdominal: circunferencia de cintura (CC) \geq 88 cms. En la mujer o \geq 102 cms. en el hombre.
- Hábito sedentario: no realiza actividad física de intensidad moderada con una frecuencia de al menos tres veces a la semana; durante un mínimo de 30 minutos.
- Colesterol HDL $<$ 40 mg/dL
- TGC \geq 150 mg/dL que no los encuentra regularmente en farmacia

Test de Morisky-Green-Levine.

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

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

Según los autores y criterios de la literatura consultada, se consideraron adherentes (ADH) a quienes contestaron NO a las cuatro preguntas y no-adherentes (NAD) a quienes contestaron SI a una o más.

Test de Morisky-Green-Levine modificado

Fig. 1
Valoración de la adherencia terapéutica

Test de Morinsky y Green	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Se le olvida tomar alguna vez los medicamentos para la tensión?2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?
Preguntas adicionales	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Considera que la HTA es una enfermedad para toda la vida?2. ¿Cree que se puede controlar con dieta y/o medicación?3. Me podría decir el nombre de dos o más órganos que podrían lesionarse por tener la tensión alta.

CUESTIONARIO DE INVESTIGACION

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo

debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

Tensión arterial _____ Perímetro abdominal _____ IMC _____

Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____

2. No _____

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cuando se siente bien suspende los medicamentos para su presión arterial					
4. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta (dieta baja en sal)					
5. Asiste a las consultas de					

seguimiento programadas					
6. Consulta a otros profesionales de la salud para el control de su enfermedad (por ejemplo psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.)					
7. Se toma la presión arterial fuera de la consulta médica					
8. Realiza los ejercicios físicos indicados					
9. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
10. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
11. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
12. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
13. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
14. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
15. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su Médico					
16. Fuma					
17. Toma bebidas alcohólicas					
18. Se siente apoyado por su familia, frente a su enfermedad					
19. Cuando se siente enojado o angustiado, hace algo que le permita sentirse mejor, por ejemplo desahogarse llorando, buscar alguien para hablar, distraerse en alguna actividad, buscar el lado bueno de la					

situación, leer, meditar, etc.					
20. Su familia conoce el nombre de la medicación que usted toma					
21. Su familia le acompaña y forma parte de la dieta baja en sal					
22. Su familia realiza actividad física con usted					



APLICACIÓN DE LOS TEST DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



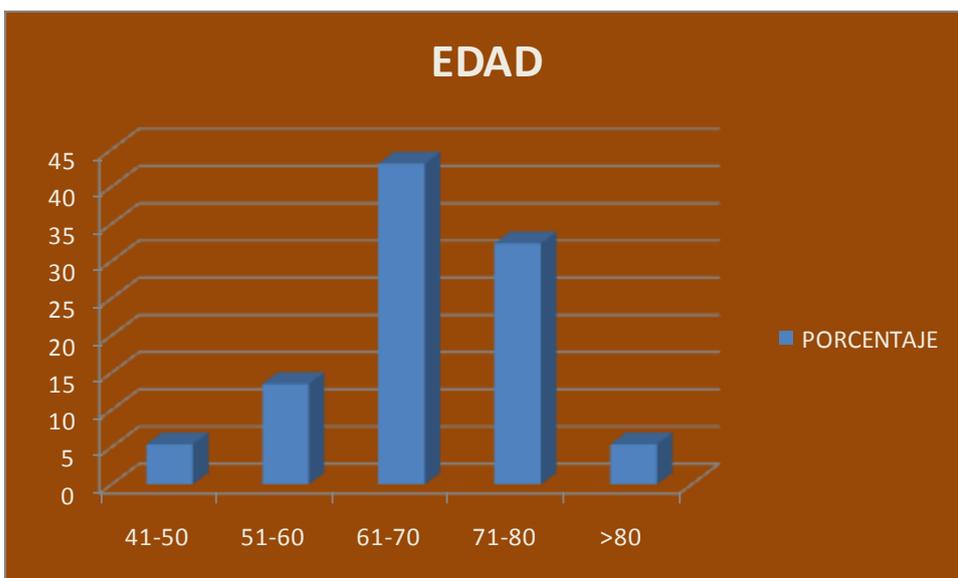


VISITAS DOMICILIARIAS



GRAFICO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN EDAD. CUENCA- 2011.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA". SEGÚN EDAD. CUENCA- 2011.

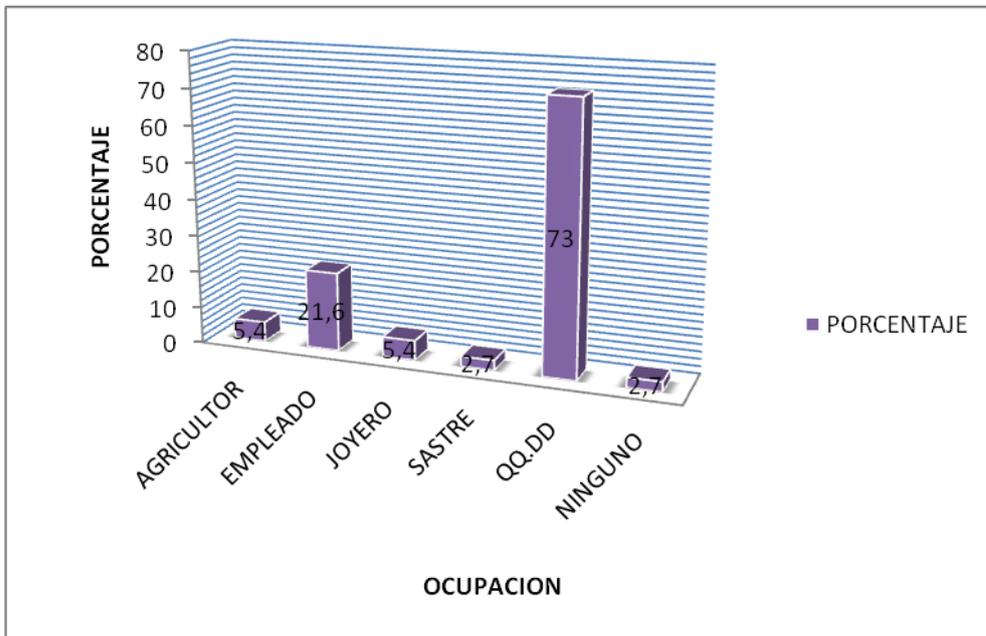


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 3.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN OCUPACION. CUENCA- 2011.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 4.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA". SEGÚN EDUCACION. CUENCA- 2011.

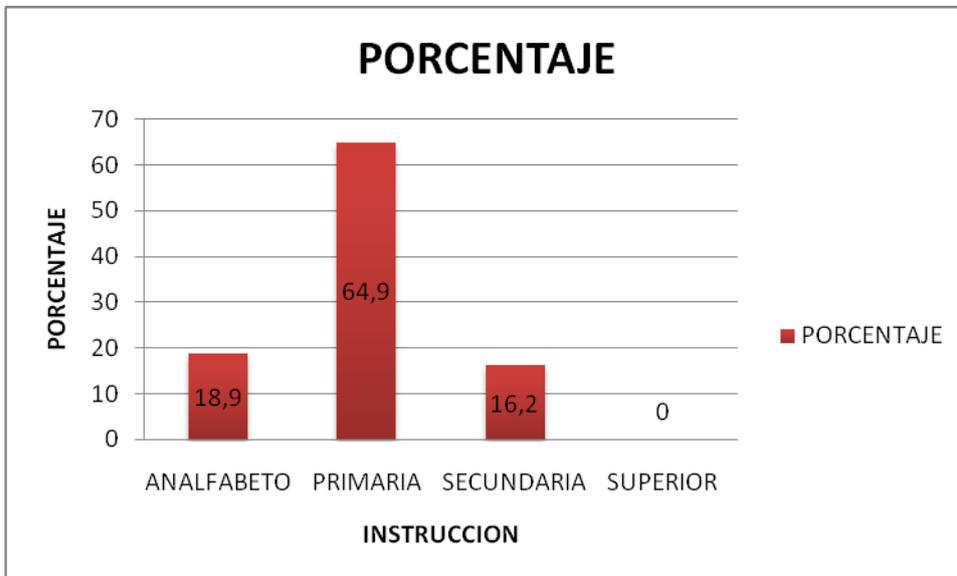
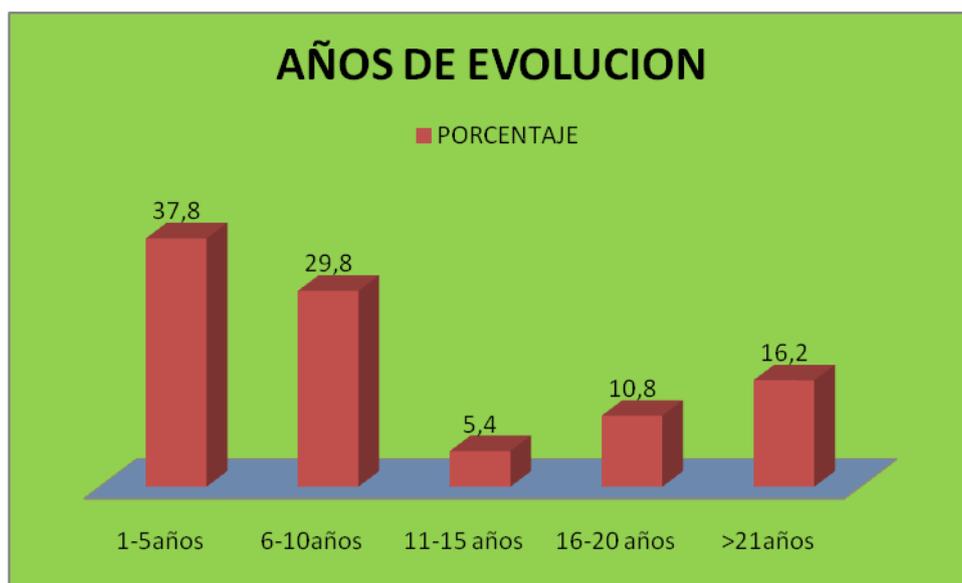


GRAFICO # 5.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA". SEGÚN AÑOS DE ENFERMEDAD. CUENCA- 2011.

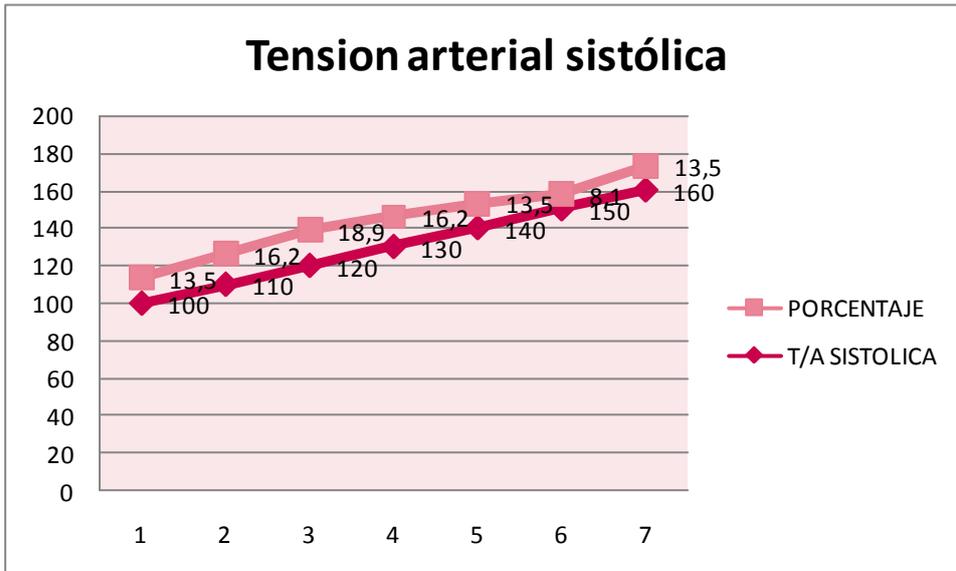


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 6.

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN VALOR DE TENSION SISTOLICA. CUENCA- 2011.

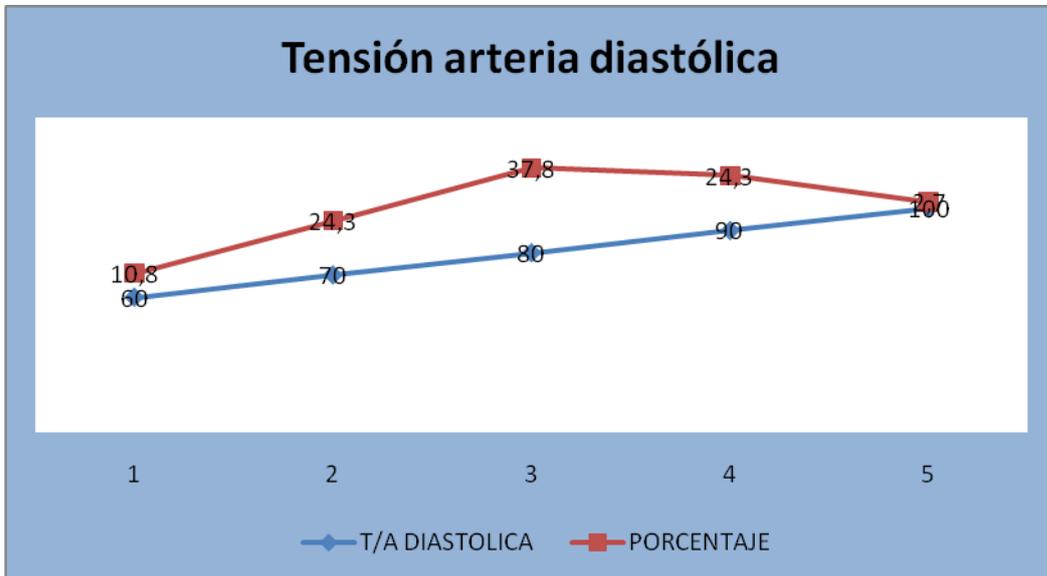


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 7

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA". SEGÚN TENSION ARTERIAL DIASTOLICA. CUENCA- 2011.

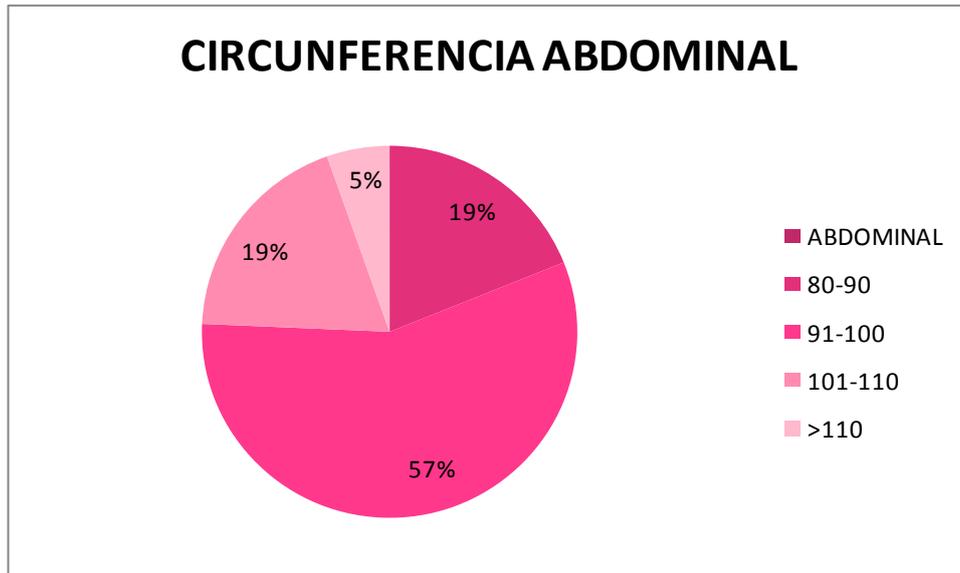


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 8

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL. CUENCA- 2011.

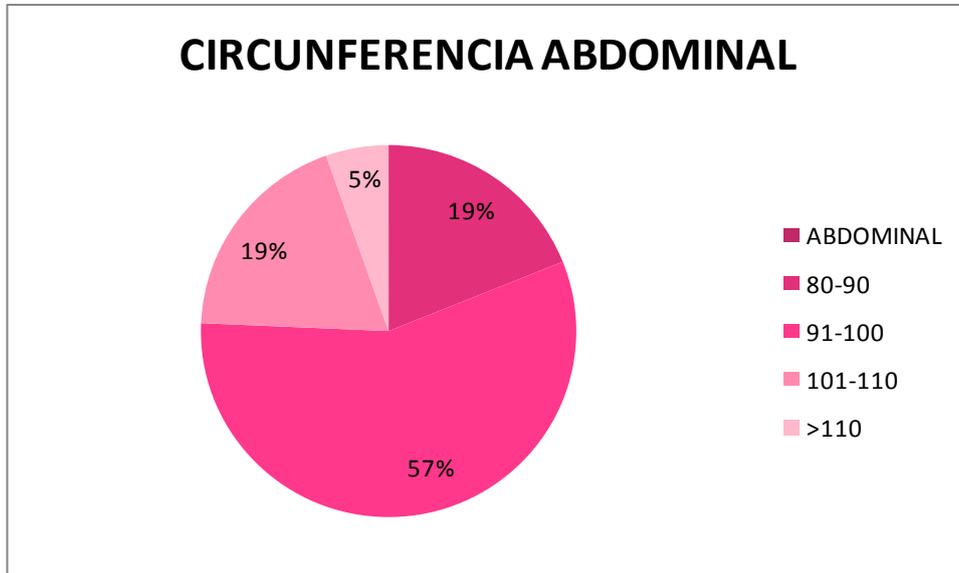


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 8

DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL. CUENCA- 2011.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 9
DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL
SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR “BELLAVISTA”. SEGÚN IMC.
CUENCA- 2011.

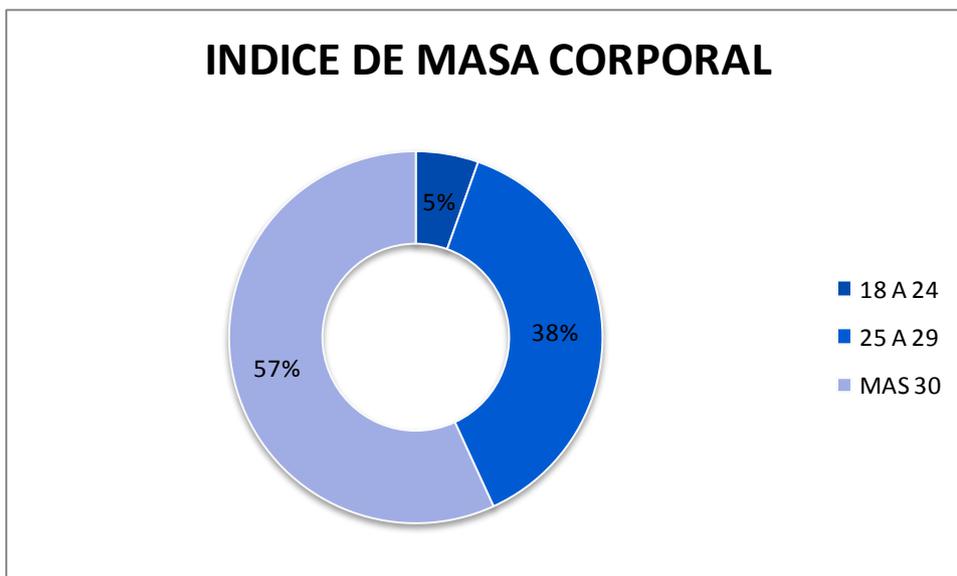


GRAFICO # 10

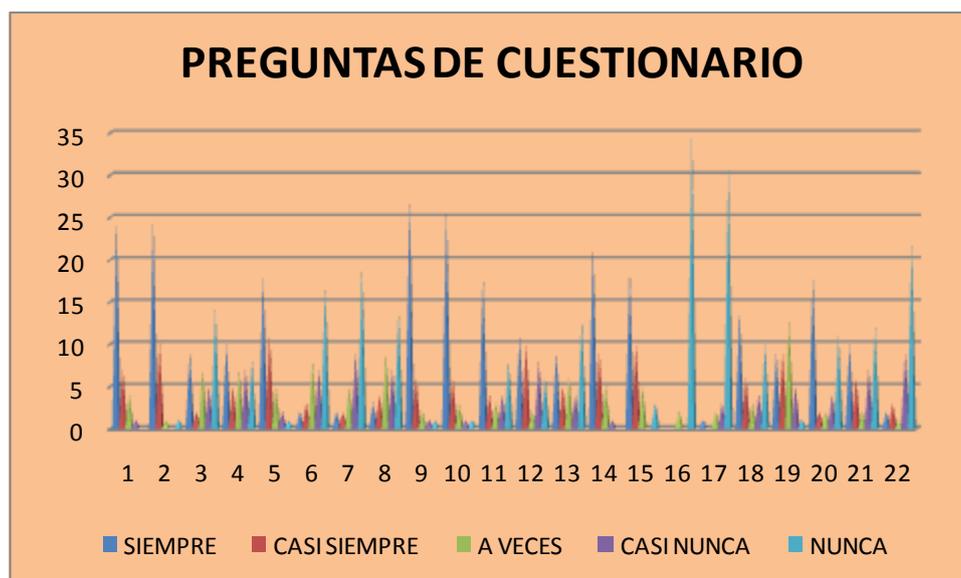
DISTRIBUCIÓN DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA". SEGÚN TRATAMIENTO. CUENCA-2011



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores

GRAFICO # 11
DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE 37 PACIENTES HIPERTENSOS
DEL SUBCENTRO DE SALUD DE EL CEBOLLAR "BELLAVISTA" EN EL
TEST DE VALORACION DEL PACIENTE HIPERTENSO.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Los autores