

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

***“FACTORES INFLUYENTES SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
FARMACOLÓGICA DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS POR
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ EN EL
PERIODO FEBRERO- ABRIL 2013”***

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

OSWALDO GALVANY LÓPEZ ERAZO

TUTOR:

SANTIAGO AGUILAR

QUITO - ECUADOR

AGOSTO 2013

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento permanente a Dios por darme el ánimo, la fuerza para continuar más aun en los momentos difíciles durante este periodo de formación y por permitirme caminar a su lado.

La colaboración de cada uno de mis tutores en el desarrollo y realización de este trabajo de investigación, sin su apoyo y confianza en mi trabajo y su guía permanente aportando con sus ideas y su oportuna participación han sido claves en este trabajo que hemos realizado juntos.

Al Hospital General Provincial “Pablo Arturo Suarez” por haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este trabajo.

A mi esposa Mercedes, mis hijos Mateo y Yuliana, mi madre Carmita y hermanos Emilia, Francisco y Javier, que gracias a su amor incondicional, cariño y apoyo he llegado a cumplir uno de los anhelos de mi vida, fruto de la confianza que en mi depositaron, por lo cual les viviré agradecido eternamente.

A mis compañeros de grupo, un saludo afectuoso por ser soporte importante en aquellos momentos difíciles de la formación, a mis tutores ha sido un camino largo y duro en el que, hemos superado obstáculos y hemos logrado objetivos valorando la importancia del contacto humano.

A todas aquellas personas que colaboraron e hicieron posible la cristalización de este sueño un eterno agradecimiento, sepan que sin su ayuda esto hoy no sería posible.

ÍNDICE

CAPITULO	Pagina
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	6
3. JUSTIFICACIÓN	25
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	28
6. MATERIAL Y MÉTODOS	28
7. RESULTADOS	39
8. GRÁFICOS	
GRAFICO 1: Distribución porcentual de la población estudiada según sexo	39
GRAFICO 2: Distribución porcentual de la población estudiada según grupo Etario	39
GRAFICO 3: Distribución porcentual de nivel de escolaridad de la población estudiada	40
GRÁFICO 4: Distribución del porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico	40
GRÁFICO 5: Distribución Numérica de adherencia según grupo etario	41
GRÁFICO 6: Distribución de la adherencia según el sexo	42
GRAFICO 7: Distribución numérica de adherencia según los factores relacionados con los pacientes	43
GRÁFICO 8: Distribución numérica de adherencia según los factores relacionados con la enfermedad	44
GRÁFICO 9: Distribución Numérica de adherencia según los factores relacionados con el personal de salud	45
GRÁFICO 10: Distribución Numérica de adherencia según los factores relacionados con los factores socio económicos	46

9. TABLAS

TABLA 1: Distribución Porcentual De Las Respuestas Según Test de Morinsky-Green-Levine	42
TABLA 2: Valor de P Adherencia y Test de Morinsky-Green-Levine	47
TABLA 3: Valor de p Adherencia y factores relacionados con el paciente	48
TABLA 4: Valor de p Adherencia y factores relacionados con la enfermedad	49
TABLA 5: Valor de p Adherencia y factores relacionados con el tratamiento	50
TABLA 6: Valor de p Adherencia y factores relacionados con el personal de salud.	51
TABLA 7: Valor de p Adherencia y factores relacionados con factores socioeconómicos	52
10. DISCUSIÓN	53
11. CONCLUSIONES	57
12. RECOMENDACIONES	59
13. BIBLIOGRAFÍA	60
14. ANEXOS	63

RESUMEN

Palabras clave: Hipertensión, Seguimiento Fármaco-terapéutico, Adherencia terapéutica.¹

El trabajo de investigación tuvo como objetivos determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos, los factores determinantes de la no adherencia y finalmente postular un perfil de la actitud de los pacientes acerca del cumplimiento a su tratamiento.

Para determinar el grado de adherencia terapéutica se utilizó el test normatizado de Morinski Green Levine. Para determinar los Factores Influyentes se utilizó un test de 20 preguntas que contiene 5 dimensiones de evaluación de acuerdo al perfil propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

Los resultados muestran una moderada prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes (72%) y los factores influyentes son los asociados con el tratamiento y con la condición socioeconómica de los participantes.

Se concluye que el nivel de adherencia estuvo por debajo del 30% y no obstante los más influyentes factores están relacionados con la condición socioeconómica y demográfica desfavorable. Estos resultados muestran que los pacientes hipertensos intervenidos mantienen un perfil de paciente incumplidor según los instrumentos utilizados.

Se sugiere, sobre la base de los resultados, desarrollar estrategias políticas, educacionales y motivacionales que hagan frente a los factores influyentes a fin de revertir escalonadamente los niveles de incumplimiento

SUMMARY

Key words: Hypertension, Pharmacotherapy follow, therapeutic Adherence.

The aim was determinate the adherence level of hypertensive patients to their treatments prescribed by their surgeons and the factors which influence over their attitudes and behaviors. At the end to set a patient profile as achiever of their pharmacological indications.

To evaluate the adherence level the Morinski Green Levine normalized method was used. To determine the influence factors over adherence a 20 questions test in 5 dimensions (behavior, treatment characteristics, health services, social and economic and those related with the sickness) suggested by de World Health Organization was applied.

The results shows moderate prevalence of non adherence patients (72%) and the most influence factors were those associated with treatment features.

We concluded that the adherence level is under 30% regardless the low adherence the most influence factors were these numbers are those related with the advantage socioeconomic and demographic status of some patients. The results show an outlines as a non adherent patients according with both surveys.

The development of educative, political programs about the facts which affect the hypertensive patient's adherence is suggested, in order to progressively gain a positive level of attitudes and a solid behavior towards the achievement of the medical advice and prescription.

INTRODUCCIÓN

El cumplimiento del tratamiento es un factor importante en el éxito de las terapias farmacológicas. Forma parte de los comportamientos y actitudes del paciente. Por el contrario el incumplimiento es un factor de riesgo para el agravamiento de las enfermedades crónicas, el control y estado de salud dependen de la toma diaria de medicamentos.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.

En este marco, la presente investigación pretende determinar cuáles son las causas de abandono o incumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes que padecen hipertensión arterial esencial.

ANTECEDENTES

La Hipertensión Arterial (HTA), representa el mayor riesgo de morbilidad cardiovascular, mortalidad por enfermedades coronarias e incrementa de manera notable el riesgo de desarrollar enfermedad cerebro vascular. (21) (14).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de HTA en América Latina oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de ello las estadísticas de prevención, tratamiento y control han descendido levemente en años recientes. (4).

Sin embargo los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones médicas en cuanto al uso de su medicación oscila entre el 20% y 80%.

La prevalencia de incumplimiento del 42% además de una relación significativa entre el control adecuado de presión arterial y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo. (2).

Los factores reconocidos influyentes sobre el nivel medio de hipertensión arterial son la edad, el sexo, la raza y el nivel socio económico. Así mismo se han estudiado los efectos del sobrepeso, la ingesta de sal, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol entre otros factores. (31) (30)

Justamente las acciones que conducen a controlar estos factores de riesgo son las recomendaciones iniciales más útiles para evitar distorsiones de la presión arterial sobre la medida de valores normales. (30). Sin embargo el enfoque de su manejo ha pasado de ser un objetivo por sí mismo a convertirse a su vez en un factor de riesgo que debe prevenirse y controlarse para evitar la aparición de enfermedades que involucran daño cardiovascular, cerebral, renal u ocular. (26).

La no adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema de salud mundial de gran magnitud. Esta realidad tiene como

consecuencia una mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente la agudización de la enfermedad y muerte. (19). Por ende la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, compromete la efectividad del tratamiento. (18).

Haynes en 1976 propuso: "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario". Las causas habitualmente conocidas más frecuentes de incumplimiento son los olvidos en las tomas de la medicación, el desconocimiento de porque debe tomarla, el miedo a presentar efectos secundarios.

MARCO TEORICO

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica (44). Segun el reporte del Joint National Committee of Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNCVII) (45). Se considera que un individuo mayor de 18 años es hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual a 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual a 90 mmHg. Los valores referenciales de presión arterial (PA) son los siguientes:

Clasificación PA	PAS(mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120-139	80-89
HTA: Estadio 1	140-159	90-99
HTA: Estadio 2	>160	>100

Tomado del séptimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNCVII) (45)

En el mundo la HTA solo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68%). De estos, el 53,6% recibe tratamiento adecuado, pero el control se logra en el 27% de los casos diagnosticados (46,47). Según los reportes de Augusti (1) en Perú y Rojas (48) en Chile 55% y 40% respectivamente de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados no son conscientes de ello ya que la mayoría de los casos de HTA cursa asintomático.

Los factores reconocidos influyentes sobre el nivel medio de hipertensión arterial son la edad, el sexo (con la edad más elevado en mujeres), la raza (mayor en afro descendientes que en blancos) y el nivel socio económico (prevalente en los niveles socioeconómicos bajos). Así mismo se han estudiado los efectos del sobre peso, la ingesta de sal, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol entre otros factores (33,49).

Las acciones que conducen a prevenir y controlar los factores de riesgo son las recomendaciones iniciales mas útiles para evitar distorsiones de la presión arterial por sobre la media de los valores normales. (49). El enfoque de su manejo ha dejado de ser un objetivo por sí mismo para convertirse en un factor de riesgo que debe prevenirse y controlarse. De hecho, un tratamiento adecuado es capaz de disminuir la incidencia de evento cerebro vascular en 35-40%, la de infarto agudo de miocardio en 20-25% y de la insuficiencia cardiaca en más del 50%.(50) El control de la hipertensión es un proceso complejo y multidimensional, cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones.

El objetivo inicial del tratamiento anti hipertensivo es mantener los valores de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg, previniendo riesgos de morbimortalidad cardiovascular asociada, como son los episodios cardiacos, cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica, para lo cual es necesario, además, tratar los factores de riesgo modificables y las comorbilidades (33).

En el manejo farmacológico, el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión (33) y otros (19,51) recomiendan la flexibilidad. Se evalúa la idoneidad y responsabilidad del médico actuante para decidir si tratar o no y que fármacos emplear en el primer momento. Se acepta como valido iniciar el tratamiento con

fármacos tiazidicos, beta bloqueadores, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, bloqueadores alfa adrenérgicos, agentes de acción central o combinaciones fijas de fármacos a dosis bajas. Si bien se cuestiona la seguridad de los alfa bloqueadores, antagonistas del calcio y beta bloqueadores, no se pueden descartar del uso diario, que acorde con las características fisiopatológicas del paciente son de utilidad en determinados casos (33, 51,52).

La gran mayoría de pacientes con la presión arterial elevada (82,2%) reciben IECA, seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores (1).

Esquema de fármacos más utilizados en la terapia antihipertensiva según condiciones clínicas asociadas.

	Diuréticos	B bloq	IECA	ARA	Ca bloq	Espironolactona
Insuficiencia cardiaca	x	X	x	x		X
Infarto agudo del miocardio		X	x			X
Insuficiencia coronaria	x	X	x	X		
Diabetes Mellitus	x	X	x	X		
Insuficiencia renal crónica	x		x	X		
Neuropatía crónica			x	x		
Insuficiencia Vascular	x		x			

Fuente: Revista médica Clínica Los Condes Vol.16, N°2, Abril 2005, página 87

La no adherencia al tratamiento es un problema de gran magnitud a nivel mundial. Situación que se ve reflejada estadísticamente, en los países desarrollados la adherencia terapéutica bordea el 50%, mientras que en los países en vías de desarrollo (como el nuestro) las tasas de adherencia son menores (53). Esta realidad da como resultado el incumplimiento de las metas sanitarias, mayor costo en salud, aumento de la incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad y finalmente la agudización de la enfermedad y la muerte (54).

Por lo tanto, no es conjetura afirmar que la deficiente adherencia a los tratamientos a largo plazo, compromete la efectividad del tratamiento. El paciente hipertenso que no cumple su terapia además de tener peores resultados sanitarios, también hace mal uso de los recursos económicos (10). Por lo que la primera tarea para optimizar recursos es identificar aquellos pacientes no adherentes (Fodor G.2005)

El criterio utilizado para catalogar una terapia antihipertensiva como exitosa, es el control de cifras arteriales. Esto a su vez depende de una terapia adecuada y de la voluntad del paciente para cumplirla. Sin embargo el identificar aquellos pacientes no adherentes es el primer y fundamental paso para hacer efectivo un tratamiento.

Para hacer referencia al fenómeno de adherencia terapéutica medica se reconocen un conjunto de términos como son: cumplimiento, adhesión, adherencia terapéutica, para realizar un abordaje al mismo aspecto; lo que nos puede confundir a profesionales, investigadores y pacientes (55). Está claro que el

completo beneficio de una terapia medicamentosa, solo va a ser, obtenida por aquellos pacientes que sigan los tratamientos prescritos de forma correcta (Osterberg.L., Blaschke T.2005)

Respecto a la adherencia terapéutica farmacológica podemos afirmar que es un tema importante en la salud pública mundial por ello ha sido motivo de amplias investigaciones desde 1950. Su relevancia se da por la elección que los pacientes hacen de seguir o no un determinado tratamiento farmacológico, ya que de ser esta elección negativa, inválida y anula la efectividad de las terapias mejor establecidas. (Dacrup A. & Meleis A.J. 1982)

Haynes (1976) definió a la adherencia como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionados por el médico o personal sanitario”.

En esta investigación tomaremos a la adherencia terapéutica en lo referente a su componente con la prescripción y toma de medicamentos. De la misma manera para este mismo concepto y de manera indistinta usamos los términos de cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.

Existen una serie de factores que intervienen en el incumplimiento terapéutico.

Las causas habitualmente conocidas más frecuentes son: olvido en las tomas de medicación, desconocimiento de porque deben tomarlas, miedo a presentar efectos no deseados o secundarios. Sin embargo se conocen numerosas causas de incumplimiento, basadas en un razonamiento lógico por parte del paciente que

ocasiona incumplimiento de este, como pueden ser, la prescripción de tomar la medicación en un horario que dificulta su toma la coincidir con otras actividades de su vida diaria, el abandono por mejoría clínica aparente, el abandono parcial por múltiples dosis de medicación, no tomar la medicación durante un viaje, la creencia de que no es necesario tomarla, no estar de acuerdo con el diagnóstico, el alto precio del medicamento o el no poder asistir a consulta para recoger las recetas del medicamento (37).

Pueden ser consideradas algunas barreras que favorecen el incumplimiento, como son la falta de conocimiento y actitudes sobre la enfermedad padecida y el tratamiento prescrito; la dificultad en recordar el horario o la toma de medicación; los propios efectos adversos producidos o el miedo de su aparición, la falta de soporte social, familiar o sanitario y por último la propia decisión razonada del paciente para incumplir (57).

Kirscht y Rosentock (11) consideraron como determinantes del cumplimiento del régimen terapéutico: causas sociales, las disposiciones psicológicas, el contexto social, demandas situacionales y las interacciones con el sistema de cuidado. Rodríguez Marín y Basterra (3) plantearon cuatro grupos de factores determinantes de la conducta de adhesión o no a las prescripciones médicas: la interacción con el profesional sanitario, las características del tratamiento, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

En este marco y para la presente investigación adherimos de manera general la propuesta de la OMS que plantea en su informe técnico seis dimensiones interactivas influyentes sobre la adherencia, las cuales estuvieron integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas para adherirse a su tratamiento.

Los factores socio económicos se definen como un factor independiente, sin embargo, en países en desarrollo las familias con un bajo nivel socio económico estarían sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir. Otros factores socioeconómicos incluyen la cesantía, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo, el costo elevado de algunos medicamentos, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento (4,8-11,59).

Un factor demográfico, en la que se destaca la población adulto mayor, que desde el punto de vista epidemiológico, presenta enfermedades principalmente cardiovasculares. Se estima aproximadamente un 50% del total de prescripciones farmacológicas están dirigidas a este grupo etario, a pesar de representar cerca del 12% al 18% de la población mundial, fenómeno que nos incluye y en la región tenemos casi un 20% de la población total (4,8-11).

Aunque se han realizado pocos estudios con respecto a los factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, estuvo comprobado que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento (4,8-11). La relación médico – paciente debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno, que se exploren medios terapéuticos alternativos, se negocie el régimen, se trate

la adherencia y se planifique el seguimiento. “El grado en el que el comportamiento de una persona a tomar el medicamento, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Sabate E. 2004).

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

Las múltiples implicaciones vinculadas a los factores relacionados con el tratamiento como son la complejidad del régimen terapéutico, duración cambios de terapia fracasos de esta y efectos colaterales (11).

Por último los factores relacionados con el paciente representan las herramientas que el paciente tiene para enfrentar el proceso de la enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, actitudes, creencias, percepciones y perspectivas. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica.

Los métodos indirectos tiene que ver que la determinación de niveles plasmáticos de medicamentos y la medición de residuos y metabolitos en orina, los cuales son caros y difíciles de poner en práctica por ser invasivos y necesitar de tecnología. Así mismo, los métodos indirectos, mucho más cómodos y sencillos incluyen: entrevistas con pacientes, conteo de medicamentos, registro de resurtido y la evaluación del estado de salud.

En la presente investigación utilizare el método denominado Medication Adherence Scale (MAS) validado por Morinsky, Green y Levine(62), método que ha demostrado elevado potencial predictivo como auto informe sobre adherencia y con capacidad para predecir en nivel del control de la presión arterial.

Dentro del concepto de adherencia terapéutica se incluyen otros destinados a objetivizarlo desde el punto de vista científico, dentro de los cuales el más utilizado es el “índice de tratamiento farmacológico”, que se entiende como el porcentaje de las dosis prescritas del medicamento, realmente tomadas por el paciente en un periodo de tiempo determinado. Al observar los resultados de diversos estudios que se utilizan esta objetivación matemática, se puede comprobar que comparativamente los índices de adherencia son más altos en pacientes con enfermedades agudas que en pacientes con enfermedad crónica y que la presencia de estos es muy baja, la cual disminuye aun mas después de los seis meses.

ESTRÉS FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

La presencia de un enfermo crónico altera a todos los miembros de su familia, mas aun el cuidador principal que tiene sobrecarga de trabajo y se somete a niveles intensos de estrés.

La adherencia a largo plazo ha recibido una considerable atención por su importancia para prevenir complicaciones y para evaluar el régimen terapéutico. Escalona (2005) menciona que solo del 40 al 75% de los pacientes cumple con su tratamiento a pesar de disponer de él.

La HTA es controlable; no obstante, los enfermos no cumplen adecuadamente con el tratamiento y ello puede causarles serias complicaciones de salud hasta la muerte. Esta falta de control

representa altos costos al sistema de salud, gastos para el paciente y familia, ausencias laborales, retiros laborales. De ahí la importancia de promover en los enfermos el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, es decir la adherencia terapéutica, aspecto fundamental para la eficacia de la intervención farmacológica.

Osterberg y Blaschke (2005) definen la adherencia como “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o equipo de salud, desde el punto de hábitos o estilo de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente” (pag.14)

DiMatteo y DiNicola (2003) “.... Se refiere a un 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 en sus características psicológicas y sociales”. (Martin, Sairo y Barre. p.2).

El cuidador principal es el mayor apoyo del paciente hipertenso para que este se adhiera a su tratamiento. Pues le aporta el apoyo necesario para afrontar y manejar su padecimiento. Esta persona es quien apoya al paciente no solo proporcionándole la medicación y dieta adecuada, apoyándolo en su cuidado y aseo personal, ayudándolo a hacer sus ejercicios en caso necesario, sino también que lo acompaña a sus consultas medicas, a realizarse análisis clínicos requeridos, es la persona que lo apoya a adherirse a su tratamiento y con ello prevenir problemas graves de salud que pudieran causar su muerte. La persona que se desempeña como cuidadora ve afectadas sus actividades cotidianas, sus relaciones sociales y su salud.

Por cuestiones culturales, muchas mujeres hoy en día son las responsables de toda o casi toda la carga doméstica, lo cual incluye el cuidado de los miembros de la familia enfermos, lo que agrega una carga de trabajo, siendo frecuente encontrar mujeres que llevan a cabo triple carga de trabajo, lo cual puede someterlas a altos niveles de estrés y desgaste físico que puede tener consecuencias importantes sobre su salud.

El tipo de enfermedad, el grado de dependencia al cuidador, el tipo de tratamiento y las habilidades de afrontamiento del enfermo influyen en la adherencia terapéutica, por lo tanto un enfermo con mejor recurso conductual y psicológico, puede adherirse muy bien a su tratamiento.

Las instituciones de salud no solamente deben dirigir sus programas para mejorar la salud de los enfermos, sino también para habilitar y apoyar a los familiares cuidadores, con el fin de que se reduzcan los riesgos para la salud de estos, y para que se logre un mejor control de las enfermedades crónicas, todo lo cual puede repercutir de manera positiva no solo al nivel de la familia de los pacientes, sino también para reducir el impacto económico que representan a nivel social los servicios médicos implicados.

CREENCIAS EN SINTOMAS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON HTA.

El control de la hipertensión arterial (HTA) es considerado como el objetivo principal en la prevención primaria y secundaria de los trastornos cardiovasculares (Ross, Walker y MacLeod, 2004).

Epidemiológicamente los hallazgos demuestran que cuanto más elevada es la tensión más alta es la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular (Acosta, et al 2005, Kannel 2000). La HTA es un factor de riesgo teóricamente modificable. Sin

embargo, es un hecho suficientemente contrastado que el control real de HTA dista mucho de ser óptimo. Uno de los factores determinantes que se han relacionado con el mal control y sus consecuencias es el bajo cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, conocidas como falta de adherencia al plan de tratamiento.

La HTA como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. La conducta de adherencia a un tratamiento debe ser considerada como un repertorio complejo que se establece en función de múltiples variables sujetas a la necesidad de la comprensión y el control de los diferentes comportamientos que la definen, unido a la motivación por llevarlos a cabo.

Los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las indicaciones oscila entre el 20% y el 80%, si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50% (Blumenthal, et. al 2002).

Como problema central en el tratamiento de la HTA, numerosos estudios se han centrado en la búsqueda de factores determinantes implicados en la conducta de adherencia. Entre los múltiples factores o variables que se han relacionado con el incumplimiento del tratamiento en hipertensión se han estudiado las características de la prescripción terapéutica y de la enfermedad, las características contextuales, la interacción profesional-paciente, sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el tratamiento, el grado de amenaza que la enfermedad representa.

Por otro lado, es conocido que la percepción de los síntomas es uno de los predictores del nivel de seguimiento de las

recomendaciones terapéuticas. La percepción de síntomas y su correspondiente informe son afectados por las creencias sobre el funcionamiento del organismo, las contingencias y las influencias socio- culturales.

Una aproximación al fenómeno de adherencia consiste en considerar la percepción de los síntomas como uno de los predictores del nivel de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas. En la hipertensión los síntomas han de considerarse de manera especial, puesto que la información clínica disponible la HTA no presenta síntomas consistentes o fácilmente reconocibles, Galton en 1973 la denominó asesino silencioso (the silent killer). Sin embargo, numerosos estudios han mostrado que la mayoría de pacientes hipertensos, a pesar de haber sido instruidos acerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad, manifiestan percibir síntomas que señalan su nivel de tensión arterial y que utilizan como guía para la toma de la medicación y/o cumplimiento del resto del tratamiento, lo que indicaría la creencia generalizada sobre la enfermedad hipertensiva como enfermedad sintomática. (Granados Gámez y Gil Roales-Nieto 2005)

La ausencia de síntomas identificada como señal de que la tensión arterial está bien implica un serio riesgo de que el paciente abandone o altere el tratamiento rompiendo su adherencia, pero además, es la presencia de los mismos síntomas lo que se identifica como señal de que la tensión arterial ha subido y lleva a retomar o restablecer los parámetros del tratamiento recuperando la adherencia. Este patrón absoluto control sintomático de la enfermedad es un serio patrón de riesgo cuya solución solo puede ser abordada desde el plan conductual.

De manera que cuando creen percibir las señales de que su presión arterial esta elevada, en forma de cualquier malestar en la cabeza, taquicardia, etc., la respuesta del paciente es intentar

revertir el proceso que supuestamente cree está produciendo la elevación de la presión arterial. Lo contrario sucede cuando los síntomas están ausentes.

Además teniendo en cuenta que la prescripción farmacológica constituye parte del tratamiento hipertensivo y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos datos deben ser considerados una seria advertencia que señala la posible inestabilidad al riesgo de un importante porcentaje de pacientes por sus propios patrones comportamentales, convirtiéndolos en candidatos al fracaso de su sistema vascular a mediano plazo.

PERSPECTIVA PSICOLOGICA DE LA CONDUCTA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Se debe mencionar como fundamento principal el Modelo de Creencias en Salud, creado por un grupo de psicólogos norteamericanos (Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosentock). Quienes lo definieron como: “un modelo de inspiración cognitiva que considera el comportamiento como el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada”.

Este modelo depende de dos variables:

- a) El deseo de evitar la enfermedad (o si está enfermo recuperar la salud)
- b) La creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

En este modelo se plantean estructuras que pueden incidir y afectar la conducta del individuo frente al proceso de enfermedad.

Los componentes encontrados por Moreno y Gil (2003) son los siguientes:

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

Podemos decir que la falta de adherencia de los pacientes hipertensos al tratamiento farmacológico tiene causalidad multifactorial, por lo cual se debe poseer formación especial para su detección y manejo adecuado. Un ensayo publicado por (C. Escobar y et al 2000) refleja como los mitos sociales en América Latina influyen en la prevención de la hipertensión arterial, afectando esto a la adherencia terapéutica. Dicho estudio postula a este fenómeno como uno de los principales responsable de los problemas de aplicabilidad de los programas de prevención y control a la vez que desmiente la validez de dichos mitos demostrando su falsedad. Esta realidad cultural y social, envuelve un nuevo reto en salud, que orienta a la búsqueda de políticas sanitarias equilibradas, resaltando la importancia en las enfermedades crónicas no transmisibles y su respectivo control.

Entre los mitos desmentidos por el estudio antes mencionado se encuentran:

- a) Las enfermedades no transmisibles son degenerativas e incurables.
- b) Las enfermedades no transmisibles son padecimientos de la vejez.
- c) Las enfermedades no transmisibles son padecimientos de los ricos.

INFORME DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DE ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO

FACTOR SOCIO ECONOMICO: Dentro de los factores que influyen en la adherencia terapéutica, este se define como un factor independiente, sin embargo, en países en desarrollo las familias con un bajo nivel socio económico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir ya sea porque el arsenal farmacológico es limitado en clases de medicamentos, formas de presentación, atributos propios de los fármacos de última generación. Otros factores socioeconómicos incluyen la cesantía, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo, el costo elevado de algunos medicamentos, la cultura, las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.

FACTOR DEMOGRAFICO: Un factor importante es el demográfico, en el que se destaca la población adulto mayor, que desde el punto de vista epidemiológico, representa un vuelco desde los accidentes y enfermedades neoplásicas como causas de morbi-mortalidad a enfermedades principalmente cardiovasculares. Se estima que aproximadamente un 50% del total de prescripciones farmacológicas están dirigidas al adulto mayor, a pesar de representar cerca del 12 al 18% de la población mundial.

FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO DE SALUD O SISTEMA DER ASISTENCIA SANITARIA: aunque se han realizado pocos estudios al respecto, está comprobado que una buena relación proveedor paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar el seguimiento.

FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD: las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La presencia de síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión, gravedad de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que otorgan al seguimiento.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO: son múltiples las implicaciones vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE: Estos representan los elementos y herramientas que tienen el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica.

La no adherencia al tratamiento es un problema mundial de gran magnitud. No es conjetura afirmar que la adherencia deficiente a los

tratamientos a largo plazo, compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población, desde la perspectiva de calidad de vida y de economía en salud.

Diversos estudios arrojan como resultado cifras estadísticas que avalan la magnitud de este problema sanitario, como por ejemplo, un estudio del año 2005 publicado por Ingaramo R., evidencia que 20% de la población mundial padece hipertensión arterial, mientras que la OMS en su publicación 2004 establece que solo un 25% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo.

EMPODERAMIENTO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS

Los sistemas de salud son organizaciones favorables a un proceso de empoderamiento siempre que sea bien hecho.

Los servicios de Salud tienen la particularidad de que sus usuarios forman parte activa en este proceso, sin la contribución del paciente el proceso está incompleto y no es posible su ejecución. El empoderamiento de los pacientes desempeña un papel preponderante para mejorar su calidad de vida, evita complicaciones y reduce los costos individuales y sociales relacionados con su enfermedad que se fundamenta en tres pilares fundamentales:

- Preparación psicológica a una consciencia de autocuidado
- El reconocimiento de sus derechos en términos de las decisiones sobre su salud
- La información, preparación física y el entrenamiento necesarios para ejercer ambas cosas

Otro enfoque tiene que ver con otorgarles a los pacientes la posibilidad de intervenir activamente en las decisiones sociales y comunitarias que determinan la salud.

El empoderamiento tiene relación con la promoción de salud contribuyendo a que la persona:

- Asuma una responsabilidad sobre su enfermedad y dependa menos de otros
- Desarrolle una cultura a un estilo de vida favorable.
- Conozca a profundidad todo lo referente a sus medicamentos
- Aprenda a prevenir los posibles problemas que puedan presentarse a reconocerlos y solicitar ayuda de ser necesario
- Sepa como y porque son las medidas no farmacológicas y desarrolle conocimiento y habilidad para medir su propio avance
- Gane autoconfianza
- Entre en contacto en pacientes con situaciones similares

JUSTIFICACIÓN

La importancia de la presente investigación es contribuir a develar si los pacientes Hipertensos que asisten a la consulta externa del Hospital “Pablo Arturo Suarez” son cumplidores o no de las indicaciones medicas. Así mismo identificar, si se incumple la medicación, causas por las cuales se manifiestan estas conductas.

Al identificar las causas del incumplimiento, se podrá establecer un perfil de paciente incumplidor que luego del examen clínico y al momento de la prescripción y dispensación (consulta y pos consulta) ayudara a entregar indicaciones apropiadas y sugerir las intervenciones de terceros que apoyen y alienten a cumplir con sus indicaciones. (23).

Al conocer los factores que originan la falta de adherencia terapéutica se podrán establecer intervenciones medicas con objetivos educativos precisos para disminuir los aquellos más influyentes, que se reflejara en la calidad de vida del paciente, evitando recaídas, complicaciones cardiovasculares y renales mas graves. Si el paciente se mantiene con una presión controlada evitara cambios forzados en su medicación hacia medicamentos más complejos, peligrosos y más costosos. (10).

La responsabilidad profesional exige una actitud proactiva, previsor y educativa. (5). Para el desarrollo de estrategias propias que tomen en cuenta las diferencias particulares de nuestra población. (6). En este ámbito esta investigación contribuirá con un procedimiento de acercamiento hacia el paciente y el uso de herramientas que mida el cumplimiento de la medicación tomando en cuenta los factores sociales, demográficos y particulares del servicio de salud influyentes en su cumplimiento.

El conocer las causas de potencial abandono de la medicación en las características y condiciones de vida de un paciente hipertenso en nuestro país a partir de lo cual se podrán proyectar estrategias educativas para prevenir su incidencia y prevalencia en la comunidad. (13).

Es necesario determinar cuáles son los factores influyentes más importantes. Si bien es cierto existen referencias acerca de cuáles son las causas y se pueden consultar una clasificación propuesta por la OMS (13), es necesario determinar nuestras particulares diferencias, básicamente porque el desarrollo económico, las diferencias sociales y demográficas, el acceso a medicamentos y el desarrollo del sector salud en nuestro país es diferente a la situación que reflejan las investigaciones que sustenta el reporte de la OMS llevadas a cabo en realidades más desarrolladas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión es un signo de riesgo muy alto de enfermedad cardiovascular y otras patologías asociadas. La concurrencia de pacientes hipertensos a los servicios de atención es muy frecuente lo que ha motivado a desarrollar estrategias dirigidas a mejorar los estilos de vida de estos pacientes.

Sin embargo aun no existen estrategias bien establecidas encaminadas al control y vigilancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico. La falta de evaluación en la toma de medicamentos, no hay una clara comunicación que indique al paciente que las intermitencias en la medicación por cualquier motivo podrían ser detonantes de crisis hipertensivas de efectos muy negativos.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico ya sea por influencias, creencias, hábitos y patrones culturales da lugar a la disminución de la eficacia y de la efectividad de las medidas terapéuticas y un aumento de la morbi mortalidad cardiovascular.

Frente a este problema planteo el problema de investigación:

¿Son los factores socios demográficos, la edad y la escolaridad de los pacientes factores influyentes en el cumplimiento terapéutico farmacológico de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa del Hospital "Pablo Arturo Suarez" en el periodo febrero-abril 2013?

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores influyentes sobre el cumplimiento terapéutico farmacológico de pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Hospital “Pablo Arturo Suarez” a través de entrevistas personalizadas en la pos consulta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el nivel de adherencia terapéutica farmacológica en la muestra seleccionada de pacientes ambulatorios del Hospital Pablo Arturo Suarez, utilizando el método Morinski Green Levine (MGL).
2. Identificar y categorizar a través de una encuesta pre elaborada, la no adherencia en estos pacientes.
3. Proponer un perfil para el paciente hipertenso no adherente al tratamiento farmacológico que se atiende en la consulta externa del Hospital “Pablo Arturo Suarez”.

HIPOTESIS

Los factores socio demográficos, la edad y la escolaridad de los pacientes son factores influyentes en el cumplimiento terapéutico farmacológico de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa del Hospital “Pablo Arturo Suarez” en el periodo febrero abril 2013.

METODOLOGIA

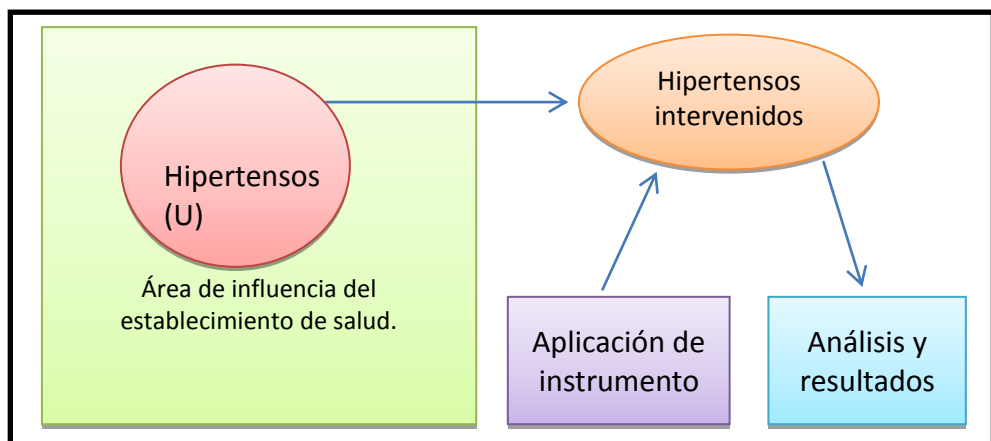
DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal, no probabilístico que corresponde al tipo de una investigación cuantitativa.

- Se considera adecuada la metodología, ya que se recogerán y analizarán datos sobre variables cuantificadas, y en donde se

determinara la asociación entre las variables, para así describir a la población en estudio.

- La cuantificación incrementa y facilita la comprensión del universo al que pertenece el punto de estudio.
- Es descriptivo, ya que, se caracteriza el comportamiento en la toma de medicación y se establecerá una relación con las variables de consecuencia de esta.
- De tipo transversal porque es una observación sin seguimiento, en un momento del tiempo determinándose los efectos. (febrero-abril del año 2013).



POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio, pertenece a los pacientes 500 pacientes registrados como hipertensos esenciales que acuden a la consulta externa del Hospital “Pablo Arturo Suarez”, de los cuales 200 reunían las características necesarias para un correcto análisis. Dentro de otros criterios de inclusión utilizados se cuenta que estos pacientes debían estar tomando algún tratamiento farmacológico antihipertensivo registrado en sus fichas clínicas.

Por razones geográficas, recursos humanos y técnicos se optó por realizar un muestreo de forma aleatoria de la población antes

mencionada. De aquí se tomara una muestra poblacional para encuestar, con una prevalencia esperada de 40% para adherencia terapéutica, según informes de la OMS y con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, con lo que se obtuvo un tamaño muestral de 142 personas.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Adultos entre 40 y 70 años con tratamiento por hipertensión arterial esencial y que regularmente consuman dos medicamentos antihipertensivos como resultado de un diagnóstico y prescripción médica.
- Hayan asistido a la consulta en los últimos dos meses.
- Acepten de forma escrita participar en la experiencia.
- Pacientes con registros completos en su ficha clínica.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Diagnóstico de hipertensión secundaria.
- Alguna otra enfermedad crónica sujeta a uso regular de medicamentos.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para obtener los datos que deben ser analizados y necesarios para alcanzar los objetivos de la presente investigación se utilizaran la técnica de entrevista personal pos consulta apoyada con instrumentos basados en cuestionarios para medir las variables Cumplimiento Terapéutico y Factores que Influyen en el Cumplimiento Terapéutico.

INTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE DE ADHERENCIA TERAPEUTICA.

El grado de variable será determinado de manera indirecta utilizando el Test de Cumplimiento Auto comunicado de Morinski-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde NO a las cuatro preguntas, y si contesta SI en al menos una de las preguntas se clasifica como no adherente. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre puntaje alto del test y buen control de la presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje del test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. Este estudio fue publicado en 1986 en la revista médica Medical Care, se lo utiliza desde entonces debido a lo breve y sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y a la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test.

Este instrumento se aplicara en la primera entrevista y tiene un promedio de aplicación de 7 minutos.

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE FACTORES INFLUYENTES SOBRE EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO (TFI).

El instrumento se basa en los factores influyentes sobre la adherencia terapéutica definidos por la OMS.

Según la OMS factores influyentes sobre la adherencia terapéutica son todas las actitudes y creencias que la afectan e inciden de manera negativa para que el paciente incumpla las pautas terapéuticas. Los factores asociados al incumplimiento se sondearan en cinco categorías en las que se pueden agrupar:

- 1.- Actitudes y creencias propias de los pacientes.
- 2.- La percepción que tienen de su enfermedad
- 3.- Factores del tratamiento.
- 4.- Factores asociados a la relación médico –paciente.
- 5.- Factores socio económicos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

DEFINICION	NOMINAL	OPERACIONAL
Adherencia terapéutica farmacológica	Es el Grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento se corresponde según la recomendación (indicación) acordada por un prestador sanitario	Adherente: MGL: persona que responde NO a las cuatro preguntas del Test. TFI: persona obtiene menor puntaje significa mayor efecto sobre la adherencia (20pts) No Adherente: si contesta SI en al menos una pregunta del Test. TFI: mayor puntaje representa menor efecto sobre la adherencia (100pts).

VARIABLES INDEPENDIENTES

DEFINICION	NOMINAL	OPERACIONAL
Sexo	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino
Grupo Etario	Años cumplidos a la fecha de ser encuestado y clasificado según el programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Adulto: entre los 40 y 64 años de edad cumplidos a la fecha de estudio. - Adulto Mayor: 65 o más años cumplidos a la fecha de estudio.
Escolaridad	Años de estudios académicos cursados hasta la fecha de ser encuestados	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria completa: 6 años de estudios formales. - Primaria Incompleta: 1-5 años de estudios formales. - Sin estudios: 0 años de estudios formales.

PROCEDIMIENTO.

El procedimiento para el levantamiento de información del presente proyecto se hará en el marco de una metodología de intervención institucional en la consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez.

El procedimiento consiste en un primer contacto con el paciente para programar con él dos entrevistas institucionales en la pos consulta en las cuales, en la primera, se recogerá información general y sobre los medicamentos. Preparar información individualizada que se compartirá al paciente en una segunda entrevista. Todo el trabajo se hará dentro de una estrategia informativa y de servicio paralelo a la aplicación de los instrumentos de medición de los cuales se obtendrán los resultados de la presente investigación.

La primera actividad será asegurar la participación de un número mínimo de pacientes atendidos de manera regular en el Servicio de Salud. La estrategia para lograr el número mínimo de pacientes será dirigir una carta al Gerente del Hospital "Pablo Arturo Suarez" solicitando su autorización para desarrollar el proyecto. La propuesta se sustentará en los resultados que servirán al establecimiento para desarrollar un programa sostenible dirigido a mejorar el cumplimiento terapéutico de pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital "Pablo Arturo Suarez".

A través de las listas de atención de pacientes se identificarán aquellos con diagnóstico definitivo de hipertensión que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación y que se hayan atendido en el servicio en los últimos dos meses.

Con los listados y el respaldo de la aceptación del Establecimiento de Salud se visitaran los domicilios de los pacientes seleccionados informándoles del servicio. Se les comunicará que el objetivo de la investigación estará orientado a identificar problemas en la toma de su medicación para la hipertensión. Se solicitará su aceptación a participar

mediante consentimiento escrito. Si el paciente acepta el trabajo se programará en conjunto la primera entrevista para el levantamiento de la información.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos de la presente investigación se derivan del análisis estadístico de los datos obtenidos de los pacientes que participaron en el estudio. . En MS Excel se confeccionaron tablas de doble entrada para el análisis de los resultados de cumplimiento terapéutico, se determinaron los porcentajes de cumplimiento según cada pregunta y la estructura del test y el nivel de cumplimiento terapéutico general del promedio de cada variable del test.

Para evaluar los factores influyentes el análisis fue por cada dimensión de acuerdo al instrumento. Se valoro con el mayor puntaje a la respuesta que favorezca más el cumplimiento individual. Se obtuvieron porcentajes sobre la frecuencia de los factores más influyentes de manera individual y en el grupo de estudio.

Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se estableció en qué medida los resultados de los factores asociados tenían relación con los resultados del test de Morinski-Green-Levine.

Los análisis estadísticos se hicieron mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12.El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de 0,05.

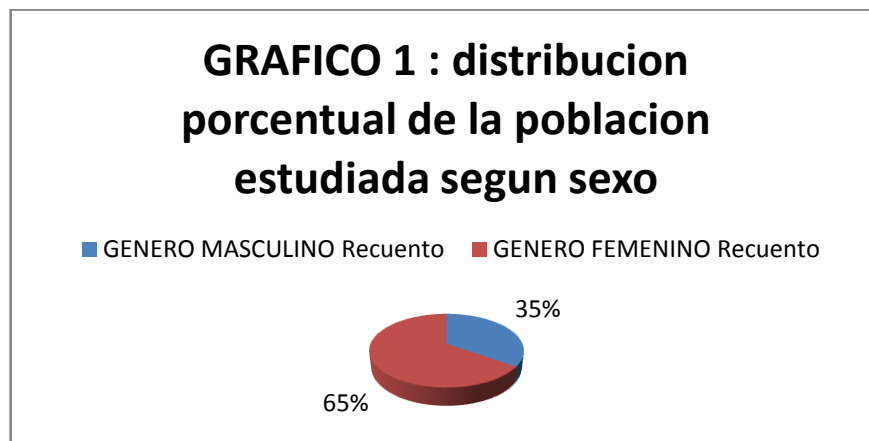
CRITERIOS BIOÉTICOS

Los datos personales de los pacientes se tomarán en la ficha de entrevista, mas no en la tabla de análisis de datos que solo consta de un número de identificación, sexo y edad. Sin embargo durante las entrevistas será necesario llamarlos por su nombre y apellidos. Estos datos serán conocidos por el investigador. Los datos permanecerán en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la investigación. Por consiguiente, los datos sobre los sujetos, recogidos en el curso del estudio se documentarán de manera anónima en la base principal del estudio, y se identificarán mediante un número, sus iniciales en una base de datos informática.

RESULTADOS

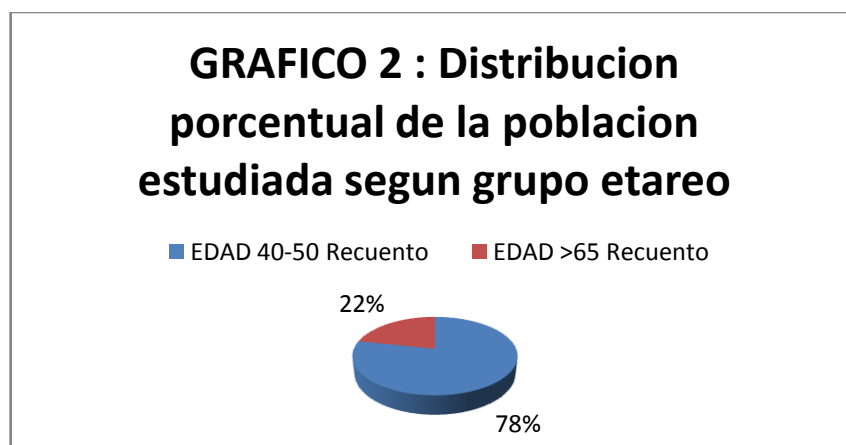
En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos a través del desarrollo del test Morinsky-Green-Levine para la medición de adherencia terapéutica farmacológica, siendo estos datos tabulados de acuerdo a las características socio demográficas recopiladas.

La muestra está compuesta de 142 personas de un total de 500 pacientes hipertensos, excluyéndose a 73 personas según los criterios de exclusión establecidos.



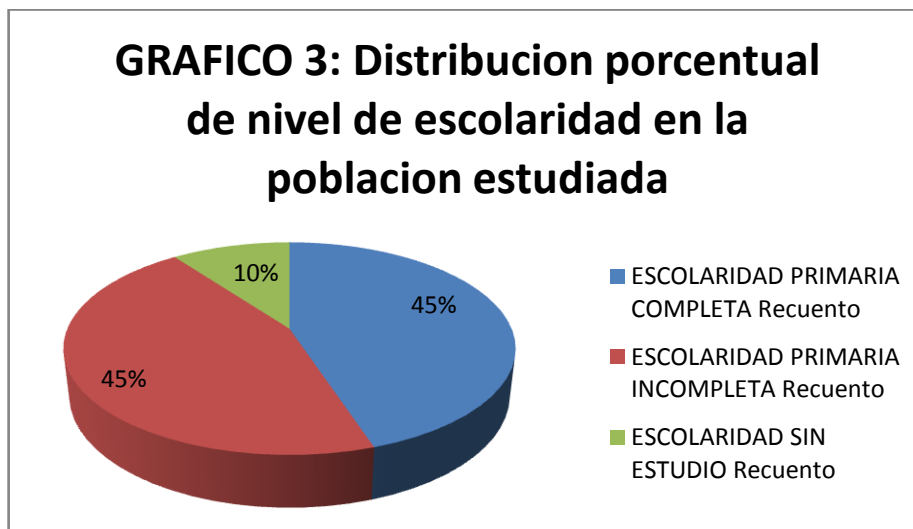
FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 1 podemos observar que la mayor parte (65%) de la población estudiada era de sexo femenino, y un (35%) de sexo masculino.



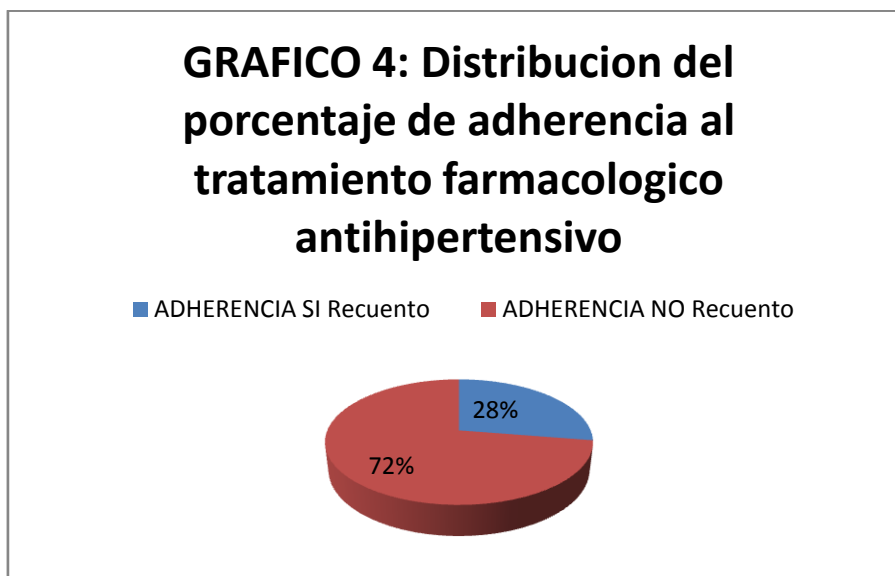
FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 2 se observa el predominio de la población adulta, con un 78% de la población de muestra, por sobre la población del adulto mayor.



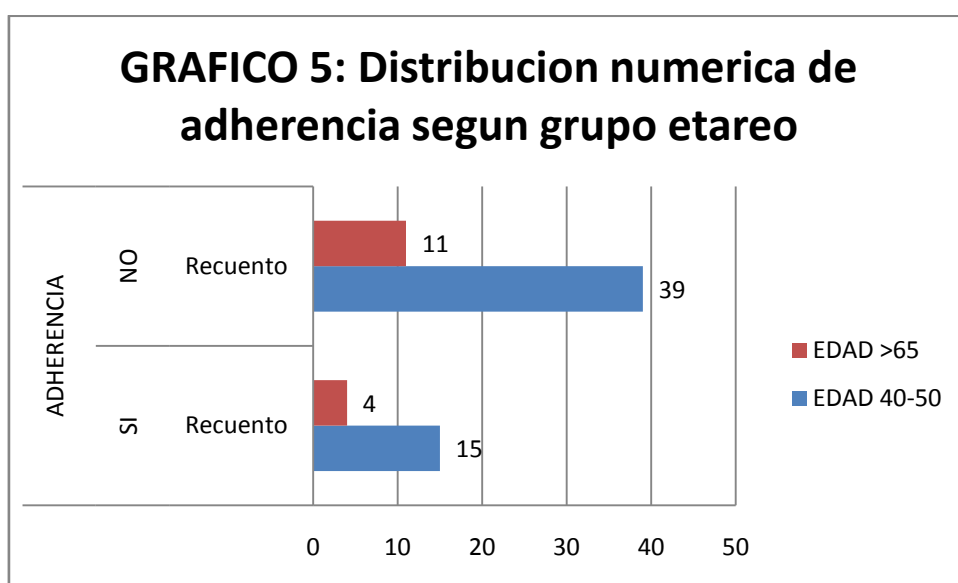
FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 3 se observa que el porcentaje de pacientes con un nivel de escolaridad primaria es igual (45%) y un 10% no tiene ningún tipo de formación académica.



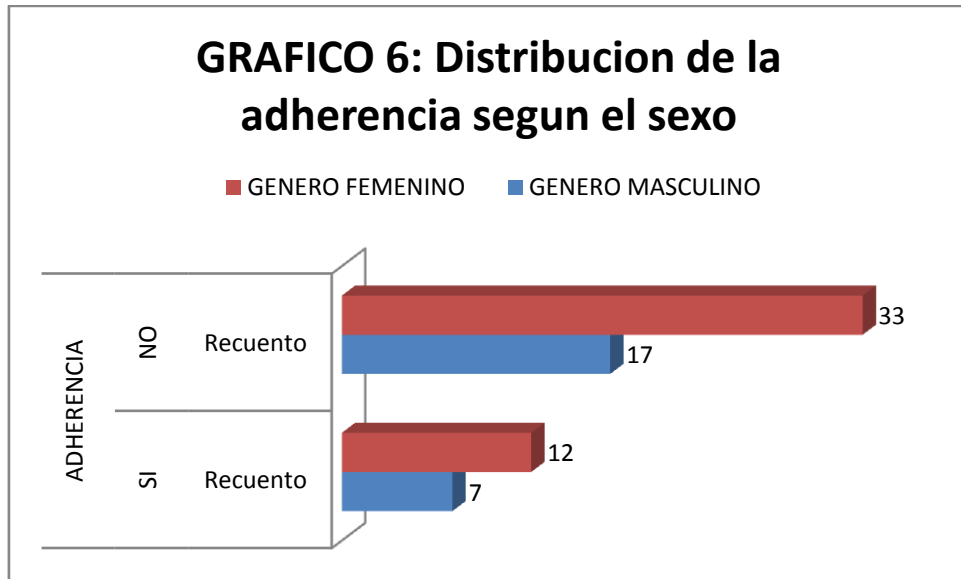
FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 4 se observa que la población estudiada es predominantemente no adherente al tratamiento farmacológico, con un 72%, mientras que solo el 28% se considero adherente.



FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 5 se destaca visual y numéricamente que dentro de la población adulta hay una cantidad de 39 (56,52%) pacientes no adherentes y de la población adulta mayor son 15 (21.73%) pacientes no adherentes.



FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 6 se observa que la no adherencia en el sexo femenino es más marcada que en el sexo masculino, representado por 33 pacientes (47,8%) de la muestra.

Tabla 1: Distribución porcentual de las respuestas según test de Morinsky-Green-Levine

Preguntas Test Morinsky-Green	Respuestas	
	SI	NO
1.- ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?	61%	39%
2.- ¿Es descuidado con la hora que debe tomar la medicación?	54%	46%
3.- Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?	10%	90%
4.- ¿Si alguna vez le sienta mal deja de tomarlas?	22%	78%

FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

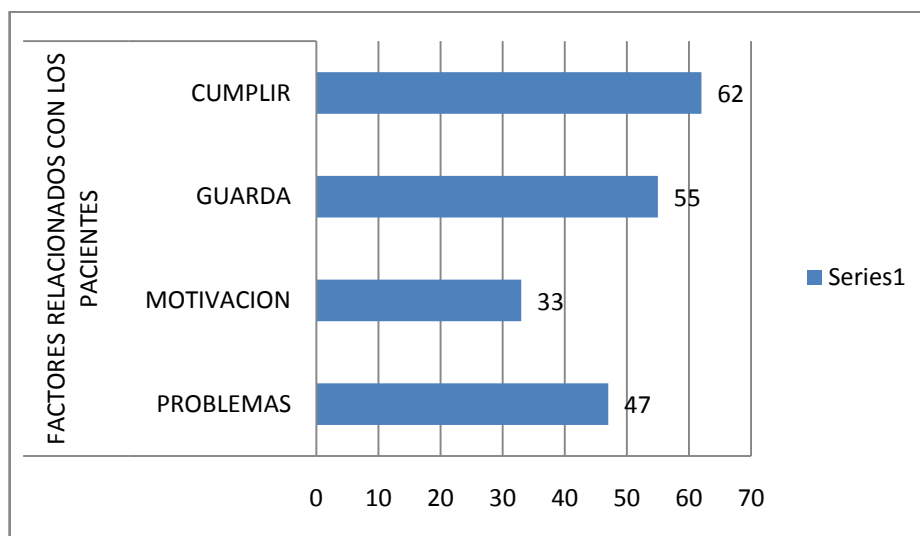
En la tabla 1 se observa la distribución porcentual de respuestas obtenidas como resultado de la aplicación del Test Morinsky-Green-

Levine, el cual posee dos posibles respuestas: Si (indicadora de no adherencia) y No (indicadora de adherencia).

Las respuestas afirmativas (SI= No adherencia) se concentraron mayoritariamente en la pregunta número 1 con un 61% indicando al olvido como la causa más frecuente de no adherencia farmacológica. Además la respuesta negativa mas comunicada (NO=Adherencia) se encuentra representada por la respuesta numero 3, indicadora de que la mejoría de la sintomatología no modifican la adherencia al tratamiento farmacológico con un 90%.

Además hay que dejar claro que solo se necesita una respuesta positiva para ser indicadora de no adherencia, es por esta situación que se expresa una alta frecuencia de conducta no adherente en la población analizada.

GRAFICO 7:

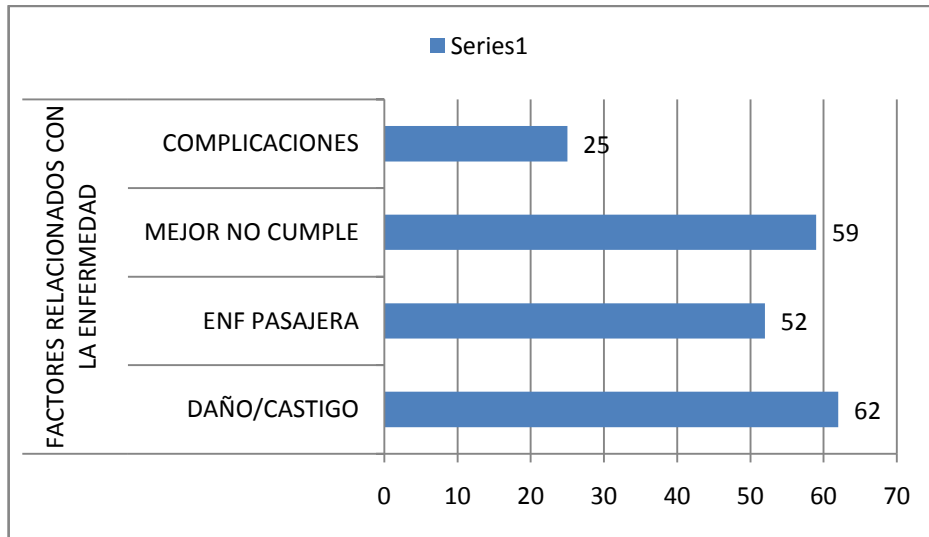


FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el gráfico siete donde se analizan los factores relacionados con los pacientes se evidencia una gran predisposición de los pacientes para adherirse a la toma de medicamentos prescritos, donde las ganas de cumplir se destaca con el mayor porcentaje (90%) en este bloque de

preguntas demostrando que este no es un factor determinante en la no adherencia terapéutica.

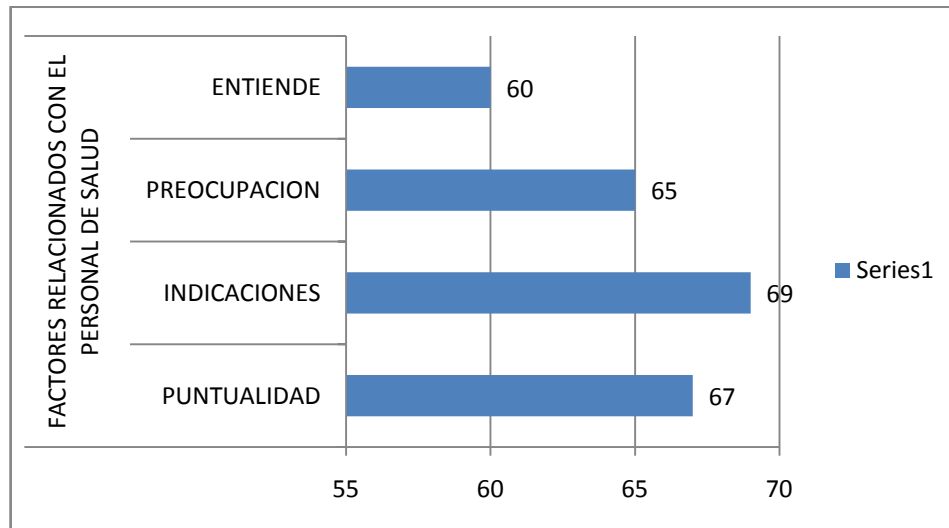
GRÁFICO 8:



FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En la figura 8 donde se analiza los factores relacionados con la enfermedad el ítem que muestra un número de participantes de 25 (36%) que responde no conocer de las complicaciones que pueden presentarse debido a su enfermedad y solo un 55% es decir 38 pacientes conocen de las complicaciones.

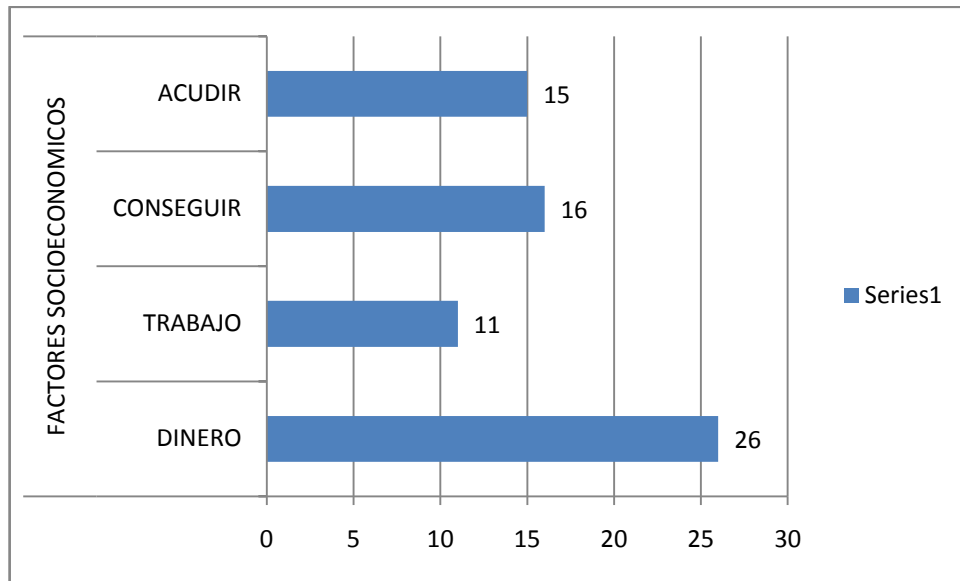
GRAFICO 9:



FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 9 se observa que uno de los factores influyentes en la adherencia al tratamiento es la buena comunicación que existe entre los pacientes y el médico que le atiende. El factor que debería ser fortalecido es la correcta explicación de los medicamentos que el paciente usa en cuanto a dosis, horarios y efectos secundarios.

GRAFICO 10:



FUENTE: Factores influyentes en adherencia terapéutica farmacológica, Hospital Pablo Arturo Suarez 2013.

En el grafico 10 se puede evidenciar que este factor es el más determinante en cuanto a la no adherencia de los pacientes según el Test de Factores Influyentes, donde la falta de dinero, la dificultad de acudir al Hospital para retirar medicina o de conseguir los medicamentos cuando la unidad de salud se queda sin stock, además que el trabajo dificulta la toma en la hora indicada.

Tabla 2: CORRELACIONES DE PEARSON ADHERENCIA SEGÚN TEST DE MORINSKI-GREEN-LEVINE

	ADHERENCIA	OLVIDA TOMAR MEDICACIÓN	OLVIDA TOMAR HORA INDICADA	DEJA DE TOMAR CUANDO SE SIENTE BIEN	DEJA DE TOMAR CUANDO SE SIENTE MAL
ADHERENCIA	1	-,494**	-,663**	-,207	-,325**
OLVIDA TOMAR MEDICACIÓN	-,494**	1	,210	,222	,153
OLVIDA TOMAR HORA INDICADA	-,663**	-,210	1	,024	,208
DEJA TOMAR CUANDO SE SIENTE BIEN	-,207	-,222	,024	1	,288*
DEJA TOMAR CUANDO SE SIENTE MAL	-,325**	-,153	,208	,288*	1

** LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICATIVA AL NIVEL 0,01 (BILATERAL)

*. LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICANTE AL NIVEL 0,05 (BILATERAL)

TABLA 3 CORRELACIONES DE PEARSON Y FACTORES RELACIONADOS CON LOS PACIENTES

	ADHERENCIA	PROBLEMAS DEL HOGAR AFECTAN TOMA	FAMILIARES MOTIVAN	GUARDA MEDICAMENTOS	GANAS DE CUMPLIR MEDICAMENTOS
ADHERENCIA	1	-,053	-,238	-,130	-,017
PROBLEMAS DEL HOGAR AFECTAN TOMA	-,053	1	,123	-,012	-,040
FAMILIARES MOTIVAN	-,238**	,123	1	,107	-,113
GUARDA LOS MEDICAMENTOS	-,130	-,012	,107	1	,164
GANAS DE CUMPLIR MEDICAMENTOS	-,017	-,040	-,113	,164	1

*.LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICANTE AL NIVEL 0,05 (BILATERAL)

TABLA 4: CORRELACIONES DE PEARSON ADHERENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

	ADHERENCIA	OLVIDA TOMAR MEDICACIÓN	OLVIDA TOMAR HORA INDICADA	DEJA DE TOMAR CUANDO SE SIENTE BIEN	DEJA DE TOMAR CUANDO SE SIENTE MAL
ADHERENCIA	1	-,034	-,051	-,171	,152
OLVIDA TOMAR MEDICACIÓN	-,034	1	,097	,433**	,028
OLVIDA TOMAR HORA INDICADA	-,051	-,097	1	,257*	-,074
DEJA TOMAR CUANDO SE SIENTE BIEN	-,171	,433**	,257	1	-,171
DEJA TOMAR CUANDO SE SIENTE MAL	-,152	,028	-,074	-,171	1

** LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICATIVA AL NIVEL 0,01 (BILATERAL)

* . LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICANTE AL NIVEL 0,05 (BILATERAL)

TABLA 5: CORRELACIONES DE PEARSON ADHERENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

	ADHERENCIA	ASISTE PUNTUALMENTE	TOMA OTRO MEDICAMENTO NO PRESCRITO	ABURRIDO CANSADO TOMAR TODOS LOS DIAS	VIAJE O VISITA LLEVA MEDICACIÓN
ADHERENCIA	1	-,122	-,091	-,199	,087
DEJA CUANDO SE SIENTE MAL	-,122	1	,020	,007	-,341**
TOMA OTRO MEDICAMENTO NO PRESCRITO	-,091	,020	1	-,067	,111
ABURRIDO CANSADO TOMAR TODOS LOS DIAS	-,199	,007	-,067	1	,202
VIAJE O VISITA LLEVA MEDICACIÓN	,087	-,341**	,111	,202	1

** LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICATIVA AL NIVEL 0,01 (BILATERAL)

TABLA 6: CORRELACIONES DE PEARSON ADHERENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL DE SALUD

	ADHERENCIA	ASISTE. PUNTUALMENTE.CITAS. MEDICAS	CONFIA.INDICACIONES. MEDICAS	MEDICO. PREOCUPA. SALUD	ENTIENDE. INDICACIONES. MEDICAS
ADHERENCIA	1	,107	.a	-,118	-,047
ASISTE. PUNTUALMENTE.CITAS.MEDICAS	,107	1	.a	-,041	-,063
CONFIA.INDICACIONES.MEDICAS	.a	.a	.a	.a	.a
MEDICO. PREOCUPA. SALUD	-,118	,041	.a	1	,322**
ENTIENDE. INDICACIONES. MEDICAS	,047	-,063	.a	,322**	1

.a No se puede calcular porque al menos una variable es constante

** LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICATIVA AL NIVEL 0,01 (BILATERAL)

Tabla 7: CORRELACIONES DE PEARSON ADHERENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON FACTORES SOCIO ECONÓMICOS

	ADHERENCIA	ALCANZA. DINERO. COMPRAR. MEDICACIÓN	TRABAJO. PERMITE.CUMPLIR	DIFICIL.CONSEGUIR.ME DICACIÓN.BARRIO	DIFICIL.ACUDIR.HOSPITAL
ADHERENCIA	1	,040	-,115	,074	,033
ALCANZA. DINERO. COMPRAR. MEDICACIÓN	,040	1	,389**	,068	-,036
TRABAJO. PERMITE.CUMPLIR	-,115	,389**	1	,088	-,001
DIFICIL.CONSEGUIR.MEDICACIÓN.BARRIO	,074	,068	,088	1	,426**
DIFICIL.ACUDIR.HOSPITAL	,033	-,036	-,001	,426**	1

** LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICATIVA AL NIVEL 0,01 (BILATERAL)

DISCUSION

En el Grafico 1 se observa la distribución de los pacientes encuestados según sexo. Los resultados confirman la idoneidad de los pacientes en cuanto al grupo necesario.

Los pacientes que participaron en este estudio fueron extraídos del registro de pacientes atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en los meses de enero-abril 2013, esta muestra estuvo constituida por 138 pacientes, los cuales registran con diagnostico de hipertensión arterial primaria, encontrándose una mayor asistencia de mujeres que hombres, en la ejecución del proyecto.

La tabla de resultados nos dice que el 65% (45 de 69) de las personas que participaron fueron de sexo femenino. Esto puede estar asociado al procedimiento de selección de pacientes de esta unidad de salud, lugar al que acuden preferentemente mayor número de mujeres. Este aspecto es importante porque las mujeres se preocupan más por sus enfermedades y como resultado se interesan por conocerla mejor.

Una de las razones a las que puede deberse este resultado es a la falta de disciplina con lo que respecta al horario de su tratamiento con medicamentos antihipertensivos, podemos atribuirle también la aceptación de su tratamiento farmacológico y no por falta de comunicación con el personal de salud o la incomprensión que hay entre médico y paciente.

La actitud de los pacientes frente a su enfermedad en aquellos pacientes cumplidores es positiva, por lo tanto estos pacientes tienen una disciplina estricta en el horario de la toma de sus medicamentos antihipertensivos.

El acceso al establecimiento de salud no es una dificultad, pero es difícil conseguir que los atiendan con prontitud, es incomodo para el paciente que muchas veces tener que esperar para ser atendido, un gran porcentaje de la población tiene una situación social y económica que le

permite comprar la medicación; pero sin embargo, se hace complicada la adquisición ya que el establecimiento se queda sin stock; esto provoca discontinuidad en el tratamiento farmacológico.

La revisión de la literatura acerca de la influencia de la intervención sobre el cumplimiento terapéutico evidencia resultados diferentes y paradójicos. Las razones podrían estar en la metodología utilizada y en las condiciones de medición.

Así Gil y col. Sostienen que el Test de Morinski-Green-Lavine sobreestima el no cumplimiento y no aconseja su uso en la práctica clínica. Todo lo opuesto Rigueira concluye una alta especificidad del método sobre la evaluación del paciente hipertenso.

La falta de adherencia podría deberse a la falta de hábitos terapéuticos con lo que respecta a su enfermedad. El paciente hipertenso muchas veces no se adapta a su tratamiento farmacológico como algo de su quehacer diario; eso hace más difícil su adherencia al tratamiento; por el contrario, en los pacientes cumplidores una de las razones podría ser la forma de comunicarse con el personal de salud, tal vez entiende mejor las indicaciones médicas.

El paciente cumplidor por lo general posee mejores condiciones de vida y su actitud frente a la vida es positiva y con gran voluntad de mejoría. El incumplidor por el contrario es un paciente que quiere estar bien, sentir un bienestar, quiere seguir su vida normal, así sea con la enfermedad pero lo que le incomoda y molesta es el tratamiento. Los pacientes no toman conciencia de su enfermedad o porque eventualmente no sienten o no diferencian los síntomas particulares de la misma.

Basterra y Granados afirman por su parte que aun si hubiera síntomas muchos pacientes solo tomarían medicamentos hasta lograr la desaparición del signo o síntoma molesto (7,35).

Según la tabla de evaluación del Test de Morinski Green Levine se puede demostrar que un 50,72%, es decir 70 de los pacientes encuestados toman su medicación pero no a la hora indicada, esto se debe a que se fueron a trabajar, acudieron a las citas medicas o por sus quehaceres diarios y como no sintieron molestia alguna no tomaron el medicamento. El paciente se siente aburrido y cansado de tomar todos los medicamentos a la misma hora; y deja de tomarlos.

En la distribución del impacto de los factores influyentes sobre la adherencia de acuerdo a las respuestas valoradas de los pacientes al test de factores influyentes.

Por otro lado; el factor relacionado con la condición socio económico y demográfico del paciente son los factores más influyentes con el cumplimiento terapéutico del paciente hipertenso.

Se pueden observar las diferencias entre los factores más influyentes y los de menos influencia mostrándose que los factores socioeconómicos y demográficos han tendió un mayor puntaje, por el contrario los factores relacionados con las características del tratamiento han tenido menor puntaje.

En la categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas valoradas del TFI que muestran que los pacientes son incumplidores. Los pacientes potencialmente cumplidores son el 60% de los pacientes esto tiene relación con la actitud de los pacientes. El resto se verían influenciados por los problemas del hogar, la falta de motivación por parte de sus familiares y falta de conocimiento de su enfermedad.

Al respecto Vlasnik concluye, en una revisión de los factores que influyen sobre el cumplimiento de los pacientes crónicos que la no adherencia es una situación en la que confluyen factores que dependen del paciente, de la medicación y del prescriptor. Pero que lamentablemente existen limitaciones de conocimientos de los pacientes acerca del valor de su

medicación y su falta de voluntad por cambiar sus hábitos de vida podrían ser las barreras más importantes para mejorar la adherencia. Sugiere que estos aspectos sean incorporados en estrategias de intervención que tengan como objetivo aumentar la adherencia del tratamiento.

El test de MGL la escala de adherencia fue concebida por los autores para hacer un diagnóstico simple entre cumplidor y no cumplidor.

Las 4 preguntas del MGL no permiten hacer un análisis de las razones del incumplimiento y las respuestas por ser dicotómicas, en un momento determinado podrían hacer que el paciente se perciba en un perfil más extremo. El TFI por el contrario permite que el paciente razone sus respuestas y pueda optar por una alternativa que categorice mejor su estatus de paciente adherente. Se observa en los resultados que según el test de MGL la frecuencia más alta está en los pacientes incumplidores mientras que el TFI está en el perfil de potencialidad de adherencia.

Por las pocas alternativas de respuesta del test de Morinski Green Levine los resultados son más drásticos, discrimina de una manera más estricta dando solo dos opciones de respuesta entre SI (incumplidores) NO (cumplidores); por el contrario, las alternativas dadas en el Test de Factores Influyentes el paciente se siente más cómodo y tiene más opciones para pensar en la respuesta. Sin embargo ambos test nos ayudan a identificar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos y cuáles son los factores que influyen para su incumplimiento.

Al final de la investigación se descubrieron ciertas limitaciones como conseguir la población de donde extraer la muestra para el trabajo de investigación porque no aceptaban participar en el estudio o porque desconfiaban en la confidencialidad de los resultados por experiencias pasadas.

CONCLUSIONES

Es importante recalcar que uno de los hallazgos principales en esta investigación está relacionado con la escasa adherencia terapéutica, más de la mitad se consideran no adherentes al tratamiento farmacológico.

Solo podemos desplegar ideas a partir de la multiplicidad de variables que se conjugan y determinan este fenómeno.

A través del análisis comparativo entre los resultados de la investigación y la bibliografía escogida, se revela una enorme diversidad de factores que se vinculan con la adherencia terapéutica. Es importante mencionar que existen más variables que han demostrado afectan a este fenómeno, que no se evaluaron por la complejidad e irrelevante elaboración que esta tendría.

Cabe mencionar que a raíz de los datos revelados por este estudio se desprende necesariamente una valorización de este fenómeno en la actualidad, del como incide la adherencia terapéutica en múltiples aspectos psicosociales y como estos también afectan a un proceso de retroalimentación negativa, que por ser un proceso continuo, variable e individual, no se puede realizar un perfil del adherente, sino, más bien, un perfil del profesional de salud, el cual desarrolle herramientas y estrategias propias para poder afrontar esta problemática. La pluralidad del abordaje es amplia, y requiere que los profesionales sanitarios se inserten con una metodología más participativa entre las diferentes profesiones, como lo que ocurre con la orientación de salud familiar, que se está implementando principalmente en el sector primario de atención sanitaria en nuestro país.

De esta investigación además se extrapola que nuestras intervenciones deben ser innovadoras, participativas y críticas para esta problemática, ya que las razones de no adherencia terapéutica nacen principalmente de características intrínsecas de las personas , como lo son la cultura, su escolaridad, su carácter , esto además de hacernos ver cuáles son las

barreras que debemos afrontar, nos permite vislumbrar la complejidad de la tarea, ya que la principal meta de adherencia terapéutica debe ser el enseñar al enfermo crónico a vivir con su enfermedad una vez logrado esto se podrá superar la tasa de adherencia y contribuiremos a mejorar la calidad de vida de cada individuo sometido a estos tratamientos.

Debemos evaluar constantemente nuestro actuar profesional, determinando tres pilares fundamentales de cualquier acción en salud: efectividad, eficacia y eficiencia de todas las actividades que realizamos.

En base a los objetivos y los resultados obtenidos se concluye que:

- El nivel de adherencia terapéutica es del 28% de pacientes cumplidores en la muestra autoseleccionada de pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Pablo Arturo Suarez, utilizando el test de Morinski Green Levine.
- Se identificaron los factores que influyen en la no adherencia de pacientes hipertensos son los relacionados con los relacionados con los pacientes y la condición socio económicos.
- El paciente hipertenso del Hospital Pablo Arturo Suarez tiene el perfil de un paciente incumplidor que se ve afectado por la característica de su tratamiento específicamente porque a los pacientes les parece que su tratamiento es cansado y aburrido o porque sus condiciones socio demográficas hacen difícil la adquisición de sus medicamentos.

RECOMENDACIONES

La presente investigación no solo nos aclara cuales son los puntos clave para lograr una mejor adherencia terapéutica, sino también hace un llamado a la conciencia en salud, es decir, nos propone una crítica constructiva sobre nuestro propio quehacer, tomando en cuenta que nuestra profesión es holística e integral, que el ser humano es parte cuerpo, parte alma y parte espíritu y por ende debemos evaluar todas las esferas a la hora de evaluar y proporcionar atención de salud.

Sin duda, este estudio propone realzar nuestros esfuerzos, hay mucho que podemos hacer sin contamos con las herramientas y conocimientos adecuados.

Como contribución a la acción para resolver el problema que se ha evidenciado en la presente investigación proponemos:

- Hacer de conocimiento al Hospital Pablo Arturo Suarez los resultados de este trabajo de investigación, para implementar y promover un programa pos consulta de hipertensos para que reciban información y educación adecuada sobre su enfermedad y los cuidados que el paciente debe adoptar en su vida diaria.
- Capacitar al personal de salud que se vaya a encargar de la pos consulta para que pueda educar correctamente al paciente sobre su enfermedad y cuidados que debe tener, crear una modalidad didáctica para sensibilizar al paciente con respecto a su enfermedad y su tratamiento Farmacoterapéutico; se debe capacitar sobre la atención y comunicación que debe tener con el paciente, mejorar el sistema de atención al público.
- Incluir en el programa de pacientes hipertensos la atención farmacéutica realizada por un profesional farmacéutico, para que eduque al paciente sobre su tratamiento, el uso de sus medicamentos, los efectos secundarios que estos puedan causar, y lo que deben hacer si esto ocurre.

BIBLIOGRAFÍA

1. A., Contreras-Orozco. «Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia) 2006.» *Salud Uninorte* 26, nº 2 (2010): 201-211.
2. A., Iza Stoll. «tratamiento de la hipertensión arterial primaria.» *Acta Med Per* 23, nº 2 (2006): 93.
3. Arana G, Cilliani B, Alvarado D. «Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión : Hospital Victor Lazarte Echegaray_EsSalud.Trujillo.» *Revista Medica Herediana*. 12, nº 4 (Octubre 2001).
4. C., Escobar, Sotripts P., Peruga A., Silva N., Vives A., y Robles S. «Mitos sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en América Latina.» *Salud Pública de México*, 2000: 42:56-64.
5. C., PAEZ O. MAJUL. «Riesgo cardiovascular y su relación con las presiones arteriales sistólica, diastólica y diferencial.» *Boletín del consejo argentino de hipertensión arterial*, 2002.
6. Cardiología, Sociedad Argentina de. «Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión arterial.» *Journal of Hypertension* , 2001: Vol 6. Nº 2.
7. Cha., Rodríguez ChM. Rodríguez. *Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método dader en dos farmacias rurales*. Vol. 8. 2 vols. Pharmaceutical Care España, 2006.
8. Chabot I, Moisan J, Gregoire JP, Milot A. «Pharmacist Intervention Program for Control of Hypertension.» *Ann Pharmacother*, July 2003: 1186-1193.
9. CR., Augusti. «Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú.» *Acta Med Per*, 2006: 69.
10. DA., Rojas. «Atención farmacéutica en pacientes hipertensos adultos mayores. Informe de práctica prolongada para optar por el título de Químico Farmacéutico.» 2005.
11. Del Aguila- Díaz J, Perales-Roman, French- Irigoyen C. «Evaluación del Tratamiento de la hipertensión arterial en consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.» *Revista Medica IPSS*, 1994: 2,3-6.
12. E., Roessler. «Enfoque del paciente hipertenso por el médico no especialista.» *Boletín Oficial Sociedad Chilena de Hipertensión*, 2005: 14:5,15.

13. et.al., Mendoza S. «Factores determinantes de cumplimiento terapeutico en adultos mayores hipertensos.» *Rev Med (Chile)*, 2006: 134:67.
14. Fernandez R, Lopez G, Garcia C, Cueto E. *Categorizacion de Fcatores Psicossociales asociados al cumplimiento Farmacologico Antihipertensivo*. ISSN 0214-9915 CODEN PSOTEG. Vol. 15. 1 vols. Psicothema, 2003.
15. Flack JM, Novokov SV, Ferrario CM. «Benefits of adherence to antihypertensive drug therapy.» *European Heart Journal*, 1996: 17:16-20.
16. G., Fodor. «Is interview a realiable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An International Central-European Study.» *Journal of Hypertension*, 2005: 23:1261-1266.
17. Grau A, Ballarre V. «ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSOS DE AREAS DE ASLUD DEL NIVEL PRIMARIO 2003-2007.» *Tesis para optar por el grado de doctor en salud publica*. HABANA, 2009.
18. Heler CD, Strand LM. «Oportunidades y Responsabilidades en la Atencion Farmaceutica.» *Pharm Care Esp*, 1999: 1:35-47.
19. Holguin L, Correa D, Arrivillaga-Quintero M, Varela MT, Caceres D. «Adherencia al tratamiento de hipertension arterial: efectividad de un programa biopsicosocial.» *Universitas Psychologica*, nº 5 (2006): 535-548.
20. L, Osterberg, y t: Blaschke. «Adherence to medication.» *New England Journal Of Medicine*, 2005: 353:487-97.
21. M., Moreira. «Las Relaciones entre el paciente con no adhesion al tratamiento de hipertension y los profesionales de la salud.» *Revista de Enfermeria Integral*, 2001.
22. M., Tapia. «ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN EL HOSPITAL DE CHAITEN 2005.» *UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE. FACULTAD DE MEDICINA VALDIVIS CHILE 2006*. 2006.
23. MA., Libertad. «Acerca del concepto de adherencia terapeutica.» *Revista Cubana Salud Publica*, 2004: 30.
24. Machuca GM, Parras MM. «Guia de Seguimiento Farmacoterapeutico sobre Hipertension. Grupo de Investigacion de Atencion Farmaceutica; Universidad de Granada.» <http://www.farmaefarma.com.br/imagens/guia%20HTA.pdf>. 06 de 06 de 2005.
25. Malaga G, Sanchez Mejia A. «medicina basada en evidencia: aportes de la practica medica actual y dificultades para su implementacion.» *Rev Med Hered* 20, nº 2 (2009): 103-109.

26. Mangum SA, Kraenow KR, Narducci WA. «Identifying At-Risk patients Through community pharmacy_based Hypertension and stroke prevention screening projects. *J AM Pharm Assoc.*» 2003: 43(1): 50-55.
27. Morinski DE, Green LW. Levine DM. «Concurrent and Predictive validity of Self-Reported Measure Of Medication Adherent.» *Medical Care* 24, nº 1 (January 1986): 67-74.
28. Murlow DC, Pingone M. «Evidence based manegement of hypertension: what are the elements for good treatment for hypertension?» *BMJ*, mayo 2005: 322;1107-1109.
29. N., Homedes, y Ugalde A. «¿que sabemos del cumplimiento de los tratamientos medicos en el tercer mundo?» *Boletin Oficina Sanitaria Panama*, 1994: 116:491-517.
30. Nogues-Solan X, Sorli-Redo ML, Villar- Garcia J. «Instrumentos de medidad de adherencia al tratamiento.» *an Med Interna*, nº 24 (2007).
31. Pascuzzo LC, Mariagne CN. *Terapia farmacologica en hipertension arterial. Farmacologia Basica.Libro de edicion digital.* Lima.
32. «patient-reported adherence to guidelines of the Sixth Joint National Committee on Prevention, Dtection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure.» *Pharmacotherapy*, 2001: 828-41.
33. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS. «Health outcomes associated with antihypertensive therapies used a first-line agents: a systematic review and meta-analysis.» *JAMA*, 1997: 277:739-45.
34. R., Ingaramo. «Estudio Nacional sobre la adherencia al Tratamiento(ENSAT).» *Revista Argentina de Cardiologia*, 2005: 34:104-111.
35. Sen S, Thomas III J. «Assesment of a Patient-Based Pharmaceutical Care Scale.» Editado por American Society of Health-System Pharmacist. *Am J Health-Syst Pharm*, 2000: 1592-1598, 2000.
36. Tuesca MR, Guallar CP. Banegas BJ. Graciani PA. «FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN ESPAÑA.» *Revista Española de Salud Publica* 80, nº 003 (mayo-junio): 233-242.
37. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. «www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf.» *The Seventh Report of Joint National Committee of Prevention, Dtection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.* Bethesda, Md. national Heart, Lung and Blood institute, National Institute of Health. publicacion 03-5233, 2003 NIH.

ANEXOS

ENCUESTA SOBRE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS PACIENTES QUE INCIDEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “PABLO ARTURO SUAREZ”

NOMBRE:

CODIGO:

FECHA:

FACTORES RELACIONADOS CON LOS PACIENTES

PREGUNTA	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Los problemas del hogar afectan para cumplir con la toma de los medicamentos?					
Sus familiares y amigos ¿le ayudan y motivan a tomar sus medicamentos?					
¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión arterial?					
¿Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como se ha indicado?					

FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

PREGUNTA	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño o castigo de alguien o algo?					
¿Piensa que la presión alta es una enfermedad pasajera?					
¿Cuándo se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?					
¿Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?					

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

PREGUNTA	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Deja de tomar sus medicamentos porque siente que le caen mal?					
¿Alguna vez ha tomado otro medicamento que le hayan recomendado para la presión alta, sin la consulta previa con su médico?					
¿Es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?					
¿Cuándo sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?					

FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL DE SALUD

PREGUNTA	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Asiste puntualmente a sus citas médicas?					
¿Confía usted en lo que el médico le indica y le recomienda tomar?					
¿Siente que su médico se preocupa por su salud?					
¿Entiende las indicaciones del médico sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?					

FACTORES SOCIO ECONOMICOS

PREGUNTA	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Le alcanza el dinero para comprar su medicación?					
¿Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?					
¿Cree usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?					
¿Cree usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?					

ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN (MAS) DE MORINSKY-GREEN-LAVINE.

PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “PABLO ARTUTO SUAREZ”

NOMBRE:

CODIGO:

FECHA:

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
CON QUE FRECUENCIA SE OLVIDA USTED DE TOMAR SU MEDICACION? OLVIDA MAYOR IGUAL A UNA VEZ POR SEMANA. SI=1 NO=2		
¿CUANTAS VECES A LA SEMANA SE OLVIDA DE TOMAR LA HORA INDICADA? EVENTOS MAYOR O IGUAL A UNA VEZ POR SEMANA. SI=1 NO=2		
¿CON QUE FRECUENCIA DEJA DE TOMAR SU MEDICACIÓN CUANDO SE ENCUENTRA BIEN? EVENTOS MAYOR O IGUAL A UNA VEZ POR SEMANA. SI=1 NO=2		
¿CUANTAS VECES HA DEJADO DE TOMAR SUS MEDICAMENTOS PORQUE HA SENTIDO QUE LE CAEN MAL? EVENTOS MAYOR O IGUAL A UNA VEZ POR SEMANA. SI=1 NO=2		

FICHA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE.

Declaración del paciente:

1.-Acepto libremente participar de este proyecto de investigación de Adherencia terapéutica farmacológica desarrollado por el Hospital "Pablo Arturo Suarez" que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de salud del Paciente hipertenso.

2.-Estoy en conocimiento que este servicio de Atención es gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.

3.-Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.

4.-Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna, y entiendo que ésta es confidencial y no podrá ser entregada a terceros sin mi autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

COD° _____

DIRECCION:

TELEFONO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____ / _____ / _____