

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



“Adherencia terapéutica de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial crónica, que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San José Guayabal, Departamento de Cuscatlán, Diciembre de 2018 – Enero de 2019”

Presentado Por:

Efraín Alberto Castro Castillo

Douglas Eli García Ruiz

Byron Rene Vanegas Villatoro

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Ana Concepción G. Polanco Anaya

San Salvador, El Salvador, Marzo de 2019.

CONTENIDO

RESUMEN.....	1
CAPITULO I.....	2
1.1 INTRODUCCION.....	2
1.2 ANTECEDENTES.	3
1.3 JUSTIFICACION.	5
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
CAPITULO II.....	8
2.1 OBJETIVOS.....	8
2.1.1 Objetivo general.	8
2.1.2 Objetivos específicos:.....	8
CAPITULO III	9
3.1 MARCO TEORICO.	9
3.1.1 Epidemiología.....	9
3.1.2 Definición.....	10
3.1.3 Etiología.....	11
3.1.4 Mecanismos de la hipertensión.	11
3.1.5 Volumen intravascular.	11
3.1.6 Sistema nervioso autónomo.	12

3.1.7 Sistema Renina Angiotensina Aldosterona. -----	13
3.1.8 Mecanismos vasculares. -----	14
3.1.9 Trastornos clínicos de la hipertensión. -----	16
3.2.0 Factores de riesgo.-----	17
3.2.1 Valoración clínica. -----	18
3.2.2 Tratamiento. -----	19
3.2.3 Adherencia. -----	22
3.2.4 Medición de la adherencia: Test de Morisky-Green-Levine. -----	25
CAPITULO IV	27
4.1 DISEÑO METODOLOGICO. -----	27
4.1.1 Periodo de investigación. -----	27
4.1.2 Universo.-----	27
4.1.3 Muestra.-----	27
4.1.4 Criterios de inclusión.-----	27
4.1.5 Criterios de exclusión. -----	28
4.1.6 Variables. -----	28
4.1.7 Operacionalización de las variables -----	29
4.1.8 Fuentes de información: -----	31
4.1.9 Técnicas de obtención de información -----	32

CAPITULO V	33
5.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	33
5.2 REGISTRO DE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y MEDICOS. ---	33
5.3 CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MORISKY, GREEN - LEVINE.	40
5.4 INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.	42
CAPITULO VI	46
6.1. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
6.1.1 Discusión	46
6.1.2 Conclusiones	49
6.1.3 Recomendaciones	50
7.1. BIBLIOGRAFIA	51
8.1 ANEXOS	53

RESUMEN

La hipertensión arterial crónica es la enfermedad más prevalente en adultos, y según estudios solo el 50% de los pacientes tiene adherencia al tratamiento.

En el presente trabajo se planteó caracterizar socio demográficamente la población con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la Unidad de Salud, San José Guayabal, estableciendo el grado de adherencia al tratamiento que presentaban dichos pacientes.

Dentro de un abordaje holístico del problema, se investigó además cuales eran las variables socioeconómicas, relacionadas con el proveedor, relacionadas con la terapia y con el paciente, en la adherencia al tratamiento.

Utilizando una metodología descriptiva y transversal, se utilizaron 3 instrumentos; el primero de ellos diseñado por los investigadores para caracterizar la población en estudio, obteniendo como resultado que la mayoría de la población observada es del sexo femenino mayor de 60 años, una tercera parte de los mismos no posee ningún grado de escolaridad. El segundo instrumento utilizado fue el cuestionario de Morisky Green-Levine, para conocer el grado de adherencia farmacológica de los pacientes, el cual fue del 42.5%.

Por último, se utilizó otro instrumento para conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con factores de riesgo cardiovascular, siendo los principales problemas detectados; la incapacidad de poder leer la posología prescrita, y la dificultad de los pacientes en optar por estilos de vida saludables y alimentación adecuada.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible más prevalente a nivel nacional; y cada año aumentan los casos en El Salvador, afectando la calidad de vida de la población que la padece, lo que genera: gastos para el estado debido al alto índice de morbimortalidad, atención en urgencias e ingreso hospitalario.

Es una enfermedad que afecta en su mayoría a adultos, impactando la economía de muchas familias. La OMS en 2004 menciona que solo el 50% de los pacientes tiene adherencia al tratamiento, por lo cual existe el interés en percibir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, que presenta la población afectada; a la vez de definir si esta se encuentra asociada con algunos otros factores interactuantes que influyen en la misma como son: socioeconómicos, de la enfermedad, del paciente, del sistema de salud y del tratamiento en sí.

El problema será investigado en todos aquellos pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica que consulten en la Unidad de Salud de San José Guayabal, del departamento de Cuscatlán en el periodo de diciembre a enero de 2018, que sean sometidos a control farmacológico o no farmacológico, utilizando una metodología de investigación descriptiva y transversal.

Los resultados que se esperan obtener al final de la investigación, serán de utilidad para el lugar donde se realizará el estudio, porque permitirá que los médicos del primer nivel de atención que allí laboran, se hagan una idea de los temas que deben ser reforzados, buscando establecer si el paciente cumple el tratamiento farmacológico y si se involucra el manejo de manera holística, tal y como lo propone la Organización Mundial de la Salud

1.2 ANTECEDENTES.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) en 2004 menciona que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo el 50%. Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.¹

Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial van en aumento cada día. En 2008, se reportó hipertensión arterial en aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones, en 1980 a mil millones en 2008 en todo el mundo.²

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9,4 millones de muertes. (OMS 2013). Un tercio de la población mundial fallece a causa de una complicación cardiovascular y que casi la mitad de ellas se debe a hipertensión arterial crónica. (2)

La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. En las últimas tres décadas, la detección y el tratamiento precoces de la hipertensión y otros factores de riesgo, aunados a políticas de salud pública que reducen la exposición a factores de riesgo conductuales, han contribuido a la disminución gradual de la mortalidad por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en los países de ingresos elevados. La muerte prematura, la discapacidad, las dificultades personales y familiares, la pérdida de ingresos y los gastos médicos ocasionados por la hipertensión repercuten en las familias, las comunidades y las finanzas nacionales.(2)

¹ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos largo plazo. Pruebas para la acción. OMS/OPS - Unidad de enfermedades no transmisibles, Washington. 2004. Consultado: 24/09/2018. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

² Organización Mundial de la Salud, Informe general sobre hipertensión arterial en el mundo. Día mundial de la salud 2013 [consultado el 24 de septiembre del 2018]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

Las familias deben afrontar gastos elevados generados por la atención médica, a menudo durante mucho tiempo en el caso del tratamiento de las complicaciones de la hipertensión, y esto conduce a millones de personas a la pobreza. Además, la pérdida de ingresos familiares por fallecimiento o discapacidad puede tener consecuencias devastadoras. En algunos países de ingresos bajos y medianos gastos en concepto de enfermedad cardiovascular se invierte el 20% del gasto total en salud (2).

En el Salvador, la prevalencia nacional de hipertensión arterial crónica en la población adulta en 2015, fue de 37.0%, lo que representa una población estimada de 1,44. 381 adultos. La prevalencia en el sexo femenino fue de 38.0% y 35.8% en el sexo masculino. A medida que aumenta la edad, la prevalencia de hipertensión arterial crónica fue mayor; así, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en la población mayor de 60 años de edad fue de 66.0%. En el área urbana fue de 40.1% y de 32.7% en el área rural. La región de salud Metropolitana presentó la mayor prevalencia de HTA con 43.6% y la menor en la región de salud Oriental 32.9%³.

Esto se traduce en que uno de cada 3 salvadoreños adultos padece de hipertensión arterial crónica, y que es la enfermedad más prevalente en El salvador.

³ Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador ENECAELS 2015, Resultados relevantes. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud

1.3 JUSTIFICACION.

La adherencia al tratamiento, de cualquier patología, es un tema deficiente en la asistencia sanitaria y formación académica actual. Hoy en día existe basta información científica sobre los mecanismos de acción de medicamentos de uso crónico y recomendaciones para iniciar un tratamiento de la mejor manera. Sin embargo, muchas de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial se presentan dentro de un contexto multifactorial. Es necesario no solo conocer sobre el manejo farmacológico de los pacientes, sino también de todos aquellos factores socioeconómicos, biológicos, culturales, educaciones y relacionados con la prestación de servicios de salud que influyen directamente en la adherencia al tratamiento.

En la presente investigación se pretende estudiar los aspectos en los que no se profundiza en las aulas o eventos académicos, el contacto con la comunidad es el principal motivo que inspira conocer sobre la temática propuesta, por lo que se busca recolectar información necesaria y de utilidad que describan la adherencia al tratamiento farmacológico, no farmacológico y las dimensiones relacionados con ella, dentro de la población de estudio.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un serio problema de salud pública en todo el mundo. Son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. La pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar que amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico⁴.

La falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control de la presión arterial ya que sólo la mitad de las personas con enfermedades crónicas realizan correctamente el tratamiento indicado, lo que quiere decir que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir desconcierto, complicaciones, secuelas o muerte prematura, por esta razón es necesario evaluar el cumplimiento.⁵

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con su cuidado y mantenimiento. Con independencia del término que se utilice, «adherencia» o «cumplimiento», es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará. Los pacientes deben ser «socios activos» de los profesionales de la salud en el proceso de atención, y considerar como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión.

Cada año se gasta mucho dinero en investigaciones relacionadas con medicamentos, pero se dedican pocos recursos al hecho de saber qué hacen los pacientes con estos esfuerzos. El seguimiento de la enfermedad por parte del médico, servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos,

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014. [consultado el 24 de octubre del 2018]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275&Itemid=41590&lang=es

⁵ Liset J. C. Dany S. Juan C., Dra. Yudileidy F & Esmores, A. (2017). Sociedad Cubana de Cardiología. *Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo*, p.12.

Falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, influyen en la adherencia del paciente al tratamiento indicado. La OMS plantea que una de las cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia está relacionada con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria. (4)

¿Cuál es la adherencia terapéutica que presentan los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial crónica, y que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San José Guayabal, Departamento de Cuscatlán en el período de tiempo de Diciembre de 2018 a Enero del año 2019?

CAPITULO II

2.1 OBJETIVOS.

2.1.1 Objetivo general.

- Describir la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, que consultan a la Unidad de Salud de San José Guayabal, del Departamento de Cuscatlán, estableciendo cuales son las dimensiones interactuantes que facilitan o imposibilitan el cumplimiento del mismo en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Registrar los principales factores sociodemográficos y médicos de los pacientes que consultan con diagnóstico de hipertensión arterial crónica en el periodo de tiempo y lugar mencionados.
- Determinar la proporción de pacientes con hipertensión arterial crónica que son adherentes al tratamiento farmacológico según el cuestionario de adherencia de Morisky, Green- Levine.
- Especificar las principales dimensiones; socioeconómicas, y relacionadas con; el paciente, el tratamiento, la asistencia sanitaria, que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de estos pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica.

CAPITULO III

3.1 MARCO TEORICO.

La hipertensión es una de las principales enfermedades en seres humanos a nivel general. En todo el mundo, cada año causa 7.6 millones de fallecimientos (13 a 15% del total); en el año 2001 se le atribuyeron casi 92 millones de años-vida de discapacidad. Duplica el riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluyen cardiopatía coronaria (CHD), insuficiencia congestiva cardiaca (CHF), enfermedad cerebrovascular isquémica y hemorrágica, insuficiencia renal y arteriopatía periférica. Suele acompañarse de otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares e incrementa la carga total de los factores de riesgo. El tratamiento antihipertensivo aminora claramente los riesgos de enfermedad cardiovascular y renal, pero grandes segmentos de la población de hipertensos no reciben tratamiento o son tratados de manera inadecuada⁶.

3.1.1 Epidemiología.

Factores como las cifras de presión arterial, el incremento de la presión arterial relacionada con la edad y la prevalencia de hipertensión, varían con el país y la subpoblación dentro del mismo. La hipertensión está presente en todas las poblaciones, salvo en un pequeño número de sujetos que viven en países desarrollados. En sociedades industrializadas, la presión arterial aumenta en forma lenta y sostenida en los primeros dos decenios de la vida. En niños y adolescentes acompaña al crecimiento y la maduración. La presión arterial aumenta en forma gradual con el transcurso del tiempo en niños, adolescentes y adultos jóvenes. ⁽⁶⁾

⁶ Kasper, D., & Harrison. (2016). Principios de medicina interna 19th ed. México D.F.: McGraw-Hill Educación

La hipertensión es uno de los mayores problemas de salud pública y afecta aproximadamente más del 26 % de la población adulta de todo el mundo, según la OMS la hipertensión es la causa más frecuente de muerte, que si no se detecta y trata tempranamente conduce a Infarto al miocardio, accidente cerebro vascular, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y muerte prematura. Más de un 80 % de la población con hipertensión no tiene la condición bajo control. Otros factores que contribuyen son obesidad, aumento de la ingesta dietética de sal, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, apnea del sueño, algunos fármacos y drogas como antiinflamatorios no esteroideos, anfetaminas, cocaína, anticonceptivos orales, corticoesteroides, enfermedad renal crónica y diabetes mellitus se han relacionado con hipertensión arterial refractaria.⁷

3.1.2 Definición.

La hipertensión arterial crónica se define como la existencia de un valor de presión arterial (PA) elevado que aumenta el riesgo de que los pacientes sufran lesiones orgánicas en diversos lechos vasculares, como la retina, el encéfalo, el corazón, los riñones y las arterias de gran calibre.⁸

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro.

La tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg. (2)

⁷Ministerio de Salud. (2018). Guías clínicas de Medicina interna. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud.

⁸ Foster, C. (2014). Manual Washington de terapéutica médica. 34 ed. Barcelona: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Sin embargo, los beneficios cardiovasculares de la tensión arterial normal se extienden incluso por debajo de esos niveles de tensión sistólica (105 mm Hg) y de tensión diastólica (60 mm Hg).

La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general.⁽²⁾

3.1.3 Etiología.

Más del 90% de todos los pacientes hipertensos sufre una hipertensión primaria, o esencial, los demás sufren una hipertensión secundaria a enfermedad parenquimatosa renal, enfermedad vascular renal, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, Coartación de aorta, apnea obstructiva del sueño, y trastornos infrecuentes autosómicos recesivos o dominantes del eje suprarrenal-renal que cursan con retención de sal.⁽⁸⁾

3.1.4 Mecanismos de la hipertensión.

Para plantear datos básicos que permitan entender la patogenia y las opciones terapéuticas de trastornos hipertensivos, es de utilidad conocer factores que intervienen en la regulación de la presión arterial normal y elevada. Los dos factores determinantes de la presión mencionada son el gasto cardíaco y la resistencia periférica. El primer factor (gasto) depende del volumen sistólico y la frecuencia cardíaca; el volumen sistólico depende de la contractilidad del miocardio y de la magnitud del compartimiento vascular. El segundo o resistencia periférica es regido por los cambios funcionales y anatómicos en las arterias de fino calibre (diámetro interior, 100 a 400 μm) y arteriolas. ⁽⁶⁾

3.1.5 Volumen intravascular.

El sodio es un ion predominantemente extracelular y un determinante primario del volumen extracelular. Cuando el consumo de cloruro de sodio rebasa la capacidad de los

riñones para excretar sodio, en el comienzo se expande el volumen intravascular y aumenta el gasto cardiaco.

Sin embargo, muchos lechos vasculares tienen la capacidad de autorregular su flujo sanguíneo y si es necesario conservar de manera constante dicho flujo, incluso si aumenta la presión arterial, deberá aumentar la resistencia dentro de ese lecho, con base en la ecuación siguiente:

$$\text{Flujo sanguíneo} = \frac{\text{presión a través del lecho vascular}}{\text{Resistencia vascular}}$$

El incremento inicial de la presión arterial en respuesta a la expansión del volumen vascular pudiera provenir del aumento del gasto cardiaco; sin embargo, con el paso del tiempo, aumenta la resistencia periférica y el gasto cardiaco se revierte y se orienta a lo normal. No hay certeza de que dicha sucesión teórica de fenómenos suceda en la patología de la hipertensión. Un dato claro es que el cloruro de sodio activará diversos mecanismos nerviosos, endocrinos, paracrinicos y vasculares y todos ellos tienen la capacidad de incrementar la presión arterial (6)

El efecto del sodio sobre la presión arterial proviene del hecho de que dicho ion está combinado con cloruro, en tanto que las sales de sodio sin cloruro ejercen mínimo o nulo efecto en la presión arterial. Conforme aumenta la presión arterial en respuesta al consumo de grandes cantidades de cloruro de sodio, se incrementa la excreción del sodio por orina y se conserva el equilibrio de sodio a expensas de un incremento de la presión arterial. El mecanismo de dicho fenómeno de “presión arterial-natriuresis” pudiera comprender un incremento sutil de la filtración glomerular, disminución de la capacidad de absorción de los túbulos renales y posiblemente elementos hormonales como el factor natriurético auricular.(6)

3.1.6 Sistema nervioso autónomo.

Los reflejos adrenérgicos modulan la presión arterial a breve plazo y la función adrenérgica, concertadamente con factores hormonales y volumétricos y contribuyen a la

regulación a largo plazo de la presión arterial. La noradrenalina, adrenalina y dopamina intervienen en forma importante en la regulación cardiovascular tónica y fásica.

Las actividades de los receptores adrenérgicos son mediadas por proteínas reguladoras de la unión con el nucleótido guanosina (proteínas G) y por concentraciones intracelulares del segundo mensajero en etapas siguientes. Además de la afinidad y el número de receptores, la reactividad fisiológica a las catecolaminas puede ser modificada por la eficiencia del acoplamiento receptor/efector en un sitio “distal” respecto a la unión con el receptor. Los sitios de los receptores son relativamente específicos, para la sustancia transmisora y para la respuesta que la ocupación del sitio receptor desencadena. Con base en sus características fisiológicas y farmacológicas se ha dividido a los receptores adrenérgicos en dos tipos principales: α y β . Los tipos anteriores se han diferenciado, todavía más, en receptores α_1 , α_2 , β_1 y β_2 . (6)

En personas con peso normal y en las obesas, la hipertensión suele acompañarse de una mayor generación de impulsos simpáticos. Con base en los registros de actividad nerviosa muscular posganglionar (detectada por un microelectrodo introducido en el nervio ciático poplíteo en la pierna), la estimulación simpática tiende a ser mayor en personas hipertensas que en las normotensas. La estimulación simpática aumenta en la hipertensión. (6)

3.1.7 Sistema Renina Angiotensina Aldosterona.

Este sistema contribuye a regular la presión arterial más bien por medio de las propiedades vasoconstrictoras de la angiotensina II y las propiedades de retención de sodio, de la aldosterona. La renina es una proteasa de aspartilo sintetizada en la forma de una proenzima inactiva, la prorrenina. Gran parte de la renina en la circulación es sintetizada en las arteriolas renales aferentes. La prorrenina puede ser secretada en forma directa a la circulación o ser activada dentro de las células secretoras y liberada en la forma de renina activa. El plasma humano contiene dos a cinco veces más prorrenina que renina, pero no hay datos de que la primera contribuya a la actividad fisiológica de tal sistema. Se han identificado tres estímulos primarios de la secreción de renina: 1) menor transporte de

cloruro de sodio en la región distal de la rama ascendente gruesa del asa de Henle, que está en relación directa con la arteriola aferente correspondiente (mácula densa);

2) disminución de la presión o el estiramiento dentro de la arteriola renal aferente (mecanismo barorreceptor), y 3) estimulación de tipo simpático de las células reninógenas a través de receptores adrenérgicos β_1 . En cambio, el aumento del transporte de cloruro de sodio en la porción ascendente gruesa del asa de Henle inhibe la secreción de renina, por un mayor estiramiento dentro de la arteriola aferente renal y por antagonismo de los receptores β_1 . Además, la angiotensina II inhibe directamente la secreción de renina, a causa de la acción de los receptores de tipo 1 de angiotensina II en las células yuxtglomerulares y la secreción de renina aumenta en reacción al antagonismo farmacológico con ACE o antagonistas de receptores de angiotensina II. La renina activa, una vez liberada en la circulación, desdobla un sustrato, el angiotensinógeno, para formar un decapeptido inactivo, la angiotensina I ⁽⁶⁾

Una enzima convertidora que se encuentra en la circulación pulmonar (aunque no en forma exclusiva) y que convierte la angiotensina I en el octapeptido activo, angiotensina II, al liberar el péptido histidil-leucina en la terminación carboxilo. La misma enzima convertidora separa otros péptidos que incluyen (y en consecuencia, inactiva) a la bradicinina, un vasodilatador. La angiotensina II, al actuar predominantemente en los receptores de angiotensina II de tipo 1 (AT1) en las membranas celulares, termina por ser una potente sustancia presora, el principal factor trófico para la secreción de aldosterona por parte de la zona glomerular de las suprarrenales y un mitógeno potente que estimula a las células del músculo liso en vasos y la proliferación de miocitos. La angiotensina II, independientemente de sus efectos hemodinámicos, también interviene en la patogenia de la aterosclerosis, a través de una acción celular directa en la pared vascular. ⁽⁶⁾

3.1.8 Mecanismos vasculares.

El radio interior y la distensibilidad de las arterias de resistencia también constituyen factores determinantes de la presión arterial. La resistencia al flujo varía en sentido inverso a la cuarta potencia del radio y, como consecuencia, disminuciones pequeñas en el

diámetro interior incrementan significativamente la resistencia de la arteria. En hipertensos, cambios estructurales, mecánicos o funcionales pueden disminuir el diámetro interior de arterias finas y arteriola.⁽⁶⁾

Los hipertensos pueden mostrar mayor rigidez de arterias, a causa de la arteriosclerosis y tensiones sistólicas altas con ensanchamiento de la presión diferencial como consecuencia de la disminución de la distensibilidad vascular. ⁽⁶⁾

La mayor rigidez arterial resulta en aceleración de la velocidad de la onda del pulso tanto en la onda incidente como en la reflejada. Dada la sincronía de tales ondas, aumenta la presión sistólica y disminuye la diastólica aórtica, es decir, se incrementa la presión diferencial. El índice de aumento aórtico, que es una medida de la rigidez arterial, se calcula como la proporción de presión arterial central/presión diferencial. La presión central se puede medir de manera directa al colocar un sensor en la aorta por un método no penetrante mediante sonometría radial, con el uso de dispositivos comerciales. La presión central y el índice de aumento aórtico son elementos de gran peso e independientes de anticipación (predicción) de enfermedad cardiovascular y mortalidad de todas las causas. ⁽⁶⁾

La función del endotelio vascular también modula el tono de vasos; el endotelio vascular sintetiza y libera muy diversas sustancias vasoactivas, que incluyen el óxido nítrico, vasodilatador potente. La vasodilatación que depende del endotelio disminuye en hipertensos; tal deficiencia suele ser valorada por medio de ecografía de alta resolución antes de la fase hiperémica de la reperfusión y después de ella, transcurridos 5 min de isquemia del antebrazo. Otra posibilidad es que la vasodilatación dependiente de endotelio puede ser valorada en respuesta a un vasodilatador endoarterial que depende de endotelio, como la acetilcolina en goteo intravascular. La endotelina es un péptido vasoconstrictor producido por el endotelio y los antagonistas de endotelio que son activos después de ingeridos pueden disminuir la presión arterial en individuos con hipertensión resistente al tratamiento ⁽⁶⁾

3.1.9 Trastornos clínicos de la hipertensión.

Con arreglo a los métodos de selección y definición, en 80 a 95% de los sujetos hipertensos se hace el diagnóstico de “hipertensión esencial”.

En 5 a 20% de los pacientes hipertensos restantes, se identifica un elemento de fondo “específico” que hace que aumente la presión arterial. En personas con hipertensión “secundaria” se puede advertir con mayor frecuencia un mecanismo específico del incremento tensional. (6)

Tabla 1.1
Manifestación en órganos periféricos

Sistema orgánico	Manifestaciones
Grandes vasos	Dilataciones aneurismáticas Aterosclerosis Diseccción aórtica
Cardíaco Aguda Crónica	Edema pulmonar, infarto del miocardio Evidencia clínica o de ECG de enfermedad de la arteria coronaria; hipertrofia del ventrículo izquierdo en ECG o ecocardiograma
Cerebrovascular	Hemorragia intracraneal, coma, convulsiones, cambios del estado mental, accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular
Renal Aguda Crónica	Hematuria, uremia Creatinina sérica ≥ 1.5 mg/dl, proteinuria $\geq 1+$ en la tira reactiva
Retinopatía Aguda Crónica	Edema papilar, hemorragias Hemorragias, exudados, muescas arteriales

Fuente: Manual Washington de Terapéutica Medica. 34 edición 2014 (8)

Tabla 2
Clasificación de la tensión arterial

Categoría	Sistólica	Diastólica
Optima	Menor de 120	Menor de 80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA de grado 1	140-159	90-99
HTA de grado 2	160-179	100-109
HTA de grado 3	Mayor o igual 180	Mayor o igual 110
HTA sistólica aislada	Mayor o igual 140	Menor de 90

Fuente: Ministerio de Salud. (2018). Guías clínicas de Medicina interna.

3.2.0 Factores de riesgo.

- Sexo masculino.
- Edad (hombres, mayor o igual 55 años; mujeres, mayor o igual 65 años).
- Tabaquismo.
- Dislipidemias.
- Alta ingesta de sal.
- Sedentarismo.
- Alto consumo de alcohol.
- Glucemia en ayunas 102 -125 mg/dl.
- Prueba de tolerancia a la glucosa alterada.
- Obesidad (IMC mayor o igual 30).
- Obesidad abdominal (en caucásicos, perímetro abdominal: varones, mayor o igual 102 cm; mujeres, mayor o igual 88 cm).
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (varones, menor 55 años).
- Mujeres, menor 65 años)⁽⁷⁾

3.2.1 Valoración clínica.

3.2.1.1 Anamnesis.

- Factores de riesgo y antecedentes familiares.
- Factores ambientales/ situacionales.
- Hábitos higiénico-dietéticos: alcohol-tabaco-sodio-ejercicio.
- Exposición a fármacos/drogas.
- Síntomas, cardiovasculares o inespecíficos.
- Eventos previos.

3.2.1.2 Exploración física.

- Medición de la presión arterial.
- Pulsos periféricos.
- Fondo de ojo.
- Cuello: yugulares-carótidas-tiroides.
- Exploración cardiopulmonar exhaustiva.
- Abdomen: soplos – pulsaciones - visceromegalias-tumores.
- Miembros inferiores, buscando edema. (7)

3.2.1.3 Diagnóstico.

La detección y valoración óptima de la HTA, exige una medición no invasiva exacta de la presión arterial, que debe realizarse de la siguiente manera:

- Permitir que el paciente se siente 3 - 5 minutos antes de iniciar la toma de presión arterial, en forma confortable y sin cruzar las piernas.
- Tomar como mínimo dos mediciones de la presión arterial con el paciente sentado, dejando uno o dos minutos entre las mediciones.
- Utilizar un manguito de presión arterial de tamaño estándar (12-13 centímetros ancho y 35 centímetros de largo) y disponer de uno grande (circunferencia mayor de 32 centímetros) para brazos gruesos y otro pequeño para brazos delgados.
- Colocar el brazo al nivel del corazón, sea cual sea la posición del paciente.

- Medir la presión arterial en ambos brazos, en la primera consulta para detectar posibles diferencias, se tomará la cifra más alta como referencia.
- En la primera consulta, en pacientes diabéticos, adultos mayores o en quienes se sospeche hipotensión ortostática, se debe medir la presión arterial 1 - 3 minutos después de que el paciente se encuentre de pie. (7)

3.2.2 Tratamiento.

3.2.2.1 Tratamiento no farmacológico con cambios en el estilo de vida.

Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base de la prevención y del tratamiento de la HTA y, consiguientemente, de la reducción del riesgo cardiovascular (RCV) asociado. La implementación de estos cambios del estilo de vida tanto en el paciente individual como a nivel comunitario se considera medidas prioritarias para la prevención de la HTA y de sus complicaciones. ⁹

⁹Gijón-Conde T, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>

Tabla 3. 1

Modificaciones en los estilos de vida para tratar la hipertensión arterial

Modificación	Recomendación	Reducción aproximada en la PAs (rango)
Reducir del peso corporal	Mantener un peso corporal normal (IMC 18.5–24.9 kg/m ²)	5–20mmHg/10 kg de pérdida de peso
Adoptar un plan de dieta tipo DASH	Consumir una dieta rica en frutas y vegetales, productos lácteos bajos en grasa y con un contenido reducido en grasas saturadas y grasas totales.	8–14 mmHg
Reducir el consumo de sal de la dieta	Reducir el consumo de sodio a no más de 100 mmol por día (2.4 g sodio o 6 g cloruro de sodio).	2–8 mmHg
Actividad física	Participar en actividad física aeróbica regular como caminar (al menos 30 min por día, la mayoría de los días de la semana).	4–9 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo de bebidas a no más de 2 tragos (1 onza o 30 mL etanol; por ejemplo, 24 oz de cerveza, 10 onzas de vino o 3 oz de whiskey) por día en la mayoría de los hombres y de no más de 1 trago al día en las mujeres y personas de peso más livianos.	2–4 mmHg

Fuente: Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos. Prevención, detección, evaluación, y tratamiento de la Hipertensión Arterial.

3.2.2.2 Tratamiento farmacológico.

La novedad más significativa de la guía ACC/AHA 2017 es la vinculación del inicio del tratamiento farmacológico en algunos pacientes no solo a las cifras de PA sino también al RCV individual de enfermedad aterosclerótica a 10 años calculado según las *ACC/AHA Pooled Cohort Equations*. En prevención secundaria se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con cifras de PAS ≥ 130 o PAD ≥ 80 mmHg. Este umbral también se recomienda en prevención primaria si el RCV es $\geq 10\%$ en 10 años. En caso de cifras de PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 mmHg también se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en todos los casos. En cuanto a los objetivos de PA, la guía establece $<130/80$ mmHg para pacientes con ECV o con RCV $\geq 10\%$ en 10 años con una CR I (con NE B para la PAS y C para la PAD) mientras que en pacientes son ECV y con RCV $< 10\%$ en 10 años el objetivo $<130/80$ mmHg se considera «razonable» (CR IIb). Respecto a los fármacos, la guía recomienda como grupos de inicio diuréticos tiazídicos, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAI) y calcioantagonistas (CA). Todos los demás grupos, incluyendo los betabloqueantes (BB), se consideran de segunda línea o reservados para pacientes con comorbilidades. Se recomienda como tratamiento inicial el uso de combinaciones de 2 fármacos en HTA grado 2 cuando los niveles de PAS o de PAD estén $>20/10$ mmHg, respectivamente, por encima del objetivo. En la práctica, esta recomendación supone el inicio de tratamiento combinado en todos los pacientes con cifras de PA por encima de $160/100$ mmHg o, en caso de considerar un objetivo de PA $< 130/80$ mmHg, con cifras por encima de $150/90$ mmHg. Las combinaciones consideradas más adecuadas son las de IECA o ARAII con diurético tiazídico o CA, aunque las evidencias se consideran superiores para las primeras. Se comenta la ventaja que pueden tener las combinaciones a dosis fija en cuanto a cumplimiento. Se insiste en la conveniencia de combinar fármacos con distinto mecanismo de acción y de evitar la combinación de IECA y ARAII o cualquiera de estos con inhibidores directos de la renina ⁽⁹⁾

3.2.3 Adherencia.

La OMS definió en el 2004 la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, por tanto, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular⁽¹⁾

La adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores:

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores. ⁽¹⁾

3.2.3.1 Cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica.

La OMS en 2004 definió cinco determinantes los cuales influyen en el apego al tratamiento de los pacientes:

- Factores socioeconómicos.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte,

El alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.⁽¹⁾

- Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.

Este mismo estudio también menciona que: Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo y el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla ⁽¹⁾

- Factores relacionados con la enfermedad.

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión (en la diabetes o la infección por el VIH/SIDA) y el abuso de drogas y alcohol, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia. ⁽¹⁾

- Factores relacionados con el tratamiento.

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima ⁽¹⁾

- Factores relacionados con el paciente.

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. ⁽¹⁾

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento • asesoramiento, • a las clases motivacionales,

Comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

(1)

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad. Las inquietudes por la medicación surgen de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Se relacionan con las perspectivas negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y las sospechas de que los médicos los prescriben en exceso, así como a una “visión del mundo” más amplia caracterizada por las sospechas de sustancias químicas en los alimentos y el ambiente y de la ciencia, la medicina y la tecnología (8)

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. (1)

3.2.4 Medición de la adherencia: Test de Morisky-Green-Levine.

Este método, que está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.¹⁰ Y es uno de los instrumentos que se utilizara en esta investigación.

¹⁰M.Á. R., E.García, A. Busquets., A. Rodríguez., E.M. Pérez, M.J. F., F. Martínez and et (2009). *Pharmaceutical Care. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria*, p.182.

Para evaluar la adherencia en el grupo de pacientes objeto de estudio se utilizará el Instrumento diseñado por Bonilla y De Reales en el año 2006 que evalúa la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, está conformado por 53 ítems y cuatro dimensiones. ¹¹Se utilizará la clasificación modificada de los grados para riesgo de adherencia propuesta por Bonilla I, (citada por Barjas & Gómez, 2014) para el análisis de resultados del presente estudio.⁽¹¹⁾

¹¹ Ortiz Suárez, Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. Enferm. [en línea] 2010 [acceso 18 octubre. 2018]; 28(2): [73-87 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07>.

CAPITULO IV

4.1 DISEÑO METODOLOGICO.

Diseño de investigación en salud Básico: descriptivo, transversal.

4.1.1 Periodo de investigación.

La información se recolectará en el periodo de diciembre 2018 a enero de 2019, dentro de la Unidad de salud San José Guayabal, Departamento de Cuscatlán.

4.1.2 Universo.

Lo constituyen todos los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial crónica de cualquier edad que consultan en la unidad de Salud de San José Guayabal. El total de pacientes hipertensos que son atendidos en la Unidad de Salud de San José Guayabal es de 651.

4.1.3 Muestra.

Por el tipo de estudio, los recursos con los que se cuenta para la investigación, el tiempo breve en el que se llevará a cabo, y considerando que la población es pequeña, la muestra será de tipo no probabilística a conveniencia de los investigadores y se hará como serie de casos de consulta, es decir, se llevará a cabo la recolección de información a aquellos pacientes de la UCSF mencionada, que cumplan los criterios de inclusión y que consientan en participar en el tiempo considerado.

Número aproximado de 40 pacientes.

4.1.4 Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica desde hace 1 año o más, y que expresen el interés de participar en el estudio.
- Pacientes que tengan control inicial y subsecuente de por los menos un año por hipertensión arterial crónica en unidad de Salud de San José Guayabal.
- Se incluirán ambos sexos y adultos entre 20 y 80 años.
- Pacientes que residan en el municipio de San José Guayabal, departamento de Cuscatlán.

4.1.5 Criterios de exclusión.

- Pacientes que se hayan referido a tercer nivel para el manejo de otras comorbilidades.
- Pacientes que sean dependientes de otras personas para seguir indicaciones médicas.
- Pacientes con hipertensión grave y que utilizan más de 4 tipos de antihipertensivos.

4.1.6 Variables.

- Variable dependiente.

Adherencia al tratamiento farmacológico.

- Variables independientes.

Edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, nivel de escolaridad, tensión arterial controlada o no controlada, tiempo de evolución de la enfermedad, medicamentos utilizados para la hipertensión, otras enfermedades.

Dimensiones; socioeconómicos, relacionados con; el paciente, el tratamiento, la asistencia Sanitaria, la enfermedad.

Las variables son numéricas, existen instrumentos validados con los cuales se pueden medir y se utilizarán en esta investigación.

4.1.7 Operacionalización de las variables

Tabla 4. Operacionalización de variables.

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor
1) Registrar los principales aspectos sociodemográficos y médicos de los pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal, con diagnóstico de hipertensión arterial crónica en el periodo de tiempo mencionado.	a) Aspectos sociodemográficos b) Aspectos Médicos:	En esta investigación este apartado corresponde a los datos médicos relevantes para la patología en estudio como es la hipertensión arterial crónica.	-En esta investigación este apartado corresponde a los datos de afiliación del paciente como son: edad, sexo, nivel educativo, ocupación, ubicación En esta investigación este apartado corresponde a los datos médicos relevantes para la patología en estudio como es la hipertensión arterial crónica: tensión arterial controlada o no, tiempo de padecer la enfermedad, medicamentos que toma y otras enfermedades que padece	Número de pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal diciembre a enero de 2018 según aspectos sociodemográficos/número total de pacientes X100 Número de pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal diciembre a enero de 2018 según aspectos médicos/número total de pacientes X100	Razón/ porcentaje Razón/ porcentaje
2) Determinar la proporción de pacientes con hipertensión arterial crónica de la Unidad de Salud de San José de Guayabal que son adherentes al tratamiento farmacológico según el cuestionario de adherencia de Morisky, Green- Levine.	Adherencia al tratamiento farmacológico	Se entiende por adherencia el grado, hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen, exactamente el tratamiento prescrito por el médico.	1. ¿Olvidó alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Cumplimiento de medicamento en la dosis y horas indicadas por el Médico.	Número de pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal diciembre a enero de 2019 según aspectos relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico/ número total de pacientes X100	SI/NO Si el paciente contesta con "NO" a las cuatro preguntas significa que es adherente al tratamiento y con un "SI" en cualquiera de las 4 preguntas, significa que no tiene adherencia.

3) Especificar las principales dimensiones; socioeconómicas, y relacionadas con; el paciente, el tratamiento, la asistencia sanitaria, y la enfermedad, que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan las unidades de salud de San José Guayabal.	-factores socioeconómicos	Condición en la que se encuentra la persona respecto a su contexto social y económico que se encuentra asociada con la adherencia al tratamiento antihipertensivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de necesidades básicas (Alimentación, salud, vivienda, educación). 2. Acceso a los medicamentos 3. Acceso a información 4. Apoyo familiar <p>Se incluyen cuestiones como son el apoyo familiar, el estigma social de la enfermedad, la cobertura sanitaria, el coste de la enfermedad o la situación laboral.</p>	Número de pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal diciembre a enero de 2019 según aspectos sociales y económicos/ número total de pacientes X 100	Nunca. A veces. Siempre.
	-Relacionados con la asistencia sanitaria	Referido a la relación terapéutica del usuario con el servicio y el equipo de salud, en cuanto a su satisfacción en la atención que recibe resultado de esta interacción, asociada en la adherencia al tratamiento antihipertensivo por parte del paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El médico brinda información sobre la enfermedad 2. Seguimiento y aclaración de dudas 3. El médico brinda información completa sobre el tratamiento 4. Buena relación médico paciente <p>los factores relacionados con el personal y el sistema sanitario entre los que se incluyen, como barreras en la asistencia sanitaria, la información proporcionada a los pacientes respecto al tratamiento y a la patología que padecen, la comunicación y relación entre los profesionales y con el paciente y el seguimiento realizado.</p>	Número total de pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal diciembre a enero de 2019 según aspectos relacionados a la asistencia sanitaria / número total de pacientes X100	Nunca. A veces. Siempre
	Relacionados con el paciente	Está representado por el interés que tiene el paciente acerca del conocimiento de su enfermedad, la importancia que representa seguir el tratamiento y	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convicción del beneficio del tratamiento. 2. Interés por informarse de su enfermedad 3. Responsabilidad y empoderamiento del tratamiento de su enfermedad <p>Dentro de los factores relacionados con el paciente se incluyen aspectos demográficos como son la</p>	Número total de pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal diciembre a enero de 2019 según aspectos relacionados al paciente / número total de pacientes X100	Nunca. A veces. Siempre

		las perspectivas que tiene de éste, además de su percepción sobre su capacidad para cumplir con el régimen indicado, asociándose todos estos con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	edad y el género, además del nivel de formación, el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento y la actitud hacia los mismos, la presencia de problemas psicológicos o los olvidos.		
	-Relacionados con el tratamiento	Son los relacionados con el régimen del tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico, como la duración del tratamiento, el horario, la inminencia de los efectos beneficiosos, la suspensión del tratamiento, entre otros, que se asocian en la adherencia al tratamiento antihipertensivo	1. Disponibilidad de tiempo para asistir a citas médicas 2. Dudas sobre la enfermedad o el tratamiento 3. Constancia en el seguimiento del tratamiento 4. Conocimiento sobre prácticas de estilo de vida saludables Entre los factores asociados a la terapia se incluyen la complejidad del tratamiento, la presencia de efectos adversos, la percepción sobre la efectividad de los medicamentos, la aceptación y la flexibilidad en la elección de los tratamientos por parte de los pacientes y su duración.	Número total de pacientes que consultan a la UCSF de San José Guayabal diciembre a enero de 2019 según aspectos relacionados al tratamiento / número total de pacientes X100	Nunca. A veces. Siempre

4.1.8 Fuentes de información:

1) Primaria.

Pacientes.

2) Secundaria.

Guías clínicas del MINSAL.

Libros y revistas médicas actuales.

4.1.9 Técnicas de obtención de información

La obtención de datos se realizó por medio de entrevista directa a 40pacientes y se utilizaron 3 encuestas por paciente para el desarrollo de los objetivos adecuadamente. La primera abarca los factores sociodemográficos y médicos más importantes de los pacientes. En la segunda encuesta, atreves del cuestionario de adherencia de Morisky, Green- Levine, se pretende dar a conocer el grado de adherencia que presentan los pacientes de este estudio. Por último, se utilizó una encuesta que aborda las principales dimensiones de que influyen en la adherencia terapéutica

CAPITULO V

5.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

5.2 REGISTRO DE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y MEDICOS.

Tabla 4.1

Distribución de pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre 2018 a enero de 2019 según rango de edad.

Edad	Total	%
20-30 años	0	0
30-60 años	18	45
Mayor de 60 años	22	55

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019.

Se observa en esta tabla que el 100% de los participantes del estudio se encuentra arriba de los 30 años de edad, y además conforme aumenta la edad, aumenta el número de casos, lo cual concuerda con los estudios de hipertensión arterial que evidencian que uno de cada 3 personas mayores de 30 años es hipertenso.

Tabla 5.1.

Proporción de pacientes que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre 2018 a enero de 2019, según sexo.

Sexo	Total	%
Masculino	14	35
Femenino	26	65

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

En la tabla anterior se puede observar que dos terceras partes de los pacientes hipertensos que consultaron en el periodo de estudio, pertenecen al sexo femenino.

Tabla 5.1

Distribución de pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019 según ocupación

Ocupación	Total	%
Oficios domésticos	24	60
Comerciante	6	15
Agricultor	5	12.5
albañil	2	5
Trabajador en salud	2	5
Mecánico	1	2,5

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

La mayor parte de la población encuestada se dedica a los oficios del hogar, este dato tiene relación también con la tabla 5.1 donde se observa que la mayoría de pacientes son de sexo femenino y que se encuentra por arriba de los 60 años según la tabla 4.1. Cabe mencionar que entre los pacientes entrevistados se encontraba un médico y una enfermera.

Tabla 7.1

Distribución de pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019 según nivel de escolaridad

Grado de escolaridad	Total	%
Universitario	1	2.5
Bachillerato	7	17.5
Educación básica	19	47.5
Ninguno	13	32.5

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

Existe un porcentaje bastante grande de pacientes que no poseen ningún grado académico, lo cual juega un papel importante en la adherencia a un tratamiento, por la dificultad que esto ocasiona al momento de leer las indicaciones de un medicamento o para buscar información respecto a su enfermedad, pero siguiendo la relación lógica del estudio, en la tabla 4.1 se observó que el 55% de los participantes son mayores de 60 años de edad, es decir pertenecen a una época donde existía menor acceso a la educación y es lo que puede explicar este porcentaje.

Tabla 8.1

Distribución de pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019 según lugar de residencia

Residencia	Total	%
Urbana	24	60
Rural	16	40

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

La unidad de Salud de San José Guayabal, está ubicada en el pueblo que lleva el mismo nombre, en este estudio se considera como urbano, y los cantones aledaños que pertenecen al municipio de San José Guayabal se consideran como zona rural, y aunque cada cantón presenta su propio Equipo comunitario de Salud Familiar, la consulta del área rural representa casi la mitad en este estudio.

Tabla 9.1

Distribución de pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019 según tensión arterial al momento de la entrevista.

Tensión arterial	Total	%
Controlada	35	87.5
No controlada	5	12.5

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

En pacientes hipertensos no se puede hablar de tensión arterial normal, debido a que utilizan algún medicamento antihipertensivo para mantener los valores de la presión arterial controlada. Se clasificó el dato en dos resultados según el corte de 140/90 mmhg de tensión arterial como tensión arterial no controlada, por mencionar que 5 personas presentaron ese valor o arriba de este al momento de la entrevista.

Tabla 10.1

Distribución de pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019 según tiempo de evolución de tensión arterial.

Tiempo de evolución de la hipertensión	Total	%
Menor o igual a 5 años	19	47.5
De 6 a 10 años	9	22.5
Mayor o igual a 11 años	12	30

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

En la población de estudio casi la mitad tiene un diagnóstico de hipertensión arterial menor de 5 años, un 30% tiene más de 10 años y un 22.5% tiene entre 6 y 10 años del diagnóstico.

Tabla 11.1

Familia de fármacos más tomados por pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019

Familia de medicamentos	Total*
IECA	25
Antagonista de los canales de calcio	9
Diuréticos	7
Bloqueantes de los receptores de angiotensina	3
II	
Beta bloqueadores	1
No recuerda	5

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre a enero de 2019

Nota: *La suma del total no dará cuarenta por la razón de que un paciente puede ocupar más de un antihipertensivo

El medicamento más utilizado en los pacientes de este centro de salud es el enalapril, el cual pertenece a la familia de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), luego le sigue los bloqueantes de los canales de calcio como la amlodipina y los diuréticos como la hidroclotiazida, esto indica que se siguen las normas clínicas con respecto a la prescripción de antihipertensivos, y probablemente estos son los más tolerados por los pacientes, algunos pacientes mencionaron tomar 2 o hasta 3 antihipertensivos. Cabe mencionar que 5 personas refirieron desconocer el nombre del medicamento que toman.

Tabla 12.1

Otras enfermedades crónicas que presentaban los pacientes hipertensos que consultaron en la Unidad de Salud de San José Guayabal en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019

Otras enfermedades crónicas	Total	%
Diabetes mellitus	10	34.48
Enfermedad renal	8	27.58
Enfermedad tiroidea	3	10.34
Artritis	3	10.34
Asma bronquial	3	10.34
Dislipidemia	2	6.89

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre aspectos sociodemográficos y médicos para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

Entre las morbilidades asociadas a la hipertensión se encontró que la Diabetes mellitus representaba hasta un tercio del total de enfermedades crónicas, y 27.5% la enfermedad renal crónica. Lo que significa que estas personas deben hacer un esfuerzo mayor para adherirse al tratamiento, porque toman más medicamentos, tienen dietas más restringidas o específicas y deberían tener mayor actividad física semanal.

5.3 CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MORISKY, GREEN - LEVINE.

Tabla 13.1

Cuestionario de adherencia farmacológica al tratamiento MORISKY GREEN- LEVINE

PREGUNTAS	SI	%	NO	%
1. ¿Olvidó alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	26	65	14	35
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?	12	30	28	70
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	1	2.5	39	97.5
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	3	7.5	37	92.5

Nota: Resultados del cuestionario Morisky Green-Levine para el trabajo de Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre a enero de 2019

El cuestionario consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento o incumplimiento de las indicaciones médicas. Si el paciente contesta con un "NO" a las cuatro preguntas significa que es adherente al tratamiento y con un "SI" que conteste en cualquiera de las 4 preguntas, significa que no tiene adherencia al tratamiento.

El total de pacientes que contestaron con un "No" en las 4 preguntas fue de 14. Lo que equivale al 42.5% de los participantes que si presentan adherencia farmacológica al tratamiento según este test.

En la pregunta numero 1 el 65% de los encuestados manifestaron presentar alguna vez problemas de olvido en la toma del medicamento, y la pregunta 2 especifica que un 30% ha olvidado alguna vez el horario de la toma del medicamento.

En la pregunta número 3 el 97.5% menciona que no deja de tomar el medicamento cuando se siente bien, lo que refleja un buen entendimiento sobre su enfermedad crónica y por lo cual reconocen que deben tomarse el medicamento a pesar del aparente bienestar.

En la pregunta número 4 alude a la relación de malestar con la toma de medicamento que el paciente podría hacer, y además ser una razón por la que suspenda el medicamento, no obstante el 92.5% manifiesta que continua tomándose el medicamento a pesar de sentirse mal, y esto a su vez refleja el grado de confiabilidad en el tratamiento brindado por el médico.

5.4 INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Tabla 14.1

Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que consultaron la Unidad de Salud de San José Guayabal. Diciembre de 2018 a enero 2019

I Dimensión - Factores socioeconómicos	Nunca	Aveces	Siempre
Factores influyentes			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (Alimentación, salud, vivienda, educación).	1	17	22
2. Puede costearse los medicamentos.	3	24	13
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a su lugar de consulta.	1	13	26
4. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.	7	28	5
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.	13	10	17
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.	3	11	26

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre factores de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

En la dimensión I, factores socioeconómico se encuentran diferentes factores como: disponibilidad económica, esta incluye salud, vivienda, educación, alimentación, al revisar los datos obtenidos se puede observar que la mayoría de los pacientes acepta tener las condiciones económicas adecuadas para cubrir las necesidades básicas, pueden comprar el medicamento prescrito y no se les dificulta el transporte a su lugar de consulta, además de hacer cambios en su dieta según sugerencias médicas y contar con apoyo familiar, pero también se observa que una gran parte de personas no puede leer la información del medicamento que toman lo cual en los factores socioeconómicos es el dato más relevante.

Tabla 15.1

Factores relacionadas con el proveedor: Sistema y equipo de Salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que consultaron la Unidad de Salud de San José Guayabal. Diciembre de 2018 a enero 2019

II Dimensión - Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud	Nunca	Aveces	Siempre
Factores influyentes			
7. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento.	0	11	29
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.	2	11	27
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.	1	8	31
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.	3	13	24
11. En el caso en que usted fallara en su tratamiento, su médico y su enfermera entenderían sus motivos.	4	14	22
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entiendan.	0	7	33
13. El médico y la enfermera le han explicados que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando	0	7	33
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.	0	14	26

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre factores de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

Dimensión II, esta se encuentra relacionado con el proveedor, sistemas y equipo de salud, esta incluye diferentes factores como: personal médico apropiado, información sobre el medicamento prescrito, orientación de fórmula y horario de medicamentos, información médica sobre la enfermedad y tratamiento adecuado. El personal médico está capacitado en el área, indica, horarios y medicamentos para el tratamiento, el equipo es adecuado, el médico hace preguntas y lleva el seguimiento del expediente del paciente según la respuesta de la población de estudio.

Tabla 16.1

Factores relacionados con la terapia que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que consultaron la Unidad de Salud de San José Guayabal. Diciembre de 2018 a enero 2019

III Dimensión - Factores relacionados con la terapia	Nunca	Aveces	Siempre
Factores influyentes			
15. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	27	10	3
16. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios el dificultan el cumplimiento de sus citas.	35	5	0
17. Tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.	28	12	0
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?	38	2	0
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.	21	19	0
20. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	6	33	1

Fuente: Resultados en el formulario de encuesta sobre factores de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre de 2018 a enero de 2019

Dimensión III, esta incluye factores con relación a la terapia como: Ocupación del paciente, la distancia del lugar donde reside, las dudas sobre el horario de toma de los medicamentos y sentir bienestar aparente le dificultan cumplir con el tratamiento indicado por el médico, según los participantes en el estudio, estos factores no son influyentes en su tratamiento, ya que en los datos obtenidos se puede observar que la mayoría de los pacientes contestaron “Nunca” pero cabe mencionar que casi la mitad admite haber tenido dificultades anteriormente para cumplir su tratamiento y cree en cierta medida que hay costumbres sobre alimentos difíciles de cambiar.

Tabla 17.1

Factores relacionados con el paciente que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que consultaron la Unidad de Salud de San José Guayabal. Diciembre de 2018 a enero 2019

IV Dimensión - Factores relacionados con el paciente	Nunca	Aveces	Siempre
Factores influyentes			
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.	0	1	39
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	0	4	36
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.	0	0	40
24. Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.	0	1	39

Nota: Resultados en el formulario de encuesta sobre factores de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión que consultan en la UCSF San José Guayabal, de diciembre a enero de 2019

En la dimensión IV, factores relacionados con el paciente encontramos el 95% de los pacientes están seguros que el medicamento recetado es el correcto, y que traerá beneficios a su salud, y están interesados en el seguimiento de su tratamiento, están interesados en su salud y la manera de cuidarse con referencia al tratamiento de la enfermedad, estos datos coinciden incluso con la el Test de Morisky Green- Levine, donde se observa que la mayoría de pacientes manifiesta seguir tomando el medicamento aunque sienta bienestar aparente, y esto refleja hasta cierto punto confianza en el tratamiento indicado.

CAPITULO VI

6.1. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1 Discusión

Los datos más relevantes que se conocen sobre la hipertensión arterial crónica son que hoy en día afecta a una tercera parte de la población adulta en todo el mundo, y es una enfermedad multicausal, es decir existen diferentes factores que influyen en la prevalencia de esta enfermedad, el riesgo de padecerla aumenta a medida que aumenta la edad, es un poco más frecuente en el sexo masculino y los estilos de vida también influyen en su progresión

En primer lugar se buscó hacer una caracterización de la población de estudio, por lo cual el primer instrumento se basó aspectos sociodemográficos y médicos, y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El 65% de la población de estudio pertenece al sexo femenino, pero este dato no significa necesariamente que la población femenina sea la más afectada por esta enfermedad. El 60% se dedica a oficios domésticos, y también se encontró que 55% de los pacientes encuestados pertenecen a la tercera edad, 45% de los pacientes tienen edad entre los 30 y 60 años; estos datos coinciden con los estudios previos donde se menciona que la prevalencia de la enfermedad se encuentra en uno de cada tres adultos mayores de 30 años, no se encontró un paciente hipertenso menor a esta edad. Otro dato importante es que 32.5% no tiene ningún grado de escolaridad, este dato se ve reflejado en la encuesta sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento donde 13 personas manifestaron no poder leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.

Entre los datos médicos encontramos que el 87.5% se encontraba con tensión arterial controlada al momento de la entrevista, y que las familias de medicamentos más utilizados son en primer lugar; los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, luego los bloqueantes de canales de calcio y por los diuréticos. La Diabetes mellitus es la comorbilidad más frecuente con un 34.4%, seguido de la Enfermedad renal crónica con

un 27.5%. Lo que no es concluyente es que el 47.5% de la población tiene menos de 5 años de diagnóstico de la enfermedad, pero habría que considerar la posibilidad de un diagnóstico tardío.

En el segundo lugar, existen factores que influyen en la adherencia al tratamiento, y algunos estudios mencionan que solo el 50% de los pacientes tiene una adherencia correcta al tratamiento. (5).

Los resultados obtenidos en la población de estudio por medio del cuestionario Morisky Green-levine evidencian una adherencia farmacológica del 42.5% lo que coincide en cierta medida con los datos previos,

En este trabajo también se han englobado las dimensiones que definió la OMS en 2004, que pueden afectar la adherencia al tratamiento, cada dimensión abarca muchos factores: como los socioeconómicos, relacionados con el sistema de salud, la terapia y el paciente.

Dimensión I: Factores socioeconómicos:

La mayoría de los pacientes manifestaron tener adecuados ingresos como para costearse los medicamentos, transporte y satisfacer las necesidades básicas, el dato relevante en esta dimensión, como ya se mencionó, es que 13 personas refirieron no poder leer información respecto al manejo de su enfermedad, lo que podría afectar la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

Dimensión II: Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de Salud

La población manifestó satisfacción con respecto a la atención brindada por médicos y enfermeras de la unidad de salud de San José Guayabal, es decir se les brinda la información necesaria respecto a su enfermedad y el tratamiento, según la encuesta.

Dimensión III: Factores relacionados con la terapia:

En este apartado se encontró que la población de estudio no tiene problemas con la terapia a seguir, además que tienen conciencia de que la hipertensión arterial crónica es una enfermedad incurable por lo cual siguen el tratamiento a pesar del aparente bienestar, y demuestran confianza en el tratamiento a seguir. El dato más relevante es que 33 personas, es decir un 82.5% menciono que cree a veces que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar. Y como se sabe un componente muy importante en el

tratamiento de las enfermedades crónicas, es la modificación de los estilos de vida, y este dato puede influir en la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente.

Esta última dimensión refleja la convicción que tiene el paciente con respecto al beneficio del tratamiento, el interés y la responsabilidad por conocer más sobre su enfermedad, es decir el empoderamiento que el paciente tiene sobre esta, casi el 100% de pacientes acepto reconocer el rol importante que juega en el manejo de su enfermedad.

6.1.2 Conclusiones

La población de estudio un 65% es del sexo femenino, y se dedican a oficios domésticos en un 60%, además el 55% pertenece a la tercera edad, y un 45% están en la edad entre 30 y 60 años. El primer factor encontrado que interfiere a la adherencia al tratamiento es la escolaridad nula del 32.5% y este representa un problema para esta población al momento de leer los medicamentos prescritos y/o conocer más sobre su enfermedad.

En el momento de la entrevista el 87.5% presentaba controlada la tensión arterial, la comorbilidad más asociada en primer lugar es la Diabetes mellitus tipo 2 con un 34.4%, seguido de la enfermedad renal crónica con un 27.5% estas podrían representar otro factor que interfiere en la adherencia al tratamiento debido a que son más medicamentos los que se deben recordar tomar, y además poseer una dieta más estricta.

Los medicamentos antihipertensivos más utilizados son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los bloqueantes de los canales de calcio y los diuréticos. Lo cual se aplica a las recomendaciones de las guías clínicas más importantes sobre el manejo de la hipertensión ⁽⁹⁾

Con respecto al tiempo de evolución de la hipertensión 47.5% manifiesta menos de 5 años de diagnóstico, 22.5% entre 6 y 10 años, y 30% más de 11 años de diagnóstico.

La adherencia al tratamiento farmacológica según el cuestionario de Morisky Green-Levine es del 42.5%, y entre los problemas más frecuentes que dan este resultado se encuentra; El olvido de la toma de medicamento, o no tomarlo en la hora indicada.

En las dimensiones relacionadas con la adherencia al tratamiento, se encontró; la incapacidad de poder leer la información respecto al manejo de su enfermedad fue del 32.5%, además de un 82.5% de personas manifiesta creer a veces que hay costumbres con respecto a la alimentación y el ejercicio difíciles de cambiar. Esto se traduce a estilos de vida pocos saludables que también interfieren en la adherencia al tratamiento.

6.1.3 Recomendaciones

- 1) A UCSF de San José Guayabal. El grupo que desarrollo la investigación posteriormente a las correcciones por parte de asesora y jurado, hará una socialización de la misma, para que el Director/a y el personal obtengan la información recolectada del trabajo realizado y puedan asumir los retos por cumplir con referencia a la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que consultan ahí.
- 2) A los médicos en servicio social y primer nivel de atención, y en especial de la Unidad de Salud de San José Guayabal, se les hará un llamado de atención a través de la Dirección de Escuela y el Grupo Coordinador de trabajos de tesis, para que realicen más charlas informativas sobre los factores que influyen en la mala adherencia al tratamiento, como los estilos de vida, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, la falta de ejercicio y la adherencia farmacológica, para prevenir el desarrollo y progresión de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial; y que continúen con el esfuerzo de investigar en ese sentido
- 3) A los médicos en primer nivel de atención, el MINSAL debería de hacer actividades de Educación continuada en Atención primaria en salud, orientadas a considerar la adherencia al tratamiento como el fin primordial de la prescripción y recomendaciones médicas, sería una adecuada estrategia que mejoraría el control del paciente crónico y evitaría complicaciones tempranas en los pacientes.

7.1. BIBLIOGRAFIA

- 1) Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos largo plazo. Pruebas para la acción. OMS/OPS - Unidad de enfermedades no transmisibles, Washington. 2004. Consultado: 24/09/2018. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- 2) Organización Mundial de la Salud, Informe general sobre hipertensión arterial en el mundo. Día mundial de la salud 2013 [consultado el 20 de febrero del 2018]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
- 3) Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador ENECAELS 2015, Resultados relevantes. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud
- 4) Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014. [consultado el 14 de octubre del 2018]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275&Itemid=41590&lang=es
- 5) Liset J. C. Dany S. Juan C., Dra. Yudileidy F & Esmores, A. (2017). Sociedad Cubana de Cardiología. *Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo*, p.12.
- 6) Kasper, D., & Harrison. (2016). Principios de medicina interna 19th ed. México D.F.: McGraw-Hill Educación
- 7) Ministerio de Salud. (2018). Guías clínicas de Medicina interna. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud

- 8) Foster, C. (2014). Manual Washington de terapéutica médica. 34 ed. Barcelona: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- 9) Gijón-Conde T, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>
- 10) M.Á. R., E.García, A. Busquets., A. Rodríguez., E.M. Pérez, M.J. F., F. Martínez and et (2009). Pharmaceutical Care. *Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria*, p.182.
- 11) Ortiz Suárez, Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* [en línea] 2010 [accesado 18 octubre. 2018]; 28(2): [73-87 p.]. Disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07>.

8.1 ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de El Salvador

Unidad Central

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina



Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial crónica en Unidad Comunitaria de Salud Familiar San José guayabal en el periodo de Diciembre a Enero 2018

Este Consentimiento Informado se dirige a pacientes con hipertensión arterial crónica que son atendidos en la unidad comunitaria de salud familiar de San Juan Guayabal.

La investigación durará 2 meses, en este momento se le solicitará que llene con la mayor honestidad posible, un cuestionario después de pasar por el área de selección de pacientes.

Al ser partícipe de esta investigación usted conocerá que es la adherencia al tratamiento que está tomando, y que es el tratamiento farmacológico y las dimensiones que influyen en ella.

La identidad de quienes sean partícipes de esta investigación será confidencial, para tal fin se

asignara un número de cuestionario en lugar de consignar su nombre. Los datos obtenidos a través de la encuesta serán procesados por los investigadores y presentados al comité de

aprobación para egresados de la Universidad de El Salvador

El conocimiento que obtengamos al realizar esta investigación será compartido con usted antes de que se sea accesible al público. No se compartirá información confidencial.

El negarse a ser parte de esta investigación no afectará la atención que reciba en este establecimiento de salud.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación llenando la encuesta y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que afecte la atención médica que se me brinda.

Nombre del Participante

Firma del Participante _____

Fecha _____

Fecha _____

GLOSARIO

ACC/AHA: American College of Cardiology / American Heart Association

Colegio Americano de cardiología/ asociación americana cardiaca

CR: Clase de recomendación

CHD: Cardiopatía coronaria

CHF: Insuficiencia congestiva cardiaca

DASH: Dietary approaches to stop hypertension/ Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión

UCSF: Equipo Comunitario de Salud Familiar.

ECV: Enfermedad cerebro vascular

HTA: Hipertensión arterial

IMC: Índice de masa corporal

NE: Nivel de evidencia

OMS: Organización mundial de la salud

PA: Presión arterial

PAS: Presión arterial sistólica

PAD: Presión arterial diastólica

1) REGISTRÓ DE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y MEDICOS

Aspectos sociodemográficos

Edad_____ Ocupación_____ Sexo_____

Grado de escolaridad_____Residencia: Urbana_____ Rural_____

Aspectos médicos

Tensión arterial_____

¿Desde cuándo padece de hipertensión? _____

¿Qué medicamentos toma para la presión arterial?

¿Qué otras enfermedades crónicas padece?

**2) CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MORISKY,
GREEN - LEVINE.**

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Olvidó alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Interpretación:

- Si el paciente responde con un No a las cuatro preguntas del cuestionario, significa que es adherente al tratamiento.
- Si el paciente responde a alguna de estas preguntas con un Sí, significa que no es adherente al tratamiento.

3) INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (VERSIÓN 4)

No. _____ Fecha:

Nombre: _____ Edad:

Dirección:

Teléfono:

Factores influyentes			
I Dimensión - Factores socioeconómicos			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (Alimentación, salud, vivienda, educación).			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a su lugar de consulta.			

4. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
II Dimensión - Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
7. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento.			
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.			
11. En el caso en que usted fallara en su tratamiento, su médico y su enfermera entenderían sus motivos.			
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entiendan.			
13. El médico y la enfermera le han explicados que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando			

14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
III Dimensión - Factores relacionados con la terapia			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
15. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios el dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17. Tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
20. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
IV Dimensión - Factores relacionados con el paciente			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			

23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24. Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

ACTIVIDAD	ENERO 2018				FEBRERO 2018				OCTUBRE 2018				NOVIEMBRE 2018				DICIEMBRE 2018				ENERO 2019				FEBRERO 2019				MARZO 2019			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	z	2	3	4
Inscripción de núcleos de investigación y asesoría #1				■																												
Elaboración del Plan de Trabajo y asesoría #2			■																													
Entrega del Plan de Trabajo			■																													
Elaboración de Perfil de investigación			■																													
Evaluación del perfil por asesor			■																													
Presentación del perfil en Dirección.			■																													
Primer avance de protocolo y asesoría #3					■	■	■	■																								
Borrador de protocolo									■	■	■	■																				
Presentación de protocolo definitivo a Dirección, asesoría #4													■																			
Recolección de Datos																	■	■	■	■												
Tabulación de datos																	■	■	■	■												
Presentación de datos																	■	■	■	■												
Análisis e interpretación de datos																	■	■	■	■												
Análisis de resultado																					■											
Conclusión y recomendación																									■							
Primer avance de informe final, asesoría #5																										■						
Redacción de informe final																										■	■					
Presentación de informe final																										■	■	■				
Defensa pública periodo ordinario, asesoría #6																														■	■	

