

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA.
ENERO- MAYO 2015.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE
TEJERA. ENERO- MAYO 2015.**

Autor: Marlín Y. Solórzano R.

Valencia, 2015



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE
TEJERA. ENERO- MAYO 2015.**

**Autor: Marlín Y. Solórzano R.
Tutor: Ana Mercedes Chacín**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

Valencia, 2015

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". ENERO - MAYO 2015

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:


SOLORZANO R., MARLIN Y C.I. V – 19156192

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

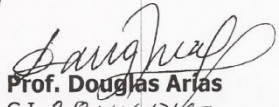
En Valencia, a los dieciséis días del mes de octubre del año dos mil quince.


Prof. Haydee Oliveros

C.I. 3025988
Fecha 16-10-2015


Prof. Dario Saturno (Pdte)
C.I. 8663230
Fecha 16-10-15




Prof. Douglas Arias

C.I. 2844640
Fecha 16-10-2015

TG: 35-15

ÍNDICE GENERAL

| | pp |
|--|-----------|
| Índice de Tablas..... | iv |
| Resumen..... | v |
| Abstract..... | vi |
| Introducción..... | 1 |
| Metodología..... | 6 |
| Resultados..... | 8 |
| Discusión..... | 10 |
| Conclusiones y recomendaciones..... | 12 |
| Referencias bibliográficas..... | 13 |
| Anexo A: Consentimiento informado..... | 15 |
| Anexo B: Cuestionario de Morisky Green-Levine..... | 16 |
| Anexo C: 4ta versión del instrumento para valorar la adherencia..... | 17 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | pp |
|--|-----------|
| Tabla 1: <i>Características generales de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos.....</i> | 15 |
| Tabla 2: <i>Distribución Según Nivel de Adherencia y Control de la Presión Arterial.....</i> | 16 |
| Tabla 3: <i>Distribución Según Nivel de Adherencia y Disponibilidad Económica para Adquirir el Tratamiento Antihipertensivo.....</i> | 17 |
| Tabla 4: <i>Distribución según nivel de adherencia y estrato socioeconómico según Graffar-Méndez Castellano.....</i> | 18 |
| Tabla 5: <i>Distribución Según Nivel de Adherencia y Tiempo de Evolución de la Enfermedad.....</i> | 19 |
| Tabla 6: <i>Distribución Según Respuestas Obtenidas en la Aplicación del Test de Morisky Green-Levine</i> | 20 |
| Tabla 7: <i>Distribución Según los Grados de Riesgo Global para la no Adherencia al Tratamiento.....</i> | 21 |
| Tabla 8: <i>Distribución según Dimensiones de Riesgo para la No Adherencia al Tratamiento.....</i> | 22 |

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE
TEJERA. ENERO 2015- MAYO 2015.**

**Autor: Marlín Solórzano
Año 2015**

RESUMEN

La hipertensión arterial es una patología crónica con alta prevalencia, cuyas complicaciones se pueden evitar si se mantienen cifras óptimas de presión, es por eso que la adherencia al tratamiento es un pilar fundamental para el mantenimiento del estado de salud de estos pacientes. **Objetivo:** Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. **Metodología:** Estudio observacional-descriptivo, no experimental, de corte transversal. La población y muestra estuvo constituida por 110 pacientes hipertensos atendidos en la consulta y servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, entre Enero-Mayo 2015. Se aplicó la escala de Morisky-Green-Levine y la 4ta versión de un instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. **Resultados:** El 60% de los pacientes eran mujeres, la edad promedio $61 \pm 13,93$ años, la adherencia al tratamiento fue de 35% y el control de la presión arterial fue de 41%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p < 0.05$). El 72,70%, indicó al olvido del tratamiento como la causa más frecuente de no adherencia. Al evaluar los grados de riesgo se encontró que 16,4% estaba en riesgo alto y no podía responder con comportamientos de adherencia. **Conclusiones:** Se concluye que la mala adherencia al tratamiento farmacológico se asocia significativamente al no control de la hipertensión arterial. Más del 60% de la población evaluada se encuentra en un grado de riesgo medio y alto, lo que representa un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional.

Palabras claves: hipertensión arterial, adherencia, grados de riesgo, Morisky-Green-Levine.

**ADHERENCE TO DRUG TREATMENT IN PATIENTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA.
JANUARY 2015-MAY 2015.**

**Autor: Marlín Solórzano
Año 2015**

ABSTRACT

Arterial hypertension is a chronic disease with a high prevalence carrying complications that can be prevented by keeping optimal blood pressure levels, that's why the treatment adherence has become a fundamental pillar in maintenance of the patient's proper health. **Objective:** Determine the grade of adherence to pharmacological treatment in patients diagnosed with arterial hypertension. **Methodology:** observational descriptive study, non experimental and cross sectional. The sample included 110 patients under the diagnose of arterial hypertension who consulted and/or were hospitalized in the department of internal medicine of Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera during the months January-May 2015. The Morisky-Green Levine scale and the 4th version of an instrument to evaluate adherence to treatment in patients with cardiovascular risk factors were applied. **Results:** 60% of the patients were female, the average age was 61±13,93 years, the treatment adherence represented 35% of the sample and 41% kept a blood pressure control. A significant statistical relation was found between the two variables ($p < 0,05$). A total of 72,70% indicated forgetfulness as the most common cause of losing adherence to the treatment when evaluating the grades of risk it was found that the 16,4% was at high risk and would not respond to adherence behavior. **Conclusions:** it is concluded that the lack of adherence to the pharmacological treatment is significantly associated to the lack of arterial hypertension control. More than 60% of the sample is at medium or high risk, which represents a worrying prognosis of the adherence behavior in this poblational group.

Keywords: arterial hypertension, adherence, degrees of risk, Morisky-Green-Levine.

INTRODUCCION

La importancia de la hipertensión arterial (HTA) como factor de riesgo cardiovascular, ha sido ampliamente demostrada en diversos e importantes estudios epidemiológicos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total¹. Entre ellas las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9.4 millones de muertes². La hipertensión es la causa de por lo menos 45% de las muertes por cardiopatía isquémica y 51% de las muertes por accidente cerebrovascular¹, de allí que la hipertensión arterial es el factor número uno relacionado con mortalidad adulta en países desarrollados como en vías de desarrollo³.

En Venezuela, según el último estudio publicado y realizado en las tres principales ciudades del país, la prevalencia de HTA fue de 34,23%⁴ y en el estudio CARMELA de un 24,7% por lo que se concluye que es una de las más altas de Latinoamérica⁵. La elevada prevalencia de la HTA en la población general y la importancia de su detección temprana y tratamiento, así como de lograr un adecuado control de presión arterial, hacen que estos pacientes presenten un elevado costo sanitario.

En el país, el estudio epidemiológico CARMELA demostró que el control de la hipertensión es de aproximadamente el 20%⁵. Varias razones pudieran explicar este control sub-óptimo, incluyendo la no adherencia terapéutica por los pacientes como la complejidad del régimen terapéutico; así como, el costo de los fármacos o la falta del médico a ser más intenso en las indicaciones y uso de fármacos y a obligarse a conseguir la meta de control de presión arterial para instituir una terapia efectiva. Cada vez más, se advierte la necesidad de una participación activa por parte del paciente y una

actitud responsable por parte del médico para la toma de acciones compartidas en el control y tratamiento de enfermedades crónicas.

Se conocen múltiples factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, desde actos involuntarios como un simple olvido o la confusión en la toma del medicamento hasta situaciones voluntarias como dejar de tomarlo por no considerar el tratamiento necesario, por considerarlo dañino o porque simplemente siente una mejoría y abandona el tratamiento. La identificación de factores que pueden influir en la no adherencia al tratamiento, permitirán tomar acciones y decisiones para mejorar la relación médico-paciente, en la cual exista una actitud proactiva y participativa en el proceso de mantenimiento de la salud.

La adherencia al tratamiento se define según la OMS como *“el grado en que el comportamiento de una persona - tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario, y ejecutar cambios en el estilo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”*⁶. Por lo que a pesar de que en las últimas décadas se han producido múltiples esfuerzos para mejorar los procesos diagnósticos y el tratamiento de enfermedades crónicas, la falta de adherencia a los regímenes de tratamiento sigue siendo un obstáculo para cumplir con las metas establecidas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Adicionalmente la OMS en su proyecto sobre adherencia hace referencia a un conjunto de 5 factores, que están relacionados con la adherencia al tratamiento los cuales son: factores sociales y económicos, factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con las características de la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente⁶. Por lo que la adherencia al tratamiento es el resultado de múltiples factores que deben ser objeto de estudio, para desarrollar estrategias efectivas en la práctica clínica.

Durante los últimos años se han creado y validado numerosos cuestionarios para evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes

sometidos a tratamiento farmacológico, entre los cuales el más utilizado, es el Test de Morisky-Green-Levine⁷, el cual fue diseñado originalmente para validar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HTA pero que desde que fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Con este cuestionario se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad⁷.

A pesar de los importantes esfuerzos colectivos realizados para garantizar el acceso de los pacientes a los tratamientos farmacológicos las medidas de control de las cifras tensionales no han sido las esperadas, por lo tanto conocer los factores que podrían estar generando dichos resultados es de necesidad primaria para poder adoptar medidas correctivas que permitan reorientar el abordaje del paciente hipertenso en los servicios de atención.

En vista de que la HTA tiene una alta prevalencia a nivel mundial y constituye un problema de salud pública preocupante debido a sus múltiples complicaciones, resulta necesario en la práctica médica, identificar a aquellos pacientes bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo no adherentes al tratamiento y determinar los diversos factores relacionados a la no adherencia. De allí, que el propósito del presente estudio fue determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes y relacionar la adherencia con el control de presión arterial con la finalidad de contribuir a favorecer un manejo óptimo de esta patología, disminuir su morbimortalidad, los costos en salud derivados de la falta de cumplimiento, para así poder desarrollar planes de mejoramiento y adherencia efectiva.

En el año 2007 Granados y colaboradores, publicaron un estudio sobre las creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento, en el cual participaron 171 pacientes hipertensos de los cuales el 29,4% reconoció problemas con el plan de medicación antihipertensivo. Los investigadores reconocen la necesidad de

otros estudios para comprender mejor el fenómeno de adherencia y proponer intervenciones dirigidas a mejorar el cumplimiento del tratamiento⁸.

Agámez et al, en el año 2008, realizan un estudio titulado factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, en una población de 230 pacientes, y reflejaron las siguientes conclusiones: los pacientes del sexo masculino tenían una menor tasa de adherencia (71,3%), que a menor escolaridad menor adherencia (66,95%), y que la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más relevante⁹.

Seguidamente en el año 2010, Carhuallanqui y colaboradores, publican un estudio, cuyo objetivo era determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, aplicando el Test de Morisky-Green-Levine, encontrando que de la población estudiada 62,1% tenía valores de presión arterial controlada, y 37,9% eran adherentes al tratamiento. De los pacientes controlados el 92,1% eran adherentes con una relación estadísticamente significativa ($p=0,05$)¹⁰.

Posteriormente en el año 2013 Apaza, realiza un estudio titulado adherencia al tratamiento y control de la presión arterial, para lo cual aplicó el test de Morisky-Green-Levine, en una población de 1563 pacientes, de los cuales 68% resultaron no adherentes, y 40% tenían presión arterial no controlada. Por lo que concluyeron que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la presión arterial ($p=0.001$)¹¹.

Por lo anteriormente señalado, la siguiente investigación buscó responder las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el porcentaje de adherencia al tratamiento antihipertensivo? y ¿cuáles son los factores relacionados al cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta y servicios de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Dr. Enrique Tejera de Valencia? en el periodo comprendido de Enero 2015 – Mayo 2015.

Para responderlas tuvo como objetivo general determinar el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Y como objetivos específicos:

- Describir las características generales de los pacientes evaluados con hipertensión arterial.
- Señalar la relación entre el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico con el control de la presión arterial.
- Relacionar el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico con la disponibilidad económica.
- Relacionar el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico con el estrato socioeconómico según escala de Graffar-Méndez-Castellano.
- Relacionar el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico con el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Establecer los grados de riesgo para la no adherencia terapéutica al tratamiento en personas con hipertensión arterial.

METODOLOGÍA

El tipo de investigación realizada fue un estudio observacional-descriptivo, no experimental, de corte transversal. La población y muestra estuvo representada por pacientes hipertensos atendidos en la consulta y servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el periodo comprendido entre Enero-Mayo 2015.

Se tomó una muestra no probabilística, intencional, integrada por los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a consulta o que se encontraban ingresados en los servicios de hospitalización de medicina interna con diagnóstico de hipertensión arterial y que estuvieran bajo cualquier tratamiento farmacológico antihipertensivo no menor a 6 meses de inicio, como criterio único de inclusión, previa autorización mediante consentimiento informado (Anexo A). Como criterio único de exclusión se tomo a aquellos pacientes hipertensos sin tratamiento farmacológico.

Para este estudio se aplicó la escala de Morisky-Green-Levine, la cual consta de 4 preguntas dicotómicas donde se indaga sobre el cumplimiento del tratamiento, especialmente diseñado para ser utilizado en pacientes con hipertensión arterial y que ya ha sido validado con una fiabilidad alfa de Cronbach de 0,61. Los pacientes fueron agrupados como adherentes al tratamiento cuando tenían 4 respuestas negativas, y no adherentes cuando tenían 4 respuestas afirmativas⁶ (Anexo B).

Adicionalmente se utilizó la 4ta versión de un instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular desarrollado por Bonilla y De Reales en el año 2006 y validada en el año 2008 por Ortiz, el cual consta de 24 ítems y 4 dimensiones que incluyen factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente. El índice

de consistencia interna del estudio por medio del método alfa de Cronbach fue de 0,60. Los factores antes señalados son agrupados en dimensiones que tienen como fin medir el porcentaje del riesgo para no adherirse. La sumatoria de los niveles que se hacen del total de factores favorables logrados por un sujeto es lo que califica ese riesgo en bajo (38 a 48 puntos), medio (29 a 37 puntos) y alto (menos de 28 puntos)¹² (Anexo C).

También se utilizó el método social Graffar- Méndez Castellano para identificar el estrato socioeconómico¹³.

Se procedió a la toma de la presión arterial siguiendo las recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS), es decir, luego de 5 minutos de reposo, con el paciente sentado, la espalda apoyada, el brazo a la altura del corazón, realizando dos tomas con un intervalo de 1 a 5 minutos entre cada una¹.

Para identificar el grado de control de la presión arterial se tomaron en cuenta las recomendaciones según la edad, de la guía basada en la evidencia para el manejo de la HTA en adultos del octavo comité nacional conjunto (JNC 8)¹⁴.

La recolección de los datos se hizo mediante una entrevista estructurada, la cual contenía datos tales como: edad, sexo, antecedentes o comorbilidades, tratamiento médico previo, datos socioeconómicos, entre otros.

Para el procesamiento de los datos se sistematizaron en Microsoft® Excel, luego a partir del procesador estadístico Statgraphics Centurion XVI Versión 16.1.15 se realizaron los cálculos con las técnicas de la estadística descriptiva univariada a través de tablas de contingencia. Para determinar la asociación entre variables cualitativas se usó el test de chi cuadrado y el P-valor con la corrección de Yates para tener mayor precisión en la inferencia. En todos los casos el nivel de significación fue del 5% ($p < 0,05$)

RESULTADOS

Las características generales de los pacientes con hipertensión arterial incluidos en el estudio se muestran en la Tabla N° 1; el 66% de los participantes eran del sexo femenino, la edad promedio fue de $61 \pm 13,93$ años, siendo el grupo etario predominante entre 61 y 70 años (26,4%), el 44,55% de los participantes solo tenían de 6 meses a 5 años de evolución de la enfermedad y el 55,4% pertenecían a un estrato socioeconómico bajo (Graffar IV- V).

Se encontró que la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue del 35% y el control de la presión arterial fue de 41%, se halló una menor adherencia al tratamiento en las mujeres con un 44,55%. Al realizar la asociación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial (Tabla N°2) se concluye que hay una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio ($p < 0,05$) con un nivel de confianza del 95%, por lo que a mayor adherencia, mayor control de las cifras de presión arterial ($X^2 = 59,609/gl = 1/Pv = 0,000/$ Corrección de Yates = $56,520/gl = 1/Pv = 0,000$).

Al analizar la disponibilidad económica del paciente para adquirir los medicamentos indicados se encontró que 71,82% no la tenía y al realizar la asociación con la adherencia (Tabla N°3) se descubrió una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con un nivel de confianza del 95% ($X^2 = 4,925/gl = 1/Pv = 0,0265/$ Corrección de Yates = $3,991/gl = 1/Pv = 0,0457$). Por lo que a menor disponibilidad económica, menor adherencia. Sin embargo al realizar la asociación entre el estrato socioeconómico (Graffar) y la adherencia no se encontró una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ($P > 0,05$) (Tabla N°4).

Al elaborar la asociación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico (Tabla N°5), se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables

($P < 0,05$) con un nivel de confianza del 95% ($\text{Chi}^2 = 20,306/\text{gl} = 2/\text{Pv} = 0.000$). Donde a menor tiempo de evolución mayor adherencia.

En la Tabla N° 6 se observa la distribución porcentual de respuestas obtenidas de la aplicación del Test Morisky–Green-Levine, el cual posee dos posibles respuestas: Si (indicadora de no adherencia) y No (indicadora de adherencia). Las respuestas afirmativas se concentraron en la pregunta número 1 con un 72,70%, indicando al olvido como la causa más frecuente de no adherencia. La respuesta negativa más comunicada está representada por la número 4, indicadora de que las reacciones adversas al medicamento, afectan en menor medida en la no adherencia al tratamiento con un 43.6%.

En cuanto a la aplicación del instrumento *factores que influyen en la adherencia* de Bonilla para valorar los grados de adherencia al tratamiento se observó que un 34,5% de los pacientes tenían ventajas para la adherencia, 49,1% riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y un 16,4% no podía responder con comportamientos de adherencia (Tabla N°7).

Al examinar las dimensiones del instrumento de forma individual (Tabla N°8), el comportamiento de los factores socioeconómicos (Dimensión I) describió una categorización del riesgo significativamente comprometida, con 42% de la población en el nivel de riesgo alto. En cuanto a los factores relacionados con el proveedor (Dimensión II) se evidenció que el 69% se encontraban en el nivel de riesgo bajo lo que indica un grado de comunicación asertiva, entre el paciente y el equipo de salud. El comportamiento de la dimensión III relacionado con la terapia mostró que solo el 20,3% de las personas del estudio se encontró en la categoría de riesgo alto y no poseía conocimientos que le favorecieran la continuidad del tratamiento. Al examinar la dimensión IV relacionada con el paciente se evidenció que el 77% se encontraba en un riesgo bajo lo que significa que estos pacientes consideran necesario conocer y continuar con el tratamiento de su enfermedad.

DISCUSIÓN

Al revisar la literatura en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA en Venezuela, es evidente que no existe data consistente. En un trabajo realizado en el año 2012 en el estado Zulia¹⁵, cuyo objetivo fue conocer el porcentaje de adherencia al tratamiento antihipertensivo, en una muestra de 96 pacientes, se encontró una adherencia del 45,93%, la edad promedio fue de $57 \pm 12,73$ años y predominó el sexo femenino con un 60,42%, datos no muy distantes a los encontrados en esta investigación.

Por otra parte en un estudio realizado por Apaza¹¹, en el año 2013, se encontró que la adherencia fue de 31,3% y el control de la presión arterial de 60%, el análisis estadístico evidenció una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p=0,001$). Así como también se encontró que la causa más frecuente de no adherencia según el Test de Morisky-Green-Levine fue el olvido del tratamiento, lo que se corresponde con los datos obtenidos en la presente investigación. Sin embargo difiere en cuanto al porcentaje de adherencia según el sexo, ya que en este estudio se encontró una menor adherencia en mujeres (44,55%).

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad Cueva¹⁶ encontró resultado similar al de este estudio, en el que el tiempo de evolución de la enfermedad se asocia de manera significativa con la adherencia al tratamiento ($p=0,05$). Este aspecto es importante ya que en la HTA con el transcurrir de los años la tasa de abandono al tratamiento aumenta.

En un estudio realizado por Polo¹⁷ en el año 2013, se evidenció que solo el 16% de los pacientes no tenía disponibilidad económica para adquirir los medicamentos, lo que contrasta con el presente estudio en el que 71,82% no tenía disponibilidad y al realizar la asociación entre la adherencia y la disponibilidad económica se encontró una asociación estadística significativa.

En cuanto a los grados de riesgo para la adherencia al tratamiento, en un estudio publicado por Salcedo y Col en el año 2014¹⁸, se concluyó al evaluar el riesgo global que el 18.4% de la población hipertensa estudiada se encontró en un nivel de riesgo alto y 47.2% en un nivel de riesgo medio lo que no difiere con esta investigación en el que se encontró que más del 60% de la muestra se encuentra en un nivel de riesgo alto y medio, lo que representa un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional.

Al describir el comportamiento individual de las dimensiones se encontraron proporciones muy similares con el estudio antes mencionado, en la dimensión I (factores socioeconómicos) el 49.5% se encontró en el nivel de riesgo alto, valor similar al encontrado en este estudio (42%), lo que puede explicar el impacto de la situación económica y su influencia en la adherencia a los tratamientos antihipertensivos en esta población.

En la dimensión II (Factores relacionados con el proveedor), 36,2% de los pacientes se encontraban en nivel de riesgo medio, lo que contrasta con este estudio en el que 69% estuvo en nivel de riesgo bajo lo que traduce un grado de comunicación asertiva, buen entendimiento, comprensión y empatía entre el usuario o paciente y el equipo de trabajo de salud.

En la dimensión III (factores relacionados con la terapia), dicho estudio ubica a un 46.4% de los pacientes, en una categoría de riesgo bajo, similar al porcentaje encontrado en esta investigación de un 55,2%, lo que explica que la adherencia terapéutica aumenta cuando se desarrolla la simplificación de los regímenes terapéuticos, se brinda educación acerca la importancia del tratamiento y se evalúa constantemente el cumplimiento del tratamiento.

Al evaluar la dimensión IV (factores relacionados con el paciente), en dicho estudio el 80.1% se encontró en un riesgo bajo, valor similar al encontrado en este estudio donde un 77% se encontró en un nivel de riesgo bajo por lo que los pacientes incluidos consideran necesario conocer, continuar y responder por su tratamiento y su enfermedad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye que la mala adherencia al tratamiento farmacológico se asocia significativamente al no control de la hipertensión arterial. Más del 60% de la población evaluada se encuentra en un grado de riesgo medio y alto para no adherencia, lo que representa un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional.

Los conceptos derivados del análisis de los resultados de esta investigación apuntan hacia la presencia de factores socioeconómicos en el grupo de estudio que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento debido principalmente a la poca disponibilidad económica para cubrir las necesidades básicas y los gastos que requiere el tratamiento.

Se evidencia la necesidad de implementar actividades para aumentar la educación en las personas con HTA y tener especial interés en conocer cuáles son las necesidades de información que requiere y de cuales dispone, para la planeación y el desarrollo de medidas de intervención, que propicien la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. A global brief on Hypertension. [Actualizado 2013; citado Marzo 2015]. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013_2_eng.pdf?ua=1
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor cluster in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2224-60.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. [Actualizado 2011; citado Marzo 2015]. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
4. López-Nouel R, Hurtado D, López-Gómez L, Acosta-Martínez J, Chazzino G, et al. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela. *Avances Cardiol*. 2014;34:128-134.
5. Hernández-Hernández R, Silva H, Velazco M, Pellegrini F, Macchia A, Escobedo J, et al. Hipertension in seven Latin American cities: The Cardiovascular Risk Factor Multiple evaluation in Latin America (CARMELA) study. *J Hypertens*. 2010;28:24-34.
6. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra. OMS. 2004.
7. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication compliance. *Med Care* 1986; 24:67-74.
8. Granados G, Roales-Nieto J, Moreno E, Ybarra J. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Int J Clin Health Psychol* 2007. Vol. 7. N° 3. Pp 697-707.
9. Agámez A, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *AMC* 2008. Vol. 12. N°5.
10. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered* 2010. 21:197-201.
11. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud-Red Tacna. Febrero 2013.
12. Ortiz-Suarez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av Enferm* 2010. 28;2:73-87.

13. Méndez H. Méndez M. Sociedad y estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas. Fundacredesa. 2001.
14. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8). JAMA [Internet]. 2014 [Consultado Mayo 2015]; 311(5):507-520. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>
15. Romero R. Hipertensión arterial: nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento. [Tesis Doctoral]. Universidad del Zulia: Maracaibo; 2012.
16. Cueva L. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados en pacientes del C.E de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2011. [Trabajo Especial de grado]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann: Tacna, Perú; 2011
17. Polo V. Nivel de adherencia a tratamientos farmacológicos antihipertensivos y su relación con el control de los niveles de presión arterial en un grupo de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Mallamas (I.P.S) Indígena de Ipiales, durante los años 2010 a 2012. [Trabajo Especial de Grado]. Universidad de San Francisco: Quito, Ecuador; 2013.
18. Salcedo A, Gómez A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. Av.enferm., XXXII (1): 33-43, 2014.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____/____/ 2.0 ____

Nombre: _____ C.I. N° : _____

Sexo _____ Edad _____ años N° de Historia _____

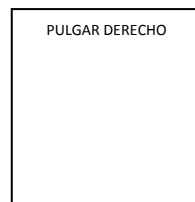
Autor de Investigación: Marlín Solórzano. Residente 3er año Postgrado de Medicina Interna

Tutor de la Investigación: Ana Mercedes Chacín. Médico Internista.

Previa aprobación de la directiva de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera así como de la Comisión del Postgrado de Medicina Interna, se llevará a cabo una investigación titulada: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO 2015- MAYO 2015.**

La misma amerita la aplicación de un cuestionario validado y el test de Morisky-Green-Levine. Para lo anteriormente expuesto se requiere su **AUTORIZACION y CONSENTIMIENTO**; si está de acuerdo, colocar firma y huella dactilar.

FIRMA



ANEXO B**CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN-LEVINE**

| TEST MORISKY-GREEN-LEVINE | |
|---|---------------|
| 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos? | SI ___ NO ___ |
| 2. ¿Toma sus medicamentos a la hora indicada? | SI ___ NO ___ |
| 3. Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomar sus medicamentos? | SI ___ NO ___ |
| 4. Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar sus medicamentos? | SI ___ NO ___ |

ANEXO C

**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: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la *frecuencia* con que ocurre cada evento en su situación en particular.

| Factores influyentes | Nunca | A veces | Siempre |
|---|-------|---------|---------|
| I dimensión | | | |
| Factores socioeconómicos | | | |
| 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 al lugar de la 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 | | | |
| 7. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con 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. | | | |

| Factores influyentes | | Nunca | A veces | Siempre |
|--|---|--------------|----------------|----------------|
| 10. | Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias. | | | |
| 11. | En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos. | | | |
| 12. | El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden. | | | |
| 13. | El médico y la enfermera le han explicado qué 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 | | | | |
| 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 le dificultan el cumplimiento de sus citas. | | | |
| 17. | Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas. | | | |
| 18. | Cuando 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 | | | | |
| 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. | | | |

Tabla N° 1

Características Generales de los Pacientes Evaluados con Diagnóstico de Hipertensión Arterial. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-Mayo 2015.

| GÉNERO | FA | % |
|---|------------|-------------|
| Masculino | 44 | 40% |
| Femenino | 66 | 60% |
| TOTAL | 110 | 100% |
| EDAD | | |
| 30-40 años | 8 | 7,3% |
| 41-50 años | 19 | 17,3% |
| 51-60 años | 24 | 21,8% |
| 61-70 años | 29 | 26,4% |
| 71-80 años | 20 | 18,2% |
| > 81 años | 10 | 9,1% |
| TOTAL | 110 | 100% |
| TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD | | |
| 6m a 5 años | 49 | 44,55% |
| 6 a 10 años | 24 | 21,82% |
| > de 11 años | 37 | 33,64% |
| TOTAL | 110 | 100% |
| GRAFFAR | | |
| II | 15 | 13,6% |
| III | 34 | 30,9% |
| IV | 49 | 44,5% |
| V | 12 | 10,9% |
| TOTAL | 110 | 100% |

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015

Tabla N° 2

Distribución Según Nivel de Adherencia y Control de la Presión Arterial.
Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-
Mayo 2015.

| Control de la Presión Arterial | Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo | | | |
|-----------------------------------|--|-------------|--------------|-----------|
| | ADHERENTE | | NO ADHERENTE | |
| | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| CONTROLADO | 17 15,5% | 18 16,4% | 10 9% | 0 0% |
| NO CONTROLADO | 0 0% | 4 3,6% | 39 35,5% | 22 20% |
| TOTAL | 17 15,5% | 22 20% | 49 44,5% | 22 20% |

($X^2=59,609/gl=1/$ Pv=0.000/Corrección de Yates=56,520/gl=1/Pv=0,000).

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015

Tabla N° 3

Distribución Según Nivel de Adherencia y Disponibilidad Económica para Adquirir el Tratamiento Antihipertensivo. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-Mayo 2015.

| Disponibilidad Económica | Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo | | |
|--------------------------|--|--------------|---------|
| | ADHERENTE | NO ADHERENTE | TOTAL |
| SI | 16 | 15 | 31 |
| | 14,55% | 13,64% | 28,18% |
| NO | 23 | 56 | 79 |
| | 20,91% | 50,91% | 71,82% |
| TOTAL | 39 | 71 | 110 |
| | 35,45% | 64,55% | 100,00% |

($X^2=4,925/gl=1/Pv=0.0265/$ Corrección de Yates= $3,991/gl=1/Pv=0,0457$).

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015

Tabla N° 4

Distribución según Nivel de Adherencia y Estrato Socioeconómico (Graffar-Méndez Castellano). Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-Mayo 2015.

| Graffar-Méndez Castellano | Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo | | |
|----------------------------------|---|---------------------|--------------|
| | ADHERENTE | NO ADHERENTE | TOTAL |
| II y III | 17 15,45% | 32 29,09% | 49 44,55% |
| IV y V | 22 20% | 39 35,45% | 61 55,45% |
| TOTAL | 39 35,45% | 71 64,55% | 110 100% |

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015

Tabla N° 5

Distribución Según Nivel de Adherencia y Tiempo de Evolución de la Enfermedad. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-Mayo 2015.

| Tiempo de Evolución de la Enfermedad | Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo | | |
|--------------------------------------|--|--------------|--------|
| | ADHERENTE | NO ADHERENTE | TOTAL |
| 6m a 5 años | 28 | 21 | 49 |
| | 25,45% | 19,09% | 44,55% |
| 6 años a 10 años | 7 | 17 | 24 |
| | 6,36% | 15,45% | 21,82% |
| Más de 10 años | 4 | 33 | 37 |
| | 3,64% | 30% | 33,64% |
| TOTAL | 39 | 71 | 110 |
| | 35,45% | 64,55% | 100% |

($X^2=20,306/gl=2/Pv=0.000$)

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015

Tabla N° 6

Distribución Según Respuestas Obtenidas en la Aplicación del Test de Morisky Green-Levine. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-Mayo 2015

| Test de Morisky-Green Levine | RESPUESTAS OBTENIDAS | |
|------------------------------|----------------------|--------------|
| | SI | NO |
| Pregunta N°1 | 80 72,70% | 30 27,30% |
| Pregunta N°2 | 69 62,7% | 41 37,3% |
| Pregunta N°3 | 62 56,4% | 48 43,6% |
| Pregunta N°4 | 73 66,4% | 37 33,6% |

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015

Tabla N° 7

Distribución Según los Grados de Riesgo Global para la No Adherencia al Tratamiento. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-Mayo 2015.

| | | | |
|----------------------|--------------|-----|-------|
| RIESGO GLOBAL | Riesgo Alto | 18 | 16,4% |
| | Riesgo Medio | 54 | 49,1% |
| | Riesgo Bajo | 38 | 34,5% |
| TOTAL | | 110 | 100% |

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015

Tabla N°8

Distribución según Dimensiones de Riesgo para la No Adherencia al Tratamiento. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Edo. Carabobo. Enero-Mayo 2015.

| DIMENSIONES | Riesgo bajo | Riesgo Medio | Riesgo Alto |
|--|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| DIMENSION I Factores socioeconómicos | 24 22% | 40 36% | 46 42% |
| DIMENSION II Factores relacionados con el proveedor de servicios | 76 69% | 25 23% | 9 8% |
| DIMENSION III Factores relacionados con la terapia | 61 55,5% | 27 24,5% | 22 20% |
| DIMENSION IV Factores relacionados con el paciente | 85 77% | 24 22% | 1 1% |

Fuente: Datos de la investigación. Solórzano 2015