

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POSTGRADO EN SALUD PUBLICA



TESIS

ANALISIS DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA
TERAPEUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CESAMO DE
SABANAGRANDE, F.M. DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2008

SUSTENTADA POR:

BENJAMIN PADILLA MONTES

PREVIO A LA OPCION DEL GRADO DE:

MASTER EN SALUD PUBLICA.

ASESOR DR. JORGE ALBERTO SIERRA B.

TEGUCIGALPA M.D.C. SEPTIEMBRE. 2010 HONDURAS, C.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA



TESIS

ANÁLISIS DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CESAMO DE
SABANAGRANDE, F.M., DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2008.

SUSTENTADA POR
BENJAMÍN PADILLA MONTES
PREVIO A LA OPCIÓN DEL GRADO DE:
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.

ASESOR DR. JORGE ALBERTO SIERRA B.

TEGUCIGALPA, M.D.C.

SEPTIEMBRE, 2010

HONDURAS, C.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rectora

M.S. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

Vicerrectora

DOCTORA RUTILIA CALDERON PADILLA

Secretaria General

ABOGADA ENMA VIRGINIA RIVERA MEJIA

Directora del Sistema de Estudios de Postgrados

DOCTORA OLGA MARINA JOYA S.

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

DOCTOR MARCO TULIO MEDINA

Coordinadora de la Maestría en Salud Pública

MAGISTER ASTARTÉ ALEGRIA

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis de Grado a mi querida esposa, Ana Delcy, quien ha sido la fuerza, guía y apoyo permanente en mis esfuerzos de superación profesional.

Dedico también este éxito académico a mi hijo: Andrés Eduardo, porque con su alegría inagotable y su pureza de corazón, engrandece mi alma cada momento de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi agradecimiento inicialmente a Dios, por haber guiado mis pasos en busca de mejores estadios de conocimiento, que servirán para mejorar las condiciones de Salud de nuestra población excluida y marginada.

Agradezco también a todos(as) los(as) docentes del POSAP por compartir sus amplios conocimientos en Salud Pública, pero muy especialmente a la Lic. María Elena Cáceres y la Lic. Astarté Alegría.

Deseo finalizar agradeciendo al Dr. Jorge Alberto Sierra Barahona, que sin lugar a dudas fue el mejor asesor de tesis que pude haber tenido; por su capacidad, experiencia y amabilidad, gracias Doctor, sin Usted no hubiera sido posible alcanzar este triunfo.

ÍNDICE

I.-INTRODUCCIÓN.....	6
II.-OBJETO MATERIAL DE ESTUDIO.....	11
III.-OBJETO FORMAL DE ESTUDIO.....	11
IV.-OBJETIVOS.....	11
Objetivo General.....	11
Objetivo Específicos.....	12
V.-MARCOTEÓRICO.....	13
1.- Antecedentes y definiciones.....	13
2.-Adherencia terapéutica.....	17
3.- Factores que influyen sobre la adherencia Terapéutica.....	25
VI.-VARIABLES.....	36
VII.-HIPÓTESIS.....	37
VIII.-METODOLOGÍA.....	37
IX.-RESULTADOS.....	43
• Características generales de la población.....	44
• Factores socioeconómicos.....	47

• Factores relacionados con el sistema de salud.....	57
• Factores relacionados con la enfermedad.....	65
• Factores relacionados con el tratamiento.....	71
• Factores relacionados con el paciente.....	73
• Resultados de la adherencia terapéutica.....	78
• Resultados del abastecimiento de medicamentos.....	86
X.- CONCLUSIONES.....	88
XI.-RECOMENDACIONES.....	92
XII.- BIBLIOGRAFIA.....	94
XIII. ANEXOS.....	105

I.-INTRODUCCIÓN

La población adulta hondureña comprendida entre los 20 y 59 años representa el 43.1% de la población total. La población masculina como femenina de esta edad muestran en sus perfiles epidemiológicos enfermedades asociadas con estilos de vida, hasta hace algunos años característicos de países desarrollados, como son: el cáncer, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, el SIDA y las enfermedades cardiovasculares. (1)

El aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles esta asociado al incremento de la esperanza de vida, creciente urbanización y a hábitos de vida no saludables. En nuestro país las enfermedades crónicas no transmisibles, no han sido objeto de estudios que revelen su verdadero impacto en la población, ni se han abordado de forma planificada y prioritaria por el sistema de salud. Sin embargo, ya existe información que permite visualizar que la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas representan un problema importante de salud pública que figura dentro de las primeras diez causas de mortalidad hospitalaria de notificación obligatoria, siendo las enfermedades cardiovasculares las que ocupan el primer lugar. La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la población mayor de 20 años, y ocupa el quinto lugar de egresos en el Hospital Escuela (1)

Durante los años 2005 y 2006, el Área Sur de la Región Sanitaria Departamental de Francisco Morazán presentó como cuarta causa de morbilidad la hipertensión arterial, con un total de 2,796 y 2,790 casos respectivamente, de los cuales 574 casos (38%), pertenecieron al CESAMO de Sabanagrande durante el año 2005 y 782 casos (28%) durante el 2006. Asimismo los accidentes cerebro vasculares ocuparon durante los años 2005 y 2006 el cuarto lugar como causa de mortalidad con un total de 11 y 8 fallecimientos respectivamente, a nivel de toda el área de salud. (2)

Los casos de hipertensión arterial reportados por el CESAMO de Sabanagrande en el sistema de información de la Secretaría de Salud no logran delimitar con precisión la verdadera magnitud de este problema de salud, ya que en el municipio no se han realizado estudios para conocer el comportamiento real de la hipertensión arterial, en primer lugar porque no se busca activamente la enfermedad desde el momento en que llega el paciente a la unidad de salud, y solamente se reporta la demanda espontánea y en segundo lugar porque a pesar de que existen los formularios de registro y reporte de esta patología no se ha logrado obtener un registro sistemático que garantice la programación adecuada de insumos y un censo confiable en toda la red de servicios.

Tomando en cuenta que el control de la hipertensión arterial es un proceso complejo y multidimensional, se hace necesario investigar qué factores

intervienen en la adherencia terapéutica cuyo incumplimiento provoca elevado número de pacientes que sufren complicaciones y hasta la muerte por un deficiente control de su enfermedad. La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de que la población pueda acceder a la toma de la presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, y a obtener los medicamentos oportunos que necesita para el control de su enfermedad.

Muchos estudios han puesto de manifiesto que la hipertensión arterial no sólo es una causa directa de muerte e incapacidad sino que también es un factor de riesgo principal para las coronariopatías, enfermedades vasculares y las insuficiencias cardíacas y renales.

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos.

La adherencia terapéutica es un modificador importante de la efectividad del sistema de salud. Los resultados de salud no pueden evaluarse con exactitud si

se miden predominantemente por los indicadores de utilización de recursos y la eficacia de las intervenciones. Los resultados de salud de la población previstos por los datos sobre eficacia del tratamiento no pueden lograrse a menos que la planificación y la evaluación de proyectos se fundamenten en las tasas de adherencia terapéutica. (3)

Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos.

Los estudios que se realizan descubren sistemáticamente ahorros de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a las intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia terapéutica. Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades crónicas. (3)

Los sistemas de salud deben evolucionar para afrontar nuevos retos. En los países desarrollados, el cambio epidemiológico en la carga de morbilidad, que ha pasado de las enfermedades agudas a las crónicas durante los últimos

cincuenta años, ha determinado que los modelos de atención aguda de los servicios de prestación de salud sean obsoletos para abordar las necesidades de la población, que demanda una mayor atención de enfermedades crónicas. En los países en desarrollo, este cambio está ocurriendo a una velocidad mucho mayor.

Aunque no existe una base de datos completa es evidente que las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad a nivel nacional. Los altos costos en la atención, la baja respuesta de los servicios de salud y la falta de promoción de los estilos de vida saludables, requiere la decisión urgente del abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles. (4)

En vista que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco dimensiones o factores, en esta investigación se buscara establecer la influencia que estos tienen sobre la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos del CESAMO de Sabanagrande, asimismo se medirá el grado de la adherencia al tratamiento que estos pacientes tienen, todo lo anterior con el propósito de aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica, lograr un mejor control de la enfermedad y disminuir las complicaciones.

II.-OBJETO MATERIAL DE ESTUDIO

Análisis de los factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos en el CESAMO de Sabanagrande, F.M., durante el segundo semestre del año 2008.

III.-OBJETO FORMAL DE ESTUDIO

Relación entre factores que influyen en la adherencia terapéutica y la hipertensión arterial.

IV.-OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial que asistieron al CESAMO de Sabanagrande, Francisco Morazán durante el II semestre del año 2008.

Objetivos Específicos

1.-Identificar los aspectos sociales y económicos que se relacionan con la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

2.-Determinar los elementos relacionados entre adherencia terapéutica y el sistema de salud que influyen en el tratamiento antihipertensivo.

3.-Establecer los elementos relacionados con la enfermedad que intervienen en el cumplimiento terapéutico de estos pacientes.

4.- Definir los aspectos involucrados con el tratamiento que influyen en el control de los pacientes hipertensos.

5.-Establecer cuales son los aspectos relacionados con el propio paciente que limitan el éxito de la adherencia terapéutica.

6.- Medir la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos utilizando el Test de Morisky-Green.

V.- MARCO TEÓRICO

1.- Antecedentes y definiciones

El desarrollo integral del hombre con una vida moderna de gran desarrollo y sus éxitos en todas las áreas del conocimiento, especialmente en la medicina, no refleja avances sostenidos y contundentes en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles las cuales actualmente ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad y muerte en todo el mundo.

En el año 2002, se atribuyeron a nivel mundial 29 millones de defunciones a enfermedades crónicas, los cálculos para el 2005 indican que estas enfermedades serán responsables por 35 millones de los 58 millones de defunciones en todo el mundo, o sea que el 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas no transmisibles comprenden enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Estas enfermedades no solo constituyen una carga para las naciones ricas, sino también para los países de medianos y bajos ingresos porque cuatro de cada cinco defunciones ocurren en estos países, lo cual plantea un importante reto para la salud pública. (5)

La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no se recibe tratamiento. Aunque los conocimientos sobre la fisiopatología de la elevación de la presión arterial han aumentado, en el 90 a 95% de los casos la etiología (y, por lo tanto, la potencial protección o curación) sigue en gran parte sin conocerse. (6)

Es bien conocido que la hipertensión arterial incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. (7)

La incidencia del accidente cerebro vascular (ACV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva. (8)

Se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ACV es atribuible a la hipertensión. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7 y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial y, en Venezuela, solo 4,5% de los tratados lo presentaba. (3)

El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión arterial aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la presión arterial no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada. (9)

La hipertensión arterial es un problema de salud pública importante tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. En sociedades tan diversas como la de Estados Unidos o la de ciertas regiones de China, una de cada cinco personas de 35 a 64 años padece hipertensión arterial. (10)

La prevalencia estimada de la hipertensión arterial en América Latina y el Caribe es de 8 a 30%. Dado que se utilizan diversos criterios para el diagnóstico del padecimiento y que las características de los procedimientos para el muestreo de datos no suelen ser uniformes, los datos recogidos varían considerablemente del nivel nacional al regional o local. (11)

En la población urbana de México la prevalencia de la hipertensión arterial se estima en 25% y en la población rural varía del 13 al 21%. (9)

Según la OPS la hipertensión arterial en Honduras no está completamente caracterizada. Para el 2002 la Secretaría de Salud reportó una incidencia de 1,104 por 100 mil para hipertensión arterial y su mayor incidencia en los municipios sede de las principales ciudades sugiere la presencia de factores de riesgo comunes o de un factor de confusión como la existencia de hospitales con capacidad de diagnóstico y tratamiento. (12)

Resulta ciertamente paradójica la situación actual en el tratamiento de la hipertensión arterial. Por un lado la enfermedad cardiovascular continúa como la primera causa de mortalidad en países industrializados, siendo la hipertensión uno de sus más importantes factores, al menos entre los modificables. Por otro lado en los últimos años se ha desarrollado un completo arsenal terapéutico de eficacia demostrada. Sin embargo no se alcanzan los logros esperados del tratamiento de la hipertensión arterial, al menos en términos poblacionales. Las causas de esta situación son complejas, entre ellas un inadecuado nivel de control tensional, pero comparten como situación última algunas formas de incumplimiento terapéutico que puede oscilar entre el desconocimiento completo de la enfermedad hasta al olvido de las tomas de medicación. Todos los autores coinciden en reconocer al incumplimiento como uno de los grandes desafíos en el tratamiento de la hipertensión arterial. (13).

Los enfoques más actuales del control de la hipertensión arterial pasan por un diagnóstico temprano, el uso más agresivo de tratamientos farmacológicos y mejorar al mismo tiempo la adherencia al tratamiento. Una pequeña mejora en las tasas de control de la hipertensión arterial gracias a estas intervenciones tendrá como resultado reducciones sustanciales en la morbimortalidad cardiovascular. (14)

2.-Adherencia terapéutica.

No es infrecuente observar, incluso entre profesionales de la salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término “adherencia terapéutica”, lo que conduce inevitablemente al cuestionamiento acerca del sistema de acciones que estén realizando para lograr la conducta de cumplimiento adecuado de las prescripciones en sus pacientes. (15)

En la literatura se emplean indistintamente 2 términos para referirse a la adherencia terapéutica: el primero es el *cumplimiento* y el otro la *adherencia*. Sin embargo, el empleo de la definición de *cumplimiento* ha recibido la crítica de algunos estudiosos, que la catalogan de unidimensional y reduccionista, al no considerar aspectos psicológicos, y sobre todo motivacionales del paciente, en la elaboración de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento. En este caso el paciente cumple de manera pasiva lo indicado. El término *adherencia* según DiMatteo y DiNicola (1982) es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento

aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. (16)

El empleo de la palabra adherencia en lugar de cumplimiento proviene de diversos autores que argumentan que el término cumplimiento connota a un paciente pasivo que sigue fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud. El término adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente.

Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. (3)

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el

seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico, siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. (17)

El proyecto sobre adherencia terapéutica de la OMS ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: "Adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria." (3)

En relación con la definición anterior adoptada por la OMS, cabe señalar que esta señala claramente que la responsabilidad completa del éxito terapéutico radica en la capacidad del paciente de seguir fielmente las órdenes del médico, dejando por fuera otros factores que influyen simultáneamente en la adherencia terapéutica como los factores sociales, económicos, del equipo y del sistema de salud, de la enfermedad, y de los tratamientos.

La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión teniendo en cuenta que en muchos países la presión arterial mal controlada representa una carga económica importante (por ejemplo, en los Estados Unidos, el costo de la atención de salud relacionada

con esta enfermedad y sus complicaciones representó 12,6% del gasto total en atención de salud en 1998, mejorar la adherencia podría representar para ellos una posible fuente importante de mejoramiento sanitario y económico. (18)

La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar y observar un comportamiento sexual seguro. (19)

Se ha demostrado que la buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de la hipertensión. En Sudán África, el 96% de los pacientes que se adhirieron al tratamiento prescrito lograron buen control de su presión arterial, en cambio solo el 18% de los que no se adhirieron lograron controlar sus cifras tensionales. (20)

El logro de una buena adherencia terapéutica es un requisito que, de cumplirse, vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud. Debe prestarse especial atención a su abordaje teórico, metodológico e investigativo, muy particularmente desde el campo de la psicología de la salud, al ser ésta la disciplina que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con

los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. (21)

La mejora de la adherencia terapéutica también aumenta la seguridad de los pacientes. Dado que la mayor parte de la atención médica necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el auto cuidado de los pacientes, estos enfrentan varios riesgos potencialmente mortales si no observan las recomendaciones de salud como fueron prescritas. A continuación, se enumeran algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a sus tratamientos como corresponde.

- Recaídas más intensas.
- Riesgo aumentado de dependencia.
- Riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote.
- Riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos.
- Riesgo aumentado de toxicidad.
- Riesgo aumentado de accidentes.(3)

Para monitorear la adherencia terapéutica existen dos procedimientos: los directos y los indirectos. Los métodos directos, basados en la medición de metabolitos o de marcadores en sangre u orina, son los más seguros pero su utilización está limitada por los costos y viabilidad; entre los indirectos se

incluyen el juicio del médico, el conteo de píldoras, el conteo de comprimidos con microprocesador (MEMS) y el autorreporte del paciente. Este último, comparado con el nivel de drogas o el conteo de píldoras, ha demostrado una tendencia a sobreestimar la adherencia, pero es seguro al informar la no-adherencia. (22)

La medición del cumplimiento no es fácil ni es exacta. Los métodos de medida del incumplimiento pueden ser directos e indirectos. Los métodos directos cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos, en alguno de los fluidos orgánicos del hipertenso, y su nivel indica si el Hipertenso los tomó o no, pero no son aplicables en la práctica clínica diaria. Los métodos indirectos son sencillos, baratos, reflejan la conducta del enfermo, son útiles en atención primaria, aunque sobrestiman el cumplimiento y están basados en la medición del recuento de comprimidos o en la entrevista clínica. (23)

A continuación se presenta una discusión sobre el problema de la adherencia terapéutica y los métodos de diagnóstico, y se ofrecen datos sobre sensibilidad y especificidad de distintos métodos de medida del cumplimiento.

El uso de los monitores electrónicos de control de la medicación MEMS por sus siglas en inglés (Monitoring Events Medication Systems) se mostró eficaz para mejorar el cumplimiento y el control de la hipertensión arterial. Los autores

sugieren que su uso puede ser eficaz para mejorar el grado de control de la hipertensión arterial resistente, y es una herramienta diagnóstica y terapéutica útil en estos casos. (24)

Los MEMS son sistemas de monitorización que utilizan un registro informático. Cada monitor consiste en un frasco convencional de medicamentos diseñado con un cierre especial que guarda la fecha y hora cada vez que se abre o se cierra el envase a través de un microcircuito integrado.

Los MEMS, constan de un contenedor de diferentes tamaños, dónde se introducen los comprimidos a investigar y un tapón que contiene el chip incorporado. Posteriormente la información es procesada en un programa informático de computadora. Este método ofrece mayor validación que el simple recuento de comprimidos y respecto a este, nos da la seguridad de que si el paciente no abre el tapón es seguro que no ha tomado la medicación. Este método es caro, por ello en la actualidad tan sólo se utiliza para ensayos clínicos. (23)

Cramer JA y colaboradores confirman que una innovación reciente para medir adherencia terapéutica son los monitores electrónicos de control de la medicación. Lamentablemente, el costo elevado de estos dispositivos excluye su uso generalizado. (25)

La prevalencia del incumplimiento terapéutico en la HTA, según los diferentes estudios oscilan entre el 7,1 y el 66,2 %. En un estudio, que analiza los diferentes estudios de cumplimiento realizados en España nos indica que la media ponderada del porcentaje de incumplidores de los 2,313 pacientes incluidos en todos los estudios fue del 45 %. Con estos relevantes datos se muestra la gran magnitud del incumplimiento en España, constituyendo un problema principal para la consecución de un buen control de la Hipertensión arterial y de las enfermedades crónicas en general, ya que el 45 % de sus hipertensos dejan de tomarse más de 6 comprimidos al mes. (23)

Burnier M. comenta en su estudio, sobre la dificultad para medir el cumplimiento de las terapias medicamentosas y la alta frecuencia con la que pasa desapercibido el mal cumplimiento con las decisiones erróneas que conlleva. Aboga por el uso de fármacos con período de acción superior a 24 horas. (26)

En Cuba, Acosta González y colaboradores, realizaron un estudio con el objetivo de identificar conocimientos, creencias y prácticas sobre adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, y encontraron que del grupo de hipertensos encuestados, la mitad no realizaron buenas prácticas en salud. Para cambiar esta situación señalan, que sería necesario modificar primero sus creencias acerca de la enfermedad, tratando de incorporar en ellos la

percepción de amenaza que representa para su salud su sola presencia y lograr así que se sientan vulnerables ante las complicaciones que ella puede ocasionar, y al mismo tiempo, percibir los beneficios que pueden recibir de realizar el tratamiento de forma sistemática y no ocasionalmente. Para ello debería proporcionárseles una adecuada educación, para tener a personas capaces y formadas, más que informadas, para el tratamiento que tienen que llevar por largos periodos o para toda la vida. (27)

3.- Factores que influyen sobre la adherencia Terapéutica.

La adherencia terapéutica, es un proceso complejo que esta influido por cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica entre los que tenemos factores socios económicos, los relacionados con el sistema o el equipo de atención sanitaria, con el tratamiento, con la enfermedad y los relacionados con el propio paciente.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento. (3)

3. a-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.

Un interesante estudio de Albaz RS, en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables socio demográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes. (28)

La raza con frecuencia constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales. (29)

También se ha informado que las guerras influyen en la adherencia a los tratamientos, incluso una vez finalizadas. Esto se debe principalmente a las experiencias de la guerra, como las dificultades económicas, la falta de control médico, el fatalismo y la anarquía. (30)

Asimismo la adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Sin embargo, la prevalencia de deficiencias cognoscitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente. (31)

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

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, 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, 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 auto cuidado, falta

de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. (3)

Rivas, en una encuesta realizada a médicos de familia de un área de salud de Madrid sobre la actitud ante el cumplimiento en la hipertensión arterial, evidencia la problemática de los médicos en España. El 75% de los encuestados refiere no haber recibido formación reglada académica sobre el cumplimiento, sólo el 15,2% refiere haber recibido alguna formación desde los organismos oficiales, el 84,3% de ellos considera el incumplimiento como una causa principal de la falta de control de la hipertensión arterial y un 75% estaría dispuesto a modificar su actitud ante él; para detectar el incumplimiento. (32)

Existen cinco barreras principales vinculadas a los factores del sistema y el equipo de salud:

- la falta de concientización y conocimiento acerca de la adherencia terapéutica;
- la falta de herramientas clínicas que ayuden a los profesionales de la salud a evaluar e intervenir en los problemas de adherencia;
- la falta de herramientas comportamentales que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos adaptativos saludables o para modificar los problemáticos;
- las brechas en la prestación de atención para los procesos crónicos, y

- la comunicación subóptima entre los pacientes y los profesionales de la salud.

En el estudio llevado a cabo en Camerún por Commeyras Christophe y colaboradores, para conocer los factores determinantes en el cumplimiento de tratamientos antirretroviral se observó, que el enorme descenso de precio de los tratamientos VIH durante el periodo inicial condujo a un aumento de nuevos tratamientos en un factor de 5,76. En este contexto de demanda explosiva, el estudio demuestra que la adherencia es primero dependiente de la calidad de la información sobre la enfermedad y el protocolo del tratamiento, mientras que el cumplimiento a largo plazo es parcialmente dependiente de la capacidad financiera e incluye una fuerte influencia de las condiciones de vida y de actividad. (33)

3. c-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.

3. d-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.

3. e-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.

Raigal Y. y colaboradores, realizaron una intervención para mejorar el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial, mediante educación sanitaria oral y escrita. En el grupo de control la intervención se realizó en la consulta a demanda de atención primaria (5 min. de consulta) y en el grupo de intervención, en la consulta programada (10 min.). A los 14 meses había diferencias significativas ($p = 0,01$) en el porcentaje de cumplimiento y en la reducción de la presión arterial, favorables al grupo de intervención. (34)

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 no percibir la necesidad de 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, y 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.

En un estudio sin precedentes realizado por Morisky y colaboradores, los pacientes se asignaron a tres intervenciones que promueven la adherencia: la orientación del médico, el apoyo familiar para vigilar la toma de la medicación, y las sesiones de grupo con un asistente social o en un grupo de control. El análisis a los cinco años demostró un efecto positivo continuo sobre el cumplimiento a las reuniones, el control de peso y el control de la presión arterial en los grupos de intervención. La tasa de mortalidad por todas las causas de la tabla de vida fue 57,3% menor para el grupo de intervención que

para el grupo testigo y la tasa de mortalidad relacionada con hipertensión fue 53,2% menor. Los resultados de este estudio longitudinal aportan las pruebas para apoyar el uso de las intervenciones que mejoran la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión. (35)

En adolescentes diabéticos, de los factores psicológicos, la variable conocimiento es la que permite predecir mejor la adherencia al tratamiento. Aquellos con mayor conocimiento presentaron mejor adherencia al tratamiento que aquellos con un conocimiento medio y bajo. No se encontraron diferencias entre sujetos de bajo y medio conocimiento, lo que podría sugerir que para adherir adecuadamente a los pacientes al tratamiento, es necesario un nivel de conocimiento elevado. (36)

Varios exámenes rigurosos han hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%. Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. (3).

En España, la tasa de cumplimiento terapéutico en hipertensos tratados farmacológicamente no supera el 50%. A su vez, la proporción de cumplimiento terapéutico baja al 20% cuando se intenta modificar la actividad física, o al 10%

al realizar cambios de la dieta para controlar el peso, al moderar la ingesta de alcohol o al disminuir el consumo de sal. (37)

Tuesca-Molina y colaboradores., realizaron un estudio en España para identificar los factores asociados al comportamiento terapéutico en hipertensos conocidos, para medir el cumplimiento terapéutico de los sujetos se utilizó el test de Morisky-Green. Este test está compuesto por cuatro preguntas diseñadas de forma sencilla y clara. En los sujetos que, siendo hipertensos conocidos, respondían de forma afirmativa a la pregunta: ¿Le indicó el médico un tratamiento con pastillas? Sí, y lo hago actualmente, se les aplicó dicho test:

1. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
2. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la tensión?
3. ¿Cuándo se siente bien, deja de tomarlos?
4. Si alguna vez le cae mal la medicina, ¿deja de tomarla?

Se consideró cumplidor del tratamiento si contesta afirmativamente a la primera pregunta y de forma negativa a las 3 restantes. (38)

El estudio de Logan et al (1979), demuestra que el seguimiento de hipertensos por personal de enfermería en el lugar de trabajo, auto medición de la tensión, y recompensas por mayor cumplimiento y menores cifras de tensión, son eficaces

tanto para mejorar la adherencia como la salud. Aquellos pacientes que tienen más dificultad para acceder a las consultas de Atención Primaria que al personal sanitario de su empresa pueden beneficiarse de este tipo de servicios. Las recompensas desde Atención Primaria pueden ser la disminución de visitas al Centro de Salud y la entrega de recetas sin necesidad de venir a la cita durante periodos prolongados de tiempo, siempre que se cuente con información respecto a las cifras de tensión arterial que se obtienen en el lugar de trabajo, por ejemplo a través de un familiar. Estrategias como construir una relación adecuada entre el profesional sanitario y los pacientes, llamar a los pacientes que no acuden a las citas, evitar largas esperas o dificultades de contacto telefónico, pueden en el momento actual ser la mejor forma de conseguir la adherencia de los pacientes. (39)

Los pacientes con condiciones adversas crónicas, dificultades físicas o cognitivas, o tradiciones culturales alejadas de la población habitual pueden presentar necesidades especiales que se tienen que considerar en los planes para mejorar su adherencia. Las estrategias para mejorar la adherencia tienen que contemplar la edad del paciente, su escenario vital y su nivel cultural. La mejora de la relación médico-paciente, la disminución de la complejidad de los tratamientos y la disponibilidad de información adecuada constituyen las intervenciones más importantes para el éxito en el cumplimiento terapéutico. A pesar de que existen una amplia gama de estrategias para mejorar la

adherencia, la clave del éxito es adaptar la intervención al paciente individual y, cuando sea necesario, combinar varias para optimizarla. (40)

En el estudio realizado en España por García Pérez et al., para determinar la prevalencia de cumplimiento terapéutico de pacientes con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria de Salud, se encontró que medir el cumplimiento es difícil, ningún método, sea directo o indirecto, está exento de limitaciones. La toma del medicamento puede variar de semana en semana, y para conocer mejor la historia natural del incumplimiento terapéutico, es necesario realizar medidas repetidas durante el seguimiento clínico del paciente. (41)

Según el Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT), de Ingaramo y colaboradores, llevado a cabo en doce ciudades Argentinas, entre noviembre de 2002 y mayo de 2003, determino que la adherencia al tratamiento a los 6 meses de iniciado no superó el 50%, y no se observaron diferencias significativas en el control de la hipertensión arterial (sistólica - diastólica) entre adherentes y no-adherentes. Sin embargo en los pacientes adherentes los valores de la presión arterial sistólica y diastólica aislados fueron menores y los porcentajes de control de las mismas significativamente mayores. (22)

VI. VARIABLES

Variable dependiente: Hipertensión Arterial

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Estado socio- económico
- Escolaridad
- Profesión u oficio
- Existencia de medicamentos
- Costo de medicamentos
- Accesibilidad al servicio de salud
- Apoyo familiar
- Relación entre el prestador de servicios y el paciente
- Tiempo dedicado a la atención del paciente
- Comprensión y percepciones acerca de la hipertensión
- Complejidad de esquemas de tratamiento
- Duración del tratamiento
- Complicaciones de la enfermedad

- Efectos secundarios de los medicamentos
- Conocimiento del paciente sobre su enfermedad
- Adherencia terapéutica
- Abastecimiento de insumos

VII. HIPÓTESIS

Los factores socioeconómicos, del sistema de salud, de la enfermedad, del tratamiento y del propio paciente, influyen en la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.

VIII.- METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Estudio observacional, descriptivo y transversal, llevado a cabo en el CESAMO de Sabanagrande, perteneciente a la Región Sanitaria Departamental de Francisco Morazán de la Secretaría de Salud.

El municipio de Sabanagrande, está ubicado en el sur del Departamento de Francisco Morazán, a una distancia de 42 kilómetros de Tegucigalpa sobre la carretera Panamericana que conduce a los Departamentos de Choluteca y Valle, tiene una población total de 16,878 habitantes y una extensión territorial de 255.32 Km. cuadrados. En relación con las condiciones de pobreza, el municipio presenta un 8.6% de los hogares con tres o más necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Actualmente el municipio de Sabanagrande posee tres Centros de Salud; dos Centros de Salud Rural (CESAR) y un Centro de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), así como también dos clínicas privadas. El CESAMO está ubicado en la sede municipal y actualmente trabajan en el dos médicos, un odontólogo, una enfermera profesional, cuatro auxiliares de enfermería, un técnico de laboratorio, una encargada de farmacia, dos técnicos en salud ambiental y una conserje. Durante el año 2008, el CESAMO reportó un total de 12,397 atenciones entre primera vez y subsiguientes.

En Sabanagrande trabajan las ONG's Fondo Cristiano de Honduras, Save the Children y Visión Mundial.

El municipio consta a nivel de sede municipal de todos los servicios básicos, internet de banda ancha, una radio emisora y un sistema de televisión por cable.

La Secretaria de Educación tiene 40 escuelas, 5 centros básicos y 1 Instituto de Educación Media.

Universo:

Los criterios de inclusión del estudio son la totalidad de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten a control y se encuentran registrados en los archivos del CESAMO de Sabanagrande. Cabe destacar que todos los pacientes investigados asistieron por lo menos una vez a control al CESAMO durante el segundo semestre del 2008.

Los criterios de exclusión del estudio son los pacientes con hipertensión arterial que no tuvieran tratamiento farmacológico, sin historia clínica en el Centro de Salud, con los que no se pudiera contactar, que no desearan participar en el estudio o que se hubieran trasladado a otra comunidad.

Los pacientes que cumplían los requisitos de inclusión, fueron invitados a participar contestando voluntariamente, registrando su nombre, a una serie de preguntas sobre datos epidemiológicos y a las cuatro correspondientes al test de Morisky-Green incorporadas en la ficha de recolección de datos.

Muestra:

La muestra está constituida por la totalidad de personas con diagnóstico de hipertensión arterial, que reciben tratamiento farmacológico y que asisten a control al CESAMO de Sabanagrande, saliendo un total de cuarenta y cinco pacientes, asimismo se incluyeron cinco pacientes que llegan ocasionalmente a consulta al CESAMO, porque reciben su tratamiento en Centros de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana.

Se tomó la muestra de diferentes grupos de edad, sexo, y se incluyeron las diferentes áreas geográficas de influencia (AGI), del CESAMO de Sabanagrande, cabe mencionar que los pacientes hipertensos de los CESAR de La Ceiba y Nanzales que también pertenecen al municipio de Sabanagrande son atendidos regularmente en el CESAMO de Sabanagrande por lo que fueron incluidos en el estudio.

Instrumentos, técnicas y métodos de recolección de datos:

El instrumento que se utilizó para recolectar información fue una guía estructurada (ver anexos), la cual se elaboró tomando como referencia los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica al tratamiento para la hipertensión arterial e intervenciones para mejorarla, que se presentan en el

documento de la Organización Mundial de la Salud: "Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción" (3).

Se incluyó para esta investigación el test de Morisky-Green que ha mostrado un valor potencial predictivo del auto informe sobre adherencia con capacidad para predecir el control en la presión arterial. (40)

Tomando como base el test de Morisky-Green, se consideran adherentes al tratamiento a quienes contestan SI a la primera pregunta relacionada con el cumplimiento de horario y NO a las tres preguntas siguientes que exploran el olvido, abandono por sentirse bien y abandono por sentirse mal.

Los pacientes no-adherentes son quienes contestan de forma contraria a una o más de las cuatro preguntas de dicho test.

La técnica utilizada fue la entrevista individual estructurada, realizada a cada paciente hipertenso.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante tres personas, previamente capacitados por el investigador principal sobre el objetivo y la importancia del estudio, el llenado del instrumento y la técnica de la entrevista.

Análisis de datos:

La tabulación y el análisis de la información obtenida se hicieron mediante el programa EpiInfo versión 3.5.1., definiendo inicialmente una base de datos a partir del instrumento previamente diseñado.

El investigador procedió a ingresar personalmente la totalidad de datos obtenidos de los instrumentos y a continuación a conocer las frecuencias y distribuciones de cada variable a fin de identificar errores de digitación.

IX. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados siguiendo la secuencia de los objetivos e hipótesis del estudio.

En la primera sección se resumen las características generales de la población estudiada que representa la totalidad de pacientes hipertensos que asisten al CESAMO de Sabanagrande, departamento de Francisco Morazán.

En las siguientes cinco secciones, se presentan los resultados de los factores socioeconómicos, los relacionados con el sistema y el equipo de atención sanitaria, así como con la enfermedad, con el tratamiento y los factores relacionados con el paciente, los cuales inciden en la adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo.

En la penúltima sección de resultados se presentan las frecuencias, medias y desviación estándar, relación entre adherencia y edad, y los valores de presión arterial para las preguntas que exploran las variables de olvido, cumplimiento de horario, abandono del tratamiento terapéutico por sentirse bien y por sentirse mal.

La última sección muestra los resultados relacionados con el abastecimiento de medicamentos antihipertensivos en el CESAMO de Sabanagrande durante el año 2008.

Características generales de la población estudiada.

Tabla 1
Distribución de la población objeto de estudio según sexo.

Sexo	f	%
Femenino	39	78%
Masculino	11	22%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

En este estudio se obtiene que el sexo femenino fue mayoritario, si tomamos en cuenta que el 80% de la población que participó en este estudio fue mayor de 50 años podemos observar que este resultado confirma que son la población femenina la que más asiste a consulta a nuestros Centros de Salud.

La mujer al igual que el hombre tiene un aumento significativo con la edad de las cifras medias de la presión arterial, siguiendo la misma tendencia la hipertensión arterial. Sin embargo, hasta la quinta década de la vida y correspondiendo con el inicio de la menopausia, la prevalencia de hipertensión arterial es significativamente menor en la mujer que en varón, para invertirse la relación a partir de dicho momento, con mayor prevalencia en la mujer.

Sin ninguna duda, la hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en la población general, este factor de riesgo, estuvo presente en el 50,9% de los hombres y el 39,4% de las mujeres entre 35 y 84 años en un estudio poblacional realizado en Navarra. España, entre junio de 2004 y diciembre de 2005 (Estudio de riesgo vascular de Navarra). La prevalencia se incrementa con la edad y en las personas con más de 75 años, el 85% de las mujeres y el 71% de los hombres han sido diagnosticados o pueden ser diagnosticados de hipertensión. (42)

Tabla 2
Distribución de la población objeto de estudio por grupos de edad.

Grupos de Edad	f	%
30 – 39 años	1	2%
40 – 49 años	9	18%
50 – 59 años	6	12%
60 – 69 años	14	28%
70 - 79 años	15	30%
80 – 89 años	5	10%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

La edad promedio (media) de las personas estudiadas es de 63.46 años, con una moda de 62 años y una mediana de 65.5 años. La desviación estándar fue de 12,6 y los valores se distribuyen en un rango con un mínimo de 32 y un

máximo de 82. El 80% de la población que participó en este estudio es mayor de 50 años y solamente una persona es menor de 40 años.

En relación a los grupos de edad es necesario destacar que la adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos ya que muchos de ellos presentan múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención.

En ancianos se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de causar complicaciones innecesarias, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura. (3)

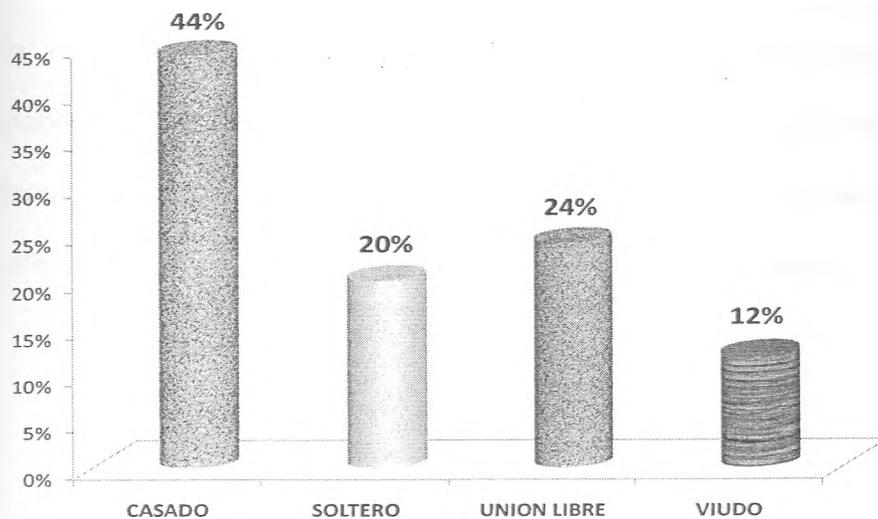


Gráfico 1, Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a su estado civil.

Cuando analizamos el resultado obtenido con el estado civil de la población estudiada, un total de 34 personas (68%) constituye el grupo que tienen parejas estables, asimismo 16 pacientes (32%) son solteras y viudas. El dato anterior es particularmente importante cuando cruzamos estos datos con la edad y vemos que la media de edad es 63.4 años ya que los pacientes de la tercera edad debido a los cambios fisiológicos normales a nivel cognoscitivo necesitan del compañero(a) de hogar para recordar la toma del medicamento antihipertensivo de forma permanente.

Factores socioeconómicos de los pacientes hipertensos.

En esta sección se describen y analizan los factores socioeconómicos mencionados en la literatura (3), que influyen sobre la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos como ser el pobre estado socioeconómico, analfabetismo, desempleo, y el limitado suministro de medicamentos.

Tabla 3

Distribución de la población objeto de estudio según su profesión u oficio.

Profesión u Oficio	f	%
Agricultor	6	12%
Albañil. Conserje, motorista	3	6%
Seguridad	2	4%
Oficios Domésticos	38	76%
No trabaja	1	2%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

Al preguntar sobre la actividad diaria que realiza cada paciente hipertenso se obtiene que más de las tres cuartas partes del total de la población encuestada (38 de 50 personas) trabajan en oficios domésticos (76%), lo cual coincide con la predominancia del sexo femenino sobre el masculino (39 mujeres y 11 hombres), en segundo lugar el oficio más frecuente observado fue la agricultura y solamente una persona mencionó no trabajar.

El plan Nacional de Salud 2021, afirma que la población económicamente activa a nivel nacional representa el 50.5% del total de la población que está en edad de trabajar. El resto de la población (49.5%) está conformado por amas de casa, estudiantes, jubilados, etc., los cuales no participan en el mercado laboral.

(43)

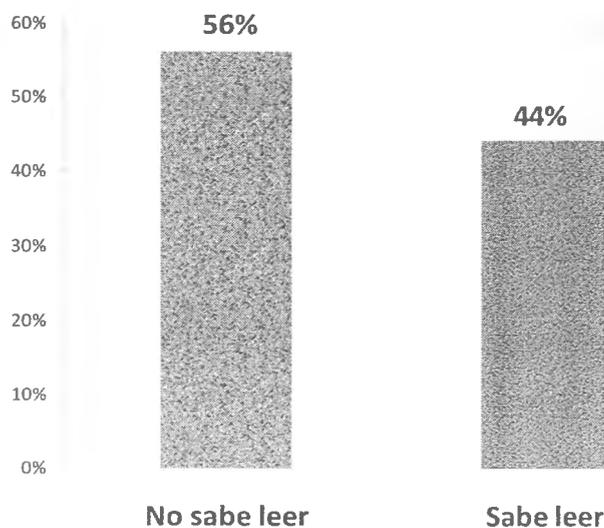


Gráfico 2, Distribución de la población objeto de estudio según su grado de alfabetización.

Más de la mitad de la población participante en el estudio (28 personas) no saben leer ni escribir, y un total de 22 pacientes (44%) informo tener estudios de primaria y secundaria.

El dato anterior es de mucha importancia debido a que el nivel educativo de la población es uno de los determinantes centrales del desarrollo económico y social de un país, si bien en los últimos años se ha incrementado la cantidad de mujeres y niñas que reciben educación, el promedio de años de estudio de las mujeres es de 2.8% en el área rural y dos terceras partes de los analfabetos son mujeres. La educación en la mujer particularmente es un factor que contribuye, entre otros, a la mejora de indicadores de salud, puesto que las

mujeres educadas tienen mayores probabilidades de espaciar los embarazos, tener familias más reducidas y más oportunidades de encontrar mejores empleos. (43)

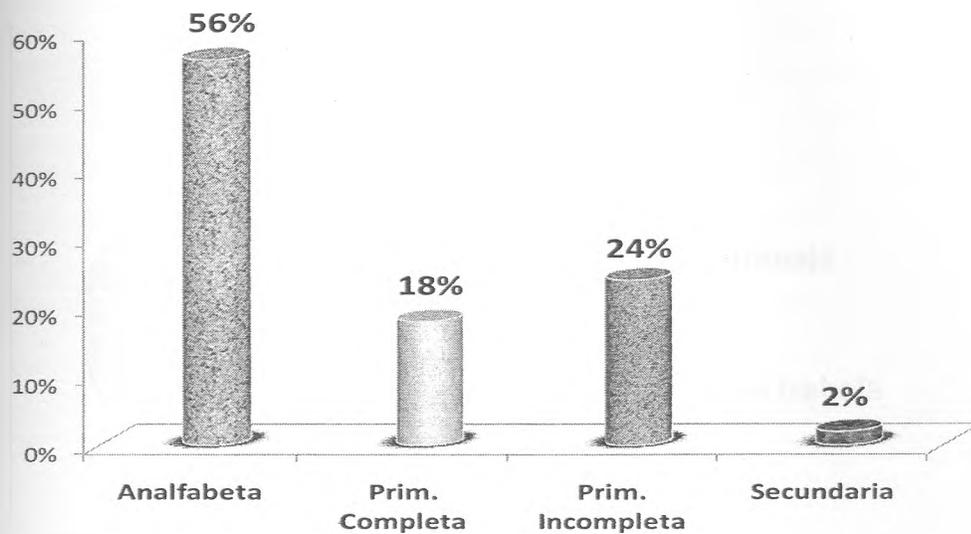


Gráfico 3, Distribución de la población objeto de estudio según su nivel de escolaridad.

Un total de 22 encuestados (44%) saben leer y escribir, de los cuales 12 (24%) lograron educación de primaria incompleta, 9 (18%) concluyeron la primaria completa y solamente 1 persona (2%) afirmó tener estudios de secundaria.

En vista de estos hallazgos se hace necesario incidir directamente en el estado de preparación de la familia del paciente, movilizar las organizaciones comunitarias para que participen en el control de la enfermedad de su vecino,

amigo o familiar con enfermedades crónicas y por sobre todo proveer educación intensiva en el uso de medicamentos para pacientes con escaso alfabetismo, mediante técnicas especiales de comunicación e instrucción tanto individual como colectiva.

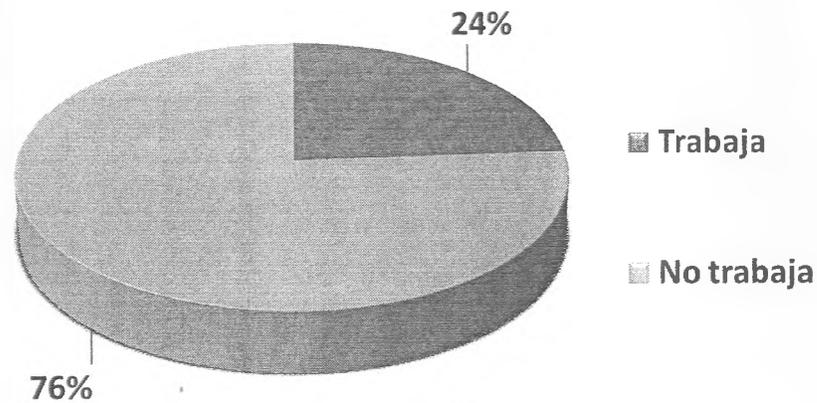


Gráfico 4, Distribución de la población objeto de estudio que trabaja fuera de su hogar

Un total de 38 pacientes (76%) reportaron no trabajar fuera de su hogar por lo que no tienen ingresos regulares, asimismo solamente 12 personas (24%) manifestaron trabajar y tener una fuente de ingreso permanente.

En nuestros países el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales

prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos económicos disponibles para satisfacer las necesidades de alimento, vestido, vivienda etc., de otros miembros de la familia, como los hijos o los padres que cuidan.

Tabla 4
Distribución de la población objeto de estudio según sus ingresos.

Cuanto gana por mes	f	%
< 1,000 Lempiras	4	33%
1,001-3,000 Lempiras	5	42%
3,001-5,000 Lempiras	0	0
> 5,000 Lempiras	3	25%
Total	12	100%

Fuente: entrevista individual.

En este cuadro cabe señalar que del total de doce personas hipertensas que trabajan, 9 personas (75%) reportaron ganar menos de L 3,000.00 y solamente 3 personas (25%) ganan mas de 5,000.00 lempiras mensuales.

En la literatura se presenta frecuentemente el hecho que en los grupos de ingresos económicos bajos, las personas tienen más probabilidades de morir a causa de caídas accidentales, enfermedades respiratorias crónicas, neumonías y tuberculosis. Dentro de este estrato de bajos ingresos, ciertos grupos tienen más probabilidades que otros de sufrir una mala salud como son las personas

de edad avanzada, los desempleados, las mujeres solteras que mantienen a sus hijos y ciertas minorías como las comunidades indígenas y étnicas. (43)

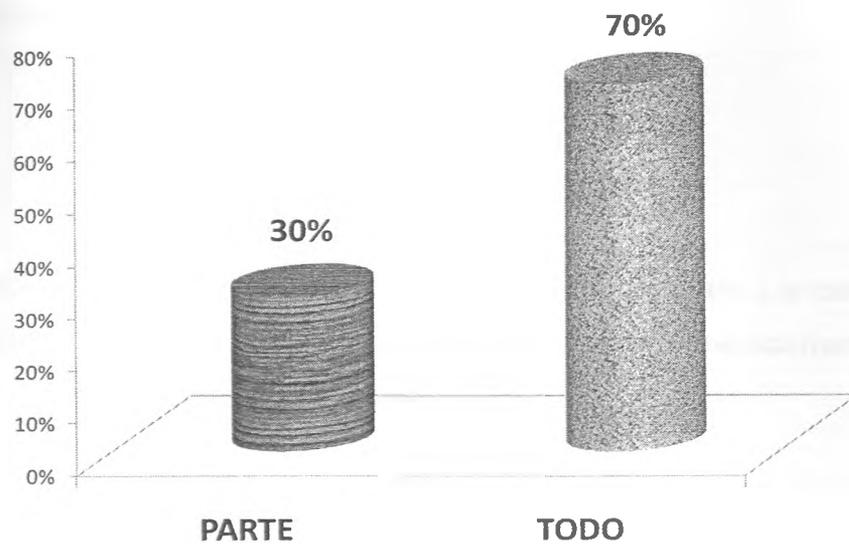


Gráfico 5, Distribución de la población objeto de estudio según la cantidad de medicamento que recibe en el CESAMO.

Al preguntarles a los pacientes hipertensos cuanto medicamento recibían en la farmacia del CESAMO de Sabanagrande, un total de 35 personas (70%) manifestaron recibir todo el medicamento recetado por el médico durante la consulta y solamente 15 pacientes (30%) refirieron recibir parte del tratamiento.

En relación con el resultado anterior vale la pena adelantar que el abastecimiento al CESAMO en base a la programación ideal del Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiero (SIGAF) de la Secretaría de Salud y lo recibido en el centro de salud, fue de solamente 6.8% en medicamentos antihipertensivos.

Tabla 5

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a la cantidad de dinero que gasta al mes cuando le toca comprar medicamento.

Cuanto dinero gasta al mes	f	%
L. ≤ 100.00	17	71%
L. 101.00 - 200.00	06	25%
L. 201.00 - 300.00	0	0
L. 301.00 - 400.00	1	4%
Total	24	100%

Fuente: entrevista individual.

Un total de 24 personas (48%) mencionaron incurrir en gastos de bolsillo para completar su tratamiento ya que el CESAMO no tenía existencia de su medicamento al momento de su consulta. De este total, 17 pacientes hipertensos entrevistados (71%) mencionaron gastar mensualmente menos de cien lempiras mensuales para comprar el medicamento, seis personas (25%)

afirmaron gastar entre 101.00 - 200.00 Lempiras y solamente un paciente aseguro gastar mas de trescientos un Lempiras.

Tabla 6

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a la cantidad de dinero que gasta al mes para trasladarse desde su casa al CESAMO.

¿Cuanto dinero gasta al mes?	f	%
L. ≤ 10.00	2	10%
L. 11.00 a 20.00	15	71%
L. 21.00 a 30.00	3	14%
L. ≥ a 31.00	1	5%
Total	21	100%

Fuente: entrevista individual.

Para acudir a consulta al CESAMO de Sabanagrande ya sea en transporte interurbano, semoviente, carro particular etc. un total de 21 pacientes (42%) manifestaron tener que pagar su transporte lo cual incrementa su gasto familiar. Además cabe agregar que el 81% (17 pacientes) desembolsan menos de veinte Lempiras y solamente cuatro hipertensos (19%), aseguraron pagar por concepto de transporte mas de veintiún Lempiras cada vez que necesitan trasladarse al CESAMO.

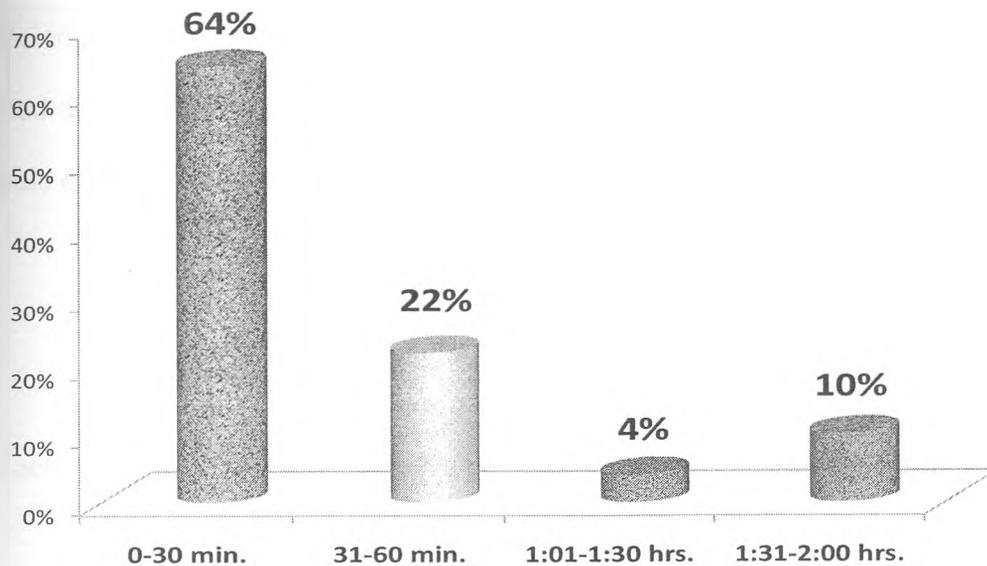


Gráfico 6, Porcentaje de la población objeto de estudio según el tiempo que tarda en llegar al CESAMO.

En relación con el acceso geográfico un total de 32 pacientes hipertensos (64%) tardan menos de 30 minutos en llegar al CESAMO, asimismo once personas (22%) tardan de 31 minutos a una hora, y siete personas (14%) tardan más de una hora en llegar al centro de Salud.

Cabe destacar que el difícil acceso geográfico esta identificado como un factor de efecto negativo sobre la adherencia terapéutica. (3)

Aunque en los últimos años se han desarrollado políticas y estrategias orientadas a incrementar la cobertura de servicios y extender la protección social en salud, sigue existiendo una alta proporción de la población excluida

bien sea por barreras de acceso a los servicios, porque no existe un financiamiento de salud ni suficiente, ni sostenible ni solidario y porque la calidad de la atención no siempre es la adecuada en aspectos de satisfacción, respeto étnico y cultural. (44)

Factores del sistema de salud y el equipo de atención sanitaria en los pacientes hipertensos.

En esta sección se describen y analizan los factores relacionados con el sistema de salud mencionados en la literatura (3) que influyen sobre el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos como ser: Falta de conocimiento y adiestramiento de los prestadores de asistencia sanitaria para controlar las enfermedades crónicas, relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, tiempo inadecuado para las consultas, falta de incentivos y buena relación entre el paciente y el médico.

Tabla 7

Capacitación en los prestadores de asistencia sanitaria para controlar las enfermedades crónicas.

¿Ha recibido alguna capacitación?	f	%
SI	1	25%
NO	3	75%
TOTAL	4	100%

Fuente: entrevista individual.

Al entrevistar a los cuatro servidores públicos (2 médicos y 2 auxiliares de enfermería) involucrados en la atención directa de los pacientes hipertensos en el CESAMO de Sabanagrande, se les preguntó si habían recibido alguna capacitación por parte de la Secretaria de Salud u otra institución en el manejo y control de las enfermedades crónicas a lo que tres (1 medico y 2 auxiliares de enfermería) contestaron no haber recibido ninguna capacitación en este tema. Solo un médico mencionó haber recibido una capacitación en este tema financiado por ONG's con las que había trabajado anteriormente.

Al consultarles a los dos médicos que criterios usaban para seleccionar el esquema terapéutico para iniciar tratamiento a los pacientes hipertensos, ambos médicos mencionaron que tomaban en cuenta exclusivamente la existencia de medicamentos en la farmacia del CESAMO, ya que debían adaptarse a la realidad de déficit de medicamentos.

La evaluación nacional de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) calificó como peores calificadas, las funciones relativas al desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, calidad y mejoramiento de la calidad de servicios de salud, y promoción del acceso equitativo a salud. (44)

Tabla 8
Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo al tiempo que utiliza el médico para dar la consulta.

Tiempo de consulta	f	%
Más de 10 min.	22	44%
Menos de 10 min.	28	56%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

Más de la mitad de los entrevistados (56%), mencionaron que la consulta con el médico era corta (menos de 10 minutos).

Podemos concluir que existe un alto porcentaje de pacientes que no están recibiendo de parte del médico una atención de calidad, que les garantice un mayor conocimiento y control de su enfermedad.

Actualmente nuestro sistema de salud funciona para favorecer la oferta y no la demanda de la población por servicios de salud oportunos y de calidad, predominando el aspecto curativo-individual sobre lo preventivo-social. (43)

Al respecto cabe destacar que las consultas cortas son consideradas como un factor negativo para mejorar la adherencia terapéutica ya que no permiten la interacción necesaria entre el paciente y el prestador del servicio de salud.

Tabla 9

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a la realización del examen físico por parte del médico.

¿Le realizaron examen físico?	f	%
SI	37	74%
NO	13	26%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

Al consultarles a los pacientes hipertensos si el médico les realizo examen físico completo un porcentaje del 74% afirmaron la realización de dicho examen, en cambio el restante 26% manifestaron la no realización de dicho examen, limitando en estos últimos hipertensos la posibilidad de recibir atención de calidad, dirigida a disminuir los daños potenciales de esta enfermedad.

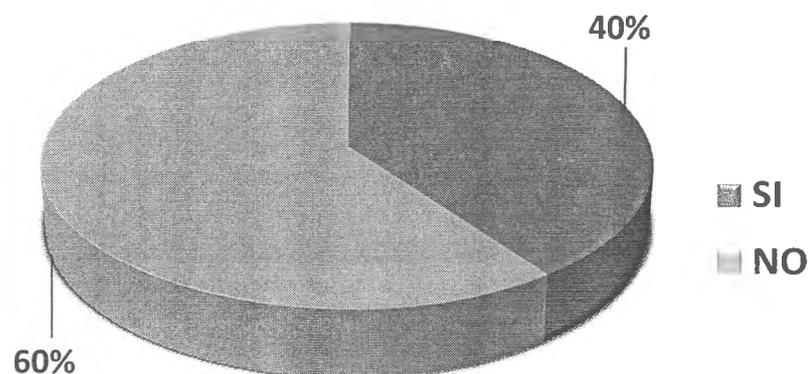


Gráfico 7, Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a si el médico aclara las dudas que el paciente tiene sobre su enfermedad.

Un 60% de la población estudiada mencionó que el médico no les aclaró las dudas que ellos tienen sobre su enfermedad.

Al preguntarles si habían sido tratados amablemente por el médico, el 96% (48) de los pacientes dijeron que si eran atendidos con amabilidad y solamente 2 personas (4%) menciono no haber sido tratado de forma amable.

Asimismo hay que enfatizar que la actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de la

Salud que se ha demostrado son determinantes de la adherencia de los pacientes. (3)

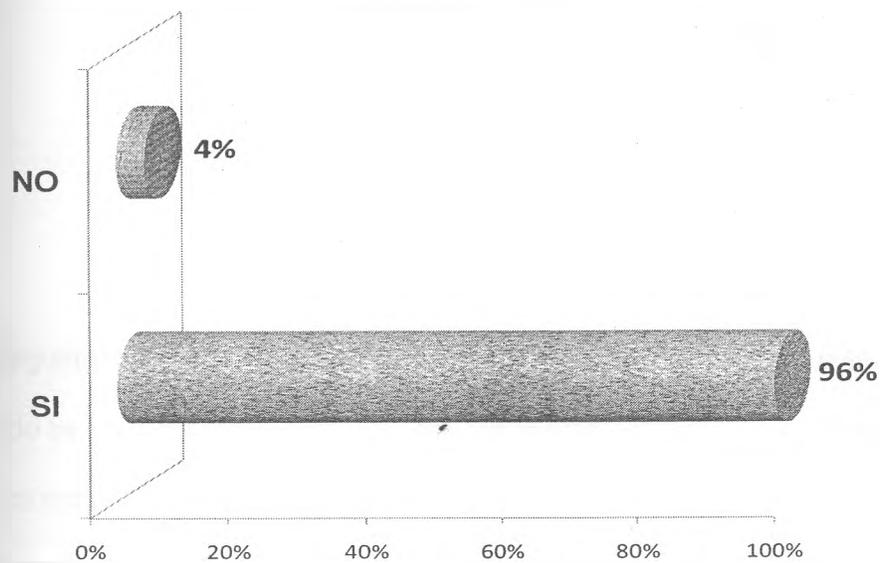


Gráfico 8, Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a si el médico los atendió amablemente.

Lo anteriormente mostrado en el grafico tiene suma importancia cuando se conoce que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica.

Tabla 10

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a si recibe felicitación del médico por tomarse su tratamiento correctamente.

¿Recibe felicitación?	f	%
SI	21	42%
NO	29	58%
TOTAL	50	100%

Fuente: entrevista individual.

Al preguntar si recibe alguna felicitación por parte del medico o la enfermera cuando se han tomado correctamente sus medicamentos y sus cifras de tensión arterial están en rangos normales, un total de 29 personas (58%) menciono que no ha sido objeto de ese reconocimiento por parte del personal de salud.

En la literatura se señala que un factor que influye de forma negativa en el apego al tratamiento es la falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño exitoso del paciente en relación con la toma adecuada del tratamiento.

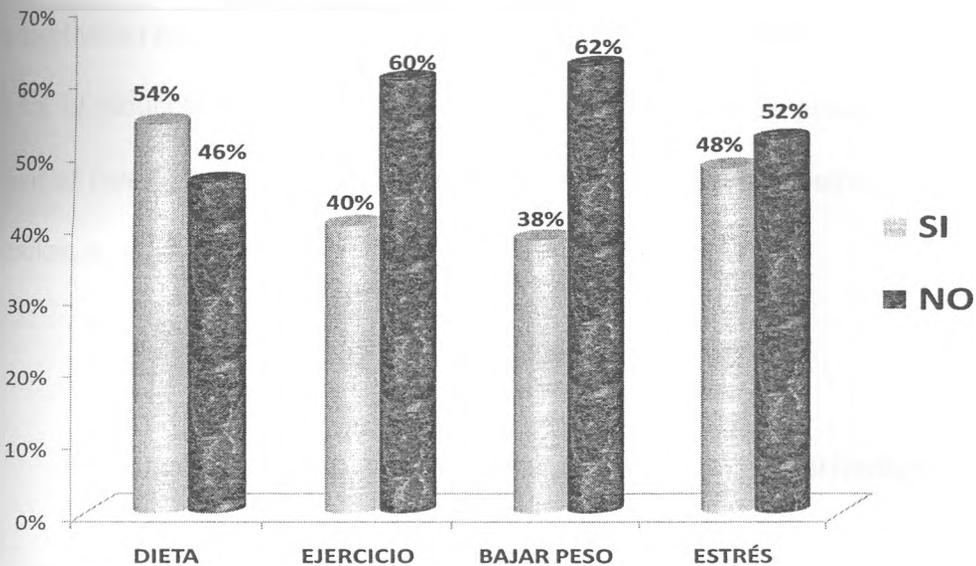


Gráfico 9, Distribución de la población objeto de estudio para conocer si el médico además del medicamento le indico algo más durante la consulta.

En esta pregunta se les leyeron las opciones al paciente con el fin de explorar el grado de educación que provee el medico a la hora de su consulta a cada uno de sus pacientes.

Un total de 27 personas (54%) informaron haber recibido indicaciones para cambiar sus hábitos de alimentación, además 24 pacientes (48%) recibieron información para controlar sus niveles de estrés. En relación con la necesidad de realizar ejercicio solamente 20 participantes (40%) refirieron haber recibido

información al respecto. La cantidad de entrevistados que aseguraron haber recibido indicaciones para bajar de peso fue de 19 para un 38%.

La efectividad del tratamiento no farmacológico, como la reducción de la ingesta de sal, la reducción de peso, la moderación de la ingesta de alcohol y la mayor actividad física para disminuir la presión arterial, ha sido demostrada por varios estudios, a nivel mundial.(3)

Factores de la propia enfermedad en pacientes hipertensos.

En esta sección se describen y analizan los factores relacionados con la enfermedad mencionada en la literatura (3) que influyen sobre el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos como ser la comprensión y percepciones acerca de la hipertensión arterial.

Tabla 11

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a si conoce alguna de las complicaciones de la hipertensión arterial.

¿Conoce complicaciones?	f	%
SI	32	64%
NO	18	36%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

Un total de 18 participantes (36%) en el estudio de adherencia terapéutica mencionaron no conocer ninguna complicación asociada a padecer de hipertensión arterial.

Es de vital importancia el proceder sistemáticamente a incrementar el nivel de conocimiento del paciente hipertenso en su enfermedad ya que los ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento de la hipertensión leve a moderada puede reducir el riesgo de accidente cerebro vascular de 30 a 43% y de infarto del miocardio en un 15%. Los ejemplos de los beneficios del tratamiento son la reducción del riesgo de insuficiencia cardíaca, la disminución de la incidencia de demencia, la preservación de la función renal y la prevención de la ceguera en pacientes diabéticos con hipertensión. (3)

Tabla 12

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a las complicaciones que conocen, produce la hipertensión arterial.

Complicaciones que conoce	f	%
Paro cardiaco mas derrame	24	75%
Desmayos	2	6%
Muerte	5	16%
Parálisis cerebral	1	3%
Total	32	100%

Fuente: entrevista individual.

Al consultarles sobre el conocimiento que tienen sobre las complicaciones de la hipertensión arterial, 32 personas (64%) mencionaron conocer alguna complicación, tres cuartas partes de estos pacientes informaron que el paro cardiaco junto al accidente cerebro vascular es el efecto adverso conocido por ellos, la muerte fue reportada por cinco personas.

Es bien sabido que la educación sola en aspectos relacionados con la hipertensión arterial es una intervención débil, pero muchas acciones siguen dependiendo de la educación de los pacientes para alentarlos a que se adhieran a su tratamiento. Para que los pacientes enfrenten eficazmente las exigencias relacionadas con el tratamiento impuestas por su enfermedad deben ser informados, motivados y capacitados en el uso de las estrategias cognoscitivas y comportamentales de autorregulación. La prestación eficaz de

atención para los procesos crónicos requiere movilizar al paciente y la comunidad que lo apoya. (3)

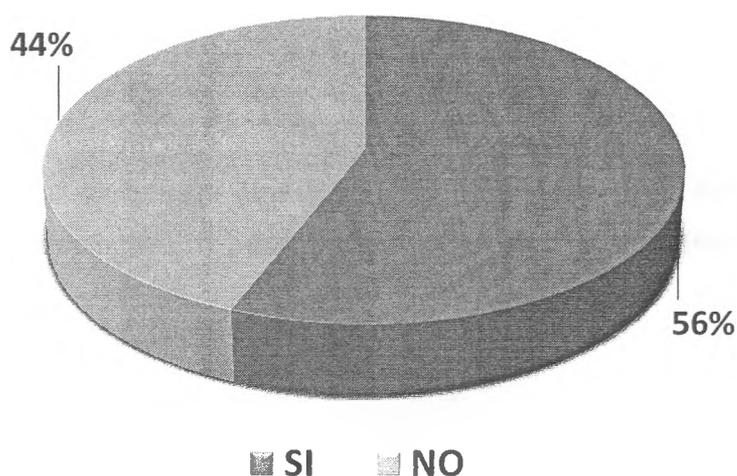


Gráfico 10, Porcentaje de pacientes que creen, pueden sufrir complicaciones de la hipertensión arterial.

Cuando a los pacientes se les pregunto ¿Cree que Usted puede sufrir complicaciones de la presión alta?, 28 personas (56%) mencionaron que si, asimismo 22 de ellos afirmaron que no creían poder sufrir complicaciones por esta enfermedad.

Se está realizando un esfuerzo continuo para mejorar la provisión de información a los pacientes, pero la motivación, que impulsa la buena

adherencia sostenible, es para el sistema de atención sanitaria uno de los elementos más difíciles de proporcionar a largo plazo. Los profesionales de la salud ejercen una función importante al promover el optimismo, brindar entusiasmo y alentar el mantenimiento de los comportamientos de salud entre sus pacientes.

Tabla 13

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a su percepción de porque pueden sufrir complicaciones de la hipertensión arterial.

¿Por qué?	f	%
A veces la presión le sube mucho	3	11%
Por enojarse mucho	3	11%
Al no tomarme la medicina	12	43%
Por la dieta	2	7%
Por un susto	3	11%
Porque está mareada	2	7%
Le recetaron aspirina infantil	1	3%
Me puedo morir	1	3%
A muchas personas le ha dado	1	3%
Total	28	100%

Fuente: entrevista individual.

Del total de entrevistados que mencionaron creer que si podían sufrir complicaciones por la hipertensión arterial, 12 personas (43%) afirmaron que la causa de esta complicación se debe a la falta de ingesta del medicamento.

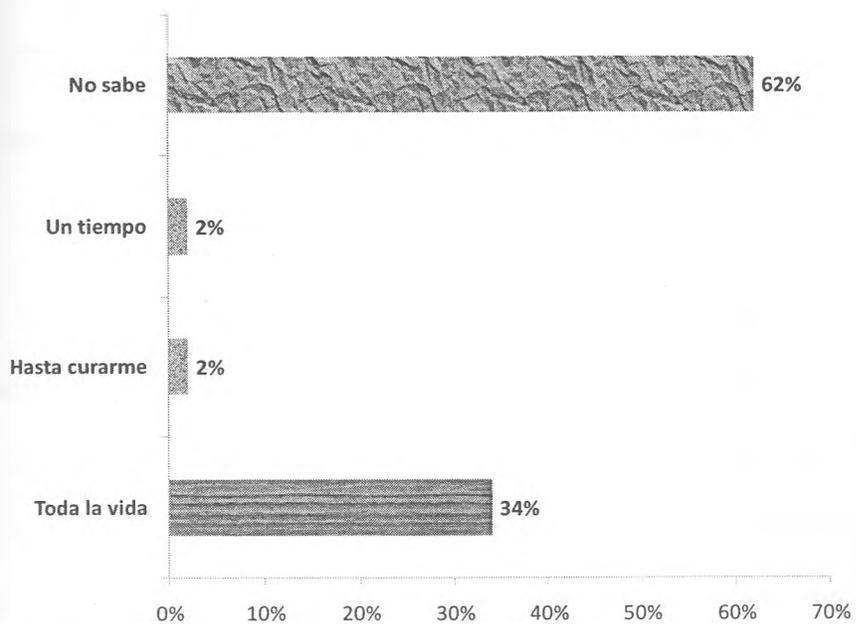


Gráfico 11, Porcentaje del conocimiento que tienen los pacientes acerca de cuanto tiempo recibirá tratamiento para su hipertensión arterial.

Lo destacado en el gráfico anterior es que solamente el 34% de los participantes en este estudio tenían información adecuada sobre su enfermedad.

Este resultado confirma una vez más que el nivel de educación que estamos proporcionando a los pacientes con enfermedades crónicas es insuficiente y por lo tanto estamos poniendo en riesgo su vida, al no proporcionar las herramientas necesarias para un control adecuado de su enfermedad.

Factores relacionados con el tratamiento en pacientes hipertensos.

En esta sección se describen y analizan los factores relacionados con el tratamiento, mencionados en la literatura (3) que influyen sobre el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos como ser: Los regímenes de tratamiento complejos, duración del tratamiento, baja tolerancia del medicamento, efectos adversos del tratamiento, mono terapia con regímenes sencillos de dosificación, y dosis menos frecuentes.

Tabla 14

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo al número de medicamentos que toma el paciente para controlar su enfermedad.

Cuantos medicamentos toma	f	%
1	23	46%
2	20	40%
3 o más	7	14%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

Para investigar la frecuencia de regímenes terapéuticos complejos se le preguntó al paciente cuantos medicamentos estaba usando simultáneamente para controlar su hipertensión y se obtuvo los siguientes resultados: el 46%

refirieron tomar 1 medicamento, asimismo el 40% toman 2 medicamentos y solamente el 14% de los pacientes confirmaron tomar 3 o mas drogas.

La disponibilidad de medicamentos en el CESAMO de Sabanagrande es limitada ya que la cobertura es de un 6.8%, tomando como numerador la entrega real de insumos entre el denominador que es la meta ideal programada por la Región Sanitaria Departamental de Francisco Morazán para el año 2008.

Tabla 15

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a los efectos secundarios producidos por la ingesta del medicamento.

Tiene malestar	f	%
Si	12	24,0%
No	38	76,0%
Total	50	100,0%

Fuente: entrevista individual.

De la totalidad de pacientes hipertensos participantes, más de las tres cuartas partes (38 personas) reportaron no tener efectos adversos provocados por la terapia antihipertensiva y solamente 12 hipertensos (24%) afirmaron sufrir estos problemas.

Los factores que influyen con un efecto negativo sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, son los regímenes de tratamiento complejos, la duración larga del tratamiento, la baja tolerancia del medicamento y sobre todo los efectos adversos del tratamiento.

Las razones esgrimidas para la no-adherencia a los tratamientos son numerosas y variadas. Entre las más frecuentes figuran los efectos adversos producidos por los fármacos y la sensación de "sentirse peor" con el mismo. Sin embargo, algunos estudios, como el de Hasford, han demostrado que la causa principal de abandono de la medicación fue exactamente la contraria: el "sentirse bien". (22)

Factores relacionados con el paciente que influyen en la adherencia terapéutica.

En esta sección se describen y analizan los factores relacionados con el paciente mencionados en la literatura (3), que influyen sobre el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos como son: El conocimiento y habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, participación activa del enfermo y su familia en el monitoreo, y el tratamiento de su enfermedad.

Tabla 16
Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo al apoyo familiar que recibe para tomar sus medicamentos.

Apoyo familiar	f	%
SI	18	36%
No	32	64%
Total	50	100%

Fuente: entrevista individual.

Del total de la población participante en este estudio solamente 18 pacientes (36%) mencionó recibir apoyo de algún familiar para recordar la toma de sus medicamentos.

En vista que en el CESAMO de Sabanagrande existe un total de 16 pacientes hipertensos que no tienen parejas estables por ser solteras(os) o viudas(os), es necesario buscar alternativas que garanticen a través de la comunidad organizada, la correcta ingesta del medicamento en estos pacientes.

En los resultados presentados por Marin Reyes y colaboradores se evidencia que los pacientes con hipertensión arterial tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia. (9)

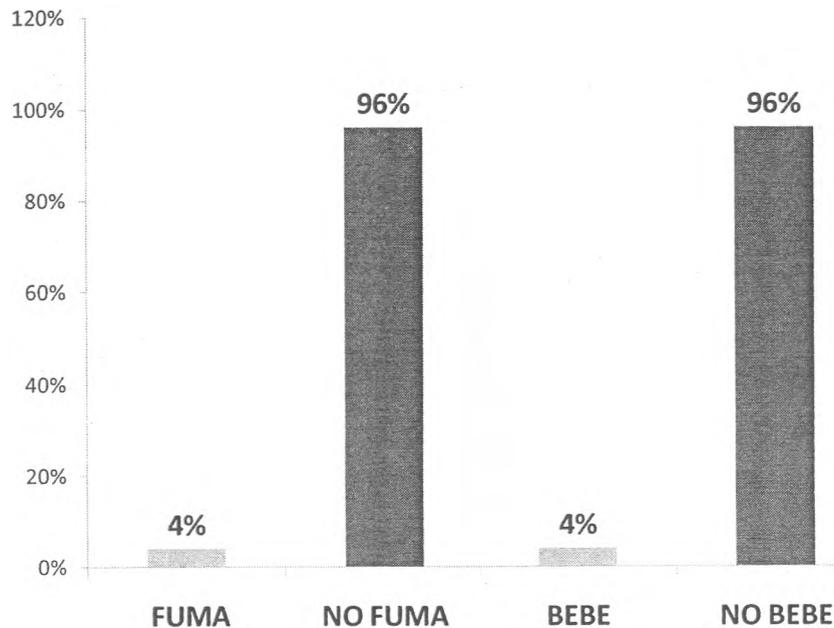


Gráfico 12, Porcentaje de la población objeto de estudio en relación con el hábito de fumar y beber alcohol.

Al preguntar a los participantes en este estudio si fumaban o consumían bebidas alcohólicas un total de 48 pacientes (96%) afirmaron no fumar ni beber. Es de destacar la escasa prevalencia encontrada de consumo de alcohol y de tabaco en estos pacientes, esto puede ser debido a la elevada edad de los sujetos participantes, al gran porcentaje de mujeres que constituyen la muestra, así como al hecho de poseer un nivel socioeconómico bajo. Lo anterior es sumamente favorable para los pacientes porque se convierte en un factor favorable para el control satisfactorio de su enfermedad y una mayor adherencia terapéutica.

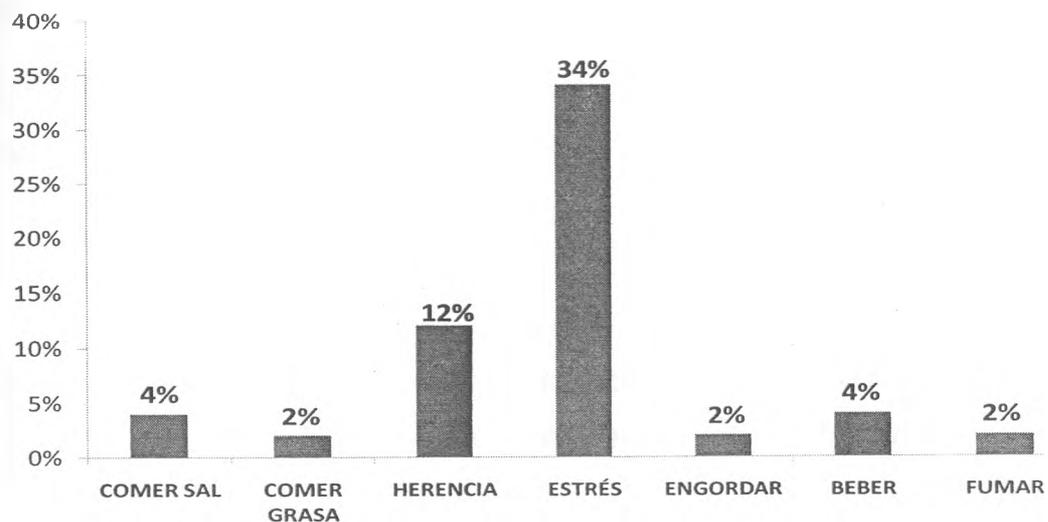


Gráfico 13, Porcentaje de las causas que los pacientes creen, originan su hipertensión arterial.

Al consultar a los pacientes hipertensos ¿Cuál cree Usted es la causa de su presión alta?, no se leyeron las opciones con el objetivo de explorar conocimientos adquiridos y percepciones sobre la enfermedad.

La asociación más alta de estos factores de riesgo con la enfermedad según los pacientes fue el estrés, ya que 17 personas (34%) refirieron creer como la principal causa de su enfermedad, a continuación en orden descendente aparece la herencia donde 6 pacientes (12%) creen es la etiología de su hipertensión. El consumo de sal y el consumo de alcohol aparecen mencionados por dos hipertensos (4%) respectivamente como causa de su

problema de salud, asimismo el consumo de grasas saturadas, obesidad y el habito de fumar aparecen mencionadas por una persona (2%) respectivamente como etiología. En relación con el sedentarismo ninguno de los pacientes lo menciono como causa de su enfermedad y por eso no aparece en el grafico.

Tabla 17

Distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a otras causas que los pacientes creen que les causa hipertensión arterial.

Otras causas	f	%
Debido a problemas	7	35%
Por enojarme	5	25%
La edad que tengo	2	10%
Mareos, quistes, mala circulación, insomnio	3	15%
Muerte de mi esposo	1	5%
Haber tenido muchos hijos	1	5%
Tomar café	1	5%
Total	20	100%

Fuente: entrevista individual.

A continuación de la pregunta anterior donde se preguntaba a los pacientes ¿Cuál cree Usted es la causa de su presión alta?, se procedió a anotar las respuestas que no coincidían con los factores de riesgo y es así como se observa que un total de 7 personas (32%) cree que la causa de su enfermedad es debido a los problemas de la vida diaria, 5 pacientes (23%) creen que el enojarse es la etiología de su hipertensión y 3 entrevistados (14%) consideran

que los mareos, quistes, mala circulación y el insomnio son la causa de su problema de salud.

Resultados de Adherencia Terapéutica

Han sido propuestos diversos métodos para medir la adherencia al tratamiento y aquellos basados en el auto informe del paciente son los que están mejor validados, ya que promediaron un índice de seguridad de entre el 52% y el 76%, y fueron los que mejor se correlacionaron con el conteo de píldoras, permitiendo clasificar correctamente con esa metodología al 75% de los hipertensos. (22)

Uno de esos métodos es el test de Morisky-Green que ha demostrado utilidad para determinar la adherencia y los sujetos que fallan en contestar correctamente tienen un menor control tensional, en vista de lo anterior fue seleccionado para medir la adherencia en este estudio.

Tabla 18

Frecuencias, medias y desviación estándar y su relación entre adherencia y edad, valores de presión arterial para la pregunta que explora el *olvido*.

	NO SE OLVIDAN			SE OLVIDAN		
	f	Media	DE	f	Media	DE
Edad		62,6	13,9597		64,1	11,6014
PA Sistólica	23 (46%)	141,7	19,9208	27 (54%)	134,8	19,4877
PA Diastólica		88,2	15,2709		82,9	14,6274

Fuente: entrevista individual.

A la totalidad de participantes en el estudio se les pregunto: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para la presión alta?, resultado que se cruzo con las variables edad, presión arterial sistólica y diastólica. El 54% de los entrevistados refirieron olvidar en alguna ocasión tomar sus medicamentos y solamente el 46% mencionaron nunca olvidar su tratamiento.

La media de edad fue mayor entre los pacientes que se olvidan de tomar su medicamento, asimismo la media de presión sistólica y diastólica resultaron ser paradójicamente mayor entre quienes manifiestan no olvidar su tratamiento.

Tabla 19

Frecuencias, medias y desviación estándar y su relación entre adherencia y edad, valores de presión arterial para la pregunta que explora el cumplimiento de horario.

	RESPETAN LA HORA			NO RESPETAN LA HORA		
	f	Media	DE	f	Media	DE
Edad		64,8	12,6574		57,3	11,1467
PA Sistólica	41 (82%)	137,3	20,7394	9 (18%)	141,1	15,3659
PA Diastólica		85,1	16,1434		86,6	8,6603

Fuente: entrevista individual.

Para explorar la variable de cumplimiento de horario a la totalidad de pacientes hipertensos participantes se les pregunto ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?, a lo que 41 personas (82%) refirieron cumplir con el horario y solamente nueve mencionaron no hacerlo.

La media de edad es mayor entre quienes respetan el horario para tomar sus medicamentos, que fue de 64,8 años. Asimismo la media de presión sistólica y diastólica resultaron ser mayor entre quienes manifiestan no respetar la hora de ingesta del tratamiento.

Tabla 20

Frecuencias, medias y desviación estándar y su relación entre adherencia, edad y valores de presión arterial para la pregunta que explora el *abandono por sentirse bien*.

	NO DEJAN DE TOMARLO			DEJAN DE TOMARLO		
	f	Media	DE	f	Media	DE
Edad		63,5	12,6535		63,0	13,4660
PA Sistólica	43 (86%)	136,5	19,8667	7 (14%)	147,1	17,9947
PA Diastólica		84,4	14,8488		91,4	15,7359

Fuente: entrevista individual.

La pregunta del test de Morisky–Green utilizada para investigar la tercera variable de abandono del tratamiento por sentirse bien fue: ¿Cuándo se siente bien, deja de tomar la medicina?, un total de 43 pacientes (86%) mencionaron no dejar de tomar su tratamiento cuando se sienten bien y solamente 7 personas (14%) manifestaron dejar de tomar su medicina por esta causa.

En relación con la media de edad no mostró una diferencia significativa.

Los niveles de tensión arterial tanto sistólica como diastólica se presentan superiores en los pacientes que dejan de tomar su medicación cuando se sienten bien.

Tabla 21

Frecuencias, medias y desviación estándar y su relación entre adherencia, edad y valores de presión arterial para la pregunta que explora el abandono por sentirse mal.

	NO DEJAN DE TOMARLO			DEJAN DE TOMARLO		
	f	Media	DE	f	Media	DE
Edad	38 (76%)	64,2	12,0801	12 (24%)	60,9	14,5005
PA Sistólica		137,8	21,3286		138,3	14,6680
		85,0	15,7257		86,6	13,0268
PA Diastólica						

Fuente: entrevista individual.

Cuando se investigó la variable de abandono del tratamiento por sentirse mal se les preguntó a los pacientes; Si alguna vez le cae mal la medicina, ¿deja de tomarla?, y a continuación 38 pacientes (76%) refirieron no dejar de tomar sus medicamentos y un total de 12 (24%) mencionaron hacerlo.

Asimismo los niveles de tensión arterial tanto sistólica como diastólica se presentan levemente superiores en los pacientes que dejan de tomar su medicación cuando no se sienten bien.

La adherencia terapéutica a los regímenes de largo plazo requiere un cambio de comportamiento, que incluye aprendizaje y adoptar y mantener una buena actitud para la toma del medicamento.

Se ha hallado que las estrategias como proporcionar recompensas, recordatorios y apoyo familiar para reforzar el nuevo comportamiento, mejoran la adherencia en las enfermedades crónicas. (3)

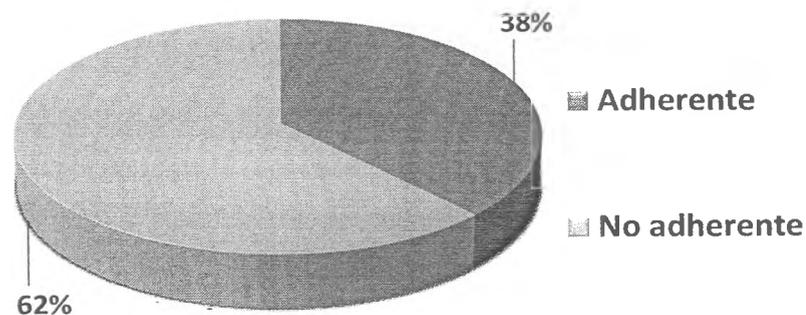


Gráfico 14, Porcentaje de la población estudiada con adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Del total de 50 pacientes que participaron en el estudio, 19 contestaron correctamente (38%) las 4 preguntas del test de Morisky-Green, diseñado para identificar adherencia terapéutica por lo que son clasificados como adherentes al tratamiento y 31 personas (62%) fallaron en una o más de las preguntas por lo cual se clasificaron como no adherentes.

Cabe señalar que según el Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) de Ingaramo y colaboradores (22), realizado en Argentina y publicado en el año 2005, la adherencia observada en hipertensos fue del 48.15%, diez puntos porcentuales por encima de nuestro hallazgo.

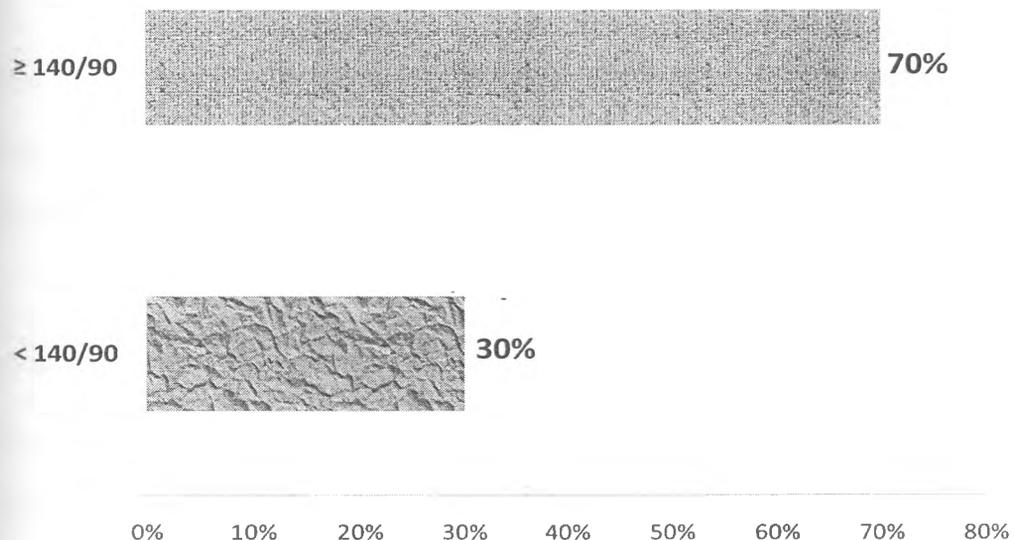


Gráfico 15, Porcentaje de la población objeto de estudio según sus cifras de tensión arterial.

P/A Sistólica: Media: 138, Mediana: 140, Moda: 140, Varianza: 391,8367, Desviación Estándar: 19,7949

P/A Diastólica: Media: 85,4, Mediana: 90, Moda: 90, Varianza: 225, 3469, Desviación Estándar: 15,0116.

Tomando como base las cifras de tensión arterial mayores o iguales a 140 y/o 90 mmHg, para clasificar los pacientes con hipertensión no controlada (39), se observa que en un total de treinta y cinco pacientes participantes (70%), no esta siendo controlada su hipertensión arterial y por lo tanto esta expuesta a complicaciones, y solamente el 30% de los pacientes mantienen cifras de presión arterial aceptables.

Entre los factores más importantes que limitan el control óptimo de la enfermedad en nuestros pacientes hipertensos están la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad.

Morisky y colaboradores, utilizando el test descrito anteriormente, comprobaron que el 75% de los pacientes que contestaron correctamente las preguntas (adherentes) tenían la presión arterial controlada a los cinco años contra un 47% de control en los que fallaron al contestar las mismas (no-adherentes). (22)

Resultados del abastecimiento de medicamentos

Tabla 22
Suministro de medicamentos antihipertensivos al CESAMO de
Sabanagrande durante el año 2008.

Insumos	Meta	Entregado	% Cobertura
Propranolol tab. 40mg	88,000	1,800	2%
Atenolol tab. 100mg	29,600	8,000	27%
Maleato de Enalapril tab.20mg	233,600	9,000	3.8%
Hidroclorotiazida + ahorrador de K.* 25mg	88,000	11,072	12.5%
TOTAL	439,200	29,872	6,80%

Fuente: aplicación del SIGAF y ordenes de remisión de suministros del CESAMO de Sabanagrande, F.M. y el Almacén Regional.

*Nota: Este total incluye 8,048 tabletas de Hidroclorotiazida sola + 3,024 tabletas de hidroclorotiazida + ahorrador de potasio.

La aplicación informática del Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiamiento (SIGAF) de la Secretaria de Salud, genera a las Regiones Sanitarias Departamentales la meta "ideal" de los diferentes insumos que son utilizados por los diferentes niveles de atención, y es así como al compararlo con lo que el almacén Regional envió al CESAMO de Sabanagrande, podemos apreciar una cobertura de solamente un 6.8%, lo que permite comprobar que existe un déficit de 93.2% en el suministro de medicamentos antihipertensivos.

El modelo de financiamiento de la salud de Honduras, se considera uno de los más inequitativos del continente, encontrándose en la posición 178 de los 191 países estudiados; ello evidencia que las personas pobres o en peligro de empobrecer, son las que más están financiando el sistema actual por medio del pago directo de sus bolsillos. (43)

Cabe señalar que en la las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados (hasta tres veces más per cápita que la población en general) y explican el 60% de los costos relacionados con la medicación, aunque solo representen 12 a 18% de la población en estos países. (3)

X. CONCLUSIONES

- En esta investigación los factores socioeconómicos que sobresalen son la falta de empleo remunerado, una alta frecuencia de amas de casa y la presencia de analfabetismo en más de la mitad de los encuestados. Lo anterior es importante cuando en nuestro país el nivel socioeconómico bajo plantea la necesidad del paciente de elegir entre prioridades en competencia y lo anterior limita una buena adherencia terapéutica. Cualquier intervención sobre esta problemática debe tomar en consideración una población con muy limitada respuesta económica propia y con bajo perfil educativo.
- Al conocer los resultados relacionados con el Sistema de Salud encontramos que tres cuartas partes del personal asistencial, tanto médicos como enfermeras, no han sido capacitados en el control de enfermedades crónicas. Estos profesionales que tienen la responsabilidad de desarrollar funciones de promoción de la adherencia terapéutica deben tener acceso a la capacitación específica en este tema y mejorar esta, a través de intervenciones en los cinco factores descritos y una buena relación paciente-proveedor.

- Entre los factores relacionados con la enfermedad se observa que la creencia de sufrir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial es del 56% en los participantes de este estudio. Los profesionales de la salud deben prestar más atención a la gravedad de los síntomas, así como también a la comorbilidad que incide en la adherencia terapéutica. Se hace necesario reforzar los elementos de información a los pacientes hipertensos, sobre las complicaciones y los signos de alarma y la relación que estos tienen con la adherencia al tratamiento, no sólo medicamentoso, sino a todo el régimen terapéutico incluyendo el control sistemático, la observancia de la adecuada nutrición y la actividad física.
- El resultado de investigar complejidad de regímenes terapéuticos nos revela que un 54% de los participantes usan más de un antihipertensivo en el manejo de su enfermedad. Se conoce que las barreras principales para la adherencia terapéutica son la frecuencia de la dosis y la incidencia de efectos colaterales por lo que se requiere que cada intervención sea adaptada a las necesidades particulares de cada paciente. Esto tiene fuertes implicaciones para el sistema de salud, como garantizar la disponibilidad permanente de los medicamentos, la educación cuidadosa al paciente y la promoción de mecanismos de soporte al paciente en el entorno familiar y comunitario

- Al conocer los resultados de los factores relacionados con el paciente podemos notar que el olvido al tomar el medicamento, ocurrió en más de la mitad de los encuestados. Asimismo el nivel de conocimiento que tienen de su enfermedad es bajo, lo cual los coloca en un alto riesgo de sufrir complicaciones por lo que se requiere de estrategias concebidas a modificar sus modos de vida e impulsar su autocuidado con el apoyo familiar y comunitario.
- La adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos fue del 38%. Aunque la muestra es pequeña el estudio señala claramente la necesidad de intervenciones en los cinco factores que influyen en la adherencia terapéutica y se vuelve necesario aparte de lo anterior impulsar cambios en sus estilos de vida como reducir la ingesta de sal, bajar de peso, ingesta moderada de alcohol y mayor actividad física. Resulta también evidente la necesidad de adecuar los servicios de salud a las enfermedades de evolución crónica y las particularidades de su manejo individual y colectivo.

- La gran mayoría de los participantes en este estudio (96%), manifestaron haber sido atendidos con amabilidad por el equipo de prestación del servicio. Esto anteriormente señalado tiene suma importancia cuando se conoce que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica.

- Al investigar el manejo y control de la hipertensión arterial en el CESAMO de Sabanagrande, se obtiene que el 70% los pacientes no están siendo controlados adecuadamente de su enfermedad ya que mantienen cifras tensionales elevadas. La falta de continuidad en el tratamiento antihipertensivo genera que el paciente mantenga el riesgo de complicaciones cardiovasculares, pueda tener efectos secundarios graves y que aumente la frecuencia de internamientos con el consiguiente aumento en los costos de salud.

XI. RECOMENDACIONES

- Las acciones encaminadas a mejorar el cumplimiento terapéutico en nuestros pacientes hipertensos debe abarcar los cinco conjuntos de factores entre los que se incluyen los socioeconómicos, los del equipo de Salud, los del tratamiento, los relacionados con el paciente y con la enfermedad, ya que solo así se garantiza un impacto efectivo en el control de la enfermedad y la disminución de las complicaciones de la enfermedad.
- Se hace necesario que las organizaciones comunitarias del CESAMO de Sabanagrande junto a las autoridades municipales y de la sociedad civil participen activamente en el seguimiento y control de los pacientes con enfermedades crónicas a través de los grupos de auto- apoyo organizados en el Municipio.
- La educación a los pacientes analfabetos, y el involucramiento activo de la familia son intervenciones sociales vitales, efectivas y necesarias de implementar para garantizar una mejor adherencia terapéutica en estos pacientes.

- La falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario de la Secretaria de Salud en el control de las enfermedades crónicas hace necesaria y urgente su capacitación en este tema.
- Como parte de la capacitación al personal asistencial del CESAMO es importante también el adiestrarse para hacer una selección racional de los medicamentos antihipertensivos, para indicar el medicamento idóneo para cada paciente y no de acuerdo al abastecimiento del Centro de Salud.
- Como Secretaria de Salud se debe impulsar fuertemente el tratamiento no farmacológico, como la reducción de la ingesta de sal, la reducción de peso, la moderación del consumo de alcohol y la mayor actividad física para disminuir las cifras de presión arterial y mejorar así la calidad de vida del paciente.

XII. BIBLIOGRAFIA

1.-SECRETARÍA de Salud. Política Nacional de Salud 2006-2010. En: lanzamiento oficial de la política de salud (2006, Tegucigalpa, Honduras). Tegucigalpa, Honduras. Secretaria de Salud, 2006.

2.- REGIÓN Sanitaria Departamental de Francisco Morazán. Evaluación anual del año 2006. En: reunión de evaluación regional (2007, Tegucigalpa, Honduras). Tegucigalpa, Honduras. Secretaria de Salud, 2007.

3.- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. [En línea] Ginebra. 2004. [Consulta: 1 de noviembre 2006] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>. ISBN: 92 75 325499

4.- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. "Perfil del Sistema nacional de salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma" [En línea]. Washington, D.C. 2009 [fecha de consulta: 10 de septiembre 2009]. Disponible en: www.lachealthsys.org. ISBN: 978-92-75-33292-4

5.-*Reunión bianual de la red Carmen- Prevención integrada de las enfermedades no transmisibles en las Américas*. [En línea]. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. Octubre 2005. [Consulta 17 de junio 2006] Disponible en: <http://www.paho.org>.

6.-HARRISON. Principios de medicina interna. 15 edición. México, McGraw-HILL interamericana editores, 2002. Dos volúmenes.

7.-BERENSON GS et al. Association between multiple cardio-vascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1650-1656.

8.- THOMPSON DW, Furlan AJ. Clinical epidemiology of stroke. *Neurologic Clinics*, 1996, 14:309-315.

9.- MARIN-REYES, Florentina y RODRIGUEZ-MORAN, Martha. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*. [En línea]. 2001, Vol. 43, no. 4 [citado 27 de enero 2007], pp. 336-339. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

10.-ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. Epidemiología básica. Washington. 2003. 184 p.

11.- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. La pobreza rural: salud y estilo de vida. En: Reunión interamericana a nivel ministerial en salud y agricultura. (14º. 2005, México, D.F.) México, D.F. 2005.

12.- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. *Base de datos de indicadores básicos en salud de la OPS.* [En línea]. Washington. 2006. [fecha de consulta: 4 de febrero 2007]. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/SHA/coredata/tabulator.html>

13.- COCA A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 98. *Hipertensión* 1998; 15(8); 298 - 307.

14. - NEUTEL JM, SMITH DH. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2003;5:127-32

15.- MARTIN ALFONSO, Libertad. On the concept of therapeutic adherence. *Rev Cubana Salud Pública*, set.-dez. 2004, vol.30, no.4, p.0-0. ISSN 0864-3466.

16.- MARTIN ALFONSO, Libertad et al. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; [En línea] Vol. 19(2) [fecha de consulta: 5 de mayo del 2007] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm

17.- SÁNCHEZ R. Orueta. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del sistema nacional de salud* [En línea] Vol.29-No.2-2005. [Fecha de consulta: 1 de noviembre de 2006]

Disponible en:

http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/vol29_2estrategiasmejora.pdf.html

18.- HODGSON Ta, CAI L. Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. *Medical Care*, 2001, 39:599-615.

19.- CLARK Do. Issues of adherence, penetration, and measurement in physical activity effectiveness studies. *Medical Care*, 2001, 39:409-412.

20.- KHALIL SA, ELZUBIER AG. Drug compliance among hypertensive patients in Tabuk, Saudi Arabia. *Journal of Hypertension*, 1997, 15:561-565.

21.- MARTIN ALFONSO, Libertad y GRAU ABALO, Jorge A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*. [En línea] Vol.14-No.1 [Fecha de consulta: 4 de noviembre del 2006] Disponible en:

http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_14_1/contenido.html

22.- INGARAMO A. Roberto, VITA Néstor, BENDERSKY Mario, ARNOLT MIGUEL, et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia Al Tratamiento (ENSAT). *Revista de la federación Argentina de Cardiología*. [En línea]. Enero-Marzo 2005, Vol. 34 No.1. [Citado 20 Mayo 2009], p.57-61. Disponible en:

<http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf> ISSN 34: 104-111

23.- MÁRQUEZ CONTRERAS Emilio. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. En: Congreso Internacional de Cardiología por Internet. (3er. Septiembre1- noviembre 30 del 2003, Buenos Aires, Argentina). [En línea] Disponible en:

<http://www.pcvc.sminter.com.ar/tcvc/llave/c053/marquez.htm>

24.- WUERZNER K, HASSLER C, BURNIER M. Difficult blood pressure control: watch out for non-compliance! *Nephrol Dial Transplant* 2003;18:1969-73

25.- CRAMER JA, MATTSON RH. Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy. En: Cramer JA, Spilker B, eds. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. Nueva York, Raven Press, 1991:123-137.

26.- BURNIER M, SANTOSCHI V, FAVRAT B, BRUNNER HR. Monitoring compliance in resistant hypertension: an important step in patient management. *J Hypertens Suppl* 2003;21(Suppl 2):S37-42

27.- ACOSTA González, Magda, DEBS Pérez, Giselle, DE LA NOVAL García, Reynaldo *et al*. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Enfermer.* [En línea]. Sep.-dic. 2005, Vol.21, no.3 [citado 14 Febrero 2007], p.1-1. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.

28.- ALBAZ RS. Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. *Journal of Social Sciences*, 1997, 25:5-8.

29.- MORGAN M. Managing hypertension: belief and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health & Illness*, 1988, 10:561-578.

30.- SCHWALM Du. Effects of war on compliance. *Curare*, 1997, 20:101-107.

31.- PINZONE Ha et al. Prediction of asthma episodes in children using peak expiratory flow rates, medication compliance, and exercise data. *Annals of Allergy*, 1991, 67:481-486.

32.- RIVAS B. Encuesta a médicos sobre cumplimiento en la HTA. *Hipertensión*. 2004; 21 Supl 1:65.

33.- COMMEYRAS, Christophe, REY, Jean Loup, BADRE-SENTENAC, Stéphanie *et al.* Factores determinantes en el cumplimiento de tratamientos antirretroviral en Camerún durante el periodo inicial (2000-2002). *Pharmacy pract. (Granada Ed. impr.)*. [En línea]. jul.-sep. 2006, Vol.4, no.3 [citado 02 Febrero 2007], p.117-122. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-365520060003000003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1886-3655.

34.- RAIGAL Y, GIL VF, LLINARES J, ASENSIO MA, PIÑEIRO F, MERINO J. Estudio de intervención sobre el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116 Supl 2:122-5.

35.- MORISKY De et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health*, 1983, 73:153-162.

36.-ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev. Méd. Chile*. [En línea]. mar. 2005, Vol.133, no.3 [citado 02 Febrero 2007], p.307-313. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-988720050003000006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.

37.-VILLAR-Álvarez F, BANEGAS JR, RODRÍGUEZ-Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid: *ERGON*; 2003.

38.- TUESCA-MOLINA, Rafael, GUALLAR-CASTILLÓN, Pilar, BANEGAS-BANEGAS, José Ramón, GRACIANI-PÉREZ REGADERA, Auxiliadora. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gaceta Sanitaria*. [En línea]. Lunes 1 Mayo 2006. Volumen 20 - Número 03 p. 220 – 227. [Fecha de consulta: 19 de febrero del 2007].

Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi->

[bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13088853](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13088853)

39.- ALVAREZ Montero, S., GOMEZ de la fuente, F.J., GALLEGO Casado, P. *et al.* Estrategias eficaces para mejorar la adherencia a la prescripción de fármacos. *Medifam.* [En línea]. Ago.-set. 2001, Vol.11, no.8 [citado 02 Febrero 2007], p.57-61. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000800007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1131-5768.

40.-BONAFONT I PUJOL Xavier, COSTA I PAGÈS Joan. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Butlletí d'informació terapèutica.* [En línea] Vol.16, num.3, abril 2004.

[Fecha de consulta: 20 de febrero del 2007] disponible en:

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esbit304.pdf> ISSN 1579-9441

41.-GARCÍA Pérez AM et al.- ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia.* [En línea] Vol.1, N ° 1, Junio 2000. [Fecha de consulta: 20 de febrero del 2007] disponible en: <http://www.samfyc.es/revista/pdf/numero%201/013-19.pdf>

42.- VINES, J.J. et al. Estudio de riesgo vascular en Navarra: objetivos y diseño. Prevalencia del síndrome metabólico y de los factores mayores de riesgo vascular. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2007, vol.30, n.1 [citado 6 septiembre 2009], pp. 113-124. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

43.- SECRETARIA de Salud. Políticas Nacionales de Salud-Plan Nacional de Salud 2021. [En línea]. Tegucigalpa, Honduras. 2006. [fecha de consulta: 10 de septiembre 2009]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&...&gid=424&Itemid=es.pdf

44.- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. Estrategia de Cooperación técnica OPS/OMS – Honduras 2006 -2010. [En línea]. Washington. 2006. [fecha de consulta: 10 de septiembre 2009]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/d/csu/CCSHONDURASfinal.pdf>

XIII.- ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

Guía para identificar factores que influyen en la adherencia terapéutica de
pacientes hipertensos en el CESAMO de Sabanagrande, F.M.

Si está de acuerdo, favor conteste las siguientes preguntas:

Datos generales Nombre completo:

Sexo: M ___ F ___ Edad _____ Estado civil: S ___ C ___ V ___ D ___ UL ___

Profesión/oficio _____ Escolaridad: a) Analfabeta _____ b)

Primaria incompleta ___ c) Primaria completa ___ d) Secundaria ___ e)

Superior _____

1.- ¿Actualmente trabaja fuera de su hogar? SI ___ NO ___ si su respuesta
es SI, ¿cuanto gana por mes? Lps. _____

2.- ¿El día que Ud. viene a consulta deja de ganar dinero? SI ___ NO ____,
si su respuesta es SI: ¿Cuánto dinero deja de ganar cuando viene al
CESAMO? _____ ¿Por qué? _____

3.- ¿Cuanto gasta para trasladarse al CESAMO en bus, bestia etc.? Lps. _____

4.- ¿Cuanto tiempo tarda en llegar al CESAMO? _____ Horas.

5.- ¿Le indicó el médico pastillas para tratar su enfermedad? A) SI ___ b)

NO ___ ¿Le indico algo mas? **leer las opciones:** C) dieta _____ D)

ejercicio _____ E) bajar de peso _____ F) manejo del stress _____

6.- ¿Ud. fuma? a) SI ____ b) NO ____ si su respuesta es SI, ¿le dieron indicaciones sobre dejar de fumar? a) SI ____ b) NO ____

7.- ¿Ud. bebe alcohol? a) SI ____ b) NO ____ si su respuesta es SI, ¿le dieron indicaciones sobre dejar de beber? a) SI ____ b) NO ____

8.- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?* a) SI ____ b) NO ____ si su respuesta es NO, ¿Por qué?
explique _____

9.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para la presión alta?* a) SI ____ b) NO ____ si su respuesta es SI, ¿Por qué?
explique _____

10.- ¿Cuándo se siente bien, deja de tomar la medicina?* a) SI ____ b) NO ____ si su respuesta es SI, ¿Por qué?
Explique _____

11.- Si alguna vez le cae mal la medicina, ¿deja de tomarla?* a) SI ____ b) NO ____ si su respuesta es SI, ¿Por qué?
Explique _____

12.- ¿Cuántos medicamentos toma Usted para controlar la presión alta? a) 1 ____ b) 2 ____ c) 3 o más ____

13.- ¿Cuánto medicamento recibe en la farmacia del CESAMO? a) todo ____ b) parte ____ c) ninguno ____

14.- ¿Si le toca comprar el medicamento, cuanto gasta al mes? Lps _____

15.- ¿Cuánto tiempo toma el médico para darle la consulta? a) Menos de 10 minutos ____ b) más de 10 minutos ____

16.- ¿El médico le realizó examen físico? SI ____ NO ____

17.- ¿Le aclara el médico las dudas que Usted tiene sobre la presión alta?

a) SI __ b) NO __ si su respuesta es SI: ¿Como lo hace? _____

18.- ¿Recibe felicitación del médico por tomarse su tratamiento correctamente?

A) SI ____ b) NO ____

19.- ¿Lo atendió amablemente? SI ____ NO ____

20.- ¿Cuál cree Usted es la causa de su presión alta? **No leer las opciones**

a) Consumo de sal ____ b) Consumo de grasa saturada _____

c) Herencia _____ d) Stress ____ e) Sedentarismo ____ f) Obesidad

____ g) Beber alcohol ____ h) Fumar _____ i) Otras,

explique _____

21.- ¿Conoce complicaciones que puede provocar la presión alta? a) SI ____

b) NO ____ c) ¿Cuales conoce? _____

22.- ¿Cree que Usted puede sufrir complicaciones de la presión alta? A) SI ____

b) NO ____ C) ¿Por qué? _____

23.- ¿Sabe Usted cuanto tiempo recibirá el medicamento para la presión alta?

24.- ¿Recibe Usted apoyo familiar para tomar el medicamento? a) SI ____ b)

NO ____ Si su respuesta es SI, ¿de quien recibe apoyo?

25.- ¿Ha tenido algún malestar al tomar el medicamento? A) SI _____
b) NO _____ Si su respuesta es SI ¿cuál? _____

P/A Sistólica: _____ P/A Diastólica: _____

* Test de Morisky-Green.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

Guía para identificar factores que influyen en la adherencia terapéutica de
pacientes hipertensos en el CESAMO de Sabana Grande, F.M.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de salud.

Médico(a) _____ **Auxiliar de Enfermería** _____

1.- ¿Ha recibido alguna capacitación por parte de la Secretaría de Salud u otra institución en el manejo y control de las enfermedades crónicas?

A) SI _____ B) NO _____

2.- ¿Qué criterio usa Usted para seleccionar el esquema terapéutico con que iniciara el manejo de un nuevo paciente hipertenso?

Explique _____

3.- ¿Qué tipo de manejo **no medicamentoso** usa con sus pacientes hipertensos?

A) dieta _____ B) ejercicio _____ C) bajar de peso _____ D) dejar de fumar _____ E) consumo moderado de alcohol _____ F) manejo del stress _____

4.- ¿Cuáles son los principales problemas que Usted identifica y que limitan el adecuado manejo del paciente hipertenso?

Explique _____

5.- ¿Que hace Usted para motivar al paciente para que cumpla con su tratamiento? Explique _____

6.- ¿Qué tipo de instrucciones considera Usted más importantes durante la atención al paciente hipertenso? Explique _____

7.- ¿Considera de beneficio organizar grupos de auto-apoyo en enfermedades crónicas? A) SI _____ B) NO _____ ¿Por qué? _____

8.- ¿Es suficiente el tiempo que utiliza para atender los pacientes hipertensos? A) SI _____ B) NO _____ ¿Por qué? _____

9.- ¿Como considera el actual suministro de medicamentos antihipertensivos? A) Suficiente _____ B) Insuficiente _____ Explique _____

10.- ¿Existe alguna actividad intra o extramuros que involucre a la familia del hipertenso en su manejo? A) SI _____ B) NO _____

11.- ¿Los pacientes hipertensos que asisten a control en este CESAMO, están tomando adecuadamente sus medicamentos A) SI _____ B) NO _____
¿Por qué? _____