

MED.
Tesis
L 864 P
2004
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INVESTIGACIÓN
Código de Investigación
2010104
22

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR - CAJA NACIONAL SALUD

3.2. Epidemiología en relación a la adherencia al tratamiento.

3.3. Objetivos terapéuticos de la HTA.

3.4. Terapéutica no farmacológica y su relación con la adherencia.

3.5. Factores medioambientales que contribuyen a la HTA:

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE HIPERTENSO DEL POLICLÍNICO 32 DE LA CNS.

4. Planteamiento del problema.

5. Objetivos.

6. Diseño metodológico:

AUTORES: DRA. DOLY LOPEZ GUTIERREZ.

6.1. Tipo de investigación.

DR. SIMÓN COPA ACHOCALLA.

6.2. Área de estudio.

RESIDENTES PRIMER AÑO

6.3. Variables.

02-10-
MSc. Dr. Henry Solis Fuentes
JEFE DE ENSEÑANZA
Residencia Medicina Familiar CNS
C-12-02-04

6.7. Operacionalización.

TUTOR: DR. MSc. HENRY SOLIS FUENTES.

6.8. Instrumentos y técnicas de recolección.

7. Análisis de la información.

8. Conclusiones.

9. Recomendaciones.

10. Bibliografía.

COCHABAMBA, FEBRERO DE 2004.

11. Anexos.

INDICE

- 1.- Resumen.
- 2.- Justificación.
- 3.- Marco teórico.
 - 3.1. Conceptos: HTA, Adherencia, familia.
 - 3.2. Epidemiología en relación a la adherencia al tratamiento.
 - 3.3. Objetivos terapéuticos de la HTA.
 - 3.4. Terapéutica no farmacológica y su relación con la adherencia.
 - 3.5. Factores medioambientales que contribuyen a la HTA:
 - * Reducción de peso.
 - * Restricción de ingesta de sal.
 - * Ejercicio físico.
 - * Restricción ingesta de alcohol.
 - 3.6. Efectos relacionados con La falta de adherencia
 - 3.7. Implicación de la familia en la adherencia.
- 4.- Planteamiento del problema.
- 5.- Objetivos.
- 6.- Diseño metodológico:
 - 6.1. Tipo de investigación.
 - 6.2. Área de estudio.
 - 6.3. Universo.
 - 6.4. Muestra.
 - 6.5. Proceso.
 - 6.6. Variables.
 - 6.7. Operacionalización de variables.
 - 6.8. Instrumentos y técnicas de recolección.
- 7.- Análisis de la información.
- 8.- Conclusiones.
- 9.- Recomendaciones.
- 10.- Bibliografía.
- 11.- Anexos.

2.- JUSTIFICACION.

1.-RESUMEN.

La hipertensión arterial es quizá el problema de salud pública más importante. La incidencia de accidente cerebral vascular y enfermedad coronaria es siempre mayor a medida que aumenta los valores de Presión arterial diastólica PAD. La presión arterial sistólica PAS también está relacionada con el riesgo de eventos cardiovasculares. El tratamiento antihipertensivo contribuye en más del 50 % a la reducción de la morbilidad y mortalidad por causas vasculares observadas en los últimos 25 años. Sin embargo uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA

En la práctica médica, una parte importante de los tratamientos queda bajo la responsabilidad del paciente, de ahí que el incumplimiento de las prescripciones indicadas se ha convertido en un serio problema para la salud pública contemporánea. La adherencia frente al tratamiento en el entendido de cumplimiento de las instrucciones con participación activa y compromiso del paciente en su cuidado es uno de los pilares del éxito en el tratamiento.

En la presente investigación se identifica el grado de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, tanto de forma general, como por las variables sexo, edad, escolaridad, ocupación y por el tipo de familia.

Se realizó un estudio transversal y descriptivo con 100 pacientes de varios consultorios, tanto del turno de la mañana como de la tarde, pertenecientes al área de salud que atiende el Policlínico No. 32 de la C.N.S. de la ciudad de Cochabamba, en el periodo correspondiente de septiembre a diciembre de 2003. Se utilizó un cuestionario elaborado para este fin, entrevistándose al azar cien pacientes de ambos sexos y en algunos casos a personas que los acompañaban a la consulta. Pacientes comprendidos entre los 44 y 87 años, básicamente en la búsqueda de la relación de la adherencia con la participación de la familia en este cometido..

Los resultados más relevantes fueron la presencia de un gran porcentaje de pacientes que siguen correctamente el tratamiento, destacándose el mejor nivel de adherencia en el sexo femenino con el 81%, que pertenecen a familias nucleares, las personas casadas muestran un nivel de adherencia del 77%, las que no tienen vínculo laboral del 79%, los comprendidos en el grupo atareo de 70 a 79 años el 83,4% y la mas inadecuada adherencia en el grupo de 60 a 69 años con el 25%.

3.- MARCO TEORICO:

2.- JUSTIFICACION.

La hipertensión arterial es quizá el problema de salud pública más importante. La incidencia de accidente cerebral vascular y enfermedad coronaria es siempre mayor a medida que aumenta los valores de Presión arterial diastólica PAD. La presión arterial sistólica PAS también está relacionada con el riesgo de eventos cardiovasculares.

El tratamiento antihipertensivo ha contribuido en más del 50 % a la reducción de la morbilidad y mortalidad por ACV ajustada por edad observada en los últimos 25 años.

Sin embargo uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA puede permanecer asintomática dando la falsa impresión de que se encuentra controlada. De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de adherencia al tratamiento y en ello el papel que juega los integrantes de la familia del paciente hipertenso, para coadyuvar dicho control, que no sólo es medicamentoso sino en base a medidas higiénico dietéticas, hábitos que modifiquen el estilo de vida, además de ejercicio

En este contexto el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y al menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia.

El problema de la adherencia al régimen terapéutico supone mayor obstáculo para el control de la hipertensión. Se incluye el consumo de sal, edad, obesidad, tipo de ocupación, sedentarismo, tamaño de la familia y hacinamiento. Un 60 % de la HTA es muy sensible al consumo de la sal.

Como consecuencia de programas educacionales muy amplios que incluyan tanto al paciente como a la familia puede disminuir su incidencia. Y creemos firmemente de que la participación activa de la familia en el manejo del paciente hipertenso coadyuvará en este cometido.

3.- MARCO TEORICO:

3.1.- CONCEPTOS.

Hipertensión arterial.- Elevación de la presión arterial sistólica y diastólica por encima de los valores 140 / 90 mmHg respectivamente.

Familia.- Es la unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo hogar

Adherencia.- Grado de coincidencia de la prescripción clínica con la conducta de un paciente (términos de cumplir con indicaciones medicas, fármacos, seguir una dieta u otros cambios en el estilo de vida que coincide con lo aconsejado). Es la Decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud, este término es preferido pues implica participación y compromiso del paciente en su cuidado.

3.2. La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud.

La hipertensión arterial una vez establecida, puede acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducirlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, podrán incluso, alargar su vida, aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que cada una de las enfermedades exige.

Las fallas al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

En la literatura se emplean indistintamente 2 términos para referirse a este fenómeno: el primero es el cumplimiento y el otro la adherencia.

Cumplimiento:

- Comportamiento de la persona en cuanto a administración de medicamentos, dieta o cambio de estilo de vida, que coincide con lo aconsejado por un profesional de la salud.

Adherencia.

El término *adherencia* se refiere a la decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud. Este término es preferido pues implica participación y compromiso del paciente en su cuidado.

Sin embargo, el empleo de la definición de *cumplimiento* ha recibido la crítica de algunos estudiosos, que la catalogan de unidimensional y reduccionista, al no considerar aspectos psicológicos, y sobre todo motivacionales del paciente, en la elaboración de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento. En este caso el paciente cumple de manera pasiva lo indicado.

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

Durante los últimos años se ha comprendido, que la *adherencia* del paciente hipertenso al tratamiento, es una piedra angular en el control de su enfermedad; sin embargo, es conocido que cerca del 50 % de estos son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario, y de llevar correctamente el tratamiento con fármacos por más de 1 año.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad ampliamente extendida que contribuye de forma notable a la morbilidad y mortalidad en los países industrializados. Un diagnóstico correcto y un tratamiento apropiado disminuirían muy significativamente los problemas cardiovasculares de la edad adulta. En torno al 95% de los pacientes con HTA presentan la forma esencial o primaria, en cuya patogénesis están involucrados diferentes mecanismos y ello ha llevado a un uso racional de diferentes enfoques terapéuticos tanto farmacológicos como no farmacológicos. Por otra parte, sólo un pequeño grupo de pacientes con HTA presentan la forma secundaria; su identificación proporciona un abordaje directo de la causa de la HTA y por tanto su curación.

El diagnóstico de HTA ha estado basado en la demostración de una presión arterial por encima de un determinado rango, por tanto, el enfoque del tratamiento de la HTA debe dirigirse a descender una cifra anormalmente elevada de HTA, pero entendiendo que la enfermedad representa una anomalía vascular y que el objetivo final es prevenir las complicaciones cardiovasculares y no sólo descender la tensión arterial (TA)

La HTA es un factor independiente de riesgo cardiovascular: accidente vascular cerebral, enfermedad isquémica coronaria, insuficiencia cardiaca, hipertrofia cardiaca, aneurisma de aorta, etc. Existe amplia evidencia de que la morbilidad y mortalidad cardiovascular en relación con la HTA pueden ser reducidas con un tratamiento antihipertensivo adecuado.

3.3 El objetivo terapéutico de acuerdo con la OMS será:

- Conseguir una TA inferior a 140/90 para pacientes con HTA sistólica y diastólica.
- Conseguir una TA de 120-130/80 mmHg para pacientes jóvenes con HTA moderada.
- Conseguir una TA de 140 mmHg para pacientes con HTA sistólica.

3.4. Cuando un paciente, finalmente, es diagnosticado de HTA el objetivo terapéutico será descender la TA a valores por debajo de 140/90. Los tratamientos farmacológicos requieren la

vigilancia de aparición de posibles efectos secundarios, los cuales disminuirán la adherencia al tratamiento. En pacientes con HTA no superior a 160/95 se deberá intentar el control con medidas generales: dieta, ejercicio, cambio de estilo de vida, con restricción de consumo de bebidas alcohólicas, abandono del tabaquismo, etc., antes que comenzar el tratamiento farmacológico.

Antes de comenzar un tratamiento, se deberá organizar un plan a fin de conseguir una colaboración total por parte del paciente.

3.5. Multiplicidad de factores medio ambientales pueden contribuir en la elevación de la TA en pacientes hipertensos, por lo tanto, un cambio en el estilo de vida puede conseguir un descenso de la TA en un número muy importante de pacientes, o bien puede prevenir la aparición de HTA en otros.

Reducción del peso

La reducción del peso en pacientes obesos se asocia con una reducción de las cifras de TA.. Por cada Kg de disminución del peso, se puede anticipar que la TA disminuirá en 1,6 y 1,3 mmHg para las presiones sistólica y diastólica. El cálculo del Índice de Masa Corporal ($\text{kg}/\text{altura m}^2$) nos permitirá estimar la existencia o no de sobrepeso. Valores por encima de $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ son indicativos de sobrepeso.

Restricción de ingesta de sal

Las necesidades diarias de sodio son solamente de 2,4 g, dependiendo del nivel de actividad física, y sin embargo, en los países occidentales la media de ingesta diaria oscila entre 8-15 g. Varios estudios han demostrado que la restricción de sodio en la dieta es una medida eficaz en el control de la TA, siendo una medida especialmente útil en pacientes mayores, dado que a veces su capacidad renal de excreción de sodio está disminuida. No obstante, el sabor para algunas personas es una característica fundamental de la dieta, de manera que la adherencia a la reducción de ingesta de sodio puede ser difícil, por ello el objetivo en esas personas puede

ser reducir la ingesta a 5-6 g/día. Además de la preparación de la comida sin sal y la supresión del salero sobre la mesa, es muy aconsejable un consejo dietético en el que se consideren aspectos culturales y geográficos en lo referente al contenido de sal de diferentes alimentos, etc. Una alternativa que puede ser eficaz es la sustitución del cloruro sódico por el cloruro potásico, pero teniendo presente que su sabor no es idéntico.

Ejercicio físico

El ejercicio físico practicado de forma regular no sólo produce un descenso de la presión arterial, sino que tiene una influencia favorable sobre otros factores de riesgo cardiovasculares, incrementando las lipoproteínas de alta densidad, normalizando el peso corporal y favoreciendo la supresión del tabaco. El ejercicio físico no debe ser extremo y es muy aconsejable sea dinámico (pasear, nadar, bicicleta, etc). Es desaconsejable la práctica de ejercicios isométricos, puesto que conlleva importantes elevaciones de la TA durante tales esfuerzos.

Restricción del alcohol

La reducción de la ingesta de alcohol contribuye al descenso de la TA. La ingesta moderada de alcohol (no más de 20 g) parece por otra parte tener efectos beneficiosos

El comienzo de un tratamiento farmacológico en un paciente hipertenso está indicado cuando la TA supera 160 mmHg de presión sistólica y/o 95-100 mmHg de presión diastólica, o no se consigue una reducción adecuada de la TA con las medidas generales antes mencionadas durante tres meses, esto es TA inferior a 140/90, o hay evidencia de repercusión visceral con TA superior a 140/90, o hay presencia concomitante de otros factores de riesgo cardiovascular (Diabetes, Hiperlipidemia, etc).

3.6. Para mantener el máximo grado de adherencia al tratamiento farmacológico deben tenerse en cuenta también algunos aspectos:

- Eficacia del fármaco.
- Efectos secundarios.