

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA. 2010-2011.

*María Cristina Casas Piedrahíta**

*Liliana María Chavarro Olarte***

*Dora Cardona Rivas****

Recibido en diciembre 7 de 2012, aceptado en mayo 10 de 2013

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre la adhesión al tratamiento con los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención por parte del personal médico y conocimientos sobre la enfermedad de pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de los dos municipios de Colombia en 2010-2011. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en una muestra aleatoria (95% nivel de confianza, error 5%) de 295 usuarios. Se utilizaron el test de Morisky para medir la adherencia, y la encuesta y la hoja de registro para las variables incluidas en el estudio. **Resultados:** La adherencia promedio fue de 45% en los dos municipios. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, entre usuarios adherentes y no adherentes, en los conocimientos sobre la enfermedad. Considerar que los tratamientos se realizan si las cifras de tensión son elevadas es un factor protector, en los adherentes (RM 0,263; IC 0,08-0,83) en Viterbo. La relevancia que se otorga al tratamiento medicamentoso es un factor de riesgo para los no adherentes (RM 3,8; IC 1,9-6,5). En La Dorada son riesgo para no adherir al programa el que la hipertensión pueda controlarse con dieta, ejercicios y medicación (RM 1,8; IC 1,56-2,11) y que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (RM 3,8; IC 1,02-13,83). **Conclusiones:** En igualdad de condiciones sociodemográficas, socioeconómicas y relacionadas con la atención en salud, solo los conocimientos sobre la enfermedad se constituyen en factor de riesgo o factor protector.

Palabras clave

Adhesión, tratamiento, hipertensión arterial, riesgo (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Magíster en Salud Pública. Asmet Salud EPS. Manizales, Colombia. Correo electrónico: mcrstinacasas@gmail.com

** Odontóloga. Magíster en Salud Pública. Unidad Médica Popular. La Dorada, Colombia. Correo electrónico: lilianamariacg@yahoo.es

*** Bacterióloga. Ph.D en Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia.

Autor de correspondencia: Correo electrónico: dcrivas@autonoma.edu.co

PATIENTS ADHERENCE TO HIGH BLOOD PRESSURE TREATMENT IN TWO MUNICIPALITIES OF COLOMBIA. 2010-2011.

Abstract

Objective: To establish the relation between patients' adherence to treatment with demographic and social-economical factors, satisfaction with health services, perception of medical personnel attention and knowledge about the Arterial Hypertension Program patients' illness in two Colombian Municipalities between 2010 and 2011. **Material and Methods:** A cross sectional study of 295 users was conducted in a random sample (95% confidence interval, error 5%). Morisky's Test was used for measuring patients' adherence, whereas a survey and a recording sheet were used for registering the variables included in the study. **Results:** The average patients' adherence was 45% in the two municipalities. Statistically significant differences were observed between patients' adherence and non-adherence users, in knowledge about the disease. To consider that the treatments are performed if Blood Pressure figures are high is a protective factor in patients' adherence (RM 0.263, IC 0.8-0.83) in Viterbo. The relevance given to the drug prescribed treatment constitutes a risk factor for non-adherent patients (RM 3.8, CI 1.9-6.5). In La Dorada there are risks to the program such as controlling hypertension with diet, exercise and medication (RM 1.8; CI 1.56-2.11) and that treatments are only performed if Blood Pressure rates are high (RM 3.8; CI 1.02-13.83). **Conclusions:** Being equal in social-demographic, social-economic and related health care conditions, only the knowledge about the disease constitutes either a risk factor or a protective factor.

Key words

Adherence, medication, high blood pressure, odds ratio (*source: DeCS, BIREME*).

ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM DOIS MUNICÍPIOS DE COLOMBIA. 2010-2011

Resumo

Objetivo: Estabelecer entre adesão ao tratamento com os fatores demográficos e sócios econômicos, satisfação com os serviços de saúde, percepção da qualidade da atenção por parte do pessoal médico e conhecimentos sobre as doenças de pacientes do Programa de Hipertensão Arterial dos dois municípios de Colombia em 2010 -2011. **Materiais e Métodos:** Se realizou um estudo transversal em uma amostra aleatória (95% nível de confiança, erro 5%) de 295 usuários. Analisaram se o teste de Morisky para medir a aderência, e a enquete e a folha de registro para as variáveis incluídas no estudo. **Resultados:** A aderência da meia foi de 45% nos dois municípios. Observaram se diferenças estatísticas significativas, entre usuários aderentes e não aderentes, nos conhecimentos sobre a doença. Considerar que os tratamentos se realizaram se as cifras de tensão são elevadas é um fator protetor, nos aderentes (RM 0,263; IC 0,08-0,83) em Viterbo, A relevância que outorga se ao tratamento medicamentos é um fator de risco para os não aderentes (RM 3,8; IC 1,9-6,5). Na Dorada são risco para não aderir ao programa o que a hipertensão possa controlar se com dieta, exercícios e medicação (RM 1,8; IC 1,56-2,11) e que os tratamentos só se realizam se as cifram são elevadas (RM 3,8; IC 1,02-13,83). **Conclusões:** Em realidade as condições sóciodemográficas, relacionadas com a atenção em saúde, só os conhecimentos sobre a doença se constituem em fator de risco o fator protetor.

Palavras chave

Adesão, tratamento, hipertensão arterial, risco (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública mundial; afecta a aproximadamente mil millones de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos – ajustados por discapacidad– (1). En Suramérica, su prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, en adultos (2). En Colombia, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de HTA en la población mayor de 15 años es del 12,6%, constituyéndose en el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (3). La HTA incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta entre tres y ocho veces según el tipo de HTA. Se estima que el 40% de los casos de infarto agudo de miocardio o de ACV son atribuibles a la HTA. A esta se asocia igualmente un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y demencia (4). Según los National Institutes of Health –NIH–, la comorbilidad de la HTA genera discapacidades que deterioran, no solo la calidad de vida de los individuos, sino también de las familias. Debido a la alta prevalencia de la HTA y la morbimortalidad asociada a esta, su control constituye un reto para la salud pública.

Para responder a este problema, se han diseñado e implementado diferentes intervenciones no farmacológicas, dirigidas a la modificación de los estilos de vida asociados al incremento de los niveles de presión arterial, mostrando ser efectivos y complementarios al tratamiento farmacológico (5). Sin embargo, a pesar de la existencia de fármacos antihipertensivos potentes, existe preocupación por el pobre control de la presión arterial (6).

Más de la mitad de los hipertensos no se encuentran en tratamiento (farmacológico o no-farmacológico). La OMS (4), considera que en los países desarrollados la adherencia al tratamiento en

pacientes con enfermedades crónicas es del 50% y se espera que sea menor en países en desarrollo, debido a la escasez de recursos y a las iniquidades en el acceso a la atención en salud. DiMatteo et al. (7), plantean que más del 40% de los hipertensos en tratamiento toman incorrectamente la medicación y aproximadamente el 80% falla en las recomendaciones alimentarias, sobre la actividad física y la disminución del consumo de tabaco y alcohol.

La adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud (8). Los comportamientos relacionados con la adherencia tienen que ver con la incorporación o el mantenimiento de los hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad, y la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con los objetivos terapéuticos (9).

Como resultado de una baja adherencia, no se obtiene el máximo beneficio de los tratamientos médicos, con pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida (9). Según la OMS (8), se evidencia un aumento del 20% en los costos en salud pública; el elevado gasto asistencial y farmacéutico además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud debido a la interrupción o abandono de una terapia (5-8). Al respecto, Schmidt et al. (10) afirman que el Joint National Committee enfatiza que la efectividad de los antihipertensivos no depende únicamente de una adecuada decisión terapéutica, sino también de la colaboración del paciente.

La atención para los pacientes con hipertensión se encuentra reglamentada en la Resolución 412 de 2000 y en la Resolución 4003 y 395 de 2008

(11-13). El sistema general de seguridad social en salud (SGSS) estableció por norma que las administradoras de servicios de salud tienen la obligación de un conjunto de acciones individuales en salud pública, para las enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad (por ej. hipertensión arterial) (14). La guía técnica establece como población sujeto, todo paciente con diagnóstico o sospecha de hipertensión arterial sistémica, habitante en el territorio colombiano; con el objetivo de detectar tempranamente la hipertensión arterial, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte, el ingreso al programa se realiza a través de una evaluación minuciosa del paciente con los objetivos de: establecer la elevación de la PA, evaluar estilo de vida e identificar factores de riesgo, lesión de órgano blanco (LOB) o enfermedad concomitante que pueda afectar el pronóstico y el manejo. Una vez confirmada la HTA, se debe proceder a inscribir al paciente en un programa de control y seguimiento continuo en el nivel I de atención; que se enfoque en la educación para favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico que se instaure, luego se realizan las pruebas diagnósticas y se estratifica el riesgo y, dependiendo del riesgo, se ejecuta un plan de seguimiento en los tiempos establecidos.

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de salud, el paciente y el sistema de salud. De hecho, las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de salud son factores clave para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática, 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 influyen en la adherencia de los pacientes (4, 15).

En razón a la importancia para la salud pública, de la valoración de los factores que contribuyen a

la adherencia al programa, el objetivo del estudio fue establecer la relación entre la adherencia de los usuarios a un Programa de Hipertensión Arterial con factores sociales, de la prestación de servicios de salud, y conocimiento de la patología en dos servicios estatales de primer nivel entre 2010 y 2011.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio de prevalencia analítico. Es un tipo de estudio en el cual se indaga simultáneamente la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio. En este caso, el evento es la adherencia a los programas de control de la hipertensión arterial y la exposición a los factores relacionados con dicha adherencia: demográficos, socioeconómicos, factores de riesgo, satisfacción con el acceso a los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención brindada por el personal médico.

Población y muestra

En primer lugar se precisaron los criterios de inclusión que debía tener la población de estudio. Pacientes con diagnóstico de hipertensión, inscritos en el Programa de Hipertensión Arterial, con edades iguales o superiores a 45 años, de procedencia urbana, pertenecientes al régimen subsidiado, que asistieron mínimo a dos y máximo a los seis controles establecidos por el programa entre el 1 de junio de 2010 hasta el 1 de junio de 2011.

La población de los usuarios fue de 1205 de los cuales 677 fueron del municipio de Viterbo (Caldas) y 528 del municipio de La Dorada (Caldas).

Para ambas poblaciones se calculó, de manera independiente, el tamaño de la muestra. Se

seleccionó una muestra aleatoria capaz de captar la proporción de adherencia con un error del 5% y una confianza del 95%. Para el cálculo del tamaño de muestra, se promediaron las proporciones de adherencia a tratamiento de HTA resultantes de diversos estudios en Colombia. El promedio resultante fue de 85,2%, el cual se aproximó por defecto a 85% para ajustar posibles errores de estimación. La muestra resultante fue seleccionada por método aleatorio simple sin reposición.

El tamaño de la muestra fue de 152 usuarios de Viterbo y 143 de La Dorada.

Fuentes de información

El estudio incluyó fuentes de información primaria y secundaria.

Las fuentes de información primaria fueron los pacientes quienes a través de la aplicación de una encuesta proporcionaron la información relacionada con la adherencia al programa, la percepción sobre el acceso a los servicios del programa, la atención brindada por los profesionales responsables del programa y los conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento.

La fuente de información secundaria fue la historia clínica a partir de la cual se obtuvo la información sobre las siguientes variables: edad, sexo, etnia, exámenes paraclínicos, factores de riesgo, antecedentes patológicos y clasificación de riesgo.

Instrumentos

Para determinar la adherencia al Programa de Hipertensión Arterial se utilizó el test de Morisky-Green-Levine (16, 17) que incluye cuatro preguntas formuladas de manera dicotómica (falso o verdadero). Se considerara que el paciente es adherente si contesta negativamente a las cuatro preguntas, y no lo es si contesta afirmativamente al menos una de ellas.

Las características demográficas y socioeconómicas se determinaron a través de una Encuesta que indagó por los datos del usuario, nivel académico, actividad económica e ingresos.

Percepción del acceso a los servicios de salud y calidad de la atención brindada por el personal de salud: se determinaron mediante Escala tipo Likert a través de la cual el usuario expresó su valoración, subjetiva, del acceso a los servicios de salud y la atención brindada por el personal de salud como: Excelente, Buena, Aceptable, Deficiente y Mala.

Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento: se incluyeron cinco preguntas de respuesta falso-verdadero sobre la enfermedad y el tratamiento.

Exámenes paraclínicos de control y Factores de riesgo: se diseñó una hoja de registro para la información obtenida de la historia clínica de cada paciente.

Procedimiento

Para la obtención de la información se presentó el proyecto al Comité de Ética de cada institución prestadora de los servicios (IPS) responsable del Programa de Hipertensión. Según la Resolución 8430 la investigación se considera sin riesgo, dado que no se incurre en daño al paciente y se garantiza la confidencialidad de la información y el uso académico de los resultados (18).

Obtenida la autorización por parte de la IPS, se procedió a identificar en la base de datos los usuarios del programa que cumplieran con los criterios de inclusión. Entre estos se realizó el cálculo del tamaño de la muestra. Se seleccionaron aleatoriamente y se contactaron para presentarles el proyecto y obtener su consentimiento informado.

Obtenido el consentimiento por parte de los usuarios, se procedió a obtener la información a través de los instrumentos diseñados para ello.

Plan de análisis

Para determinar la relación entre la adherencia y las variables en estudio, se aplicó el estadístico Chi cuadrado y la prueba T. Con el fin de determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, se calculó la razón de momios y el intervalo de confianza para las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y no adherentes.

La información fue analizada en el paquete estadístico SPSS versión 19.

RESULTADOS

A continuación se presenta la información de cada uno de los municipios objeto de estudio:

De los 152 usuarios, en Viterbo, el 79% fueron mujeres, el 84% refieren no haber estudiado, el 84% carecen de ocupación y el 76% reportan ingresos entre 0 y 199.000 pesos colombianos. En la Dorada de 143 usuarios el 73% fueron mujeres, el 29% refieren no haber estudiado, el 76% carecen de ocupación y el 79% reportan ingresos entre 0 y 199.000 pesos colombianos (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial según variables sociodemográficas y económicas

Variable		VITERBO		LA DORADA	
		n	%	n	%
Sexo	Masculino	32	21	39	27
	Femenino	120	79	104	73
Nivel educativo	Básica primaria	84	55	77	54
	Básica secundaria	18	12	23	16
	Técnico	0	0	1	1
	Ninguno	50	33	42	29
Ocupación	Ninguna	128	84	109	76
	Asalariado-Independiente	24	16	34	24
Ingresos	0 a 199.000,00	116	76	113	79
	Más de 200.000,00	36	24	30	21

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes.

La adherencia al Programa de HTA, de estos pacientes, asciende al 46,7% de los encuestados en Viterbo y al 43,4% en La Dorada.

La edad promedio de edad de los usuarios según su adherencia al programa por municipio fue la siguiente: en Viterbo fue de 67,1 años en los no adherentes y de 63,4 años en los adherentes. En La Dorada los no adherentes tenían en promedio 63,3

años y los adherentes 65,3 años. En Viterbo fue significativa la diferencia de edad entre adherentes y no adherentes siendo mayor el promedio de edad entre los no adherentes ($P = 0,03$).

En cuanto a la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados por la IPS (Tabla 2), se observó que la mayoría de los encuestados, adherentes y no adherentes, consideran que la información recibida

sobre el programa de HTA, la oportunidad en la asignación de citas, la realización de los exámenes de laboratorio, la disponibilidad del lugar y los trámites para obtener citas fue entre Excelente-Buena y Aceptable sin diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos. Se observaron diferencias respecto a la satisfacción con entrega de medicamentos ($P \leq 0,05$) siendo esta menor en los no adherentes del municipio de La Dorada.

Tabla 2. Distribución de usuarios adherentes y no adherentes por municipio según satisfacción con los servicios de salud

Variable		Adherencia al tratamiento (Viterbo)		Adherencia al tratamiento (La Dorada)	
		SÍ	NO	SÍ	NO
Información recibida sobre el Programa de HTA en la IPS	Excelente-Buena	68 (95,8%)	79 (97,55%)	50 (80,6%)	64 (79%)
	Aceptable	3 (4,2%)	2 (2,5%)	0 (0%)	17 (27%)
	Deficiente-Mala			12 (19,4%)	0 (0%)
Oportunidad en la asignación de citas	Excelente-Buena	56 (78,9%)	71 (87,7%)	54 (87,1%)	67 (82,7%)
	Aceptable	13 (18,3%)	9 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)
	Deficiente-Mala	2 (2,8%)	1 (1,2%)	8 (12,9%)	14 (17,3%)
La oportunidad en los exámenes laboratorio	Excelente-Buena	71 (100%)	80 (96,8%)	2 (3,2%)	6 (7,5%)
	Aceptable		1 (1,2%)	55 (88,7%)	62 (76,5%)
	Deficiente			5 (8,1%)	13 (16%)
La disponibilidad de la atención respecto al lugar de residencia	Excelente-Buena	69 (97,2%)	79 (97,5%)	2 (3,2%)	3 (3,7%)
	Aceptable	2 (2,8%)	2 (2,5%)	51 (82,3%)	59 (72,8%)
	Deficiente			9 (14,5%)	19 (23,5%)
Los trámites necesarios para obtener las citas	Excelente-Buena	70 (98,6%)	80 (98,8%)	2 (3,2%)	10 (12,3%)
	Aceptable	1 (1,4%)	1 (1,2%)	55 (85,5%)	60 (74,1%)
	Deficiente			7 (11,3%)	11 (13,6%)
Los horarios de atención según las necesidades de los pacientes	Excelente-Buena	60 (84,5%)	68 (84%)	60 (96,8%)	70 (86,5%)
	Aceptable	11 (15,5%)	13 (16%)	0 (0%)	1 (1,2%)
	Deficiente			2 (3,2%)	10 (12,3%)
Los trámites que realizó para obtener los medicamentos	Excelente-Buena	60 (84,5%)	67 (82,7%)	61 (98,4%)	77 (95,1%)
	Aceptable	11 (15,5%)	14 (17,3%)	1 (1,6%)	4 (4,9%)
	Deficiente			0 (0%)	0 (0%)
Calificación de los pacientes sobre la entrega de medicamentos	Excelente-Buena	71 (100%)	80 (98,8%)	62 (100%)	76 (93,8%)
	Aceptable		1 (1,2%)	0 (0%)	5 (6,2%)
	Deficiente			0 (0%)	0 (0%)

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes.

Respecto a la percepción del desempeño del personal de salud que maneja el Programa de Hipertensión Arterial, se encontró que en Viterbo entre el 87,7% y el 100% de los usuarios adherentes y no adherentes consideran las actividades realizadas por el médico y la enfermera como Excelentes o Buenas. En La Dorada la mayor proporción de usuarios adherentes y no adherentes

valoran dicha atención entre Aceptable (84%) hasta Excelente-Buena (98,4%). Se observó una mejor valoración de la atención brindada por el médico y la enfermera en el municipio de Viterbo.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y no adherentes en cada municipio.

Tabla 3. Distribución de los usuarios adherentes y no adherentes por municipio según percepción de la calidad de la atención por parte de los profesionales de la salud

Variable		Adherencia al tratamiento (Viterbo)		Adherencia al tratamiento (La Dorada)	
		SÍ	NO	SÍ	NO
El médico da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	Excelente-Buena	71 (100%)	81 (100%)	61 (98,4%)	74 (91,4%)
	Aceptable			0 (0%)	7 (8,6%)
	Deficiente			1 (1,6%)	0 (0%)
El médico lo trata de una manera amistosa y atenta	Excelente-Buena	71 (100%)	81 (100%)	3 (4,8%)	8 (9,8%)
	Aceptable			59 (95,2%)	68 (84%)
	Deficiente			0 (0%)	5 (6,2%)
El médico toma decisiones adecuadas sobre el control de la PA	Excelente-Buena	71 (100%)	81 (100%)	3 (4,8%)	81 (100%)
	Aceptable			58 (93,6%)	69 (85,2%)
	Deficiente			1 (1,6%)	5 (6,2%)
La enfermera da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	Excelente-Buena	69 (97,2%)	74 (91,4%)	3 (4,8%)	71 (87,7%)
	Aceptable			58 (93,6%)	7 (8,6%)
	Deficiente	2 (2,8%)	7 (8,6%)	1 (1,6%)	5 (6,2%)
La enfermera lo trata de una manera amistosa y atenta	Excelente-Buena	69 (97,2%)	74 (91,4%)	3 (4,8%)	71 (87,7%)
	Aceptable			58 (93,6%)	7 (8,6%)
	Deficiente	2 (2,8%)	7 (8,6%)	1 (1,6%)	3 (3,7%)
La enfermera toma decisiones adecuadas sobre el control de la PA	Excelente-Buena	69 (97,2%)	71 (87,7%)	3 (4,8%)	7 (8,6%)
	Aceptable	0	2 (2,4%)	58 (93,6%)	70 (86,5%)
	Deficiente	2 (2,8)	8 (9,9%)	1 (1,6%)	4 (4,9%)

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes.

Respecto a los conocimientos sobre la enfermedad (Tabla 4) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de usuarios en Viterbo y en la Dorada. En Viterbo, se observaron diferencias entre adherentes y no adherentes respecto a creer que en la hipertensión los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas ($P \leq 0,02$). Igualmente creer que en la hipertensión, solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso ($P \leq 0,01$). En cuanto al cumplimiento de las indicaciones relacionadas

con la dieta el 66,2% de los adherentes la cumplen, frente al 51,9% de los no adherentes que no cumple ($P \leq 0,03$).

En la Dorada las diferencias observadas entre los adherentes y no adherentes respecto a que la hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación fueron estadísticamente significativas ($P \leq 0,05$). Igualmente creer que en la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas ($P \leq 0,03$).

Tabla 4. Conocimientos sobre la enfermedad y el Programa HTA según adherencia

Variable	Adherencia al tratamiento		P	
	SÍ	NO		
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación (Viterbo)	Verdadero	71 (100,0%)	81 (100,0%)	NA
	Falso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación (La Dorada)	Verdadero	62 (100,0%)	76 (93,8%)	0,05
	Falso	0 (0,0%)	5 (6,2%)	
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta (Viterbo)	Verdadero	47 (66,2%)	39 (48,1%)	0,03
	Falso	24 (33,8%)	42 (51,9%)	
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta (La Dorada)	Verdadero	57 (91,9%)	72 (88,9%)	0,37
	Falso	5 (8,1%)	9 (11,1%)	
En la hipertensión, los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (Viterbo)	Verdadero	4 (5,6%)	15 (18,5%)	0,02
	Falso	67 (94,4%)	66 (81,5%)	
En la hipertensión, los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (La Dorada)	Verdadero	59 (95,2%)	68 (84,0%)	0,03
	Falso	33 (52,2%)	43 (53,1%)	
En la hipertensión, solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso (Viterbo)	Verdadero	6 (8,5%)	19 (23,5%)	0,01
	Falso	65 (91,5%)	62 (76,5%)	
En la hipertensión, solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso (La Dorada)	Verdadero	9 (14,5%)	19 (23,5%)	0,13
	Falso	53 (85,5%)	62 (76,5%)	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes.

La realización oportuna de los exámenes de laboratorio es uno de los indicadores que revela si el paciente es adherente o no. Se destaca una mayor proporción de exámenes incompletos en el grupo de no adherentes con diferencias estadísticamente significativas al ser comparados con los adherentes ($P = 0,01$) en Viterbo. En La Dorada hay mayor proporción de exámenes incompletos en el grupo de no adherentes sin diferencias estadísticamente significativas al ser comparados con los adherentes ($P = 0,56$).

Con el fin de establecer el riesgo que representan los conocimientos sobre la adherencia al Programa de Hipertensión, en los dos municipios, se calculó la razón de momios y el intervalo de confianza de la razón de momios para cada conocimiento en el que se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios adherentes y no adherentes. Los resultados se observan en la Tabla 5.

Los resultados difieren según municipios.

Los pacientes de La Dorada, adherentes y no adherentes, están de acuerdo en que la hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación. Sin embargo, considerar que en esta condición los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas es un factor protector, es decir, en los adherentes (RM 0,263; IC 0,08-0,83). No así la relevancia que se le da al tratamiento medicamentoso que se constituye en un factor de riesgo para los no adherentes (RM 3,8; IC 1,9-6,5).

Para el caso de La Dorada, los conocimientos que se constituyen en riesgo para no adherir al programa son: que la hipertensión pueda controlarse con dieta, ejercicios y medicación (RM 1,8; IC 1,56-2,11), que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (RM 3,8; IC 1,02-13,83). Es un factor que favorece la adherencia el considerar que en la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.

Tabla 5. Razón de momios e intervalo de confianza para los conocimientos sobre la hipertensión arterial según adherencia a los programas según municipio

	RM e IC 95%	RM e IC 95%
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación	NA	1,8; IC 1,56-2,11 P = 0,05
En la hipertensión, los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas	0,263; IC 0,08-0,83 P = 0,01	3,8; IC 1,02 -13,83 P = 0,03
En la hipertensión, solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso	3,5; IC 1,9-6,5 P = 0,01	0,55; IC 0,231-1,328 P = 0,13

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes.

DISCUSIÓN

En los municipios objeto de estudio se encontró una adherencia en los pacientes estudiados del 43,3% para La Dorada y de 46,7% para Viterbo; datos que concuerdan con los promedios mundiales reportados sobre la falta de adherencia (4). La OPS (3) y estudios realizados en Latinoamérica muestran que la adherencia en hipertensión arterial oscila entre 37 y 52% (15).

Van Dulmen et al., consideran que el problema de la baja adherencia a los tratamientos se presenta en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, lo que lo convierte en un asunto de salud pública mundial. Debido a su alarmante magnitud sigue siendo un reto para los profesionales de la salud y los científicos sociales, por lo que los esfuerzos por explicar y mejorar la adherencia han sido múltiples (9, 19).

Tanto en pacientes adherentes como no adherentes, predomina el sexo femenino sin que se presenten diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Lo anterior, contradice lo expresado por Mill & Díaz (20) quienes destacan que las mujeres, por los múltiples roles que desempeñan en la sociedad, hacen caso omiso de su enfermedad y de las prácticas de autocuidado.

Según la edad, en Viterbo, la mayor edad se relaciona con una menor adherencia al programa ($P = 0,03$). Sin embargo, Brannon & Feist en 2002 (16) publicaron que la edad y sexo son factores poco consistentes como predictores de la adherencia, pues esta se relaciona con otros factores.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto de la etnia en ninguno de los municipios, dado el predominio en ambos grupos de usuarios de la etnia mestiza. Cabe mencionar que según la OMS 2004, la etnia, con frecuencia, constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si

los miembros de una etnia particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes.

Con relación a variables socioeconómicas se encontró, en todo el grupo de pacientes, adherentes y no adherentes, que compartían condiciones socioeconómicas como el desempleo, el nivel educativo y los bajos ingresos. Si bien estas variables no mostraron diferencias entre los grupos, probablemente la explicación esté dada por la pertenencia de todos a un régimen de seguridad social previsto para las personas que carecen de los recursos para acceder al sistema de salud.

Aunque, de acuerdo con la OMS (4), no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. En el caso del presente estudio, no se pudo establecer si las diferencias socioeconómicas se relacionan con la adherencia por la homogeneidad de los pacientes inscritos en el Programa de Hipertensión.

Para la percepción del acceso al Programa de Hipertensión Arterial, se encontró que en proporciones muy similares tanto adherentes como no adherentes de ambos municipios consideran que los servicios prestados en la IPS, son Excelentes y Buenos. Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Price & Muñoz en 2003 (17), los cuales reportaron resultados similares en cuanto a la confianza que los pacientes tienen en los servicios y en los profesionales que los atienden, aspectos que resultan de gran valor en la adherencia. Igualmente, la Encuesta Nacional de Salud 2007 muestra que en la consulta externa los pacientes con hipertensión arterial reciben atención médica, suministro de medicamentos y recomendaciones según su estado de salud. A pesar de la satisfacción con los servicios no se logró establecer relación entre esta y la adherencia, excepto en la entrega de medicamentos en uno de los municipios.

Respecto a la opinión del paciente acerca de la claridad de las explicaciones del personal, se encontró que más del 94,2% de los encuestados en ambos municipios consideraron que las explicaciones de personal de salud fueron suministradas en un lenguaje claro, entendible y sencillo y que estos los trataron de manera amistosa. Estos hallazgos fueron similares a lo encontrado por Contreras (2006) en Colombia, quien describió que un 95% expresaron que recibieron enseñanzas con palabras sencillas por parte del médico y las enfermeras, y que un 94% consideraron que el trato que reciben del personal de salud los anima a volver a los controles (21). Según la OMS, otros estudios han revelado que la atención de los pacientes por profesionales de enfermería especialmente adiestradas dio lugar a mayor adherencia. A su vez, se ha demostrado que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de salud son variables que pueden contribuir con la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos (4).

Al igual que la satisfacción con los servicios de salud, la percepción de la calidad de la atención por parte de los profesionales de la salud no permitió explicar las diferencias entre pacientes adherentes y no adherentes.

En cuanto al conocimiento del usuario sobre la enfermedad y el Programa HTA se identificó que, los conocimientos, con variaciones entre municipios, son los únicos que explican en alguna medida la adherencia a los programas. Representan riesgo para la adherencia a los programas: creer que en la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso, que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas y que la hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación.

En el grupo de pacientes no adherentes es evidente el desconocimiento de la importancia del tratamiento permanente de la condición de hipertensión, ya que lo circunscriben a cuando se tiene la presión alta.

A este respecto, Martín-Alonso (22) afirma que es aproximadamente dos veces más probable, que se incrementa la no adherencia en las personas que no tienen conocimientos adecuados de su enfermedad que en aquellas que sí los tienen. Estos resultados muestran claramente que el conocimiento de la enfermedad contribuye a la percepción de su gravedad, y resulta un aspecto fundamental para lograr la adherencia y el control de la misma. Según Matos et al. (23), se puede evidenciar que las creencias de los pacientes acerca del tratamiento deben ser evaluadas en conjunto con la educación brindada y los factores biológicos, culturales y familiares para lograr tener una buena adherencia al tratamiento y disminuir el abandono de los tratamientos medicamentosos.

El conocimiento acerca del control de la HTA con dieta, ejercicios y medicación revela conocimientos apropiados para el manejo de la enfermedad; no obstante, la relación con la adherencia es diferente en los municipios siendo este hecho un factor predisponente a no adherir al programa en uno de los municipios. Esto probablemente se relacione con las dificultades que se han documentado sobre las dificultades en el seguimiento del plan de comidas como lo han señalado Granados & Gil en el año 2007 (24). Estos resultados hacen pensar que para lograr una buena adherencia al tratamiento, se debería llegar a un acuerdo entre el paciente y el personal de salud acerca de la forma para establecer el tratamiento, las medidas más adecuadas y el modo de llevarlo a cabo evaluadas en conjunto con la educación brindada y los factores biológicos, culturales y familiares.

Autores como Granados & Gil, plantean que los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento, les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales características, efectos, riesgos y comportamientos adecuados para el manejo de la hipertensión (24-27). Este es un aspecto importante a tener en cuenta en los programas ya

que muchos de esos conocimientos hacen parte del contexto sociocultural de las personas, riñen con los conceptos científicos, y no son de fácil modificación.

Respecto de las variables relacionadas con los factores de riesgo, los antecedentes patológicos y el estadio de la hipertensión, no se encontró relación entre los adherentes y no adherentes. Hay que señalar que una limitante del programa es no realizar seguimiento a estas variables, lo cual restringe la valoración del alcance de los resultados que se pueden lograr a través de un programa de control de la hipertensión arterial.

La importancia de la adherencia en la obtención de resultados clínicos ha sido documentada por DiMatteo et al. En un meta-análisis de 63 estudios, plantearon que la adherencia al tratamiento, comparada con la no adherencia, reduce en 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo, y que la oportunidad de tener un buen resultado clínico, si el paciente es adherente, es casi tres veces la oportunidad que en pacientes no adherentes. Adicionalmente, estiman que de 100 pacientes adherentes, 63 tendrán buenos resultados clínicos y 37 resultados pobres o nulos, comparado con un 50/50 en los pacientes no adherentes (7).

El incremento en la proporción de resultados clínicos buenos en pacientes adherentes, amerita el esfuerzo que debe ser realizado por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

CONCLUSIONES

Se encontró una adherencia inferior al 50% en los pacientes estudiados en ambos municipios, similar a lo encontrado en otros estudios a nivel mundial. Sin embargo, respecto a los factores relacionados con la adherencia, las conclusiones derivan de las condiciones socioeconómicas de una población que es beneficiaria de los programas del Estado. El hecho de que sean personas que no contribuyen

económicamente al aseguramiento en salud, posiblemente, explique:

1. Que no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y los no adherentes, según variables socioeconómicas.
2. Que la satisfacción con los servicios de salud y la buena percepción de la calidad de la atención brindada por los profesionales de la salud, no explique la adherencia a los programas de hipertensión en los dos municipios.
3. Que las variables que muestran relación con la adherencia, sean los conocimientos sobre la hipertensión y su manejo.

Se reveló insuficiencia en los programas en el seguimiento y control de los factores de riesgo y antecedentes patológicos o comorbilidades de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos muestran que, a nivel individual, los conocimientos sobre la enfermedad son factores que favorecen o no la adherencia terapéutica de las personas hipertensas. Lo anterior, llama la atención sobre la pertinencia de abordar enfoques orientados al cambio comportamental basado en el conocimiento de aspectos relacionados con la evolución, el control y el tratamiento de la enfermedad. Al parecer, estos son aspectos que no hacen parte del bagaje cultural de los pacientes y por tanto se minimiza su importancia para el mantenimiento de la terapia y el control de la hipertensión.

Teniendo en cuenta que es este el eje central de los procesos de educación en salud, al parecer, las estrategias educativas base de los programas no tienen influencia real en el conocimiento y comportamiento de los pacientes frente a la enfermedad. Cabe señalar aquí que la estrategia Información, Educación, Comunicación (IEC),

bandera de los programas de Promoción de la Salud, adolece de la comprensión de los procesos cognitivos y motivacionales que orientan las decisiones en salud de los pacientes al centrarse en la transmisión de conocimientos sin tener en cuenta los conocimientos, experiencias previas para construir, con ellos, procesos que repercutan en las capacidades de los pacientes para monitorear y vigilar, de manera consciente, la evolución de la enfermedad.

De otra parte, la insuficiencia de los programas en el seguimiento a los pacientes respecto a la evolución

de los factores de riesgo, estadio y comorbilidades requiere de un cambio de orientación en los programas de control de la hipertensión arterial centrados, únicamente, en el control de la presión arterial.

AGRADECIMIENTOS

A las instituciones en las cuales se llevó a cabo la recolección de la información, y a los profesores de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Committee NIH, on prevention, evaluation, and treatment of high blood pressure express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Express. 2003. [Consultado 2011 Nov 20]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
2. Bendersky M, Cuneo C, Rumi P, Carvajal H, Berríos X, Brandao A, Ayala M, Bermúdez C. Epidemiología de la hipertensión arterial. Conclusiones del Simposio del Mercosur. En: Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial; Bariloche, Argentina; 2000.
3. Organización Panamericana de Salud. Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Resumen del capítulo de país de Salud en las Américas. Colombia; 2001. [Consultado 2011 Nov 21]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/prflcol.htm>
4. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS; 2004. [Consultado 2010 Mar 16]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
5. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer PJ et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*. 2003 Apr;289(16):2083-93. [Consultado 2010 Mar 15]. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196442>
6. Zeller A, Schroeder K, Peters TJ. An adherence self-report questionnaire facilitated the differentiation between nonadherence and nonresponse to antihypertensive treatment. *J Clin Epidemiol*. 2008 Mar;61(3):282-8.
7. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Adherencia de los pacientes y resultados de tratamiento médico: un meta-análisis. *Medical Care*. 2002;40(9):794-811. [Consultado 2011 Nov 21]. Disponible en: http://journals.lww.com/lww-Medicalcare/Abstract/2002/09000/Patient_Adherence_and_Medical_Treatment_Outcomes__9.aspx
8. Organización Mundial de la Salud. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003. [Consultado 2011 Nov 19]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
9. Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services*. 2007;07:55.
10. Schmidt Río-Valle J, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Prados Peña D, García Caro M, Muñoz Vinuesa A et al. Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. *Index de Enfermera*. 2006;15:25-9.
11. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías y Normas 412 - Tomo 2. p.185-192. [Consultado 2010 Mar 25]. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/.../DocNewsNo16159DocumentNo4189>
12. Colombia. Ministerio de Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo Número 395 de 2008. [Consultado 2010 Mar 25]. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/acuerdo%20395%20de%202008.pdf>
13. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 4003 de 2008 (21 de octubre). Diario Oficial No. 47.151 de 23 de octubre de 2008. [Consultado 2010 Mar 25]. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/resolucion%204003%20de%202008.pdf>
14. Tafúr LA. El Sistema de Salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud; 2011.

15. Contreras A, Flórez IE, Herrera LA. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *av.enferm.* [internet]. 2008 Dic;26(2):35-42 [consultado 2010 Abr 7]. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12896/13497>
16. Brannon, L., & Feist, J. (2001). Adherencia a las prescripciones médicas. In L. Brannon & J. Feist, *Psicología de la salud* (pp. 107-137). Madrid, España: Paraninfo.
17. Price Y, Muñoz LA. Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2003;21(1):38-46.
18. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. [Consultado 2011 Oct 25]. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
19. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela MT. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. [Consultado 2010 Mar 15]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/459>
20. Millán I, Díaz L. Experiencia de dolor torácico en mujeres con Infarto Agudo del Miocardio. *Revista Enfermería de Colombia.* 2009;XXVII(2):33-42. [Consultado 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a05.pdf>
21. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. *Salud Uninorte.* 2006;26(2):201-11.
22. Martín-Alfonso LA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario: 2003-2007 [Repositorio de Tesis: Doctor en Ciencias de una Especialidad]. Escuela Nacional de Salud Pública; 2009. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/80/>
23. Matos Y, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007;23(1).
24. Granados G, Gil J. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 2007;7(3):393-403. [Consultado 2012 Jun 12]. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num3/177/creencias-relacionadas-con-la-hipertensi-ES.pdf>
25. Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007;23(1).
26. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Berrobiano E, Delgado A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra;*34:51-61.
27. Quintana C, Fernández-Britto JE. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Rev Cubana Invest Bioméd* [internet]. 2009 Jun;28(2) [consultado 2011 Jun 29]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es