



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN
EL HOSPITAL DE CHAITEN 2005**

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al
grado de licenciado en Enfermería

José Alejandro Tapia Muñoz
Valdivia-Chile
2006

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Ana Luisa cisternas Muñoz
Profesión : Enfermera universitaria
Grado : Experta en Gerontología
Magíster en Gerontología
Doctor en Geriatria
Magíster en modelado del conocimiento para entornos
virtuales educativos (c)

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Sra. Maite Alberdi
Profesión : Enfermera universitaria
Grado : Especialista en salud familiar

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

2) Nombre : Sr. Fredy Seguel Palma
Profesión : Enfermero universitario
Grado : Magíster en Salud Ocupacional

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Fecha de Examen de grado:

INDICE DE MATERIAS

CAPITULO	<i>Página</i>
RESUMEN	1
SUMMARY	2
1. INTRODUCCION	3
2. MARCO TERORICO	6
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	18
4. MATERIAL Y METODO	19
5. RESULTADOS	24
6. DISCUSIÓN	39
7. CONCLUSIONES	42
8. BIBLIOGRAFIA	46
9. ANEXOS	48

RESUMEN

El tratamiento de las enfermedades crónicas exige cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia, especialmente en el manejo de los pacientes hipertensos. Por ello, el objetivo de esta investigación es describir la adherencia al régimen terapéutico antihipertensivo, asociándolo a la variable más determinante, que es la obtención de cifras adecuadas de presión arterial.

La presente investigación, se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. Se utilizó el Test de Morisky-Green-Levine, que consiste en un autoinforme de los pacientes sobre adherencia terapéutica, el cual ha demostrado gran capacidad para predecir el control de la presión arterial. La muestra analizada se desprende del total de pacientes hipertensos, insertos en el Programa de Salud Cardiovascular del Hospital de Chaitén, los cuales fueron escogidos siguiendo el criterio de inclusión de pertenecer al sector urbano, por ser este más accesible desde el punto de vista geográfico de la región. El total de la muestra corresponde a 144 pacientes, tomando un 95% de nivel de confianza y una prevalencia esperada de 40%.

En relación a los resultados, se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (44.1%), lo cual se describe por la no obtención de cifras de presión arterial controladas, correspondiendo al 66.2% de la muestra. Estas cifras se encuentran definidas y estandarizadas por el Ministerio de Salud en 130/85 mm Hg, según el REM 4. (Resumen Estadístico Mensual Oficial).

A partir de los resultados arrojados por esta investigación, se concluye que la adherencia al tratamiento antihipertensivo esta dada por múltiples causas, lo cual le otorga dinamismo e inestabilidad a este fenómeno. Esto último se relaciona directamente con la relevancia de este problema sanitario, ya que no permite establecer directrices fijas que nos orienten a mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos que se les otorgan, y así mismo controlar sus cifras de presión arterial.

La importancia de esta problemática no sólo afecta a la profesión de enfermería, si no que atañe a todos los profesionales vinculados a la salud, puesto que el lograr la adherencia al tratamiento significa mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, lo cual es el propósito de nuestra labor. Esto se traduce en un reto multidisciplinario, especialmente a la hora de generar cambios en el estilo de vida y adherir a esta el control responsable de la hipertensión.

SUMMARY

The treatment of chronic diseases demands changes in lifestyle and a correct adherence to the pharmacological therapy, which has been and will always be a relevant clinical issue, specially managing hypertensive patients. This is why the objective of this investigation is to describe the adherence to antihypertensive therapy associating it to the most determinant variable, which is obtaining adequate blood pressure figures.

The present investigation was carried out under a quantitative approach, descriptive and transversal. The Test Morisky – Green – Levine was utilized in this study. This test consists in a self reported trial about therapeutic adherence, which has demonstrated to be useful to predict blood pressure control. The analyzed group of patients was chosen from the total of hypertensive patients, among the Cardiovascular Program developed in Hospital de Chaitén, being included in the study group under the inclusion criteria such as living in the urban area, since this is a very difficult to reach area. The total of the chosen group was 144 patients, with a 95% confidence and a 40% of expected prevalence.

Among the results, there was a low adherence to the therapeutic regimen (44.1%), which means not obtaining blood pressure control, in 66.2% of the patients. This figures are defined and obtained from the Health Ministry in 130/80 mmHg, according to the statistical values accepted monthly.

From the results obtained in this investigation, we conclude that adherence to hypertensive treatment is given by multiple causes, which grants this phenomenon with dynamism and instability. This correlates directly with the relevance of this sanitary issue, since this does not let us draw straight lines toward improving the adherence of patients to the treatments given, and therefore the control of their blood pressure.

The importance of this problem does not only affect the Nursing area, but all the professionals related to health care, since approaching adherence to treatment means getting better health and life quality, which is our work's purpose. This is a multidisciplinary goal, especially when generating lifestyle changes and the responsible control of blood pressure.

1.- INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas las enfermedades crónicas no transmisibles se han constituido como un problema prioritario de salud pública, tanto en los países desarrollados, como en aquellos en vías de desarrollo, entre los cuales se encuentra Chile.

Dentro de estas enfermedades crónicas, la hipertensión es una de las más significativas, ya que afecta a uno de cada tres adultos en el mundo, lo que se traduce en una prevalencia estimada de 28 %, cifra que aumenta a uno de cada dos en los mayores de 65 años. (Sabate E., 2004).

Esta realidad resulta altamente preocupante, ya que la hipertensión arterial no sólo es una enfermedad crónica, sino que es un factor de riesgo determinante para otras múltiples enfermedades, que son en definitiva aún más riesgosas y limitantes, como lo son los eventos coronarios, accidentes vasculares cerebrales e insuficiencia renal, entre otras. Por ello la importancia de ejercer un control adecuado sobre las cifras tensionales, para lo cual es necesario un seguimiento efectivo de los pacientes hipertensos.

Se estima que mundialmente existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial y que de los 15 millones de defunciones provocadas por enfermedades cardiovasculares, 7,2 millones son por enfermedad coronaria y 4,6 millones por accidente vascular encefálico, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo activo más común en la mayoría de ellas. (Masías I., 1998)

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales, aquél orientado a los cambios en el estilo de vida, como la adopción de un régimen hiposódico, dieta nutricional, actividad física y disminución ponderal, y el tratamiento farmacológico. Ambas partes del tratamiento no son independientes, sino que son coadyuvantes el uno del otro y por lo tanto es necesaria la adherencia a ambos, pero esta investigación se centra en describir sólo uno de estos pilares, que es la adherencia al tratamiento farmacológico.

La adopción responsable del tratamiento con antihipertensivos es fundamental para el control adecuado de las cifras tensionales y la prevención de complicaciones e inclusive de la muerte. Respecto de esto se estima que el porcentaje de cumplimiento es de un 50 a un 75%, sin embargo, para conseguir resultados terapéuticos aceptables, se requiere una cifra superior al 80%. (Sabate E., 2004). Esta realidad puede asociarse directamente con la característica

silente de la hipertensión arterial, lo que ocasiona en los pacientes una falsa percepción de bienestar y la consiguiente innecesidad de tomar medicamentos, los que además frecuentemente causan efectos secundarios, lo cual origina que el fármaco antihipertensivo sea percibido como nocivo.

En las dos últimas décadas este hecho ha sido motivo de arduos trabajos de investigación, liderados principalmente por profesionales de atención primaria, con el fin de determinar la magnitud del problema y poder desarrollar mejores estrategias de intervención. Producto de esto se ha determinado que el incumplimiento del tratamiento farmacológico es un fenómeno complejo, constituido de múltiples variables que determinan esta condición, tales como factores individuales, demográficos, socioeconómicos y culturales, así como también factores relacionados con la enfermedad misma, el sistema sanitario y el tratamiento propiamente tal.

La presente investigación, se realizó en la ciudad de Chaitén, ubicada en la Provincia de Palena, Décima Región. Su población total es de 7.260 habitantes, dividiéndose en 3.284 personas de sexo femenino y 3.976 de sexo masculino, de acuerdo al Censo 2004 (DEIS, MINSAL, 2005). El Hospital de Chaitén cubre a la población urbana, es decir 4.065 personas aproximadamente, de las cuales 2.259 tienen 20 y más años. Este grupo etáreo se considera en alto riesgo de padecer hipertensión esencial o primaria, constituyendo el 95% de los casos, por lo cual se deben aunar esfuerzos para la prevención, promoción y vigilancia de estos pacientes. Estas acciones se encuentran establecidas dentro del Programa de Salud Cardiovascular, que incluye el control de los pacientes que padecen Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Diabetes Mellitus 2 y Obesidad. De esta manera se lograría brindar a la población las herramientas básicas para mantener o mejorar, dentro de lo posible, su estado de salud.

Esta investigación se desprende de la evaluación del Programa de Salud Cardiovascular, la cual refleja un importante déficit en el control de los pacientes hipertensos, quienes a pesar de los esfuerzos del personal sanitario, tales como el desarrollo de educación grupal, rescate de inasistentes, reforzamiento de terapia multidisciplinaria, entre otros, no se han logrado motivar e incentivar para que acudan a sus controles en forma regular y que mantengan cifras tensionales adecuadas. Sólo en la ciudad de Chaitén existe un total de 312 pacientes hipertensos insertos en el programa de salud cardiovascular, de ellos sólo 123 personas contaban, al presentarse a su control, con cifras tensionales en rangos considerados como controlados, es decir cifras entre 130 y 85 mmHg o menos, constituyendo así sólo un 40% de pacientes con hipertensión arterial compensada. Esto nos deja con un 60% de población hipertensa no controlada y que no ha logrado compensar sus cifras tensionales, lo cual no sólo es una realidad local, sino también a nivel global (Sabate E., 2004). Esto se traduce en un importante número de pacientes con alto riesgo cardiovascular, lo que significa la exposición a múltiples patologías, aumentando el gasto sanitario en relación a recursos humanos, pago de horas extraordinarias, medicamentos y materiales, etc., repercutiendo

directamente en la economía de la región y principalmente en el sector salud, que cuenta con escasos recursos económicos a nivel nacional.

Uno de los determinantes más importantes en un buen control de la hipertensión arterial, es la correcta adherencia a la terapia farmacológica. Esta variable no ha sido previamente estudiada en esta zona, y existen muy pocos estudios sobre el tema a nivel nacional, por lo tanto es necesario objetivarla para que así puedan surgir nuevas estrategias de intervención en salud.

Esta investigación tiene gran relevancia para la comunidad de Chaitén, el personal sanitario y principalmente para la profesión de Enfermería, ya que esta se orienta hacia el servicio a la comunidad a través de múltiples funciones, que desarrolla con el fin de brindar el cuidado y la atención directa e indirecta de las personas dentro de su comunidad. En Chile este papel tiene una importante función dentro del Programa de Salud del Adulto y especialmente dentro del programa de salud cardiovascular, en donde la enfermería desarrolla plenamente su potencial y el espíritu que la caracteriza. Por esto cabe destacar que la enfermería se desempeña bajo una normativa legal dispuesta para el ejercicio de la profesión dentro de los programas de salud, expresando su rol hacia el plano administrativo, asistencial, educativo y de investigación, con la finalidad de que las acciones realizadas tiendan a mejorar la calidad técnica, basada en las necesidades de la comunidad. De esta manera, esta investigación contribuye a actualizar y enaltecer nuestros conocimientos y reafirma los pilares que fundamentan nuestra práctica, mediante la valoración, análisis y discusión de este tema, se demuestra el desarrollo de nuestro rol en la investigación e incentiva el trabajo interdisciplinario resaltando nuestra colaboración en temas de relevancia sanitaria con una participación activa y eficaz.

2.- MARCO TEORICO

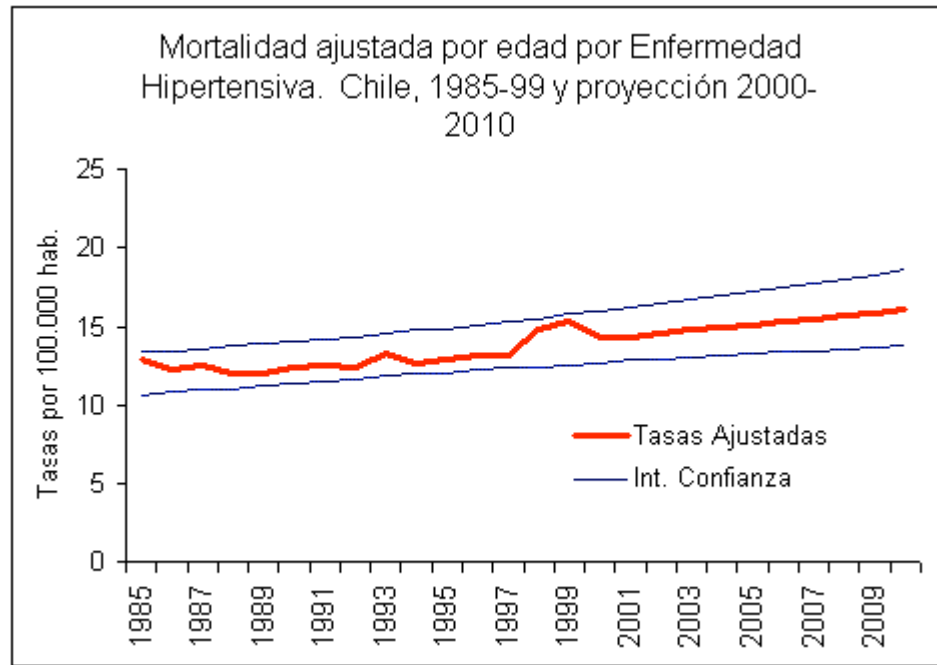
La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Chile y en el mundo, además de ser la tercera causa de invalidez en nuestro país, estimándose que su prevalencia continuará en ascenso en el mundo, producto del envejecimiento de la población y la mayor expectativa de vida. Por otra parte, existe cada vez más evidencia de la importancia de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular, siendo uno de los más relevantes para la enfermedad coronaria y el de más importancia para la enfermedad cerebrovascular. (DEIS, MINSAL, 2005)

Estadísticamente se describe que desde 1969 las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en Chile, y aproximadamente el 45% de la mortalidad cardiovascular ocurre en personas entre 35 y 74 años. En este grupo de edad, las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular e isquémica del corazón son 1,4 y 2 veces más altas en los hombres que en las mujeres, respectivamente, según los informes del Ministerio de Salud de Chile, lo que aumenta significativamente con la edad. (Kunstmann S., 2005).

Las enfermedades cardio y cerebrovasculares, causantes de estas altas tasas de morbimortalidad, tienen en común un factor de riesgo determinante, que es la hipertensión arterial, la cual se define, según George L. Bakris (1995) como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. Es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades, con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos. (Beregovich, 1996).

La hipertensión arterial por sí sola, está representada por cifras alarmantes de mortalidad, ésta tiene una tasa ajustada por edad y por enfermedad hipertensiva, según la cual en Chile existen alrededor de 15/100.000 habitantes hipertensos, con una proyección al año 2010 según la tendencia mostrada, de 16.5/100.000 habitantes, como se puede observar en la siguiente figura.

Figura 1: Mortalidad ajustada por edad y Enfermedad Hipertensiva.



Fuente: Deis, Minsal 2004

A través de los años han existido múltiples definiciones y clasificaciones de la Hipertensión Arterial, pero las más importantes son aquellas utilizadas por nosotros mismos en el quehacer sanitario. Para mayor comprensión, estas se han esquematizado en las siguientes tablas: En la Tabla 1 se señalan los diferentes tramos de presión arterial según la clasificación del Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) en su 7° informe del año 2003, la clasificación de las sociedades de Hipertensión europeas y la propuesta por la Guía Clínica de Hipertensión Arterial Esencial en personas mayores de 15 años del Ministerio de Salud de 2005.

Tabla 1:

A.- Clasificación de la Presión Arterial según el VII informe del JNC 2003

PAS	PAD	CLASIFICACION
< 120	< 80	NORMAL
120 – 139	80 – 89	PRE HIPERTENSION
140 – 159	90 – 99	HIPERTENSION ETAPA 1
> 160	> 100	HIPERTENSION ETAPA 2

Notas:

1. Clasificación válida para mayores de 18 años.
2. Clasificación sobre la base del promedio de dos o más tomas en condiciones basales no recibiendo hipotensores y sin enfermedad intercurrente.
3. Si la PAS y PAD están en diverso tramo, para su clasificación cuenta la mayor.
4. PAS: Presión arterial sistólica (mmHg). PAD: Presión arterial diastólica (mmHg).

B.- Clasificación de la Presión Arterial según el informe 2003 de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología

CATEGORIA	PAS	PAD
Optima	< 120	< 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal Alto	130 – 139	85 – 89
Hipertensión Grado 1 (leve)	140 – 159	90 – 99
Hipertensión Grado 2 (moderada)	160 – 179	100 – 109
Hipertensión Grado 3 (severa)	> 180	> 110
Hipertensión Sistólica	> 140	< 90

Notas:

Cuando en un paciente la PAS cae en diferente tramo que la PAD, se deberá aplicar a la mayor categoría. La PAS aislada también debe ser graduada (grados 1, 2 y 3) de acuerdo con la PAS.

C.- Clasificación de la HTA en la Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas mayores de 15 años y más, Ministerio de Salud, 2005

CATEGORIA	SISTOLICA (mmHg)	DIASTOLICA (mmHg)
Etapa 1	140 - 159	90 – 99
Etapa 2	160 – 179	100 - 109
Etapa 3	≥ 180	≥ 110

Fuente: Boletín Oficial Sociedad Chilena de Hipertensión, Año 2005, Vol. 14, N°1.

La hipertensión arterial constituye un factor de riesgo independiente, directamente relacionado con la severidad de las cifras tensionales. En general, el riesgo de padecer un accidente vascular encefálico es diez veces mayor, de una insuficiencia coronaria cinco veces, de una insuficiencia cardiaca congestiva dos a cuatro veces y de una insuficiencia renal crónica 1.7 veces mayor en la población de hipertensos. Sólo las personas con presiones sistólicas de 115 mmHg y diastólicas de 75 mmHg o menos no presentan un mayor riesgo de complicaciones vasculares. La posibilidad de ocasionar un accidente vascular encefálico se

incrementa en más de dos veces y la de insuficiencia coronaria se duplica por cada 20 mmHg de aumento de la presión sistólica o 10 mmHg de la presión diastólica. (Zhendher C., 2005).

El impacto de estas evidencias permitió definir la Hipertensión arterial en personas mayores de 18 años, como la presencia de cifras tensionales $\geq 140/90$ mmHg tomadas en condiciones estandarizadas (Roessler E., 2005). Este criterio fue también considerado en las Normas de Hipertensión del Ministerio de Salud de 1995 y en la actual Guía Clínica de Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas mayores de 15 años y más. (Ministerio de Salud, 2005.)

En relación a otras clasificaciones relacionadas a la hipertensión arterial como factor de riesgo y enfermedad propiamente tal, se considera que pacientes con presiones “normales altas” (135 – 139/85 - 89 mmHg) tienen el doble de posibilidades de tener Hipertensión arterial si se compara con la población normal, por lo tanto este grupo de personas es clasificado como Pre-Hipertensos. Esta categoría se considera en la Clasificación del Joint Nacional Comité on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) en su 7° informe del año 2003. La guía Clínica del Ministerio de Salud de nuestro país mantiene la clasificación en tres Etapas pero no incluye el concepto de Pre-Hipertensión (E. Roessler, 2005).

Ahora bien, controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de la población.

Con esta finalidad, el Ministerio de Salud en el año 2002 crea la Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes para el Programa Cardiovascular, el cual pretende mejorar en forma significativa los anteriores subprogramas que intervenían en forma aislada estas patologías, basando esto en un nuevo enfoque terapéutico, con una visión global del riesgo cardiovascular del individuo. Esta reorientación establece metas terapéuticas de control de presión arterial, dependiendo de la categoría de riesgo cardiovascular, como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 2: Metas terapéuticas según categoría de riesgo.

Categoría de Riesgo Cardiovascular	Meta Presión Arterial Sistólica / Diastólica
Riesgo moderado	< 140/90 mmHg
Riesgo alto	< 140/90 mmHg
Riesgo máximo	< 130/85 mmHg

Fuente: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes, año 2002, pagina 15.

Sin embargo los últimos estudios indican que las metas deben ser más bajas aún, ya que se ha demostrado que cualquier cifra de presión sobre 110/70 se correlaciona inversamente con las expectativas de sobrevida. La relación entre presión arterial y riesgo cardiovascular es una realidad independiente de otros factores de riesgo, como se menciona anteriormente, ya que con cifras mayores de 115/75 mmHg, el riesgo cardiovascular se duplica por cada incremento de 20/10 mmHg de la presión arterial. (E. Roessler, 2005).

El Ministerio de Salud considera como cifras tensionales controladas a las inferiores a 130/85 en su registro estadístico (REM 4) por el cual se rigen todos los participantes en el sistema público de atención sanitaria.

La importancia del control de cifras tensionales adecuadas se relaciona directamente con el hecho de que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular independiente, por ser altamente patogénico y por el riesgo de morbimortalidad que produce. La población adulta de nuestro país padece de una alta prevalencia y asociación de este factor de riesgo con otros factores comúnmente asociados, lo cual fue demostrado según los resultados obtenidos en la primera Encuesta Nacional de Salud del año 2003, como lo señala la tabla 3.

Tabla 3: Prevalencia de Factores de Riesgo en la Población Chilena Adulta

Factores de Riesgo	Porcentaje (Primera Encuesta Nacional de Salud)
Sedentarismo	91%
Tabaquismo	42%
HDL disminuido (<40 mg/dl)	39%
Sobrepeso (IMC >25 y <30)	38%
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	35%
Obesidad (IMC >30)	25%
Creatinemia elevada	7%
Diabetes	4%

Fuente: Boletín Oficial Sociedad Chilena de Hipertensión, año 2005, pagina 15.

Por otra parte, los factores de riesgo cardiovascular tales como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus, se modifican indirectamente a través de intervenciones en los factores conductuales y en el fomento de hábitos de vida saludable. Estas condiciones además de ser factores de riesgo, constituyen patologías por sí mismas, por lo tanto al estar presente más de una de ellas en un mismo paciente nos permite denominarlas como comorbilidades. Esto determina un tratamiento de mayor complejidad, con mayor número de fármacos e intervenciones para el paciente, lo que se evidencia en el hecho de que el número de fármacos consumidos diariamente por un paciente crónico afectado de estas comorbilidades, es inversamente proporcional al grado de adherencia (Homedes N., Ugalde A. 1994).

Para evitar esta realidad es que el tratamiento de la hipertensión arterial tiene dos pilares fundamentales, con el objetivo principal de lograr un control de presión óptimo y evitar las complicaciones a largo plazo. Este consta del tratamiento farmacológico y el no farmacológico, o mejor llamado estilo de vida saludable, que incluye básicamente, evitar el sobrepeso, mantener una actividad física en forma regular y cuidar la alimentación. Estas últimas son tan o más importantes, en algunos casos, que el tratamiento farmacológico, puesto que estas medidas tienen directa relación con las conductas, hábitos del paciente y realidad cultural, lo que influye también en la adherencia que ellos adquieren hacia su tratamiento farmacológico.

El objetivo del tratamiento farmacológico es reducir al máximo las complicaciones derivadas de esta patología, de hecho, un tratamiento adecuado es capaz de disminuir la incidencia de accidente vascular encefálico en 35 - 40%, la de infarto agudo del miocardio en 20 - 25% y la de insuficiencia cardíaca en más de 50%. El control de la hipertensión es un proceso complejo y multidimensional, cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. De acuerdo a esto, la Encuesta Nacional de Salud entrega una valiosa información, puesto que nos revela que sólo el 60% de la población de hipertensos conocía su condición, de ésta un 36% seguía algún tipo de tratamiento farmacológico y de ellos, sólo el 33% tenía valores de presión controlados, alcanzando al 7% de la población total de hipertensos pesquisados. Estas cifras obligan a acentuar los esfuerzos tanto públicos como privados para lograr una mayor cobertura y adherencia al tratamiento (Carlos Zhendher, 2005).

El tratamiento farmacológico es necesario en pacientes con grado 1 ó 2 de hipertensión arterial, para lo cual se utilizan diferentes terapias y asociaciones de dos o más medicamentos de los que existen diferentes presentaciones disponibles en el mercado.

Tabla 4: Tratamiento antihipertensivo según valores estabilizados de presión arterial.

NORMAL	PREHIPERTENSION	HIPERTENSION
Sin tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el estilo de vida • Tratamiento farmacológico antihipertensivo en condiciones clínicas asociadas a riesgo de complicaciones cerebro o cardiovasculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 1: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios de estilo de vida - Tratamiento farmacológico: generalmente un antihipertensivo • Grado 2 y 3: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios de estilo de vida - Tratamiento farmacológico: generalmente dos o más antihipertensivos

Fuente: Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. 16, N°2, Abril 2005, página 86.

Tabla 5: Esquema de Fármacos más utilizados en la terapia antihipertensiva según condiciones clínicas asociadas

	Diuréticos	β bloq	IECA	ARA	Ca bloq	Espironolactona
Insuficiencia Cardíaca	x	x	x	x		x
Infarto Agudo al Miocardio		x	x			x
Insuficiencia Coronaria	x	x	x	x		
Diabetes Mellitus	x	x	x	x		
Neuropatía Crónica			x	x		
Insuficiencia Renal Crónica	x		x	x		
Insuficiencia Vascul ar Cerebral	x		x			

Fuente: Revista médica Clínica Las Condes Vol. 16, N°2, Abril 2005, página 87.

Se presume que la no-adherencia al tratamiento contribuye significativamente al hecho de que sólo un 25% de los pacientes tengan un buen o satisfactorio control de su presión arterial, lo que se ve explícito en la actualidad, donde hasta un 50% de los pacientes no toma de forma apropiada sus medicamentos. El paciente hipertenso que no cumple su terapia además de tener peores resultados sanitarios, también hace un mal uso de los recursos económicos, por lo que la primera tarea para optimizar recursos es identificar aquellos pacientes no-adherentes. (Fodor G. 2005).

El criterio utilizado para catalogar una terapia antihipertensiva como exitosa, es el control de las cifras arteriales. Esto a su vez depende de una terapia adecuada y de la voluntad del paciente de cumplirla. No tiene sentido el indicar más y más medicamentos a pacientes que

no son adherentes a sus terapias, esto a pesar de que existen amplias listas de medicamentos disponibles en el mercado, pero no es esa la realidad del sistema de salud público, por lo que en estos casos lo más adecuado es intervenir para el logro de un cambio conductual. Las medidas que existen para mejorar la adherencia aún no han sido comprobadas, sin embargo el identificar aquellos pacientes con dificultad para adherirse a los tratamientos es el primer y fundamental paso para hacer efectivo un tratamiento. (Fodor G. 2005).

Respecto de la adherencia al tratamiento farmacológico, se puede afirmar que es un tema de gran importancia en la salud pública mundial y por ello ha sido motivo de amplias investigaciones desde el año 1950. Su relevancia esta dada principalmente por la elección que los pacientes hacen de seguir o no un determinado tratamiento farmacológico, ya que de ser esta elección negativa, invalida y anula la efectividad de hasta las terapias mejor establecidas. (Dracup A. & Meleis A.J. 1982).

En 1976 Sackett introdujo el término “Compliance” (conformidad) en la medicina, lo cual originó que más tarde Haynes y Sackett (1978), obtuvieran la definición más citada y criticada de “conformidad” en la historia de la medicina moderna, describiéndola como: “el grado en que el comportamiento de una persona, llámese, toma del medicamento, seguimiento de una dieta y modificaciones del estilo de vida, coinciden con el consejo médico o de otro profesional de la salud” (Haynes, R. 1978).

Desde el punto de vista de enfermería, la definición de Sackett es discutible, ya que esta se refiere a la autoridad implícita del personal de salud por sobre el paciente, negándoles el derecho de tomar parte en la toma de decisiones respecto a su cuidado, generando una pérdida de autonomía de la persona, lo cual se contrapone con los principios fundamentales de la profesión de enfermería. (Kyngas H., Duffy M., Kroll T. 2000).

Actualmente los proveedores de salud prefieren utilizar la palabra “adherencia” (adherence), ya que “conformidad” (compliance) sugiere que el paciente está siguiendo las órdenes del médico en forma pasiva y que el plan de tratamiento no se basa en una alianza terapéutica o contrato establecido entre el paciente y el médico. Sin importar qué término se prefiere usar, está claro que el completo beneficio de una terapia medicamentosa, sólo va a ser obtenida por aquellos pacientes que sigan los tratamientos prescritos en forma correcta. (Osterberg L., Blaschke T. 2005).

En un informe sobre adherencia terapéutica, publicado por la OMS en 2004, se recomienda que la relación entre el usuario y el prestador de asistencia sanitaria, debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno, que se exploren medios terapéuticos alternativos, se negocie el régimen, se trate la adherencia y se planifique el seguimiento. Para llevar a cabo este proyecto de adherencia terapéutica se fusionaron las definiciones de Haynes

y Rand, con el fin de obtener una descripción de “adherencia al tratamiento prolongado”, versión que la representa como: “El grado en que el comportamiento de una persona a tomar el medicamento, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Sabate E. 2004).

El proyecto de adherencia terapéutica también adoptó una definición para las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra la hipertensión arterial, definiéndolas como: “Se denomina Enfermedad Crónica no transmisible a las enfermedades con una o varias de las siguientes características: ser permanentes, producir discapacidad residual, ser causada por una alteración anatomopatológica irreversible, requerir adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un periodo largo de supervisión, observación y atención” (Sabate E. 2004).

Dentro del concepto de adherencia terapéutica se incluyen otros destinados a objetivarlo desde el punto de vista científico, dentro de los cuales el más utilizado es el “índice de adherencia al tratamiento farmacológico”, que se entiende como el porcentaje de las dosis prescritas del medicamento, realmente tomadas por el paciente en un periodo de tiempo determinado. Al observar los resultados de diversos estudios que utilizan esta objetivización matemática, se puede comprobar que comparativamente los índices de adherencia son más altos en pacientes con enfermedades agudas que en aquellos con enfermedades crónicas y que la persistencia en estos últimos es muy baja, la cual disminuye aún más después de seis meses de terapia. (Osterberg L., Blaschke T. 2005)

Si se intenta explicar la conducta de adherencia a los tratamientos, desde una perspectiva psicológica, se debe mencionar como fundamento principal el Modelo de Creencias en Salud, creado por un conjunto de psicólogos norteamericanos pertenecientes al Public Health Service, entre ellos: G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosentock. Estos investigadores lo definieron como: “Un modelo de inspiración cognitiva que considera el comportamiento como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada”, siendo esta teoría un aporte concreto al sector sanitario por su finalidad: tratar de dar respuestas a una serie de problemas de carácter social, principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender porqué las personas se rehusan a seguir ciertas conductas preventivas, o mejor dicho, poseen un pobre nivel de compromiso e implicancia con su bienestar. De esta manera, este modelo ha sido ampliamente utilizado desde 1950 por la psicología en salud como el marco teórico más usado para explicar el comportamiento en salud y prevención de las enfermedades. (Moreno y Gil, 2003).

Los componentes principales de este modelo descansan en las siguientes dos variables:

- a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y
- b) la estimación que el sujeto hace de las probabilidades existentes, de que una acción dada llegue a conseguir la meta propuesta.

Maiman y Becker (1974) contextualizaron en forma específica estas variables al ámbito de la salud de la siguiente forma:

- a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo de recuperar la salud) y
- b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

En este modelo se plantean diversas estructuras que pueden incidir y a la vez, conjugarse entre sí, para afectar la conducta del individuo ante el proceso de enfermedad. Según Moreno y Gil (2003) se encuentran los siguientes componentes:

- La susceptibilidad percibida: Que se entiende como la capacidad individual de percibir la propia vulnerabilidad a la enfermedad.
- La severidad percibida: Se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o el no tratársela una vez contraída.
- Beneficios percibidos: Son las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa de las diferentes conductas que adquiere a la hora de enfrentarse con la enfermedad.
- Barreras percibidas: Se entiende como las acciones que según el sujeto se oponen a la ejecución de un determinado curso de acción, a pesar de su irrefutable efectividad, como por ejemplo un tratamiento costoso, doloroso, etc.

Al contemplar estas variables, podemos decir que la falta de adherencia de los enfermos crónicos al tratamiento farmacológico tiene causalidad multifactorial, por lo cual se debe poseer formación especial para su detección y manejo adecuado. Por ejemplo, un ensayo muy interesante refleja cómo los mitos sociales en América latina influyen sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que predomina la hipertensión arterial, afectando esto a la adherencia terapéutica. Dicho estudio postula a este fenómeno como uno de los principales responsables de los problemas de aplicabilidad de los programas de prevención y control de estas enfermedades y desmiente la validez de dichos mitos, demostrando su falsedad. Esta realidad cultural y social, envuelve un nuevo reto en salud, que orienta a la búsqueda de políticas sanitarias equilibradas, resaltando la importancia en las enfermedades crónicas no transmisibles y su respectivo control.

Entre los mitos desmentidos por el estudio antes mencionado, se encuentran:

- a) Las enfermedades no transmisibles son degenerativas e incurables;
- b) Las enfermedades no transmisibles son padecimientos de la vejez;

c) Las enfermedades no transmisibles son padecimientos de los ricos. (C. Escobar, P Sotrits, A. Peruga, N. Silva, M. Vives, S. Robles, 2000).

De una forma más global la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de Adherencia a los tratamientos a largo plazo, nos da un esquema oficial de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que se cuentan:

1. Factor Socioeconómico: Dentro de los factores que influyen en la adherencia, este se define como un factor independiente, sin embargo, en países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir, como ocurre en Chile, donde el arsenal farmacológico es limitado en clases de medicamentos, formas de presentación y atributos propios de fármacos de última generación. Otros factores socioeconómicos incluyen la cesantía, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo, el costo elevado de algunos medicamentos, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento. (OMS, 2004)

2. Factor Demográfico: Un factor importante es el demográfico, en el que se destaca la población adulto mayor, que desde el punto de vista epidemiológico, representa un vuelco desde los accidentes y enfermedades neoplásicas como causa de morbi -mortalidad a enfermedades principalmente cardiovasculares. (Normas Adulto mayor, Minsal) Se estima que aproximadamente un 50% del total de prescripciones farmacológicas están dirigidas a este grupo etáreo, a pesar de representar cerca del 12 a 18% de la población mundial, fenómeno del cual Chile no se excluye, con un 10.63% de su población total. (Minsal)

3. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Aunque se han realizado pocos estudios al respecto, está comprobado que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica (OMS, 2004). Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento.

4. Factores relacionados con la enfermedad: Las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo, influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La presencia de síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión, gravedad de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que le otorgan al seguimiento.

5. Factores relacionados con el tratamiento: Son múltiples las implicancias vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales (Sabate E. 2004).

6. Factores relacionados con el paciente: Estos representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica.

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esto se refleja estadísticamente en que en los países desarrollados, la adherencia a la terapéutica, promedia el 50%, mientras que en los países en vías de desarrollo, las tasas son inclusive menores (Sabate E. 2004). Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente agudización de la enfermedad y muerte (Osterberg L., Blaschke T. 2005). Por ende, no es conjetura afirmar que 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 calidad de vida y de economía en salud.

Diversos estudios arrojan como resultado cifras estadísticas que avalan la magnitud de este problema sanitario, como por ejemplo, un estudio desarrollado por Ingaramo R. en el año 2005, evidencia que 20% de la población mundial padece hipertensión arterial, mientras que en la publicación realizada por la Organización Mundial de la Salud sobre Adherencia a los Tratamientos de Largo Plazo, se describe que solo un 25% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. Por otra parte, en Chile, la prevalencia de Hipertensión Arterial es de un 18 a 19% según el estudio de Ximena Berríos en 1986 y Eduardo Fasce en 1991. Unos años más tarde, la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2003 por la Universidad Católica de Chile, arroja una cifra aún mayor, 33.7% de personas con PA > 140/90. Estas cifras por sí solas son alarmantes y aún más, si agregamos que el último estudio mencionado fue realizado en una población de 17 años y más, de la cual, un 40.2% no conocía su condición de hipertenso.

3. - OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Describir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en los pacientes controlados a través del Programa de Salud Cardiovascular del Hospital de Chaitén.

3.1.1. Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población estudiada en base a características demográficas como edad, sexo y grupo étnico al que pertenecen.
- Clasificar la población estudiada en la actual clasificación de la Hipertensión arterial utilizada por el Ministerio de Salud.
- Identificar el porcentaje de pacientes adherentes a la terapia farmacológica en la población hipertensa estudiada, según sexo y grupo étnico.
- Identificar el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de la población en estudio, según el Test de Morisky – Green – Levine.
- Determinar el porcentaje de pacientes hipertensos en buen control de su presión arterial según grupo étnico y sexo.
- Señalar la relación entre el control de la presión arterial y presencia de Comorbilidad cardiovascular.
- Señalar la relación entre el control de la presión arterial y esquema terapéutico farmacológico indicado.
- Señalar la relación entre porcentaje de adherencia presente y el esquema terapéutico farmacológico indicado.

4.- MATERIAL Y METODO

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

- El estudio de la presente investigación, se realizó bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal.
- Se considera adecuada la metodología, ya que se recogerán y analizarán datos sobre variables cuantificadas, y en donde se determinará la asociación entre las variables, para así describir a la población en estudio.
- La cuantificación incrementa y facilita la comprensión del universo al que pertenece el punto de estudio.
- Es descriptivo, ya que, se caracterizara el comportamiento en la toma de medicación y se establecerá una relación con las variables de consecuencia de esta.
- De tipo transversal porque es una observación sin seguimiento, en un momento del tiempo determinándose los efectos. (Septiembre a octubre del año 2005).

4.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:

La población en estudio, pertenece a una parte de los 317 pacientes registrados como hipertensos que están dentro del Programa de Salud Cardiovascular del Consultorio adosado del Hospital Chaitén, de los cuales 230 reunían las características necesarias para un correcto análisis. Dentro de otros criterios de inclusión utilizados se cuenta que estos pacientes debían estar recibiendo algún tratamiento farmacológico antihipertensivo registrado en su ficha clínica y ser autovalentes para suministrarse la medicación indicada.

Por razones geográficas, recursos humanos y técnicos, se optó por realizar un muestreo en forma aleatoria de la población antes mencionada. De aquí se tomó una muestra poblacional para encuestar, con una prevalencia esperada el 40 % para adherencia terapéutica en enfermedades crónicas, según informes de la OMS y con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, con lo cual se obtuvo un tamaño muestral de 142 personas

4.3.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que voluntariamente no acepten participar en la investigación.
- Pacientes hipertensos que sean dependientes de otras personas para tomar la medicación indicada.
- Pacientes que no se encuentren en su domicilio durante dos visitas.
- Pacientes que tienen su domicilio particular fuera de la zona urbana de Chaitén.
- Pacientes con registros incompletos en su ficha clínica.

4.4. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento (anexo 1), en forma de encuesta realizada en el domicilio de la persona, o en el consultorio mismo cuando estos asistían a control de crónicos.

4.4.1 Estructura del instrumento:

Este instrumento consta de una estructura dividida en tres partes:

- Un consentimiento informado, en donde queda constancia de que el paciente ha sido informado del fin y las características del estudio y que su participación es voluntaria. (Ítem I)
- Un sector que se llena con datos obtenidos desde la ficha clínica del paciente. (Ítem II)
- El test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine. (Ítem III)

4.4.2 Descripción del Test de Morisky – Green - Levine:

El Test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico que se utilizó en este estudio, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine (anexo 1), el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que

consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. Este estudio fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care, y este se utiliza desde entonces en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital, entre otros, debido a lo breve y sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma (si alguna vez se siente mal, las deja de tomar?), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro miembro de la familia como apoyo a largo plazo.

4.5. ANALISIS DE DATOS:

La información proporcionada por el instrumento fue codificada en una matriz computacional denominada Microsoft Excel, office 2000, mientras que para analizarla se utilizó el programa estadístico EPI INFO 3.01, el cual permitió tabular los datos y realizar la representación gráfica de los resultados más significativos e inherentes al problema en estudio.

4.6. DEFINICION DE VARIABLES:

4.6.1. Variables Dependientes:

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Adherencia terapéutica farmacológica	Es el Grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento se corresponde según la recomendación (indicación) acordada por un prestador sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Adherente</u>: Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas del Test Morisky-Green-Levine. - <u>No-adherente</u>: Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas del Test Morisky-Green-Levine.
Clasificación de Hipertensión según magnitud de la presión arterial (PA)	La (PA) es la Presión que ejerce la sangre en las paredes arteriales, como consecuencia de la contracción del corazón, medida en mmHg y que se tipificara según la combinación de Clasificación de la JNC, 2003 y la disponible en la Guía Clínica de Hipertensión 2005 del Ministerio de Salud de Chile.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Normal</u> (<140/90 mm Hg) - <u>HTA etapa 1</u> (140-159/90-99 mm Hg) - <u>HTA etapa 2</u> (160-179/100-109 mm Hg) - <u>HTA etapa 3</u> ($\geq 180/\geq 110$ mm Hg)
Control de presión arterial	Se toma como presión controlada una presión arterial sistólica menor a 130 y presión arterial diastólica menor a 85. (REM 4) Estadísticas Minsal.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Presión arterial controlada</u>: (<130/85 mm Hg) - <u>Presión arterial no Controlada</u>: (>130/85 mm Hg)

4.6.2. Variables Independientes:

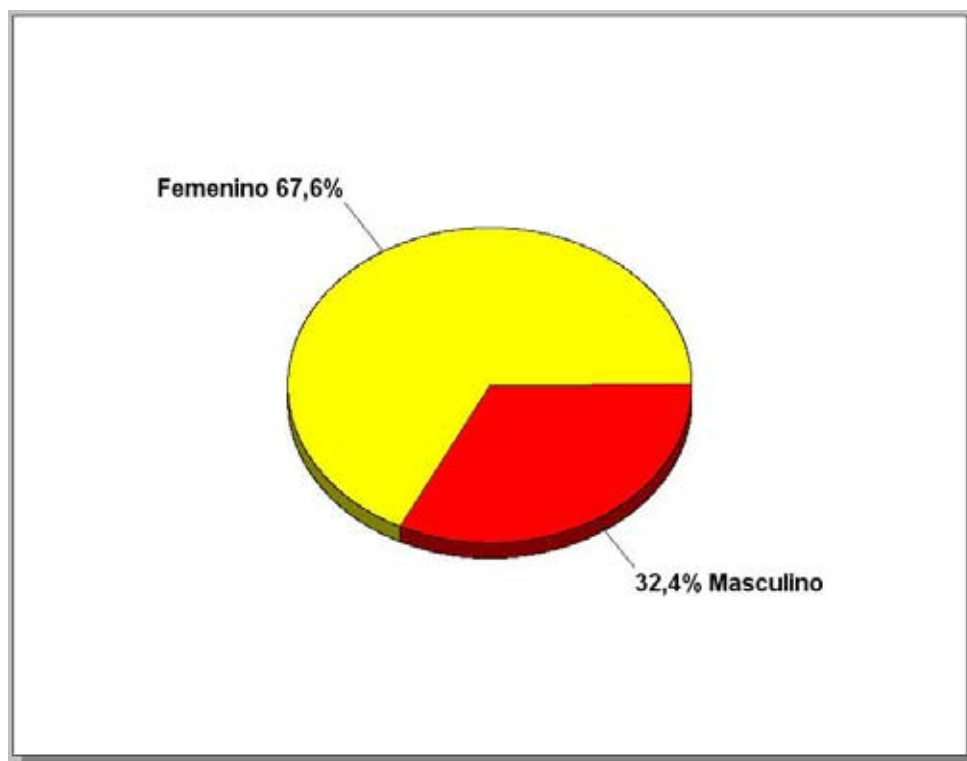
DEFINICION	NOMINAL	OPERACIONAL
Sexo	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	- Femenino - Masculino
Grupo etáreo	Años cumplidos a la fecha de ser encuestado y clasificación dentro del Subprograma de Salud en que se encuentra.	- Adulto: Entre los 20 y 64 años de edad cumplidos a la fecha del estudio. - Adulto Mayor: 65 o más años cumplidos a la fecha del estudio.
Esquema terapéutico	Fármacos antihipertensivos indicados por el médico en forma de monoterapia (un medicamento) o asociado a otro medicamento en el último control del Programa de Salud Cardiovascular registrado en la ficha clínica.	- Monoterapia: Un solo medicamento para el tratamiento antihipertensivo. - Politerapia: 2 o más medicamentos antihipertensivos.
Comorbilidad Cardiovascular	Presencia de patologías cardiovasculares comúnmente asociadas a la Hipertensión	- Diabetes Mellitus 2 - Dislipidemia - Diabetes Mellitus + Dislipidemia - Sin comorbilidad

5.- RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos a través del desarrollo del Test Morisky–Green-Levine para la medición de adherencia farmacológica, siendo estos datos tabulados de acuerdo las características sociodemográficas recopiladas.

La muestra esta compuesta por 142 personas de un total de 317 pacientes hipertensos, excluyéndose a 87 personas según los criterios de exclusión establecidos. Se destaca que la media de presión arterial de esta población muestral es de 130/85 con un promedio de edad de 58 años. En los siguientes 3 gráficos se observa la distribución porcentual de la población estudiada según sexo y grupo étnico.

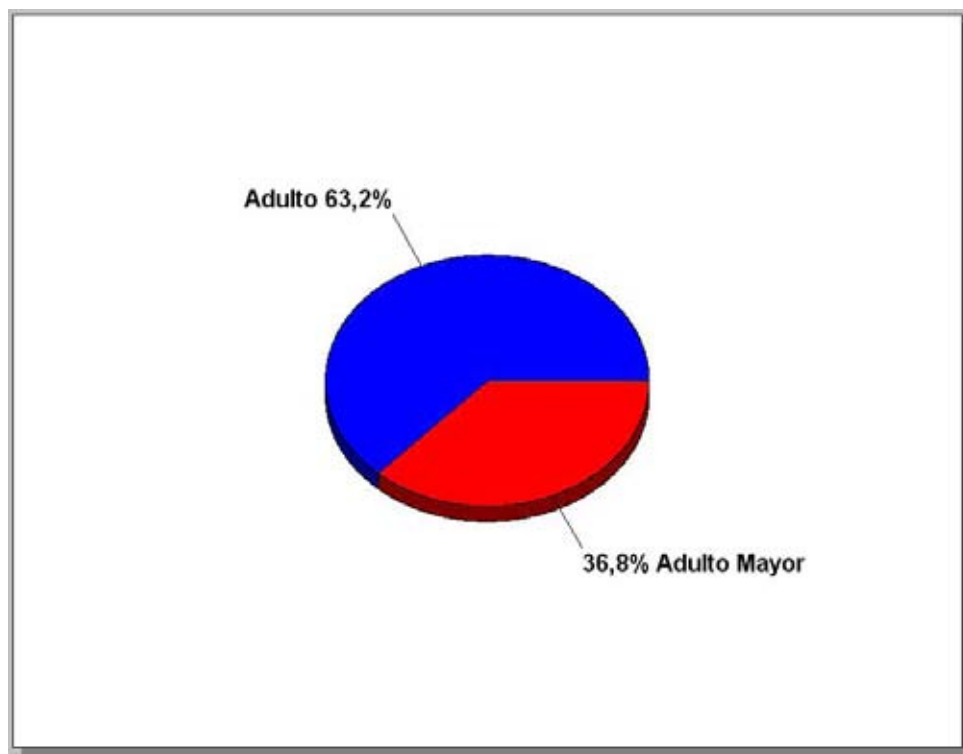
Gráfico 1: Distribución porcentual de la población estudiada según sexo



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 1 podemos observar que la mayor parte (67.6%) de la población estudiada era de sexo femenino, y un 32.4% de sexo masculino.

Gráfico 2: Distribución porcentual de la población estudiada según grupo etáreo



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 2 se observa el predominio de población adulta, con un 63.2% de la población de la muestra, por sobre la población Adulto Mayor.

Tabla 1: Distribución porcentual y numérica de presión arterial de la muestra en estudio, según la clasificación utilizada en la Guía Clínica de Hipertensión 2005.

Presión arterial	frecuencia	Porcentaje
Hipertensión etapa 1	45	31.6%
Hipertensión etapa 2	17	12%
Hipertensión etapa 3	5	3.5%
Normal	75	52.9%
Total	142	100,0%

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En la tabla 1 se destaca que la mayor población de hipertensos se encuentra catalogada dentro de la etapa 1 de hipertensión, con un 31.6%, es decir presión arterial sistólica entre 140-159 mm Hg o presión arterial diastólica de 90-99 mm Hg y solo un 3.5% en etapa 3, que contempla cifras tensionales ≥ 180 mm Hg o ≥ 110 mm Hg.

Tabla 2: Distribución porcentual y numérica de presión arterial de la muestra según Grupo etáreo Adulto, utilizando la clasificación de la Guía Clínica de Hipertensión 2005

Presión arterial	frecuencia	Porcentaje
Hipertensión etapa 1	33	37.5%
Hipertensión etapa 2	13	14.8%
Hipertensión etapa 3	3	3.4%
Normal	39	44.3%
Total	88	100%

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En la tabla 2 se puede apreciar que la muestra del grupo etáreo adulto hipertenso, esta catalogado en gran porcentaje en etapa 1 de hipertensión, con un 37.5% (PAS 140-159 mm Hg o PAD 90-99 mm Hg), siendo el mayor porcentaje según grupo etáreo, además de componerse de un 14.8% de personas en etapa 2 (PAS 160-179 mm Hg o PAD 100-109 mm Hg).

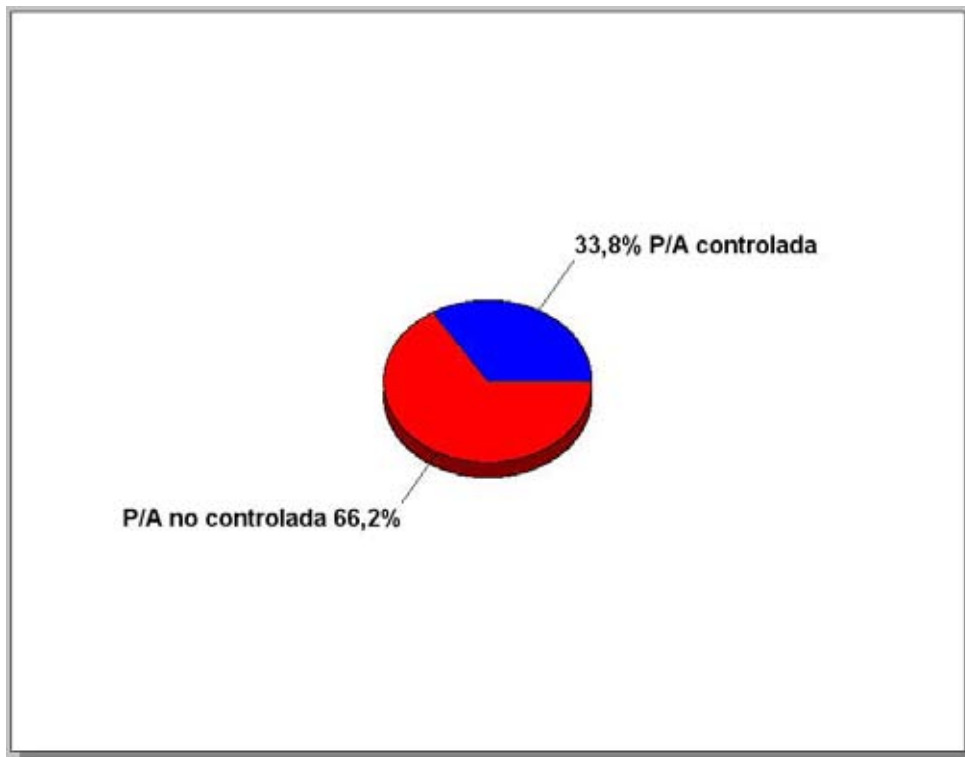
Tabla 3: Distribución porcentual y numérica de presión arterial de la muestra según el Grupo etáreo Adulto Mayor utilizando la clasificación de la Guía Clínica de Hipertensión 2005.

Presión arterial	frecuencia	Porcentaje
Hipertensión etapa 1	12	22.2%
Hipertensión etapa 2	4	7.4%
Hipertensión etapa 3	2	3.7%
Normal	36	66.7%
Total	54	100%

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el cuadro 3 se observa que la muestra del grupo etáreo adulto mayor hipertenso, presenta un gran porcentaje de individuos con presión arterial bajo los rangos de normalidad (66.6%), también se observa una mayoría importante en la etapa 1 de hipertensión, con un 22.2% (PAS 140-159 mm Hg o PAD 90-99 mm Hg), un 7.7% en etapa 2 y un (3.7%) en etapa 3 (PAS \geq 180 mm Hg o PAD \geq 110 mm Hg).

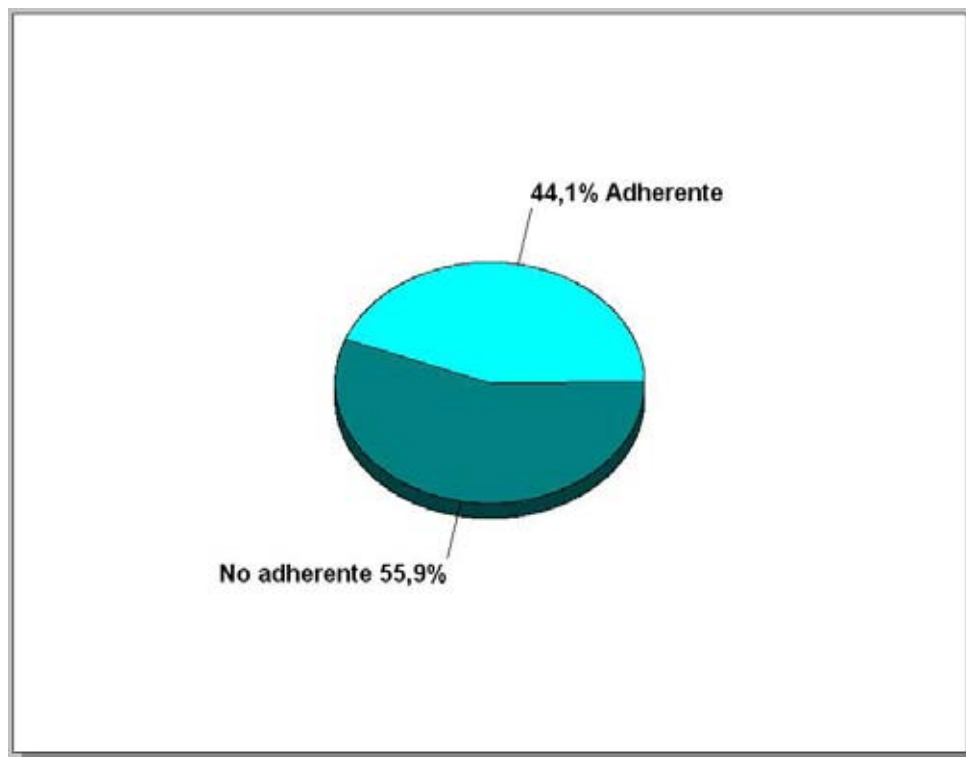
Gráfico 3: Distribución porcentual de control de la presión arterial (Presión arterial < 130/85 mm Hg) en la población estudiada según el REM 4 del Ministerio de Salud.



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 3 se observa el predominio de cifras tensionales no controladas con un 66.2% de la muestra y solo un 33.8% de la población presenta presión arterial controlada.

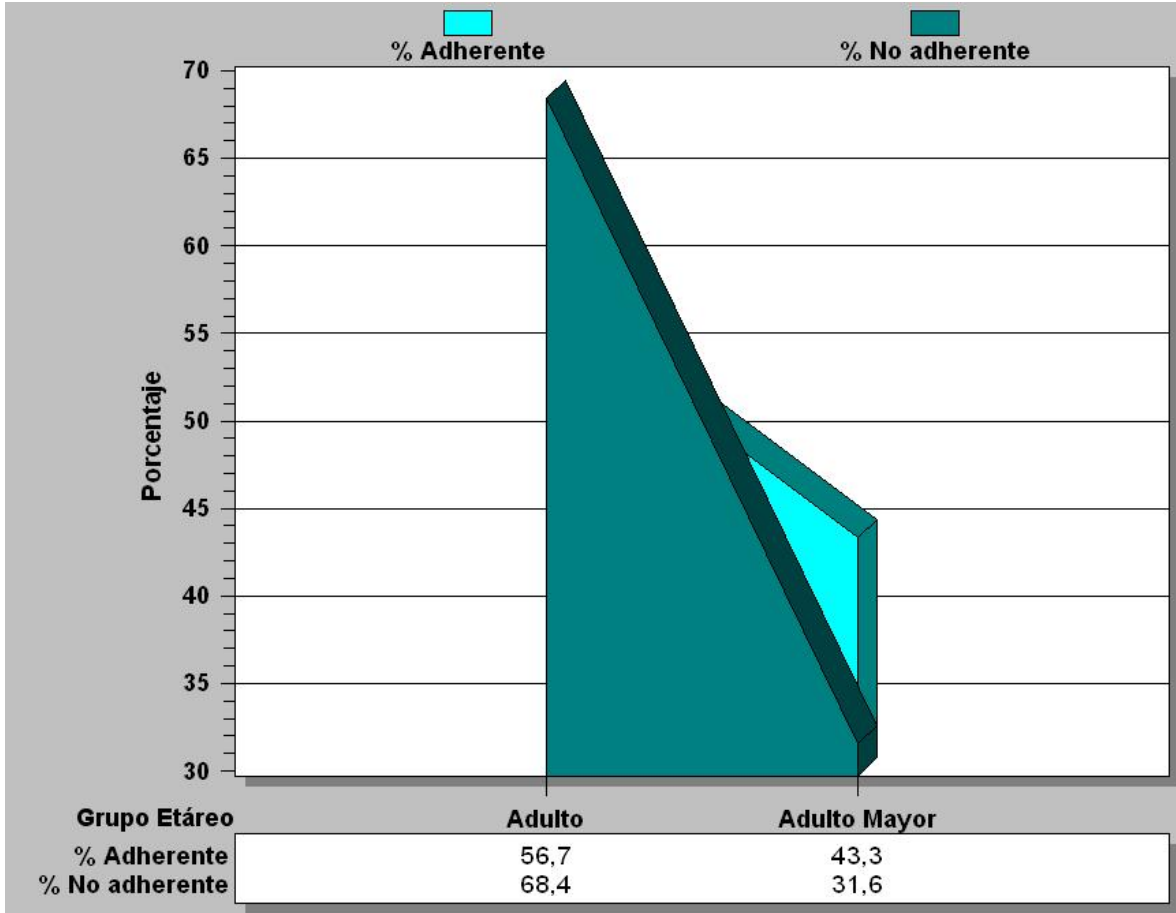
Gráfico 4: Distribución del porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 4 se observa que la población estudiada es predominantemente no – adherente al tratamiento farmacológico, con un 55.9%, mientras que sólo un 44.1% se consideró adherente.

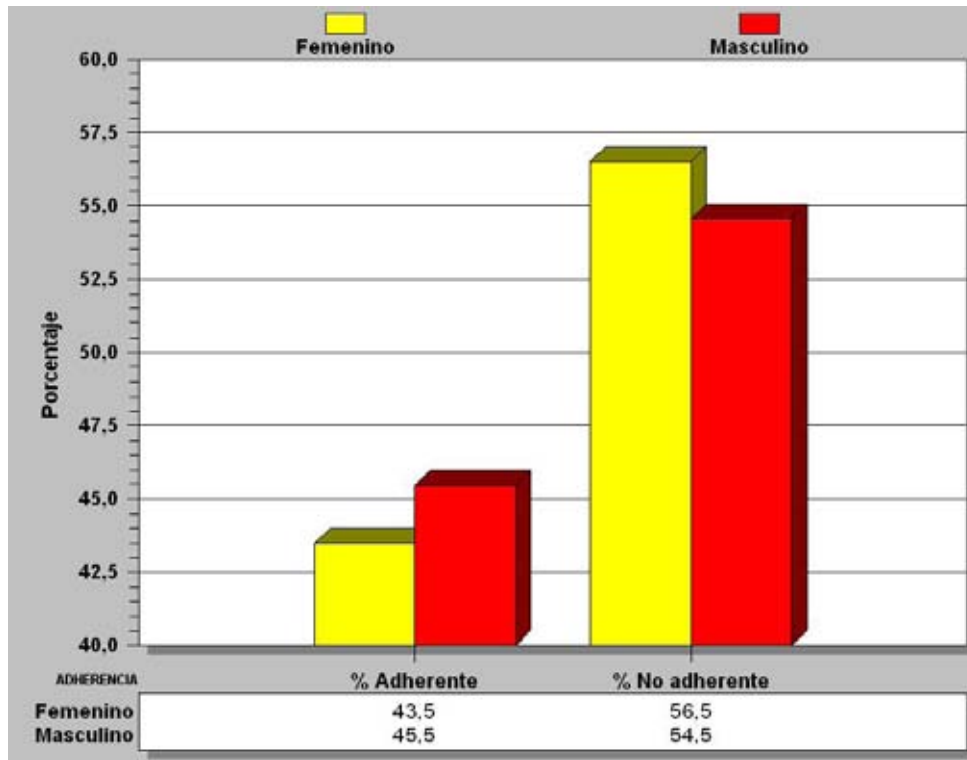
Gráfico 5: Distribución porcentual de adherencia según grupo etáreo



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico de área número 5, se destaca visual y numéricamente que dentro de la población adulta hay un mayor porcentaje de pacientes no adherentes (68.4%), respecto a aquellos adherentes, a diferencia de la población adulta mayor, que tiene un mayor porcentaje de pacientes adherentes (43.3%).

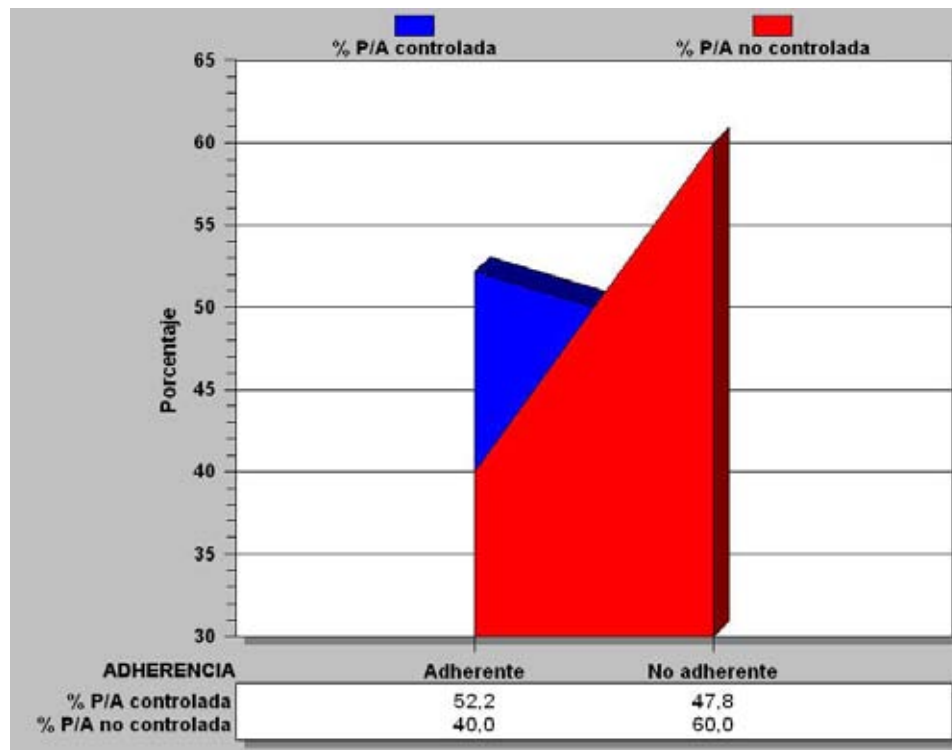
Gráfico 6: Distribución de la adherencia según sexo



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén

En el gráfico 6 se observa que la no adherencia en el sexo femenino es más marcada que en el sexo masculino, representado con un 56.5% de la muestra.

Gráfico 7: Distribución porcentual de adherencia según control de la Presión Arterial



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico de área número 7, podemos observar que la población adherente se compone de un mayor porcentaje de pacientes con presión arterial controlada (60%) versus la población no adherente, que se constituye de un mayor porcentaje de pacientes con presión arterial no controlada (52.2%).

Tabla 4: Distribución porcentual de respuestas según Test Morisky–Green-Levine

Preguntas Test Morisky–Green	Respuestas	Respuestas
Distribución porcentual de respuestas en la pregunta número 1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA? del Test Morisky–Green-Levine	41.2% Respondió SI	58.8% Respondió NO
Distribución porcentual de respuestas en la pregunta número 2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación? del Test Morisky–Green-Levine	25% Respondió SI	75% Respondió NO
Distribución porcentual de respuestas en la pregunta número 3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos? Del Test Morisky–Green-Levine	22.1% Respondió SI	77.9% Respondió NO
Distribución porcentual de respuestas en la pregunta número 4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas? Del Test Morisky–Green-Levine	16.2% Respondió SI	83.8% Respondió NO

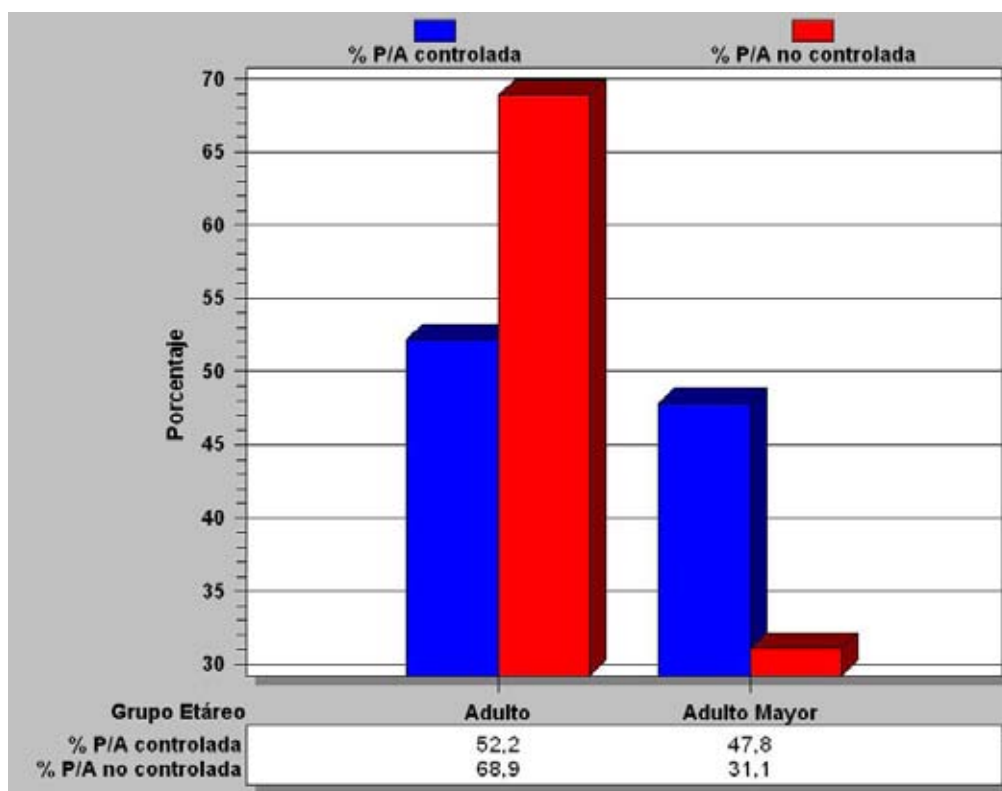
FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En la tabla 4 se observa la distribución porcentual de respuestas obtenidas como resultado de la aplicación del Test Morisky–Green-Levine, el cual posee dos posibles respuestas: Si (indicadora de no adherencia) y No (indicadora de adherencia).

Las respuestas afirmativas (SI = No Adherencia) se concentraron mayoritariamente en la pregunta número 1 con un 41.2%, indicando al olvido como la causa más frecuente de no adherencia farmacológica. Además la respuesta negativa más comunicada (NO = Adherencia) se encuentra representada por la respuesta número 4, indicadora de que las reacciones adversas al medicamento, afectan en menor medida en la no adherencia con un 83.8%.

Además hay que dejar claro que pesar de la baja cantidad de respuestas positivas representadas en estos resultados, solo se necesita una, para ser indicadora de no adherencia, es por esta situación que se expresa una alta frecuencia de conducta no adherente en la población analizada.

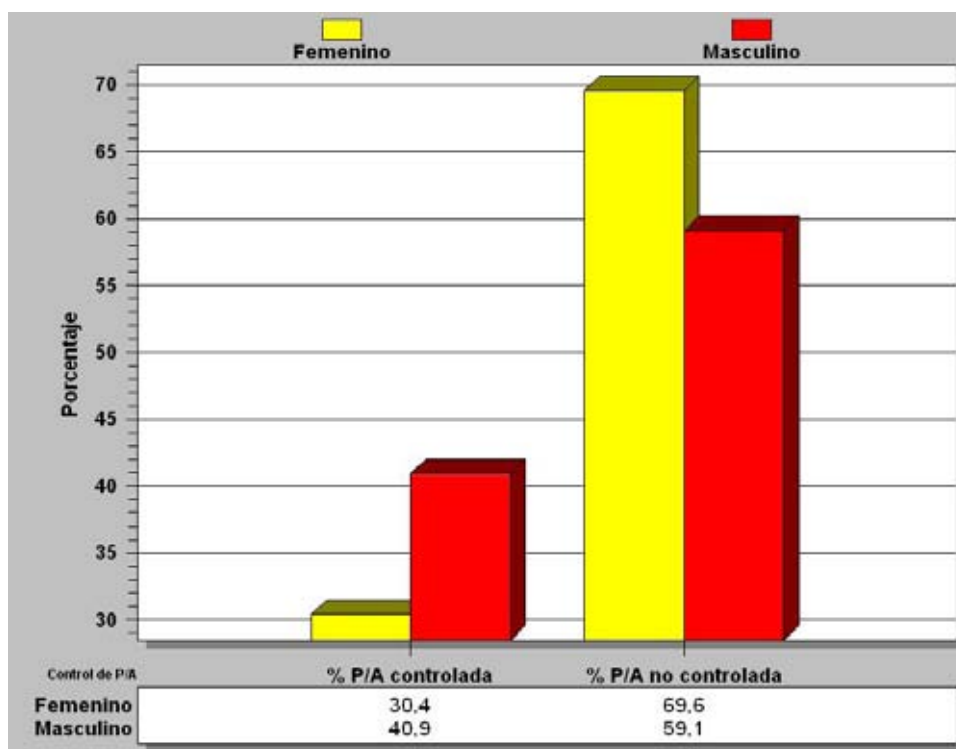
Gráfico 8: Distribución porcentual del control de Presión Arterial según grupo etáreo.



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 8 se demuestra que dentro de la población adulta, se encuentra el mayor porcentaje de pacientes con presión arterial no controlada (68.9%), a su vez el grupo etáreo adulto mayor presenta un índice mayor de control de sus cifras tensionales en comparación con el grupo de individuos no controlados dentro del mismo grupo.

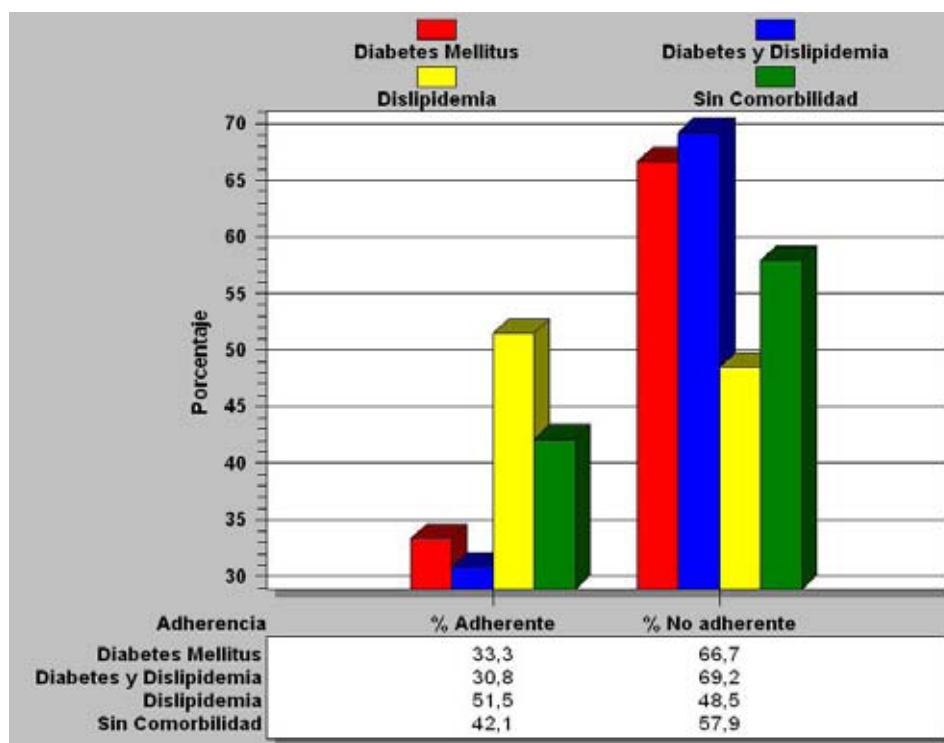
Gráfico 9: Distribución porcentual del control de Presión Arterial según sexo



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico número 9 se destaca que dentro del grupo dominante numéricamente (presión arterial no controlada) el sexo femenino es el que presenta el mayor porcentaje de individuos con un 69.6% del total de mujeres contra un 59.1% del total de hombres.

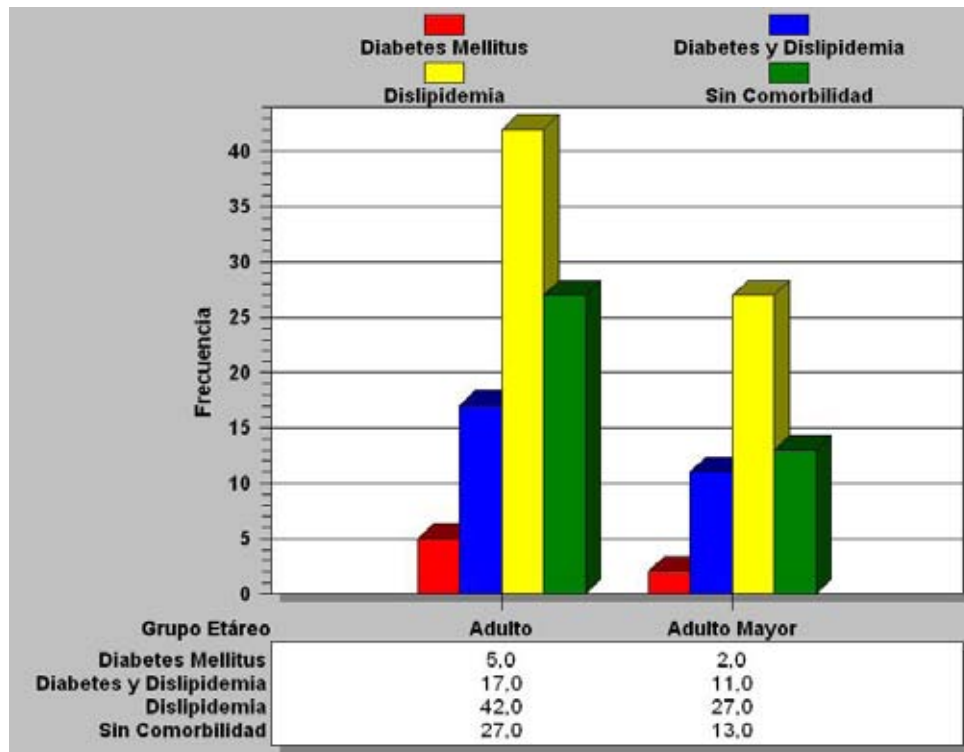
Gráfico 10: Distribución de adherencia en presencia de comorbilidades cardiovasculares



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 10 se puede observar que dentro de la muestra seleccionada, la población clasificada como adherente exhibe un menor porcentaje de comorbilidades cardiovasculares presentes, a diferencia de la población no adherente, en la cual se observa una significativa asociatividad entre comorbilidad y no adherencia, dentro de esto se destaca que la diabetes mellitus en conjunto con dislipidemia representan la comorbilidad cardiovascular más frecuente con un 69.2% dentro del grupo no adherente.

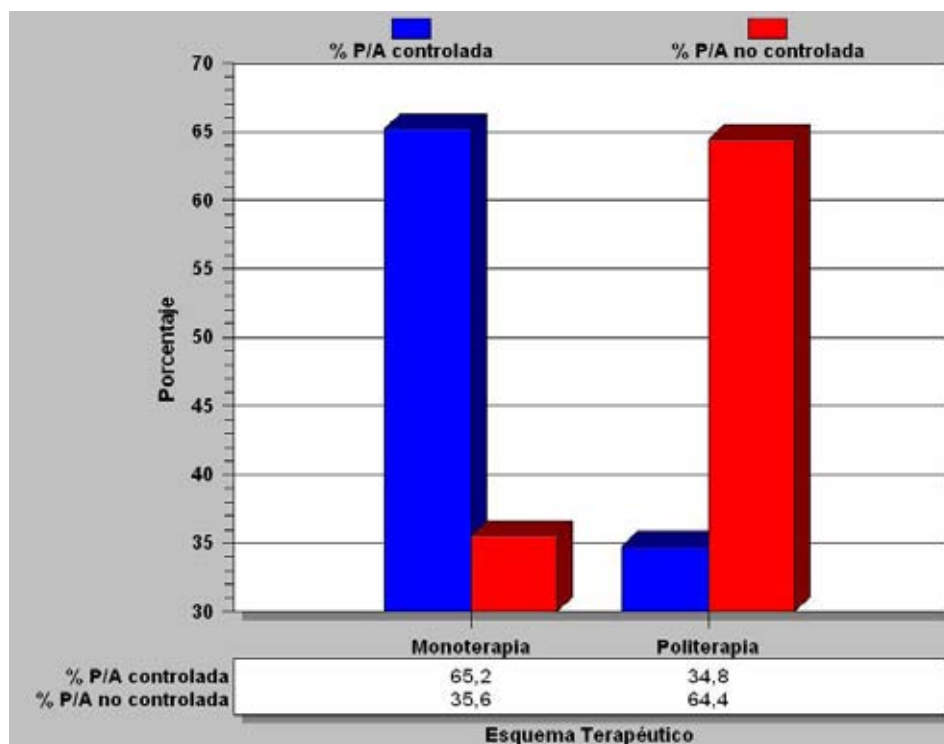
Gráfico 11: Frecuencia de comorbilidades cardiovasculares según grupo etáreo



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

De él gráfico 11 se concluye que la comorbilidad más característica dentro de los dos grupos etareos, es la dislipidemia, con 42 personas que la padecen dentro del grupo adulto y 27 personas del grupo adulto mayor. Además es destacable que la distribución grafica de las comorbilidades es relativamente similar entre ambos grupos etáreos. Tomando lo anterior en cuenta la dislipidemia es seguida en frecuencia a la población sin comorbilidad cardiovascular, luego la diabetes mellitus asociada a dislipidemia y por último la diabetes mellitus.

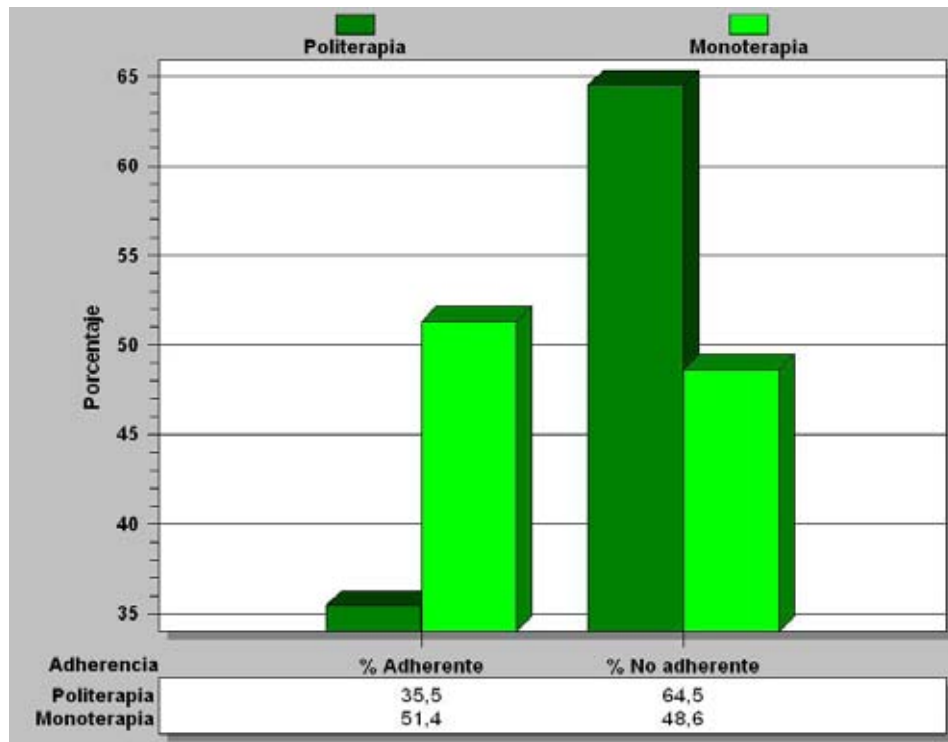
Gráfico 12: Distribución porcentual del control de la Presión Arterial (P/A < 130/85 mm Hg) según esquema terapéutico



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 12 se observa que el mayor porcentaje de pacientes que no presentan control de su presión arterial está bajo un esquema terapéutico de politerapia con un 64.4%, a diferencia de los pacientes con esquema terapéutico de monoterapia, que solo presentan solo un 35.6% de no control de las cifras tensionales.

Gráfico 13: Distribución porcentual de la adherencia según esquema terapéutico



FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital de Chaitén 2005.

En el gráfico 13 se observa que dentro de la población No Adherente, hay más pacientes con esquema terapéutico de politerapia, representando un 64.5% del total, en cambio, la población adherente se encuentran formada por un 51.4% de pacientes en esquema terapéutico de monoterapia y solo un 35.5% con esquema de politerapia.

6.- DISCUSION

Dentro de las amplias circunstancias en las que la Salud como entidad debe emplazar esfuerzos, se encuentra la problemática de la hipertensión, pero más aún la medición y el proceso de mejoramiento de la adherencia terapéutica, que es uno de los aspectos más destacados en la actual mirada sanitaria global. Este reciente enfoque viene a complementar una de las falencias más importantes de la salud pública, que se relaciona con un escaso trabajo participativo e interdisciplinario, que es ostensible hasta tiempos actuales. Este nuevo enfoque posee características holísticas, en donde se contempla la heterogénea particularidad del ser humano y se da real importancia a emprender acciones más integrales tanto en los tratamientos médicos como en los métodos de prevención y promoción de la salud.

A partir de una contemplación detallada de los resultados obtenidos por medio de esta investigación, podemos afirmar que la muestra estudiada corresponde mayormente al sexo femenino, con un promedio de edad de 58 años, y que el porcentaje de personas dentro del grupo etáreo adulto, es mayor en comparación a la del adulto mayor, lo que es concordante con la distribución de los grupos etáreos en Chile. Al complementar estos datos entre sí, se forma una imagen de esta muestra de personas, la cual está constituida en forma predominante por pacientes adultos, en edad productiva, con lo que se puede deducir que un substancial número de personas estará expuesto a una enfermedad crónica que seguirá interviniendo en su vida por largo tiempo más.

En la categoría de adherencia se observa que la muestra se proyecta como una población poco adherente al tratamiento farmacológico, con un 44.1% del total. Si se compara con los resultados de otras investigaciones tomadas como fundamento por la OMS en este tema, se enuncia como una realidad compartida por la mayoría de los países del mundo, en donde los porcentajes de adhesión a los fármacos antihipertensivos tienen una variación entre el 50 y 70 %. Se deduce también que según sexo, el femenino es superior en forma porcentual al masculino en conducta no adherente. Cabe destacar que al relacionar las variables de adherencia y el control de la presión arterial se obtiene que un 60% la presión arterial no controlada está vinculada con la no adherencia.

Por otro lado, gracias a las tablas de clasificación según magnitud de cifras de presión arterial de las Guías Clínicas de Hipertensión en mayores de quince años del Ministerio de Salud del año 2005 que rigen los parámetros de aplicación actual, se rescata que el porcentaje más importante de esta población, un 31.6% está clasificado en la etapa 1 (PAS 140-159 mm Hg o PAD 90-99 mmHg), en menor medida en la etapa 2 con un 12% (PAS 160-179 mm Hg o PAD 100-109 mm Hg) y un porcentaje muy pequeño en la etapa 3 con un 3.5% (PAS \geq 180 mm Hg o PAD \geq 110 mm Hg). Lo más representativo de estos

resultados, es que no existen mayores diferencias porcentuales entre los grupos etáreos Adulto y Adulto Mayor, pero si cabe mencionar que solo existe un 52.9% de población con cifras dentro del rango de normalidad, esto sin considerar lo importante que es tener cifras de control de presión arterial que tiene parámetros más exigentes para el individuo.

Para entender la importancia de los datos anteriores, es necesario recordar que esta población esta bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo y que las cifras tensionales que se recomiendan para un adecuado control de esta patología, independiente de la etapa y del riesgo cardiovascular es 130/85 mm Hg, lo que difiere en forma importante de la etapa uno de clasificación utilizada en este estudio. Además la bibliografía confirma que con aumentos en 20 mm Hg de la presión arterial sistólica y 10 mm Hg en la diastólica sobre cifras de 115/75 mm Hg duplica el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, lo que arroja como resultado que un número importante de la población ha aumentado sustancialmente su riesgo de fallecer por patologías de origen cardiovascular.

A través de los resultados obtenidos por el Test de Morisky-Green-Levine en una distribución porcentual según las respuestas, se ve que el olvido es uno de los mayores determinantes en la no adherencia a los tratamientos farmacológicos, lo que indica que uno de los aspectos implícitos de la individualidad en cómo la persona asimila para sí el tratamiento esta poco desarrollado y muy vulnerable. También prepondera gracias a los resultados del Test, que los efectos adversos a los medicamentos tienen la menor relación con la no adherencia, elemento que algunos estudios hacen responsable del fenómeno en cuestión.

Según la determinación de el buen y mal control de presión arterial utilizando como referencia a los 130/85 mm Hg, exigidos en el REM 4 por el Ministerio de salud, se obtiene un predominio de un 66.2% de cifras de presión arterial no controlada. Cifras muy acordes a lo que hace mención la OMS, en donde advierte que muchos países a pesar de contar con tratamientos eficaces y de tener a sus pacientes bajo esquemas farmacológicos antihipertensivos, logran menos del 25% de la presión arterial óptima. Esto a futuro se traduce en intervenciones de tipo curativo-paliativas por la alta repercusión en el estado de salud de las personas y al mismo tiempo en un mayor gasto sanitario por las múltiples implicancias del tema, mayores inversiones, más hospitalizaciones, etc.

La presencia de comorbilidades es mayor en la población no adherente. Según la frecuencia, la Patología más característica es la Dislipidemia y en un porcentaje muy menor la Diabetes Mellitus, lo que se asemeja a las cifras de prevalencia de factores de riesgo de la población Adulta, que fue reflejada por la primera encuesta Nacional de Salud del año 2003. La presencia de comorbilidad se asocia a tratamientos más complejos y a mayores exigencias en los cambios de hábitos de vida, además de un mayor compromiso del paciente hacia su terapia, destacándose la importancia de la conducta del paciente con su tratamiento y del múltiple apoyo que debe recibir para fomentar una conducta saludable.

Los esquemas terapéuticos mostraron tener una relación inversa entre el número de fármacos y el grado de adherencia, obteniéndose un 64.5% de población no adherente que se encontraba bajo un régimen de politerapia, concordando con ciertas investigaciones al respecto, como la realizada por Homedes N., Ugalde A. en el año 1994 que relacionaron el número de fármacos tomados diariamente por los pacientes crónicos y la adherencia farmacológica. También se asocio un 65.2% de presión arterial controlada con un régimen de monoterapia.

7.- CONCLUSIONES

Es importante recalcar que uno de los principales hallazgos en esta investigación esta relacionado con la escasa adherencia terapéutica, más de la mitad de las personas bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo se consideran no adherentes según lo expuesto por el Test, conjuntamente esto se asocia a un importante número de personas que no poseen cifras de control de la presión arterial, que se establecen como lo ideal bajo 130/85 mm Hg.

Así bien estos resultados reflejan individualmente un relación con la adherencia terapéutica, no se puede especular ni dar afirmaciones sobre la exactitud de las correspondencia entre uno y otros, solo se pueden desplegar ideas a partir de la multiplicidad de variables que se conjugan y determinan este fenómeno, ya que el sesgo que se revela es muy grande por la variabilidad implicada, la que es imposible de determinar y no tiene importancia de aplicabilidad ni objetivo relacionado con esta investigación.

A través del análisis comparativo entre los resultados de la investigación y la bibliografía escogida, se revela una enorme diversidad de factores que se vinculan con la adherencia terapéutica, como lo son la presencia de comorbilidades, el esquema farmacológico de politerapia, el olvido de tomar los medicamentos, los mitos culturales, el nivel sociocultural, etc... Es importante mencionar que existen más variables que se han demostrado afectan a este fenómeno, con lo que se forman múltiples dimensiones, ya desde un plano personal como también cultural y técnico, que no se evaluaron por la complejidad e irrelevante elaboración que esta tendría.

Cabe mencionar que a raíz de los datos revelados por este estudio se desprende necesariamente una valorización de este fenómeno en la actualidad, del como incide la adherencia terapéutica en múltiples aspectos psicosociales y como estos también la afectan, en un proceso de retroalimentación negativa, que por ser un proceso continuo, variable e individual, no se puede realizar un perfil del adherente, sino más bien, un perfil del profesional sanitario, el cual desarrolle herramientas propias para poder afrontar esta problemática. La pluralidad de abordaje es amplia, y requiere que los profesionales sanitarios se inserten en una metodología más participativa entre las diferentes profesiones, como lo que ocurre con la orientación de la salud familiar, que se esta implementando principalmente en el sector primario de atención sanitaria de nuestro país.

Para Enfermería esta investigación nos enfrenta a un gran desafío sanitario. Las repercusiones que se engendran desde esta complicación son muy numerosas y hay que

afrontarlas efectivamente. El Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) calcula que hay cerca de doce millones de profesionales de enfermería en todo el mundo, y teniendo una adecuada comprensión de la dinámica de adherencia terapéutica, nos constituye como una fuerza formidable para abatir a esta problemática y producir así adelantos necesarios para la salud mundial.

De esta investigación además se extrapola que nuestras intervenciones deben ser innovadoras, participativas y críticas para esta problemática, ya que las razones de no adherencia terapéutica nacen principalmente de características intrínsecas de las personas, como lo son su cultura, su escolaridad, su carácter, entre otras, esto además de hacernos ver cuales son las barreras que debemos afrontar como profesionales, nos permite vislumbrar la complejidad de la tarea, ya que la principal meta de adherencia terapéutica debe ser el enseñar al enfermo crónico a vivir con su enfermedad, una vez logrado esto se podrá superar la tasa de no adherencia y contribuiremos a mejorar no sólo niveles tensionales, sino la calidad de vida de cada individuo sometido a estos tratamientos.

Por otra parte a razón de esta investigación nace una inquietud interna, la cual es que debemos evaluar constantemente nuestro actuar profesional, determinando tres pilares fundamentales de cualquier acción en salud: efectividad, eficacia y eficiencia de todas las actividades que realizamos. Esto sin desmerecer el trabajo que realizan cotidianamente todos los profesionales, pero si ser objetivos con el hecho de que la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga mundial de las enfermedades crónicas y los resultados continúan siendo negativos. La educación e individualización de la terapéutica deben ser el fundamento de nuestro continuo accionar y de una propicia actitud como Enfermeros y Enfermeras, lo cual aportará a la salud, no sólo la toma de antihipertensivos, sino la continua retroalimentación y relación entre el profesional sanitario y el paciente, coadyuvando a la confianza, la participación activa y el mutuo entendimiento entre ambas partes, lo cual hasta hoy ha sido una necesidad en creciente demanda.

PROYECCIONES PARA ENFERMERIA

Las proyecciones que este estudio otorga a la profesión de enfermería, son sin duda principalmente dirigidas hacia una mejor comprensión de los factores desencadenantes del mal seguimiento de los tratamientos farmacológicos en general, y aún más si lo extrapolamos a la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. Estas últimas, son evidentemente, un complejo problema de salud, tanto en Chile, como en el mundo entero, lo cual nos invita a la realización de investigaciones que evidencien y propongan mejoras en las estrategias de abordaje ante este tipo de pacientes, que se destacan en su mayoría por tener baja adherencia a los tratamientos, por ser difíciles de captar y mantener bajo el alero de los profesionales de salud, pero por sobre todo porque no asumen su enfermedad como parte de su vida y como una responsabilidad dentro de esta misma.

La presente investigación no sólo nos aclara cuáles son los puntos claves para lograr una mejor adherencia terapéutica, sino que también hace un llamado a la conciencia en salud, es decir, nos propone una crítica constructiva sobre nuestro propio quehacer como profesionales, especialmente tomando en cuenta que nuestra profesión es holística e integral, que el ser humano es parte cuerpo, parte alma y parte espíritu y que por ende, son estas tres esferas las que como enfermeros debemos tomar a la hora de evaluar y proporcionar atención en salud.

Sin duda, este estudio propone realzar nuestros esfuerzos en el rol de investigación, que por mucho tiempo ha permanecido adormecido y opacado, pero es menester elevarlo, ya que como aquí se demuestra, hay mucho que podemos hacer si contamos con las herramientas y los conocimientos adecuados. Por otra parte, la intervención de enfermería dentro de su rol asistencial y educativo tiene importante relación con los resultados de este estudio, ya que al comprobar las causales de baja adherencia terapéutica nos proporciona la solución, que con nuestra habilidad y compromiso, podemos implementar. Dentro del rol administrativo, esta investigación no sólo nos proporciona los conocimientos para implementar nuevos cambios en el sector primario de salud, sino que nos da pie para crear nuevas estrategias locales, que pueden variar según los factores culturales, sociales y personales que van comprometiendo la adherencia terapéutica, con el fin de lograr la administración eficiente de los recursos disponibles de cada establecimiento a cargo de enfermeros, como suele suceder con los CESFAM.

Por último, se debe recalcar, que esta investigación tiene un significado muy relevante, en especial para el sector primario de salud, es decir, consultorios, postas, etc., ya que los controles de pacientes con enfermedades crónicas se realiza en dichos establecimientos y esta a cargo en un 80% del equipo de enfermería, cuya responsabilidad es fundamental y decisiva. Esto quiere decir que si como enfermeros no logramos adherir

integralmente al paciente al programa de crónicos y no captamos a los rezagados, resistentes y no realizamos un control exhaustivo, con una anamnesis completa y de calidad, no comprenderemos lo que esta tesis intenta descubrir, que es en definitiva, que la baja adherencia terapéutica es un hecho, una realidad y un reto y que sus causas están a nuestro alcance y frente a nuestros ojos.

8.- BIBLIOGRAFÍA.

1. **BEREGOVIC J; J. MERUANE; H NOGUERA. 1996.** *Cardiología Clínica. Visual Ediciones, Santiago de Chile*, pp. 175-180.
2. **DRACUP A.; MELEIS A.J. 1982.** “Compliance: an interactional approach”. *Nursing Research* 31, 31-36.
3. **ESCOBAR C.; SOTRITS P.; PERUGA A.; SILVA N.; VIVES A.; ROBLES S. 2000.** “Mitos sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en América latina”. *Salud Pública de México.* 42: 56-64
4. **FODOR G. 2005.** “Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international Central-European Study”. *Journal of Hypertension.* 23:1261-1266
5. **HAYNES, R.B. 1978.** Introducción. In: “Compliance in health care”. *Johns Hopkins Press, Baltimore, MD*, pp. 1-18.
6. **HOMEDES N.; UGALDE A. 1994,** “¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Boletín Oficina Sanitaria Panamá.* 116:491-517.
7. **INGARAMO R. 2005.** “Estudio Nacional sobre la adherencia al Tratamiento (ENSAT)”. *Revista Argentina Cardiología.* 34: 104-111.
8. **KYNGAS H.; M. DUFFY T. KROLL. 2000.** “Conceptual Analysis of compliance”. *Journal of Clinical Nursing* 9:5-12.
9. **KUNSTMANN S. 2005.** “Epidemiología de la hipertensión arterial en Chile”. *Revista médica Clínica Las Condes* 16:44-47.
10. **MASIAS I., 1998.** “Programa Nacional de Prevención, Diagnostico, Evaluación y Control de la Presión Arterial”. *Ministerio de salud Publica, República de Cuba* 6-7

11. **MORENO E.; GIL J. 2003.** “El Modelo de Creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa”. **Revista Internacional de Psicología y terapia Psicológica.** 3:91-109.

12. **OSTERBERG L; T. BLASCHKE. 2005.** “Adherence to medication”. **New England Journal of Medicine** 353:487-97.

13. **ROESSLER E. 2005.** “Enfoque del paciente hipertenso por el medico no especialista”. **Boletín Oficial Sociedad Chilena de hipertensión,** 14:5.15.

14. **SABATE E. 2004.** “Adherencia a los tratamientos a largo plazo”. Génova: Organización Mundial de la Salud. (En línea: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-pubs.htm). Visitada 01/09/05.

15. **ZENDHER C. 2005.** “Epidemiología de la hipertensión arterial en Chile”. **Revista médica Clínica Las Condes** 16:44-47

9.- ANEXOS

Ítem I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado (a) por el Sr. José Alejandro Tapia Muñoz, egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que desarrolla un trabajo de investigación en la zona, acerca de la Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos antihipertensivos.
2. Permito que el Sr. Tapia utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que el Sr. Tapia tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Firma

Chaitén, ____ de Octubre, 2005

Ítem II: Llenado desde ficha clínica:

1.	Sexo:	
2.	Edad:	
3.	Grupo étnico:	
4.	Presión arterial:	
5.	Control de presión arterial:	
6.	Esquema Terapéutico utilizado:	
7.	Comorbilidad Cardiovascular:	

Item III Test Morisky-Green-Levine

Preguntas	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?		
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		

Adherente	SI	NO
Resultado:		