



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D. F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

“PRINCIPALES FACTORES DE FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN EN LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO”

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI

ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E

INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

ASESOR METODOLÓGICO

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS

MEDICO FAMILIAR

DRA. ELISA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 33 IMSS

MÈXICO,DF,

2010





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA ENRIQUEZ NERI MONICA

MÉDICO FAMILIAR

**ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO"**

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR
No. 33 "EL ROSARIO"**

DRA. MORELOS CERVANTES MARIA DEL CARMEN

**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33**

DRA. SANCHÉZ CORONA MONICA

MÉDICO FAMILIAR

**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF No 33**

DRA. GONZÁLEZ MARTÍNEZ ELISA

**MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO EN EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICNA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO"**

INDICE.

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES.	6
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	66
ANEXOS	68
BIBLIOGRAFIA	73

Enríquez N. M., Arvizu I.R., González M. E. **Principales factores de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la unidad de medicina familiar No 33 " El Rosario"**. IMSS. Tesis. México D.F: UMF No.33, IMSS; 2010.

Introducción: El incumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial sistémica (HTA) aumenta la gravedad y acorta la vida de muchos pacientes. Si se considera que el paciente hipertenso ha acumulado creencias, costumbres y hábitos durante la enfermedad, el conocimiento de estos factores aumenta los recursos y estrategias de los especialistas para mejorar el cumplimiento de los programas terapéuticos y de salud indicados. **Objetivo:** Determinar los principales factores de apego al tratamiento en pacientes con HTA tratados con losartan y valsartan en la UMF 33 El Rosario. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo, no probabilístico en derechohabientes de la consulta externa, de 6 meses a 5 años de evolución tratados únicamente con losartan y valsartan, edad de 25 a 70 años, ambos sexos. Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario para recabar información sobre características socio demográficas e identificando adherencia terapéutica a través del test de Morisky-Green, conocimiento de la enfermedad utilizando el test de batalla, auto cumplimiento con el test de Haynes-Sackett y estado socioeconómico con la encuesta AMAI. **Resultados:** Se aplicó un cuestionario a 379 hipertensos con un rango de edad de 25 a 70 años. Se encontró el 80% con conocimiento y 20% la desconocen, 12% con adherencia al tratamiento y 88% sin adherencia y 46% con auto cumplimiento, mientras 54% no. **Conclusiones:** La aceptación de la HTA por parte del paciente, se asocia con una mejoría en la calidad de vida y apego terapéutico.

Palabras clave: conocimiento, auto cumplimiento, hipertensión arterial, losartan, valsartan, adherencia.

INTRODUCCIÓN.

La mayor incidencia de enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial (HSA) fundamentalmente está asociada a bajos niveles de calidad de vida debido a la creciente longevidad, que es un proceso que exige adaptar una terapia sistemática, basada en cambios drásticos de estilos de vida. Si se considera que el adulto mayor hipertenso ha acumulado creencias, costumbres y hábitos durante, al menos, 60 años, cuyo resultado es la enfermedad, surgió la necesidad de estudiar qué es lo que determina la adopción de una conducta terapéutica cumplidora cuando se ha diagnosticado HAS. El incumplimiento terapéutico, contrariamente, aumenta la gravedad y acorta la vida de muchos pacientes. Investigar esta conducta es importante porque el control de la enfermedad a escala mundial oscila sólo entre 10 y 25% y entre los factores principales de esta situación, está el incumplimiento fármaco-terapéutico, aspecto crítico, si pensamos en la cadena del medicamento: elaboración-prescripción/indicación-dispensación-consumo, porque no ingerir el fármaco, significa anular todo el esfuerzo anterior. Estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados, es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (toma de medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional). Debido a la alta prevalencia en el descontrol de la hipertensión arterial en nuestra institución y en nuestra unidad de medicina familiar número 33, resulta importante identificar los principales factores de falta de apego al tratamiento en pacientes hipertensos tratados con losartan y valsartan, no solo enfocarnos en el tratamiento médico, dieta y ejercicio si no, en la relación del conocimiento de la enfermedad, así como la adherencia y el autocumplimiento del tratamiento con factores socio-demográficos; permitiéndonos hacer mayor énfasis en dichos factores, obteniendo así mayores resultados en el control de la enfermedad y una disminución en los costos económicos, internamientos y complicaciones. Disminuyendo a largo plazo la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial sistémica.

ANTECEDENTES.

La mayor incidencia de enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial (HTA) fundamentalmente está asociada a bajos niveles de calidad de vida debido a la creciente longevidad, que es un proceso que exige adaptar una terapia sistemática, basada en cambios drásticos de estilos de vida. Si los adultos mayores hipertensos cumplen la terapia e idealmente, eliminan factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo u obesidad), pueden reducir la tasa de complicaciones y prolongar la sobrevivencia. El incumplimiento terapéutico, contrariamente, aumenta la gravedad y acorta la vida de muchos pacientes¹. Si se considera que el adulto mayor hipertenso ha acumulado creencias, costumbres y hábitos durante, al menos, 60 años, cuyo resultado es la enfermedad, surgió la necesidad de estudiar qué es lo que determina la adopción de una conducta terapéutica cumplidora cuando se ha diagnosticado HTA. Investigar esta conducta es importante porque el control de la enfermedad a escala mundial oscila sólo entre 10 y 25% y entre los factores principales de esta situación, está el incumplimiento fármaco-terapéutico, aspecto crítico, si pensamos en la cadena del medicamento: elaboración-prescripción/indicación-dispensación-consumo, porque no ingerir el fármaco, significa anular todo el esfuerzo anterior^{1,2}.

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática, que tiene múltiples repercusiones para la salud, que genera altos costos económicos para entidades prestadoras de los servicios de salud y que requiere de los pacientes cambios permanentes y un compromiso activo con el tratamiento una vez diagnosticados e informados de su enfermedad³. Se estima que mundialmente 691 millones padecen hipertensión arterial⁷. Actualmente 7.1 millones de personas mueren como resultado de la tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, una de las primeras causas de incapacidad, principal motivo de consulta médica, de mayor uso de medicamentos y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social^{3,4}. La frecuencia de la hipertensión arterial (HSA) aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población la padece^{5,6}. La OMS estima que entre 10 y 30 % de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial y entre 50 y 60 % tendría una mejor calidad de vida si se redujera sus cifras tensionales^{7,8}. En México la HAS para el año 2002 ocupó la 9ª causa de muerte en la población general, con un total de 10, 696 muertes, con tasa de 10.38 defunciones por cada 100, 000 habitantes³. Según el CENSO de población y vivienda 2000, habían 49.7 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años, de los cuales 15.16 millones (30.05%) fueron hipertensos. Tomando a la tasa más baja de mortalidad por HAS (1.5%), significó que en el año 2000 ocurrieron 227,400 muertes atribuibles a HAS y por lo tanto potencialmente prevenibles. En otras palabras, una muerte cada 2 minutos. Si bien a este

número de muertes potenciales hay que restar el 14.6% de pacientes hipertensos controlados, la cifra se reduciría a 194,199, es decir una muerte cada 3 minutos. El objetivo fundamental del tratamiento no sólo debe ser dirigido a normalizar las cifras tensionales de acuerdo con las co-morbilidades del paciente: a menos de 140/90mmHg. Paralelamente se deben corregir todos los factores de riesgo^{10,11}, pues incluso, una vez controlados, los pacientes hipertensos continúan teniendo mayor probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria que los normotensos, pese a alcanzar el mismo nivel de presión arterial. La elección del fármaco es el elemento crucial de la prescripción, debiéndose tomar en cuenta diversos factores, particularmente la experiencia previa del paciente con antihipertensivos, su capacidad de adherencia, el menor número de pastillas posible, el costo y la presencia de comorbilidades⁹.

La delimitación de los factores que se relacionan con la adherencia terapéutica resulta algo compleja. El conocimiento de estos aumenta los recursos y estrategias de los especialistas para mejorar el cumplimiento de los programas terapéuticos y de salud indicados a sus pacientes. Los factores más estudiados, como las características demográficas y socio culturales de los pacientes, los aspectos de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, las características de la enfermedad y los regímenes terapéuticos, tampoco han permitido arribar a resultados del todo concluyentes; se plantea que “lo que sí parece cierto es que la combinación de algunos de estos factores (entre sí o con las características de la enfermedad o el tipo de programa) parece incidir sobre la adherencia y que algunos de ellos aparecen relacionados (con la adherencia o cumplimiento) en algunas circunstancias pero no en otras” (Serafino, 1990)³. El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan es de formar parte de un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, seguir dietas o transformar su estilo de vida, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de la salud⁴. Por adherencia terapéutica entendemos, desde la definición clásica enunciada por Sackett y Haynes⁵, el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden^{2,6}.

El término adherencia, aun resulta imperfecto³, resalta por encima de todo la participación activa del paciente en la toma de decisiones, ganando terreno en el consenso internacional⁷. Otros términos definen también, con distintos matices, el mismo concepto. Concordancia enfatiza el acuerdo y la armonía que ha de existir en la relación médico-paciente, mientras que cumplimiento, un término más clásico, ha sido criticado por entenderse que remite a actitudes paternalistas y de obligación pasiva por parte del paciente. La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener mejores condiciones de salud y vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud^{1,2,3}. En el apego o adherencia al tratamiento es importante evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es

necesaria para el éxito del tratamiento. Otro de los factores asociados con no apegarse al tratamiento terapéutico, es el uso de plantas o productos de origen animal a los cuales les son atribuidas propiedades medicinales^{12,13}. Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego terapéutico²⁰. Es por esto que se han realizado algunos estudios en base a la importancia que juega la adherencia al tratamiento en el control y logro de los objetivos de algunas enfermedades principalmente crónico-degenerativas. *Leventhal y sus colaboradores en 1980 encontraron que la concordancia entre el modelo de representación mental que el sujeto tiene sobre su trastorno y las instrucciones que se le proporcionan, puede ayudar a explicar el nivel de adherencia; a mayor correspondencia mayor adherencia*³.

Así en el caso de la adherencia terapéutica se ha planteado por Bandura y otros autores, (Bandura, 1982; Taylor, Peplau y Sears, 1994) que existen cinco grupos de creencias principales al respecto: El primer grupo se relaciona con las creencias generales o motivación para la salud, el segundo grupo se vincula con la severidad percibida en cuanto a las posibles consecuencias de una enfermedad, le siguen las creencias relacionadas con la vulnerabilidad percibida, esto es la percepción que tienen los sujetos de ser menos o más vulnerables a la enfermedad, el cuarto grupo se corresponde con la autoeficacia percibida, se trata de las expectativas que tenemos en cuanto a nuestra capacidad para enfrentar y modificar la amenaza a partir de la ejecución de las acciones correspondientes y por último tenemos las creencias que se relacionan con el beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento, esto es la utilidad percibida¹⁹. (19). Appel, en el 2000, junto con Champagne, Harsha, Cooper, et al en el 2003 mencionan en su artículo los factores de riesgo más asociados en las investigaciones de presión arterial no controlados se encuentran: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y el patrón de conducta tipo A. Actualmente se considera que estos factores de riesgo están aumentando a medida que cambian las condiciones de vida, lo que hace más evidente la importancia de la participación activa del paciente en el cumplimiento de la toma de medicamentos y en el cambio de hábitos y estilos de vida para la prevención y/o tratamiento de las patologías. Amigo, Fernández y Pérez en 1998; Cáceres, 2004; Kaplan, 1998 citado por Gatchel y Oordt, 2002; Márquez, Casado, Gil y Martell, 2002; Meichenbaum y Turk, 1991; Morrell, Park, Kidder y Martin, 1997; Rodríguez, 1995, sus estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados, es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (toma de medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional)¹³. Diferentes estudios no sólo recientes sino de años atrás, han demostrado la efectividad de los programas de intervención en el manejo de hipertensión arterial esencial y de otras enfermedades

crónicas como el VIH/SIDA, cáncer, diabetes, a través de dicha conducta (Apple et al, 2003; Blumenthal et al 2002; Coleman, 1985; Dunbar y Agras , 1980; Fernández et al, 2003; Gatchel y Oordt, 2002; Inui, Yourtee y Williamson, 1976; Jesson, Rutter, Sharma y Albery, 2004; Labiano, 2002; Lisser et al, 2005; Meichenbaum y Turk, 1991; Ortiz, 2004; OMS, 2003; Parris, Lawrence, Mohn y Long, 2005; Rodríguez, 1994; Samper y Ballesteros, 1999; Soto, Ruíz y March, 2005; Steckel y Swain, 1977). Para Amigo, Fernández y Pérez (1998) es claro el impacto que tiene la falta de adherencia en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. Ellos resaltan la complejidad y multiplicidad de los factores que determinan esta conducta. Esto es apoyado por Lyngcoln, Taylor, Pizzari y Bakus (2005). El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento¹⁹. Para Cáceres (2004) las conductas adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente. Meichenbaum y Turk (1991) identificaron cuatro variables y múltiples factores relacionados con adherencia al tratamiento: variables del paciente (características del individuo; falta de comprensión, modelo implícito del enfermar, apatía y pesimismo, no reconocer que esta enfermo o necesitado de medicación, creencias relacionadas con la salud, insatisfacción con el médico o el tratamiento, falta de apoyo social, etc). Variables de la enfermedad (trastorno crónico sin sintomatología, estabilidad de los síntomas y características asociadas al trastorno como confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas. Variables del tratamiento (tiempo de espera prolongado, mala reputación del tratamiento, supervisión inadecuada por parte de los profesionales, características de las recomendaciones del tratamiento, la complejidad del mismo, desembolso económico, efectos secundarios del tratamiento, etc). Variables de relación (comunicación inadecuada, empatía pobre, ausencia de actitudes, insatisfacción del paciente). Rodríguez (1995) plantea con relación a los pacientes hipertensos que la probabilidad de cumplimiento adecuado al tratamiento es realmente muy baja los cambios de estilo de vida y la toma de medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos.

En 2004 Rodríguez complementa que a medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tiende a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como la hipertensión arterial. En cuanto a los modelos para explicar la conducta de adhesión, los más utilizados son: los modelos biomédicos y los conductuales. Según Haynes et al (1979, 1987, 1992), citados por Amigo, Fernández y Pérez (1998), los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico. Los modelos conductuales se presentan en tres categorías: los modelos operantes que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la

utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión. Los modelos de cognitivos están basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social de Bandura en los modelos cognitivos de decisión¹⁹.

El avance en el tratamiento de las enfermedades se ha basado en la formación continuada de los facultativos, la mejora de las técnicas de diagnóstico y el desarrollo de nuevas terapias. Los ensayos clínicos controlados representan los instrumentos que prueban la eficiencia de un fármaco en una cohorte seleccionada, controlada y monitorizada de forma estricta. Sin embargo, el paso del fármaco a la población general hace que se pierda efectividad debido a la falta de cumplimiento por el paciente, tanto en lo que se refiere a la dosificación como a la duración²⁰. Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades. Las herramientas con este propósito son diversas, sin embargo, la mayoría de ellas no cumplen su cometido a la perfección¹⁶. Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras^{18,19}. La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa¹⁸. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Entre los moduladores más específicos de la adherencia terapéutica se encuentran: *las creencias de los pacientes, el locus de control, la representación de la enfermedad, el apoyo social, la relación paciente terapeuta y las características del régimen de tratamiento*¹⁶. La trascendencia económica del consumo inadecuado de fármacos es indiscutible y es un auténtico reto para los administradores, debido al derroche económico que hacen los pacientes; en estudios realizados con este propósito, se encontró un consumo menor a 75%¹⁷.

Existen múltiples artículos publicados en países como Cuba, España sobre la adherencia terapéutica, así mismo en nuestra unidad se encuentra un estudio de apego al tratamiento en pacientes diabéticos, donde solo evalúa si existe o no apego al tratamiento, más no los factores principales, por lo que consideramos identificar los factores, permitiéndonos enfocar nuestra atención para así lograr un respuesta adecuada al tratamiento en la hipertensión arterial y en consecuencia control óptimo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" del IMSS en el Distrito Federal, en el área de la consulta externa, con el objetivo de determinar los principales factores de falta de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica I tratados con losartan y valsartan en la unidad de medicina familiar no. 33.

El estudio fue observacional, descriptivo, transversal no probabilístico a 379 derechohabientes de la UMF 33, de ambos sexos y en ambos turnos, con un rango de edad de 25 a 70 años, tratados con losartan y valsartan. Se aplicó el cuestionario del índice de la Asociación Mexicana de agencias de investigación de Mercados y opinión Pública AMAI. Hasta ahora conocido como la regla de 13x6 que clasifica a los hogares en 6 niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables para recabar información sobre las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico. De la misma manera se aplicó el Test de Batalla que el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y dirigido esencialmente a HTA y dislipemia. Una respuesta incorrecta de las 3 siguientes conlleva falta de adherencia. Test de Morisky-Green valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica. Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no). Test de Haynes-Sackett también denominado cuestionario de "comunicación del autocumplimiento". Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta: 1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos? 2. En caso de haber contestado "sí" indique el número aproximado de comprimidos olvidados en la última semana. Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos.

Para realizar el análisis de datos, se concentraron en tablas de Excel para su ordenación y realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional, previo consentimiento informado de los pacientes de 25 a 70 años incluidos en el estudio.

RESULTADOS.

En un período de tiempo de agosto del 2009 a mayo del 2010 estudiamos a 379 pacientes con hipertensión arterial tratados con losartan y valsartan en la unidad de medicina familiar número 33 el rosario; de los cuales encontramos una distribución de edad predominantemente fraccionada en nueve grupos de edad de 25 a 30 años: 11(3%) pacientes, 31-35 años: 28(7%) pacientes, 36-40 años: 20(5%) pacientes, 41-45 años: 46(12%) pacientes, 46-50 años: 28(8%) pacientes, 51-55 años: 44(12%) pacientes, 56-60 años: 115(30%) pacientes, 61-65 años: 44(12%) pacientes y 66-70 años: 43(11%) pacientes. (Ver tabla y gráfica 1)

De 379 pacientes con hipertensión arterial tratados con losartan y valsartan en la UMF 33 encontramos que 254 (67%) pacientes pertenecen al sexo femenino y 125 (33%) pacientes al sexo masculino. (Ver tabla y gráfica 2)

Encontramos que en la distribución del estado civil de 379 pacientes con hipertensión arterial tratados con losartan y valsartan: 196(52%) pacientes son casados, 36(9%) pacientes solteros, 87(23%) pacientes son viudos, 44(12%) pacientes son divorciados y 16(4%) pacientes en unión libre. (Ver tabla y gráfica 3)

Con relación a su ocupación encontramos: 131(35%) pacientes se dedican a las labores del hogar, 58(15%) pacientes son técnicos, 52(14%) pacientes son comerciantes, 58(15%) pacientes son obreros, 29(8%) pacientes son profesionistas y 51 (13%) son jubilados. (Ver la tabla y gráfica 4)

Con respecto al nivel de escolaridad encontramos: 14(4%) pacientes son analfabetas, 138(36%) pacientes tienen primaria/secundaria, 147(39%) pacientes tienen carrera técnica y preparatoria y 80(21%) pacientes tienen licenciatura. (Ver tabla y gráfica 5)

Con relación a la distribución de su nivel económico encontramos: 0(0%) pacientes en nivel marginal, 8(2%) pacientes en nivel bajo, 87(23%) pacientes en nivel baja alto, 81(21%) pacientes en nivel medio, 131(35%) pacientes en nivel medio alto y 72(19%) pacientes en nivel alto. (Ver tabla y gráfica 6)

Relacionado con el conocimiento de la hipertensión arterial sistémica encontramos: 305 (80%) pacientes saben de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 74(20%) pacientes la desconocen. (Ver tabla y gráfica 7)

De acuerdo a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica encontramos: 45(12%) pacientes tienen adherencia al tratamiento y 334(88%) pacientes no tienen adherencia. (Ver tabla y gráfica 8)

En el auto cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial sistémica encontramos: 174(46%) pacientes tienen un buen auto cumplimiento y 205(54%) pacientes tienen mal auto cumplimiento. (Ver tabla y gráfica 9)

Relacionando la edad y el conocimiento encontramos: 11(3%) pacientes de 25-30 años conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 0(0%) pacientes la desconocen, 28(7%) pacientes de 31-35 años de edad conocen la hipertensión sistémica como enfermedad y cero la desconocen, 19(5%) pacientes de 36-40 años de edad conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 1(0.2%) pacientes la desconocen, 40(10%) pacientes de 41-45 años de edad conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 6(2%) pacientes la desconocen, 25(7%) pacientes de 46-50 años de edad conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 3(0.8%) pacientes la desconocen, 40(10%) pacientes de 51-55 años de edad conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 4(1%) pacientes la desconocen, 90(24%) pacientes de 56-60 años de edad conocen la hipertensión sistémica como enfermedad y 25(7%) pacientes la desconocen, 25(7%) pacientes de 61-65 años de edad conocen la hipertensión sistémica como enfermedad y 19(5%) pacientes la desconocen y 27(7%) pacientes de 66-70 años de edad conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 16(4%) pacientes la desconocen. (Ver tablas y gráficas 10 y 11)

Relacionando la edad con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica encontramos: cero por ciento de pacientes de 25-30 años de edad con adherencia al tratamiento y 11(3%) pacientes sin adherencia al tratamiento, 3(0.8%) pacientes de 31-35 años de edad con adherencia al tratamiento y 25(7%) pacientes sin adherencia al tratamiento, 3(0.8%) pacientes de 36-40 años de edad con adherencia al tratamiento y 17(5%) pacientes sin adherencia al tratamiento, 7(2%) pacientes de 41-45 años de edad con adherencia al tratamiento y 39(10%) pacientes sin adherencia al tratamiento, 2(0.5%) pacientes de 46-50 años con adherencia al tratamiento y 26(7%) pacientes sin adherencia al tratamiento, 7(2%) pacientes de 51-55 años con adherencia al tratamiento y 37(9%) pacientes sin adherencia al tratamiento, 15(4%) pacientes de 56-60 años con adherencia al tratamiento y 100(26%) pacientes sin adherencia al tratamiento, 5(1%) pacientes de 61-65 años de edad con adherencia al tratamiento y 39(10%) pacientes sin adherencia al tratamiento y 3(0.8%) pacientes de 66-70 años de edad con adherencia al tratamiento y 40(11%) pacientes sin adherencia al tratamiento. (Ver tablas y gráficas 12 y 13)

Relacionando la edad con el auto cumplimiento al tratamiento en hipertensión arterial sistémica encontramos: 11(3%) pacientes de 25-30 años de edad con auto cumplimiento al tratamiento y cero por ciento pacientes sin auto cumplimiento, 27(7%) pacientes de 31-35 años de edad con auto cumplimiento al tratamiento y 1(0.2%) pacientes sin auto cumplimiento, 16(4%) pacientes de 36-40 años de edad con auto cumplimiento al tratamiento y 4(1%) pacientes sin auto cumplimiento, 15(4%) pacientes de 41-45 años con

auto cumplimiento al tratamiento y 31(8%) pacientes sin auto cumplimiento, 12(3%) pacientes de 46-50 años de edad con auto cumplimiento

al tratamiento y 16(4%) pacientes sin autocumplimiento, 17(5%) pacientes de 51-55 años de edad con autocumplimiento y 27(7%) pacientes sin autocumplimiento, 37(10%) pacientes de 56-60 años de edad con autocumplimiento y 78(21%) pacientes sin autocumplimiento, 26(7%) pacientes de 61-65 años de edad con autocumplimiento y 18(5%) pacientes sin autocumplimiento y 13(3%) pacientes de 66-70 años con autocumplimiento y 30(8%) pacientes sin autocumplimiento. (Ver tablas y graficas 14 y 15)

Relacionando el género con el conocimiento de la hipertensión arterial sistémica encontramos: 100(26%) pacientes del sexo masculino conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 25(7%) pacientes masculinos no conocen la hipertensión arterial sistémica, 204(54%) pacientes del sexo femenino conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 50(13%) pacientes femeninos desconocen la hipertensión arterial sistémica. (Ver tablas y gráficas 16 y 17)

Relacionando el género con la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica encontramos: 15(4%) pacientes del sexo masculino tienen adherencia al tratamiento y 110(29%) pacientes masculinos que tienen adherencia al tratamiento, 30(8%) pacientes del sexo femenino con adherencia al tratamiento y 224(59%) pacientes sin adherencia al tratamiento. (Ver tablas y gráficas 18 y 19)

Relacionando el género y el autocumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial sistémica encontramos: 57(15%) pacientes del sexo masculino con autocumplimiento del tratamiento y 68(18%) pacientes masculinos sin autocumplimiento, 117(31%) pacientes del sexo femenino con autocumplimiento al tratamiento y 137(36%) pacientes femeninas sin autocumplimiento. (Ver tablas y gráficas 20 y 21)

Relacionando la escolaridad con el conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad encontramos: 11(3%) pacientes analfabetas que conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 3(1%) pacientes analfabetas que la desconocen, 111(29%) pacientes con primaria y secundaria conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 27(7%) pacientes con primaria y secundaria la desconocen, 118(31%) pacientes con carrera técnica y preparatoria conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 29(8%) pacientes con carrera técnica y preparatoria la desconocen, 64(17%) pacientes con licenciatura conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 16(4%) pacientes con licenciatura la desconocen.(ver tablas y gráficas 22 y 23)

De acuerdo a la relación de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica con la escolaridad encontramos: 2(1%) pacientes analfabetas tienen adherencia al tratamiento y 12(3%) pacientes analfabetas no tienen adherencia al tratamiento, 16(4%) pacientes con

primaria y secundaria tienen adherencia al tratamiento y 122(32%) pacientes con primaria y secundaria no tienen adherencia al tratamiento, 17(5%) pacientes con carrera técnica y preparatoria tienen adherencia al tratamiento y 130(34%) pacientes con carrera técnica y preparatoria no tienen adherencia al tratamiento y 9(2%) pacientes con licenciatura tienen adherencia al tratamiento y 71(19%) pacientes con licenciatura no tienen adherencia al tratamiento.(ver tablas y gráficas 24 y 25)

En relación de autocumplimiento del tratamiento de hipertensión arterial sistémica con la escolaridad encontramos: 7(2%) pacientes analfabetas con autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 7(2%) pacientes analfabetas sin autocumplimiento al tratamiento, 63(17%) pacientes con primaria y secundaria con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 75(19%) pacientes con primaria y secundaria sin autocumplimiento al tratamiento, 68(18%) pacientes con carrera técnica y preparatoria con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 79(21%) pacientes con carrera técnica y preparatoria sin autocumplimiento al tratamiento y 37(10%) pacientes con licenciatura con autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 43(11%) pacientes con licenciatura sin autocumplimiento al tratamiento.(Ver tablas y gráficas 26 y 27)

En relación del conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad con el estado civil encontramos: 158(42%) pacientes casados conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 38(10%) pacientes casados la desconocen, 30(8%) pacientes solteros conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 7(2%) pacientes solteros la desconocen, 70(18%) pacientes viudos conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 17(5%) pacientes viudos la desconocen, 35(9%) pacientes divorciados conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 9(2%) pacientes divorciados la desconocen y 12(3%) pacientes en unión libre conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 3(1%) pacientes en unión libre la desconocen.(ver tablas y gráficas 28 y 29)

De acuerdo a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y el estado civil encontramos: 24(6%) pacientes casados con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 173(46%) pacientes casados sin adherencia al tratamiento, 4(1%) pacientes solteros con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 32(8%) pacientes solteros sin adherencia al tratamiento, 10(3%) pacientes viudos con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 77(20%) pacientes viudos sin adherencia al tratamiento, 5(1%) pacientes divorciados con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 38(10%) pacientes divorciados sin adherencia al tratamiento, 2(1%) pacientes en unión libre con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 14(4%) pacientes en unión libre sin adherencia al tratamiento.(ver tablas y gráficas 30 y 31)

En relación con el autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y el estado civil encontramos: 90(24%) pacientes casados con autocumplimiento al tratamiento

de hipertensión arterial sistémica y 106(28%) pacientes casados sin autocumplimiento al tratamiento, 17(5%) pacientes solteros con autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 19(5%) pacientes solteros sin autocumplimiento al tratamiento, 40(10%) pacientes viudos con autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 47(13%) pacientes viudos sin autocumplimiento al tratamiento, 20(5%) pacientes divorciados con autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 24(6%) pacientes divorciados sin autocumplimiento al tratamiento, 7(2%) pacientes en unión libre con autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica y 9(2%) pacientes en unión libre sin autocumplimiento al tratamiento.(ver tablas y gráficas 32 y 33)

Relación de la ocupación con el conocimiento de hipertensión arterial sistémica como enfermedad encontramos: 106(28%) pacientes que se dedican a labores del hogar con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 25(7%) pacientes que se dedican a las labores del hogar sin conocimiento como enfermedad, 47(12%) pacientes técnicos con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 11(3%) pacientes técnicos sin conocimiento de la enfermedad, 42(11%) pacientes comerciantes con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 10(3%) pacientes comerciantes sin conocimiento de la enfermedad, 47(12%) pacientes obreros con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 11(3%) pacientes obreros sin conocimiento de la enfermedad, 23(6%) pacientes profesionistas con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 6(2%) pacientes profesionistas sin conocimiento y 41(10%) pacientes jubilados con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 10(3%) pacientes jubilados sin conocimiento de la enfermedad.(ver tablas y gráficas 34 y 35)

Relación de la ocupación con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial sistémica encontramos: 16(4%) pacientes que se dedican a labores del hogar con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 115(31%) pacientes que se dedican a las labores del hogar sin adherencia al tratamiento, 7(2%) pacientes técnicos con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 51(13%) pacientes técnicos sin adherencia al tratamiento, 6(2%) pacientes comerciantes con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 46(12%) pacientes comerciantes sin adherencia al tratamiento, 7(2%) pacientes obreros con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 51(13%) pacientes obreros sin adherencia al tratamiento, 4(1%) pacientes profesionistas con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 25(7%) pacientes profesionistas sin adherencia al tratamiento y 6(2%) pacientes jubilados con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 45(11%) pacientes jubilados sin adherencia al tratamiento.(ver tablas y gráficas 36 y 37)

Relación de la ocupación con el autocumplimiento al tratamiento de hipertensión arterial sistémica encontramos: 60(16%) pacientes que se dedican a labores del hogar con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 71(19%) pacientes

que se dedican a las labores del hogar sin autocumplimiento al tratamiento, 27(7%) pacientes técnicos con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 31(8%) pacientes técnicos sin autocumplimiento al tratamiento, 24(6%) pacientes comerciantes con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 28(8%) pacientes comerciantes sin autocumplimiento al tratamiento, 27(7%) pacientes obreros con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 31(8%) pacientes obreros sin autocumplimiento al tratamiento, 13(4%) pacientes profesionistas con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 16(4%) pacientes profesionistas sin autocumplimiento al tratamiento y 23(6%) pacientes jubilados con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 28(7%) pacientes jubilados sin autocumplimiento al tratamiento.(ver tablas y gráficas 38 y 39)

Relación del conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y el nivel económico encontramos: 6(2%) pacientes con nivel económico bajo con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 2(0.5%) pacientes con nivel económico bajo sin conocimiento de la enfermedad, 70(18%) pacientes con nivel económico bajo alto con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 17(5%) pacientes con nivel económico bajo alto sin conocimiento de la enfermedad, 65(17%) pacientes con nivel medio con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 16(4%) pacientes con nivel económico medio sin conocimiento de la enfermedad, 106(28%) pacientes con nivel económico medio alto con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica y 25(7%) pacientes con nivel económico medio alto sin conocimiento de la enfermedad, 58(15%) pacientes con nivel económico alto con conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 15(14%) pacientes con nivel económico alto sin conocimiento de la enfermedad.(ver tablas y gráficas 40 y 41)

Relación de la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y el nivel económico encontramos: 1(0.2%) pacientes con nivel económico bajo con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 7(2%) pacientes con nivel económico bajo sin adherencia al tratamiento, 10(3%) pacientes con nivel económico bajo alto con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 77(20%) pacientes con nivel económico bajo alto sin adherencia al tratamiento, 10(3%) pacientes con nivel medio con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 71(19%) pacientes con nivel económico medio sin adherencia al tratamiento, 15(4%) pacientes con nivel económico medio alto con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 116(30%) pacientes con nivel económico medio alto sin adherencia al tratamiento, 9(2%) pacientes con nivel económico alto con adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 63(17%) pacientes con nivel económico alto sin adherencia al tratamiento.(ver tablas y gráficas 42 y 43)

Relación del autocumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y el nivel económico encontramos: 4(1%) pacientes con nivel económico bajo con al

tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 4(1%) pacientes con nivel económico bajo sin autocumplimiento al tratamiento, 40(10%) pacientes con nivel económico bajo alto con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 47(12%) pacientes con nivel económico bajo alto sin autocumplimiento, 37(10%) pacientes con nivel medio con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 44(12%) pacientes con nivel económico medio sin autocumplimiento al tratamiento, 60(16%) pacientes con nivel económico medio alto con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 71(19%) pacientes con nivel económico medio alto sin autocumplimiento al tratamiento, 33(9%) pacientes con nivel económico alto con autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 39(10%) pacientes con nivel económico alto sin autocumplimiento al tratamiento.(ver tablas y gráficas 44 y 45)

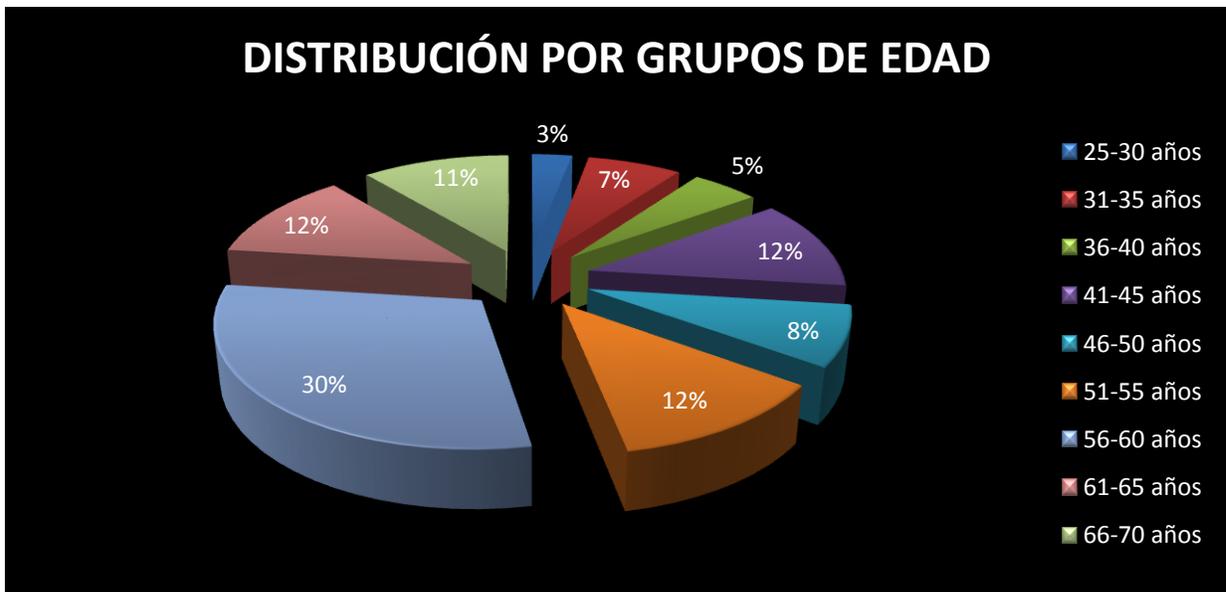
TABLA 1.

FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR GRUPO DE EDAD DE HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
25-30 años	11	3
31-35 años	28	7
36-40 años	20	5
41-45 años	46	12
46-50 años	28	8
51-55 años	44	12
56-60 años	115	30
61-65 años	44	12
66-70 años	43	11

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 1.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan de la UMF 33.

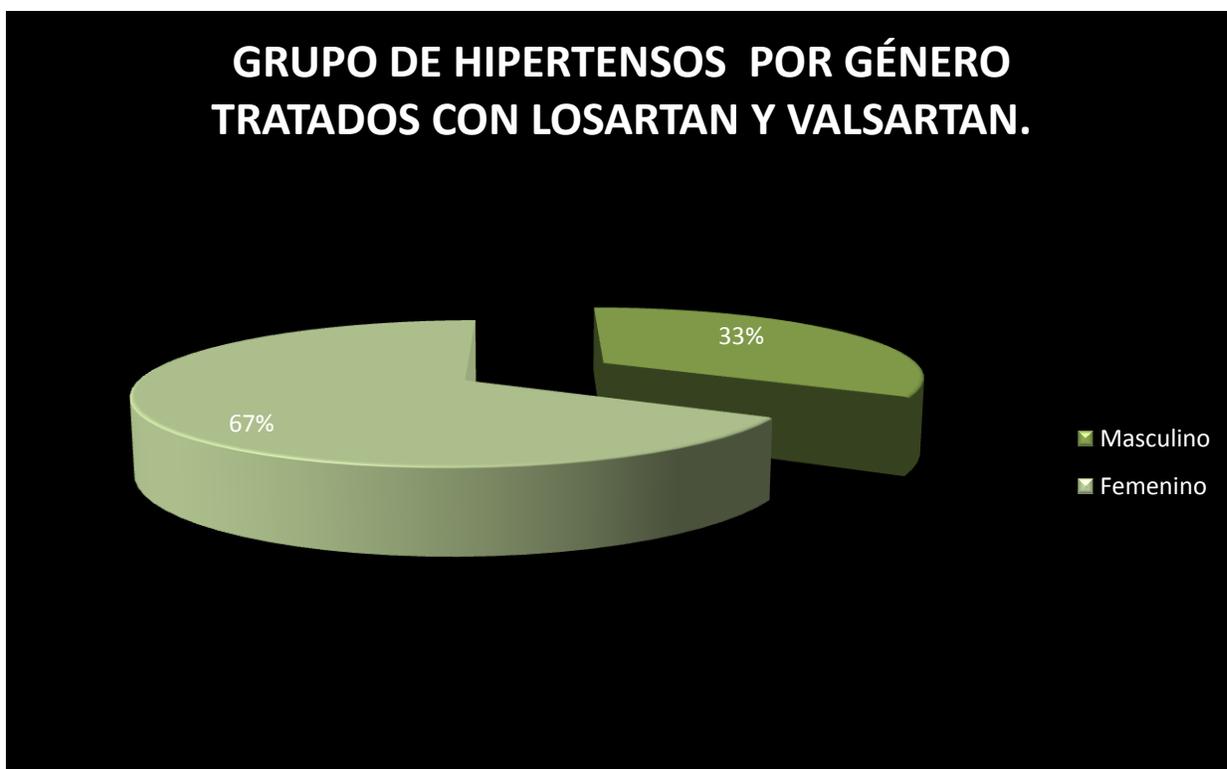
TABLA 2.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE HIPERTENSOS POR GÉNERO TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MASCULINO	125	33
FEMENINO	254	67

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 2.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

TABLA 3.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE HIPERTENSOS POR ESTADO CIVIL TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CASADO(A)	196	52
SOLTERO(A)	36	9
VIUDO(A)	87	23
DIVORCIADO (A)	44	12
UNIÓN LIBRE	16	4

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 3.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

TABLA 4.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE HIPERTENSOS POR OCUPACIÓN LABORAL TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
HOGAR	131	35
TÉCNICO	58	15
COMERCIANTE	52	14
OBRERO	58	15
PROFESIONISTA	29	8
JUBILADO	51	13

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 4.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

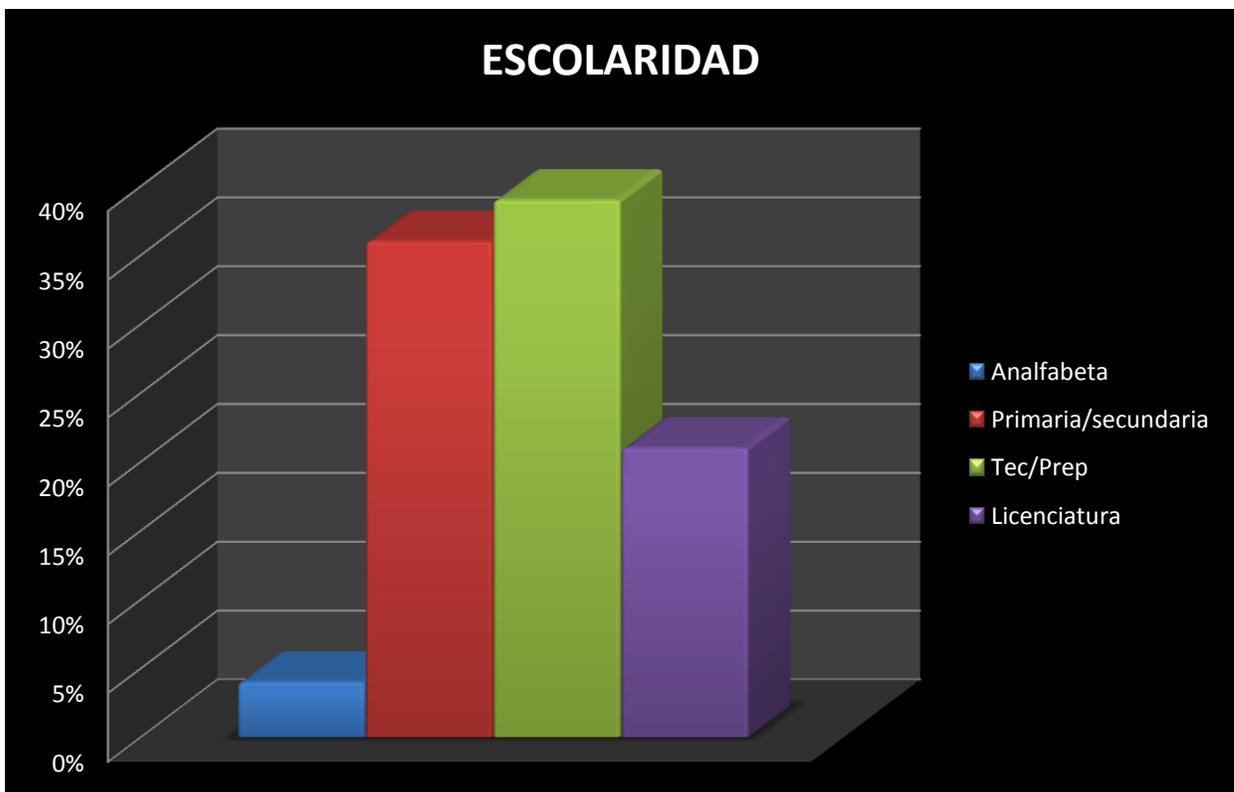
TABLA 5.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE HIPERTENSOS POR ESCOLARIDAD TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ANALFABETA	14	4
PRIMARIA/SECUNDARIA	138	36
TÉCNICA/PREPARATORIA	147	39
LICENCIATURA	80	21

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 5.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

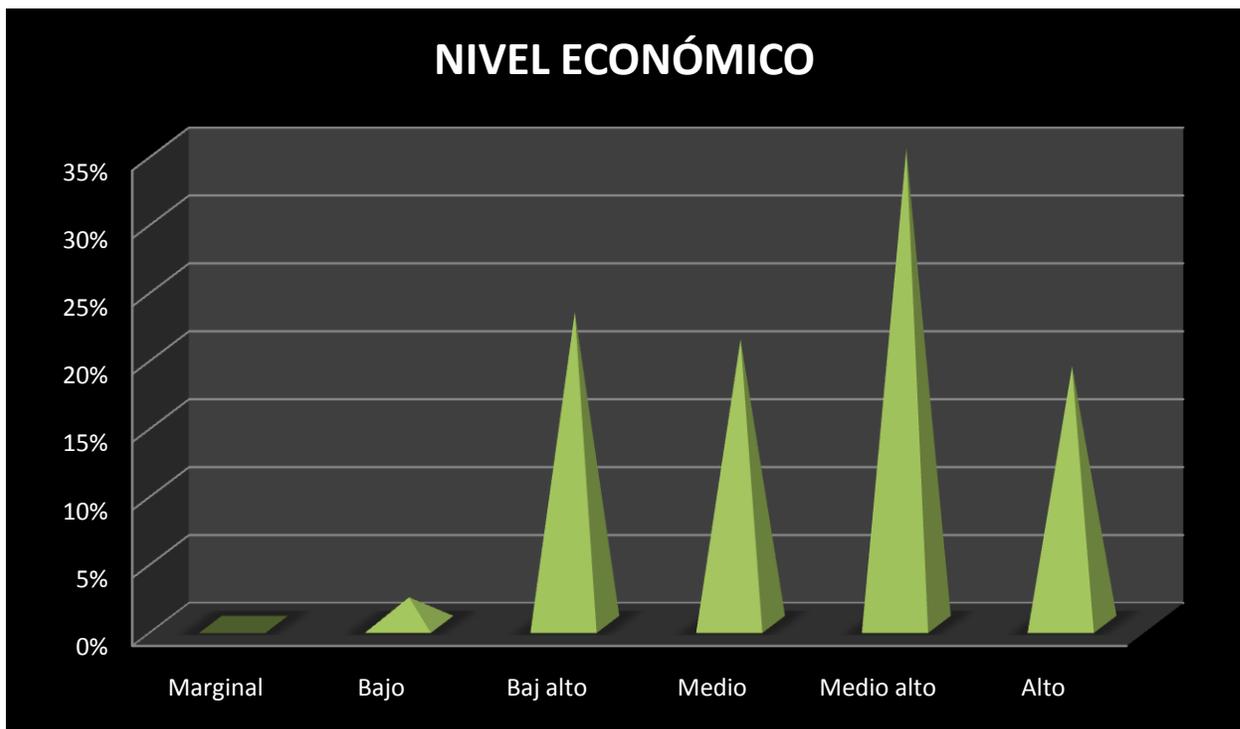
TABLA 6.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE HIPERTENSOS POR NIVEL ECONÓMICO TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

NIVEL ECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MARGINAL	0	0
BAJO	8	2
BAJO ALTO	87	23
MEDIO	81	21
MEDIO ALTO	131	35
ALTO	72	19

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 6.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

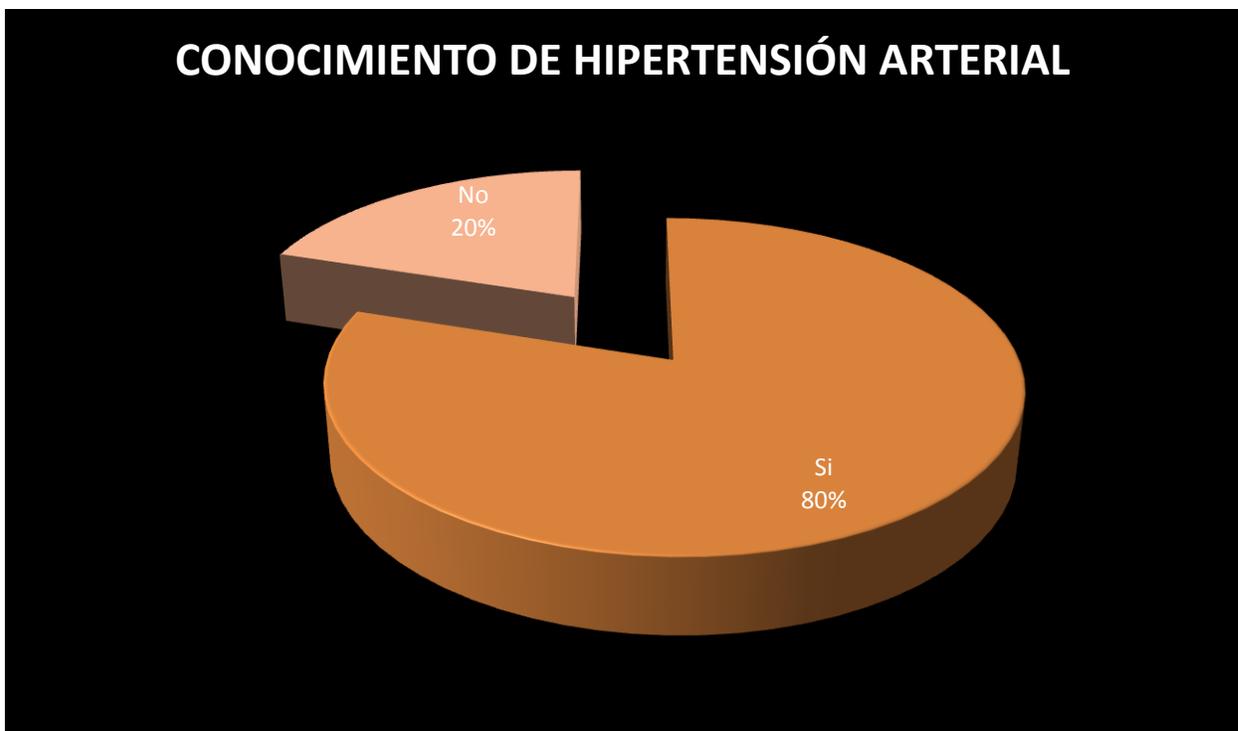
TABLA 7.

DISTRIBUCIÓN POR CONOCIMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

CONOCIMIENTO DE HAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	305	80
NO	74	20

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 7.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

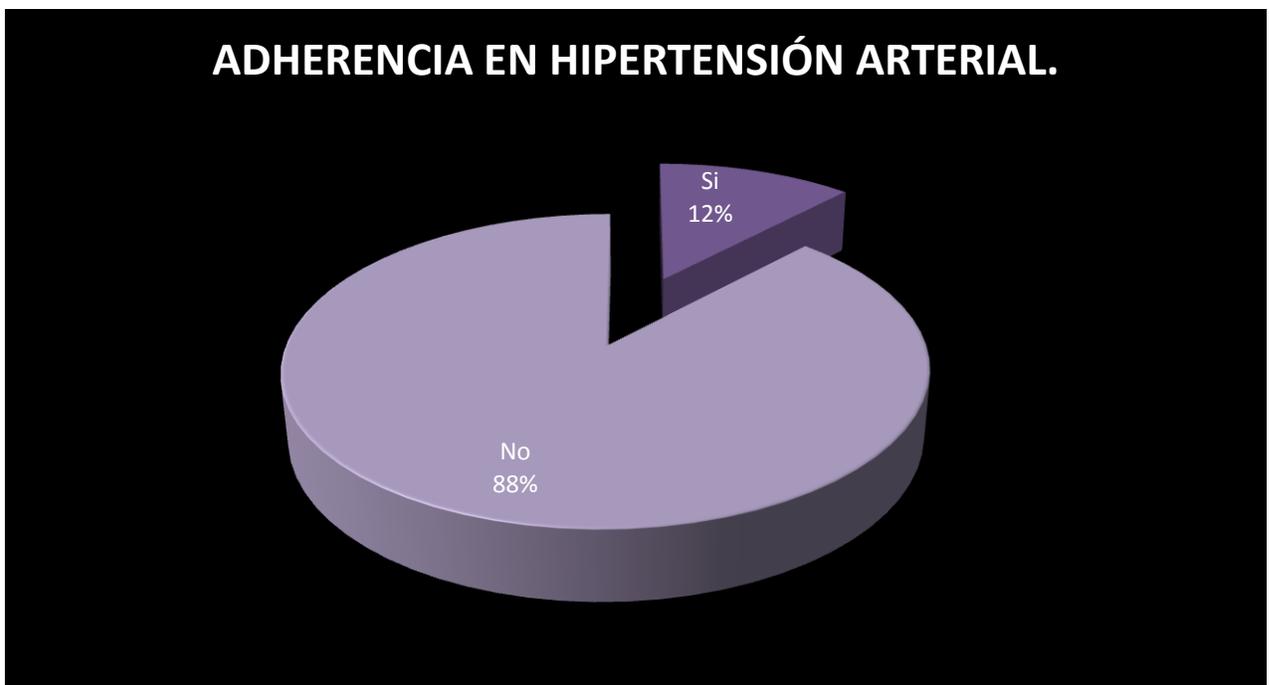
TABLA 8.

DISTRIBUCIÓN POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ADHERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	45	12
NO	334	88

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 8.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

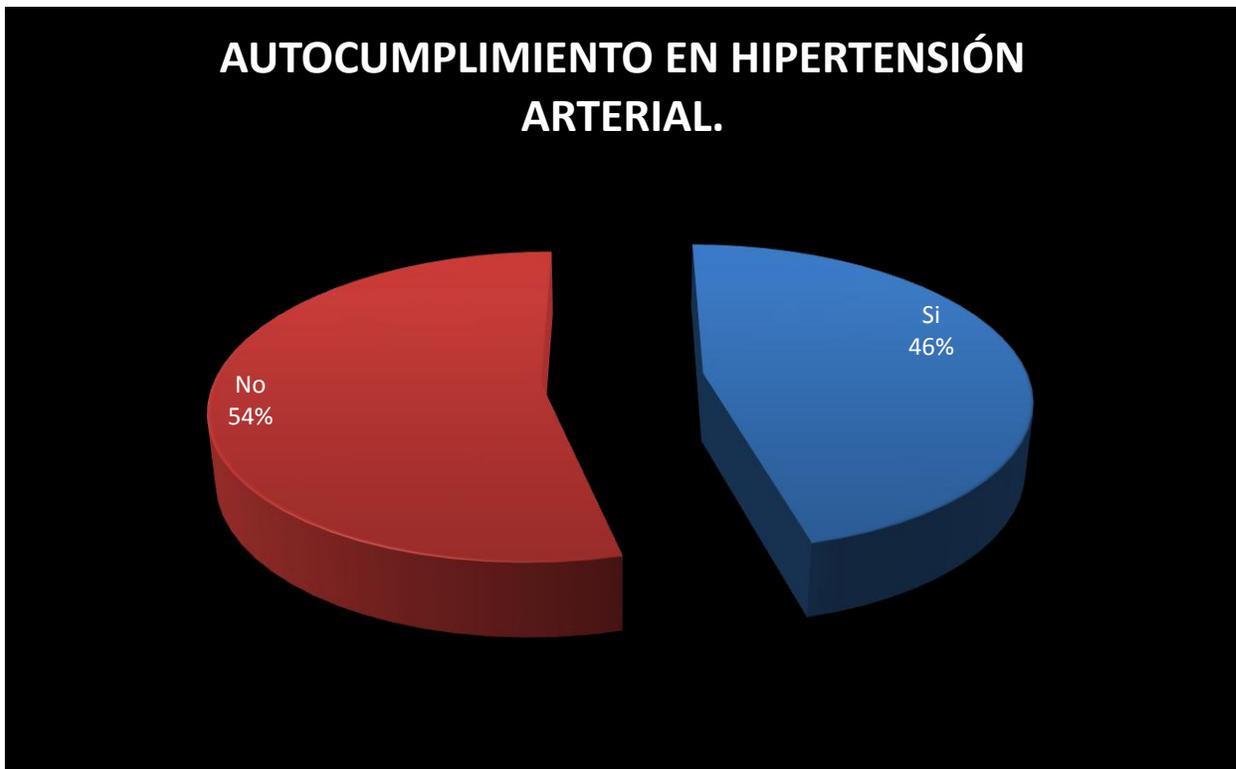
TABLA 9.

DISTRIBUCIÓN POR AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

AUTOCUMPLIMIENTO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	174	46
NO	205	54

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 9.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

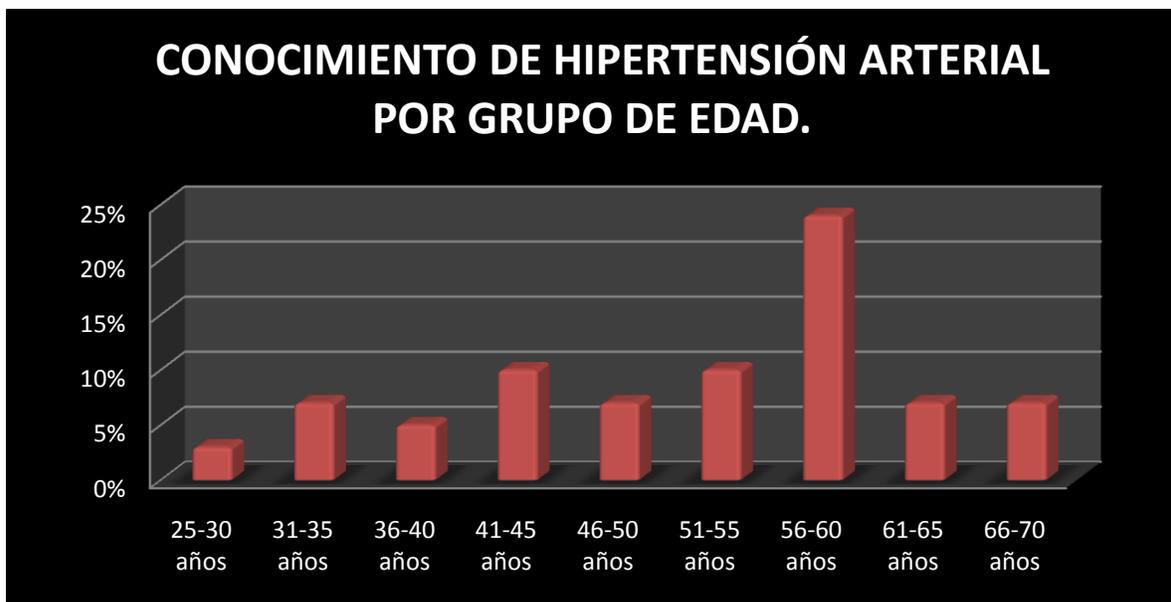
TABLA 10.

DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON LA EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

EDAD	CONOCIMIENTO HAS (SI)	PORCENTAJE
25-30 años	11	3
31-35 años	28	7
36-40 años	19	5
41-45 años	40	10
46-50 años	25	7
51-55 años	40	10
56-60 años	90	24
61-65 años	25	7
66-70 años	27	7

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 10.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

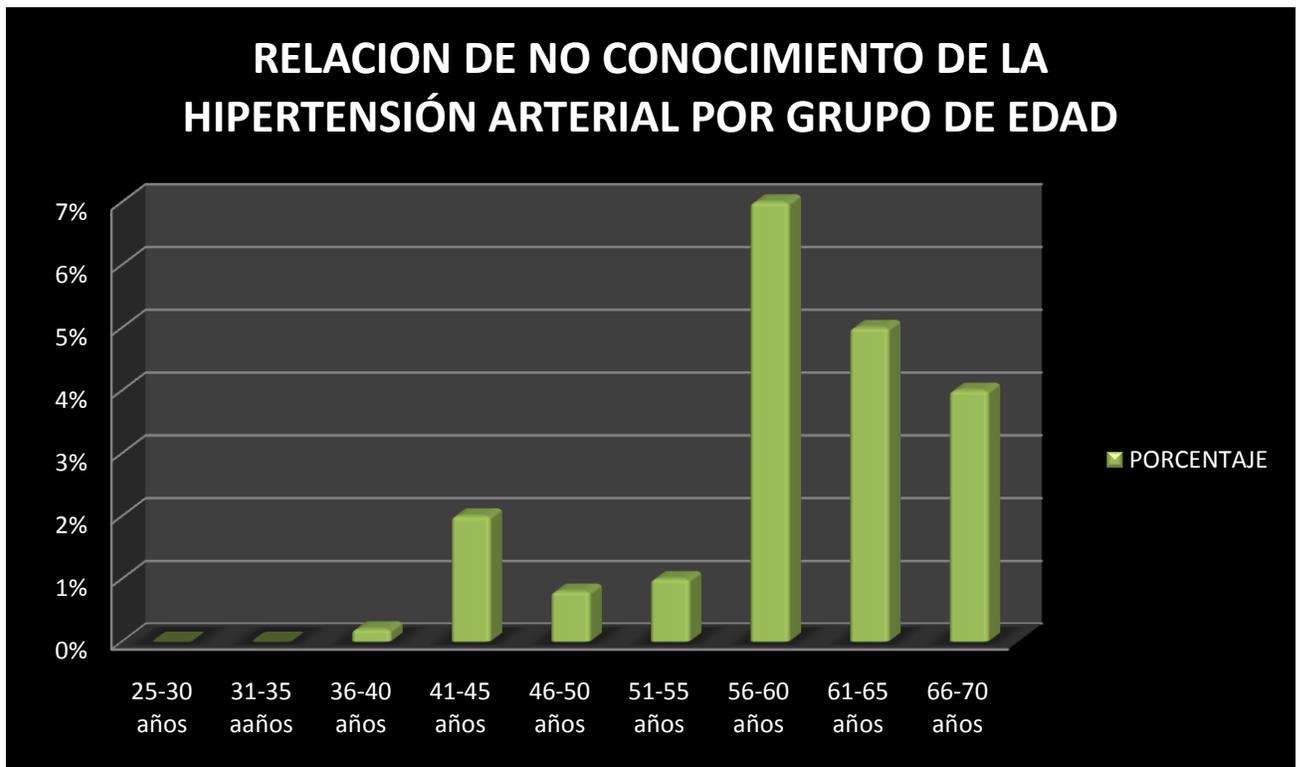
TABLA 11.

DISTRIBUCIÓN DE NO CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON LA EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

EDAD	NO CONOCIMIENTO HAS	PORCENTAJE
25-30 años	0	0
31-35 años	0	0
36-40 años	1	0.2
41-45 años	6	2
46-50 años	3	0.8
51-55 años	4	1
56-60 años	25	7
61-65 años	19	5
66-70 años	16	4

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 11.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

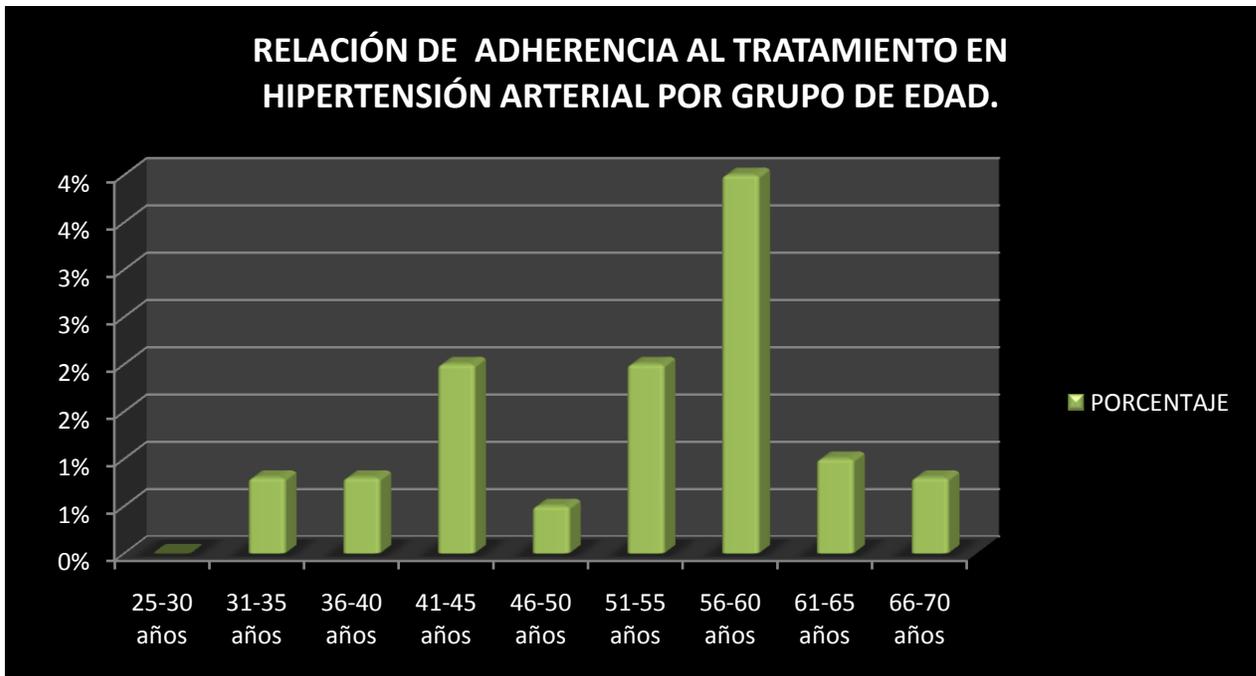
TABLA 12.

DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON LA EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

EDAD	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	PORCENTAJE
25-30 años	0	0
31-35 años	3	0.8
36-40 años	3	0.8
41-45 años	7	2
46-50 años	2	0.5
51-55 años	7	2
56-60 años	15	4
61-65 años	5	1
66-70 años	3	0.8

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 12.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

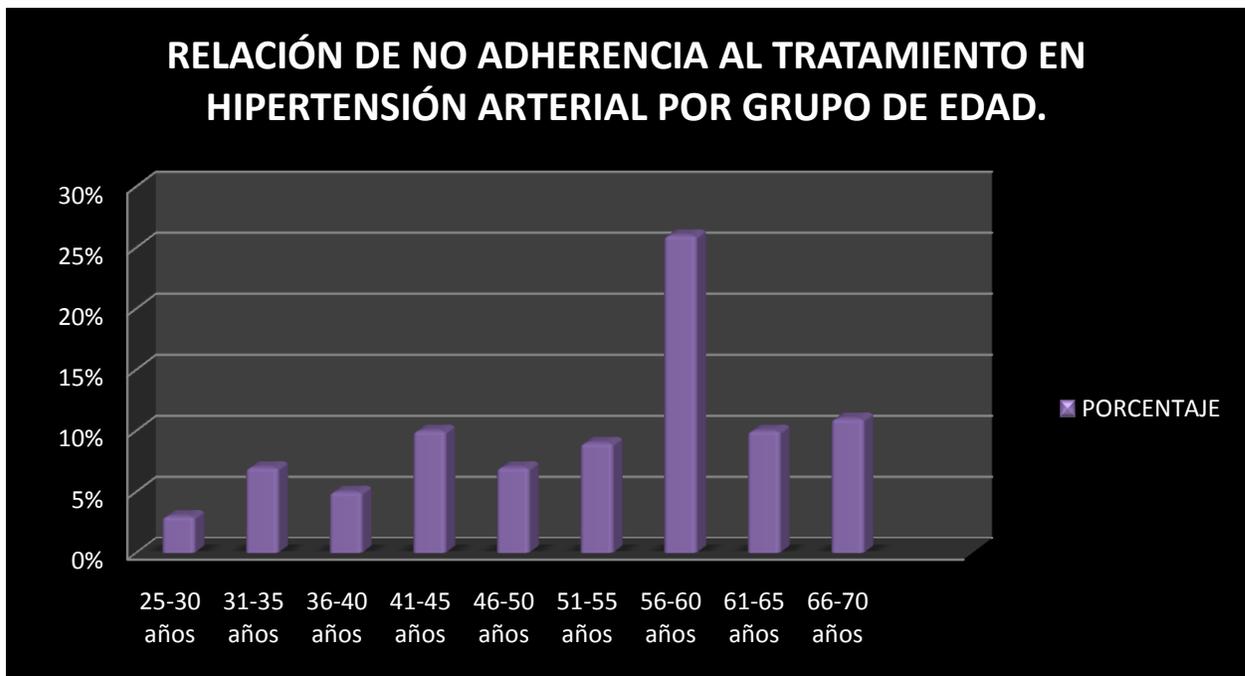
TABLA 13.

DISTRIBUCIÓN DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON LA EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

EDAD	NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	PORCENTAJE
25-30 años	11	3
31-35 años	25	7
36-40 años	17	5
41-45 años	39	10
46-50 años	26	7
51-55 años	37	9
56-60 años	100	26
61-65 años	39	10
66-70 años	40	11

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 13.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

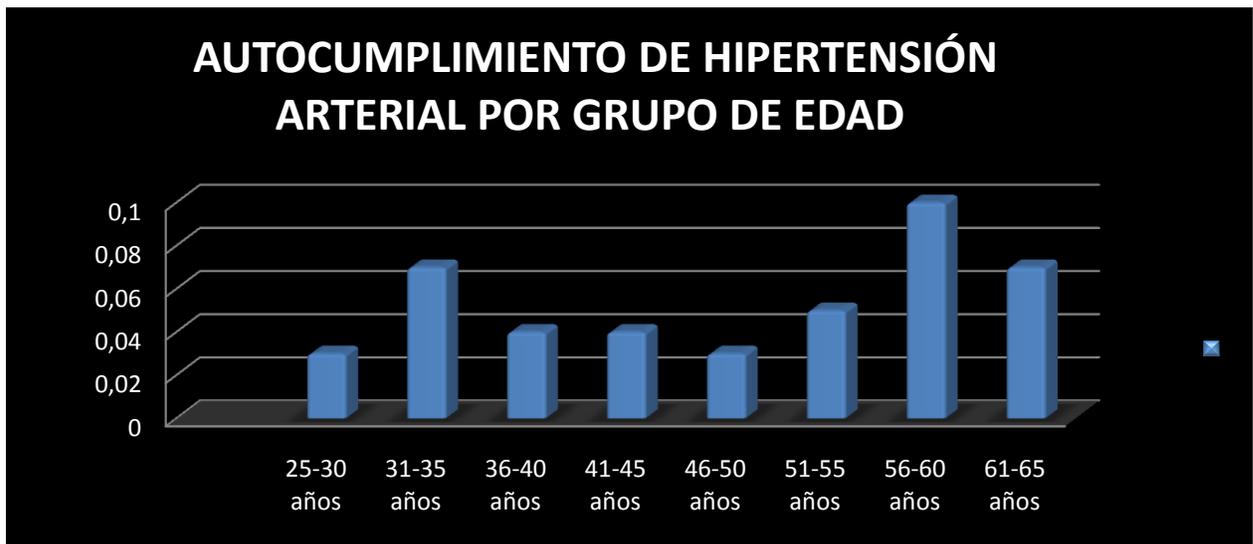
TABLA 14.

DISTRIBUCIÓN DE AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON LA EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

EDAD	AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO	PORCENTAJE
25-30 años	11	3
31-35 años	27	7
36-40 años	16	4
41-45 años	15	4
46-50 años	12	3
51-55 años	17	5
56-60 años	37	10
61-65 años	26	7
66-70 años	13	3

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 14.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

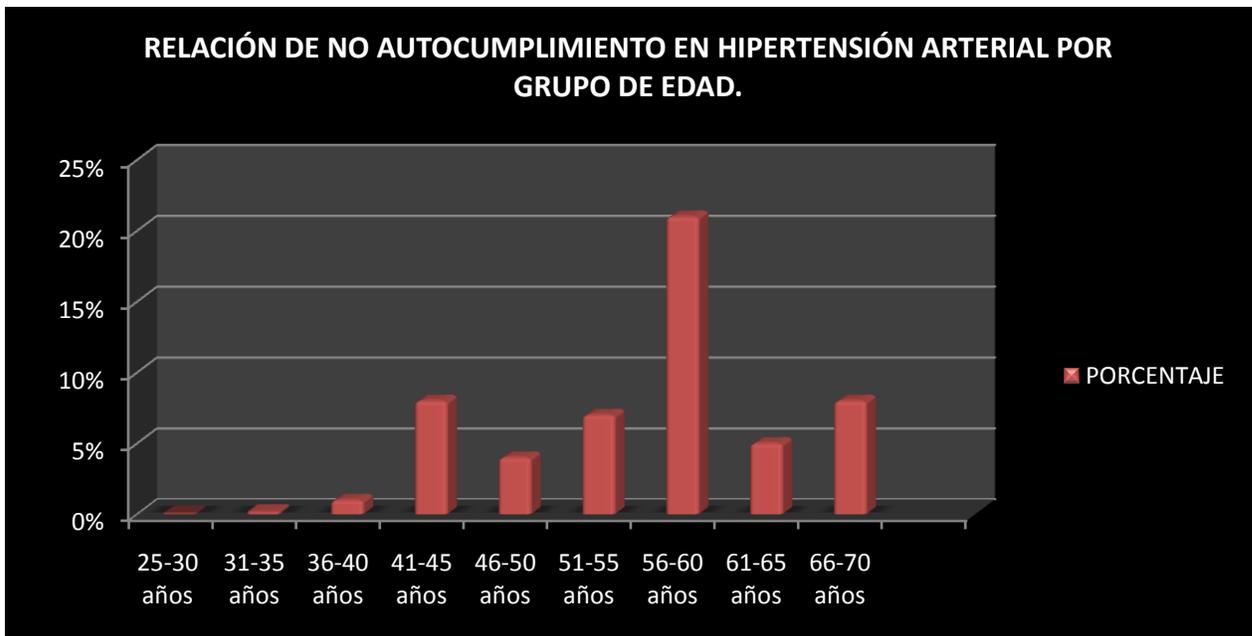
TABLA 15.

DISTRIBUCIÓN DE NO AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON LA EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

EDAD	NO AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO	PORCENTAJE
25-30 años	0	0
31-35 años	1	0.2
36-40 años	4	1
41-45 años	31	8
46-50 años	16	4
51-55 años	27	7
56-60 años	78	21
61-65 años	18	5
66-70 años	30	8

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 15.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

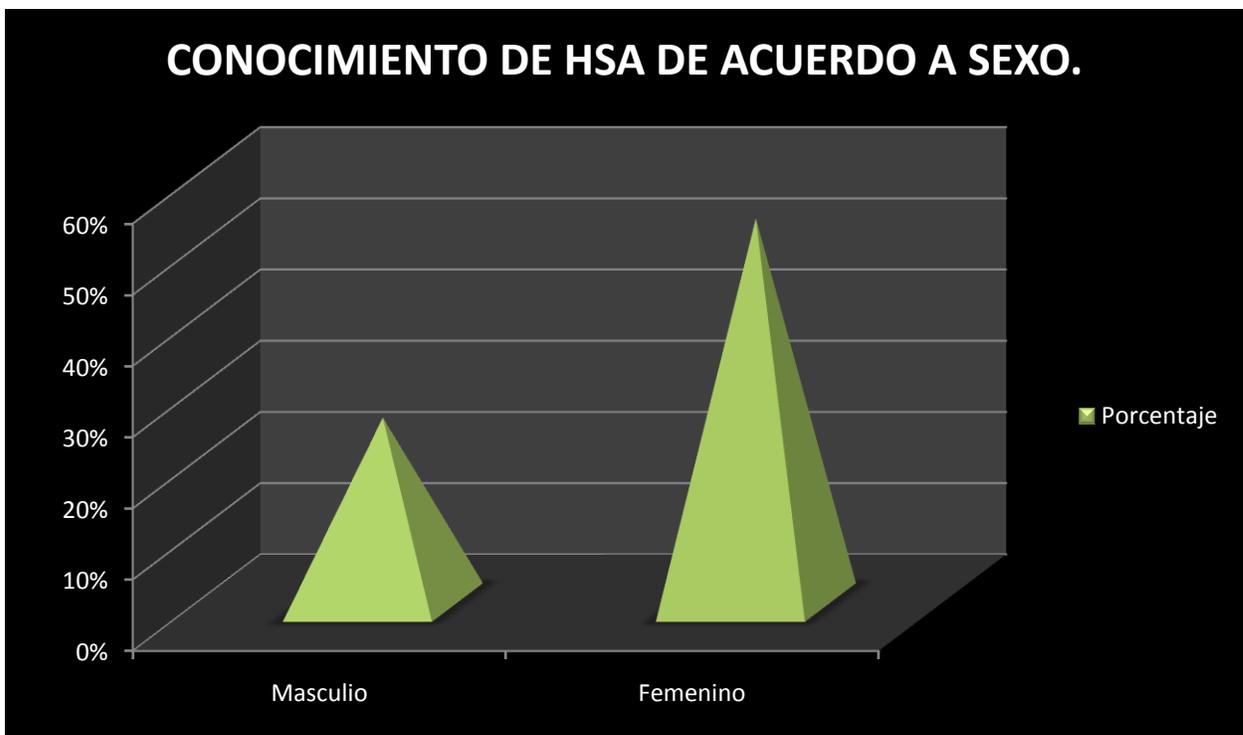
TABLA 16.

DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON EL GÉNERO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

SEXO	CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MASCULINO	100	26
FEMENINO	204	54

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 16.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

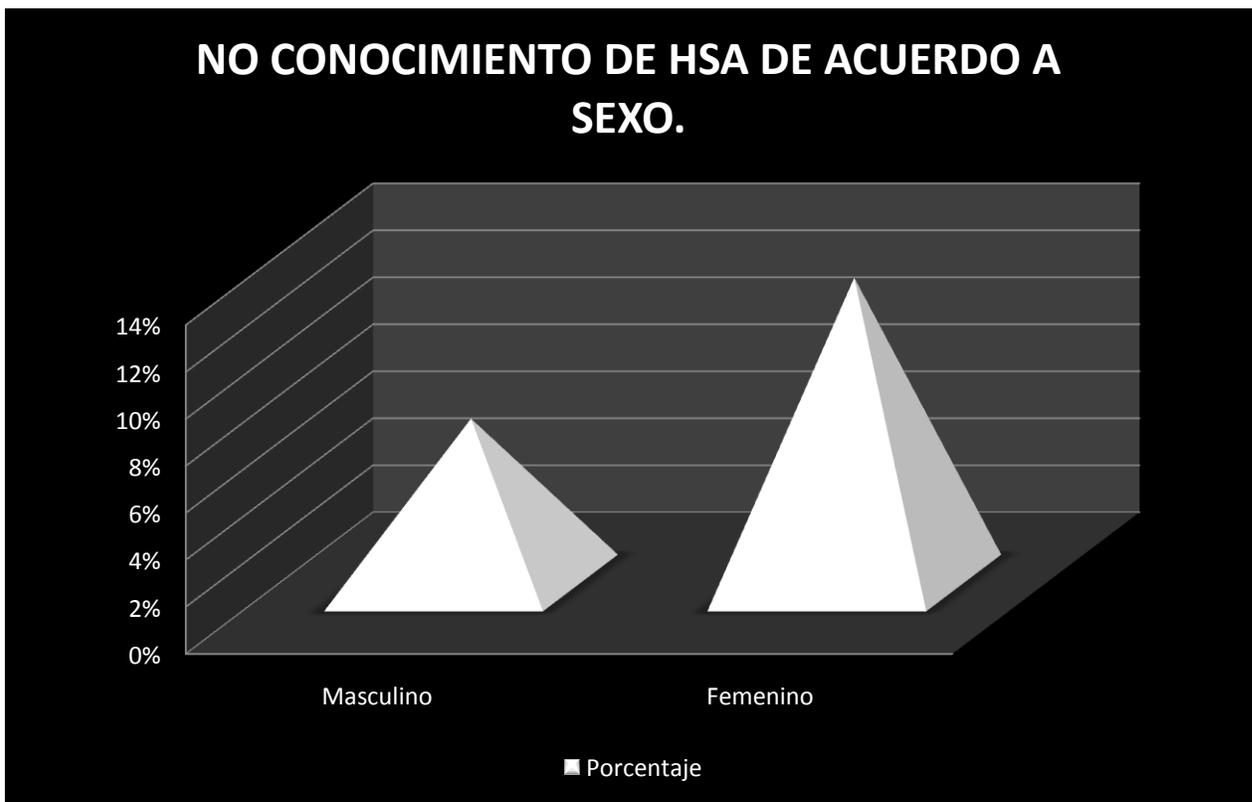
TABLA 17.

DISTRIBUCIÓN DE NO CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON EL GÉNERO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

SEXO	CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MASCULINO	100	26
FEMENINO	204	54

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 17.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

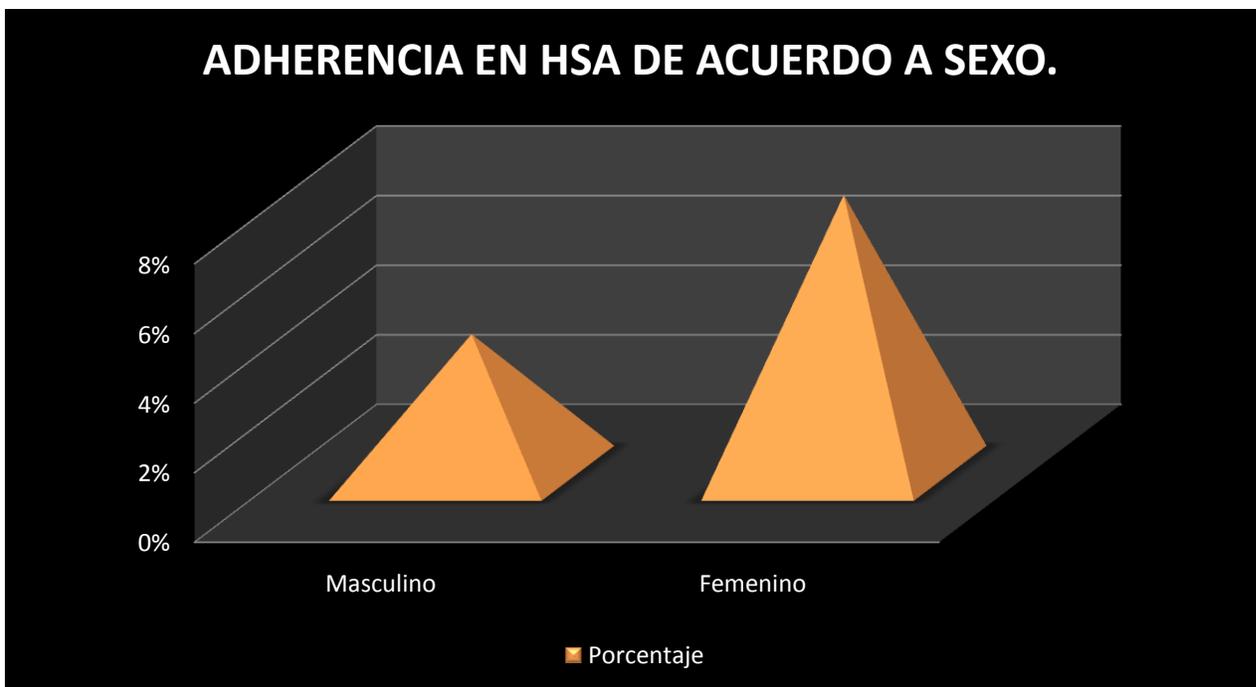
TABLA 18.

DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA DE HAS EN RELACIÓN CON EL GÉNERO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

SEXO	ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
MASCULINO	15	4
FEMENINO	30	8

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 18.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

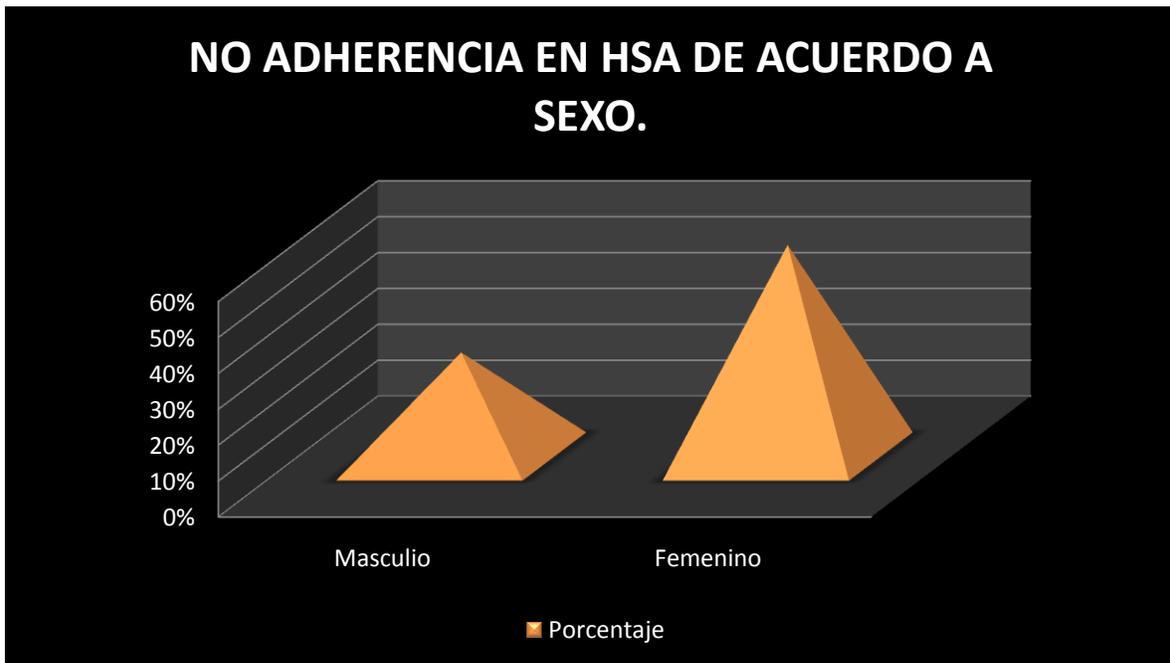
TABLA 19.

DISTRIBUCIÓN DE NO ADHERENCIA DE HAS EN RELACIÓN CON EL GÉNERO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

SEXO	NO ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
MASCULINO	15	4
FEMENINO	30	8

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 19



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

TABLA 20.

DISTRIBUCIÓN DE AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON EL GÉNERO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

SEXO	AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MASCULINO	57	15
FEMENINO	117	31

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 20.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

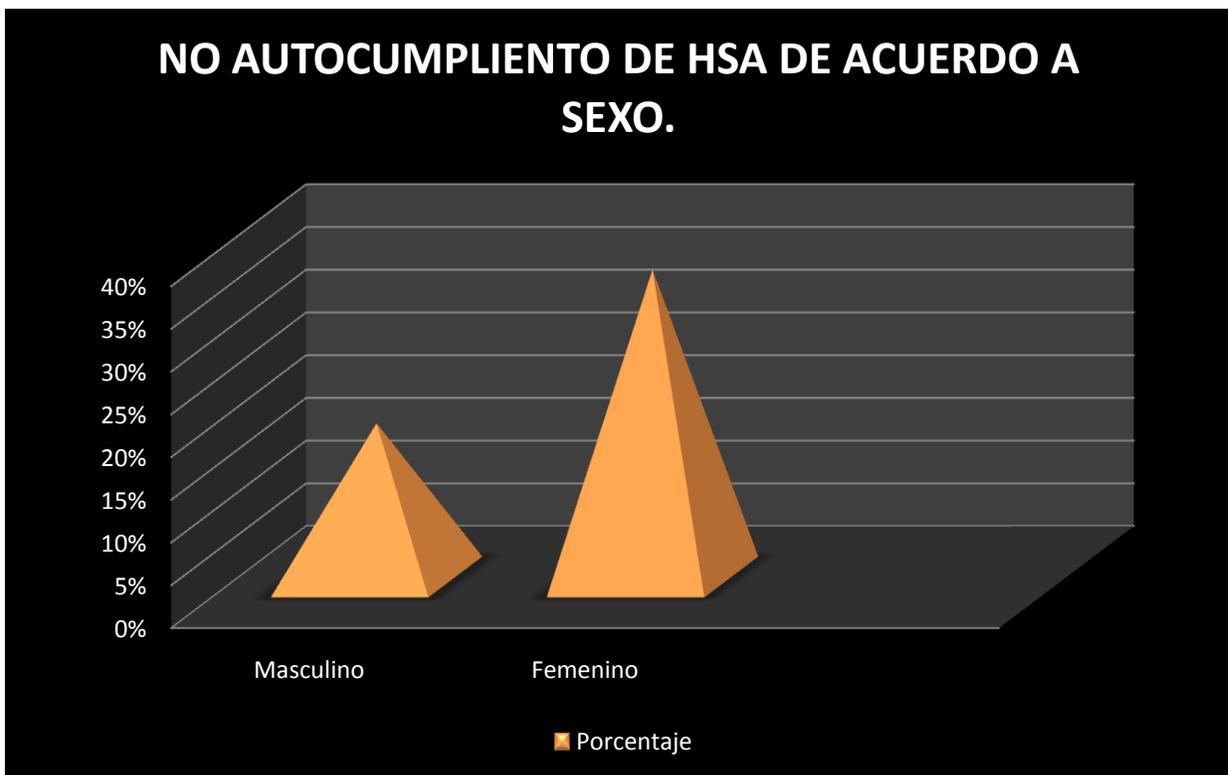
TABLA 21.

DISTRIBUCIÓN DE NO AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON EL GÉNERO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

SEXO	NO AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MASCULINO	68	18
FEMENINO	137	36

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 21.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

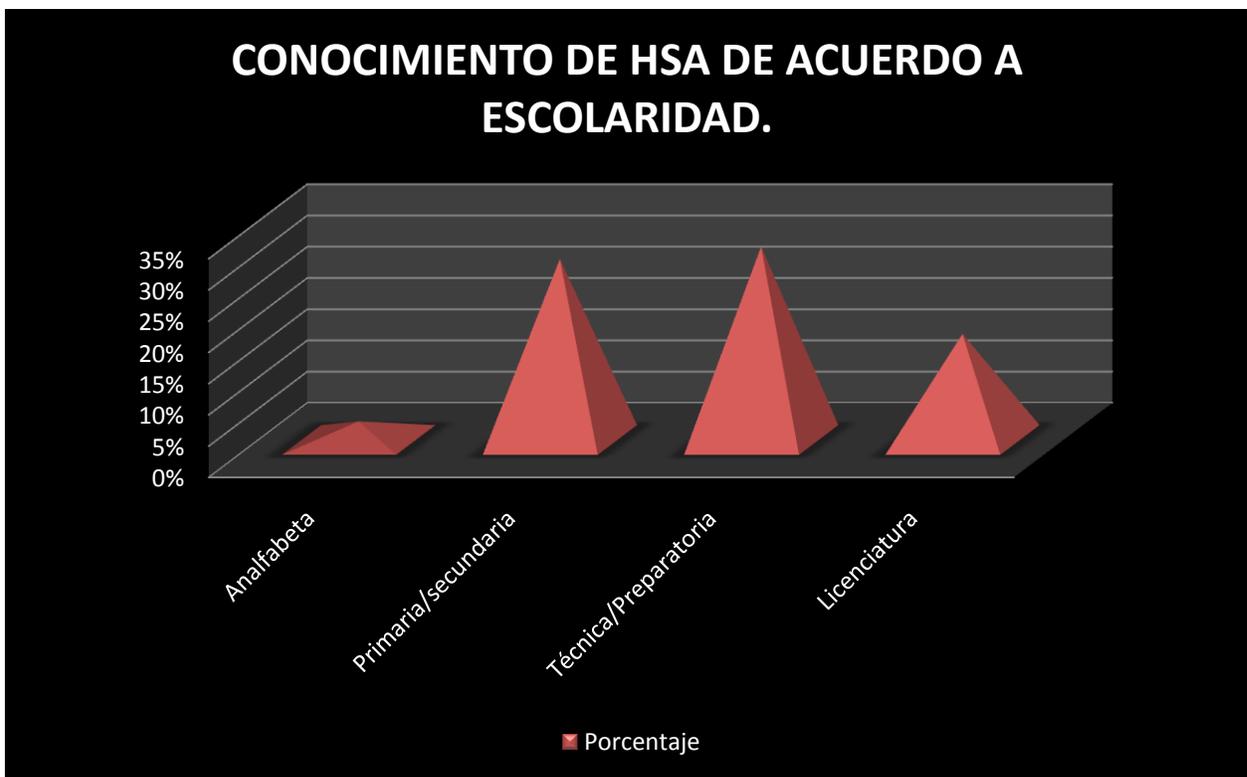
TABLA 22.

DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESCOLARIDAD	CONOCIMIENTO DE HSA	PORCENTAJE %
ANALFABETA	11	3
PRIMARIA/SECUNDARIA	111	29
TÉCNICA/PREPARATORIA	118	31
LICENCIATURA	64	17

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 22.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

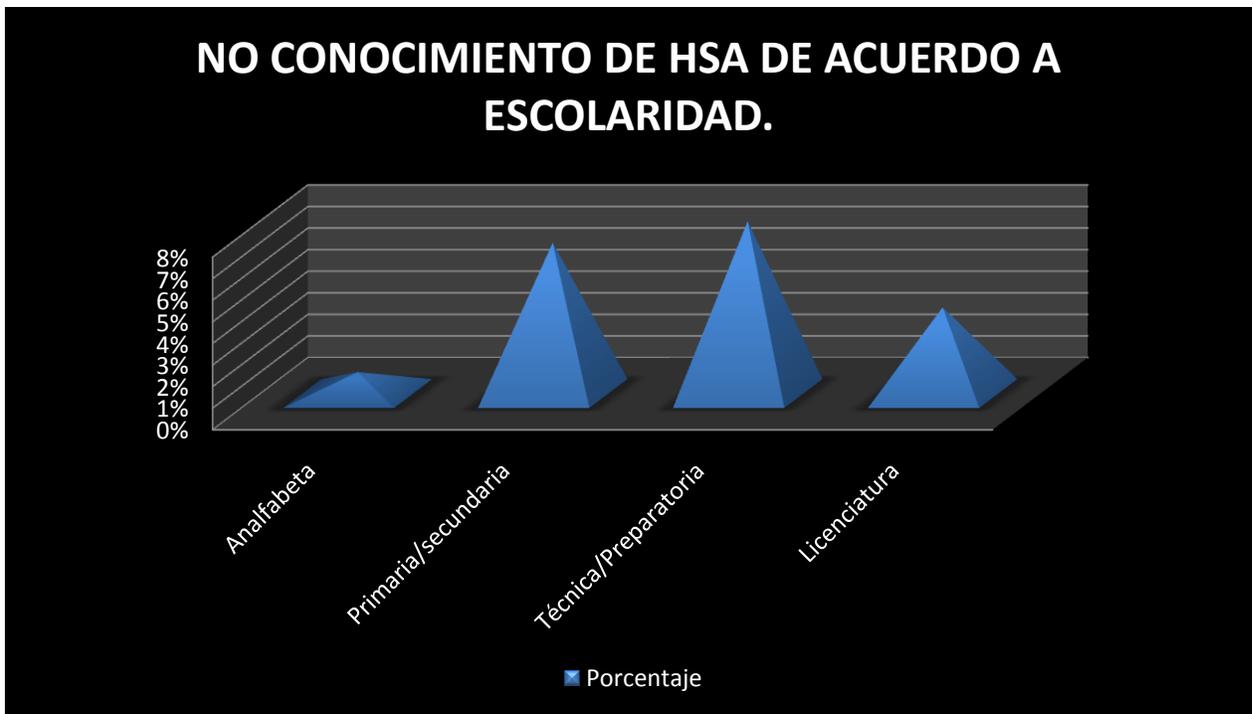
TABLA 23.

DISTRIBUCIÓN DE NO CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESCOLARIDAD	NO CONOCIMIENTO DE HSA	PORCENTAJE %
ANALFABETA	3	3
PRIMARIA/SECUNDARIA	27	7
TÉCNICA/PREPARATORIA	29	8
LICENCIATURA	16	4

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 23.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

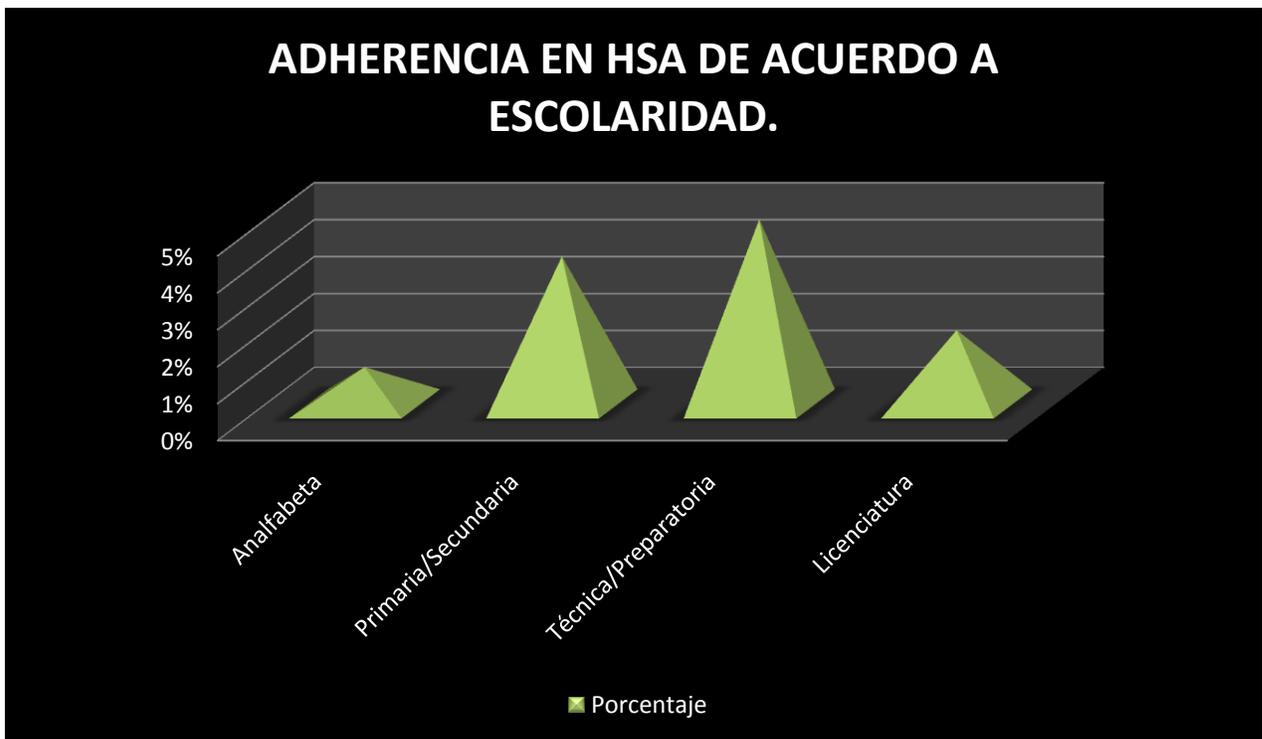
TABLA 24.

DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESCOLARIDAD	ADHERENCIA DE HSA	PORCENTAJE %
ANALFABETA	2	1
PRIMARIA/SECUNDARIA	16	4
TÉCNICA/PREPARATORIA	17	5
LICENCIATURA	9	2

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 24.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

TABLA 25.

DISTRIBUCIÓN DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESCOLARIDAD	NO ADHERENCIA DE HSA	PORCENTAJE %
ANALFABETA	2	1
PRIMARIA/SECUNDARIA	16	4
TÉCNICA/PREPARATORIA	17	5
LICENCIATURA	9	2

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 25.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

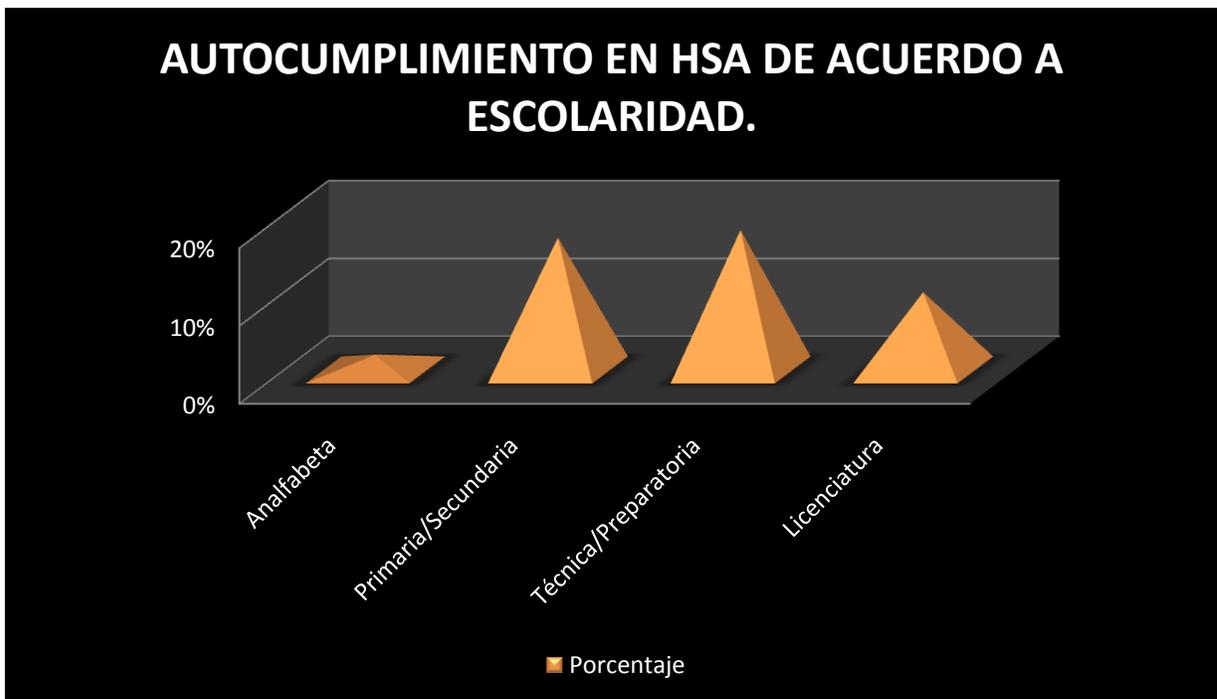
TABLA 26.

DISTRIBUCIÓN DE AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESCOLARIDAD	AUTOCUMPLIMIENTO DE HSA	PORCENTAJE %
ANALFABETA	7	2
PRIMARIA/SECUNDARIA	63	17
TÉCNICA/PREPARATORIA	68	18
LICENCIATURA	37	10

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 26.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

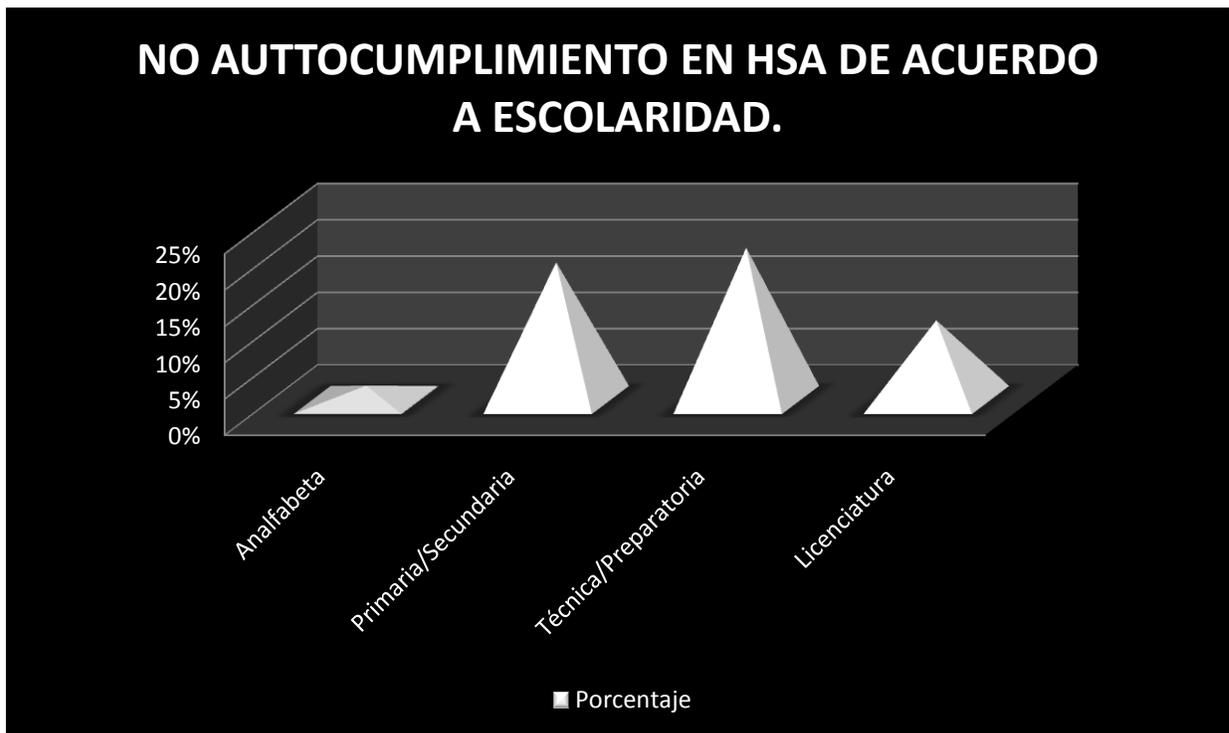
TABLA 27.

DISTRIBUCIÓN DE NO AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESCOLARIDAD	NO AUTOCUMPLIMIENTO DE HSA	PORCENTAJE %
ANALFABETA	7	2
PRIMARIA/SECUNDARIA	75	19
TÉCNICA/PREPARATORIA	79	21
LICENCIATURA	43	11

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 27.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

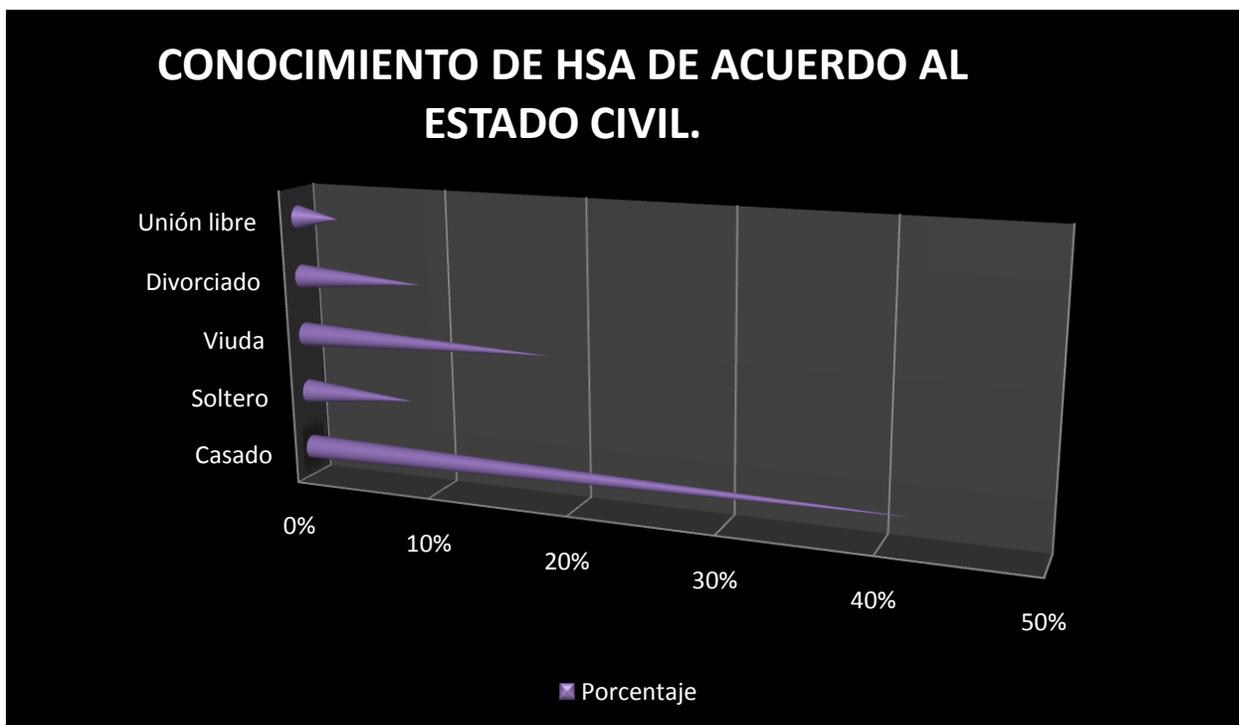
TABLA 28.

DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESTADO CIVIL DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESTADO CIVIL	CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
CASADO (A)	158	42
SOLTERO (A)	30	8
VUIDO (A)	70	18
DIVORCIADO (A)	35	9
UNIÓN LIBRE	12	3

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 28.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

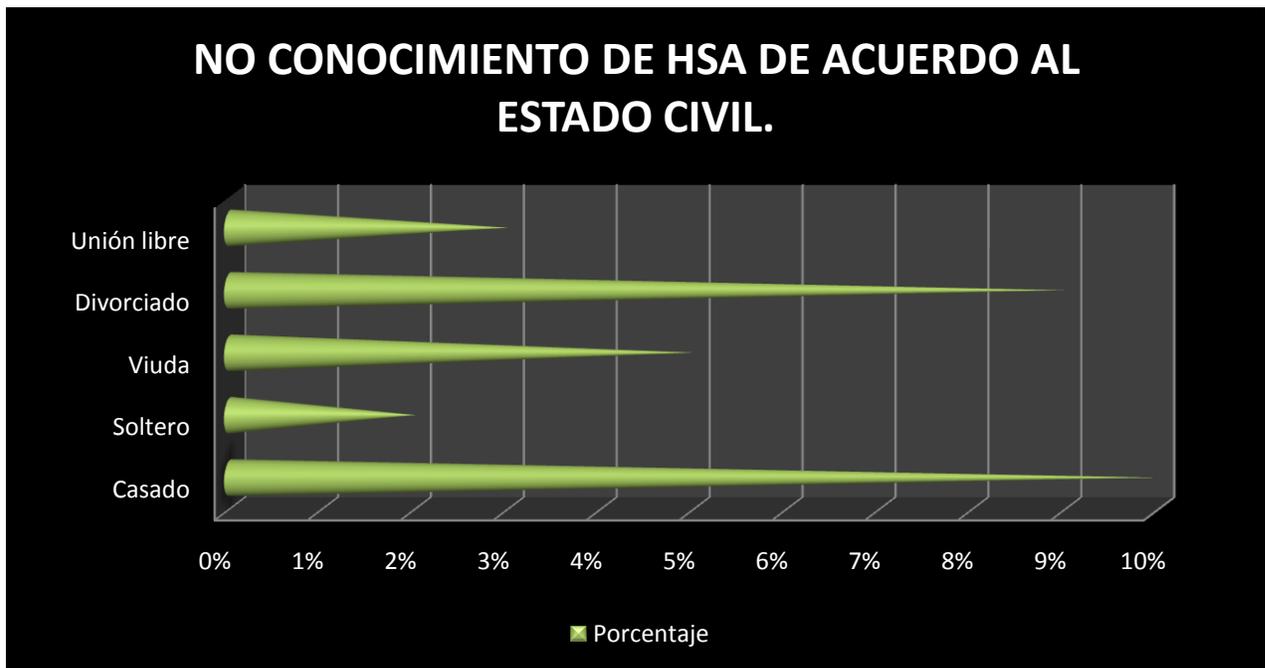
TABLA 29.

DISTRIBUCIÓN DE NO CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESTADO CIVIL DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESTADO CIVIL	NO CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
CASADO (A)	38	10
SOLTERO (A)	7	2
VUIDO (A)	17	5
DIVORCIADO (A)	9	2
UNIÓN LIBRE	3	1

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 29.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

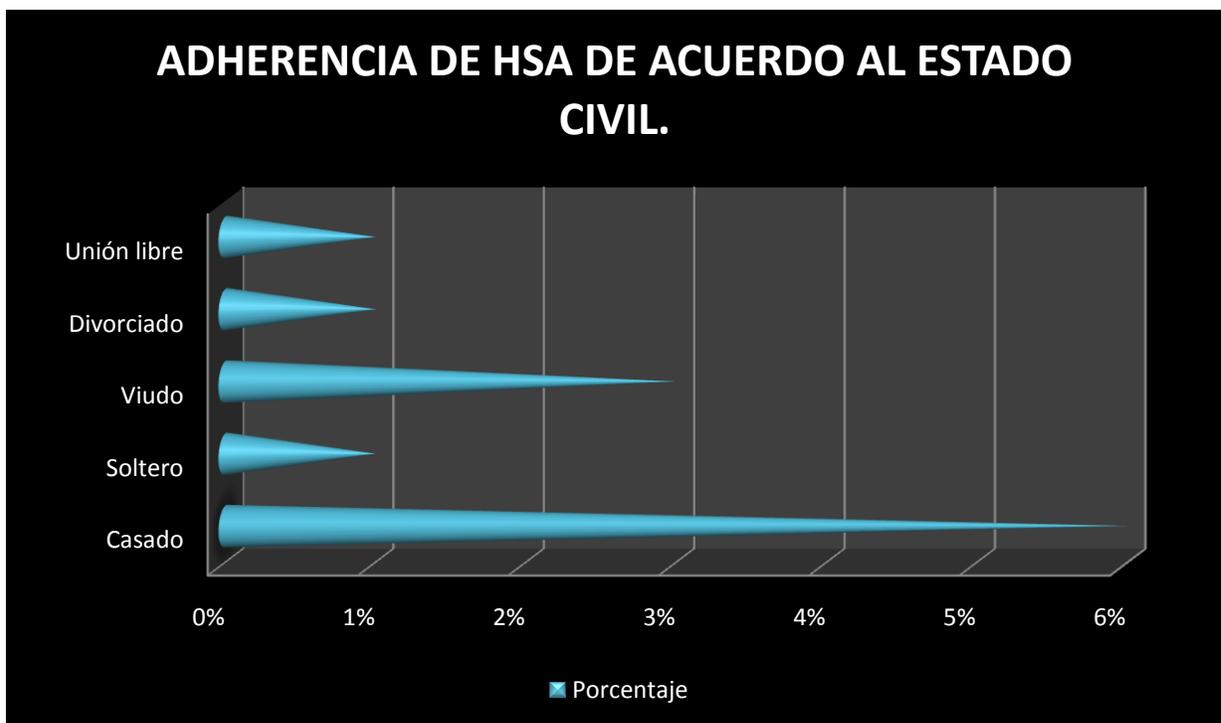
TABLA 30.

DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESTADO CIVIL DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESTADO CIVIL	ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
CASADO (A)	24	6
SOLTERO (A)	4	1
VUIDO (A)	10	3
DIVORCIADO (A)	5	1
UNIÓN LIBRE	2	1

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 30.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

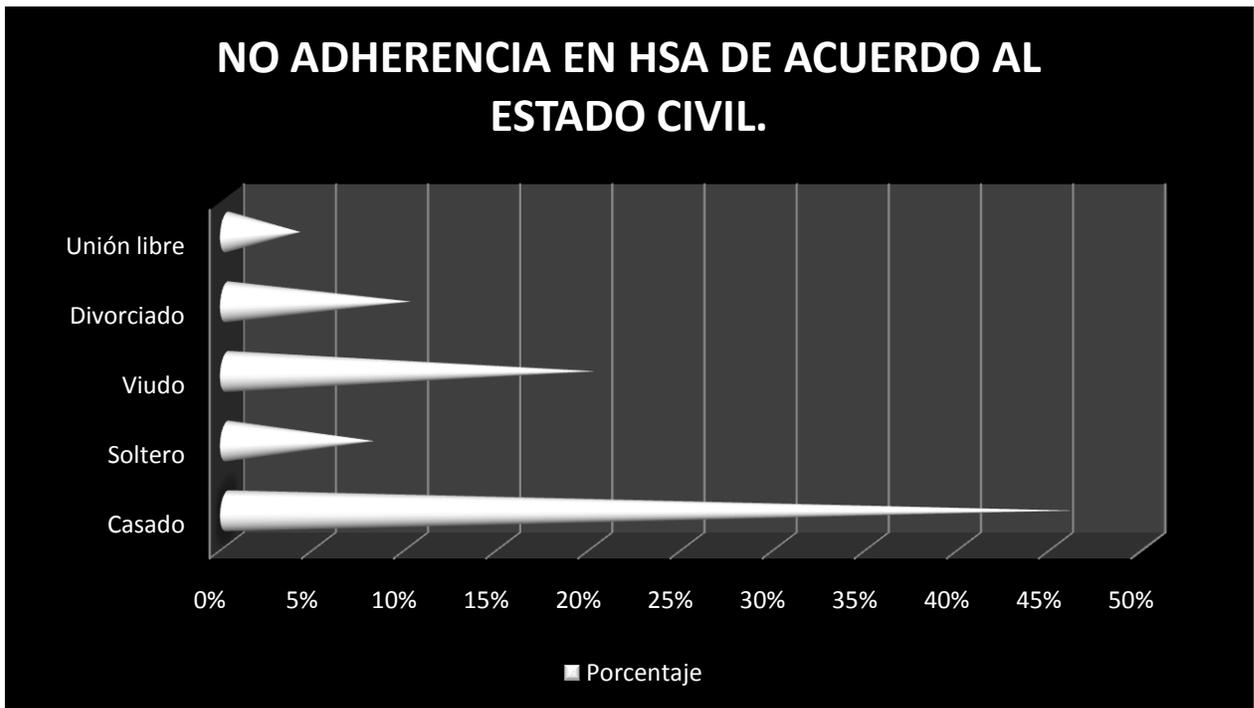
TABLA 31.

DISTRIBUCIÓN DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESTADO CIVIL DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESTADO CIVIL	NO ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
CASADO (A)	173	46
SOLTERO (A)	32	8
VUIDO (A)	77	20
DIVORCIADO (A)	38	10
UNIÓN LIBRE	14	4

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 31.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

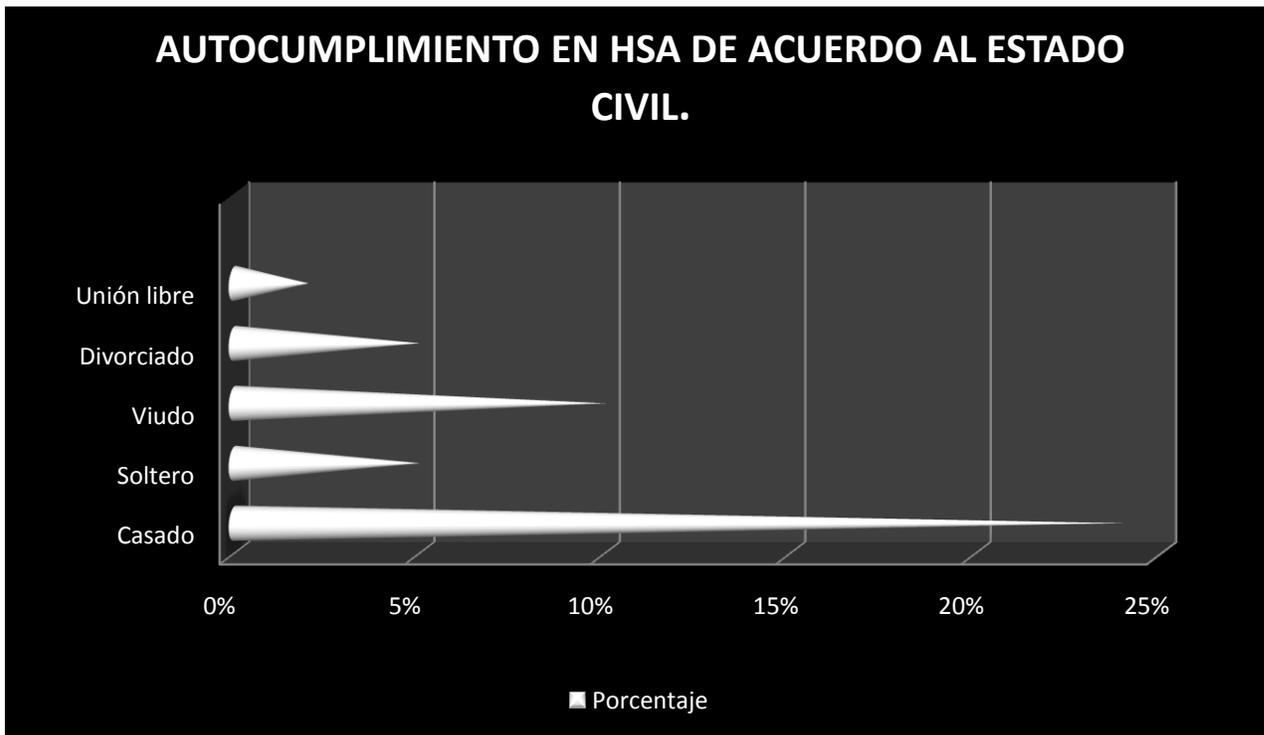
TABLA 32.

DISTRIBUCIÓN DE AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESTADO CIVIL DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESTADO CIVIL	AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
CASADO (A)	90	24
SOLTERO (A)	17	5
VUIDO (A)	40	10
DIVORCIADO (A)	20	5
UNIÓN LIBRE	7	2

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 32.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

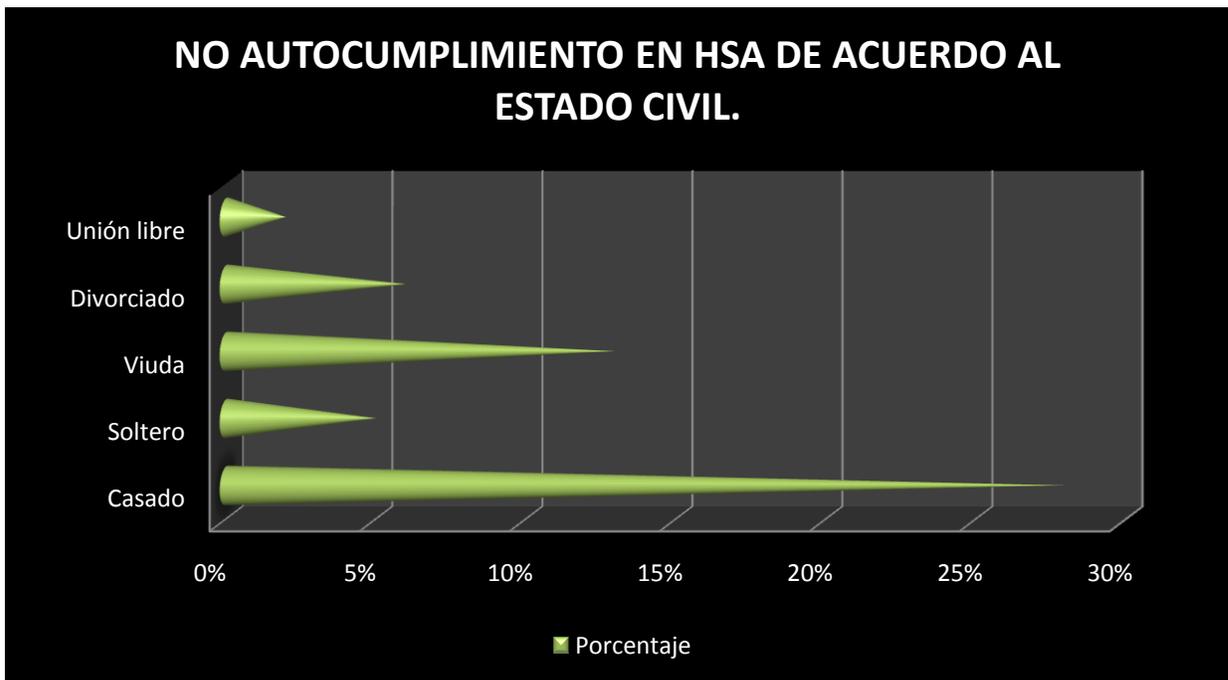
TABLA 33.

DISTRIBUCIÓN DE NO AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON ESTADO CIVIL DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

ESTADO CIVIL	NO AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
CASADO (A)	106	28
SOLTERO (A)	19	5
VUIDO (A)	47	13
DIVORCIADO (A)	24	6
UNIÓN LIBRE	9	2

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 33.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

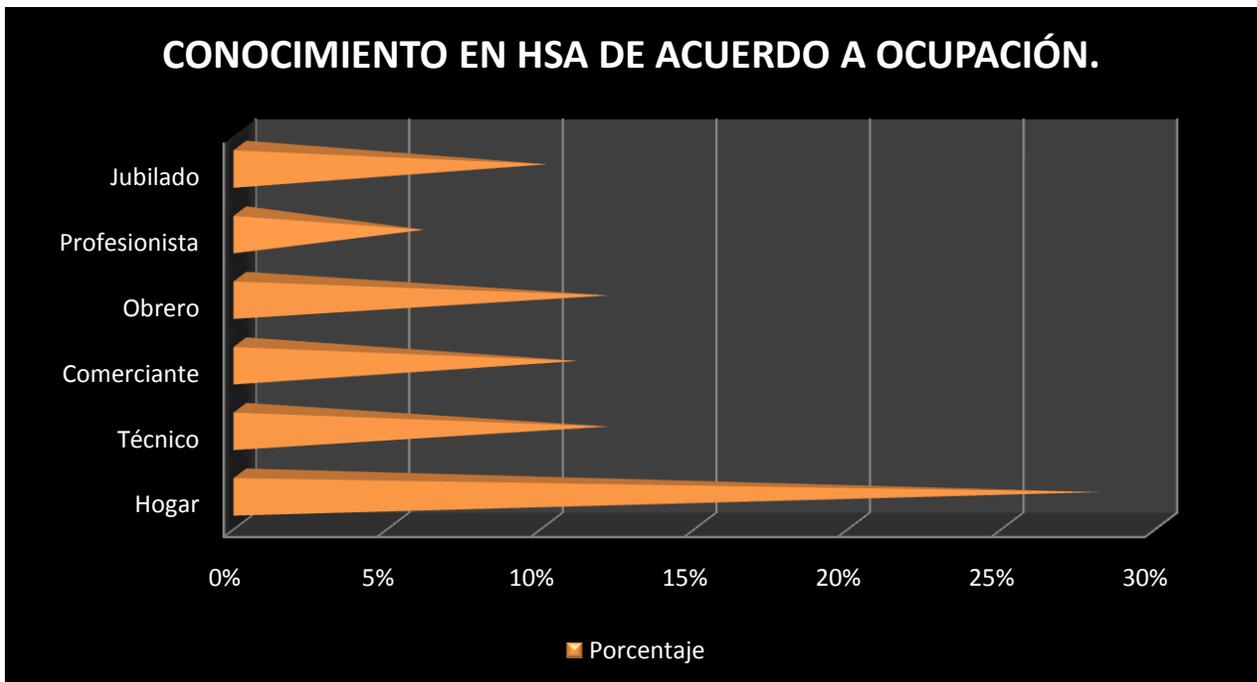
TABLA 34.

DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

OCUPACIÓN	CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
HOGAR	106	28
TÉCNICO	47	12
COMERCIANTE	42	11
OBRERO	47	12
PROFESIONISTA	23	6
JUBILADO	41	10

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 34.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

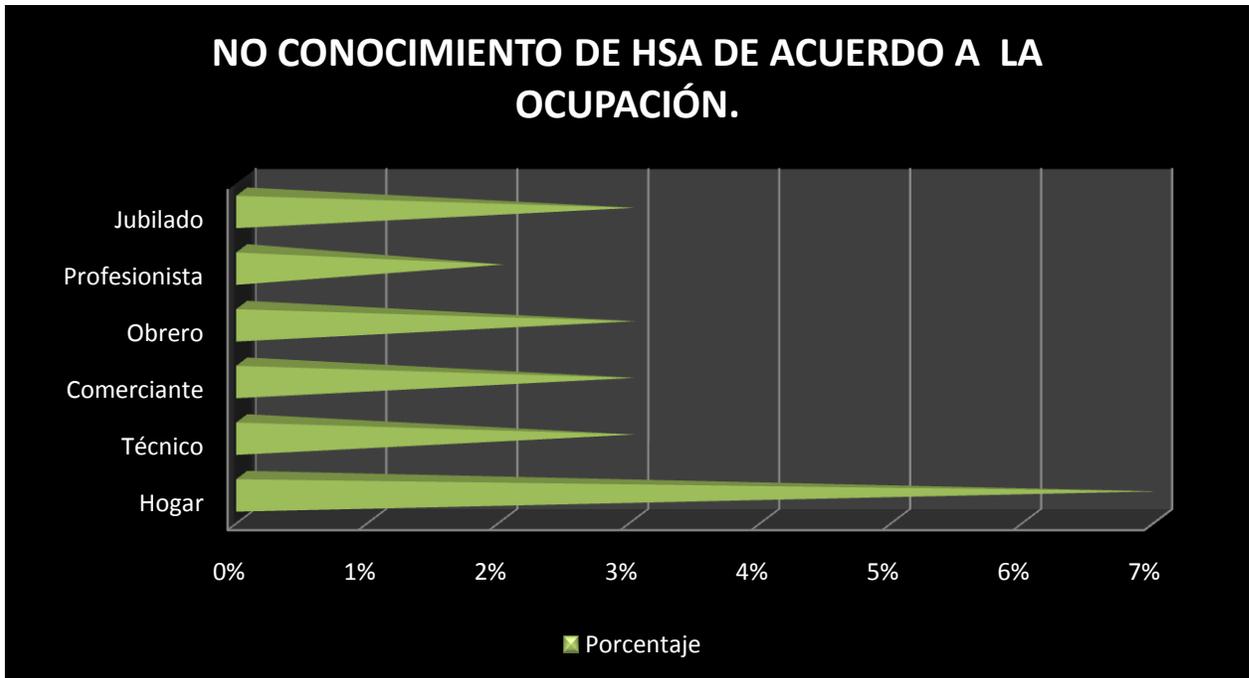
TABLA 35.

DISTRIBUCIÓN DE NO CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

OCUPACIÓN	NO CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
HOGAR	25	7
TÉCNICO	11	3
COMERCIANTE	10	3
OBrero	11	3
PROFESIONISTA	6	2
JUBILADO	10	3

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 35.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

TABLA 36.

DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

OCUPACIÓN	ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
HOGAR	16	4
TÉCNICO	7	2
COMERCIANTE	6	2
OBRERO	7	2
PROFESIONISTA	4	1
JUBILADO	6	2

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 36.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

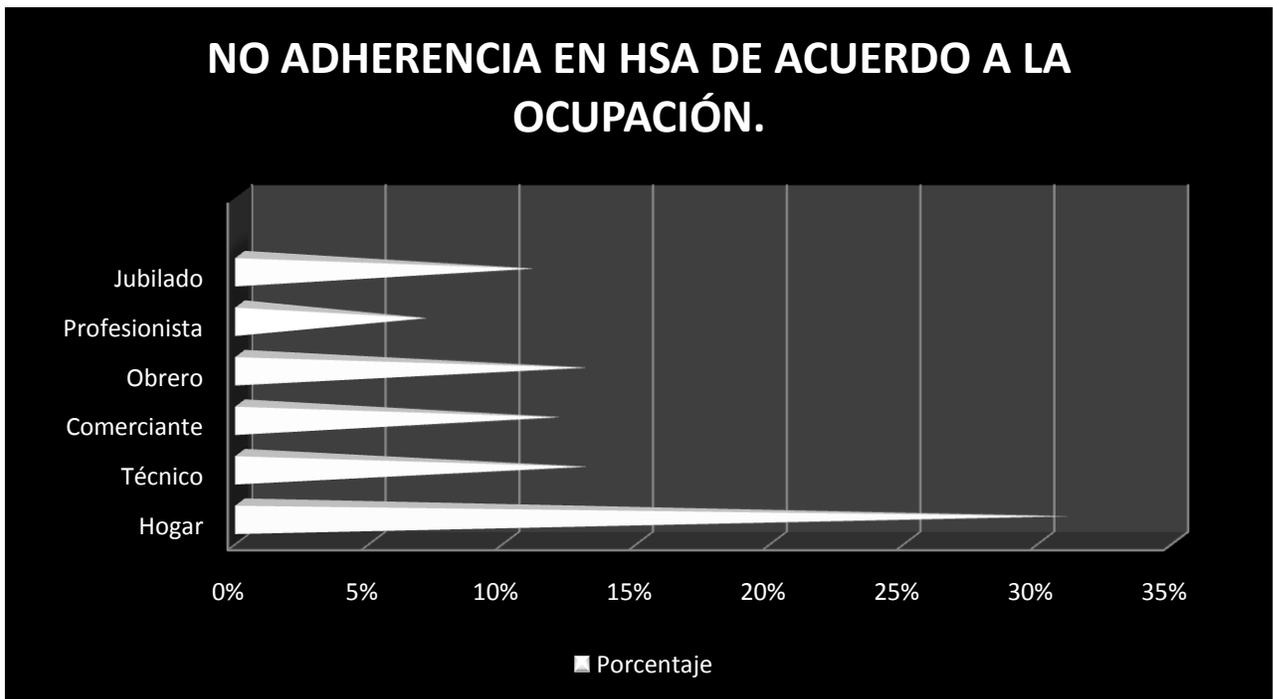
TABLA 37.

DISTRIBUCIÓN DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

OCUPACIÓN	NO ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
HOGAR	115	31
TÉCNICO	51	13
COMERCIANTE	46	12
OBRERO	51	13
PROFESIONISTA	25	7
JUBILADO	45	11

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 37.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

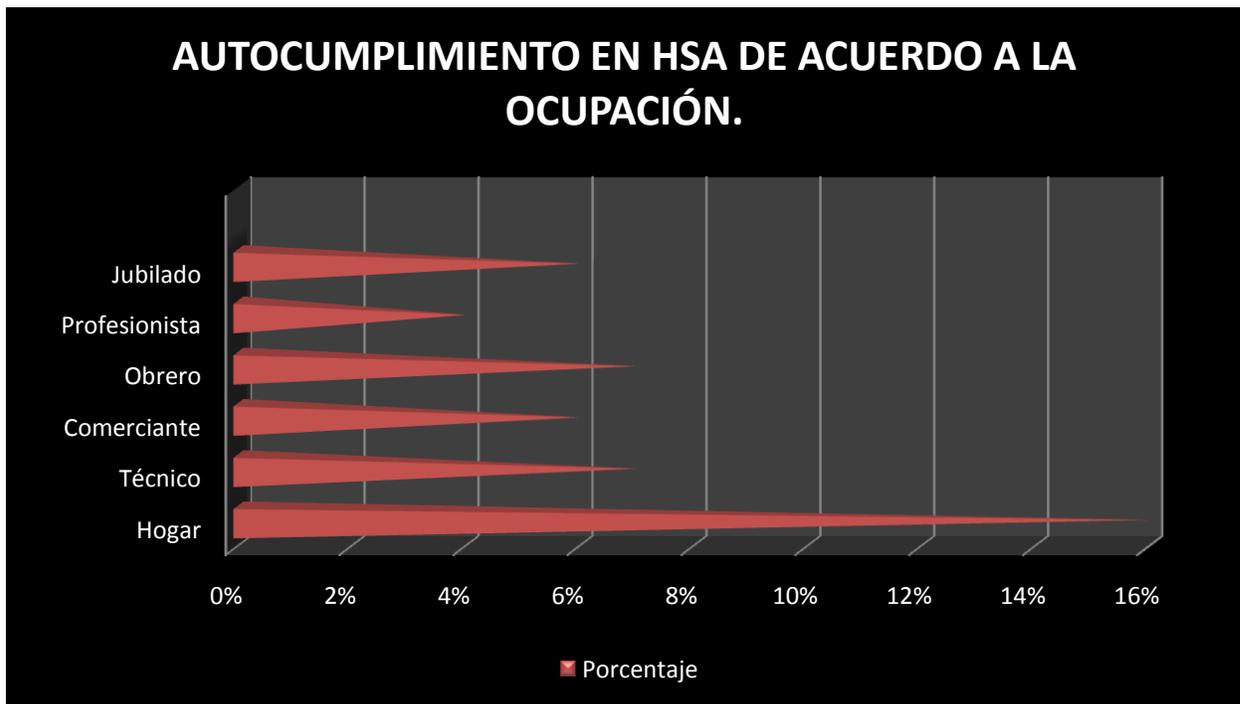
TABLA 38.

DISTRIBUCIÓN DE AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

OCUPACIÓN	AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
HOGAR	60	16
TÉCNICO	27	7
COMERCIANTE	24	6
OBRERO	27	7
PROFESIONISTA	13	4
JUBILADO	23	6

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 38.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

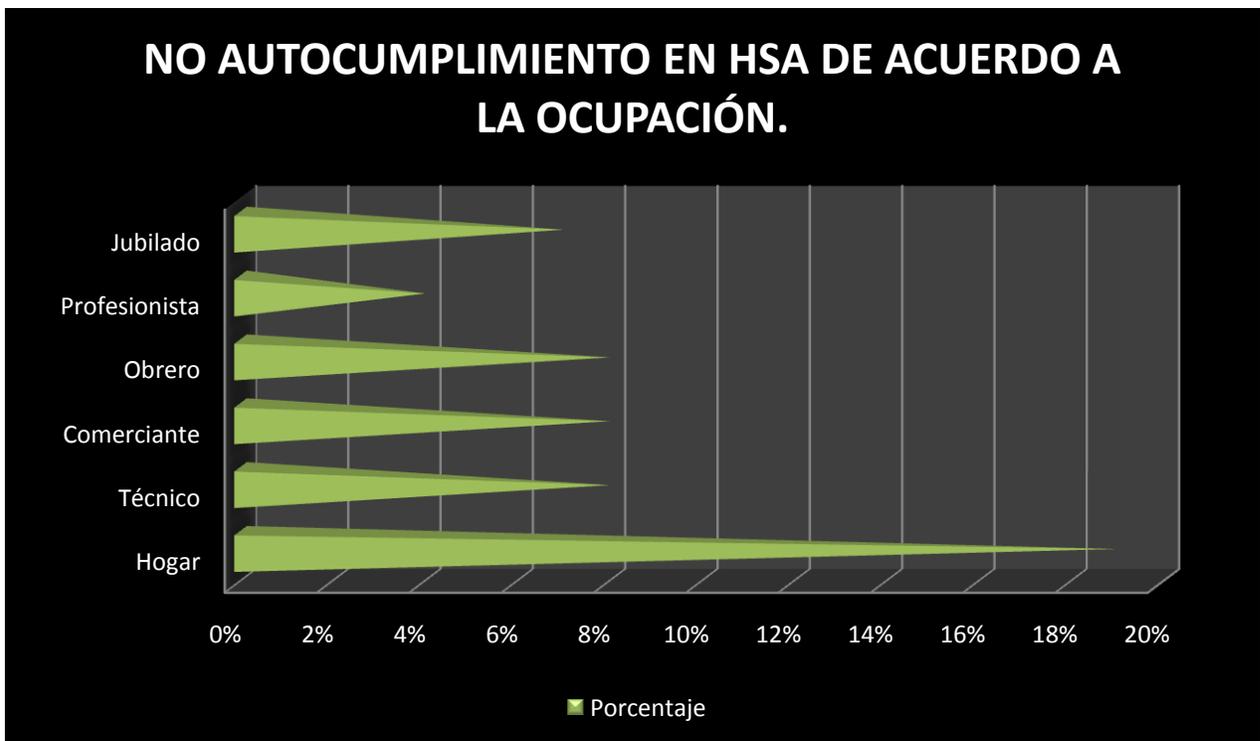
TABLA 39.

DISTRIBUCIÓN DE NO AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

OCUPACIÓN	NO AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
HOGAR	71	19
TÉCNICO	31	8
COMERCIANTE	28	8
OBRERO	31	8
PROFESIONISTA	16	4
JUBILADO	28	7

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 39.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

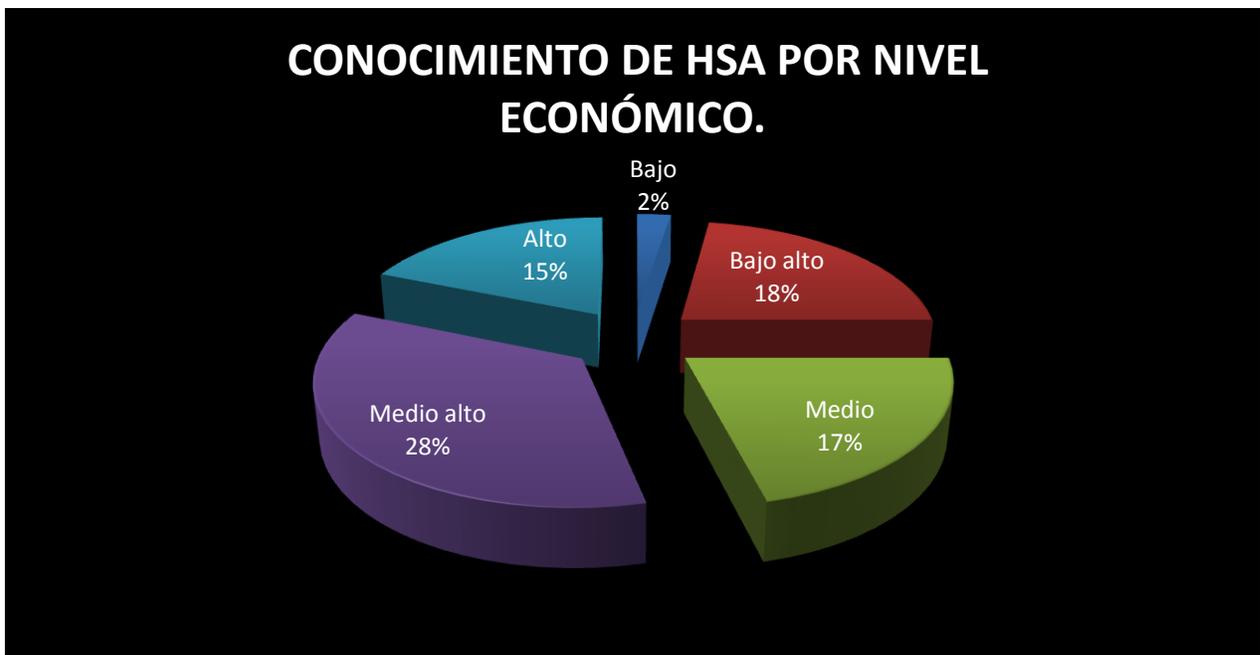
TABLA 40.

DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON NIVEL ECONÓMICO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

NIVEL ECONÓMICO	CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MARGINAL	0	0
BAJO	6	2
BAJO ALTO	70	18
MEDIO	65	17
MEDIO ALTO	106	28
ALTO	58	15

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 40.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

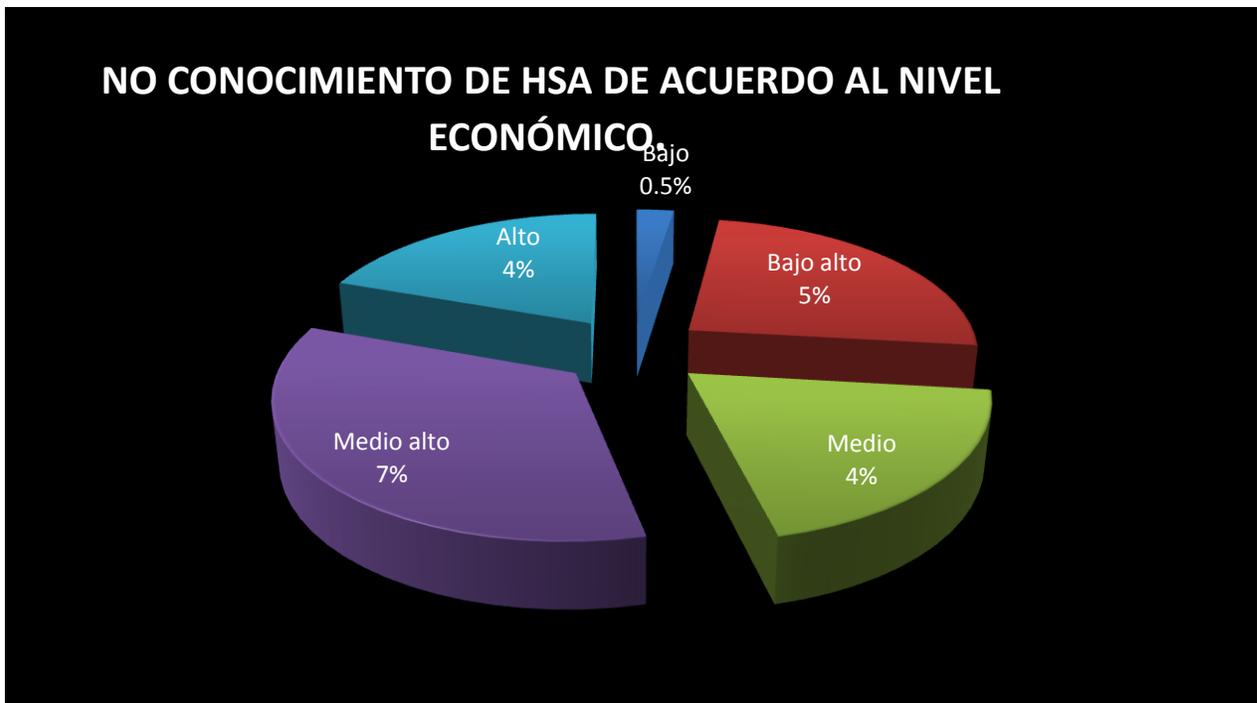
TABLA 41.

DISTRIBUCIÓN DE NO CONOCIMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON NIVEL ECONÓMICO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

NIVEL ECONÓMICO	NO CONOCIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MARGINAL	0	0
BAJO	2	0.5
BAJO ALTO	17	5
MEDIO	16	4
MEDIO ALTO	25	7
ALTO	14	4

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 41.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

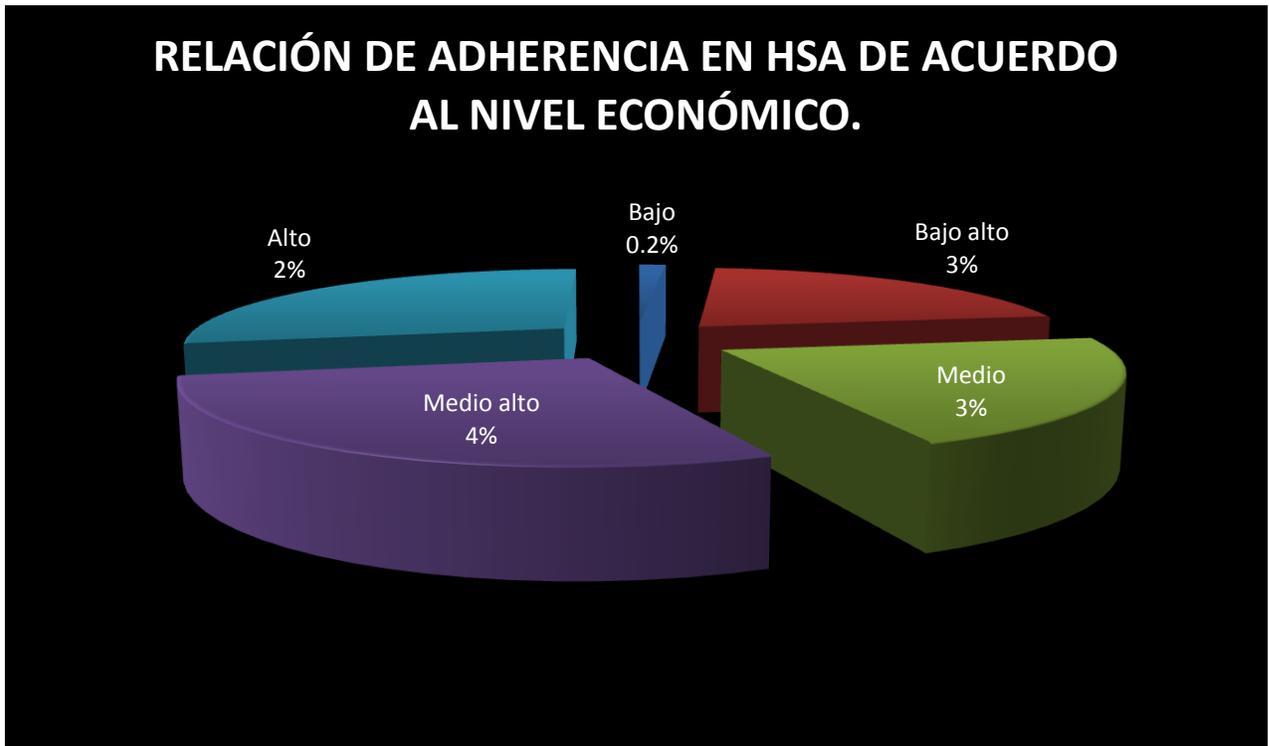
TABLA 42.

DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON NIVEL ECONÓMICO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

NIVEL ECONÓMICO	ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
MARGINAL	0	0
BAJO	1	0.2
BAJO ALTO	10	3
MEDIO	10	3
MEDIO ALTO	15	4
ALTO	9	2

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 42.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

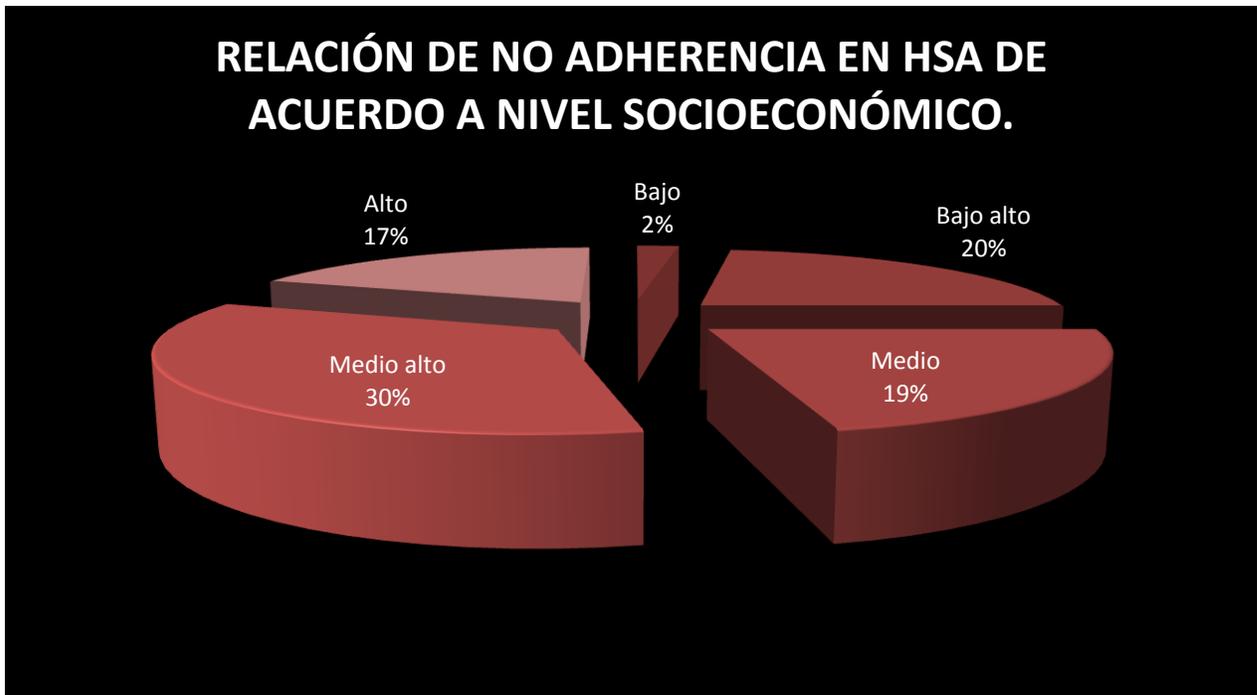
TABLA 43.

DISTRIBUCIÓN DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON NIVEL ECONÓMICO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

NIVEL ECONÓMICO	NO ADHERENCIA DE HAS	PORCENTAJE %
MARGINAL	0	0
BAJO	7	2
BAJO ALTO	77	20
MEDIO	71	19
MEDIO ALTO	116	30
ALTO	63	17

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 43.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

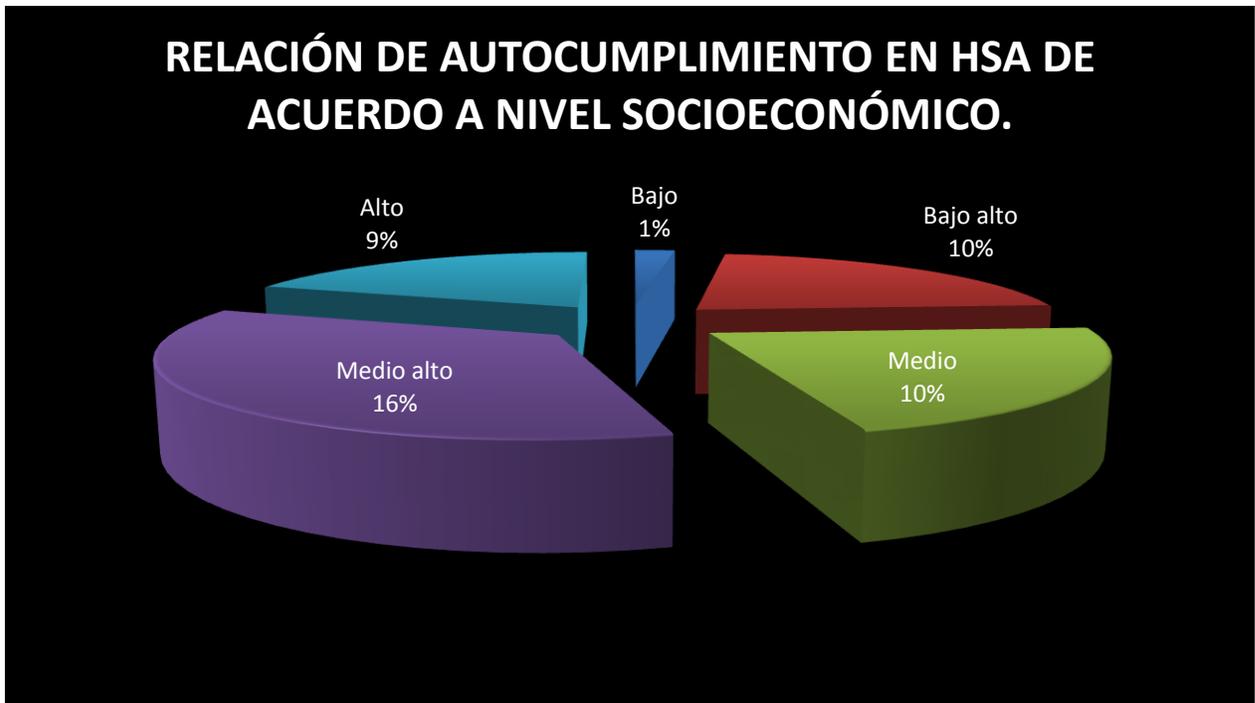
TABLA 44.

DISTRIBUCIÓN DE AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON NIVEL ECONÓMICO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

NIVEL ECONÓMICO	AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MARGINAL	0	0
BAJO	4	1
BAJO ALTO	40	10
MEDIO	37	10
MEDIO ALTO	60	16
ALTO	33	9

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 44.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

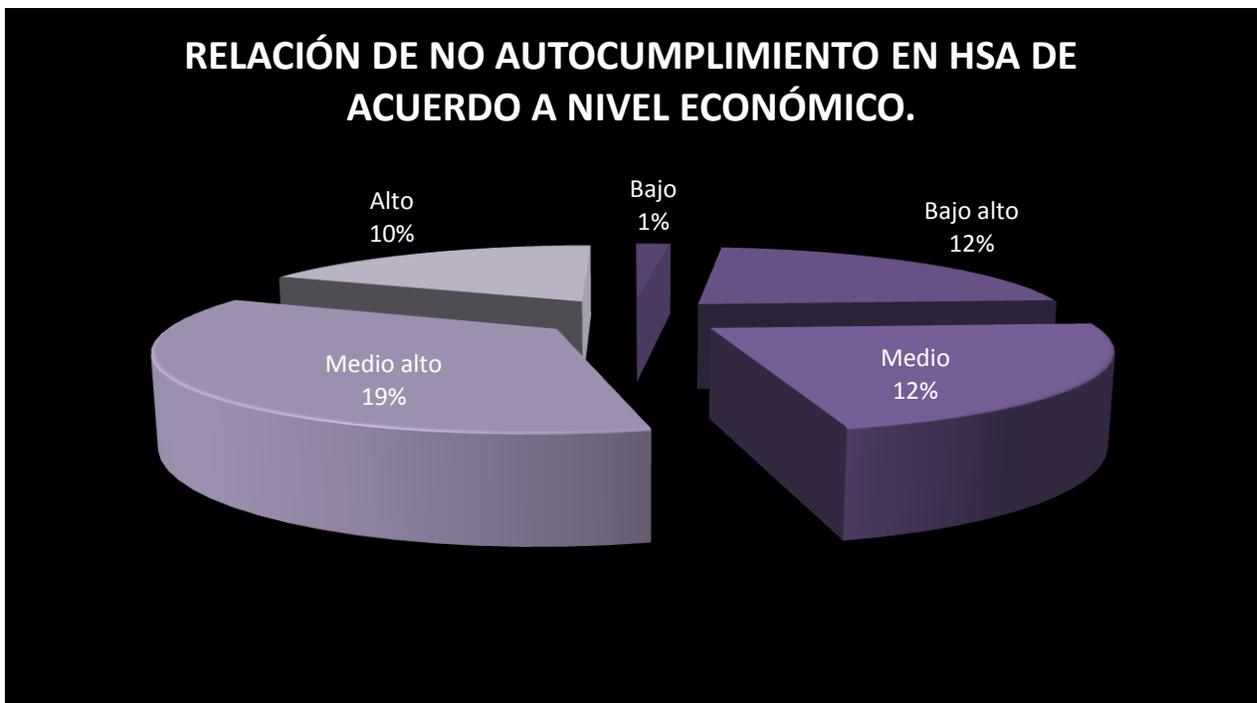
TABLA 45.

DISTRIBUCIÓN DE NO AUTOCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO DE HAS EN RELACIÓN CON NIVEL ECONÓMICO DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON LOSARTAN Y VALSARTAN ESTUDIADOS.

NIVEL ECONÓMICO	NO AUTOCUMPLIMIENTO DE HAS	PORCENTAJE %
MARGINAL	0	0
BAJO	4	1
BAJO ALTO	47	12
MEDIO	44	12
MEDIO ALTO	71	19
ALTO	39	10

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

GRÁFICA 45.



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas y de apego al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan en la UMF 33.

DISCUSIÓN.

El presente estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal se realizó en los pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan, adscritos y usuarios de la UMF 33 El Rosario. Mi objetivo general fue determinar los principales factores de falta de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan, convencida de mejorar el conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, haciendo conciencia en el paciente para la adherencia y autocumplimiento al tratamiento de acuerdo a la edad, escolaridad, ocupación, estado civil, género y nivel económico logrando que 379 pacientes de 7444 captados en la UMF aceptaran participar en el estudio. Obteniendo los siguientes resultados:

En primer lugar encontramos que el grupo de edad que predomina es de 55-60 años en un 30%, de los cuales tienen conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad 24% y 7% la desconocen, 10% tienen adherencia al tratamiento y 20% no tienen adherencia al tratamiento, 4% tienen autocumplimiento al tratamiento y 26% no tienen autocumplimiento al tratamiento. Como se describe en la literatura la hipertensión arterial sistémica aumenta con la edad, desarrollándose después de los 50 años, por lo que observamos en nuestro grupo estudio la prevalencia de 55-60 años de edad es similar.

En segundo lugar encontramos que de acuerdo al género que predomina es el femenino en un 67% con hipertensión arterial sistémica y 33% corresponden al sexo masculino, de los cuales 54% del sexo femenino y 26% del sexo masculino tienen conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 13% del sexo femenino y 7% del sexo masculino la desconocen, 8% del sexo femenino y 4% del sexo masculino tienen adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y 59% del sexo femenino y 29% del sexo masculino no tienen adherencia al tratamiento, 31% del sexo femenino y 15% del sexo masculino tienen autocumplimiento al tratamiento de la hipertensión arterial, 31% del sexo femenino y 15% del sexo masculino no tienen autocumplimiento al tratamiento. No se reporta en la literatura predominio de género sin embargo en nuestro grupo de estudio encontramos una prevalencia en el sexo femenino.

En tercer lugar encontramos que de acuerdo al estado civil que predomina son los casados en un 52%, de los cuales 42% tienen conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 10% desconocen la enfermedad, 6% tienen adherencia al tratamiento y 46% no tienen adherencia, 24% tienen autocumplimiento al tratamiento y 28% no tienen autocumplimiento al tratamiento.

En cuarto lugar encontramos que de acuerdo a la ocupación que predomina el hogar en un 35%, de los cuales 28% tienen conocimiento de la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 7% la desconocen, 4% tienen adherencia al tratamiento y 31% no tienen adherencia al tratamiento, 16% tienen autocumplimiento al tratamiento y 19% no tienen autocumplimiento al tratamiento.

En quinto lugar encontramos que de acuerdo a la escolaridad predomina la técnica y preparatoria en un 39%, de los cuales 31% conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 8% la desconocen, 5% tienen adherencia al tratamiento y 34% no tienen adherencia al tratamiento, 18% tienen autocumplimiento al tratamiento y 21% no tienen autocumplimiento al tratamiento.

En sexto lugar encontramos que de acuerdo al nivel económico predomina medio alto con un 35%, de los cuales 28% conocen la hipertensión arterial sistémica como enfermedad y 7% la desconocen, 4% tienen adherencia al tratamiento y 30% no tienen adherencia al tratamiento, 16% tienen autocumplimiento al tratamiento y 19% no tienen autocumplimiento al tratamiento.

En séptimo lugar encontramos que de acuerdo al conocimiento de la hipertensión arterial sistémica 80% la conocen como enfermedad y 20% la desconocen, 12% tienen adherencia al tratamiento y 88% no tienen adherencia y 46% tienen autocumplimiento al tratamiento y 54% no tienen autocumplimiento al tratamiento.

Como podemos observar en nuestro grupo de estudio corroboramos que existen conductas adherentes que se dan por una compleja interrelación de factores, como el paciente y su entorno económico, cultural y social, así como la falta de comprensión del modelo implícito del enfermar, no reconocer que esta enfermo, la necesidad de medicamento, estabilidad de los síntomas y características de la enfermedad y no toma adecuada de medicamentos provocando un mal control de la hipertensión arterial sistémica.

CONCLUSIONES.

Con base a lo observado en la investigación realizada sobre identificar los principales factores de falta de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica tratados con losartan y valsartan, como se describe en la literatura la delimitación de los factores que se relacionan con la adherencia terapéutica resulta algo complejo. El conocimiento de éstos aumenta los recursos y estrategias de los especialistas para mejorar el cumplimiento de los programas terapéuticos y de salud indicados a sus pacientes. Los factores más estudiados, como las características demográficas y socio culturales de los pacientes, los aspectos de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, las características de la enfermedad y los regímenes terapéuticos, tampoco han permitido arribar a resultados del todo concluyentes; se plantea que “lo que sí parece cierto es que la combinación de algunos de estos factores (entre sí o con las características de la enfermedad o el tipo de programa) parece incidir sobre la adherencia y que algunos de ellos aparecen relacionados (con la adherencia o cumplimiento) en algunas circunstancias pero no en otras” (Serafino, 1990).

Rodríguez, 1995, en sus estudios respalda que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la hipertensión arterial sistémica, es la falta de adherencia al tratamiento, de los pacientes diagnosticados, es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (toma de medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional).

Según Haynes et al (1979, 1987, 1992), citados por Amigo, Fernández y Pérez (1998), los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico. Los modelos de cognitivos están basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social de Bandura en los modelos cognitivos de decisión. Es por esto que utilizamos los test de Morisky-Green, test de Batalla y test de Haynes-Sackett que miden el conocimiento de la hipertensión arterial sistémica, adherencia y autocumplimiento al tratamiento de la misma.

Encontramos y concluimos existe una gran relación entre el conocimiento de la hipertensión arterial sistémica, la adherencia y autocumplimiento del tratamiento con la edad, ocupación, escolaridad, género y nivel económico en nuestra unidad ya que, para

llegar a buen apego al tratamiento con losartan y valsartan implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento. Tomando en cuenta como describe Rodríguez que a medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como la hipertensión arterial, por lo tanto es de suma importancia que como médicos familiares conozcamos los factores principales en nuestros pacientes que impiden un apego adecuado al losartan y valsartan, permitiéndonos prevenir complicaciones de la enfermedad e ingresos hospitalarios innecesarios, sin perder de vista una mejor calidad de vida, así mismo evitar la trascendencia económica del consumo inadecuado de losartan y valsartan ya que es un auténtico reto para los administradores de nuestra institución, debido al derroche económico que hacen los pacientes con este tipo de medicamento ya que son de alto costo.

ANEXOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO

[____]

FECHA: _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **Principales factores de falta de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial tratados con losartan y valsartan en la unidad de medicina familiar número 33 “El Rosario”** registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar los principales factores de falta de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial tratados con losartan y valsartan en la unidad de medicina familiar No 33 el Rosario.

Se me ha explicado que mi participación consistirá responder de manera completa un cuestionario ex profeso con datos personales y laborales y el índice Asociación Mexicana de agencias de investigación de Mercados y opinión Pública AMAI. Así como los cuestionarios de Morisky-Green, Test de Batalla y el Test de Haynes-Sackett validados para medir adherencia, conocimiento de la enfermedad y comunicación de autocumplimiento en la hipertensión arterial.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más completa de los principales factores de adherencia en la falta de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial tratados con losartan y valsartan en la unidad de medicina familiar No. 33. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del encuestado

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

CLAVE 2810-003-002

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
FORMACIÓN DOCENTE LA RAZA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33
EL ROSARIO

ENCUESTA AMAI PARA VALORAR NIVEL SOCIOECONOMICO

LEA DETENIDAMENTE CADA PREGUNTA Y MARQUE CON UNA CRUZ, LA OPCIÓN DE RESPUESTA QUE CONSIDERE MÁS PERTINENTE PARA SU CASO.

1. Edad del paciente:

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Casada
- Soltera
- Viuda
- Divorciada
- Unión Libre
- Separada

3. ¿Cuál fue el último año de estudios que usted completó?

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Técnico.

- Preparatoria.
- Universidad.

4. ¿Cuál es su ocupación?

- Hogar
- Técnica
- Comerciante
- Obrera
- Profesionista
- Jubilada o pensionada

5. Pensando en el Jefe de Familia de su hogar, ¿Hasta que año de la escuela estudio?

- a) Ninguno
- b) Primaria o secundaria completa o incompleto
- c) Carrera Técnica, preparatoria completa o incompleta
- d) Licenciatura completa o incompleto

6. ¿Cuál es el total de piezas y/o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

- a) 0-4
- b) 5-6
- c) 7 o más

7. ¿Cuántos baños completos y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 o más

8. ¿Cuántas TV a color tiene en su hogar que funcionen?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3

e) 4 o más

9. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 o más

10. ¿Cuenta su hogar con Computadora Personal propia que funcione?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 o más

11. ¿El piso de su hogar es de cemento?

- a) sí
- b) no

12. ¿Cuenta su hogar con regadera que funcione?

- a) sí
- b) no

13. ¿Cuenta su hogar con estufa que funcione?

- a) sí
- b) no

14. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

- a) 6-10
- b) 11-15
- c) 16-20
- d) +20

Test de Batalla

Analiza el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y dirigido esencialmente a HTA y dislipemia.

Una respuesta incorrecta de las 3 siguientes conlleva falta de adherencia.

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida? Si No
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación? Si No
3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.

Test de Morisky-Green

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de “comunicación del autocumplimiento”. Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?
2. En caso de haber contestado “sí” indique el número aproximado de comprimidos olvidados en la última semana.

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Mendoza S., Muñoz M., Merino J.M., Barriga O.A. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev. Med. Chile 2006; 134: 65-71.
2. Basterra M.G. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care. España 1999; 1:97-106.
3. Holguin L., Correa D., Arrivillaga M., et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol., dic. 2006; 5(3):535-548.
4. Appel, L., Champagne, C., Harsha, D., Cooper L. et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the PREMIER clinical trial. JAMA.2003; 289(16), 2083-2094.
5. Bacon, S., Sherwood, A., Hinderliter, A. & Blumenthal, J. Effects of Exercise, Diet and Weight Loss on High Blood Pressure. Sports Med. 2004:34-30.
6. Cáceres, F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. MedUNAB.2004: 7- 172.
7. Fernández, S., González, M. L., Comas, A., García, A. & Cueto, A. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. Psicothema.2003; 15(1): 82-87.
8. Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado en octubre 18 de 2005 de la Word Wide Web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>.

9. Rivas C.J., Gutiérrez V.C., Rivas L.J. Tratamiento y costos farmacológicos de la hipertensión arterial no complicada en un hospital regional. *Rev. Per. Card. Sep- Dic 2008*; 34(3): 181-190.
10. The seventh Report of the Join National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension 2003*; 42: 1206-52
11. American Diabetes Assotion. Treatment of hypertension in adults with diabetes. *Diabetes Care 2003*; 26 (suppl 1): 80-82
12. Costa M.L.E. Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida. España 1996: Piramide.
13. Dubbert P.M. Behavioral (life style) modification in the prevention and treatment of hypertension. *Clinical Psychology review. 1996*; 15: 187-216
14. Zaldívar P.D. Factores psicosociales y adherencia terapéutica. *Infomed. Cuba, marzo.2009*: 1-5.
15. La Rosa M. Y., Martín A.L., Bayarte H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr. Marzo 2007*; 23(1): 104-111.
16. Servicio Madrileño de Salud-Comunidad de Madrid. *Salud Madrid 2006*; 13(8): 31-38.
17. Nógues S., Sorli R., Villar G.J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Annales de Medicina Interna 2007*; 24(3): 130-141

18. Saldarriaga S. L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo vascular en personas que acuden al centro de salud corrales. Tumbes. Perú 2007. NURE Inv. 2010 (revista por internet), Marzo-Abril; 7(45): 1-10

19. Ginarte Y. La adherencia terapéutica. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2001; 17(5): 502-505

20. El grupo de estudio de SIDA de la sociedad española de enfermedades infecciones y microbiología clínica. Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Abril 1999.