

ADHERENCIA AL PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE OJOJONA, FRANCISCO MORAZÁN

Adherence to comprehensive hypertension treatment plan in patients from Ojojona, Francisco Morazán

María Isabel Benítez¹, José Alejandro Martínez², Cindy Alejandra Cálix², Hugo Ramírez², Eduardo Padgett², Luis Carlo Martínez², Milicent Valladares², Gabriel Atuán², Lety Angélica Espinoza², Rubén Bustillo², Sandy Alvarado², María Eugenia Sáenz², Edna Maradiaga³

¹Docente de la Cátedra Estilos de Vida, Salud y Ambiente, UNITEC.

²Estudiantes de tercer año de medicina UNITEC

³Investigadora, labora en la UIC, de la UNAH y es catedrática de investigación científica en la UNITEC

RESUMEN. Antecedentes: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible altamente prevalente en Honduras. Es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares es del 27% en el país, según la Organización Mundial de la Salud. **Objetivo:** Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes hipertensos que acudieron al centro de salud San Juan de Ojojona, en el primer trimestre del año 2017. **Pacientes y métodos:** Se utilizó el cuestionario Martin-Bayarre-Grau para estudio del nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo, aplicado mediante entrevistas personales a 66 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple. **Resultados:** La mayoría de las personas estudiadas (60%) estaban parcialmente adheridas al tratamiento, el 36.4% totalmente adherido y 3% tenía adherencia nula al tratamiento. **Conclusión:** La escasa actividad física y no seguir las indicaciones dietéticas influyen grandemente en la adherencia parcial que tiene la mayoría de la población estudiada. **Palabras clave:** adherencia, tratamiento, hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una de las epidemias del siglo XXI, el 30% de la población mundial la padece, aproximadamente un billón de personas.^{1,2} La HTA aflige a 50 millones de habitantes en los Estados Unidos. Afecta a más de 1 de cada 3 adultos mayores de 25 años. Similar prevalencia se ha reportado en Honduras (33.7%).^{3,4} Una preocupación es que al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de HTA se incrementará, a menos que se implementen medidas preventivas eficaces.

Entre los principales factores de riesgo cardiovascular se ha encontrado que un índice de masa corporal elevada, el hábito de consumir tabaco o alcohol, las dislipidemias y la diabetes mellitus, así como la edad y el sexo de los pacientes son factores de mucha importancia en el desarrollo de la HTA.^{5,6} El porcentaje de pacientes no diagnosticados es alto.⁷ Por ello la educación, la dieta y el ejercicio son importantes para la prevención de la obesidad, tabaquismo, alcoholismo y mala alimentación o incluso para mantener estable a la persona hipertensa, por la misma razón se debe fomentar el cambio del estilo de vida.⁸⁻¹⁵

“La adherencia se define como el grado al cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento, ya sea tomar un medicamento, seguir una dieta, hacer

cambios en su estilo de vida o seguir recomendaciones.”¹⁶ En estudios realizados en diferentes países se ha demostrado una baja adherencia al tratamiento, en China 43%, Gambia 27%, Islas Seychelles 26%, Estados Unidos 51%, en Argentina entre 4 y 23%.¹⁷

Según la OMS los países en vías de desarrollo son los que más afectados se ven en el manejo de enfermedades crónicas. En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, siendo menor en los países en desarrollo, debido a la escasez de recursos e inequidad en salud.¹⁸ En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía de 13% al 21%.

El presente estudio evalúa el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, utilizando el cuestionario Martin-Bayarre-Grau (MBG),¹⁹ en los pacientes hipertensos que acudieron al Centro de Salud San Juan de Ojojona, en el primer trimestre del año 2017, lo cual permitirá establecer mejores intervenciones para beneficio de estos pacientes.

METODOLOGÍA

Se seleccionó la comunidad de Ojojona por ser una comunidad visitada por los autores como parte de la rotación de la Cátedra de Estilos de Vida, Salud y Ambiente. Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, con un universo estimado según los registros del centro de salud de la comunidad de 120 pacientes hipertensos. La muestra de estudio fueron 66

Recibido 10/2017; Aceptado para publicación 11/2017.

Dirección para correspondencia: Dra. María Isabel Benítez,
Correo electrónico: mibpatino@yahoo.com

Conflicto de interés. Los autores declaramos no poseer conflictos de interés en relación a este artículo.

pacientes, escogidos mediante un muestreo por conveniencia, aleatorio simple. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, escolaridad, ocupación, años de diagnóstico de la enfermedad, tratamiento farmacológico, dieta baja en sal, dieta baja en grasas animales y ejercicio físico.²⁰

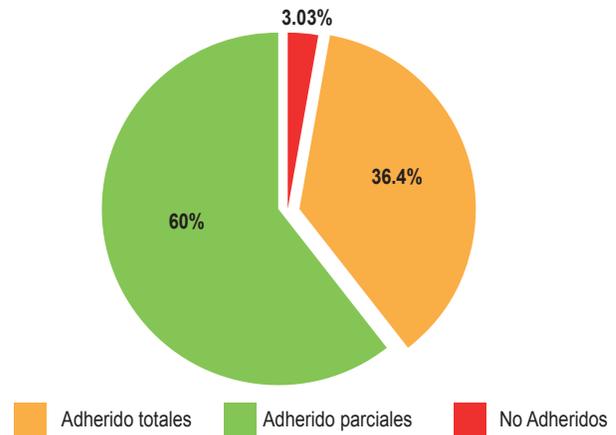
Se seleccionó el test MBG para este estudio, pues analiza en conjunto las indicaciones médicas en relación a terapéutica medicamentosa, la dieta y la actividad física de los pacientes como indicadores del nivel de adherencia de los mismos.¹⁹ El cuestionario fue originalmente desarrollado y validado por médicos cubanos en el año 2008 que se divide en datos demográficos, una interrogante sobre las indicaciones médicas dietéticas y sobre actividad física respectivamente y un conjunto de 12 preguntas sobre el tratamiento farmacológico. Cada una de las 12 interrogantes farmacológicas consta de un valor numérico, de 1 a 4 puntos, dependiendo de la respuesta del encuestado a la misma. Al final el puntaje obtenido en cada pregunta se suma (la escala va de 0 a 48 puntos) y el resultado final indica el nivel de adherencia al tratamiento del paciente. En base a esta métrica, se consideran como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17.

Se colectó datos mediante entrevista domiciliaria levantada por estudiantes del 3er año de la carrera de Medicina de la UNITEC, debidamente capacitados, visitaron casa a casa y metodología cara a cara, en el casco urbano y, en el Centro de Salud a todos los pacientes de las Aldeas que acuden citados para el Club del Hipertenso y para este fin. La aprobación ética del estudio fue dada por las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud de UNITEC.

RESULTADOS

De los individuos estudiados se aprecia el predominio del sexo femenino de 79%, generalmente conformado por amas de casa, y una edad mayor de 50 años en el 89.3%. La Figura 1 muestra que la mayoría de entrevistados mantiene una adherencia parcial al tratamiento, correspondiendo a un 60 % de los evaluados. En relación al porcentaje de apego según el pilar terapéutico estudiado por el test MGB, la mayoría refiere que sí está haciendo acciones preventivas. En promedio, el 86% de los pacientes afirmaron ser adecuadamente educados sobre algunas medidas de prevención de la hipertensión arterial como ser una dieta baja en sal, no consumir grasa animal y realizar ejercicio físico. El 86.4% de los pacientes estudiados siguen adecuadamente la terapia farmacológica asignada. Sin embargo, el 57.6% de los encuestados afirmó poner en práctica las recomendaciones dietéticas, mientras que solo el 59% afirmó cumplir las recomendaciones relacionadas con la actividad física. El 77% de los pacientes hipertensos estudiados afirman sentirse lo suficientemente conformes con el tratamiento médico asignado.

Figura 1. Clasificación del tipo de adherencia al tratamiento.



DISCUSIÓN

La adherencia al plan integral de tratamiento antihipertensivo por los pacientes en Ojojona, Francisco Morazán es baja. Esto coincide con estudios internacionales existentes y en comunidades rurales con características similares a la población que estudiamos, el porcentaje de adherencia, es aún menor.^{1,2}

El hecho de ser mayor de 55 años, es un factor de riesgo independiente para presentar HTA, y este riesgo es de 90% según el más reciente Framingham Heart Study.²¹ De la misma forma independiente de otros factores de riesgo la hipertensión arterial está directamente relacionada a evento cerebrovascular (ECV).²² El riesgo de complicaciones como el infarto de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca, ictus y enfermedad renal se incrementa en proporción al aumento de las cifras de presión arterial. Se ha observado que un aumento de 20mmHg en PAS o 10mmHg en PAD duplica el riesgo de ECV en personas de entre 40 y 70 años.²³

Factores de riesgo relacionados a la HTA son: la dieta alta en sodio y grasas, diabetes, problemas renales, hormonales, antecedentes familiares, sedentarismo, sobrepeso, obesidad, vejez (a mayor edad, mayor probabilidad de padecerla), raza (personas de raza negra, no latinas padecen más la enfermedad en relación a otras razas, medicamentos como anticonceptivos están relacionados, el estrés y el consumo de tabaco y alcohol.²⁴

Los riesgos de padecer hipertensión arterial incrementan con la edad, personas entre 40 y 70 años, son altamente susceptibles a las complicaciones de la misma. La mayoría de la población hipertensa de Ojojona es mayor de 50 años, por lo tanto hay mayor riesgo de presentar complicaciones como ECV, infarto agudo de miocardio (IAM) y enfermedad renal crónica.²⁵ además, la hipertensión arterial es un factor de riesgo independiente para diabetes, proteinuria y dislipidemia.²⁶

Las investigaciones de Licon R y Aguilera S, y la de Isaula y col en Honduras, ambas demostraron que la HTA era el factor de riesgo asociado con mayor frecuencia a ECV^{27,28} y se estima que el 1% de los pacientes desarrollará una crisis hipertensiva, según M. Marini.²⁹ El 27% del total de muertes en Honduras se debe a complicaciones cardiovasculares y 67% se debe a las enfermedades crónicas no transmisibles.³⁰ El control de la presión arterial reduce en un 10% la mortalidad por ictus.²⁷

La mayoría de los pacientes en Ojojona, presenta adherencia parcial, pues la mitad de ellos sigue las recomendaciones dietéticas. En un mínimo porcentaje la adherencia es nula. Sin embargo, dos tercios de ellos están conforme con el tratamiento asignado.

Una intervención que sería útil en esta comunidad, es fomentar la práctica adecuada de ejercicios de moderada intensidad (caminatas, ejercicios aeróbicos, prácticas agrícolas ligeras) o de alta intensidad (trabajo arduo, trote o bicicleta intensos), reduciría sus niveles de presión arterial,¹⁵ es decir, ejercicios rutinarios, al menos 30 minutos diarios o 150 minutos semanales.

Actualmente se sabe que la correcta adherencia al tratamiento se basa en cumplir con las indicaciones médicas de manera estricta. Se ha postulado que un fuerte apego al tratamiento tiene un gran impacto en el proceso de la enfermedad que sufren los pacientes, esto ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente y previene futuras complicaciones. Se puede considerar al déficit de apego a las recomendaciones dietéticas y al sedentarismo de los pacientes como una debilidad en la comunidad hipertensa de Ojojona. Es necesario reforzar la educación dietética ya que este es un componente esencial en el

manejo de la hipertensión. Con respecto a la actividad física, al tener casi exclusivamente pacientes mayores de 50 años como población hipertensa, se dificulta la práctica de actividad física suficiente para complementar el tratamiento, por lo que se debe buscar iniciativas diferentes para que los pacientes sean menos sedentarios. Los riesgos de complicaciones se incrementan en la mayoría de los estudiados, porque además de estar parcialmente adheridos al tratamiento antihipertensivo, pertenecen al grupo etario de mayores complicaciones.

Se puede concluir que la adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población de Ojojona necesita mejorarse urgentemente. Los resultados indican que las estrategias empleadas por el personal de salud de la comunidad, necesitan ser reevaluadas para lograr un nivel adecuado de adherencia al tratamiento. Existe un margen de mejora que debe ser considerado con inmediatez para incrementar el número de pacientes totalmente adheridos al tratamiento y así reducir el riesgo de mortalidad de los mismos.

Sería importante promover campañas educativas sobre la importancia de mantenerse adherido al tratamiento, en especial para ese pequeño porcentaje de personas que tienen una adherencia nula. Sería ideal la creación de espacios comunitarios que faciliten el ejercicio de los pobladores de Ojojona. El Club de Hipertensos podría hacer alianzas estratégicas e integrar apoyo de otras organizaciones de la comunidad afines a la educación sobre estilos de vida saludable.

Agradecimientos:

A los pacientes participantes, al personal de salud de Ojojona por su colaboración y a la Dra. Reyna M. Durón por su asistencia en la preparación de este manuscrito.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [Consultado 1 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud 2013: mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [Consultado el 3 abril 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
- Cerrato Hernández KP, Zambrano LI. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad urbana de Honduras. *Rev Fac Cienc Méd.* 2009;6(2):34-9.
- Hall Martínez J, Hall Reyes J, Alvarenga Thiebaud M, Gómez O. Prevalencia de hipertensión arterial en adultos de El Progreso. *Rev Med Hondur.* 2005;73(2):60-4.
- Argente HA, Álvarez ME. *Semiología Médica*. 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2013.
- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins J. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet.* 2002;360(9349):1903-13.
- Rivera MF. Tabaco y pobreza: un estudio epidemiológico en población urbana. Tegucigalpa, Honduras. 2009. *Rev Med Hondur.* 2011;79(4):183-86.
- Nigro D, Vergottini JC, Kuschner E, Bendersky M, Campo I, De Roiter HG, et al. Epidemiología de la hipertensión arterial en la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol.* 1999;28:69-75.
- Organización de las Naciones Unidas para la alimentación. La importancia de la educación nutricional. [Internet]. Roma: FAO; 2011 [Consultado el 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/31779-02a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf>
- Chávez González E, González Rodríguez E, Castro Hevia J, Llanes Camacho MC, García Nobrega Y, Carmona Puerta R, et al. El electrocardiograma del paciente hipertenso. Dispersión de la onda P: nueva medida a tener en cuenta. *Medisur.* 2010;8(5):71-5.
- Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium collaborative research group. *N Engl J Med.* 2001;344(1):3-10.
- Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, Appel LJ, Bray GA, Simons-Morton DG, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med.* 2001;135(12):1019-28.
- Chobanian AV, Hill M. National heart, lung, and Blood Institute Workshop on sodium and blood pressure: a critical review of current scientific evidence. *Hypertension.* 2000;35(4):858-63.
- Kelley GA, Kelley KS. Progressive resistance exercise and resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension.* 2000;35(3):838-43.
- Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med.* 2002;136(7):493-503.
- Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Av Enferm.* 2012;30(2):67-75.
- Di Caro VG. Adherencia a las medidas de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial en mayores de 65 años. [Internet]. Argentina: Universidad Abierta Interamericana, 2012. [Consultado el 14 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111904.pdf>
- Terán C. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas [Internet]. Washington: OPS; 2016. [Consultado 30 de marzo del 2017]. Disponible en http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&func=view&catid=21&id=290&Itemid=276&lang=es

19. Martín Alfonso L, Bayarre Veja HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2008 [Consultado el 3 de abril de 2017];34(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865012>
20. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. [Consultado el 18 de marzo del 2017]. Disponible en: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/77887/mod_resource/content/2/adherencia.pdf
21. Fisher N, Williams G. Vasculopatía Hipertensiva. En: Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison: principios de medicina interna. Vol 1. 16a ed. México: McGraw Hill; 2006. p.1617-1637.
22. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003;289(19): 2560-72.
23. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase II. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. *Arch Intern Med*. 1997;157(6):657-67.
24. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension*. 2000;35(2):544-9.
25. Salvador González B, Rodríguez Pascual M, Ruipérez Guijarro L, Ferré González A, Cunillera Puertolas O, Rodríguez Latre LM. Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados. *Aten Primaria* 2015;47(4): 236-45.
26. Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Velázquez Monroy O, Martínez Reding J, Méndez Ortiz A, et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte nacional de Seguimiento. *Arch Cardiol Méx*. 2005;75(1):96-111.
27. Licona Rivera TS, Aguilera Sandoval MI. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con accidente cerebrovascular en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Rev Med Hondur*. 2009;77(3):99-152.
28. Isaula OF, Paguada Canales E, Sierra M, Medina MT, Sirias Baca AV. Enfermedad cerebro vascular y factores asociados en la población de Villanueva, Cortés, enero 2006 – diciembre 2010. *Rev Fac Cienc Méd*. 2011;8(2):45-51.
29. Ramos Marini MR. Crisis hipertensiva: parte II. *Rev Med Hondur*. 2012;80(4):171-8.
30. Organización Mundial de la Salud. Honduras: riesgo de mortalidad prematura debido a ENT (%). Ginebra: OMS; 2018. [Consultado el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/hnd_es.pdf

ABSTRACT. Background: Arterial hypertension is a highly prevalent non-transmissible chronic disease in Honduras, and it is a risk factor for cardiovascular, cerebrovascular and renal disorders. Cardiovascular disease mortality is 27% in the country, according to the World Health Organization. **Objective:** To determine the level of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in hypertense patients who attended the San Juan de Ojojona Health Center in the first quarter of the year 2017. **Patients and methods:** We used the Martín-Bayarre-Grau questionnaire to study the level of adherence to hypertensive treatment, which was applied through personal interviews to 66 patients selected by simple randomized sample. **Results:** Most of the people studied (60%) are partially adhered to treatment, 36.4% are fully adherent and 3% have no adherence to treatment. **Conclusion:** Results showed that low physical activity and not following dietary indications, influence greatly the level of partial adherence that most of the population studied. **Keywords:** Adherence, treatment, hypertension.