

Grados De Riesgo Para La Adherencia Terapéutica En Personas Con Hipertensión Arterial Resumen

Ariel Salcedo Barajas, Ana Maritza Gomez Ochoa

Enfermero, magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Docente Cátedra de la Universidad Industrial de Santander UIS, Docente Catedra de la Universidad de Santander UDES, Enfermero de Cuidados intensivos de la Fundación Oftalmológica de Santander. FOSCAL. Bucaramanga, Colombia

** Enfermera, magíster en Enfermería y Docencia. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

E-Mail: asalcedob@unal.edu.co, amgomez@unal.edu.co

DOI: <http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2015.vol5.iss10.68.13-20>

Abstract: Objective: To determine the degree of risk for adherence in pharmacological and no pharmacological treatments in people with hypertension.

Methodology: Quantitative approach, descriptive and cross-sectional study with 282 hypertensive patients was hospitalized at the Hospital Universitario de Santander. We used a validated instrument, with high reliability and path for measuring the phenomenon of adherence, drafted by Bonilla and Real (2006) with the latest version proposed by Consuelo Ortiz Suárez (2008).

Results: 18.4% of the hypertensive population studied is in a high risk level, 47.2% of the sample population in a medium risk and 34.4% of hypertensive patients in a low risk, 50% Estimated population classified as elderly (≥ 60 years), and the proportion of men (63.1%) was higher than females (36.9%) participants in the study.

Discussion and Conclusions: More than 50% of the hypertensive population is evaluated on a global level of adherence medium and high risk which is symbolized a disturbing forecast of adherence behavior in this population. Similarly demonstrated the negative impact on adherence when the educational level of people is low and when there are economic constraints to address basic needs, which generated an average risk grade boundary, which threatens to reach and / or maintaining behaviors consistent with adherence in this population.

Keywords: Adherence to treatment, degree of risk to compliance, risk factors, high blood pressure. (Source: DeCS, Bireme)

Objetivo: determinar los grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial.

Metodología: estudio de abordaje cuantitativo, tipo descriptivo y transversal realizado con 282 personas hipertensas hospitalizadas en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Se utilizó un instrumento validado, con alto índice de confiabilidad y trayectoria para la medición del fenómeno de adherencia, elaborado por Bonilla y De Reales (2006) con la última versión propuesta por Consuelo Ortiz Suárez (2008).

Resultados: el 18.4% de la población hipertensa estudiada se encuentra en un nivel de riesgo alto, el 47.2% en un nivel de riesgo medio y el 34.4% de las personas hipertensas en un nivel de riesgo bajo; el 50% de la población estimada se clasifica como adulta mayor (≥ 60 años), y la proporción de hombres (63.1%) fue mayor que la de mujeres (36.9%) participantes en el estudio.

Discusión y Conclusiones: más del 50% de la población hipertensa evaluada se encuentra en un grado de adherencia global en riesgo medio y alto, lo que se simboliza un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional. De igual forma se demostró el impacto negativo en la adherencia cuando el nivel educativo de las personas es bajo y cuando existen limitaciones económicas para subsanar las necesidades básicas, lo que generó un grado de riesgo medio limítrofe, que pone en peligro el alcanzar y/o mantener comportamientos compatibles con la adherencia en este grupo poblacional.

Palabras claves: Adhesión al tratamiento, grados de riesgo para la adherencia, factores de riesgo, hipertensión arterial. (Fuente: DeCS, Bireme)

INTRODUCCIÓN

La salud y la calidad de vida de las personas en Colombia se ve actualmente afectada por las enfermedades cardiovasculares, entre las que se destaca la hipertensión arterial como el principal precursor de estas, constituyendo en conjunto la primera causa de mortalidad en el país y en el mundo con 16 millones de muertes por año, según los últimos informes de la organización mundial de la salud (OMS), el ministerio de la protección social y la secretaria de salud del departamento de Santander (1).

Una vez constituida la hipertensión como enfermedad cardiovascular, ésta persiste silenciosamente durante muchos años, hasta deteriorar el estado de salud y/o producir la muerte; sin embargo la actuación oportuna de las personas

y profesionales a favor de la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica, reduce el riesgo de sufrir un evento cerebro vascular en un 30 - 43% y un infarto agudo de miocardio en 15% si se logra controlar y modificar los factores que afectan el mantener una conducta de adherencia terapéutica (2).

Estudios de vigilancia epidemiológica en Estados Unidos y Europa, reportan que 25 de cada 100 personas presentan hipertensión arterial de diferente etiología y clasificación, concluyendo que a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad de comprobada eficacia y seguridad, menos del 55% de los personas hipertensas no recibe tratamiento alguno y el porcentaje de personas con cifras de tensión arterial controladas por el tratamiento no supera el 45% (3-4).

Esta adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo es lo que compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población mundial y local desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud en la región (5).

En la red clínica y hospitalaria de Santander, Colombia el principal motivo de consulta no urgente está relacionado con la morbilidad de las personas con hipertensión arterial y sus complicaciones, cifra que se encuentra en aumento con una prevalencia según la encuesta Nacional en Salud de 9.2 % con edades comprendidas entre los 18 – 64 años (6).

En respuesta a esta problemática de adherencia en personas hipertensas el profesional de enfermería debe desempeñar un papel de liderazgo en el fortalecimiento y la gestión de estrategias y proyectos dirigidas a mejorar la adherencia de las personas a los tratamientos antihipertensivos, demandando la colaboración de los usuarios, familiares y la participación multidisciplinaria del equipo de salud con el objeto de lograr el mantenimiento del bienestar y el control de la hipertensión arterial, a través de procesos de capacitación, educación, acompañamiento, enseñanza de estrategias y apoyo social.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Adherencia terapéutica:

Es el grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, de acuerdo a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

Grado de riesgo para la adherencia:

Calificación de la condición de sujetos con hipertensión arterial en relación con tres posibles estados calculados, de acuerdo con los rangos de puntuación de los factores que influyen en la adherencia y que permite ubicarlos en riesgo alto, medio o bajo.

Factores que influyen en la adherencia:

Son características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud.

Adherencia en personas con hipertensión arterial:

Es el grado de cumplimiento de adherencia de una persona hipertensa para consumir los medicamentos prescritos, aplicar un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, para obtener el logro de la presión arterial deseada.

MATERIALES Y METODOS

Se ejecutó un estudio de abordaje cuantitativo, tipo descriptivo transversal acorde con los objetivos de la investigación, donde se determinó el grado de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial en el Hospital Universitario de Santander (HUS) entre los meses de mayo - agosto del 2010 ; se utilizó el instrumento “factores que influyen en la adherencia” de Bonilla(7) con la última versión propuesta por Consuelo Ortiz (8) que consta de 24 ítems, alcanza la validez de constructo, con un Alfa de Cronbach de 0.60.

Este instrumento cuenta con una fuerte revisión temática sobre adherencia que determina la existencia de múltiples factores que son favorables o desfavorables para la condición de adherirse a los tratamientos que benefician el control de la hipertensión arterial y estos factores son agrupados en dimensiones que tienen como fin medir el porcentaje del riesgo para no adherirse; a menor porcentaje mayor riesgo. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Porcentaje para evaluar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

| Valoración de Adherencia | Porcentaje (%) |
|---|----------------|
| Ventaja para adherirse | 80 - 100 |
| En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia | 60- 79 |
| No puede responder con comportamientos de adherencia | <60 |

Fuente: Bonilla (6)

La sumatoria de los niveles que se hacen del total de factores favorables logrados por un sujeto es lo que califica ese riesgo en bajo, medio y alto. De acuerdo a esta revisión y en consulta con expertos en psicometría se modificó la categoría de riesgo del instrumento original en esta investigación, previo conocimiento y autorización de los autores originales (Ver tabla 2).

Tabla 2. Clasificación modificada de los grados de riesgo para la adherencia

| Riesgo | Porcentaje | Puntuación | Descripción |
|--------------|---------------------|----------------|--|
| Riesgo bajo | 80 al 100% | 38 – 48 puntos | Ventaja para generar comportamientos compatibles con la adherencia |
| Riesgo medio | 60 a 79% | 29 – 37 puntos | En peligro de no generar comportamientos de adherencia |
| Riesgo alto | menor o igual a 59% | menor a 28 | No puede responder con comportamientos de adherencia |

Fuente: basada en la clasificación propuesta por las autoras originales del instrumento.

POBLACIÓN

La población promedio mensual del estudio estuvo conformada por 240 personas adultas con diagnóstico de hipertensión arterial, en tratamiento farmacológico con una

temporalidad mayor a 3 meses, sin limitación mental u orgánica y que eran atendidos en la las áreas de hospitalización de medicina interna del HUS.

MUESTRA

Se calculó un tamaño de muestra de $n=282$ pacientes, con un error estimado del 5% según datos obtenidos de la prueba piloto, con un nivel de confianza de 95%, un ajuste de no participación del 10% y una proporción estimada de personas hipertensas que expresaron adherencia del 45%, basado en datos de investigaciones anteriores en la cual se muestran prevalencias de adherencia en hipertensión arterial para Colombia menores al 50% (9).

CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

Se considera la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (10) en la que se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y la ley 911 del 2004 (Tribunal Nacional Ético de Enfermería) (11) en sus apartes más relevantes, en los cuales se concluye que el presente estudio no implica riesgo para los participantes y su participación es autónoma con consentimiento informado firmado.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de la información se desarrolló en las áreas de hospitalización del servicio de medicina interna, una vez realizado el trabajo de campo y verificada la información, se desarrolló una base de datos doblemente digitada en EPI INFO 6.04d, al terminar la digitación se aplicó el programa VALIDATE, con el objetivo de identificar inconsistencia de los datos y corregir errores de transcripción, posteriormente la base de datos se analizó en el programa STATA 10.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada de acuerdo a la muestra establecida permitió abordar el estudio en tres fases.

Primera fase: se evaluó el grado de riesgo en la adherencia en los tratamientos farmacológico y no farmacológicos en personas hipertensas del HUS, mediante la obtención de los puntajes de la escala de Likert para establecer los grados de riesgo de adherencia por dimensiones y el puntaje total del grupo muestral a través del análisis de máximos y mínimos de los valores obtenidos en el estudio.

Segunda fase: se describieron los grados de riesgo que intervienen en la adherencia y el comportamiento de los sujetos del estudio en relación a los factores que influyen en la adherencia mediante el análisis de cada uno de las dimensiones de acuerdo a los criterios dados por las autoras del instrumento.

Tercera fase: se estableció la medición de la consistencia interna para determinar la confiabilidad del instrumento para este grupo muestral específico, a través del alfa de Cronbach.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

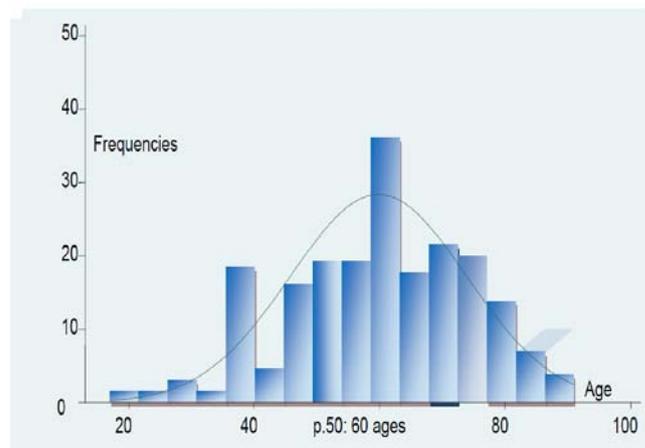
Algunos estudios han demostrado que muchos factores contribuyen negativamente en la adherencia de las personas hipertensas, tres de los más importantes son indudablemente la naturaleza de la enfermedad asintomática, el estado crónico e incurable de la hipertensión arterial y los factores socio demográficos cuyo comportamiento es inversamente proporcional a la adherencia (11).

Distribución de la edad y género de los participantes:

El 50% de la población estimada se clasifica como adulta mayor (≥ 60 años), estos datos son compatibles con estudios similares realizados en personas hipertensas en Colombia y en el mundo, lo que destaca la asociación y aumento lineal en el porcentaje de la enfermedad y el envejecimiento de las personas (12), (ver grafica 1) con respecto a la adherencia no existe una conceptualización que permita relacionar fuertemente la idea que a mayor edad, mayor riesgo de abandono al tratamiento, pero se advierte que cuando la edad supera los 75 años y existe una patología concomitante limitante con la tensión arterial el riesgo de no adherencia es alto (13).

Con respecto al género la investigación mostró que fue mayor la proporción de hombres (63.1%) que mujeres (36.9%) participantes en el estudio, dato que contrasta con algunos estudios recientes en poblaciones con iguales características y otros donde el mayor porcentaje se centró en el género femenino después de los 50 años de edad asociado a la disminución de la protección hormonal (14).

Grafica 1. Distribución de la edad de los participantes



Fuente: base de datos del autor

En el análisis bivariado este estudio reportó una diferencia estadística significativa entre los promedios del puntaje de grados de riesgo de adherencia y el género, con una ($p=0.030$); los hombres y la mujeres se clasificaron en una categoría de riesgo de adherencia medio sin diferencia marcadas para dicha puntuación (Ver tabla 3).

Tabla 3. Relación entre el género y los grados de riesgo de adherencia

| | | | | | |
|-----------|-----|------------|--------|--------|---------------|
| Femenino | 104 | 33.46 (RM) | 0.7040 | 7.145 | 32.06 – 34.86 |
| Masculino | 178 | 35.32 (RM) | 0.5075 | 6.7143 | 34.32 – 36.32 |
| Total | 282 | 34.63 | 0.4152 | 6.9230 | 33.81 – 35.45 |

Fuente: análisis de la base de datos del autor.

Con relación a la edad y el género se encontró que la presión arterial sistólica aumento con la edad y tuvo una media de 132.6 mmHg en hombres y de 127.6 mmHg en mujeres, con un aumento relativo de la presión de sistólica en hombres en comparación con la mujeres hasta los 60 años. Los hombres y las mujeres > 60 años mostraron cifras de tensión arterial sistólica similares. Esta diferencia en el efecto de la edad de

< 60 y > 60 años sobre la presión sistólica fue estadísticamente significativa con una (p =0.03) (Ver tabla 4).

La presión arterial diastólica no se presentó diferencia marcada entre los géneros, ambos tuvieron un aumento progresivo hasta los 60 años, edad en la que se muestra una tendencia a estabilizarse y disminuir las cifras diastólicas.

Tabla 4.Promedio de presión arterial sistólica por grupos de edad

| | Media | IC 95% | Media | IC 95% | Media | IC 95% |
|----------------|--------------|----------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 20 - 29 | 129.0 | 116 122 | 108 | 105.2 109.0 | 122.2 | 109.0 124.5 |
| 30 – 39 | 128.9 | 112 126 | 120.2 | 106.4 109.2 | 123.3 | 109.5 126.7 |
| 40- 49 | 132.3 | 126 136 | 128.2 | 111.3 125.5 | 122.0 | 113.7 124.6 |
| 50 – 59 | 130.0 | 127 142 | 130.0 | 122.4 135.2 | 129.9 | 126.5 135.6 |
| 60 – 69 | 135.0 | 125 142 | 138.1 | 129.6 142.1 | 130.3 | 130.2 142.9 |
| ≥70 años | 134.6 | 125 143 | 148.8 | 130.7 160.7 | 143.2 | 134.7 150.3 |
| Total | 132.6 | 118.5 134.7 | 127.6 | 113.7 131.8 | 129.7 | 117.8 132.5 |

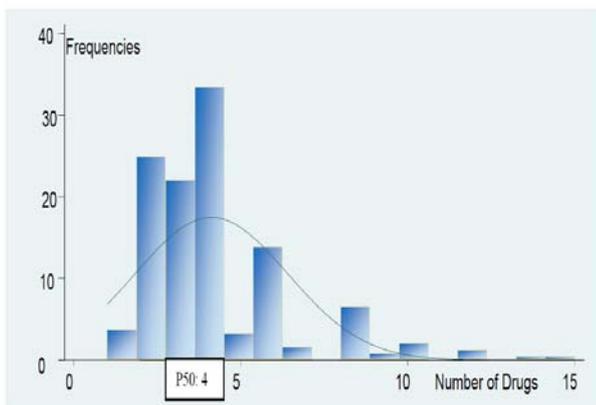
Fuente: base de datos del autor.

Frecuencia de medicamentos consumidos al día y cronicidad:

En el análisis univariado del número de medicamentos consumidos al día, se obtuvo una media de 4.12 (IC 95% de 3.85 a 4.39), la gráfica no represento una distribución normal según la prueba estadística de Shapiro – Wilk por lo que se muestra una mediana de 4 medicamentos día, con un rango máximo de 15 medicamentos y un mínimo de una tableta diaria. (Ver grafica 2).

Se destaca que el porcentaje de personas con tratamiento de monoterapia fue igualmente bajo del 3.2 %. De acuerdo a estos resultados la literatura reporta que algunos determinantes que afectan severamente la adherencia en pacientes con hipertensión arterial, se relacionan con aspectos propios de la farmacoterapia como la complejidad del régimen terapéutico, la tolerancia del medicamento, los costos y la duración permanente del tratamiento antihipertensivo (15).

Grafica 2. Frecuencia de medicamentos consumidos al día



Fuente: base de datos del autor

De igual forma en este estudio la media de tiempo de consumo de medicamentos fue de 58.8 meses (IC 95%: 53.25 - 64.42) con una mediana de 48 meses de tratamiento, rango mínimo de 3 meses y un máximo de 360 meses; lo que explica la cronicidad del grupo muestral en el manejo de la hipertensión arterial.

Distribución de las personas por estrato socio económico:

En relación a los lugares de procedencia de los participantes del estudio se puede mencionar que la mayoría de las personas son residentes de Bucaramanga y su área metropolitana distribuida principalmente en estratos socioeconómicos bajos.

La literatura informa que el bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo alto importantes en la adherencia deficiente (16). Estos datos son similares a los resultados encontrados en este estudio donde se evidencia el impacto socioeconómico en relación a la estratificación social y los grados de riesgo de adherencia, que reflejan como la población en un estrato socioeconómico 1 y 2 presentan comportamientos limítrofes de riesgo medio de adherencia, ante la ausencia de elementos y herramientas que faciliten su proceso salud enfermedad; y las personas hipertensas en estrato socioeconómico 3 y 4 se encuentra en una categoría de riesgo bajo cuyo nivel de adherencia es satisfactorio (Ver tabla 5).

Tabla 5. Relación entre el estrato socioeconómico y los grados de riesgo de adherencia

| Variable estrato | Media del puntaje global | Intervalo de confianza 95% | | Clasificación de grado de riesgo |
|------------------|--------------------------|----------------------------|-------|----------------------------------|
| Estrato 3 y 4 | 40.12 | 38.41 | 41.84 | Riesgo bajo |
| Estrato 1 y 2 | 33.02 | 32.20 | 33.84 | Riesgo medio |
| Total | 34.63 | 33.81 | 35.45 | Riesgo medio |

Fuente: base de datos del autor

Nivel de escolaridad del grupo muestral:

El nivel de escolaridad de la población fue en su mayoría bajo, el 72.4 % de la población muestral tiene un nivel de escolaridad primaria o menor, lo que se convierte en una limitación significativa para el entendimiento y comprensión de la educación y las recomendaciones dadas por el proveedor de salud.

En un intento por determinar el impacto del nivel educativo en los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos

farmacológicos y no farmacológicos en la población hipertensa, se elaboró una variable dicotómica del nivel de escolaridad que permite ver como la población con nivel de educativo mayor (estudios de educación secundaria, técnica y universitaria) presentan un grado de riesgo bajo y una ventaja para generar o mantener comportamientos óptimos de adherencia al tratamiento hipotensor, mientras las personas con nivel de estudios básicos de primaria o en analfabetismo se ubicaron en un grado de riesgo medio y en peligro de no generar o mantener dichos comportamientos (ver tabla 6).

Tabla 6. Relación entre el nivel de escolaridad y los grados de riesgo de adherencia

| | | | | |
|---|-------|-------|-------|--------------|
| Estudios de secundaria, técnicos y universitarios | 39.10 | 37.51 | 40.69 | Riesgo bajo |
| Analfabetismo y estudios de primaria. | 32.95 | 32.10 | 33.80 | Riesgo medio |
| Total | 34.63 | 33.81 | 35.45 | Riesgo medio |

Fuente: base de datos del autor

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LAS DIMENSIONES Y EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS GRADOS DE RIESGO PARA LA ADHERENCIA.

Una vez desarrollada la descripción de las variables socio demográficas, se desarrolló el análisis de las dimensiones más relevantes del instrumento, con el fin de conocer cuáles dimensiones influenciaron en el comportamiento de la adherencia y cuál fue la ubicación de ese comportamiento dentro del grado de riesgo global de la adherencia en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial (Ver tabla 7).

Dimensión No 1. Factores socioeconómicos:

El comportamiento global de los factores socioeconómicos describe una categorización del riesgo de adherencia significativamente comprometida donde el 49.5% de la población se encuentra en el nivel de riesgo alto, un 24.7% en riesgo medio y un 25.8% en riesgo bajo. Esto puede explicar el impacto de la situación económica y su influencia en la adherencia a los tratamientos hipotensores en esta población. Como conclusión se destaca que los grados de riesgo de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, crecen a medida que se disminuyen las condiciones económicas de sostenibilidad y suplencia de las necesidades básicas.

Sin embargo es aquí donde el trabajo de la enfermera cobra relevancia e importancia al aplicar una de las herramientas e intervenciones más útiles en contra del déficit económico como es la educación, la enseñanza y la asesoría. Esta intervención liderada por la enfermera requiere de enfoque multidisciplinario donde se involucre a la familia en una sociedad saludable, donde el Estado mediante sus políticas

apoye y garantice el suministro ininterrumpido de los medicamentos y donde se adopten programas educativos basado en la caracterización e identificación de las necesidades de cada población, comunidad familia e individuo hipertenso.

Dimensión No 2. Factores relacionados con el proveedor:

El comportamiento de los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud muestra un comportamiento muy similar respecto a los grados de riesgo de adherencia; el 31.2% presenta un grado de riesgo bajo, el 36.2% muestra un grado de riesgo medio y el 32.6% presenta un grado de riesgo alto que se traduce en un preocupante reporte dado que esta dimensión evalúa el grado de comunicación asertiva, entendimiento, comprensión y empatía entre el usuario o persona y el equipo de trabajo en salud.

Con relación a esta dimensión se concluye que las intervenciones en salud deben evolucionar y adaptarse a las necesidades educativas de los pacientes, mediante procesos de comunicación asertiva y presencia autentica del profesional de enfermería de tal forma que se permita acompañar, evaluar y monitorizar el cumplimiento continuo del tratamiento desde el enfoque del cuidado.

Dimensión No 3. Factores relacionados con la terapia:

El comportamiento global de la dimensión relacionado con la terapia, muestra que el 18.1% de las personas del estudio se encuentran en la categoría de riesgo alto de adherencia y no poseen conocimientos le favorezcan la continuidad del tratamiento, el 35.2% de la población muestral se encuentra en la categoría de riesgo medio y el 46.4% se encuentra en una categoría de bajo riesgo. La conclusión más importante

es que la adherencia terapéutica aumenta cuando se desarrolla la simplificación de los regímenes terapéuticos, se brinda educación acerca la importancia del tratamiento y se evalúa constante el cumplimiento del tratamiento de la misma.

Dimensión No 4. Factores relacionados con el paciente:

El comportamiento global de la dimensión relacionada con el paciente, muestra que el 1.4% de la población se encuentra en la categoría de riesgo alto, el 18.4% se encuentra en un categoría de riesgo medio y el 80.1% se encuentra en un riesgo bajo lo que se significa que esta dimensión la mayoría de la población hipertensa considera conocer, continuar y responder responsablemente por su tratamiento y enfermedad.

La conclusión en esta dimensión de esta investigación es que a mayor nivel de motivación por el conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento mayor es el grado de adherencia y menor el riesgo.

Tabla 7. Porcentaje de comportamiento de riesgo de cada dimensión.

| Dimensiones | Riesgo de la población | | |
|--------------|------------------------|--------------|-------------|
| | Riesgo alto | Riesgo medio | Riesgo bajo |
| Dimensión 1: | 49.5% | 24.7% | 25.8% |
| Dimensión 2: | 32.6% | 36.2% | 31.2% |
| Dimensión 3: | 18.2% | 35.2% | 46.6% |
| Dimensión 4: | 1.4% | 18.4% | 80.1% |

Fuente: base de datos

EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS GRADOS DE RIESGO PARA LA ADHERENCIA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para determinar los grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial y dar cumplimiento al objetivo general de la investigación, se establecieron los puntos de corte para el estudio que determinaron los grados de riesgo previamente descritos para esta población y que fueron muy similares a los de estudios anteriores descritos.

El 18.4% de la población hipertensa estudiada se encuentra en nivel de riesgo alto que corresponde a una puntuación menor al 59% del total de la puntuación del instrumento en la escala Likert, su significancia radica en que este importante grupo de personas no puede, ni tiene las herramientas para responder con comportamientos de adherencia.

El 47.2% de la población muestral se encuentra en un nivel de riesgo medio que corresponde a una puntuación entre el 60 al 79% del total del instrumento, su significado se expresa en la presencia de factores comprometidos que ponen en peligro la capacidad de generar o mantener los comportamientos de adherencia.

El 34.4% de las personas hipertensas se encuentra en un nivel de riesgo bajo alcanzando una puntuación entre el 80 y el 100% del total del instrumento (38 - 48 puntos), generando una ventaja para responder con comportamientos compatibles con la adherencia(Ver grafica 3).

La importancia de los anteriores datos representa para la investigación en enfermería, una imagen real del problema de la adherencia de la hipertensión arterial en Santander y Colombia, donde el 65.6% de personas del estudio, muestran un grado de riesgo alto y medio global en la adherencia antihipertensiva, lo que refleja un impacto multifactorial que atañe a esta población y que requiere estrategias de educación e intervención puntuales e individualizadas por parte de los profesionales de la salud, de la institución, de la Secretaria de Salud departamental y del Ministerio de Protección Social en Colombia para generar un cambio en sus políticas de intervención y manejo.

MEDICIÓN DE CONSISTENCIA INTERNA DEL INSTRUMENTO

Como aporte adicional de la investigación, el autor aporta la medición de la consistencia interna de los datos, a través de la aplicación del coeficiente de alfa de Cronbach en el programa STATA 10, teniendo en cuenta que es la primera vez que se aplica el instrumento en su cuarta versión en una población específica y delimitada de personas hipertensas.

Grafica 3. Porcentajes de los Grados de Riesgo Total de Adherencia



Fuente: base de datos

El análisis se aplicó a la totalidad del instrumento obteniendo un valor de 0.8476 (IC 95%: 0.820 0.875) lo que significa que es un instrumento con buena correlación de reactivos y homogeneidad, siendo mayor al coeficiente obtenido por Ortiz (17), para la generación de la última versión instrumento y similar a los coeficientes obtenidos en estudios previos de adherencia con versiones anteriores.

CONCLUSIONES

El aporte de este estudio a la psicometría del instrumento de adherencia permitió realizar un acercamiento a la evaluación de cada una de las dimensiones que lo conforman y visualizar el comportamiento de los factores influyentes positivos y negativos de mayor peso en el desarrollo fenómeno multidimensional de la adherencia de las personas hipertensas, entre los que se destaca como negativos el factor socioeconómico y el factor relacionado con el proveedor, sistema y equipo de salud, y como positivos el factor relacionado el paciente y el factor relacionado con la terapia.

Más del 50% de la población hipertensa evaluada se encuentra en un grado de adherencia en riesgo medio y alto, lo que se simboliza un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional y que podría verse reflejado en una sumatoria de complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo derivadas de un significativo porcentaje de factores negativos influyentes e intervinientes, como lo son los factores socioeconómicos bajos, el bajo nivel educativo y la complejidad del régimen terapéutico.

Con relación a la edad se encontró que la presión arterial sistólica aumentó en los hombres hasta los 60 años, momento en el cual la mujer iguala y supera la media de dichas tensiones arteriales al perder la protección hormonal por el climaterio; no se encontró diferencia marcada con respecto a la presión diastólica.

Este estudio reportó una diferencia estadística significativa entre los promedios del puntaje de grados de riesgo para la adherencia y el género; no obstante ambos se clasificaron en una categoría de riesgo de adherencia medio sin divergencia para dicha puntuación.

En el número de medicamentos consumidos al día, se destaca el bajo porcentaje de personas con tratamiento de monoterapia y una cronicidad media de consumo del tratamiento farmacológico de 4 años. Se trata de una población que requiere de un grado de adherencia mayor y por ello debe ser objeto de los programas que hagan una mayor vigilancia y motivación para apoyar la adherencia.

La relación entre la estratificación social y los grados de riesgo de adherencia mostraron una diferencia significativa entre la población más vulnerables y aquella cuyos recursos favorecen su proceso salud enfermedad; las personas hipertensas en estrato socioeconómico 3 y 4 se ubicaron en un grado de riesgo bajo cuyo nivel de adherencia es satisfactorio, mientras que las personas hipertensas en estrato socioeconómico 1 y 2 se ubicaron en un grado de riesgo medio limítrofe, que pone en peligro el alcanzar y/o mantener comportamientos compatibles con la adherencia.

El impacto del nivel educativo en los grados de riesgo de adherencia presento un comportamiento similar, la población con un nivel educativo mayor, mostró un grado de riesgo bajo y una ventaja para generar o mantener comportamientos óptimos de adherencia al tratamiento antihipertensivo, mientras que las personas con nivel de estudios básicos de primaria o en analfabetismo se ubicaron en un grado de riesgo medio.

La determinación para evaluar la confiabilidad del instrumento reporto un Alfa de Cronbach de 0.8 lo que significa que es un instrumento con buena correlación de reactivos y homogeneidad, para evaluar la adherencia en pacientes hipertensos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

[1]. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Ginebra, Suiza.2003.

- Consultado marzo 2014. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/whr/2003/9243562436.pdf>
- [2]. Organización Mundial de la Salud. Adherencia Terapéutica. Pruebas para la acción. Capitulo XIII 2004. Consultado en febrero de 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- [3]. Burt VL et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension* 1995. (25): 305- 313.
- [4]. Organización Mundial de la Salud. Adherencia Terapéutica. Pruebas para la acción. Capitulo XIII 2004. Consultado en febrero de 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- [5]. Observatorio de Salud Pública de Santander. Indicadores de morbilidad basados en el registro individual de Prestación de Servicios de Salud. (RIPS). Bucaramanga. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander. 2007. (2): 25.
- [6]. Rodríguez, J. Ruiz, F. Peñaloza E. Encuesta nacional de salud 2007. Resultados Nacionales. Primera Edición. Bogotá. 2009. p.113.
- [7]. Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- [8]. Ortiz, C. Validez de Constructo y Confiabilidad del instrumento "Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Tesis de maestría en Enfermería. Universidad Nacional. Facultad de Enfermería. Bogotá. 2008.
- [9]. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Sincelejo. Tesis de Maestría Enfermería, énfasis Salud Cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia- Facultad de Enfermería; 2006.
- [10]. MINISTERIO DE LA SALUD. República de Colombia. Resolución 008430. Octubre 4 de 1993.
- [11]. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Ley 911 del 2004.
- [12]. Rudd, P. Compliance with antihypertensive therapy. Raising the bar of expectations. *American Journal of Managed Care*. 1998.(4): 958.
- [13]. Bautista L, Vera-Cala L M, Villamil L, et al. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2002Sep [citado 2014 Abr 22]; Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342002000500003&lng=es.

- [14]. Rodríguez A, Alba L, Gómez A M. Factores influyentes en adherencia al Tratamiento en Pacientes Con Riesgo cardiovascular. *av.enferm.* [Revista en la Internet]. 2010 Junio [citado el 22 de abril 2014]; 28 (1): 63-71. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002010000100007&lng=en.
- [15]. Oates D J, Berlowitz D, Glickman M, et al. Blood pressure and Survival in the oldest old. *Journal Am Geriatric Soc.* 2007; 55. (1): 384- 391.
- [16]. Hazuda Helen P. Hypertension in the San Antonio Heart Study and the Mexico City Diabetes Study. Sociocultural Correlates. [Revista en Internet]. 1996. [Citado el 1 de abril 2014]; 3 (2). 18 -21.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381655/pdf/pubhealthrep00043-0020.pdf>
- [17]. Libertad M, Bayarre H, La Rosa M. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana Salud Pública* [Revista en Internet]. 2007.[Citado el 1 de abril 2014]; 33 (3). http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm
- [18]. Saounatsou, M, Patsi O, Fasoi G, et al. La influencia de la educación del paciente hipertenso en cumplimiento de sus medicamentos. *Enfer. Salud Pública.* [Revista en la Internet]. 2001. Feb. [Citado el 20 de abril 2014]; 18 (2): 436-442. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2001.00436.x/abstract>
- [19]. ORTIZ SUÁREZ CONSUELO. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *av.enferm.* [revista en Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Abr 22]; 28(2): 73-87. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002010000200007&lng=es.