

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

SEDE REGIONAL ROSARIO



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

2013

Título: “Adherencia a la terapéutica de la Hipertensión Arterial en Adultos Mayores autovalidos que concurren a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario”

Alumno: Facundo Alvarez Lemos

Email: facuu@hotmail.com

Tutor: Dra. Marcela Agostini

Co-tutor: Dr. Raúl Alvarez Lemos

Índice

| | |
|---|---------|
| 1. Resumen..... | pág. 2 |
| 2. Introducción..... | pág. 4 |
| 3. Planteo problema..... | pág. 6 |
| 4. Objetivos..... | pág. 7 |
| 4.1 Objetivo general..... | pág. 7 |
| 4.2 Objetivo específico..... | pág. 7 |
| 5. Material y método..... | pág. 8 |
| 5.1 Diseño | pág. 8 |
| 5.2 Instrumento de recolección de datos | pág. 8 |
| 5.3 Población de estudio..... | pág. 8 |
| 5.4 Criterios de selección..... | pág. 9 |
| 5.5 Procesamiento de datos..... | pág. 9 |
| 5.6 Consideraciones normativas..... | pág. 10 |
| 6. Resultados..... | pág. 11 |
| 6.1 Características sociodemográficas..... | pág. 11 |
| 6.2 Indicación de tratamiento..... | pág. 13 |
| 6.3 Adherencia terapéutica..... | pág. 14 |
| 6.4 Análisis descriptivo y estadístico..... | pág. 17 |
| 6.5 Adherencia al tratamiento general..... | pág. 24 |
| 6.6 Motivos de incumplimiento..... | pág. 25 |
| 6.7 Niveles de satisfacción percibida..... | pág. 26 |
| 7. Discusión..... | pág. 30 |
| 8. Conclusión..... | pág. 33 |
| 9. Bibliografía..... | pág. 35 |
| 10. Anexo 1: Encuesta..... | pág. 37 |
| 11. Anexo 2: Consentimiento informado..... | pág. 41 |
| 12. Anexo 3: Marco Teórico..... | pág. 42 |
| 13. Anexo 4: Tablas y gráficos..... | pág. 54 |

1. RESUMEN

Introducción:

Lograr la adherencia a los tratamientos recomendados en la Hipertensión Arterial, es un desafío aún sin respuesta que moviliza en forma creciente a los equipos de salud debido a las consecuencias generadas por su falta, tanto sobre la salud individual como comunitaria; y además por la repercusión económica que esto tiene en los ámbitos privados, institucionales y públicos por igual.

La falta de estudios sobre este problema es parte integrante del mismo, empeorando significativamente la cuestión cuando se considera el grupo etario de Adultos Mayores, quienes presentan muchas de las características que favorecen la no adherencia.

Objetivos:

Análisis de la adherencia al tratamiento de HTA, en relación a sus características sociodemográficas, tipo de tratamiento indicado, percepción de la satisfacción de la atención que reciben estos pacientes y razones que invocan para el no cumplimiento de las indicaciones médicas.

Material y método:

En este trabajo se llevo a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal a través de encuestas a 170 pacientes autoválidos, que concurrieron a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, en los meses de Julio y Agosto del año 2013; relevando las características sociodemográficas de la población blanco (edad, sexo, permanencia en actividad laboral, nivel de instrucción e independencia económica), así como indicaciones recibidas acerca de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la hipertensión arterial, número de tratamientos indicados y razones que invocaron para la no adherencia a este; indagando además, la satisfacción percibida en relación de su Médico tratante, según las dimensiones tiempo de espera, comunicación y capacidad técnica evidenciada en la resolución de sus problemas.

Resultados:

Se encontró que el 83% de los Adultos mayores encuestados manifestaron haber recibido indicación de tratamiento para HTA (ya sea farmacológico, no farmacológico o de ambos tipos) resultando cifras menores de las mencionadas por la bibliografía de otros países. Se comprobó que 7 de cada 10 pacientes se encontraban consumiendo medicamentos, con cifras de adherencia superiores a las esperadas, mientras que los niveles de incumplimiento de las medidas no farmacológicas resultaron tres veces superiores, siendo la adherencia al tratamiento no farmacológico más difícil de alcanzar.

Se observó también en este grupo etéreo una mayor adherencia ante la indicación de un único tipo de tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico con respecto de aquellos que recibían ambas.

Las razones más frecuentemente invocadas de no adherencia fueron la decisión personal y los problemas económicos.

Conclusión:

Del grupo estudiado, es alto el porcentaje que refiere encontrarse bajo tratamiento antihipertensivo, con cifras menores de falta de adherencia a las esperadas según otros trabajos publicados, haciéndose esta particularidad más notoria en el tratamiento no farmacológico (fundamentales para la prevención de la patología) que en el farmacológico, y también remarcando una mayor adherencia ante la indicación de un único tipo de tratamiento en comparación de aquellos con ambos en el esquema terapéutico.

Ninguna de las variables sociodemográficas, parece relacionarse con la adherencia a los tratamientos hipertensivos.

Tal vez lo más significativo de este intento, sea establecer aspectos del problema que abren nuevos rumbos e interrogantes que necesariamente deben ser estudiados en futuras investigaciones.

2. INTRODUCCIÓN

Desde hace mucho tiempo, ha sido una preocupación lograr la adherencia de los individuos a los tratamientos recomendados por los profesionales de la salud. Ya desde el siglo V A.C., Hipócrates hacía referencia al problema del cumplimiento de las indicaciones médicas en su tratado sobre la decencia: “Hay que vigilar a los pacientes, quienes mienten con frecuencia sobre haber tomado las cosas prescritas. Por haberse negado a tomar bebidas desagradables, purgantes u otras, a veces mueren. Jamás confiesan lo que han hecho y la culpa se le atribuye al médico” (1).

Actualmente continúa siendo un desafío y una preocupación de alcance mundial debido a la repercusión que tiene sobre el estado de salud y sobre la economía tanto de los pacientes como de los sistemas de salud.

La no adherencia a los tratamientos anti hipertensivo, así como para otra patología, puede ocasionar un incremento de la morbimortalidad evitable, cronificación de enfermedades, pérdida de la efectividad de los tratamientos y el consecuente deterioro de la salud y de la capacidad de adaptación del individuo al medio. Afecta además tanto la economía de los pacientes como de los sistemas de salud debido al aumento de costos directos e indirectos que se generan por el mayor consumo de fármacos, días de internación, uso de alta complejidad así como disminución de la capacidad laboral y pérdida de días de trabajo.

Por eso, la búsqueda de una adherencia completa a los tratamientos ya se puntualmente contra la HTA u otra patología, es un desafío y una necesidad para los profesionales, para los gerentes y para la misma comunidad si se pretende alcanzar eficiencia y efectividad en los sistemas sanitarios.

Toda estrategia para mejorar la adherencia terapéutica contra esta enfermedad crónica y silenciosa, debe elaborarse desde el conocimiento de las múltiples dimensiones involucradas, las cuales se relacionan con características del paciente, del médico y de la relación entre ambos, también influenciadas por aspectos propios de la enfermedad y del tratamiento, contenidas en un proceso de atención enmarcado en un contexto social, económico, histórico y cultural que también la determina.

Existen grupos donde este problema es más grave, como entre los Adultos Mayores, entre quienes se observa una alta prevalencia de enfermedades crónicas, a veces indolentes, con terapéuticas costosas, complejas y prolongadas. Además características propias de esta edad como el deterioro cognitivo o sensorial, dificultad en

la comprensión de las indicaciones, soledad, dificultades en la relación médico paciente y otras también afectarían la adherencia.

Diversos estudios muestran que la adherencia de los tratamientos antihipertensivo, se verifica en distinto grado según los países. Los datos conocidos muestran que países en desarrollo presentan menor adherencia que los países desarrollados. A modo de ejemplo se puede citar que en el caso de la hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo del 27%, 43% y 51% en Gambia, China y los Estados Unidos de América (EE.UU.), respectivamente. Se han obtenido también diferencias entre países en desarrollo y desarrollados en otras patologías como la depresión con porcentajes de adherencia que oscilan entre 40% y 70% y el VIH/SIDA (37 – 83%) (2).

Según datos del Ministerio de Salud de Brasil, en 1988 sólo un 4 a 12% de los pacientes con hipertensión arterial controlaban efectivamente su enfermedad. Y de un 30 a 40% comienza el tratamiento y luego lo abandona (3).

En el presente trabajo se intenta profundizar los conocimientos actuales acerca de la adherencia terapéutica y sus determinantes y condicionantes aportando a la comprensión de este problema y de sus peculiaridades en relación a los Adultos Mayores.

3. PLANTEO DEL PROBLEMA

La baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, así como para otras patologías, se acompaña de menor efectividad de los tratamientos, con reducción de la calidad y cantidad de vida del paciente, mayor probabilidad de encontrar ineffectividad en los fármacos hipotensores, ya sea real o *porque debido a una baja adherencia oculta, se los presume ineffectivos*; y también, a nivel de los servicios, desaprovechamiento de los recursos asistenciales, ineficacia de los programas preventivos e incremento de los costos derivados de intervenciones más caras, hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, uso innecesario de los servicios de urgencia y de los servicios de cuidados intensivos.

Entre los Adultos Mayores, este problema se agudiza debido a características propias de este grupo poblacional relacionadas con aspectos físicos, como trastornos sensoriales y cognitivos que dificultan la comprensión de las indicaciones, dificultades deglutorias, frecuente polipatología y cronicidad de las mismas, con necesidad de polimedicación; agregando que los condicionantes económicos pueden tener una particular repercusión en cuanto a la adherencia al tratamiento contra la HTA ya que deben afrontar crecientes gastos en salud con recursos propios, generalmente reducidos al abandonar la actividad laboral.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar la adherencia terapéutica a la Hipertensión Arterial, en Adultos Mayores autoválidos que concurrieron a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario, en relación a sus características sociodemográficas, tipo de tratamiento indicado, percepción de la satisfacción de la atención que reciben y razones que invocan para la no adherencia.

4.2. Objetivos Específicos

- Analizar las características sociodemográficas del grupo en estudio (edad, sexo, nivel de instrucción, independencia económica y permanencia en actividad laboral) y su relación con la adherencia al tratamiento, farmacológico o no farmacológico antihipertensivo, y las razones que invocan para la no adherencia.
- Relacionar la adherencia o no al tratamiento antihipertensivo, con la sensación de contención y satisfacción respecto de la atención dispensada por los Médicos que los atienden.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. Diseño

Este es un estudio de tipo descriptivo, observacional, y de corte transversal.

Para la realización del mismo se realizaron encuestas a pacientes hipertensos de ambos sexos, de 61 años y más, que concurren a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario en los meses de julio y agosto del año 2013.

5.2. Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de los datos será una encuesta, de carácter anónima, estructurada en base a 18 preguntas con alternativas de respuestas, agrupadas en tres secciones. (*Véase Anexo 1*)

- Datos personales y variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción, persistencia en la actividad laboral, independencia económica) de la pregunta 1 a la 6.

- Datos relacionados con la adherencia terapéutica de la pregunta 7 a la 13.

- Datos relacionados con la satisfacción del paciente respecto a su Médico de Cabecera de la pregunta 14 a la 18.

Las preguntas de esta tercera sección fueron extraídas de la Encuesta, realizada en el 2001 por el Instituto Nacional de la Salud, perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo de España (4), y modificadas para ser adaptadas a la población en estudio.

5.3. Población en Estudio

Adultos Mayores que concurren a la consulta en los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario

5.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión

- Pacientes Adultos Mayores de 61 años de edad y más.
- Autovalidos.
- Con adecuada capacidad de comunicación y relación con el medio.
- Que se encuentren con diagnóstico de hipertensión arterial. (cifras mayores a 130mmHg de sistólica y 85mmHg de diastólica)
- Que accedan al estudio firmando un consentimiento informado.

Exclusión

- Pacientes con alteraciones mentales o de conducta, o portadores de cualquier otro tipo de alteración que impida una adecuada comunicación y relación con el medio (alteraciones graves en el lenguaje, hipoacusia severa sin audífonos, deterioro cognitivo senil, etc.)
- Pacientes que no hayan cumplido con el tratamiento antihipertensivo, durante dos años consecutivos.
- Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.
- Pacientes sin diagnóstico de hipertensión arterial. (cifras menores a 130mmHg de sistólica y 85mmHg de diastólica)

5.5. Procesamiento de los Datos

Los datos obtenidos se volcaron en una planilla de cálculo de Microsoft Excel, y se los tabulará para su presentación. Para su análisis se realizaron tablas y diagramas de sectores circulares. Se realizaron técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de

frecuencia, porcentajes), se realizaron el cálculo de medidas resúmenes de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desvío estándar) y además se realizaron tablas de contingencia para análisis y registro del cruce y la relación entre dos o más variables de naturaleza cualitativa

5 .6. Consideraciones Normativas (regulatorias y éticas).

Se les pedirá a los pacientes que deseen participar de las encuestas que firmen un consentimiento informado, en el cual acepten que se le explicó que su participación es voluntaria y que toda la información personal obtenida para este estudio será estrictamente confidencial, conforme a la ley de protección de los datos personales N° 25326. (*Véase anexo 2*).

6. RESULTADOS

Se totalizaron 170 encuestas de Adultos Mayores que concurren a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario en los meses de Julio y Agosto del año 2013, que cumplían las características de la población definida en el ítem Material y Método.

El nivel de participación de los encuestados fue muy bueno, mostrando una predisposición general favorable cuando se solicitaba su colaboración, no se registraron rechazos.

6.1. Características Sociodemográficas

Tabla I: características sociodemográficas de la muestra

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Sexo | Femenino | 108 | 64% |
| | Masculino | 62 | 36% |
| Edad | Entre 61 y 70 años | 52 | 31% |
| | Entre 71 y 80 | 85 | 50% |
| | Entre 81 y 90 | 33 | 19% |
| Nivel de Instrucción | Analfabeto | 7 | 4% |
| | Alfabetizado | 28 | 17% |
| | Primario | 89 | 52% |
| | Secundario | 43 | 25% |
| | Universitario/Terciario | 3 | 2% |
| Actividad laboral | Permanece | 8 | 5% |
| | No Permanece | 162 | 95% |
| Independencia económica | Si | 96 | 56% |
| | No | 74 | 44% |
| Total | | 170 | 100% |

El 81% de la muestra se concentró entre los 65 y 80 años siendo la edad promedio de 74.6 años, con un rango entre 61 y 89 años

La proporción de mujeres fue el 64 % (n=108) de los entrevistados mientras que el 36% (n=62) restantes correspondieron al sexo masculino.

El 79% de los entrevistados completó estudios formales. De ellos, el 52% manifestó que el mayor nivel alcanzado es el primario y 27% completó niveles superiores de estudio, secundario, terciario o universitario. Resultaron analfabetos o solamente alfabetizados el 21%.

Tabla II: Actividad laboral en relación con el sexo de los encuestados

| ACTIVIDAD LABORAL | | |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Sexo | Si | No |
| Masculino | 6 | 56 |
| Femenino | 2 | 106 |

Sólo el 5% manifestó continuar desarrollando una actividad laboral rentada. En cuanto al sexo se observó que entre los hombres era tres veces más probable estar activos laboralmente que entre las mujeres.

En cuanto a la independencia económica, 53 entrevistados (31 %) manifestaron requerir ayuda familiar o social para adquirir sus alimentos, y 33 (19%) para mantener su vivienda. Al analizar estos datos en forma conjunta, surge que 74 entrevistados (44%) no tenían independencia económica completa, es decir que manifestaron la necesidad de contar con otros recursos además de los propios para financiar al menos uno de los requerimientos básicos (alimentos y/o vivienda).

6.2. Indicación de Tratamiento

Del total de la muestra, 141 entrevistados (83%) manifestaron haber recibido alguna indicación de tratamiento por parte de su médico tratante, mientras que 29 individuos (18%) no recibieron indicación terapéutica alguna

Grafico I: Indicación de tratamiento

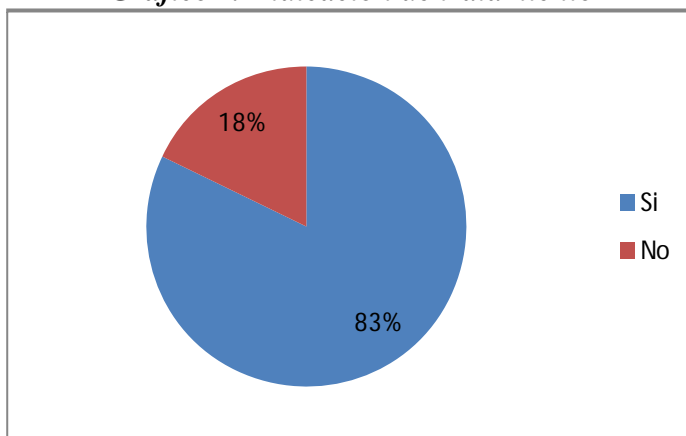


Tabla III: indicación de tratamiento en relación con el sexo de los encuestados

| INDICACION DE TRATAMIENTO | | | | | | |
|---------------------------|-----|-----|----|-----|-------|------|
| Sexo | Si | % | No | % | Total | % |
| Masculino | 49 | 79% | 13 | 21% | 62 | 100% |
| Femenino | 92 | 85% | 16 | 15% | 108 | 100% |
| Total | 141 | 83% | 29 | 18% | 170 | 100% |

Al relacionar la indicación de tratamiento con el sexo la probabilidad de tener una indicación terapéutica resultó casi de 1,5 veces mayor entre las mujeres respecto de los hombres.

Entre estos individuos bajo tratamiento en los últimos 6 meses, 112 recibieron ambas tipos de indicaciones, farmacológica y no farmacológica, 15 solo recibieron tratamiento farmacológico y 13 solo indicación no farmacológica

6.3. Adherencia Terapéutica

Como se señaló anteriormente, de los 141 encuestados que declararon tener indicación terapéutica, a 127 se le indicó tratamiento farmacológico, de los cuales 119 se adhieren de forma completa a este y solo 8 encuestados no lo hacen; por otra parte a 125 se le indicó tratamiento no farmacológico, de los mismos, 90 se adhieren y 35 no lo hacen.

Tabla IV: Indicación de tratamiento Farmacológico o no farmacológico en relación a su adherencia

| INDICACIÓN DE TRATAMIENTO | | |
|---------------------------|---------------|------------------|
| | Farmacológico | No farmacológico |
| Se adhiere | 119 | 90 |
| No se adhiere | 8 | 35 |
| Total | 127 | 125 |

En el cuadro anterior, se puede evidenciar un mayor número de falta de adherencia o adherencia incompleta, al tratamiento no farmacológico respecto del farmacológico por parte de los pacientes

Tabla V: Características sociodemográficas de la muestra en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico y al no farmacológico

| | Tratamiento Farmacológico n=119 | Tratamiento No Farmacológico n=90 |
|--------------------------------------|--|--|
| SEXO | | |
| Femenino | 77 | 57 |
| Masculino | 42 | 33 |
| EDAD | | |
| Entre 61 y 70 años | 38 | 24 |
| Entre 71 y 80 | 57 | 48 |
| Entre 81 y 90 | 24 | 18 |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | | |
| Analfabeto | 2 | 2 |
| Alfabetizado | 34 | 20 |
| Primario | 61 | 49 |
| Secundario | 17 | 16 |
| Universitario/Terciario | 5 | 3 |
| ACT. LABORAL | | |
| Si | 4 | 4 |
| No | 115 | 86 |
| INDEPENDENCIA ECONOMICA | | |
| Si | 62 | 51 |
| No | 57 | 39 |
| CANTIDAD MEDICAMENTOS CONSUME | | |
| Ninguno | 0 | 10 |
| Uno o dos | 53 | 33 |
| Tres o más | 65 | 47 |
| No sabe, no contesta | 1 | 0 |

Tabla VI: Características sociodemográficas de la muestra en relación a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y al no farmacológico

| | Tratamiento Farmacológico n=8 | Tratamiento No Farmacológico n=35 |
|--------------------------------------|--|--|
| SEXO | | |
| Femenino | 6 | 27 |
| Masculino | 2 | 8 |
| EDAD | | |
| Entre 61 y 70 años | 3 | 16 |
| Entre 71 y 80 | 4 | 14 |
| Entre 81 y 90 | 0 | 5 |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | | |
| Analfabeto | 0 | 0 |
| Alfabetizado | 3 | 11 |
| Primario | 1 | 18 |
| Secundario | 1 | 3 |
| Universitario/Terciario | 0 | 3 |
| ACT. LABORAL | | |
| Si | 0 | 1 |
| No | 8 | 34 |
| INDEPENDENCIA ECONOMICA | | |
| Si | 5 | 19 |
| No | 3 | 10 |
| CANTIDAD MEDICAMENTOS CONSUME | | |
| Ninguno | 0 | 5 |
| Uno o dos | 4 | 13 |
| Tres o más | 4 | 16 |
| No sabe, no contesta | 0 | 1 |

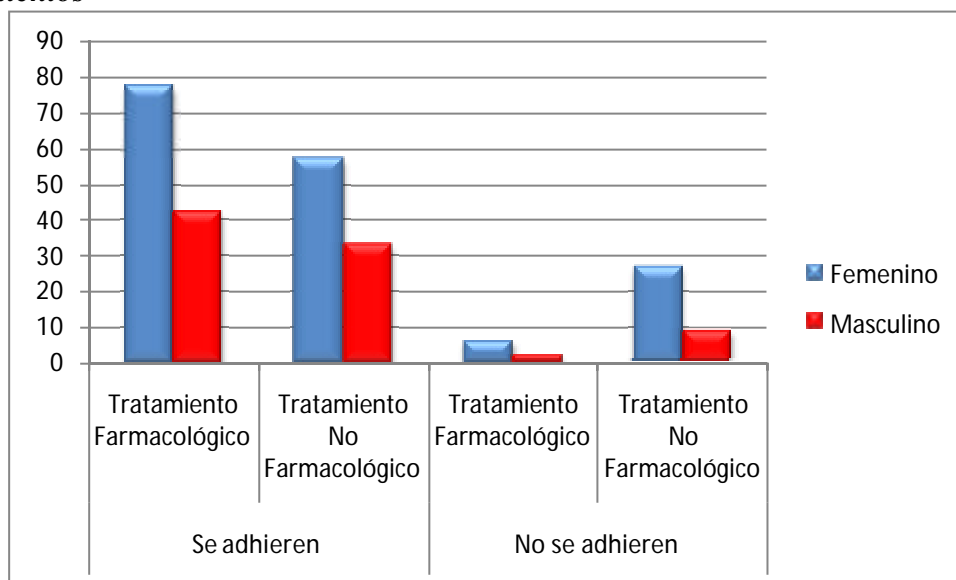
6.4. Análisis descriptivo y estadístico

Para observar las características de la muestra se realizarán gráficos de barra correspondiente a cada variable.

Para probar las relaciones planteadas en los objetivos se calcularán las Razones de Odds (RO), junto con su intervalo de confianza ($p < 0.05$) probar una posible asociación entre variables categóricas.

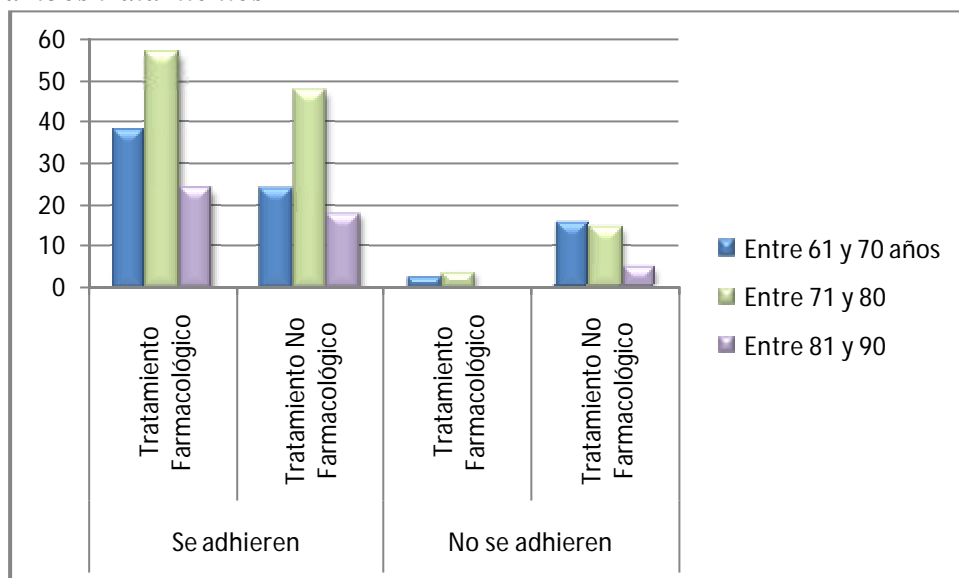
En los casos en que la variable estudiada tenga más de dos categorías se calculará, lo que se llama, Razón de Odds de celda de referencia.

Grafico II: Sexo de los pacientes en relación a adherencia y no adherencia de ambos tratamientos



De los pacientes de ambos sexos encuestados, parecería que la mayor cantidad de estos, se adhieren al tratamiento farmacológico, sin importar dicha variable; mientras que son un bajo número, los que no cumplen con los tratamientos. Por otra parte, respecto del tratamiento no farmacológico, se puede observar que las cifras de pacientes que no se adhieren, son mayores (correlación con la tabla IV)

Grafico III: Edad de encuestados en relación a la adherencia y no adherencia a ambos tratamientos



A través de este gráfico podríamos decir que, en los distintos rangos etarios, la mayor cantidad de pacientes entrevistados, se adhieren a ambos tratamientos, demostrando cifras mayores entre aquellos entre 71 y 80 años. De forma reiterada, se observan mayores cifras de incumplimiento al tratamiento no farmacológico.

Tabla VII: Adherencia al tratamiento farmacológico en relación a la edad

| | Adherencia al Tratamiento Farmacológico | | | |
|---------------------------|---|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Completo | | Incompleto | |
| | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa |
| Entre 61 y 70 años | 38.5 | 32% | 3.5 | 38% |
| Entre 71 y 80 | 58.5 | 48% | 5.5 | 62% |
| Entre 81 y 90 | 23.5 | 20% | 0.5 | 0% |

- $RO_{\text{entre 61 y 70 vs entre 71 y 80}} = 1.03$ IC 95% : (0.26 ; 4.14)
- $RO_{\text{entre 61 y 70 vs entre 81 y 90}} = 0.23$ IC 95% : (0.01 ; 4.71)

La chance de adherirse por completo al tratamiento farmacológico para aquellos pacientes con edad entre 61 y 70 años es un 3% mayor que para los pacientes con edad entre 71 y 80 años y 23% mayor que la misma chance para los pacientes con edad entre 81 y 90 años. Pese a esto el intervalo de confianza del Odds, para cada caso, cubre al uno, por lo que no se establece relación estadística ($p < 0.05$)

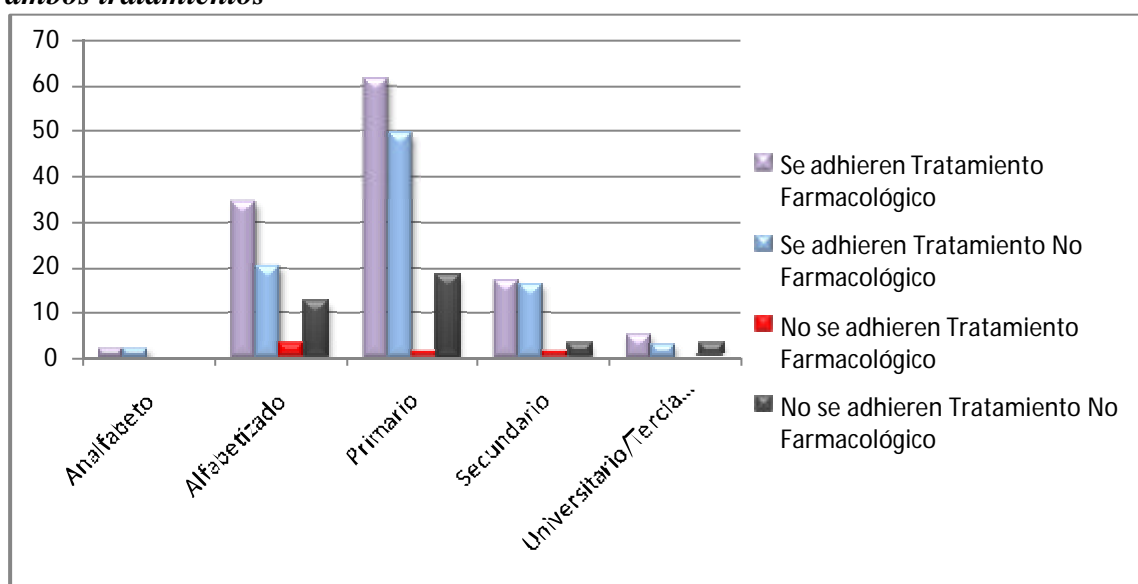
Tabla VIII: Adherencia al tratamiento no farmacológico en relación a la edad

| Adherencia al Tratamiento no Farmacológico | | | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Completo | | Incompleto | |
| | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa |
| Entre 61 y 70 años | 27 | 30% | 16 | 44% |
| Entre 71 y 80 | 44 | 49% | 15 | 42% |
| Entre 81 y 90 | 19 | 21% | 5 | 14% |

- $RO_{\text{entre 61 y 70 vs entre 71 y 80}}=0.58$ IC 95% : (0.25 ; 1.34)
- $RO_{\text{entre 61 y 70 vs entre 81 y 90}}=0.44$ IC 95% : (0.14 ; 1.41)

De forma contraria de lo sucedido en el tratamiento farmacológico, los pacientes con edades entre 61 y 70 años tienen un 42% menos de probabilidades con respecto de los pacientes de 71 a 80 años y un 56% menos con respecto de los pacientes entre 81 y 90 años de adherirse por completo al tratamiento farmacológico. Sin embargo nuevamente el intervalo de confianza cubre al uno estableciendo una falta de relación estadística ($p < 0.05$)

Gráfico IV: Nivel de instrucción en relación a la no adherencia y adherencia de ambos tratamientos



Observando el gráfico se observa que, la mayor cantidad de pacientes encuestados, que se adhieren al tratamiento farmacológico y no farmacológico, tienen completo sus estudios hasta el nivel primario

A contra cara, la mayor cantidad que no cumplen con el tratamiento farmacológico son solamente alfabetos; y si bien la mayor cantidad de pacientes que no

completan de manera correcta el tratamiento no farmacológico tienen cumplido hasta el ciclo primario de la escolaridad, las chances de adherirse a este tratamiento también son bajas en los pacientes solamente alfabetizados y analfabetos

Tabla IX: Relación entre el nivel de instrucción con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

| | Tratamiento Farmacológico | Tratamiento No Farmacológico |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Analfabeto | 2 | 2 |
| Alfabetizado | 34 | 20 |
| Primario | 61 | 49 |
| Secundario | 17 | 16 |
| Universitario/Terciario | 5 | 3 |

➤ $RO_{\text{Analfabeto vs Alfabetizado}} = 0.59$ IC 95% : (0.08 ; 4.52)

La chance de adherirse al tratamiento farmacológico para aquellos pacientes analfabetos, es un 41% menor que la misma para los pacientes alfabetizados

➤ $RO_{\text{Analfabeto vs Primario}} = 0.80$ IC 95% : (0.11 ; 5.93)

➤ $RO_{\text{Analfabeto vs Secundario}} = 0.94$ IC 95% : (0.38 ; 12.30)

➤ $RO_{\text{Analfabeto vs Univ/Terc}} = 0.60$ IC 95% : (0.05 ; 6.82)

Continuando con los pacientes analfabetos, estos tienen un 20% menos de probabilidades de realizar correctamente el tratamiento farmacológico respecto de los pacientes con primario completo, un 6% menos en relación con los pacientes con secundario completo y un 40% menos que para los pacientes con nivel universitario/ o terciario completo

Tabla X: Relación entre el nivel de instrucción con respecto a la no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

| | Tratamiento Farmacológico | Tratamiento No Farmacológico |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Alfabetizado | 3.5 | 12.5 |
| Primario | 1.5 | 18.5 |
| Secundario | 1.5 | 3.5 |
| Universitario/Terciario | 0.5 | 3.5 |

➤ $RO_{\text{Alfabetizado vs Primario}} = 3.45$ IC 95% : (0.45 ; 26.53)

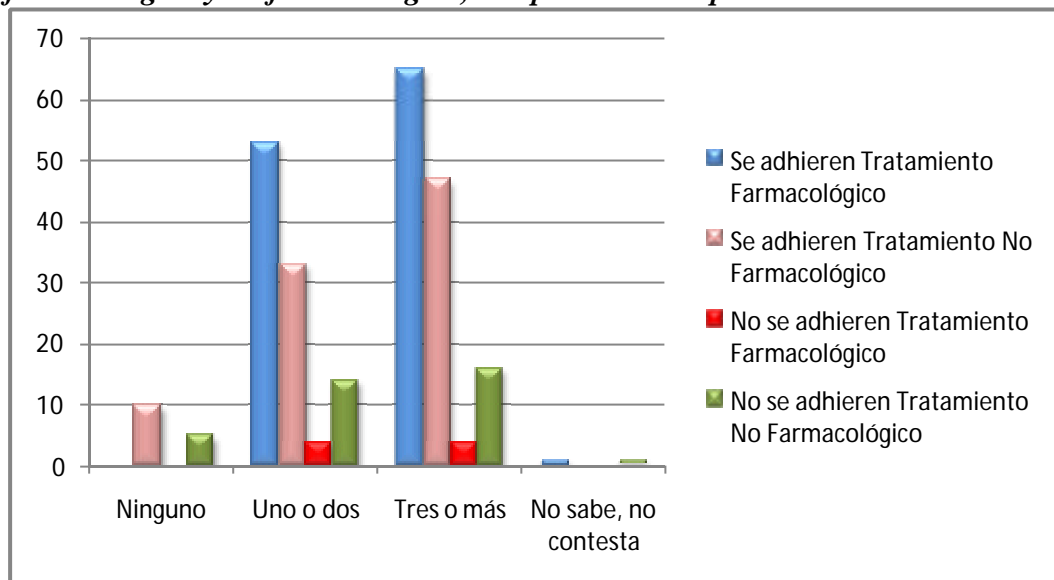
➤ $RO_{\text{Alfabetizado vs Secundario}} = 0.65$ IC 95% : (0.07 ; 6.20)

➤ $RO_{\text{Alfabetizado vs Univ/Terc}} = 1.96$ IC 95% : (0.08 ; 47.69)

Se puede ver en relación a lo anterior, que las probabilidades de no cumplir con el tratamiento con drogas prescritas para los pacientes alfabetizados (con conocimiento solo de lectura y escritura) es 3.45 veces mayor, que para los pacientes con estudios

La mayoría consume tres o cuatro drogas distintas, este grupo se correlaciona con un menor número de adherencia incompleta, mientras que, un grupo menor declaró la toma de uno o dos medicamentos distintos pero con mayor adherencia incompleta

Grafico V: Cantidad de medicamentos consumidos en relación al tratamiento farmacológico y no farmacológico, completo o incompleto

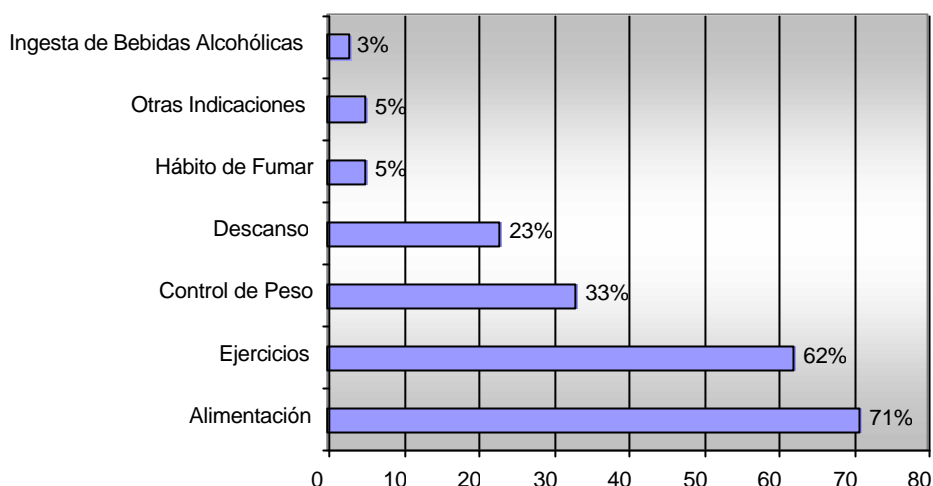


Analizando ahora la adherencia, o falta de la misma, al tratamiento no farmacológico en conjunto, la mayoría que no se adhiere a este y si al tratamiento con drogas, consume tres o cuatro medicamentos

En cuanto al tratamiento a base de medidas generales no farmacológicas, 13 pacientes lo reciben de forma única, a los que se le suman 112 pacientes que lo reciben en conjunto con la administración de medicamentos, haciendo entonces un total de 125

Se encontró que entre estos 125 entrevistados, 71% manifestó haber recibido indicaciones respecto a la alimentación, 61.6% al ejercicio físico, 33.3% acerca de su peso, 22.7% al descanso, 5.3% respecto al hábito de fumar y 3.4% recibió indicaciones acerca del consumo de bebidas alcohólicas,

Grafico VII: Tipo de indicación recibida por los entrevistados

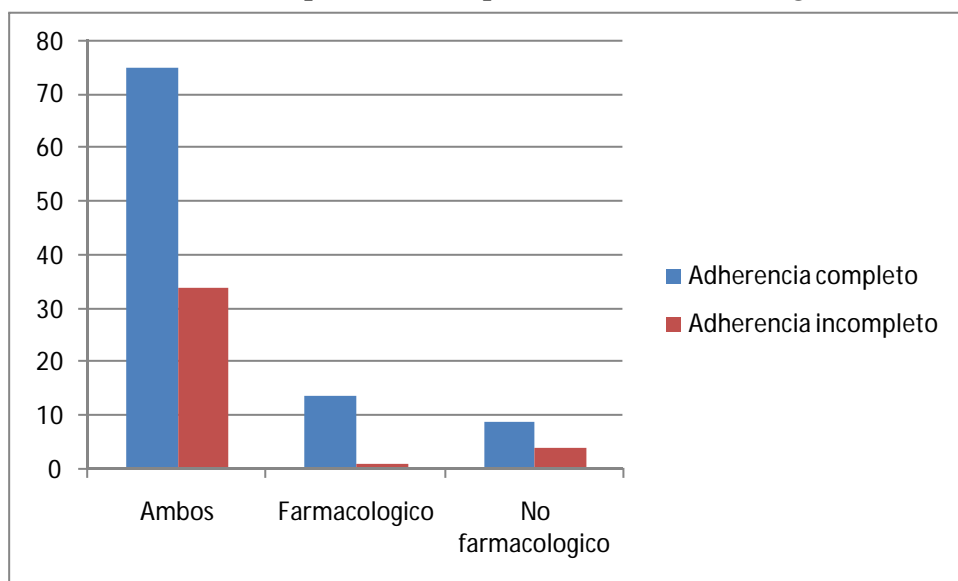


49 de los entrevistados (39%), reconoció haber recibido una sola indicación, 40 (32%) identificaron dos indicaciones y 36 (29%) tres o más, destacándose la indicación conjunta respecto a alimentación y ejercicios, seguida por alimentación y control de peso y por ejercicios y control de peso

El cumplimiento sostenido de estas indicaciones fue observado en 90 encuestados mientras que 36 declararon no cumplirlas tal como se les fueron indicadas.

6.5. Adherencia al tratamiento general

Grafico VIII: adherencia completa o incompleta al tratamiento en general



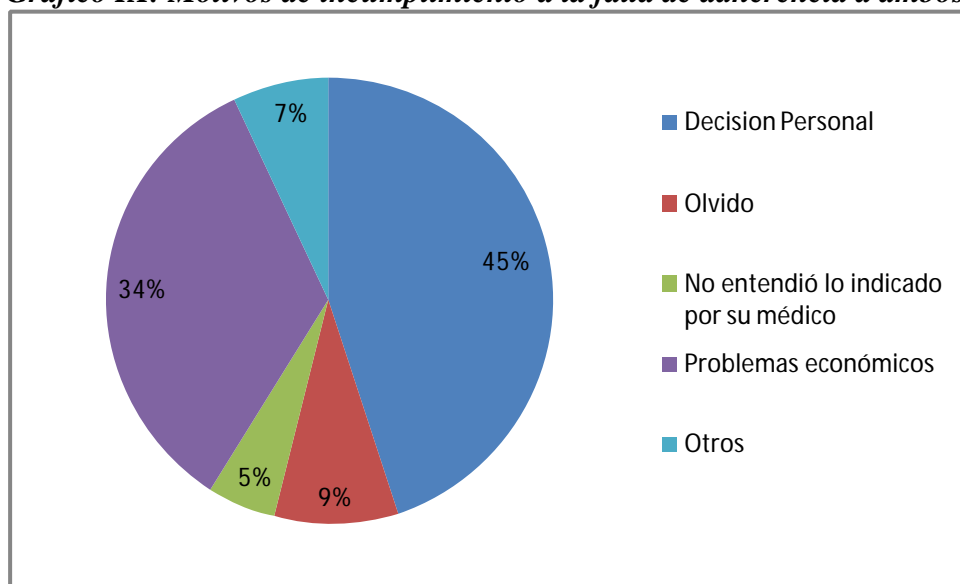
Según el gráfico, parecería que sin importar el tratamiento indicado, los pacientes en su mayoría se adhieren por completo, observándose también, una mayor adherencia

ante la indicación de un único tipo de tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico.

6.6. Motivos de incumplimiento

Analizando en conjunto, la falta de adherencia completa para ambos tipos de tratamiento, por parte de los pacientes que concurren a los consultorios externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario, se observó que el incumplimiento fue declarado en solo 8 pacientes, de los 127 bajo tratamiento farmacológico, mientras que en el tratamiento no farmacológico, fue de 35 sobre 125 individuos. De este modo la adherencia incompleta resultó tres veces superior para el grupo con indicaciones no farmacológicas; lo cual, y en principio, llevaría a observar una falta de profundización médica en la importancia de este tipo de medidas en los esquemas terapéuticos.

Grafico IX: Motivos de incumplimiento a la falta de adherencia a ambos tratamientos



Respecto a las causas referidas de no cumplimiento en el grupo de tratados con adherencia incompleta, la más frecuentemente señalada fue la decisión personal (45%), siguiéndole los problemas económicos (34%) y por último el olvido de la prescripción (9%).

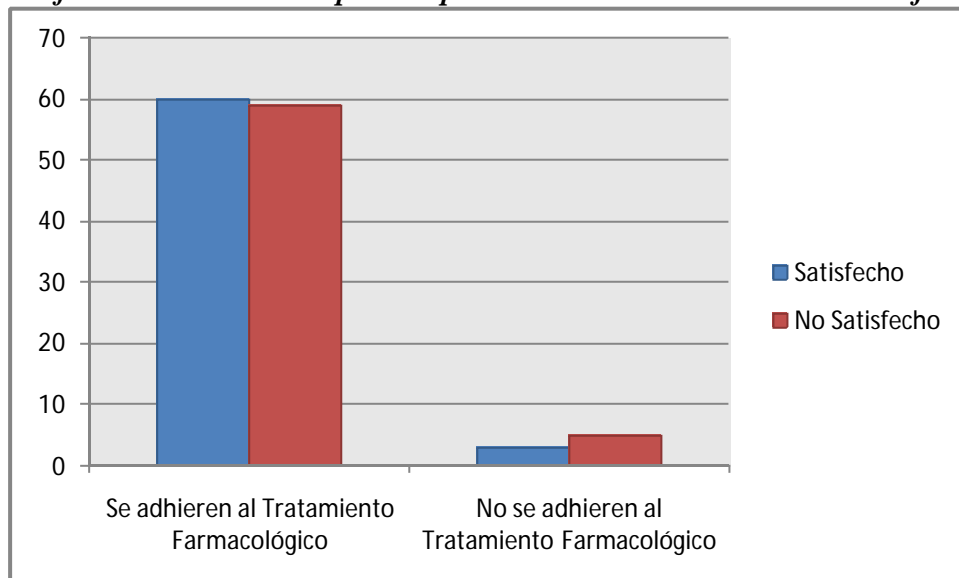
6.7. Niveles de satisfacción percibidos

A continuación se comparan la asociación de variables respecto del nivel de satisfacción percibido por los encuestados que manifestaron estar bajo tratamiento, relación a los tiempos de espera, la comunicación médico-paciente desarrolladas durante las consultas y las capacidades técnicas del médico percibidas por los pacientes, con la adherencia a los dos tipos de tratamientos estudiados en el presente trabajo

Respecto de la comunicación médico-paciente, 138 entrevistados manifestaron que su médico tratante le dedicaba todo el tiempo que ellos necesitaban, y 131 que le permitía hablar todo lo que consideraba necesario, a la vez que los escuchaba. Analizándolo de forma conjunta, 131 pacientes se encontraban satisfechos con la comunicación establecida con su médico

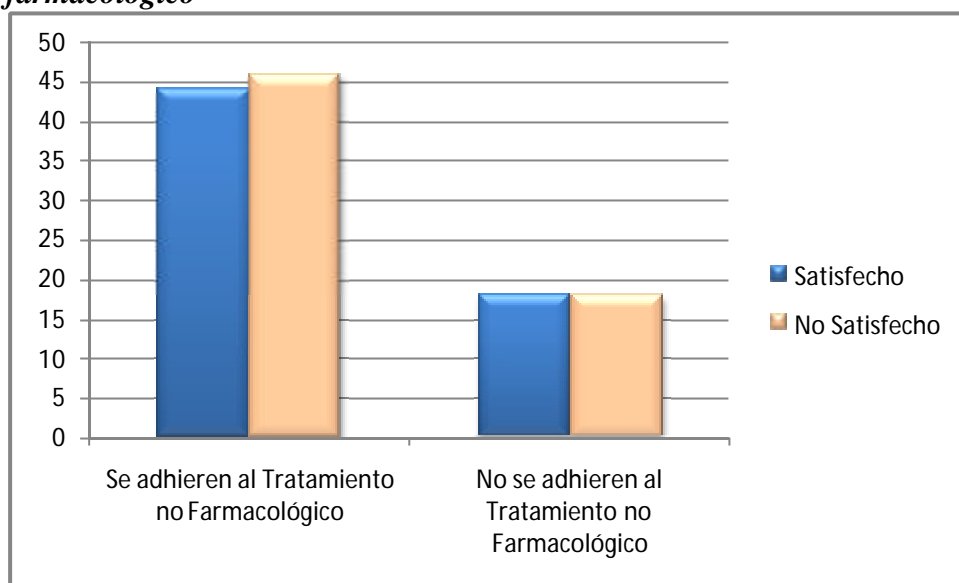
A nivel de las capacidades técnicas, percibidas por los pacientes, del médico, 136 pacientes declararon recibir todas las explicaciones respecto de su salud y 139 indicaron la claridad de su tratante cuando le realiza alguna indicación ya sea farmacológica o no farmacológica, considerándolo en conjunto, 134 individuos se encontraban satisfechos con las capacidades de su médico.

Grafico X: Relación tiempo de espera con adherencia al tratamiento farmacológico



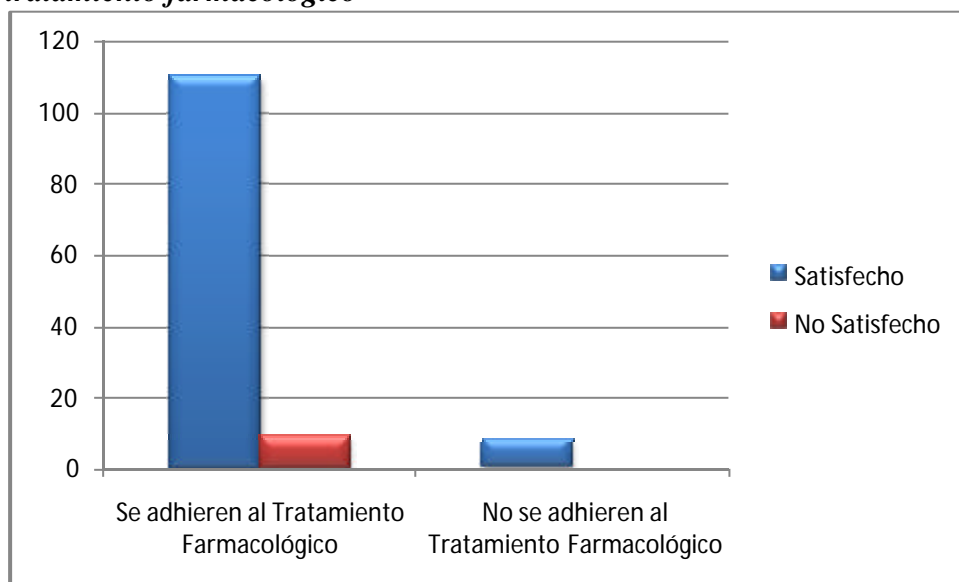
A través del gráfico vemos que, la mayor cantidad de pacientes encuestados se adhieren al tratamiento farmacológico sin importar si los mismos están o no satisfechos con el tiempo que deben esperar desde que solicitan el turno hasta que el mismo se hace efectivo y/o el tiempo que deben esperar en la sala.

Grafico XI: Relación tiempo de espera con la adherencia al tratamiento no farmacológico



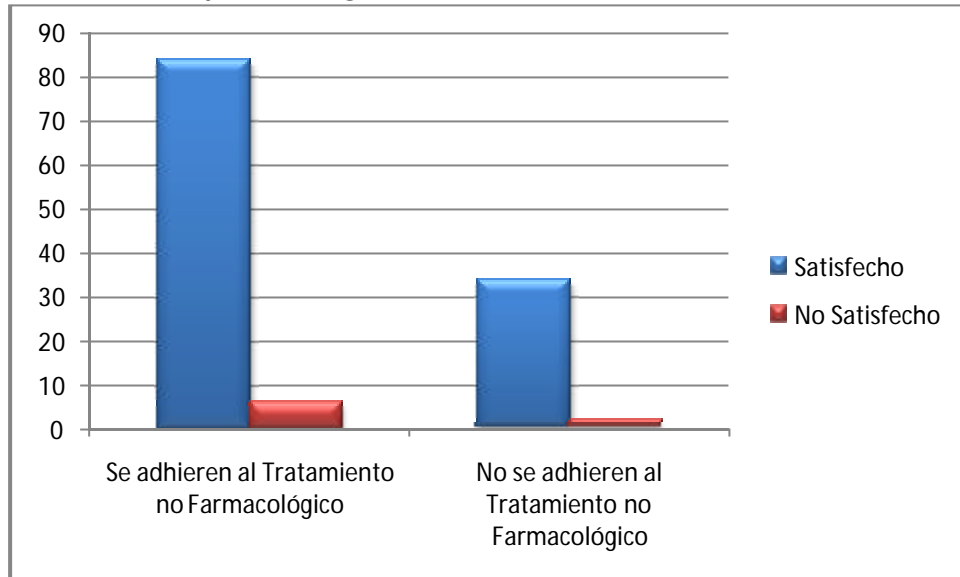
Al igual que en el tratamiento farmacológico, los pacientes bajo indicaciones no farmacológicas se adhieren a esta en su mayoría, sin importar si están o no satisfechos con los tiempos de espera por lo que esta variable no se relaciona con la adherencia a dichos tratamientos

Grafico XII: Comunicación médico-paciente en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico



La mayor cantidad de pacientes que se adhieren al tratamiento farmacológico se encuentran satisfechos con la comunicación que tiene con su médico, y de los que no se encuentran satisfechos, pese a esto, se adhieren a dicho tratamiento

Grafico XIII: Comunicación médico-paciente en relación a la adherencia al tratamiento no farmacológico



Al igual que la anterior, la mayor cantidad de pacientes satisfechos se adhieren al tratamiento; y la mayor cantidad de pacientes que no se adhieren a este tratamiento, también se encuentran satisfechos con la comunicación que tienen con su médico, por lo que se podría pensar que esta variable tampoco influye como razón en el incumplimiento del tratamiento no farmacológico al igual que para el farmacológico

Grafico XIV: Capacidad técnica en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico

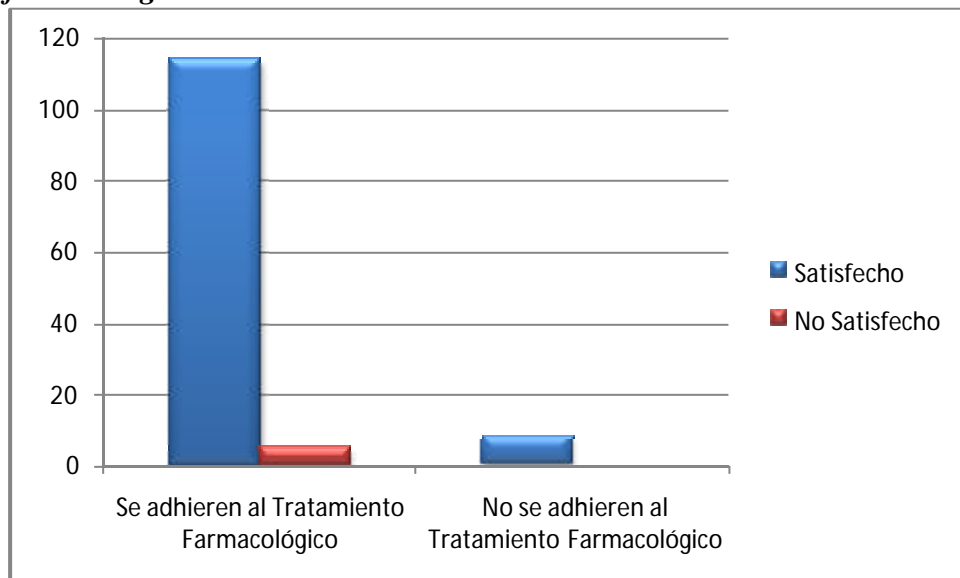
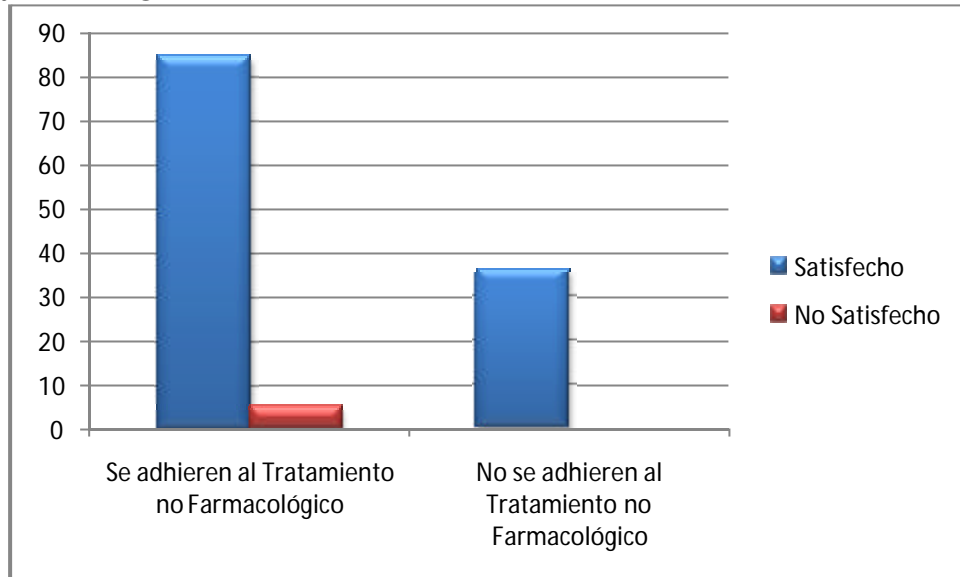


Grafico XV: Capacidad técnica en relación a la adherencia al tratamiento no farmacológico



La mayor cantidad de pacientes que se adhieren al tratamiento farmacológico y al no farmacológico están satisfechos con la capacidades técnicas de su médico y al igual que sucede con las variables respecto al nivel de comunicación y tiempos de espera (gráficos XIV y XV), aquellos que se encuentran insatisfechos se adhieren igual al tratamiento con medicamentos y sin ellos.

Por estas razones, al igual que en las otras variables relacionadas con los niveles de satisfacción percibidos por los pacientes, no influye como en el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento farmacológico o no farmacológico.

7. DISCUSIÓN

De los 170 Adultos Mayores que concurrieron a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario, en los meses de julio y agosto del año 2013, que cumplían las características de la población definida, el 64% (n=108) fue correspondiente al sexo femenino y el 34% (n=62) restante al masculino. Relación femenino – masculino es similar a la de la Provincia de Santa Fe (6 mujeres cada 4 hombres) (5), a la de los afiliados del I.N.S.S.J.P. de la República Argentina (6,4 mujeres cada 3,6 hombres) y a la de los afiliados del Departamento Rosario (6,6 mujeres cada 3,4 hombres).

Dentro de las características socio demográficas de esta muestra es importante también considerar que casi la mitad del total de la muestra, declararon no tener una independencia económica completa, al manifestar la necesidad de otros recursos, además de los propios, para la adquisición de alimentos o la mantención de su vivienda, y relacionado con este aspecto económico, solo un 5% indico estar desarrollando actividades rentadas, dato que se correlaciona con la bibliografía consultada. Las jubilaciones y pensiones constituyen la más extendida fuente de ingresos monetarios en la población de personas mayores de las áreas urbanas argentinas. Alrededor del 70% de las personas de 65 años y más, así como casi el 90% de las personas de 80 años y más reciben jubilaciones y pensiones. Los ingresos laborales se ubican en segundo lugar en orden de extensión (6).

141 entrevistados (83% del total de la muestra) manifestaron haber recibido alguna indicación de tratamiento por parte de su médico tratante, mientras que 29 individuos (17%) no recibieron indicación terapéutica alguna.

A su vez de estos 141 pacientes, 127 se le indicó tratamiento farmacológico, de los cuales 119 se adhieren de forma completa a este y solo 8 encuestados no lo hacen

Según estos valores, más de 7 cada 10 entrevistados se encontraban consumiendo algún tipo de tratamiento farmacológico, valores éstos que coinciden con la literatura (65 a 90 % de los Adultos Mayores están medicados, según la O.P.S.(7)).

En la bibliografía internacional se registran valores crecientes de individuos bajo tratamiento farmacológico a medida que aumenta la edad y hasta los 84 años, cuando se estabiliza e incluso decrece el número de individuos medicados, según un estudio realizado a partir de la Encuesta de Salud de Cataluña (E.S.C.A.) de 2002 (8).

También en dicho estudio se observó que las mujeres tenían mayor número de indicaciones farmacológicas que los hombres, en cualquier rango de edad. (8)

Las cifras de adherencia terapéutica farmacológica son superiores a los esperados de acuerdo a nuestras condiciones socioeconómicas y culturales. Como se consideró anteriormente, la adherencia terapéutica varía entre los diferentes países. En los países en desarrollo es mucho menor al 50% (9). Si a esta consideración se suma el hecho de que los Adultos Mayores tienen más dificultades para la adherencia a los tratamientos, se puede sospechar que el porcentaje de adherencia incompleta puede ser mayor que el encontrado según las declaraciones de los entrevistados. Este punto también lleva a recordar que la forma recomendada por muchos investigadores, incluso la OMS (9), de investigar la adherencia es combinando múltiples estrategias metodológicas.

La adherencia al tratamiento farmacológico no se relacionó con el sexo, edad, el nivel de instrucción ni con la independencia económica, lo cual es coincidente con la bibliografía.

Por otra parte a 125 pacientes se le indicó tratamiento no farmacológico, señalándose como las tres indicaciones más frecuentes, de forma individual o en conjunto, indicaciones respecto a la alimentación, al ejercicio físico y acerca de su peso. De estas indicaciones, 90 encuestados se adhieren de forma completa y 35 fallan en el cumplimiento de las mismas.

En los pacientes con indicaciones no farmacológicas la adherencia incompleta resultó tres veces superior que la encontrada para el grupo con indicaciones farmacológicas. Este resultado es coherente con el hecho que la mayoría de las indicaciones no farmacológicas requiere un cambio de hábito para poderse cumplir, especialmente entre los Adultos Mayores. A modo de reflexión cabe destacar la necesidad de plantear las recomendaciones no farmacológicas como un problema del equipo de salud, incluidos el paciente y su familia, y no como indicaciones individuales que no trascienden a modificaciones de la práctica cotidiana de ellos.

Tampoco se encontraron asociaciones significativas entre la variable adherencia al tratamiento no farmacológico con el sexo, edad, nivel de instrucción e independencia económica, coincidiendo con la bibliografía, como fuera mencionado anteriormente.

Refiriéndonos a los motivos de incumplimiento para ambos tratamientos, en muchas investigaciones se hace hincapié en la falta de comprensión de las indicaciones

médicas, pero la misma ha sido identificada como causa principal de no adherencia solo por el 5%, en esta encuesta, e identificando como principal causa “decisión personal”

Estudios sobre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Adultos Mayores, marcan como motivo del incumplimiento al tratamiento, declarado por los pacientes, a los efectos adversos producidos por los fármacos y la sensación de “sentirse peor” con el mismo (10), mientras que, en otros estudios, los pacientes declaran como causa principal de abandono de la medicación exactamente lo contrario: el “sentirse bien” (11)

Este primer acercamiento a las razones que tienen los pacientes para no adherir a los tratamientos, se deberá ampliar, profundizando sobre el significado, principalmente de la categoría ‘decisión personal’, y jerarquizar la relevancia que en nuestro medio juega cada una de ellas.

Sin duda este es otro campo de investigación que se abre a partir de este trabajo.

También es importante marcar que si bien un número considerable de la muestra indicó como motivo del incumplimiento “problemas económicos”, no se encontró relación estadística significativa al relacionar la independencia económica con la adherencia a los tratamientos

En correlación a los niveles de satisfacción percibido por los pacientes, en relación a los tiempos de espera, el nivel de la comunicación medico paciente y las capacidades técnicas percibidas del médico, no se encontró asociación con la adherencia o falta de esta para ambos tratamientos

8. CONCLUSIÓN

Entre los Adultos Mayores del grupo estudiado es alto el porcentaje que refiere encontrarse bajo tratamiento. Sin embargo, no es mayor que el mencionado por la bibliografía de otros países. Entre ellos casi tres de cada diez entrevistados manifestaron no adherir completamente a los tratamientos, cifra menor a la esperada según otros trabajos publicados. Esto podría explicarse en parte por las características de la muestra, ya que refiere a un universo de Adultos Mayores que concurren de manera habitual a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario, y que, por este hecho, quizás podría constituir un sector particular en cuanto a representaciones y prácticas más favorables vinculadas a los cuidados de su salud. Por otro lado, el propio contexto de la recolección de la muestra podría haber afectado en cierto grado la confiabilidad de las respuestas.

La adherencia a los tratamientos no farmacológicos se evidenció como más difícil de alcanzar que la adherencia a los tratamientos farmacológicos. Muchas sino todas las indicaciones no farmacológicas implican cambios de hábitos que para llevarse a cabo y prolongarse en el tiempo necesitan más que la indicación médica y el deseo solitario del individuo. Esta realidad, aceptada en otros campos pero no practicada en relación a las indicaciones no farmacológicas, debe ser reconocida como un objetivo relevante para todos nuestros sistemas de salud e incluso para la agenda de salud nacional. Lograr la adherencia a las medidas no farmacológicas es fundamental para la prevención (en cualquiera de sus tres niveles) y el tratamiento de los individuos. Nuevas estrategias deberían incluir la acción de todos los integrantes del equipo de salud actuando en forma coordinada entre sí, del paciente, de su familia, el involucramiento de instituciones intermedias de la comunidad (como los Centros de Jubilados) y del sistema de salud (I.N.S.S.J.P.), para un accionar dirigido a cambios culturales, sociales y económicos, sin los cuales es imposible afianzar ninguna estrategia que busque mejorar la salud.

Posteriores investigaciones sobre la adherencia a los tratamientos no farmacológicos deberían centrarse además en individuos más jóvenes, con el objetivo de mejorar la salud de ellos y de las futuras generaciones de Adultos Mayores.

Se observó también en este grupo una mayor adherencia ante la indicación de un único tipo de tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico.

Ninguna de las variables sociodemográficas consideradas en este estudio, parece relacionarse con la adherencia a los tratamientos, ya sea en general o en particular por

tipo de tratamiento. Sin embargo es importante marcar que estos resultados pudieron verse afectados a causa de un bajo número de muestra para un trabajo de investigación de esta naturaleza, siendo que se podría considerar que con un mayor número de encuestados quizá se pudiese haber encontrado correlación entre estas variables y la adherencia a los tratamientos

Entre las principales causas identificadas por la población en estudio de adherencia incompleta, se destaca la categoría 'decisión personal', seguida por 'problemas económicos' y más alejado 'olvido de la prescripción'. En muchos estudios se jerarquiza el olvido de la prescripción como una causa frecuente, pero en este grupo aparece solo en el 9% de los casos.

Los Adultos Mayores en general presentan mayor incidencia de trastornos de la memoria que otros, por lo cual se esperaría que este porcentaje hubiera sido mayor que los encontrados en la población general. Sin embargo, cabe considerar que la población estudiada se encontraba integrada por afiliados autoválidos, excluyéndose entre otros a personas con trastornos neurológicos, los cuales frecuentemente se acompañan de los déficits de memoria en cuestión. Es probable entonces que por las características propias del grupo en estudio, la prevalencia de estos déficits sea menor que entre la población de Adultos Mayores en general. Lo planteado lleva a la necesidad de profundizar sobre estos interrogantes, al igual que se deben precisar la categoría 'decisión personal'.

Se encontró una percepción satisfactoria de los Adultos Mayores encuestados respecto de su médico tratante, en asociación con la comunicación establecida con el mismo y las capacidades técnicas percibidas de este, no así en relación a los tiempos de espera, (contemplados los tiempos para la solicitud de turno y hasta que este se hace efectivo o el tiempo que deben aguardar en la sala de espera), sin embargo en base a estas variables no se encontró que influyan sobre la adherencia de los tratamientos

Finalmente queda pendiente considerar a los pacientes excluidos del presente estudio, como aquellos con discapacidades invalidantes o que no concurren de forma habitual a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario, sector en el que el perfil de adherencia al tratamiento podría presentar características particulares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hipócrates “Tratado sobre la decencia”. Citado por Sarró Maluquer S., Pomarol Clotet E. "Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico". Consulta realizada 10/02/2013.
Disponible en: <http://psiquiatria.ho.galeon.com/manual/a12n4.htm>
2. Magalhaes Moreira, T.M. Leite de Araujo, T. “Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud”. Revista Enfermería Integral. 2001, 57:04
3. OMS - "El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura - Los pacientes no reciben el apoyo necesario". Comunicado de prensa OMS/54- 1 de julio de 2003
4. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria 2008, Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Consultado: 05/03/2013
Disponible en:
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/encuesta2000.pdf>
5. Censo Nacional del 2001, INDEC.
6. Nélica Redondo (2006), *Morfología de los hogares y tenencia de vivienda en la población urbana argentina de 65 años y más: variaciones 2001-2006*. Consulta realizada el 11/10/2013.
Disponible: <http://www.produccion.fsoc.uba.ar/aepa/xjornadas/pdf/71.pdf>
7. Valenzuela, E. Montecinos, H. Santander, J. “Manual de Geriatría y Gerontología”. Pontificia Universidad Católica de Chile Facultad de Medicina. Consulta realizada 13/8/2013.
Disponible en:
<http://www.enfermeriajw.cl/pdf/MANUAL%20GERIATRIA%20PONTIFICIA%20UNIVERSIDAD%20CATOLICA%20DE%20CHILE.pdf>

8. Torralba Guirao, M.; Faixedas Brunsoms, M.T.; Prat Casanovas, A.; Gilabert Perramon, A. "Edad y sexo del paciente como condicionantes de la prescripción" Farmacia de Atención Hospitalaria. 2004. 2 (1): 17-22.
9. OMS. "Adherencia a los Tratamientos a largo plazo - Evidencias para la acción" 2004. Consulta realizada el 9/10/2013.
Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
10. Black HR: Fixed-dose combination therapy to improve compliance with antihypertensive therapy. Pract Cardiol 1990; 16: 37-46.
11. Hasford J: Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. J Cardiovasc Pharmacol 1992;20 (Suppl 6): S30-S34.

Anexo 1

Ficha para entrevista personal

1. Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad:
2. Sexo: F M
3. ¿Qué estudios ha completado?:
 - a) Universitario / Terciario
 - b) Secundario
 - c) Primario
 - d) Alfabetizado
 - e) Analfabeto
4. ¿Se encuentra actualmente desarrollando actividades pagas en forma habitual?:
 - a) SI
 - b) NO
5. Habitualmente ¿cómo adquiere Usted sus alimentos?
 - a) Con ingresos de familiar
 - b) Con sus propios ingresos
 - c) Mediante ayuda social (por ejemplo en comedores comunitarios, recibe el bolsón, etc.)
 - d) Otros
6. Usted vive en una vivienda:
 - a) Propia/alquilada
 - b) De sus hijos
 - c) De otra persona
 - d) Otras
7. ¿Su médico de cabecera le ha indicado algún tratamiento en los últimos seis meses, ya sea medicamentos o cualquier otra recomendación por algún problema de salud?
 - a) SI
 - b) NO
8. ¿Le ha recetado algún tipo de medicamento en los últimos seis meses, por ejemplo pastillas, cremas, gotas, inyecciones)? *(incluir el uso de fármacos cualquiera sea la vía de administración)*
 - a) SI
 - b) NO
9. ¿Cuántos tipos de medicamentos son los que consume habitualmente? *(incluir el uso de fármacos cualquiera sea la vía de administración)*
 - a) Ninguno

- b) Uno o dos
- c) Tres o más
- d) NS / NC

10. ¿Consumes todos los medicamentos que le fueron recetados por su médico y tal como se le indico (es decir la misma cantidad, en los mismos horarios y durante el mismo tiempo que le fueron recetados)?:

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) NS / NC

11. ¿Le ha dado su médico en los últimos seis meses alguna indicación relacionada con:

- a) Su alimentación:
- b) Hacer ejercicio (con o sin profesor):
- c) Su descanso:
- d) Tomar bebidas alcohólicas:
- e) Fumar:
- f) Control de peso:
- g) Otras

12. Intenta cumplir esa/esas indicaciones

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca *(Si la respuesta es nunca, pasar a la pregunta 20)*
- d) NS / NC

13.Cuál es el principal motivo por el cual no cumple las indicaciones de su médico:
(detalle solo la opción que el entrevistado considere como principal)

- a) Decisión personal
- b) Olvido de la prescripción
- c) No entendió lo indicado por su médico
- d) Problemas económicos
- e) Otros
- f) NS/NC

14. El tiempo entre que solicita el turno y éste se hace efectivo lo considera y/o el tiempo que Usted espera habitualmente en la sala de espera

- A. Excesivo

- B. Mayor que el esperado
- C. Adecuado
- D. Menor que el esperado
- E. No debe esperar
- F. NS / NC

15. Su médico le dedica todo el tiempo que Usted necesita:

- a) Siempre
- b) Generalmente, con frecuencia
- c) A veces
- d) Rara vez
- e) Nunca
- f) NS / NC

16. Su médico lo deja hablar y escucha todo lo que Ud. quiere decirle:

- a) Siempre
- b) Generalmente, con frecuencia
- c) A veces
- d) Rara vez
- e) Nunca
- f) NS / NC

17. Su médico le explica todo lo que Ud. quiere saber sobre su salud

- a) Siempre
- b) Generalmente, con frecuencia
- c) A veces
- d) Rara vez
- e) Nunca
- f) NS / NC

18. Cuando su médico le receta medicamentos, le queda claro cómo debe tomarlos

- a) Siempre
- b) Generalmente, con frecuencia
- c) A veces
- d) Rara vez
- e) Nunca
- f) NS / NC

Observaciones del encuestador:

ANEXO 2: Consentimiento Informado

El alumno Alvarez Lemos Facundo de la Carrera de Medicina de la Facultad de Regional Rosario, lleva a cabo un proyecto de investigación: “Adherencia a la terapéutica de la HTA en adultos mayores, autovalidos, q concurren a los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario”, al cual fui invitado/a a participar respondiendo una encuesta anónima.

Fue de mi conocimiento que mi participación es voluntaria y que toda la información personal obtenida para este estudio será estrictamente confidencial, conforme a la ley de protección de los datos personales N° 25326.

Por el presente, presto mi consentimiento a participar en este estudio en los términos precedentes.

.....

.....

Nombre y Apellido

Firma

.....

.....

D.N.I

Lugar y Fecha

Testigo:

Alvarez Lemos Facundo

DNI: 33.573.191

ANEXO 3: Marco Teórico

La morbimortalidad cardiovascular es hoy una de las principales preocupaciones, no sólo de los médicos y de los responsables de la Salud Pública, sino también de la sociedad en general. Las patologías cardiovasculares adquieren una trascendencia particularmente significativa, transformándose en una de las causas principales de morbi-mortalidad tanto en los países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo (1).

En los últimos años, la evolución del conocimiento médico ha esclarecido mucho acerca de las enfermedades cardiovasculares, y se han identificado con bastante claridad factores que de manera independiente o concurrente aumentan en forma directa la probabilidad de padecer estas patologías y de sufrir cualquiera de sus desenlaces clínicos.

Entre los factores de riesgo cardiovasculares (FRC) identificados con claridad, la hipertensión arterial (2) es sin dudas uno de los más importantes y significativos predictores de la enfermedad cardiovascular. Esta patología es uno de los principales motivos de consulta del adulto mayor en Argentina, y una variable crítica para la detección de un potencial paciente en riesgo cardiovascular. Las cifras de prevalencia en nuestro país varían entre el 26% y el 40% según los estudios analizados, y en la reciente encuesta nacional de factores de riesgo la prevalencia de hipertensión arterial autoreferida fue de 34,7% (3).

Se define como Adulto Mayor, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, a toda persona que supera los sesenta años de vida, considerando a partir de allí a esta población en cuatro categorías diferentes:

Tercera Edad (entre 60 y 74 años)

Cuarta Edad (entre 75 y 89 años)

Longevos (entre 90 y 99 años)

Centenarios (más de 100 años) (4)

Esta clasificación, que data de mediados del siglo pasado, fue sufriendo modificaciones en relación a los diferentes grados de desarrollo socio-económico de cada país; así hacia fines de la década del 80 en los países desarrollados se empleó la categoría de Adulto Mayor para las personas que superaban los 65 años, mientras que

en aquellos países considerados en vía de desarrollo, este término se aplicó a quienes superaban los 60 años.

El envejecimiento trae aparejado una serie de procesos – tanto desde lo biológico como desde lo psico-social – que aumentan en su grado de complejidad cuando mayores son los requerimientos cotidianos a los que está expuesto el sujeto que envejece; a la modificación natural de las capacidades físicas que de manera normal aparecen en esta etapa de la vida, se suele agregar la presentación de enfermedades propias de la disminución de vitalidad que van sufriendo los diferentes sistemas de la economía humana, presentándose entonces situaciones de cambios vasculares, neurológicos y metabólicos propios de los procesos de regresión del organismo y de la interacción que sobre este cumplen las distintas enfermedades degenerativas de frecuente presentación a partir de la sexta y séptima década.(5)

A nivel vascular, en las arteriolas se observan cambios debidos a una hialinosis, que tienen como consecuencia fisiopatológica más importante el endurecimiento de la pared arterial, con aumento de su rigidez y disminución de sus propiedades elásticas y de la luz arterial. La arteria aorta, disminuye su elasticidad, aumenta su calibre y se hace tortuosa (6), lo que genera un aumento de la tensión arterial sistólica y de pulso (diferencia entre la tensión arterial sistólica y la diastólica), en forma continua durante toda la vida, con poca alteración en las cifras diastólicas, siendo la hipertensión sistólica aislada (HTS) sumamente frecuente a partir de los 65 años (60%) con aumento importante de la presión de pulso lo cual constituye un factor de riesgo cardiovascular de mucha importancia, estando además vinculada este tipo de hipertensión arterial a un mayor aumento del deterioro en las funciones cognitivas asociado a una enorme incidencia de infartos cerebrales silentes (absolutamente asintomáticos) con una prevalencia de este proceso de un 50% para este tipo de hipertensos (7)

El origen de la hipertensión arterial es complejo y su diagnóstico se realiza por un signo clínico, la elevación de la tensión arterial. El criterio más habitual para definir hipertensión arterial toma como límite una tensión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg de forma sostenida. Puesto que el riesgo cardiovascular se incrementa conforme lo hace la

presión del paciente este es un valor arbitrario que se basa en el mayor incremento de riesgo a partir de este valor de presión en la población general y en el equilibrio entre los beneficios obtenidos del tratamiento y el riesgo de no realizar dicho tratamiento. En consecuencia, en ciertas poblaciones especiales el tratamiento puede ser necesario en valores inferiores de tensión arterial. La clasificación de la hipertensión arterial se recoge en la tabla a continuación.(8)

| Estadio | mmHg | |
|-------------|-----------------|---------------------------------|
| Óptima | < 120/80 | Valorar anualmente en > 75 años |
| Normal | 120-130/80-85 | Valorar anualmente en > 75 años |
| Normal alta | 130-139/85-89 | Valorar anualmente |
| Grado I | 140-159/90-99 | Confirmar en 2 meses |
| Grado II | 160-179/100-109 | Confirmar antes de 1 mes |
| Grado III | > 180/> 110 | Confirmar antes de 1 semana |

La posibilidad de poder modificar dicho factor de riesgo, junto con otros (hiperlipemia, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, estrés, etc.), disminuyendo así la morbi-mortalidad de la enfermedad cardiovascular, convierte a la hipertensión arterial en un problema de gran interés sanitario y socioeconómico.

Un tratamiento es sólo una parte del complejo y multidimensional proceso salud - enfermedad – atención, presente en todas las sociedades. Abarca muy diversas instancias que van desde la promoción de la salud al cuidado paliativo de los pacientes terminales, desde la atención de un individuo hasta el cuidado de las sociedades y del medio ambiente. Está protagonizado por múltiples actores, quienes en el rol de sanos o enfermos, hacen sus aportes, y su interacción y le imprimen características únicas a dicho proceso en un determinado lugar y tiempo.

La salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud en su constitución como “el estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (9)

Esta descripción de un estado ideal del ser humano, es en la práctica inalcanzable para la mayoría de las personas. La evolución de estos conceptos en el

tiempo han llevado a considerar actualmente a la salud *“no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y de responder de forma positiva a los retos del ambiente. Desde esta perspectiva, la salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.”* (10)

Tratamiento, en referencia a salud, es el “conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad” (4º acepción) (11). Actualmente se incluyen también en este concepto a algunas de las medidas utilizadas en la prevención de enfermedades.

Los medios empleados pueden ser farmacológicos o no. Tratamiento farmacológico es aquel realizado a través de la administración de medicamentos. El concepto de medicamento está en revisión actualmente. La Farmacopea Argentina, Séptima Edición, Primer Volumen, elaborada por la Comisión Permanente de la Farmacopea Argentina dependiente de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) plantea en sus consideraciones generales que medicamento es “toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra” (12).

En la nueva Legislación Farmacéutica de la Unión Europea (Directiva 2004/27/CE) se considera medicamento a “toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos”, o “toda sustancia o combinación de sustancias que pueda usarse en, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico” (13).

Otros medios de tratamiento que no involucran la administración de medicamentos se entienden como tratamientos no farmacológicos.

La indicación de tratamiento surge habitualmente de un profesional del equipo de salud, y es realizado por un individuo situado momentáneamente en el rol de paciente – enfermo. El profesional lo indica con el convencimiento sobre que es lo más adecuado según el caso clínico, los conocimientos de ese momento y las características

del paciente y su medio. Es decir, se parte del supuesto que el tratamiento indicado para ese caso es lo más adecuado para que ese paciente recupere la salud. Sin embargo, el profesional puede tener errores, o bien desconocer que puede o quiere cumplir ese paciente en particular, dependiendo de los distintos roles que pueden adoptar el médico y el paciente dentro de su relación.

Haynes en 1976, definió el cumplimiento terapéutico como el grado en que la conducta de una persona (en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida) coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (14).

Para Mion Junior (1994) la adherencia al tratamiento es la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas (15).

Según la OMS, “mejorando la observancia del tratamiento podrían obtenerse mejores resultados sanitarios que con la introducción de nuevas tecnologías. El mejoramiento del cumplimiento es una inversión rentable que evitará costos excesivos a unos sistemas de salud que ya están al límite, y mejorará la vida de las personas con enfermedades crónicas.” (OMS. 2003)

Como también nos hace notar el Dr. Eduardo Sabaté, funcionario médico de la OMS, “Una mayor observancia de los tratamientos no representa una amenaza para los presupuestos de la asistencia sanitaria. Por el contrario, el cumplimiento de los tratamientos prescritos producirá una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de la necesidad de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos”(16).

La adherencia terapéutica se puede relacionar con cualquier indicación médica, sea farmacológica o no, como las que hacen referencia a nutrición, cigarrillo, alcohol, ejercicio, estrés etc.

La adherencia “ideal” de las indicaciones médicas, es decir, que el paciente lleve a la práctica todas las sugerencias brindadas por su médico y consensuadas con él, no es fácil de lograr debido al complejo entramado de determinantes y condicionantes que la modifican. Algunos investigadores han estudiado en forma aislada aspectos relacionados con características de la enfermedad, del tratamiento, del paciente, del

médico, de la relación médico paciente y del contexto en un intento de simplificar la complejidad del objeto de estudio, pero exponiéndose con ello a la posibilidad de resultados contradictorios y limitados en su poder explicativo.

Entre las *características de los pacientes* consideradas, la edad de los individuos se ha relacionado con la adherencia, siendo menor en las edades extremas, niños y Adultos Mayores. Entre estos últimos, se suman otras características más frecuentes en ese rango etáreo como trastornos mentales, de la memoria, de coordinación, motores y visuales, que dificultan entender las indicaciones médicas, recordarlas, abrir los envases, identificar los comprimidos, tragarlos, etc.

La relación entre las *características de la enfermedad* y la adherencia terapéutica es compleja. Hay acuerdo en que la adherencia es mayor cuanto más aguda y sintomática sea la enfermedad y especialmente cuanto mayor sea la percepción de gravedad que tenga el paciente (17). También mejora la adherencia si existen síntomas dolorosos o que producen incapacidad (18), de allí la gran dificultad para lograr una buena adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas y silentes como la hipertensión arterial.

La polipatología, que se acompaña generalmente por polimedicación, ha sido asociada a una mayor dificultad para lograr la adherencia terapéutica.

El tiempo de duración del tratamiento se ha relacionado con el grado de adherencia en forma inversa. Se observó que en las enfermedades crónicas la adherencia terapéutica fue menor que en las agudas.

Los efectos secundarios del tratamiento farmacológico no parecen ser un factor esencial, pero podrían modificar la adherencia. Los resultados de diferentes investigaciones son contradictorios (15).

La complejidad del tratamiento tiene gran relevancia. González y col. ha observado que era mayor la adherencia con número de tomas menor de tres. Cuando la cantidad de tomas fue mayor o igual a cuatro, los porcentajes de no-adherencia llegaron al 80% (19). El número de tratamientos prescritos también fue relacionado con la adherencia. Cuánto más numerosos, menor fue la adherencia al tratamiento (15).

Por último, el costo también se asoció a la adherencia y no sólo por el costo directo del fármaco sino también por los costos indirectos, como perder días de trabajo para acudir a los controles (15).

La *relación médico paciente* como condicionante de la adherencia terapéutica. Fue definida por Ruiz Moral como el modo en que interaccionan el profesional y el paciente (y/o su familia), el trato que se dispensan ambos (20).

González Menéndez resalta su importancia dentro de los sistemas de salud diciendo que es la “relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud”

Los actores involucrados en esta relación son el médico y el paciente, quien en forma ideal estaría acompañado por su familia. Los modelos de relación médico paciente actuales incluyen factores psicológicos y sociofamiliares (21).

Características tales como personalidad, experiencias de vida, objetivos y educación de cada uno de los actores, relacionados con el medio histórico-socio-cultural que los rodea e influenciados por elementos tales como las características de la enfermedad en sí, por ejemplo su cronicidad, su sintomatología y su gravedad, las formas de comunicación utilizadas, las distorsiones de dicha comunicación, etc. van conformando esta relación.

El posicionamiento del médico ante su paciente define en parte el tipo de relación que se plantea. Ya en el Siglo IV A.C., Platón planteaba dos posturas diferentes de los médicos ante su paciente. Él reconocía a los médicos de esclavos (quienes sólo daban órdenes, no escuchaban, no dejaban hablar y decidían por el paciente) diferenciándolo de los médicos de hombres libres (quienes respetaban al paciente, hablaban y hacían hablar, acompañaban, ayudaban, apoyaban, permitiendo la autonomía del paciente), cuyo perfil se asimila más a la nueva ética en salud y en la relación médico-paciente (22)

El acto médico se basa en la relación de confianza y respeto que existe entre el paciente y el médico, confianza del primero basada en la convicción que el médico tiene los conocimientos necesarios para resolver sus problemas, y respeto del éste último hacia el paciente basado en los principios éticos de beneficencia y de no-maleficencia (23)

En nuestro país, el Código de Ética Médica formulado la Asociación Médica Argentina en el 2001 reconoce al paciente como un agente moral, autónomo, libre y responsable (Cap. 1, Art. 9). En el Capítulo 6 Art. 100 se hace referencia al derecho de autonomía del paciente: “Constituye grave falta ética la aplicación de procedimientos que requieren de la decisión personal del enfermo, sin que ésta haya sido recabada, tanto sean diagnósticas o terapéuticas y especialmente en instancias relacionadas con el comienzo y finalización de la vida.” (23)

A través de la incorporación del principio de autonomía y del consentimiento libre se gesta el cambio que lleva de la relación paternalista hacia una relación de respeto, donde ambos, profesional y paciente, se reconocen como actores y se respetan como tales.

Magalhaes Moreira y Leite de Araujo realizaron en Brasil un estudio acerca de las relaciones entre pacientes con baja adherencia al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud, en 1998 y 1999. Surgen del estudio seis categorías temáticas destacadas: 1) el profesional de salud no dialoga, 2) el profesional de salud es autoritario, 3) el profesional de salud demora en la atención, 4) el profesional de salud aporta acciones educativas desvinculadas con la realidad del paciente (dieta), 5) se necesita el desarrollo de un vínculo afectivo entre el profesional y el paciente, y 6) la manutención de dicho vínculo. Las autoras concluyen diciendo que “los datos encontrados refuerzan la necesidad de la participación activa de los pacientes con hipertensión en el tratamiento y el desarrollo de un abordaje holístico del paciente desarrollado por todos los profesionales de salud” (24)

Para establecer una comunicación y una relación efectiva entre el médico y el paciente es conveniente una continuidad en el tiempo, una historia de esa relación que les permita conocerse y establecer una confianza mutua. Se ha visto que relacionarse con un médico definido reduce el número de consultas médicas, de urgencias, de internaciones y la utilización en general de los servicios (25) y, según Avedis Donabedian, mejora la calidad de la atención.

Dentro del concepto de calidad, una de las dimensiones es la *satisfacción*, interpretada como la medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. (26)

Según teorías basadas en psicología del comportamiento, la satisfacción es el grado de discrepancia o conformidad entre las expectativas previas y la realidad percibida por el paciente. Pueden ser expectativas “ideales” (basadas en teorías), “previas” (relacionadas con experiencias previas de esa persona), “normativas” (sustentadas en lo que debiera ser) o “inexistentes” (cuando no existe un criterio formado)) (27). De manera sencilla se puede decir que la diferencia que existe entre lo esperado y lo recibido es lo que da el nivel de satisfacción.

De todas maneras, satisfacción es un concepto complejo, en el cual se involucran formas de vida, experiencias previas, expectativas y valores del individuo y de la sociedad. Caminal reconoce que el concepto satisfacción tiene indeterminaciones provenientes por un lado de su naturaleza subjetiva, y por otro lado de su naturaleza contextual (28). Es decir que en cada individuo la satisfacción se define según sus determinantes socioculturales y experiencias previas relacionadas con ella.

Todos los condicionantes de la adherencia ocurren dentro en un *contexto* social, económico, cultural, étnico, religioso, que la determina.

Ginarte Arias plantea que la adherencia terapéutica, como conducta de salud, estaría relacionada con la motivación para la salud, y, según Fishbein y Ajzen también con las creencias, que actuarían como moduladores.

Los factores culturales, étnicos y religiosos determinan el comportamiento del entorno cercano al paciente e influyen directa o indirectamente sobre sus comportamientos, actitudes y creencias en salud. Por ejemplo si entre las tradiciones de una tribu está creer en los tratamientos del médico brujo, es de esperar un bajo cumplimiento de la medicación moderna.

El soporte social es importante. Stanton encontró que un buen soporte social favorece la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Brannon y Feist registraron una relación entre soledad y falta de adherencia al tratamiento. Sherwood puntualiza que el mayor cumplimiento se da en familias que emocionalmente no son sobreprotectoras ni distantes (15).

Por último, el contexto económico también ha sido relacionado por algunos autores con la adherencia terapéutica.

Bibliografía:

1. Tunstall Pedoe H; Kuulasmaa K; Amouyel P; Arveiler D and Coll. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization. MONICA Project. Registration procedures , event rates and case fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. *Circulation* 90 (1) 583-612,1994.
2. Daza J.; Hernández H.; Bello Espinosa A.; Coronado Daza J.; Arteta D. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, Hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/hipertesion.pdf>
3. Ferrante D.; Linetzky B.; Konfino J.; King A.; Virgolini M.; Laspiur S. Revista Argentina de salud pública. Encuesta Nacional de factores de riesgo. 2009. Vol. 2 N° 6. p. 34-38
Disponible en:
<http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf>
4. OMS Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena. Austria 1982.
5. Gerontología Social. Idola Gaminde Inda. Servicio de Docencia Investigación y Desarrollo. Departamento de Salud. Universidad de Navarra. Centro de Salud de Azpilagaña. Pamplona. España. Mayo 2000.
6. Taffet GE, Lakatta EG. Aging of the cardiovascular system. In: Hazzard W, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 403-421.
7. Mario Bendersky. “Hipertensión Arterial en Poblaciones Especiales: Hipertensión en el Anciano” IV Jornadas de Epidemiología y Prevención en los Adultos Mayores. 25 y 26 de Noviembre de 2004. Area de Epidemiología y Prevención. UGL IX. Rosario. Argentina.
8. Guidelines Committee of the 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 21:1011-1053, 2003
9. OMS. “Constitución de la OMS” 1946. Consulta realizada el 10/02/2013.
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
10. OPS / OMS “Promoción de la Salud: una antología”. Publicación Científica N° 557 - 1996.
11. Diccionario de la Real Lengua Española, 22ª Edición. 2001
12. Poder Ejecutivo Nacional "Farmacopea Argentina" 1er. Volumen, Séptima Edición. Decreto Nro. 202/2003 Boletín Oficial de la República Argentina. N° 30172. Suplemento.
13. Organización Médica Colegial de España. "Nueva Legislación Farmacéutica en la Unión Europea" Boletín Europa al Día. 2004:127 Consulta realizada el 10/02/2013.

Disponible en: https://www.cgcom.es/europa_al_dia/2004/127

14. Basterra Gabarró M. "El cumplimiento terapéutico". *Pharmaceutical Care España* 1999, 1: 97-106
15. Magalhaes Moreira, T.M. Leite de Araujo, T. "Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud". *Revista Enfermería Integral*. 2001, 57:04
16. OMS - "El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura - Los pacientes no reciben el apoyo necesario". Comunicado de prensa OMS/54- 1 de julio de 2003
17. Becker y Maiman, 1980. Citado por Sarró Maluquer S., Pomarol Clotet E. "Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico". Consulta realizada 01/04/2013.
Disponible en:
http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a12n4.htm.
18. Sarró Maluquer S., Pomarol Clotet E. "Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico". Consulta realizada 01/04/2013.
Disponible en:
http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a12n4.htm.
19. Citado por Basterra Gabarró M. Ídem 15.
20. Ruiz Moral R.; Rodríguez J.J.; Epstein. R. ¿"Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico – paciente". *Atención Primaria* 2003; 32:594-602
21. Gonzalez Menendez R. "La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional" *Educ Med Sup* 17(4). Consulta realizada el 4/04/2013
22. Burbinski, B.; Naser, M. "Reflexiones acerca de la relación médico-paciente" *Archivos Argentinos Pediátricos* 1999;97(1):43
23. Asociación Médica Argentina "Código de Ética Médica – 2001"
24. OMS - "El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura - Los pacientes no reciben el apoyo necesario". Comunicado de prensa OMS/54- 1 de julio de 2003
25. Mendoza Sassi R., Béria J. "Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados". *Cuad. Saúde Pública, Río de Janeiro*. 2001; 17(4):819-832
26. Mira JJ, Aranaz J. "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria". *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (supl 3):26-33

27. Gutiérrez Fernández, R. Evaluación de la calidad, satisfacción del paciente y gasto sanitario. Curso de verano de la UCLM. Toledo. Intervención en la mesa redonda: “La satisfacción del paciente como medida de la evaluación De la calidad percibida”
28. Caminal J. “La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16:276-279

ANEXO 4: Gráficos y tablas

Grafico I: Entrevistados según edad

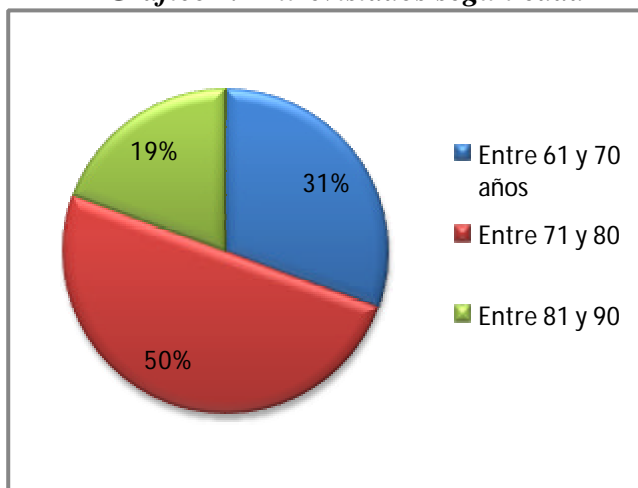


Grafico II: Entrevistados según sexo

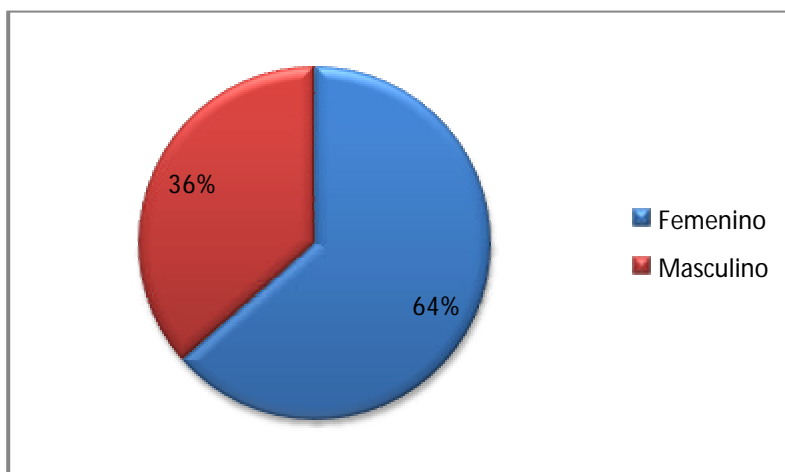


Grafico III: Nivel de Instrucción

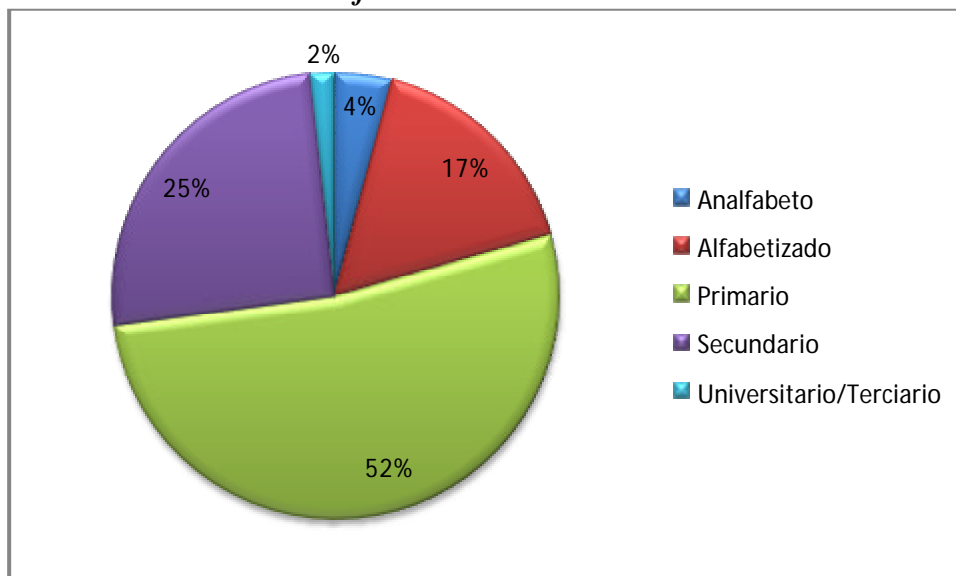


Grafico IV: Independencia económica

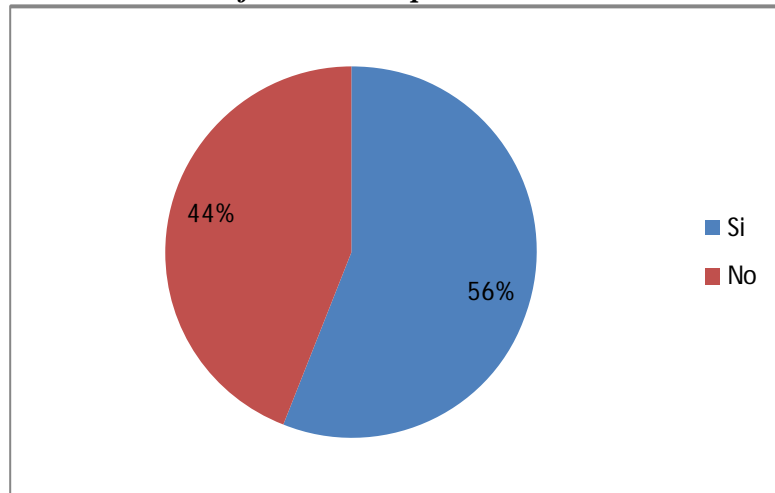


Tabla I: Asociación entre el sexo y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

| | Tratamiento Farmacológico | Tratamiento No Farmacológico |
|-----------|---------------------------|------------------------------|
| Femenino | 77 | 57 |
| Masculino | 42 | 33 |

➤ RO=1.06 IC 95% : (0.60 ; 1.87)

Tabla II: Asociación entre sexo y la no adherencia la tratamiento farmacológico y no farmacológico

| | Tratamiento Farmacológico | Tratamiento No Farmacológico |
|-----------|---------------------------|------------------------------|
| Femenino | 6 | 27 |
| Masculino | 2 | 9 |

➤ RO=1.00 IC 95% : (0.16 ; 6.44)

Grafico V: Adherencia al tratamiento farmacológico en relación a la edad

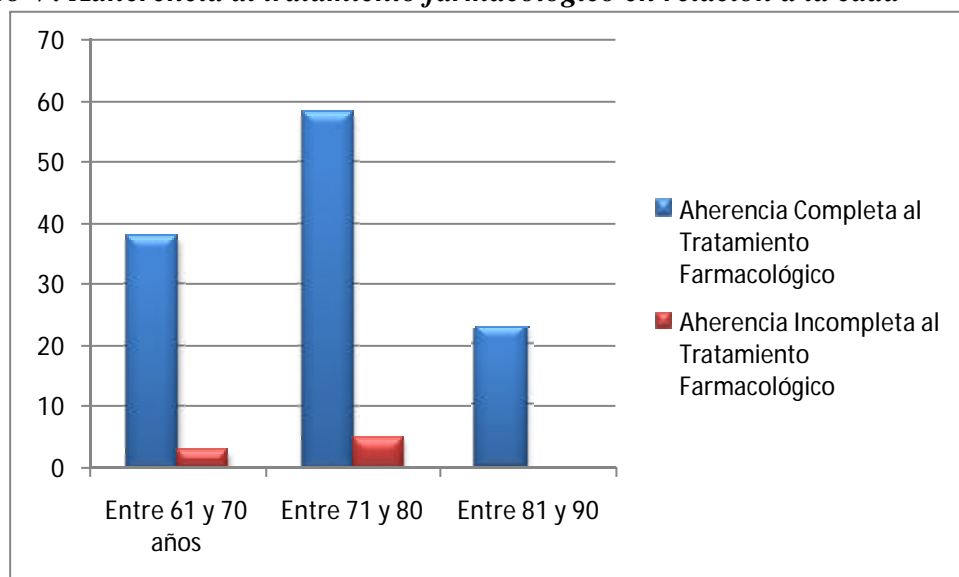


Grafico VI: Adherencia al tratamiento no farmacológico en relación a la edad

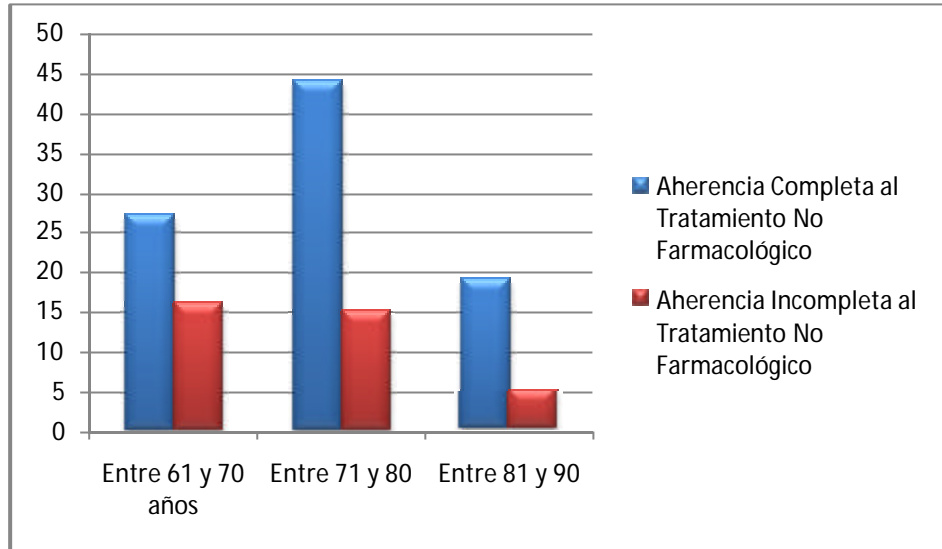


Grafico VII: Actividad laboral en relación a la adherencia de ambos tratamientos

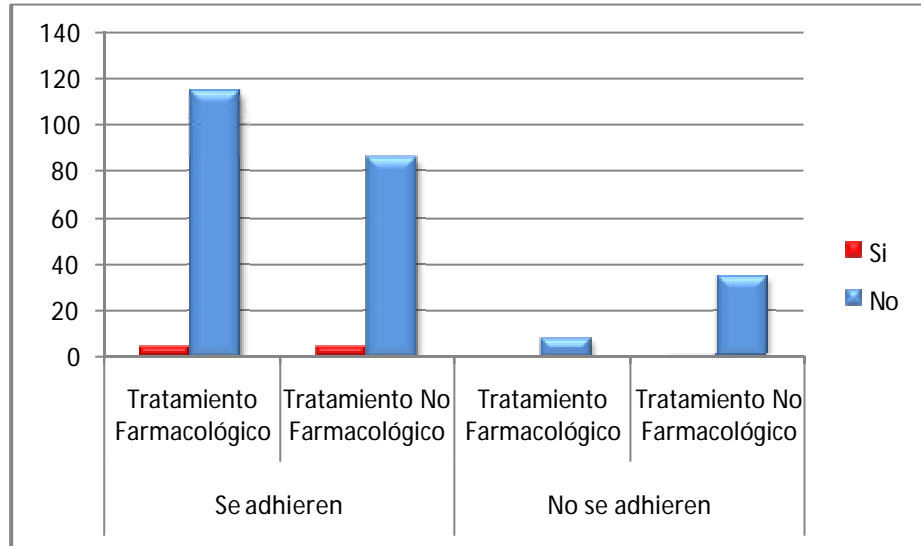


Grafico VIII: Independencia económica en relación a adherencia de tratamiento farmacológico y no farmacológico

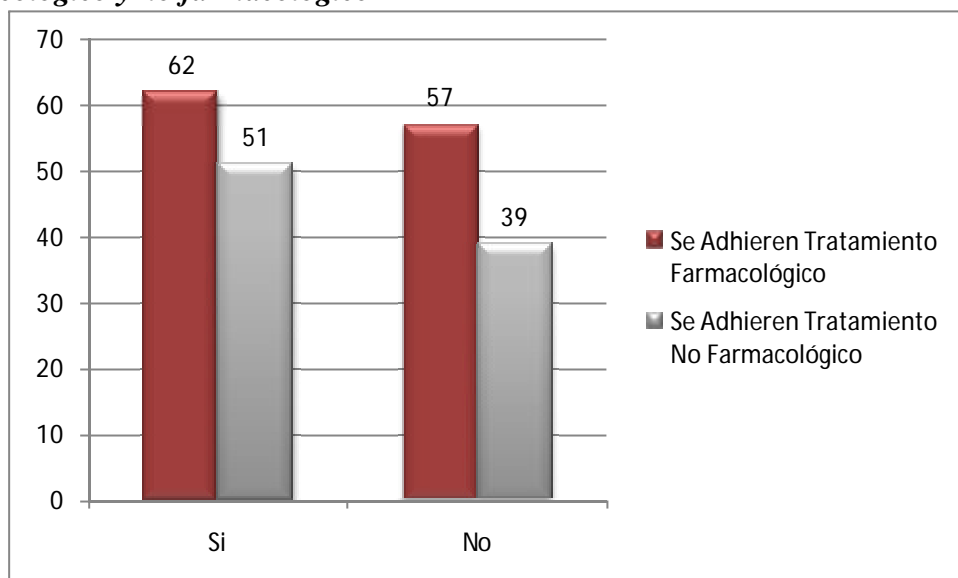


Grafico IX: Independencia económica en relación a la no adherencia de tratamiento farmacológico y no farmacológico

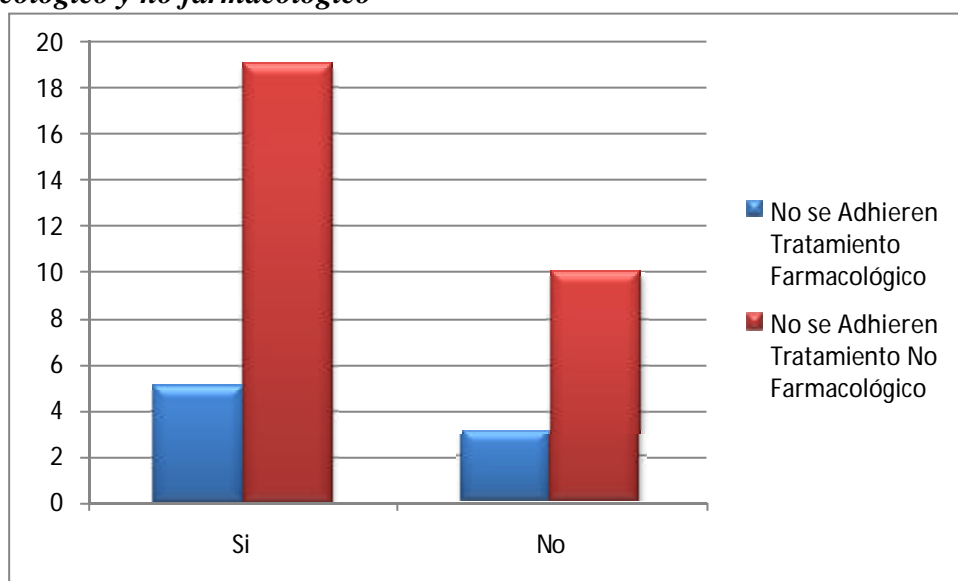


Tabla III: adherencia completa o incompleta al tratamiento en general

| | Adherencia al tratamiento | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Completo | | Incompleto | |
| | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa |
| Ambos | 77 | 75% | 34 | 85% |
| Farmacológico | 14 | 15% | 1 | 2% |
| No Farmacológico | 9 | 10% | 4 | 13% |

➤ $RO_{\text{Ambos versus Farmacológico}}=0.15$

IC 95% : (0.02 ; 1.18)

Tabla IV: Relación tiempo de espera con adherencia al tratamiento farmacológico

| | Se adhieren al Tratamiento Farmacológico n=119 | No se adhieren al Tratamiento Farmacológico n=8 |
|---------------|---|--|
| Satisfecho | 60 | 3 |
| No Satisfecho | 59 | 5 |

➤ RO = 1.69 IC 95% : (0.39 ; 7.39)

Tabla V: Relación tiempo de espera con adherencia al tratamiento no farmacológico

| | Se adhieren al Tratamiento no Farmacológico n=90 | No se adhieren al Tratamiento no Farmacológico n=35 |
|---------------|---|--|
| Satisfecho | 44 | 17 |
| No Satisfecho | 46 | 18 |

➤ RO = 0.96 IC 95% : (0.45 ; 2.06)

Tabla VI: Comunicación médico-paciente en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico

| | Se adhieren al Tratamiento Farmacológico n=119 | No se adhieren al Tratamiento Farmacológico n=8 |
|---------------|---|--|
| Satisfecho | 110.5 | 8.5 |
| No satisfecho | 9.5 | 0.5 |

➤ RO = 0.68 IC 95% : (0.04 ; 12.68)

Tabla VII: Comunicación médico-paciente en relación a la adherencia al tratamiento no farmacológico

| | Se adhieren al Tratamiento no Farmacológico n=90 | No se adhieren al Tratamiento no Farmacológico n=35 |
|---------------|---|--|
| Satisfecho | 84 | 33 |
| No Satisfecho | 6 | 2 |

➤ RO = 0.82 IC 95% : (0.16 ; 4.29)

Tabla VIII: Capacidad técnica en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico

| | Se adhieren al Tratamiento Farmacológico | No se adhieren al Tratamiento Farmacológico |
|---------------|--|---|
| Satisfecho | 114.5 | 8.5 |
| No satisfecho | 5.5 | 0.5 |

➤ RO=1.22 IC 95% : (0.06 ; 24.03)

Tabla IX: Capacidad técnica en relación a la adherencia al tratamiento no farmacológico

| | Se adhieren al Tratamiento no Farmacológico n=90 | No se adhieren al Tratamiento no Farmacológico n=35 |
|---------------|--|---|
| Satisfecho | 85.5 | 33.5 |
| No Satisfecho | 5.5 | 0.5 |

➤ RO=0.21 IC 95% : (0.01 ; 3.94)