

Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en adultos en centros de Atención Primaria

Adherence to Antihypertensive Treatment and its Relationship to Quality of Life in Adults of Primary Care Centers

Rolando Aguilera Lagos¹, Eduardo Alberto Piloña Flores², Andrea Poleth Castellanos Ulloa³,
Eduardo Jose Lainez Lainez³, Valeria Margarita Sierra Roca³

Resumen

Introducción: En Centroamérica no se cuenta con datos epidemiológicos acerca de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida. Realizamos una investigación en Centros de Atención Primaria en cuatro comunidades de Honduras para ampliar esta información.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, identificando factores influyentes y establecer la relación entre adherencia y calidad de vida en pacientes en centros de atención primaria.

Materiales y métodos: Estudio transversal analítico. Utilizando un muestreo intencionado, siendo la muestra equivalente al universo, se tomaron 400 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. A cada paciente se le aplicó el cuestionario Morisky-Green para evaluar la adherencia, y el Mini cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL) para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud.

Resultados: De un total de 400 pacientes, 44,75% (n=179) eran adherentes, 58,75% (n=235) tenían hipertensión arterial controlada con una Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) dentro de un rango medio de 41,75% (n=167). Se presentó una asociación entre la variable adherencia y calidad de vida, donde la no adherencia aumenta 10 veces el riesgo de mala calidad de vida. RR de 10,7, IC 95% (5,5-20,8).

Conclusiones: Los factores que influyen de manera positiva en la adherencia al tratamiento son el estado civil y el control de la presión arterial. En relación a la adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida, se estableció que los pacientes no adherentes tienen mayor riesgo de baja calidad de vida que aquellos adherentes

Palabras clave:

Hipertensión, Adherencia al tratamiento, Atención Primaria de Salud, Calidad de Vida

Abstract

Introduction: In Central America there is no epidemiological data related to adherence to antihypertensive treatment or its relationship to quality of life. In order to expand this information, we conducted this research in Primary Care Centers in four communities of Honduras.

Objectives: Evaluate adherence to antihypertensive treatment, identifying influential factors and establish the relationship between adherence and quality of life in patients in primary care centers.

Materials and Methods: Cross-sectional analytical study. Using an intentional sampling, the sample being equivalent to the universe, a total of 400 patients were selected with a diagnosis of high blood pressure. The Morisky-Green questionnaire was applied to each patient to assess adherence, and the Mini Quality of Life in Arterial Hypertension (MINICHAL) questionnaire to assess health-related quality of life.

Results: Out of a total of 400 patients, 44,75% were adherent, 58,75% had controlled hypertension with a Quality of Life Related to Health (QLRH) within a mean range of 41,75%. An association between treatment adherence and quality of life was found. Non-adherence increases the risk of poor quality of life by 10 times with a CI 95% 10.7 (5.5-20.8).

Conclusions: Among the factors that positively influenced on adherence were: marital status and blood pressure control. Adherent patients showed a high level of quality of life while non-adherent patients presented an average quality of life.

Keywords:

Hypertension, Treatment Adherence, Primary Health Care, Quality of Life

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en Honduras es de 22.6% en hombres y 20.2% en mujeres¹. La HTA es el principal factor de riesgo corregible de las enfermedades cardiovasculares, siendo esta una enfermedad crónica, influye directamente en la calidad y expectativa de vida²

La detección temprana, el tratamiento adecuado, el control de la HTA, y prevención de daño a órganos blanco, son temas de prioridad en la salud pública³. La adherencia terapéutica para la hipertensión varía entre 50-70%, según el método de evaluación, grupos de estudio, duración del tratamiento, el tipo de tratamiento farmacológico, siendo

¹ Epidemiología y Salud Pública. Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras

² Médico Residente. Primer año de Radiología. Centro Médico Militar, Guatemala

³ Médico General. Universidad Católica de Honduras. Tegucigalpa Morazán, Honduras

Correspondencia a:

Andrea Poleth Castellanos Ulloa

E-Mail:

andreaastle@gmail.com

Telefono:

(504) 2224-0386 / (504) 9838-1442

Recibido:

4 de abril de 2019

Aceptado:

24 de noviembre de 2019

scientific.umsa.bo

Fuente de Financiamiento

Autofinanciado

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de este manuscrito.

este porcentaje menor en países en vías de desarrollo⁴. La falta de adherencia se ha identificado como una de las causas principales del control inadecuado de la HTA. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento e influye directamente en la calidad de vida de los pacientes⁵.

Entre los estudios de adherencia realizados en países latinoamericanos, muestran en Brasil un 38.8%, en Colombia un 31.4%, y en Argentina un 48.2%. En Honduras no se han realizado estudios de esta índole⁵, pero si cuenta con estudios de prevalencia de HTA en donde se evidencia que 24 de cada 100 personas mayores de 20 años es hipertensa⁶.

Basado en lo expuesto se realizó este estudio para analizar la calidad de vida según la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los adultos en centros de atención primaria de Enero a Octubre 2017. Desarrollado en Támara, Distrito Central, Francisco Morazán; Concepción, San Antonio, Copán; Peña Blanca, Santa Cruz de Yojoa, Cortés; Desvío al tránsito, Nacaome, Valle.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación realizada se trata de un estudio transversal analítico.

Muestra

Se incluyeron un total de 400 pacientes, utilizando un tipo de muestreo intencionado. La muestra es equivalente al total de pacientes que asisten a los centros de atención primaria descritos.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron el Mini cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial (MINICHAL) para evaluación de la calidad de vida en pacientes hipertensos (Tabla 1), con una consistencia interna alpha cronbach de 0.87 y 0.75, en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas, respectivamente^{7,8}. El Test de Morisky-Green (Tabla 2), para la evaluación de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, instrumento validado para su aplicación en unidades de atención primaria, el cual tiene una sensibilidad del 52% y una especificidad del 44.4%.

Tabla 1. Cuestionario MINICHAL
¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?
¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
¿Se le han hinchado los tobillos?
¿Ha notado que orina más a menudo?
¿Ha notado sequedad de boca?
¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?
0= No, en absoluto; 1 = Sí, algo, 2 = Sí bastante, 3 = Sí, mucho

Tabla 2. Test de Morisky-Green
¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?
Adherentes: NO a las cuatro preguntas
No adherentes: SI a una o más preguntas

Procedimiento

A cada paciente se le explicaron los objetivos del estudio y se les solicitó firmar el consentimiento informado, durante la consulta ambulatoria a los pacientes hipertensos se les aplicaron ambos instrumentos y se obtuvo la información sociodemográfica de interés al estudio. Asimismo se realizó la toma de la presión arterial durante 2 ocasiones, con un intervalo de 5 minutos, en ambos brazos, con el paciente sentado con previo reposo de por lo menos 5 minutos, utilizando un esfigmomanómetro Welch Allyn® DS44 con una exactitud certificada de +/- 3 mmHg9 y se registró el promedio de ambas mediciones.

Análisis Estadístico

Se realizó utilizando el programa Epi Info™ 7. La relación entre variables se realizó utilizando la función Crosstabulation (MxN, 2x2) del Epi Info™ 7, los análisis estadísticos de interdependencia se realizaron aplicando pruebas de Chi cuadrado y Chi cuadrado con la corrección MH.

Consideraciones éticas

Se categorizó como una investigación sin riesgo. Se garantizó el anonimato de los sujetos de estudio y la información que se recolectó fue utilizada únicamente para cumplir los objetivos establecidos en el presente documento.

RESULTADOS

Un 44.75% (n=179) resultó adherente al tratamiento antihipertensivo. Se detectó una presión arterial controlada en el 58.75% de los pacientes (n=235). Del total de los pacientes encuestados un 41.75% (n=167) presentó una Calidad de Vida Relacionada a Salud (CVRS) media. **Gráfico 1**

En cuanto al estado civil, esta variable mostró una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento, donde el 41.90% (n=75) de los pacientes adherentes al tratamiento estaban casados. (p<0.04).

Respecto a la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la presión arterial, se demostró una relación estadísticamente significativa

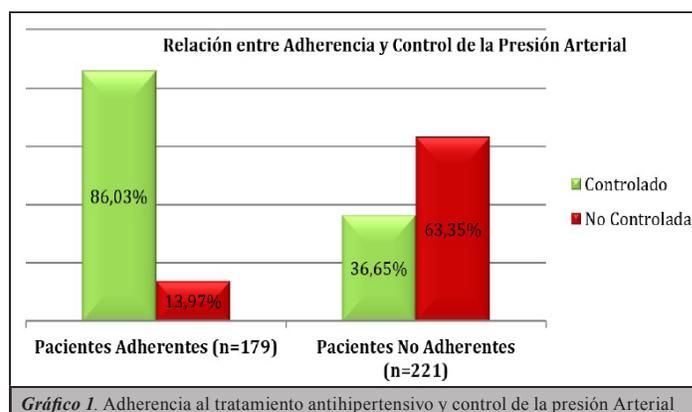
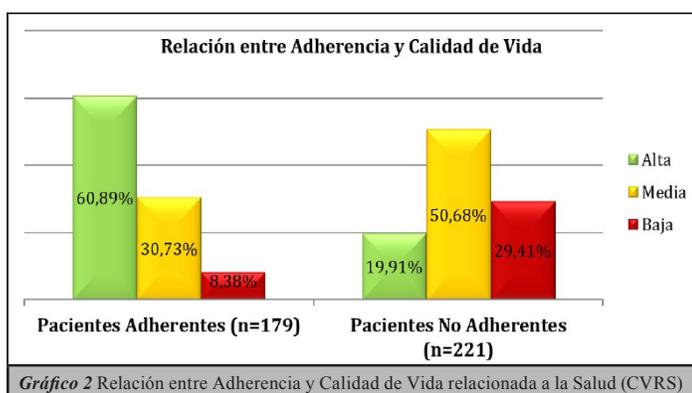


Gráfico 1. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y control de la presión Arterial

($p < 0.0000$), el 86% ($n=54$) de los pacientes adherentes tenían una presión arterial controlada. Se evidencia la Falta de Adherencia como factor de riesgo para el No control de la presión arterial. (Razón de probabilidades de 10.6, IC 95% de 6.4-17.6.) **Gráfico 1**

Del total de los pacientes adherentes al tratamiento, el 60.89% mostró una CVRS alta, en contraste, entre los no adherentes, solo un 28.76% ($n=44$) exhibieron una calidad de vida alta. ($p < 0.000$). Existe una asociación estadísticamente significativa entre la no adherencia y la mala calidad de vida, se detectó la no adherencia como factor de riesgo ($p < 0.001$). (La razón de probabilidades de 10.7, IC 95% de 5.5-20.8). **Gráfico 2**.



No se encontró asociación estadísticamente significativa con la adherencia y el resto de las variables en estudio. (**Tabla 3**).

Variabes	Chi Cuadrado	Probabilidad
Adherencia y CVRS	74.7334	0.0000
No Adherencia con Baja calidad de vida	57.8	0.001
Adherencia y Estado Civil	8.1642	0.0427
Adherencia y Control de HTA	99.5153	0.0000
Adherencia e Intervalo de Edad	6.0819	0.5302
Adherencia y Sexo	0.5637	0.4527
Adherencia y Escolaridad	9.314	0.1566
Adherencia y Nivel Socioeconómico	5.7309	0.0570
Adherencia e IMC	4.0257	0.5457
Adherencia e Intervalo de Años de Diagnóstico	0.5866	0.8995
Adherencia e Intervalo de Tiempo de Toma de Medicamentos	0.6563	0.8834
Adherencia y Cantidad de Medicamentos que Recibe	1.7812	0.6190
Adherencia y Comorbilidades	1.2144	0.2704
Adherencia y Uso de Medicamentos para Otras Enfermedades	0.0036	0.951870388

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento resultó en un 44.75%, valor similar a los estudios relacionados con la adherencia en la región de Sudamérica, en Colombia con 31.4%, Argentina 48.2%, Brasil 38.8%⁶

Entre los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de HTA,

se reportó mayor adherencia en pacientes casados, sin embargo, no existen datos concluyentes que demuestren que el estado civil influya en este aspecto; por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la adherencia si está influenciada por el estado socioeconómico deficiente, el analfabetismo, el bajo nivel educativo³.

Dichas variables fueron incluidas en este estudio, no obstante esta asociación no pudo ser verificada en el presente estudio.

Se detectó una presión arterial controlada en el 58.75% de los pacientes incluidos en este estudio, oscilando en rangos similares con estudios publicados en distintas ciudades en Colombia (45.2%-69.9%) y en Estados Unidos, un 66.3%¹¹. A pesar de que esta investigación se realizó en centros de atención primaria, sin un control por médicos especialistas, los pacientes mostraron un alto porcentaje de control de HTA.

Cabe mencionar que el 86% de los pacientes adherentes de la muestra estudiada se encontraron con una HTA controlada. Se ha descrito que la falta de adherencia al tratamiento resulta en que el 75% de los pacientes diagnosticados con HTA no logren un control óptimo³. El control inadecuado de esta enfermedad se ve asociado a un mayor riesgo de padecer eventos cerebrovasculares, síndromes coronarios, ceguera, demencia e insuficiencia renal¹⁵. Según los datos obtenidos en nuestro estudio la no adherencia al tratamiento aumenta 10 veces más el riesgo de una presión arterial no controlada según la razón de probabilidades.

El presente estudio identificó que los pacientes adherentes tenían una CVRS Alta, en contraste con los no adherentes, que mostraron una CVRS Baja, se advirtió la no adherencia como un factor de riesgo, aumentando 10 veces más el riesgo de mala CVRS según la razón de probabilidades.

No existen estudios previos en Honduras que determinen esta relación y a nivel latinoamericano se han publicado pocos estudios y han mostrado resultados contradictorios, debido a los diferentes métodos de evaluación utilizados¹¹.

En el paciente hipertenso, evaluar su CVRS contribuye a determinar el impacto que su enfermedad y tratamiento tienen sobre la percepción de su bienestar. Estudios realizados han expuesto que estos pacientes tienen menores puntajes de calidad de vida que la población en general¹². En nuestro estudio se reportó una CVRS media en el total de los pacientes.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran la no medición de otras variables, comorbilidades, factores relacionados con el tipo de medicación, que pueden tener efecto sobre la adherencia y la calidad de vida de los pacientes. En vista de que el presente estudio es analítico transversal, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras poblaciones diferentes a la incluida, además, se debe tomar en cuenta las diferencias entre los pacientes atendidos en centros de atención primaria y en centros de mayor complejidad.

CONCLUSIÓN

La adherencia al tratamiento es un pilar fundamental para el manejo de la HTA, y si el individuo en cuestión mejora la percepción de su estado de salud, este tendría un mejor cumplimiento del tratamiento médico y de los cambios necesarios en su estilo de vida.

Los factores que influyeron en la adherencia son el estado civil y el control de la presión arterial. En relación con la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida, se estableció la no adherencia como un factor de riesgo, los pacientes no adherentes tienen mayor riesgo de baja calidad de vida que aquellos adherentes.

Sin embargo, factores descritos, como la edad, el sexo, la escolaridad, nivel socioeconómico, años de diagnóstico, años de toma de medicamentos, cantidad de medicamentos que toma para control de su HTA, comorbilidades, toma de otros medicamentos, este estudio no observó una relación estadísticamente significativa con la adherencia.

RECOMENDACIONES

Brindar asesoramiento a los pacientes de la importancia de adherirse al tratamiento. Identificar y modificar factores que influyen en la adherencia al tratamiento, ejecutando intervenciones que optimicen la calidad de vida de los pacientes.

Ampliar los datos epidemiológicos respecto a la adherencia al tratamiento tanto a nivel nacional como latinoamericano, utilizando como base los métodos descritos, fácilmente reproducibles en centros de atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ World Health Organization. Raised blood pressure (SBP \geq 140 OR DBP \geq 90), age-standardized (%) Estimates by Country [Document].; 2017. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2464ESTSTANDARD?lang=en>

² Patel, Ordunez , DiPette , Escobar , Hassell , Wyss , et al. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality. Pan American Journal of Public Health. 2016; (18(12):1284-1294. DOI: 10.1111/jch.12861).

³ Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Washington, D.C.: OMS; 2004. Report No.: 9241545992.

⁴ Waeber, Burnier, Brunner. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? Journal of Cardiovascular Pharmacology. 2000;(35 (Suppl3):S23-S26)

⁵ Guarín-Loaiza G, Pinilla-Roa A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá. Revista de la Facultad de Medicina. 2016;(64(4), 651-657.)

⁶ Organización Panamericana de la Salud. [Document].; 2013. Available from: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=838:dia-mundial-hipertension-conoce-tus-numeros&Itemid=260.

⁷ Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FdOdS, Souza RAd-Pe. Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR - Brasil Artículo Original. 2010;(94(3): 343-349).

⁸ Badia , Roca-Cusachs , Dalfó , Gascón , Abellán , Lahoz , et al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). Elsevier. 2002 Diciembre;(2137-54).

⁹ WelchAllyn. Welchallyn.com. [Online]. [cited 2017 Octubre 14. Available from: https://www.welchallyn.com/content/welchallyn/latam/es/products/categories/blood-pressure-measurement/sphygmomanometers/durashock-bronze-series-sphygmomanometers/bronze_series_ds44_integrated_aneroids.html.

¹⁰ Group. TW. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. OMS. 1995;(41 (10): 1403-9).

¹¹ Saleem F HMSAAGAM. Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study.. BMC Public Health. 2012; 12(p 318).

¹² Wiklund I, Spilker B. Hypertension. En Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.. Lippincott-Raven. 1996;(893-902).

¹³ Casas MC, Chavarro LM, Rivas DC. Adhesión al Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Dos Municipios de Colombia. Hacia la Promoción de la Salud. 2013 Enero-Junio; 18(ISSN 0121-7557).

¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention CDC. cdc.gov. [Online].; 2017 [cited 2017 Septiembre 9. Available from: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles; 2014. (WHO/NMH/NVI/15.1).