

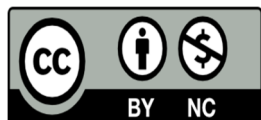
Fernández Ledesma, María Noelia del Valle

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico con antihipertensivo en adultos mayores

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Fernández Ledesma, M.N.V.(2020) *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico con antihipertensivo en adultos mayores* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



**UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO FINAL DE LA CARRERA
INFORME DE INVESTIGACIÓN**

***FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO CON ANTIHIPERTENSIVOS EN ADULTOS MAYORES.***

Alumna: María Noelia del Valle Fernández Ledesma

Directora del Trabajo Final: Lic. Sandra Quiroga.

FLORENCIO VARELA, 2020

Agradecimientos

A la Profesora Licenciada Sandra Quiroga, ya que gracias a su aporte se hizo posible este trabajo.

A la Profesora Norma Domancich por su tiempo, dedicación y paciencia que con tanta generosidad brindó para concretar esta investigación.

Y por último, y muy especialmente, a mi mamá Ema Ledesma por su empuje incansable.

Índice

Introducción.....	4
Planteo del Problema de Investigación.....	5
Formulación de la Pregunta-Problema.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivo Específico.....	7
Marco Teórico.....	8
Características de los Adultos Mayores.....	8
1-Patologías en el Adulto Mayor.....	9
2-Medicación en el Adulto Mayor.....	10
3-La Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor.....	10
Hipertensión Arterial.....	11
1-Fisiopatología de la Hipertensión Arterial.....	11
2-Diagnóstico y clasificación.....	12
3-Objetivo del diagnóstico del paciente hipertenso.....	13
4-Objetivo del tratamiento del paciente hipertenso.....	19
5-Tratamiento Farmacológico.....	22
6-Adherencia a la farmacología anti hipertensiva.....	25
Concepto de Adherencia Terapéutica y su implicancia.....	26
1-Definición de Adherencia.....	28
2-Métodos para evaluar Adherencia.....	29
3-Descripción y fundamentación del método para evaluar adherencia.....	30
4-Adherencia en el Adulto Mayor.....	31
Factores Determinantes en la Adherencia al Tratamiento.....	32
1-Factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria.....	33
2-Factores relacionados con el paciente.....	34
3-Factores socio-económicos.....	35
4-Factores relacionados con el tratamiento.....	35
5-Factores relacionados con la enfermedad.....	36
6-Descripción del método utilizado para evaluar factores de influencia.....	36
Rol de Enfermería en el cuidado del Adulto Mayor hipertenso.....	37
Estrategia Metodológica.....	42
Resultados.....	45
Discusión-Interpretación.....	61
Conclusiones.....	66
Bibliografía.....	68
Anexos.....	71

Introducción.

El presente trabajo de investigación se desarrolló con el propósito de conocer la influencia de los factores relacionados a la adherencia a tratamientos farmacológicos antihipertensivos en la población de adultos mayores que concurrieron al Centro de Jubilados Medalla Milagrosa de Florencio Varela entre los meses de agosto a octubre de 2019.

Para lograr los objetivos planteados se realizó un estudio de tipo descriptivo sobre una muestra de 50 adultos mayores con indicación médica de tratamiento farmacológico para Hipertensión Arterial, los mismos fueron seleccionados por muestreo por conveniencia, método elegido por la facilidad de acceso y la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra dentro del intervalo de tiempo dado y bajo las condiciones planteadas. Los datos fueron obtenidos utilizando como instrumento una encuesta compuesta por el test ampliamente utilizado y validado de Morisky-Green (Rodríguez Chamorro, García Jiménez, Amariles, Faus, 2008) para conocer la adherencia a la terapéutica farmacológica en diversas enfermedades y especialmente en Hipertensión Arterial, el mismo consta de 4 preguntas cuya respuesta debe ser 'No' para considerar que se es adherente a un tratamiento. Incluyo, además, preguntas cerradas y abiertas generadas en base a la búsqueda bibliográfica de factores o dimensiones influyentes en la adherencia terapéutica. Las preguntas abiertas y cerradas buscaron indagar sobre variables cuali-cuantitativas que luego fueron procesadas con el programa Excel, presentadas a través de tablas y gráficos y analizadas en su contenido según correspondiera, obteniéndose así información con respecto a los adultos mayores, su tratamiento y de qué manera se relaciona su adherencia con determinados factores.

Planteo del problema de investigación.

Dado que la población de Adultos Mayores a nivel mundial crece día a día se hace necesario para los equipos de salud conocer en profundidad la situación de salud por la que atraviesa este grupo etario. Este trabajo centro su mirada en el tratamiento antihipertensivo y la adherencia al mismo dado que la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor además de ser una patología en sí misma es un factor de riesgo para numerosas enfermedades y en especial para las cardiovasculares que representan en esta población una de las mayores causas de muerte. En el país, según un informe publicado en 2018 por la Sociedad Argentina de Cardiología, la prevalencia de la Hipertensión Arterial fue 77,4% en las personas de 65 y más años (Delucchi et al., 2017). Al estar comprobado que esta patología puede ser llevada adelante con el control de la presión arterial, la adopción de hábitos saludables y el seguimiento de indicaciones farmacológicas, es que se toma al seguimiento de la pauta farmacológica puntualmente como uno de los ejes de investigación para entrelazarlo como problemática de estudio junto con el conocimiento de las características y factores determinantes de la adherencia de los Adultos Mayores.

La amplia evidencia en el campo teórico y práctico ha demostrado que la temática de la adherencia, presente en tratamientos especialmente, de enfermedades crónicas como la Hipertensión, es un problema mundial de gran magnitud, según un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). Se considera que el deficiente seguimiento del tratamiento a largo plazo de enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia el 50%, mientras que en los países en desarrollo, como Argentina, las tasas son aún mayores. Un trabajo realizado por la Sociedad Argentina de Hipertensión sostiene que la falta de consecución del tratamiento antihipertensivo es causa del bajo control y de la mayor morbimortalidad cardiovascular (Ingaramo et al., 2011). En Argentina el único estudio realizado para valorar la adherencia terapéutica mostró que a los 6 meses de iniciado el tratamiento farmacológico el 52% de los pacientes ya no eran adherentes (Encuesta Nacional sobre Adherencia Terapéutica, 2005).

Las causas de la baja adherencia a los antihipertensivos en el adulto mayor son variadas y fundamentalmente se asocian: a la enfermedad ya que la hipertensión es una enfermedad crónica que en general cursa asintomática; a los tratamientos, por sus efectos adversos o por regímenes complejos; al sistema de salud o equipo de atención, por los costos, la accesibilidad y la actitud médica; y por último a las características del paciente. Pero en cuanto a la justificación del origen de la no adherencia sólo existe evidencia relacionada con el aumento de médicos prescriptores, la poli medicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo. También, el deterioro funcional (anciano frágil) condiciona habitualmente un incremento del número de fármacos administrados y por tanto complica el seguimiento adecuado. Existe escasa evidencia sobre factores socio demográficos, conocimiento de la pauta posológica o si el prescriptor es o no un especialista. Entre los motivos que alegan los mayores están: el olvido, los efectos adversos, apreciar falta de necesidad del tratamiento, no disponer de medicamentos, falta de información acerca de la administración apropiada, porque perciben que toman demasiados medicamentos, los creen inefectivos o por dificultad para tragar los comprimidos, entre otros.

Con respecto a la población de este estudio se contaron con datos del censo de 2010 que indicó que el número de adultos mayores de la localidad de Florencio Varela era de 38.446 personas (Instituto Argentino para el desarrollo sustentable, 2013). Desde ese momento, es de esperarse que la cantidad total se haya incrementado aunque no hay datos certeros de ello. Por otro lado, en el municipio y desde el nivel nacional, provincial y municipal se aplican distintos programas que buscan fomentar una mejora en la calidad de vida. Si bien en su mayoría cuentan con un haber jubilatorio, la obra social que poseen (PAMI) por intermedio de centros de jubilados, como la institución en la que se realizó este trabajo entrega un bolso de alimentos a aquellos que cumplen ciertos requisitos como una forma de ayuda y complemento a quienes perciben un ingreso mínimo, en su mayoría habitantes de los alrededores del centro. En la institución donde se realizó este trabajo pasan a retirar este bolso una vez al mes aproximadamente 180 adultos mayores. Considerando esta situación, entre otras, es que se estimó propicio indagar en una población que podría tener cierto grado de necesidades básicas insatisfechas, aunque haya pocos datos locales, algunos informes demuestran que el contexto socio-sanitario y económico expone a los adultos mayores a situaciones donde la prioridad de su salud pasa a un segundo plano y es posible esperar que la consecución de un tratamiento farmacológico, para una enfermedad que muchas veces cursa asintomática, no se mantenga como es debido. Además no se cuenta con información acerca de la contención social que poseen, aunque desde el municipio se apoya a los adultos mayores en distinto aspectos, no hay datos estadísticos de cuanto son los que reciben ese servicio y en qué condiciones lo hacen.

Tomando en cuenta los datos mencionados es que se considera relevante indagar en esta franja etaria que va de los 60 en adelante, la influencia que tienen los factores relacionados con la adherencia a tratamientos farmacológicos antihipertensivos, por un lado porque se tiene escasos datos a nivel local ya sea porque no se ha investigado, porque no se han difundido datos o porque la información no está actualizada, por otro lado la Hipertensión Arterial no controlada representa un factor de riesgo cardiovascular que impacta en la calidad de vida del paciente y en los sistemas sanitarios y por último es preciso contar con información clara de los propios adultos mayores para formular planes que mejoren la adherencia y por consiguiente la efectividad de los tratamientos para el control de la patología hipertensiva.

Así la información obtenida a través de este trabajo tiene la intención de hacer un aporte que permita plantear estrategias individuales o colectivas dentro de los equipos de salud y particularmente en el trabajo enfermero, para asumir un rol participativo en el cuidado de la salud de los Adultos Mayores con hipertensión, permitiendo afianzar el papel que posee enfermería y poniendo de manifiesto sus capacidades de educación, investigación y gestión de servicios. La adherencia a tratamientos anti hipertensivos implica el compromiso del paciente pero también el apoyo y empatía del equipo de salud, es por eso que a Enfermería el contar con datos validos le permitirá desempeñar su rol de manera eficaz al desarrollar planes de trabajo que valoren la condición del paciente gerontológico en tratamiento y que afiancen su papel de manera proactiva con el fin de lograr una mejora en la calidad de vida y la optimización de los recursos de salud.

Formulación de la pregunta-problema

¿Cómo influyen los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de los adultos mayores que concurren al Centro de Jubilados Medalla Milagrosa de Florencio Varela entre agosto y octubre de 2019?

Objetivo General

Conocer la influencia de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de los adultos mayores.

Objetivos Específicos

- Conocer el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Identificar características de los adultos mayores relacionadas con la toma de medicación antihipertensiva.
- Relacionar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con género, edad, tiempo de tratamiento, cantidad de medicación diaria y cobertura para afrontar el tratamiento.
- Relacionar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con el conocimiento de los efectos de la hipertensión no controlada y la realización de los controles médicos.
- Determinar de qué profesionales reciben información sobre el tratamiento antihipertensivo, la opinión sobre la información recibida y seguimiento de indicaciones terapéuticas no farmacológicas.

Marco Teórico.

Características de los Adultos Mayores.

La población de adultos mayores crece día a día y con ello la necesidad de conocer las características determinantes que afectan su calidad de vida, para desarrollar estructura sanitaria y personal de salud capacitado que ofrezcan una atención integral, comprendiendo todas las dimensiones que afectan el proceso de salud-enfermedad del adulto mayor. Así se hace necesario conocer de manera precisa la población de estudio tanto a nivel nacional como local.

A nivel mundial los datos son contundentes: mientras que en 2015 el número de personas de 60 años y más era de 900 millones, es decir, el 12,3% de la población en 2050 llegará a ser de 2.090 millones, por lo que representarán el 21,5% de la población mundial. El continente americano es una de las regiones con más rápida tasa de envejecimiento del planeta: mientras que 1 de cada 10 habitantes era adulto mayor en 2015, para el año 2030 lo será 1 de cada 6; y para 2050, 1 de cada 4. En Argentina, el 15,1% de su población total corresponde a adultos mayores, el país se encuentra entre los más envejecidos de Latinoamérica (Global Age Watch Index, 2015).

El Ministerio de Salud de la Nación (2007) consideró que la población viene demostrando signos de envejecimiento desde 1970. En Florencio Varela, según el Censo de 2010; 22.774 personas (5,34% del total) tiene entre 60 y 70 años, de las cuales 10.850 son varones y 11.924 son mujeres. Del total, 15.672 personas (3,67% del total) tienen más de 70 años, de las cuales 6.458 son varones y 9.214 son mujeres.

Las personas mayores vienen extendiendo su promedio de vida. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir, 21 años más que hace cinco décadas. La esperanza de vida es en promedio de 77,69 años. Los hombres tienen una media de 74,46 y las mujeres de 81,09 años de vida (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Ministerio de Salud de la Argentina, 2015). Esto viene dado por avances biotecnológicos y una mejora de las condiciones de vida. Pero a su vez trae aparejado un aumento del consumo de recursos sanitarios, consumo de fármacos y tratamientos de carácter crónico. Se observa que existe un porcentaje más elevado de población femenina sobre la masculina, resultado de su mayor sobrevivencia. De ahí que puede decirse que la vejez en Argentina es mayormente femenina.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define al adulto mayor como aquella persona que supera los 60 años de vida, considerando a partir de ahí cuatro categorías:

- 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.

Esta clasificación, dada a 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 superan los 65 años, mientras que en los países considerados en vías de desarrollo, este término se aplicó a los que superaban los 60 años.

Caracterizar a los adultos mayores es dificultoso debido a la gran variabilidad en su estado de salud y las condiciones socio-económicas que repercuten en la calidad de vida. Hace varios años se abandonó el concepto de salud como ausencia de enfermedad para considerarla como un proceso en donde se valora a la persona como un todo. Si se considera que los ancianos tienen el concepto anterior incorporado, el no sentirse o considerarse enfermos limitaría sus posibilidades de llevar vidas plenas a pesar de sus afecciones, ya que no toman acciones preventivas.

En sintonía con el planteo a nivel mundial, Argentina estableció políticas dirigidas a los adultos mayores creando leyes que protegen sus derechos y favorecen la implementación de programas y planes para el cuidado y desarrollo de su vida. Se garantizó la seguridad económica brindando la posibilidad de un ingreso mensual y con ello una obra social que ofrezca una cobertura en atención, rehabilitación y medicación. Además se fomentó la capacitación del equipo de salud especializado en la atención gerontológica. Aunque la estructura socio económica y del sistema de salud está disponible a veces no es suficiente para cubrir todas las necesidades en tiempo y forma, dificultando así que puedan recibir una atención de calidad. El acceso a los servicios de salud es esencial en las edades adultas, ya que es el momento en que aparecen enfermedades que necesariamente requieren de cuidados especiales, vigilancia permanente y medicamentos que son suministrados, en su mayoría, de manera cotidianamente (Jaimes, Hernández, Torregroza, Carbonell, 2017).

1-Patologías en el Adulto Mayor

En esta etapa del ciclo vital, se presenta un proceso gradual que se desarrolla y conlleva cambios a nivel biológico, fisiológico, cognitivo, emocional y social que no tiene que ver necesariamente con un proceso patológico y se puede dar de manera distinta en cada individuo ya que lo que se conoce habitualmente como envejecimiento no se da de forma lineal y sistemática en todos y depende de características biológicas y de hábitos o estilo de vida que sostuvieron a lo largo del tiempo. Aunque según informes el 73% de los adultos mayores conserva su capacidad, el paso de los años los hace más vulnerables a determinadas afecciones y complica patologías preexistentes.

Según la OMS los principales problemas de salud se encuentran asociados a patologías crónicas y no transmisibles. Las enfermedades más comunes entre individuos de edad avanzada suelen ser las de carácter neurodegenerativo (Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple), circulatorio (Hipertensión, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio), respiratorio (Asma, Hipertensión Pulmonar), osteoarticulares (Lumbalgia, Osteoporosis), genitourinario y problemas del sensorio (vista, audición, gusto). Aproximadamente el 90% de los adultos de más de 65 años de edad tiene por lo menos un problema de salud crónico. Las patologías crónicas son 4 veces más habituales entre los ancianos que en individuos de cualquier otra edad (Salech F, Jara R, Michea L, 2012). El efecto de estos problemas en la vida de los ancianos varía ampliamente, pero afectan el bienestar del individuo y amenazan su independencia. En general para contrarrestar estos problemas de salud los mayores deben seguir ciertas pautas terapéuticas que van desde algunos cambios en las rutinas de alimentación, actividad o hábitos hasta la medicación y tratamientos externos como por ejemplo fisioterapia.

2-Medicación en el Adulto Mayor

Las personas de más de 60 años son las mayores consumidoras de medicamentos. La mayoría de ellas toma al menos un fármaco diario y muchas utilizan varios. Los medicamentos utilizados con más frecuencia son fármacos cardiovasculares, antihipertensivos, analgésicos, anti arrítmicos, sedantes, tranquilizantes, laxantes y antiácidos. La polifarmacia (uso concurrente de varios medicamentos) aumenta el riesgo de reacciones adversas. Mientras la polifarmacia puede reflejar prescripciones inadecuadas, también puede ser necesaria en presencia de múltiples dolencias agudas o crónicas. Es importante revisar periódicamente la medicación utilizada a fin de reducir el número de fármacos al mínimo. Los ancianos presentan riesgo de reacciones adversas debido a cambios relacionados con la edad que se producen en la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los fármacos. Los medicamentos pueden interactuar entre sí, potenciando o atenuando el efecto de otro fármaco. Los medicamentos también pueden causar confusión, trastornos del equilibrio y de la movilidad, mareos, náuseas, vómitos y alteraciones en la frecuencia o incontinencia urinaria. Debido a esto algunos adultos mayores se oponen a tomar medicamentos o los toman de manera incorrecta porque fueron instruidos de manera inadecuada sobre su uso y manejo. El control de los medicamentos es un componente importante del mantenimiento y mejora de la salud. Se sugiere que el aumento de médicos prescriptores, la poli medicación, la complejidad de la pauta posológica, entre otros, son algunos de los determinantes para la no adherencia en el anciano.

3-La Hipertensión en el Adulto Mayor.

Como ya se mencionó, entre las enfermedades de mayor prevalencia están las del sistema circulatorio; a raíz de esto las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país y la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad coronaria, accidente cerebro-vascular, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. En la Argentina, las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa del 32% de las muertes, de las cuales el 50% podría atribuirse a la Hipertensión Arterial (HTA), cuya prevalencia se incrementa año a año debido al envejecimiento poblacional. Según datos del estudio RENATA (Registro Nacional de Hipertensión Arterial), llevado a cabo en los años 2008-2009, el 33,5% de la población general era hipertensa, con mayor frecuencia de hombres (41,7 vs. 25,7%). La prevalencia de la HTA aumentó con la edad en ambos sexos (del 11,1% en menores de 35 años al 68,5% en mayores de 65 años).

En la Encuesta Sobre Factores de Riesgo Cardiovascular, organizada por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, la prevalencia de HTA también aumentó con la edad, del 13% en menores de 24 años al 60% en mayores de 60 años. Estudios epidemiológicos previos realizados en nuestro país arrojaron resultados similares. En el estudio CARMELA (Cardiovascular Risk Factor Múltiple Evaluación in Latin America) desarrollado en 7 ciudades representativas de Latinoamérica, tanto la presión arterial sistólica como la diastólica aumentaron con la edad en todos los países.

En el estudio NHANES III (National Health and Nutrición Examination Survey 1999–2004) se observó que la prevalencia de HTA aumentó de 7,3%, en el grupo de 18-39 años, a 66,3%, en el grupo de 60 años o más, y en los datos del Registro de Salud de Inglaterra del año 2006, la prevalencia de HTA para los grupos etarios de 60-69, 70-79 y más de 80

años fue de 58%, 72% y 79%, con una prevalencia global del 30% en la población total. Del 69% de los pacientes que presentan un infarto agudo de miocardio, el 77% de los que presentan su primer episodio de accidente cerebrovascular y el 74% de los que padecen insuficiencia cardíaca tienen una presión arterial mayor a 140/90 mm Hg, por lo que podemos decir que la mortalidad cardiovascular, la cual constituye la primera causa de muerte en ancianos, depende en gran medida del control de la presión arterial.

Por lo tanto es creciente la necesidad de estudios que evalúen la hipertensión arterial para definir objetivos de presión arterial, fármaco ideal, conductas en el anciano frágil y caracterizar a aquel subgrupo de ancianos que por los efectos adversos derivados del tratamiento hipotensor no se beneficiaría de un adecuado control de HTA, de acuerdo a las definiciones generales, pero además la información derivada de estudios serviría para plantear estrategias de trabajo interdisciplinario para el equipo de salud con una mirada global acerca del adulto mayor.

Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad cardiovascular crónica de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida, su principal signo es el alza continua de la presión arterial (fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales) además puede cursar asintomática, dificultando su diagnóstico y tratamiento. La hipertensión arterial es la principal causa de muerte en el mundo. Es el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (ECV), para el desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular y diabetes mellitus.

Según un informe realizado por la Sociedad Argentina de Cardiología publicado en 2018 la prevalencia de HTA en la Argentina alcanza el 77,4% en los individuos de 65 y más años, sin embargo en un trabajo publicado un año antes esta cifra promediaba el 65%. Su prevalencia va en aumento y, sin embargo, el grado de conocimiento y control de la HTA en Argentina, como se observa en los estudios RENATA (Marín et al, 2012) permaneció estancado en los últimos 10 años.

1-Fisiopatología de la Hipertensión Arterial.

La Presión Arterial (PA) se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo cardiovascular (RCV). Como hecho fisiológico la presión arterial sistólica (PAS) se eleva en forma lineal a lo largo de los años por aumento en la rigidez de las paredes arteriales. La presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, incrementando la presión de pulso que constituye un predictor para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

El mecanismo por el cual la presión sistólica se incrementa está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta. En cada latido el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo genera una onda de pulso que viaja del corazón hacia la periferia la cual es a su vez reflejada hacia el corazón una vez que alcanza la periferia; cuando las arterias son distensibles la velocidad es más lenta y retorna al corazón durante la diástole, lo que produce incremento de la presión diastólica. Las alteraciones estructurales de las paredes vasculares por la pérdida de elastina y aumento de fibras de

colágeno rígidas, la calcificación y el desarreglo de las fibras producen rigidez de las paredes, generando un incremento de la velocidad de la onda de pulso, determinando que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole, incrementado la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica. Por esta razón el patrón de hipertensión arterial (HTA) predominante en el adulto mayor es la hipertensión sistólica aislada, como demostró la distribución de los tipos de HTA en el Estudio de Framingham (Mahmood S, Levy D, Vasan R, Wang T, 2014) esta forma de hipertensión ocurre en más del 80% de los mayores de 60 años y supera el 90% en los mayores de 80 años. Otros factores que afectan la presión arterial están en relación a la disfunción endotelial por reducción en la producción de óxido nítrico e incremento de vasoconstrictores. Como se observa en el seguimiento del estudio Framingham, el 90% de los pacientes que eran normotensos en el grupo etario de mayores de 50 años, se hicieron hipertensos a los 25 años de seguimiento.

2-Diagnostico y Clasificación.

El diagnóstico de hipertensión arterial en el adulto mayor sigue los mismos lineamientos que en el adulto joven. Visto el significativo incremento del riesgo asociado con Presión Arterial Sistólica (PAS) > 140 mmHg, Presión Arterial Diastólica (PAD) > 90 mmHg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico. No obstante, el riesgo es continuo, aunque menor, desde valores más bajos y el riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

De acuerdo al Consenso Argentino de Hipertensión Arterial (Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018) se clasifica la presión arterial (PA) en consultorio, en mayores de 16 años de la siguiente manera:

Categoría*	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
PA normal	< 130	y/o	< 85
PA limítrofe	130-139	y/o	85-89
Hipertensión			
HTA nivel 1	140-159	y/o	90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o	100-109
HTA nivel 3 ≥	180	y/o	≥ 110
HTAS aislada	≥ 140	y	< 90

*Sin tomar fármacos antihipertensivos y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, basados en el promedio de dos mediciones obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial.

Se considera que un adulto mayor es hipertenso cuando su valor de presión arterial es mayor o igual que 140/90. El paciente tiene una hipertensión sistólica exclusiva cuando la Presión Sistólica es igual o mayor a 140 con presión diastólica normal o algo descendida. La hipertensión sistólica aislada (HSA) en el adulto mayor fue considerada hasta hace más de 3 décadas por muchos autores como un mecanismo fisiológico gracias al cual el adulto mayor mantenía una presión de perfusión tisular adecuada. Desde la década de 1990 se sabe que esta variante de hipertensión arterial expone a todas las

complicaciones cardiovasculares y muerte al adulto en edad geriátrica. La hipertensión sistólica tiene máxima prevalencia en el adulto mayor. En los ancianos hipertensos, la Presión Arterial Sistólica (PAS) y la Presión De Pulso (PP) (diferencia entre la PAS y la Presión Arterial Diastólica (PAD)) son marcadores del riesgo cardiovascular más importantes que la Presión Arterial Media (PAM). En los estudios que se han ocupado de evaluar el valor de la PP se concluye que para un nivel determinado de PAS existe una correlación inversa entre PAD y riesgo cardiovascular (Cáceres, Rotta, Costa, 2016).

La hipertensión arterial sistólica aislada (PAS > 140 mm Hg con PAD igual o menor de 90 mm Hg), es frecuente en los ancianos y más en las ancianas. Su importancia radica en la comprobación de aparición de accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares y el deterioro renal dos a cuatro veces superior que en la población normal.

La pseudo hipertensión puede presentarse en el anciano y se debe a la rigidez parietal de una arteria humeral calcificada, que no se ocluye a valores de insuflación del manguito que corresponden al valor de Presión Arterial Sistólica (PAS), sino a presiones de compresión mayores que ésta. Estos pacientes, tratados como hipertensos, suelen tolerar muy mal el tratamiento.

Cuando se lleva a cabo un tratamiento, el paciente presenta signos clínicos de hipotensión arterial diversos y mala tolerancia al tratamiento, dado que en realidad puede no ser hipertenso, o serlo pero con valores menores que los registrados en la arteria braquial calcificada. El pozo auscultatorio es más frecuente en los adultos mayores, y en caso de no detectarse al momento del examen clínico, puede hacer que la HTA sea sub diagnosticada. La hipertensión sistólica aislada (HSA) genera mayor mortalidad cardiovascular y general en este grupo etario.

3-Objetivos del Diagnóstico del Paciente Hipertenso.

Los objetivos propuestos tanto por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) como por la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) aplican para todo paciente independientemente del grupo etario al que pertenezca:

1°. Confirmar el diagnóstico de hipertensión (HTA) y determinar su severidad

El diagnóstico adecuado de la HTA comienza en forma ineludible con la medición certera de la presión arterial (PA).

- Presión arterial en consultorio (PAC): ha sido la piedra angular sobre la cual se han basado las conductas terapéuticas durante décadas. La mayor parte de los ensayos clínicos de los que emana la evidencia en HTA utilizan este tipo de mediciones. Sin embargo, la PAC es poco reproducible, tiene menor valor pronóstico que la PA medida fuera del consultorio y está sujeta a múltiples sesgos.

- Monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24 horas (MAPA): entre las técnicas de medición de la PA fuera del consultorio, el MAPA es la que primero se ha implementado y, por lo tanto, cuenta con mayor evidencia acumulada a su favor a lo largo de los años. La PA medida por MAPA ha demostrado tener un valor pronóstico superior a la PAC tanto en lo que se refiere al daño de órgano blanco (DOB) como a los eventos cardiovasculares (CV) y mortalidad CV, especialmente en población general, siendo más escasa la evidencia en hipertensos bajo tratamiento. Una de las principales ventajas de este método es que permite valorar la PA nocturna, sin duda el mejor predictor de complicaciones CV. Es importante distinguir dos tipos de información aportada por el MAPA:

1) aquellos parámetros de aplicación directa en la práctica clínica diaria, como son los promedios de PA de 24 horas, diurna y nocturna y la evaluación del ritmo circadiano (porcentaje de descenso nocturno de la presión arterial (PA) media con respecto al día) y 2) aquellos reservados a la investigación, como la variabilidad de la PA (con sus diferentes índices), el incremento matutino de la PA, las cargas hipertensivas y el índice ambulatorio de rigidez arterial.

Valores para definir hipertensión arterial por MAPA

Promedio de 24 h \geq 130/80 mmHg

Promedio diurno \geq 135/85 mmHg

Promedio nocturno \geq 120/70 mmHg

No existe suficiente evidencia científica para determinar valores de referencia para la PA ambulatoria en pacientes mayores de 80 años.

- Monitoreo domiciliario de la presión arterial: el MDPA es un método simple y económico que permite obtener un gran número de lecturas, representativas de la PA habitual durante largos períodos y que no están afectadas por el efecto de guardapolvo blanco.

Resulta crucial hacer una distinción entre auto mediciones de la PA, que son las mediciones que realiza el paciente fuera del consultorio, en condiciones y con equipos no supervisados, y el MDPA, que es una práctica protocolizada, con equipos validados y mediciones estandarizadas que implican el entrenamiento del paciente y que fue el método utilizado en los estudios que hoy constituyen la evidencia en favor del MDPA. Dicha evidencia demuestra la superioridad pronóstica de la PA domiciliaria por sobre la de consultorio. Al igual que ocurre con el MAPA, es más contundente en población general que en hipertensos medicados. Para alcanzar un poder pronóstico óptimo, se recomienda un total de 8 a 15 lecturas. El valor de corte aceptado en la actualidad para considerar un promedio de PA elevado es de 135 mmHg para la sistólica y de 85 mmHg para la diastólica, tanto en fase diagnóstica como terapéutica. En el caso de los octogenarios, una población creciente a medida que la población mundial envejece es especialmente útil frente a la sospecha de hipertensión resistente (HTR), fenómeno de guardapolvo blanco e HT Oculta (HTO); asimismo, permite mejorar la adherencia al tratamiento y el grado de control de la PA. El fenómeno de “bata blanca” es más frecuente en pacientes adultos mayores y afecta de forma más intensa a la presión arterial sistólica.

El uso de auto medida domiciliaria de la presión arterial y de monitorización ambulatoria de presión arterial debería ser habitual en los pacientes mayores de 65 años. Las indicaciones de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en adultos mayores son similares a las empleadas en pacientes más jóvenes, pero la importancia de este método en este grupo de población ayuda a asegurar el diagnóstico de HTA, descartar la HTA de “bata blanca” y evitar un tratamiento excesivo. La utilidad de la medición domiciliaria en adultos mayores es importante porque la diferencia entre PA en la consulta y por medición domiciliaria se incrementa progresivamente con la edad, al igual que la variabilidad de la PA ambulatoria.

Los resultados de los estudios sugieren que el valor de normalidad de la presión arterial medida mediante medición domiciliaria es igual en los pacientes ancianos que en los pacientes más jóvenes (<135/85 mmHg).

El auge de técnicas estandarizadas de medición de la presión arterial (PA) fuera del consultorio (MAPA o MDPA) ha permitido enmarcar a los pacientes en cuatro categorías. Dos de estas se distinguen por presentar un diagnóstico discordante con el establecido en el consultorio: los que tienen hipertensión arterial (HTA) en el consultorio y normotensión ambulatoria, la HTA de guardapolvo blanco (HTGB) y los que son normotensos en consultorio pero tienen HTA ambulatoria, denominada hipertensión oculta (HTO). La HTGB se asocia con una mayor inclinación a desarrollar HTA sostenida, con daño de órgano blanco (DOB) y con mayor riesgo cardiometabólico. La HTO implica un mayor Riesgo cardiovascular (DOB y eventos CV), lo cual se ha observado en pacientes no medicados y medicados; en estos últimos, el riesgo es aún mayor que el de los hipertensos sostenidos. Cabe destacar que, si bien la recomendación actual (por consenso de expertos) es tratar la HTO, aún no se han publicado ensayos clínicos aleatorizados que demuestren que el manejo de estos pacientes basado en una estrategia de mediciones fuera del consultorio supera al manejo tradicional con mediciones en consultorio.

La variabilidad de registros de PA en ancianos es altamente prevalente e incrementa el riesgo de sufrir accidente cerebro vascular (ACV) y muerte, aun estando tratados, esto exige que deban ser más frecuentemente controlados.

2° Estimar el riesgo cardiovascular (RCV) y establecer las metas del tratamiento.

El RCV global debe estimarse en todos los pacientes hipertensos. La información obtenida a partir de la anamnesis, el examen físico, la medición de la PA y los resultados de un conjunto de exámenes complementarios mínimos son suficientes para estratificar el RCV global del paciente y determinar su pronóstico. Aunque el hecho de si la estimación modifica el enfoque terapéutico de la HTA es tema de debate, su conocimiento agrega indudable información pronóstica y facilita el enfoque global de la prevención CV, en especial si se centra en identificar a los individuos con riesgo alto o muy alto. Una serie de fórmulas han sido propuestas a fin de calcular el RCV.

Todos los calculadores comparten limitaciones y la validación para la población argentina es pobre. Por ello, para los pacientes con PA elevada, el Consenso Argentino de Hipertensión Arterial propone un enfoque similar al utilizado por las directrices europeas de HTA en el que los niveles de PA se combinan con hallazgos clínicos y de exámenes complementarios clasificados en: 1) condiciones clínicas asociadas, 2) lesiones subclínicas en órgano blanco y 3) otros factores de riesgo. Adicionalmente, este Consenso propone considerar una cuarta categoría, los modificadores de riesgo, un grupo heterogéneo de factores que hacen que el riesgo real del paciente sea mayor que el estimado con los anteriores.

Debe tenerse en cuenta que los niveles de PA en las herramientas de estimación de riesgo se basan fundamentalmente en determinaciones en el consultorio, pero éstas pueden subestimar (HTO) o sobrestimar (HTGB) la PA domiciliaria. Además, las mediciones en el consultorio no detectan la HTA nocturna. Sin embargo, la PA en la casa

y, especialmente, la PA nocturna son mejores predictores de RCV que las mediciones en consultorio.

Condiciones clínicas asociadas: las condiciones clínicas asociadas determinan por sí solas un RCV alto o muy alto sin la necesidad de ninguna otra evaluación. Estas son:

- Enfermedad Cerebrovascular (ACV): ACV isquémico, ACV hemorrágico, Accidente Isquémico Transitorio (AIT) sin otra causa evidente.
- Enfermedad cardíaca: infarto agudo de miocardio (IAM), angina de pecho, revascularización coronaria.
- Retinopatía: hemorragias, exudados, papiledema.
- Enfermedad Renal Crónica moderada avanzada.
- Enfermedad Venosa Periférica Sintomática: claudicación intermitente, amputación de origen vascular, revascularización.

Lesiones subclínicas en órgano blanco: son una serie de alteraciones asintomáticas en órgano blanco que representan un continuo de progresión hacia la ECV establecida (es decir, eventos duros, condiciones clínicas asociadas); por ello, identifican un riesgo superior al estimado por el nivel de los Factores de Riesgo Cardio Vascular (FRCV). Su presencia implica, a partir de valores de PA \geq 130/85 mmHg, un riesgo alto o muy alto.

- Hipertrofia ventricular izquierda: diagnosticada por electrocardiograma o ecocardiograma.
- Placas ateroscleróticas: demostradas en cualquier territorio.
- Rigidez arterial.
- Albuminuria: 30-300 mg/24 horas o por gramo de creatinina.

Con respecto al daño de órgano blanco se destacan:

- Hipertrofia Ventricular izquierda (HVI): aproximadamente, entre el 35 y el 40 % de los pacientes hipertensos padecen HVI.
- Compromiso renal: el riñón no sólo puede causar hipertensión sino que también puede ser víctima de la elevación de la Presión Arterial. Alrededor del 25% de los pacientes en hemodiálisis crónica sufre nefroesclerosis hipertensiva.
- Daño cerebral: el accidente cerebro vascular (ACV) es la complicación más grave e invalidante de la hipertensión arterial (HTA) El tratamiento antihipertensivo ha logrado disminuir notablemente el riesgo de ACV y la encefalopatía hipertensiva.
- Enfermedad coronaria: el aumento de la PA y el desarrollo de HVI incrementan de dos a tres veces el riesgo de enfermedad coronaria respecto a los sujetos normotensos.
- Enfermedad Arterial Obstructiva Periférica (EAOP): la EAOP se relaciona con morbi-mortalidad cardiovascular siendo un fuerte predictor independiente de otros factores de riesgo y con una prevalencia estimada del 25,5% en mayores de 60 años portadores de Hipertensión Arterial sistólica aislada.
- Alteraciones Cognitivas: la hipertensión arterial, en especial la HTA sistólica y la presión del pulso elevada (> a 50 mmhg), acelera los cambios propios del envejecimiento en el sistema nervioso central. Existe una correlación positiva entre el deterioro cognitivo o demencia y el nivel de presión arterial.

-Apnea del sueño: se asocia a mayor prevalencia de hipertensión (HTA) y a mayor incidencia de accidentes cerebrovasculares, muerte súbita nocturna, arritmias, enfermedad coronaria e hipertrofia ventricular izquierda.

Otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (FRCV): dado que comparten factores etiológicos (sedentarismo, obesidad, alimentación no saludable, etc.), los FRCV tienden a presentarse agrupados y sus consecuencias se multiplican de acuerdo con el número presente en el individuo en cuestión. Por ello, el hallazgo de cualquiera de éstos debe considerarse una oportunidad para la búsqueda de los otros. Debemos considerar por separado la Diabetes Mellitus (DM) del resto de los factores de riesgo cardiovascular pues su presencia en un paciente hipertenso implica por sí sola un alto o muy alto riesgo. De la misma forma, valores extremos de cualquier factor (por ejemplo presión arterial sistólica > 180 mmHg o Colesterol total > 300 mg/dl) conllevan también un riesgo alto y deben ser tratados sin dilación.

No modificables: edad (varones mayores de 55 años, mujeres mayores de 65 años) y antecedentes familiares, especialmente si varios casos se agrupan en la misma familia (historia de familiar directo –padre, madre, hermano/a– de Enfermedad Cardio Vascular prematura, varón menores 55 años o mujer menores 65 años).

Potencialmente modificables: tabaquismo; hipercolesterolemia, indicadores de resistencia a la insulina; también agrupados como criterios de síndrome metabólico (SM), Triglicéridos elevados (≥ 150 mg/dl), obesidad abdominal (perímetro de la cintura varones mayor o igual 102 cm y mujeres ≥ 88 cm), glucemia alterada en ayunas (100-125 mg/dL).

Diabetes mellitus: se considera por separado pues su presencia es equivalente a daño de órgano blanco (corazón, riñones, cerebro, ojos y sus arterias) subclínico o a la agrupación de múltiples factores de riesgo e implica riesgo alto o muy alto desde presión arterial (PA) mayor o igual a 130/85 mmHg.

En forma sintética un paciente con hipertensión arterial (HTA) tendrá riesgo alto o muy alto si tiene:

- Una o más condiciones clínicas asociadas independientemente de los valores de PA.
- Cualquier lesión subclínica de órgano blanco y Presión Arterial mayor o igual 130/85 mm Hg.
- Diabetes Mellitus y Presión Arterial mayor o igual a 130/85 mmHg.
- Múltiples factores de riesgo (≥ 3) y PA mayor o igual a 130/85 mm Hg.
- Presión Arterial mayor o igual a 180/110 mm Hg.

3° Descubrir una posible causa (hipertensión secundaria)

El tercero de los objetivos del estudio del paciente hipertenso es identificar alguna forma secundaria de HTA. Este objetivo puede ser logrado teniendo en cuenta datos del interrogatorio, del examen físico y de los exámenes complementarios del laboratorio. Algunos de los indicadores que sugieren la presencia de una forma secundaria de HTA son: HTA en menores de 40 años, HTA nivel 3 de inicio brusco, Hipertensión Resistente, marcado aumento de creatinina con el uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), soplos abdominales, enfermedad arterial en distintos territorios, proteinuria, hematuria, sedimento urinario alterado, hipopotasemia espontánea o inducida por diuréticos, crisis de

cefalea combinada con palpitaciones y sudoración, antecedentes de neoplasias endocrinas múltiples, somnolencia diurna, obesidad, ronquidos y asimetría de pulsos periféricos.

La hipertensión (HTA) del adulto mayor suele ser primaria. De las formas secundarias se destaca en este grupo etario la estenosis aterosclerótica de la arteria renal, que por descenso del flujo arterial renal da origen a una elevada síntesis de renina con aumento de la transformación de angiotensinógeno plasmático a angiotensina I, y su ulterior transformación en angiotensina II por la enzima convertidora endotelial. Otra causa secundaria menos frecuente en el geronte es el h́per aldosteronismo primario a causa de una hiperplasia o a un adenoma suprarrenal, y muy raramente por un carcinoma. En estos casos la aldosterona en sangre est́ patol3gicamente elevada, y la concentraci3n de renina plasmática muy disminuida o no detectable. Las otras causas de hipertensi3n secundaria en el adulto mayor son de muy rara observaci3n. La hipertensi3n reno vascular puede diagnosticarse por una angiogramafía de la arteria renal, o mediante doppler color de ambas arterias renales que denota mayor velocidad de la sangre en la arteria estenosada. Pero clínicamente puede sospecharse ante un hipertenso adulto mayor que presenta una respuesta hipotensora exagerada a una dosis habitual o baja de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), la que puede acompañarse de elevaci3n de la creatinemia por bajo flujo renal. El h́per aldosteronismo primario se diagnostica por una elevada relaci3n del cociente de concentraci3n de aldosterona (en general, mayor a 15 ng/ml en suero) / actividad de renina plasmática (ésta última muy baja o indetectable). La relaci3n supera el valor de 20.

Para llegar al diagn3stico se utiliza las siguientes herramientas: la anamnesis, el examen f́sico y los exámenes complementarios.

La evaluaci3n del paciente hipertenso anciano implica:

1. Efectuar una valoraci3n geriátrica integral del paciente que contemple, junto a los aspectos clínicos (comorbilidad, polifarmacia), la situaci3n funcional (dependencias tanto de origen f́sico como mental) y los condicionantes sociales (aislamiento, economía, vivienda), todos ellos factores claves a considerar a la hora de planificar la intervenci3n terapéutica.
2. Confirmar y definir gravedad de la elevaci3n de la presi3n arterial.
3. Detectar factores de riesgo cardiovascular. Las siguientes medidas son imprescindibles en todos los pacientes:
 - Investigar el consumo de tabaco y de alcohol.
 - Medir el perímetro abdominal del paciente
 - Determinar glucemia, colesterol total y fracciones, así como triglicéridos. Se considera patol3gico un colesterol total > 250, un colesterol-LDL > 155 o un colesterol HDL <40 en el var3n o <48 en la mujer.
4. Evaluar la intensidad del daño de 3rgano diana. Ocasionalmente la detecci3n de la hipertensi3n arterial puede coincidir con un acontecimiento agudo o subagudo (infarto de miocardio, aneurisma, accidente vascular cerebral, HTA maligna) que requiera ingreso. En el resto de los casos seŕ preciso investigar la presencia de lesiones en 3rganos diana.

5. Considerar que la variabilidad de registros de Presión Arterial en ancianos es altamente prevalente e incrementa el riesgo de sufrir Accidente Cerebro Vascular y muerte aun estando tratados.

6. Además del Riesgo Cardio Vascular y los antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) previa, en estos pacientes debe considerarse la presencia y el grado de fragilidad, ya que determinará el tratamiento. Se sugiere incluir en la consulta diagnóstica una escala de rápida resolución como la determinación del fenotipo frágil (Álvarez, 2012) en la cual se define fragilidad con al menos 3 de los siguientes elementos: pérdida de peso involuntaria, cansancio, debilidad, disminución de la velocidad de la marcha y de la actividad física.

La detección y el diagnóstico de hipertensión arterial en los adultos mayores, es un procedimiento que requiere cuidados, ya que ésta es una población mucho más vulnerable que el resto.

4-Objetivo del Tratamiento del Paciente Hipertenso.

Antes de iniciar el tratamiento se deben realizar las mediciones de Presión Arterial en diferentes ámbitos para categorizar adecuadamente la hipertensión en estadios que van a marcar las pautas terapéuticas y permiten diferenciar entre la hipertensión de bata blanca, la hipertensión enmascarada y la hipertensión nocturna entre otros diagnósticos comunes en el adulto mayor. Valorar los estudios completos, la evaluación de riesgo y comorbilidades y considerar Hipertensión Arterial secundaria, una vez realizado este diagnóstico el principal objetivo del tratamiento debe ser bajar la Presión Arterial gradualmente, no mucho menos que 140/80 si es posible y si no se produce una elevación de la creatinina que no existiera previamente o cualquier síntoma o signo de bajo flujo de trascendencia en algún órgano. En pacientes de más de 80 años el valor/objetivo puede ser poco menor que 145 de Presión Arterial Sistólica. En pacientes hipertensos mayores de 55 años de edad el acento se debe poner en lograr un buen control de la presión arterial sistólica.

El tratamiento se inicia con medidas higiénico-dietéticas que incluyan la supresión de la sal o uso de sustitutivos gradualmente, sin provocar descenso de la presión de perfusión tisular, insuficiencia renal, hipotensión ortostática, ni elevación de la urea/creatinina en suero. Aunque si los valores tensionales están muy elevados, siempre con especial énfasis en las comorbilidades y compromiso de órganos por la enfermedad hipertensiva, el tratamiento higiénico dietético debería ir asociado con fármacos y estricta vigilancia según cada caso, esto incluye los resultados y su contraste con los objetivos terapéuticos fijados en cuanto al valor de presión arterial deseada, con controles iniciales más frecuentes que los habituales.

La evidencia a favor de tratar la hipertensión arterial en ancianos es abrumadora, incluida con énfasis la necesidad de tratar la hipertensión sistólica aislada, que es la forma de mayor prevalencia en el adulto mayor. Sin embargo la excesiva reducción de la presión arterial en este grupo etario elevó la incidencia de complicaciones tales como el infarto de miocardio. Por ello se remarca el objetivo de tratar la hipertensión en el adulto mayor con estrictos controles y fijando un objetivo a valores muy poco por debajo de 140/85 mm Hg, logrado paulatinamente, con controles aproximadamente cada 3 semanas, y siempre evaluando la tolerancia.

En adultos mayores el tratamiento de la Hipertensión Arterial previno complicaciones cardíacas y vasculares, disminuyó muy significativamente la incidencia de Accidente Cerebro Vascular (ACV), enfermedad coronaria y eventos cardíacos en general, insuficiencia cardíaca y muerte. La reducción de los eventos que se enumeran en base a estudios fue aproximadamente 40% en la incidencia de Accidente Cerebro Vascular (ACV), 22% en enfermedad coronaria, y 45% en muertes y otras complicaciones cardiovasculares de diversa índole respectivamente con un seguimiento de entre 2 y 4,5 años. Existen múltiples recomendaciones de sociedades científicas internacionales para tratar la Hipertensión Arterial (HTA) en pacientes añosos.

El tratamiento con dieta hiposódica en el adulto mayor es más efectivo que en adultos jóvenes. Está probado que la presión arterial es susceptible de control mediante modificaciones del estilo de vida. Así en el ensayo TONE (Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly), sobre un total de 975 hipertensos de 60 a 80 años, con presión arterial controlada con monoterapia se valoró el grado de control tras la retirada del fármaco hipotensor. La proporción de personas con Presión Arterial controlada fue de 43,6% en el grupo tratado con dieta hiposódica y pérdida de peso, 35% en aquellos que cumplieron sólo una de estas medidas y 16% en los tratados convencionalmente. Esta reducción de Presión Arterial se consiguió con restricción moderada del aporte de sal (media 40 mmol/día) o pérdida de 4,7 kg de peso. La sal aumenta más en proporción la Presión Arterial en adultos mayores que en adultos menores. La dieta hiposódica resulta por eso más efectiva en el adulto mayor para el descenso de la Presión Arterial (PA) y los adultos mayores tienen más adherencia a la dieta hiposódica que los adultos menores.

Tratamiento no farmacológico:

1. Reducción de la ingesta calórica en caso de sobrepeso.
2. Ingesta de sodio de alrededor de 100 mmol/día mediante supresión de la utilización del salero en la mesa y evitando tomar alimentos pre cocidos, enlatados y embutidos. Se podrá utilizar 1,5 gramos de sal al día y es preferible su utilización sobre la comida una vez cocinada, en vez de utilizarla durante la cocción.
3. Aumento del consumo de potasio (frutas frescas, vegetales, y cereales)
4. Aumento de la ingesta dietética de calcio (100 gramos de queso proporcionan entre 700 y 1,180 miligramos de calcio dependiendo del tipo).
5. Incremento de la actividad física. Caminar diariamente más de ½ hora al día, preferiblemente entre 1 y 2 horas. En los sujetos no entrenados, el objetivo se debe alcanzar de forma paulatina.
6. No ingesta de más de 15 gramos de alcohol/día (equivalente a 150 mililitros de vino, 250 de cerveza o una copa de licor).
7. Baja de peso si el paciente está por sobre un índice de masa corporal de 25. Cada 10 kilos de pérdida de peso la PA se reduce 5-20 mm Hg (milímetros de mercurio). Dieta DASH (frutas, vegetales, bajo contenido graso en especial de ácidos grasos saturados).
8. La indicación de las medidas no farmacológicas debe tener en cuenta las condiciones socioeconómicas del paciente.
9. La aplicación simultánea y moderada de varias medidas no farmacológicas suele dar un resultado terapéutico superior a la aplicación estricta de una sola de ellas.
10. Valorar juiciosamente la relación beneficio terapéutico/perjuicio de la calidad de vida antes de comenzar en el adulto mayor cambios en su dieta y estilo de vida.

En cuanto a los fármacos, el efecto favorable del tratamiento antihipertensivo ante todo evento cardiovascular y muerte se da a cualquier edad, y no hay diferencias de significación entre los distintos agentes farmacológicos mientras se logre el objetivo de descenso. La elección de la/s droga/s debe hacerse según las comorbilidades del paciente y no según su edad. La presencia de insuficiencia cardíaca, de hipertrofia del Ventrículo Izquierdo, cardiopatía isquémica, enfermedad carótida severa o antecedente de Accidente Cerebro Vascular, aneurisma de aorta enfermedad arterial periférica, diabetes asociada, e insuficiencia renal, deben reforzar la indicación de tratar la Hipertensión Arterial (HTA) del adulto mayor.

La eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardíacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante similar con el uso de los diuréticos, β bloqueantes, y los demás antihipertensivos de primera línea siempre que todos alcancen los objetivos en reducción del valor de presión arterial.

El efecto hipotensor de la asociación de drogas es casi siempre aditivo en la reducción de la presión arterial, pero no existe semejante incremento en sus efectos colaterales, ésta es sólo una de las razones que avala asociar drogas en lugar de elevar dosis de mono drogas para lograr el objetivo tensional buscado. Esto refuerza las razones para asociar medicamentos en la terapéutica de la hipertensión arterial, teniendo especial consideración en las comorbilidades de los enfermos. Los diuréticos han sido y son frecuentemente utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial en todo rango etario. Descienden la resistencia periférica, la precarga y el gasto cardíaco, obviamente su uso está muy restringido en pacientes con incontinencia urinaria o micción imperiosa.

Los diuréticos a bajas dosis (12,5 a 25 mg/día de hidroclorotiazida), los β bloqueantes, los bloqueantes cálcicos y los inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) reducen la incidencia de enfermedad coronaria, Infarto Agudo de Miocardio fatal y no fatal, Accidente Cerebro Vascular fatal y no fatal, insuficiencia cardíaca y la muerte cardiovascular, cuando se los compara con placebo o control.

Indicaciones para tratar pacientes ancianos y objetivos de presión arterial basados en mediciones clínicas y evidencia de ensayos clínicos.			
EDAD	PA (mm Hg)	Riesgo CV Alto	Inicio de tratamiento con fármacos
60-79 a	PAS \geq 160 o PAD \geq 100	Si o No	Si
60-79 a	PAS \geq 140 o PAD \geq 90	Si	Si
60-79 a	PAS \geq 140-159 o PAD \geq 90-99	No	Juicio clínico
\geq 80 a	PAS \geq 160	No	Si

Antes de iniciar un tratamiento se debe hacer una correcta apreciación de presión arterial presente en el paciente adulto mayor, para realizar las indicaciones adecuadas, evitando efectos indeseados, excesos en la medicación o reacciones adversas. Las guías y consensos sobre hipertensión recomiendan comprobar valores de presión arterial altos en el transcurso de la noche y patrón non dipper (HTA al dormir) ya que se asoció a peor pronóstico y a deterioro de las funciones cognitivas. La hipotensión ortostática (descenso de 20 mm Hg en la PAS (presión sistólica) o de 10 mm Hg en la PAD (presión diastólica)

al pasar de la posición sedente a la posición de pie por 1 a 3 minutos), en el Programa de Hipertensión Sistólica en el anciano (SHEP) fue referida en el 15,5% de los pacientes antes de recibir tratamiento. Es bien conocido que el predominio de valores elevados de presión arterial durante el sueño nocturno (patrón non-dipper) eleva aún más el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares. Sin embargo la hipotensión ortostática es un predictor de eventos cardiovasculares mayores aún más fuerte que el patrón non dipper. Requiere de máximos controles y tratamiento si el descenso al adoptar la postura de pie produce episodios sincopales. En este caso utilizar hipotensores puede ser inadecuado e imprudente.

Es importante tomar conciencia que el máximo beneficio para los pacientes se logra sólo alcanzando los objetivos terapéuticos. Más allá de la elección del mejor tratamiento, el principal problema es que en muchos ancianos la HTA no está bien controlada.

5-Tratamiento Farmacológico.

Al momento de indicar un fármaco anti hipertensivo al adulto mayor se debe evaluar que son poli medicados y la posibilidad de reacciones adversas es mayor en esta población en comparación con otros grupos etarios, debido a sus condiciones fisiológicas y factores farmacológicos como las modificaciones farmacocinéticas asociadas al envejecimiento, entre otras, y factores no farmacológicos como dificultades en la adherencia al tratamiento o el mal cumplimiento de las prescripciones debido a factores culturales y económicos, entre otras. Los objetivos de estas medidas no son únicamente la reducción de la Presión Arterial, sino también la disminución de la necesidad de fármacos y el aumento de su eficacia, así como el abordaje de otros factores de riesgo (diabetes, dislipemia), frecuentemente asociados a la Hipertensión Arterial.

Las características ideales del fármaco a utilizar para la hipertensión arterial del anciano son:

1. El efecto de la droga sobre otros factores de riesgo.
2. La presencia de órgano blanco dañado.
3. Las comorbilidades.
4. Las interacciones farmacológicas.
5. Los costos.
6. La reducción de la resistencia periférica.
7. Que no disminuya el flujo sanguíneo a órganos vitales: cerebro, corazón y riñón, ni interfiera con los mecanismos de autorregulación.
8. Que no produzca bradicardia ni afecte el sistema de conducción cardíaco.
9. Que enlentezca, frene o revierta la progresión de hipertrofia ventricular y grosor de la pared arterial.
10. Que proteja de la progresión de la fibrosis renal, tanto glomerular como intersticial.
11. Que no produzca depleción de volumen.
12. Que no favorezca hiponatremia ni hipopotasemia.
13. Que no propicie resistencia a la insulina ni hiperlipidemias.
14. Que no produzca incontinencia urinaria.
15. Que tenga propiedades antioxidantes.
16. Que pueda utilizarse en monoterapia, mono dosis y mini dosis.
17. Que mantenga el balance apotótico.

En vista de la experiencia acumulada en los diversos ensayos clínicos publicados, diversos fármacos pueden estar indicados para el comienzo del tratamiento de la hipertensión esencial en el adulto mayor puesto que reducen no solo la presión arterial sino la mortalidad y la morbilidad cardiovascular. Los diuréticos Tiazidicos pueden considerarse como fármacos de primera elección basándose en los resultados de diversos estudios aleatorizados donde se demostró una reducción significativa de la morbimortalidad cardiovascular. En estos estudios se utilizaron β -bloqueadores (BB) como fármacos de segunda línea. En ancianos tienen unos efectos secundarios añadidos tales como hiponatremia, incontinencia urinaria, hipertrigliceridemia y en algunos ensayos clínicos incremento de la glucemia y la creatinina plasmática (Berreta J, Kocial D, 2017, p. 54). La hiponatremia es causa de ingresos hospitalarios, de caídas y fracturas de cadera en ancianos, complicaciones que no se han evaluado nunca en los ensayos clínicos con personas mayores de 65 años. Por ello en los casos en que los diuréticos estén indicados, y aún más en aquellos en los que se utilice el binomio diurético más restricción salina, es necesario hacer controles periódicos de electrolitos en sangre. El fármaco diurético es considerado económico y en numerosas ocasiones se usa en combinación con otro fármaco, por tanto estudios de fármaco economía concluyen que el diurético es ligeramente más caro que un Antagonista de Receptores de Angiotensina II (ARA II). Quizás ésta sea la explicación de la disociación entre recomendaciones terapéuticas de las guías y la poca aceptación de sus indicaciones entre los médicos (Ingaramo et al, 2011).

El uso de bloqueantes de los canales de calcio como opción terapéutica en pacientes ancianos está apoyado en que demuestran una reducción de la mortalidad y morbilidad de origen cardiovascular tanto frente a placebo como a otros fármacos. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina se evaluaron de forma específica en el anciano en el estudio Australian National Blood Pressure 2 demostrando una eficacia similar a los diuréticos para reducir la aparición de muerte y eventos cardiovasculares. Aunque el estudio HOPE no se dirigió específicamente a enfermos ancianos, la edad media de la muestra fue superior a 65 años y atestigua el efecto reductor de la mortalidad cardiovascular de los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina en pacientes con riesgo cardiovascular elevado (Cáceres, Rotta, Costa, 2016). La conclusión es que deben ser recomendados como fármacos antihipertensivos de primera elección en este grupo de pacientes.

Los antagonistas de los receptores de la angiotensina demostraron ser superiores a los β -bloqueadores en el objetivo compuesto de reducción de la mortalidad cardiovascular global en el estudio LIFE (edad media de los pacientes, 72 años). Por tanto deberían, también, ser considerados para tratamiento de la hipertensión arterial en el anciano en el primer escalón. Drogas como la nitroglicerina transdérmica, el mononitrato de isosorbide y la nifedipina de acción corta, pueden ser utilizadas en situaciones especiales como la hipertensión supina e hipotensión ortostática. El tratamiento con Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) y Diuréticos es también beneficioso en personas mayores de 80 años (estudio HYVET).

Recomendaciones farmacológicas en base a comorbilidades:

1. Pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica: primera línea para Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) o Bloqueadores de los Receptores de Angiotensina II (BRA) si los primeros no son bien tolerados, β -bloqueantes y diuréticos de asa, y agregado de antagonistas de aldosterona.
2. Pacientes con arteriopatía periférica: primera línea para bloqueadores de canales de calcio (BCC), IECA o BRA, diuréticos. Limitar los β -bloqueantes.
3. Pacientes con hipotensión ortostática: considerar las tiazidas. Evitar los α -bloqueantes y BCC. Si es necesario tratar evitar los episodios sincopales, limitando los objetivos según su presencia o ausencia.
4. Pacientes con Síndrome Metabólico: considerar Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), Bloqueadores de los Receptores de Angiotensina II (BRA) o Bloqueadores de los Canales de Calcio (BCC). Evitar β -bloqueantes y tiazidas.
5. Pacientes con incontinencia urinaria: Evitar diuréticos.
6. Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o asma: evitar β -bloqueantes, más aún los no β -1-cardioselectivos de última generación. Pero en general evitarlos todos, evaluar siempre riesgo/beneficio.
7. Pacientes con insuficiencia renal: considerar Inhibidores Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), Bloqueadores de Receptores Angiotensina II (BRAII), y diuréticos de asa. Evitar los antagonistas de aldosterona.
8. Pacientes con fibrilación auricular permanente: considerar los β -bloqueantes, Bloqueadores de los Canales de Calcio no Dihidropiridínicos (BCC no DHP), IECA, BRA.
9. Pacientes que deben recibir anti inflamatorios no esteroides (AINES): considerar Bloqueadores de Canales Calcio Dihidropiridínicos (BCC DHP), β -bloqueantes. El uso de IECA, BRA, bloqueantes de aldosterona o renina en combinación con AINES favorece el empeoramiento de la función renal y la hiperkalemia.
10. Pacientes con enfermedad coronaria crónica y estable: β -bloqueantes, IECA y lo demás necesario para normalizar la Presión Arterial (PA).
11. Pacientes con hipertrofia prostática: Considerar los BCC DHP y los IECA. Si deben usarse α -bloqueantes controlar la presencia de hipotensión ortostática.
12. Pacientes con fibrilación auricular recurrente: considerar IECA y/o BRA y β -bloqueantes.
13. Pacientes con arritmias ventriculares: considerar β -bloqueantes, IECA, BRA. Cuidar la hipokalemia que generan los diuréticos.
14. Pacientes diabéticos: considerar los IECA y/o BRA, BCC no DHP, β -bloqueantes. La clorpropamida es causa de hiponatremia, las tiazidas pueden elevar la insulino resistencia.
15. Pacientes portadores de osteoporosis: considerar tiazidas y amilorida, fosfato de potasio, evitar la furosemida.
16. Pacientes con retardos de la conducción Auriculo-Ventricular y bloqueos: Evitar β -bloqueantes y BCC no DHP.
17. Pacientes constipados: evitar Verapamilo.
18. Pacientes con glaucoma: considerar β -bloqueantes y demás necesarios para normalizar la PA.
19. Pacientes con antecedentes de hiponatremia: evitar tiazidas, más aún en los que reciben inhibidores de la recaptación de serotonina y/o clorpropamida.
20. Pacientes con hipertiroidismo asociado con eretismo cardíaco: β -bloqueantes, demás drogas si se requieren para normalizar la presión arterial.
21. Pacientes con enfermedad carotídea o antecedentes de ACV: considerar IECA y BCC.

22. Pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción diastólica: diuréticos de asa, y demás fármacos según otras comorbilidades.
23. Pacientes con aneurisma aórtico: β -bloqueantes y asociación necesaria (IECA, diuréticos) para llevar la PA al menor nivel bien tolerado.
24. Paciente hipertenso y gotoso: remplazar tiazidas por Indapamida.
25. Hipertensos con temblor senil, migraña: β -bloqueantes liposolubles (propranolol).
26. Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en curso: β -bloqueantes, IECA y/o BRA, según clínica agregar diuréticos.

Independientemente del fármaco escogido para iniciar la terapia, se debe utilizar la dosis más baja disponible a fin de reducir posibles efectos adversos. Si hay respuesta, pero aún insuficiente para los valores buscados, se puede optar, ya sea por aumentar la dosis, considerando su buena tolerancia, o bien, agregar otro medicamento para potenciar la eficacia hipotensora minimizando los posibles efectos colaterales. Al respecto están cada vez más disponibles diversas combinaciones a dosis bajas fijas en un solo preparados.

Si con el primer fármaco se observa poca o nula respuesta, o aparición de claros efectos adversos, es preferible cambiar a otro de una clase totalmente diferente, antes que aumentar la dosis o agregar un segundo medicamento. Se debe preferir utilizar fármacos de acción prolongada (24 hs.), de dosis única, a fin de aumentar la adhesión al tratamiento y lograr un control más sostenido de la presión arterial, lo que conlleva mayor efecto protector contra el riesgo de eventos cardiovasculares mayores y de daño a órgano blanco.

La terapéutica farmacológica de los ancianos continúa planteando importantes dificultades. La principal es la indefinición del sujeto ya que no se puede hablar del anciano como de un estado concreto y perfectamente definido, al existir una diversidad de características (fisiopatológicas, sociales, económicas, culturales, entre otras) que condiciona se dé una importante variabilidad individual que impide generalizar conceptos y dificulta la extrapolación de los datos obtenidos en grupos de población reducidos y concretos. Se hace necesaria una atención farmacológica individualizada de cada paciente, para controlar su eficacia y aparición de efectos adversos.

6-Adherencia a la Farmacología Anti Hipertensiva.

La adherencia se ve particularmente afectada en los ancianos por la presencia de comorbilidades, polifarmacia, la complejidad de las pautas, depresión y estado cognitivo, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos que disminuyen la adherencia al tratamiento. Algunos autores sugieren que el tipo de antihipertensivo puede influir en la adherencia al tratamiento. Un metaanálisis concluyó que la adherencia a fármacos más modernos como Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina, Antagonistas Receptores Angiotensina II o Antagonistas de Canales de Calcio es mejor que la observada con Beta Bloqueantes y diuréticos. Sin embargo, en ninguno de los casos la adherencia comprobada puede considerarse óptima.

La adherencia a tratamientos es un pilar fundamental para el bienestar de las personas y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias.

Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son.

Concepto de Adherencia Terapéutica y sus Implicancias.

“Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman” C. Everett Koop.

La OMS estima la adherencia como un “problema de importante magnitud”, además considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública.

Las consecuencias de una adherencia inadecuada incluyen desde tratamientos innecesarios, pruebas adicionales y un aumento de la visita al profesional sanitario, hasta una mayor incidencia en mortalidad e ingresos hospitalarios. Todo ello convierte la adherencia deficiente en una de las fronteras que más separa la eficacia de la efectividad de un determinado fármaco.

La adherencia terapéutica es el proceso por el cual los pacientes cumplen las indicaciones prescriptas por el médico tratante u otro agente sanitario, tanto en relación con el tratamiento farmacológico como con cambios de estilo de vida. Se considera adherente al paciente que presenta un grado de cumplimiento entre 80 y 100%. Con respecto a estos valores ha habido polémica sobre el uso del 80% como punto de corte para distinguir la adherencia de la no adherencia. En la mayoría de los estudios se consideró que la no adherencia ocurre cuando los pacientes no toman una cifra mayor o igual al 80% de sus medicamentos anti hipertensivos prescritos (Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018).

La falta de adherencia al tratamiento se relaciona con peor control de la presión arterial (PA), mayor morbi-mortalidad Cardio Vascolar y mayor número, complejidad y costo de hospitalizaciones. Esto lo demostró un reciente metaanálisis que determinó que la falta de adherencia a los fármacos anti hipertensivos es de alrededor del 45% y se asocia con una mayor proporción de PA no controlada (83,7%), con un riesgo 1,3 veces mayor en hombres que en mujeres.

En un estudio realizado a 83.267 pacientes tratados con anti hipertensivos con buena adherencia, disminuyó el riesgo de sufrir eventos coronarios. Los pacientes que se trataron con hipertensivos que no interrumpieron el tratamiento en comparación con los no cumplidores, presentaron 37% menos eventos cardiovasculares. La adherencia al tratamiento anti hipertensivo reduce el riesgo de ictus en un 8-9% y el riesgo de muerte en un 7% (Conthe et al, 2014, p.338).

Otros ejemplos de los beneficios son la reducción de insuficiencia cardiaca, disminución de la incidencia de demencia, la preservación de la función renal y la prevención de la ceguera en pacientes diabéticos con hipertensión.

Se ha calculado que el 40% de los casos de infarto de miocardio grave o de derrame cerebral son atribuibles a la hipertensión arterial (HTA) y algunos estudios han demostrado que, a pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, menos del 25% de los pacientes con tratamiento alcanzan una presión arterial óptima (Ingaramo et al, 2018).

Con la intención de establecer una vigilancia epidemiológica de la HTA en nuestro país, en el año 2017 la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología diseñaron en forma conjunta el 2° Registro Nacional de Hipertensión Arterial (Delucchi et al, 2017), este informe dio como resultado que alrededor de la mitad de los pacientes tratados tomaban adecuadamente la medicación (adherencia = 50,4%), los cuales tuvieron una tasa de control de la PA significativamente superior que la de los pacientes no adherentes (46,9% vs. 40%). Es conocido que alrededor del 30% de los pacientes hipertensos que están tratados con monoterapia logra alcanzar la meta de PA, indicando que la mayoría de los pacientes precisarán dos o más fármacos. La elevada proporción de hipertensos que en RENATA-2 recibe monoterapia (> 70%) sería una explicación de por qué la tasa de control de la PA es baja. Aun así no es una prueba concluyente ya que los tratados con diferentes fármacos son el 55,5% y de ellos solo el 24,2% estaba controlado.

Un metaanálisis concluyó que la adherencia a fármacos más modernos como Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina o Antagonistas Receptores de Angiotensina II es mejor que la observada con Beta Bloqueantes y diuréticos. Sin embargo, en ninguno de los casos la adherencia comprobada puede considerarse óptima.

El estudio ENSAT (Encuesta Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento, 2005), realizado en nuestro país, demostró que –a los seis meses de iniciado el tratamiento antihipertensivo– la falta de adherencia supera el 50%. En estudios realizados mediante la determinación de metabolitos de fármacos antihipertensivos en orina de pacientes con HTR se comprobó que más del 50% de los pacientes no tomaban al menos uno de los fármacos que tenían indicados.

Se estimó que entre el 30% y el 40% de los hipertensos continúa tomando la medicación al año de su prescripción, y que a los 5 años los niveles de adherencia descienden al 10-15%.

Otro aspecto controversial es la relación entre adhesión y resultado terapéutico, pues en muchos casos la primera no garantiza el logro esperado de la segunda en cuanto que son muchos los factores que intervienen en la progresión de una enfermedad, y la adhesión es sólo uno de ellos (Ingaramo et al, 2011).

El nuevo enfoque de la atención del paciente cuestiona el uso del término ‘cumplimiento’ y sugiere el uso de adherencia, persistencia o concordancia. Por ello resulta necesario definir el término adherencia. La OMS aclara que la diferencia principal está dada por el hecho que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, mientras que el término ‘cumplimiento’ implica que el propósito de recetar es conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico. Por lo cual se recomienda que los pacientes colaboren activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados.

Cuando se habla de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para controlar la hipertensión arterial, se puede conceptualizar la adherencia como el grado de cumplimiento de los tratamientos en esta patología crónica, en el caso de este trabajo, en mayores de 60 años, en base a especificaciones médicas y puntualmente la adherencia percibida por el paciente, que corresponde a aquella reportada según la opinión del paciente sobre su logro. La meta principal de la adherencia es lograr el objetivo para el cual se indicó un tratamiento. Existen además otras conceptualizaciones, así, una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Di Mateo y Di Nicola (Nieto, Pelayo, 2009), quienes se refieren a la adherencia como una 'implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado'. Esta definición tiene la virtud de otorgar una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. En este caso el paciente debe adherirse a un plan que acepta y ha acordado con el médico tratante y en el cual se supone ha podido participar en su elaboración.

Se considera la relevancia de la adherencia por parte del paciente en primer lugar, porque gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no.

1-Definición de Adherencia.

Adhesión terapéutica es un concepto complejo que se define según Martín y Grau como "una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado" (Reyes, Martínez, Morales, Padrón, 2016).

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero la definición de Haynes y Sackett (Rodríguez Chamorro, García Jiménez, Amariles, Faus, 2008) puede ser más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su prescriptor.

Se debe considerar además que no existe una dicotomía completa entre adhesión y no adhesión, y puede realmente tratarse de una medición que suele reportar distintos grados de un continuo; por ejemplo, un paciente puede mostrar gran adhesión a tomar los fármacos, pero no a asistir a las consultas médicas, o asistir a ellas, pero tomando los medicamentos a las horas y en las dosis incorrectas, o podría asistir a las citas y tomar el tratamiento, pero no atender aspectos tales como la dieta u otros cuidados de la salud.

Una forma de clasificar la falta de adherencia terapéutica puede ser la siguiente:

- Primaria: aquella prescripción que no llega a retirarse de la farmacia
- Secundaria: alteración en la dosis correcta, cambio en los intervalos de dosificación, olvido en la administración del fármaco o aumento en la frecuencia de dosis, suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado.

También se observan como incumplidores a los que toman dosis por debajo del valor inferior e hipercumplidores a los que toman por encima del valor superior del intervalo.

Cuando se ha estudiado el período de seguimiento se puede distinguir: incumplimiento parcial, incumplimiento secuencial, cumplimiento de bata blanca, incumplimiento completo.

2-Métodos para Evaluar Adherencia.

La adherencia al tratamiento puede ser evaluada de forma directa e indirecta (objetiva o subjetivamente), aunque no existe un método de referencia completamente aceptado.

El método directo es muy preciso pero poco aplicable por el alto costo y complejidad, se basa en la determinación del fármaco, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en algún fluido biológico, frecuentemente sangre u orina. Se asume que su presencia en ellos expresa que el medicamento se ha tomado; aunque esto no es totalmente cierto ya que pueden dar por buen cumplidor al incumplidor de bata blanca. En general, son muy objetivos y específicos y obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos.

Los métodos indirectos son más simples y aplicables, pero menos objetivos (sobreevaloran la adherencia), por lo cual se recomienda implementar más de uno. Se recomienda iniciar la evaluación con un auto cuestionario. Un resultado de falta de adherencia tiene alta sensibilidad, pero ante un resultado negativo o dudas, se debería asociar otro método. Los más utilizados son:

- Recuento de comprimidos: se basa en el recuento de la medicación que queda en el envase prescripto al paciente, y que éste debe aportar al momento de ir al médico. En los ancianos puede infra estimar la adherencia ya que tienden a retirar las recetas de la farmacia antes de que se les acabe la medicación y acumular en el domicilio más comprimidos de los que necesitan.
- Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos (MENS): limitados a estudios de investigación o ensayos clínicos.
- Valoración de la asistencia a las citas previas programadas: no implica que los pacientes que acuden a las citas sean buenos cumplidores del tratamiento establecido.
- Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada: detectar el grupo de pacientes con fracaso terapéutico es importante para analizar el porcentaje que es debido al incumplimiento.
- Valoración de los efectos adversos de los medicamentos: un ejemplo de buena adherencia a los betabloqueantes para el tratamiento de la hipertensión sería el mantenimiento de la frecuencia cardiaca baja.

Métodos subjetivos (indirectos): valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población a valorar es amplia; pero son poco objetivos ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar, o del médico lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. Los más utilizados son:

- Juicio del médico acerca de cómo el enfermo cumple. Es tan sencillo como inexacto.
- Técnicas de entrevista: se basan en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento; las entrevistas permiten, además, conocer las causas de no adherencia. Existen una gran variedad, el Consenso Argentino de Hipertensión recomienda:
 - Test de cumplimiento auto comunicado o test de Haynes-Sackett: esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento.
 - Test de Morisky-Green: este método, está validado para diversas enfermedades crónicas.
 - Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad): mediante preguntas sencillas, se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento.
 - Test de Hermes: es un cuestionario integrado por 8 preguntas.

Se debe considerar que los test deben ser aplicados de acuerdo al objetivo del estudio a realizar, sus resultados deben ser comparables con estudios que hayan usado igual método ya que pueden presentar valoraciones heterogéneas o dispares entre test.

3-Descripción y Fundamentación del Método Utilizado para Evaluar Adherencia.

El Test seleccionado para conocer la adherencia en esta investigación fue el de Morisky-Green, debido a su amplia utilización en el ámbito de la salud a nivel mundial y local. En Argentina fue utilizado para conocer la adherencia al tratamiento hipertensivo en el estudio epidemiológico realizado a nivel nacional por el Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA). Es breve y fácil de aplicar. Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento. Presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión y además lo consideran un método económico. Una desventaja es que subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento, presenta baja sensibilidad y cuenta con bajo valor predictivo negativo.

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky-Green (Alonso et al., 2006) para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que pueden realizarse entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como adherente si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez (Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M, 1992) en la validación del test para la HTA y en este estudio fue elegido para confeccionar el cuestionario por considerarlo más eficiente tanto para aplicarlo como para procesarlo.

4-Adherencia en el Adulto Mayor.

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la pluripatología (2 o más enfermedades crónicas), la polimedicación (consumo de 5 o más medicamentos durante 6 o más meses), la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano.

En el grupo de población estudiado la polifarmacia es difícil de manejar y susceptible de numerosos errores y problemas relacionados con los medicamentos. Un estudio realizado en España reveló que la iatrogenia causa entre el 0,86 y el 3,9% de las visitas a los servicios de urgencias y aproximadamente el 5% de los ingresos hospitalarios en la población de adultos mayores, con su consecuente costo sanitario (Montenegro et al, 2014).

Teniendo en cuenta el incremento de población anciana esperada para los próximos años en Argentina, el incremento del consumo de medicamentos imparable y la tendencia cada vez mayor a consultar a diferentes especialistas, parece lógico pensar que la falta de adherencia terapéutica en los ancianos con enfermedades crónicas tiene que ser uno de los temas prioritarios.

Un reciente estudio realizado en pacientes medicados con enfermedades crónicas a los que se les encuestó sobre si toman su medicación correctamente (método que sobrevalora el cumplimiento), describe que entre los mayores de 65 años afirman tomarla el 75% de los que toman un medicamento, el 68% de los que toman dos, el 54% de los que toman tres, el 35% de los que toman cuatro, disminuyendo progresivamente hasta el 10% para los que toman nueve (Jauregui, Rubin, 2012). Algunos autores sugieren que el tipo de antihipertensivo puede influir en la adherencia al tratamiento. Cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente.

Entre los factores asociados con la falta de adherencia deben considerarse los vinculados a la enfermedad y su tratamiento (aceptación de la enfermedad, presencia de síntomas, comorbilidades o complicaciones o ambas, duración prolongada y el número y frecuencia

de los medicamentos), los factores intrapersonales (educación, género, edad, abuso de alcohol y drogas sociales, depresión) y los factores interpersonales (relación médico-paciente, contexto socioeconómico).

Conocer al paciente y los factores que favorecen ese incumplimiento permite diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus consecuencias. Muchos son los determinantes descritos en el anciano como causa de no adherencia al tratamiento, pero sólo existe evidencia para el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo. También, el deterioro funcional (anciano frágil) condiciona habitualmente un incremento del número de fármacos administrados y por tanto complica la adherencia (Álvarez et al, 2012). Existen pocas evidencias para los factores sociodemográficos, conocimiento de la pauta posológica o si el prescriptor es o no un especialista. Los pacientes ancianos alegan múltiples razones para no cumplir correctamente con las recomendaciones prescritas por los médicos y éstas varían de unos estudios a otros y en relación con los distintos tratamientos o enfermedades a tratar. Entre las más frecuentes están el olvido, los efectos adversos, apreciar falta de necesidad del tratamiento, no disponer de medicamentos, falta de información acerca de la administración apropiada, porque perciben que toman demasiados medicamentos, los creen inefectivos o por dificultad para tragar los comprimidos. Para establecer el perfil del anciano mal cumplidor, algunos autores mantienen que la decisión de tomar o no tomar un medicamento como está prescrito es una decisión individual que se toma en relación a las creencias que se tienen sobre la enfermedad; estudios que han analizado componentes de un “modelo basado en las creencias en la salud” como predictor de la adherencia en el anciano, han fracasado para demostrar datos significativos. Pero aunque no haya evidencia científica se debe entender que las personas toman decisiones autónomas con respecto a la toma de medicación y que las mismas están atravesadas por las creencias que se tienen.

Un tipo de incumplimiento que se olvida con frecuencia y actúa en detrimento de la salud del paciente, es la falta de adherencia de los médicos prescriptores a las guías de práctica clínica o a la evidencia para algunos tratamientos farmacológicos. Este hecho es más frecuente en el anciano como lo demuestra la poca atención que se presta en esta edad a la prevención farmacológica de las enfermedades cardiovasculares, al tratamiento de la depresión y del dolor.

Si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia causar errores en la indicación y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte.

La adherencia es un problema complejo, de alta magnitud, múltiples causas, y determinado por la acción recíproca de variados factores, donde sólo el esfuerzo conjunto de todos los profesionales de la salud junto con los pacientes llevará a la búsqueda y propuesta de alternativas de mejora.

Factores determinantes en la adherencia a tratamientos.

Varios son los factores que se relacionan con el problema de la adherencia. La OMS definió en 2004 a la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional determinado por la acción de cinco conjuntos de factores o dimensiones:

1-Factores Relacionados con el Sistema o el Equipo de Asistencia Sanitaria.

Sobre este punto pocos estudios se han realizado, no obstante esto, bien documentada está la relación entre adherencia y satisfacción con el equipo sanitario, al igual que el rol que desempeña la relación médico paciente. Se ha establecido que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, como la hipertensión, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento. La implicación activa del personal de enfermería en la detección de problemas de adherencia y el refuerzo hacia el paciente del plan terapéutico prescrito por el médico es también un elemento clave para hacer hincapié. Otros puntos a cuidar de cara a obtener adherencias óptimas serían la no contradicción entre prescripciones (Palop, Martínez, 2004) procedentes de distintos niveles asistenciales y un adecuado grado de supervisión del paciente (donde enfermería podría tener un papel importante). También se debe prestar especial atención a la situación por la que tienen que atravesar los adultos mayores y los médicos/as prescriptores donde el sistema sanitario ofrece turnos con demora de meses, lo que dificulta un seguimiento efectivo del tratamiento y control de la hipertensión, por otro lado las consultas de pocos minutos que no permiten un adecuado intercambio de inquietudes y sugerencias, y los problemas de accesibilidad limitan la interacción entre los pacientes y el equipo de salud. Algunos autores coinciden en que la reducción de los tiempos de espera y la planificación adecuada de las consultas de seguimiento han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento. Otro factor de interés lo constituye el seguimiento de la enfermedad por parte del médico. Según Chacón et al. (2015), el estudio ALLHAT, en EEUU, mostró que el control de la presión arterial se alcanzó en 56,2% de los pacientes después de un año de seguimiento y en 62,7% tras 4 años.

En la literatura especializada se ha señalado que con frecuencia el escaso control de la HTA se debe a pautas de tratamiento rígidas o incorrectas y a la utilización de asociaciones farmacológicas erróneas, el hecho de que un 23,9% de los pacientes evaluados en un estudio, con una adecuada adherencia al tratamiento no estuviera controlado puede ser atribuido a dos causas fundamentales; la primera, que no sean verdaderos cumplidores, y la segunda, la falta de decisión del médico para modificar el tratamiento, a pesar de tener conocimiento de su deficiente control. Además del conocimiento de las características farmacológicas de cada medicamento, el médico necesita incorporar habilidades para una correcta prescripción, y evitar así indicar tratamientos inefectivos, inseguros, dañinos al paciente y costosos. Unos buenos hábitos de indicación terapéutica y el seguimiento de las guías desarrolladas para tratar la hipertensión permiten hacer un uso racional de los medicamentos. Por otra parte, se ha detectado que la falta de seguimiento de las indicaciones médicas se produce muchas veces por errores en la prescripción, por ejemplo, número de dosis, horarios incorrectos o medicamentos que no son de elección para el diagnóstico, suponiendo que este sea correcto. Así el paciente se desalienta con una terapia que se alarga sin producir el efecto deseado y, en consecuencia, incumple o abandona el tratamiento.

Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control

de las enfermedades crónicas, influyen en la adherencia del paciente al tratamiento indicado.

2-Factores Relacionados con el Paciente.

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. La depresión frecuentemente ha sido asociada con los resultados que se alcanzan en las enfermedades crónicas, es importante señalar que la depresión es una patología común en los adultos mayores y que muchas veces es sub diagnosticada. Se ha estudiado la relación de la adherencia con edad, sexo o nivel de instrucción del paciente, no pareciendo que sean elementos muy relevantes.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de: seguimiento, asesoramiento, a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad. Las inquietudes por la medicación surgen de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

Con respecto a investigaciones, Di Caro en su estudio realizado en Argentina encontró que en sus pacientes, la primera causa de no adherencia fue el olvido (39,17%), seguido por el descuido con los horarios (13,33%). Las razones esgrimidas para la no adherencia son numerosas y variadas. Entre las más frecuentes figuran los efectos adversos

producidos por los fármacos y la sensación de 'sentirse peor'. Sin embargo, Barajas A. (2014) encontró, entre las causas principales de abandono de la medicación, exactamente la causa contraria: el 'sentirse bien'. Los efectos adversos, el costo de los fármacos, el número de dosis y la cantidad diaria de estas, así como el estilo irregular de vida, han sido mencionados entre las causas más comunes de no adherencia.

3-Factores Socio-Económicos.

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer otras necesidades que los adultos mayores consideran más relevantes.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar (OMS 2004).

En general en Argentina la mayoría de los adultos mayores posee una obra social que les permite obtener medicación con descuentos que pueden llegar a cubrir el 100% del tratamiento, sin embargo eso en ocasiones no es suficiente para garantizar adherencia eficiente en tratamientos. Además existen programas que apuntan a la mejora de la calidad de vida, aunque no se asegura que estos programas lleguen al total de adultos mayores debido a cuestiones de accesibilidad. Por otro lado la falta de redes de apoyo a los adultos mayores permite que se vulneren sus derechos. Situaciones de violencia tanto dentro como fuera del entorno familiar ponen en riesgo su salud y afectan su calidad de vida.

4-Factores Relacionados con el Tratamiento.

La complejidad de las pautas farmacológicas, la poli medicación, los efectos adversos y la información sobre el propósito de las indicaciones dadas, entre otras pueden favorecer o dificultar la adherencia. El número de fármacos, toma diaria o duración del tratamiento se debería correlacionar habitualmente con una peor adherencia terapéutica, si bien es destacable la debilidad de las pruebas halladas en muchos de los estudios publicados.

Un factor mencionado a menudo por los pacientes para alterar la posología "motus proprio" es el temor a las reacciones adversas de los fármacos. Sin embargo se constata que en la práctica esta razón no suele ser tan primordial como se aduce. Sí lo es, en cambio, la falta de confianza en la efectividad de la terapia o la interferencia de ésta con los hábitos y costumbres del paciente. Por último se evidencia una mayor dificultad en la fidelidad al tratamiento en aquellas terapias que implican cambios en el estilo de vida (dieta, ejercicio) con respecto a las que involucran la toma de medicamentos.

5-Factores Relacionados con la Enfermedad.

La bibliografía es coincidente en que las patologías crónicas generan mayores problemas de adherencia que las agudas, como así también la ausencia de síntomas percibidos por el paciente conduce a peores tasas de cumplimiento. El caso de la hipertensión es un claro ejemplo dado que es una enfermedad crónica que puede cursar sin síntomas, lo cual dificulta su detección y tratamiento permitiendo que progrese el deterioro y se convierta en factor de riesgo para otras patologías que pueden conducir a incapacidad y muerte (Alcantarilla, Güel, Bello, 2014). En el caso del adulto mayor con hipertensión arterial, razones como la pluri patología, la aceptación de la enfermedad y su tratamiento, la educación recibida para conocer y afrontar la patología suelen convertirse en una barrera para llevar con éxito un tratamiento y lograr controlar los niveles de presión arterial. Otras peculiaridades tales como el tiempo de evolución de la enfermedad, su naturaleza o las expectativas de curación también se han estudiado, destacándose entre todas una mejor aceptación del tratamiento cuanto más asumido está el proceso patológico por parte del paciente.

El objetivo es tratar a un paciente con Hipertensión Arterial, no a la Hipertensión Arterial; es decir, tratamiento personalizado. De esta manera son importantes y deben tenerse en cuenta para la elección del medicamento, la edad, el sexo, el peso, los hábitos tóxicos, la presencia de otras enfermedades y el consumo de otros medicamentos, además de factores o dimensiones, como los nombra la OMS, que pueden determinar la conducta de los pacientes a la hora de adherir a un tratamiento.

A pesar de los esfuerzos por controlar la Hipertensión Arterial, la adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones no farmacológicas es muy baja, lo que dificulta la disminución de la presión arterial y su mantenimiento en niveles deseados. Aquellos estudios que han demostrado la efectividad de los fármacos y de los programas de intervención en la Hipertensión Arterial y otras enfermedades crónicas, reafirman la importancia de la adherencia al tratamiento para lograrlo.

Enfrentar la falta de adherencia no es únicamente conseguir que los pacientes tomen la medicación o que mejoren su estilo de vida, sino que comprendan las perspectivas sobre los medicamentos y las razones por las que deben tomarlos. Para ello es necesario un trabajo multidisciplinario con un conjunto de actividades enmarcadas dentro de un programa dirigido a mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente y la capacitación continua de los profesionales del sector.

6-Descripción del Método Utilizado para Evaluar Factores de Influencia.

Al considerar los comportamientos de adherencia frente a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, se ha encontrado problemático que se mida únicamente si el paciente se adhiere o no sin que se tengan en cuenta los innumerables motivos que el individuo en tratamiento farmacológico para hipertensión arterial presenta. Sobre el estado del arte en la medición de los comportamientos de adherencia se encuentra que no existe una estrategia de medición única que se haya considerado óptima, sino que se sugiere un método múltiple que combine la posibilidad de auto diligenciamiento y medidas objetivas razonables. El diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en el seguimiento de tratamiento farmacológico de hipertensos mayores busca realizar

una medición de comportamientos de adherencia en esta población contemplando las recomendaciones de la OMS.

Teniendo en cuenta estas dimensiones que propone la OMS como determinantes a la hora de evaluar la adherencia terapéutica se generaron preguntas para esta investigación que apuntan a indagar en los adultos mayores cuestiones relacionadas con estos factores. Si bien existen instrumentos que evalúan los factores relacionados con la adherencia terapéutica de manera amplia y detallada en el caso de esta investigación no se implementaron dado que insumen una mayor cantidad de tiempo tanto para realizarlo como para procesarlo y además, por su extensión, predisponen, en general, de manera negativa al encuestado.

Rol de enfermería en el cuidado del Adulto Mayor Hipertenso

El cuidado del paciente hipertenso es trascendental y el rol de enfermería es participar en el proceso para detectar las distintas variables e identificar la importancia y eficiencia de algunas de las actividades desarrolladas en relación a las características y conductas de estos pacientes y el control de esta enfermedad. El rol de enfermería se basa en aplicar el conocimiento y las técnicas a la asistencia, educación, gestión e investigación con una mirada integral y superadora para la profesión y el propio desempeño.

Entender que en el proceso de salud-enfermedad existe la vida de relación y lo vincular es percibir que la enfermera no cuida a “un hipertenso”, sino que cuida y comprende la condición humana y la complejidad de la vida. Factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la vida cotidiana del paciente, cuya finalidad es mantener su estructura. Delinean la salud o la enfermedad, delimitan los nuevos estilos de vida y actúan positiva o negativamente en el paciente hipertenso.

El rol actual de la/el enfermera/o en el ámbito de la hipertensión exige ser pensado como un espacio dinámico en construcción permanente. Para su óptimo funcionamiento, necesita valerse de una práctica alejada de los desempeños estereotipados. La profesión Enfermera, como todas las demás profesiones vinculadas a la salud, se entrelaza con lo humano. Pero cuando el profesional se convierte en un técnico, pierde de vista el aspecto subjetivo. Por eso es necesario que Enfermería tenga un enfoque sobre la totalidad del paciente hipertenso y de esta manera comprender los distintos aspectos que intervienen en la enfermedad, el tratamiento y la adherencia para brindar cuidados de calidad, mejoras en la salud de los pacientes y optimizar y ampliar los horizontes de la profesión. En la actualidad, el modelo de cuidado es fundamentalmente biomédico, centrado en la enfermedad, y deja poco espacio para las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud. Es en estos ámbitos donde Enfermería debe asentar las bases de sus intervenciones con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico anti hipertensivo dado que varios factores que determinan que se lleve adelante exitosamente un tratamiento tienen que ver con cuestiones socio culturales como los hábitos arraigados, el concepto de salud, estados psicológicos o emocionales como depresión, incertidumbre con respecto al tratamiento y sus beneficios, entre otras circunstancias que no tienen que ver solo con lo fisiológico.

Como Virginia Henderson dijo, “la enfermera debe conocer qué es lo que el enfermo necesita”. Se debe colaborar con los pacientes en la identificación de sus necesidades

(físicas, mentales, emocionales, socioculturales y espirituales) y en el desarrollo de soluciones.

Varios estudios demuestran que la atención de los pacientes por profesionales de enfermería especialmente capacitados en orientación conductual dio lugar a mayor adherencia, logrando así mayor control de la enfermedad. Otro estudio también revela que la adherencia al tratamiento de la hipertensión se beneficiaría con la intervención de los profesionales de enfermería. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de Enfermería que demuestran ser determinantes en el tratamiento y la adherencia terapéutica de los adultos mayores con hipertensión.

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el equipo de asistencia sanitaria, el paciente (su familia) y el sistema de atención de salud. Resultando así la atención multidisciplinar e integral necesaria para conseguir el control de la patología y evitar sus consecuencias. Enfermería debe consolidarse como el nexo entre el equipo médico y el paciente, tiene la capacidad y conocimiento teórico y la habilidad práctica de empatizar y comprender a los seres como un todo. En la actualidad los especialistas se ven sobrecargados de consultas donde cuentan con un mínimo de tiempo disponible para atender las inquietudes de los pacientes y es en ese contexto donde el rol de Enfermería se vuelve fundamental para subsanar el vacío que se genera, donde las actividades de educación son prioritarias para que el paciente y su familia entiendan la patología y puedan llevar adelante con éxito su tratamiento.

Por otro lado la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada en última instancia por la colaboración del paciente. En este sentido es de utilidad el aporte de Dorothea Orem, reconocida teórica de Enfermería quien concibe a aquellos que reciben los cuidados de Enfermería como personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, y también capaces de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir para realizar el Autocuidado.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Para el adulto mayor con Hipertensión Arterial serían las actividades que le permitan controlar los niveles de presión arterial a través de controles médicos regulares, conocimiento de su patología y tratamiento, el mantenimiento de hábitos saludables y la adherencia del tratamiento farmacológico.

Además Dorothea Orem desarrollo la “Teoría de Enfermería del déficit de autocuidado”, compuesta por tres teorías relacionadas: la Teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la Teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la Enfermería puede ayudar a las personas, y la Teoría de sistemas de Enfermería, que describe y explica cuales son aquellas relaciones que

debemos mantener. Dentro de esta última teoría las funciones de Enfermería se clasificarían en:

- Totalmente compensatorio: -Compensar las incapacidades para el autocuidado.
 - Apoyar y proteger.
 - Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes.
 - Cultivar las capacidades existentes.
- Parcialmente compensatorio:-Realizar algunas medidas de autocuidado para el paciente.
 - Compensar cualquier limitación del autocuidado.
 - Ayudar al paciente según sea necesario.
- Apoyo/Educación: - Ayudar a tomar decisiones.
 - Ayudar al paciente a aprender.
 - Actualizar periódicamente la información

Es en esta última función donde Enfermería debería fortalecer sus actividades hacia los Adultos Mayores con Hipertensión Arterial, buscando que el objetivo del cuidado sea promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente ser proactivo y responsable en el mantenimiento y protección de su propia salud, a través del fomento y desarrollo de las capacidades de cada individuo mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le afectan. De esta manera los Adultos Mayores con Hipertensión Arterial, con el tiempo desarrollaran ciertas habilidades para mantener atención a sí mismos como agentes de autocuidado y entre estas habilidades estarán medir y vigilar su propia presión arterial, la adquisición de información para conocer la acción y las dosis de sus medicamentos para el control de la presión arterial, cómo encarar las dosis perdidas, cómo identificar los fenómenos adversos y qué hacer cuando ocurren, para precisar los alimentos que contienen sodio y decidir evitarlos, se motivaran a practicar ejercicio y así mantener cifras arteriales normales, y también serán capaces de evaluar su propia adherencia. Aunque se debe comprender que hay ciertos factores internos y externos del adulto mayor que afectan el desarrollo, calidad y nivel del propio cuidado es aquí donde Enfermería debe realizar una valoración precisa para desarrollar su tarea.

Aplicar la teoría de Dorothea Orem en el proceso de atención enfermero al paciente hipertenso ofrece varias opciones, ya que los Adultos Mayores con Hipertensión Arterial presentan una gran variabilidad en sus condiciones y esto requiere que se adopten medidas y acciones individualizadas para cada paciente. Sin embargo, existen medidas básicas que deben atenderse en todos los casos y esto significa un reto para Enfermería, ya que actualmente debe planear estrategias de atención más allá de las instalaciones físicas; procurando lograr la independencia del paciente y sobre todo fomentar el autocuidado.

La función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se enfoca en el paciente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar.

Por otro lado avanzar en la planificación y ejecución de actividades asistenciales grupales para la comunidad de adultos mayores, establecer talleres y charlas regulares sobre hipertensión, el desarrollo de guías para pacientes o la publicación de artículos de investigación para difundir el conocimiento a los pares y al público en general sobre el adulto mayor en tratamiento farmacológico para hipertensión demostrara que el papel de

Enfermería no es solo asistencial y que cuenta con herramientas para llevar adelante la gestión de servicios y el desarrollo de investigaciones destacadas y útiles. Es necesario que la investigación cubra los vacíos en el conocimiento de la población de adultos mayores en tratamiento anti hipertensivo y su adherencia terapéutica. En general, la investigación debe procurar adquirir una mejor comprensión de los determinantes de la adherencia ya mencionados para que puedan desarrollarse intervenciones efectivas que aborden las limitaciones y superen barreras.

A medida que el contexto sanitario se desarrolla y Enfermería se profesionaliza, surgen preguntas sobre la dirección hacia donde la profesión se mueve. En este nuevo contexto, la investigación de enfermería es necesaria para ser profesionales competentes dentro de la compleja realidad del sistema actual de cuidado de la salud. Esta complejidad deriva del envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas como la Hipertensión, la disminución de las estancias hospitalarias, con un aumento del grado de gravedad de los pacientes ingresados, el progreso de la tecnología y los cambios sociales en el ámbito familiar. El análisis de la función de Enfermera en la planificación, realización y evaluación de la investigación, la divulgación de resultados y la aplicación en la práctica, proporcionan las bases para entender el rápido crecimiento de la investigación de enfermería en el cuidado del paciente a nivel mundial, aunque en menor magnitud en el ámbito local.

Por otra parte, en el desarrollo de la función Enfermera, existen aspectos relacionados con la teoría y la práctica, que resultan problemáticos y necesitan ser solucionados; estos son la separación crónica de la teoría y la práctica, y la realidad frente al ideal de Enfermería. Por lo tanto, se debe hacer un esfuerzo por alcanzar un objetivo importante: la práctica y la teoría de Enfermería deben unificarse y ambas fundamentarse firmemente en la realidad, en la evidencia científica y en el desarrollo de la humanidad.

Para alcanzar los objetivos mencionados, la/el enfermera/o debe:

- Conocer qué es lo mejor para el paciente.
- Responder a las necesidades del paciente.
- Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.
- Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.
- Reconocer que en cualquier momento una persona puede necesitar ayuda de otra. La enfermera o enfermero puede requerir ayuda para el mantenimiento o desarrollo de habilidades, para el autoconocimiento o la comprensión de otros.
- Potenciar la dignidad y el valor de las personas.
- Enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado y a la adaptación.

Por otro lado, en cuanto a estrategias de Enfermería para mejorar la adherencia se pueden destacar las siguientes:

- La evaluación del grado de la adherencia mediante preguntas no amenazantes.
- Preguntar acerca de los efectos colaterales de la medicación y su efecto sobre la calidad de vida del paciente.

- Educar a los pacientes en su enfermedad, la importancia de la adherencia, modo en que ayudará el tratamiento, efectos colaterales posibles y cómo afrontarlos.
- Sugerir señales y recordatorios como los programas detallados, integrar los momentos de medicación con los hábitos diarios, usar pastilleros y cronómetros, alarmas, localizadores.
- Recompensar y reforzar el comportamiento de adherencia, por ejemplo, por medio de esquemas y gráficos que expongan la repercusión de la medicación sobre los marcadores clínicos de la enfermedad: es decir, menor presión arterial.
- Alentar al paciente para que cultive las relaciones terapéuticas con los profesionales de la salud y converse con los compañeros y miembros de la familia.

Enfermería debe apoderarse del espacio que se propicia ante las condiciones actuales donde el número de adultos mayores aumenta día a día, las consultas con los especialistas son espaciadas en el tiempo y cuentan de pocos minutos para llevar adelante una atención completa e integral y los sistemas de salud hablan de promoción y prevención pero parece dificultoso llevarlo a la práctica. La participación del personal de enfermería en el fomento de actitudes, por parte del paciente (y familia), que permitan sobrellevar la patología y su tratamiento es determinante para propiciar los cambios en el estilo de vida del individuo y su familia los cuales se requieren para minimizar los factores de riesgo cardiovascular, mejorar las conductas ante los tratamientos y el control de la hipertensión, dentro de las medidas protectoras, como así también para el planteo de estrategias de salud pública que optimicen los recursos invertidos en tratar la hipertensión, gestionen la atención para una mejora en la relación equipo de salud-paciente y encabecen investigaciones tendientes a conocer cuál es la dinámica de la hipertensión arterial y como afecta al adulto mayor, su familia y la comunidad.

Estrategia Metodológica.

Se realizó un estudio descriptivo sobre una población de mujeres y hombres de 60 años y más que concurren al Centro de Jubilados Medalla Milagrosa de Florencio Varela durante los meses de agosto a octubre de 2019.

Se realizó un muestreo por conveniencia. La muestra totalizó 50 adultos mayores que estuvieran en tratamiento farmacológico indicado para Hipertensión Arterial; cada uno de ellos se constituyó como unidad de análisis y de respuesta. La participación fue anónima y voluntaria.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas (ver Apéndice 1), respondidas por los propios participantes.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa Excel.

Definición operacional de las variables:

Las variables consideradas fueron:

- Edad (unidad de medida: años).
 - 60 a 69
 - 70 a 79
 - 80 y más.
- Género.
 - Femenino
 - Masculino
- Tiempo de tratamiento farmacológico antihipertensivo (unidad de medida: años)
 - Menos de 1
 - Entre 1 y 3
 - Entre 4 y 6
 - Entre 7 y 9
 - 10 y más
- Cantidad de medicamentos que consume por día
 - Entre 1 y 2.
 - Entre 3 y 4.
 - 5 y más.
- Cobertura de la obra social del tratamiento farmacológico antihipertensivo
 - Sin cobertura
 - Hasta el 30%
 - Del 40 al 50%
 - Del 60 al 80%
 - Cobertura del 100%
- Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.-Test de Morisky-Green. (Se considera adherente quien responde 'No' a las 4 preguntas)
- Olvido de toma de medicación antihipertensiva.
 - Si

- No
- Olvido de toma de medicación antihipertensiva a horario.
 - Si
 - No
- Abandono de la medicación por sentirse bien de salud.
 - Si
 - No
- Abandono de la medicación por sentirse mal de salud por la toma de medicación
 - Si
 - No
- Causas de interrupción del tratamiento farmacológico antihipertensivo.
 - Sin interrupción
 - Por indicación médica
 - Por efectos adversos
 - Por falta de medicación
 - Por falta de dinero
 - Por otras causas
- Conocimiento de los efectos de la hipertensión no controlada.
 - Si
 - No
- Tipo de complicaciones de la hipertensión no controlada
- Realización de controles médicos periódicos.
 - Si
 - No
- Profesionales de los que se recibe información sobre el tratamiento antihipertensivo
 - Médicos
 - Enfermeros
 - Farmacéutico
- Opinión sobre información recibida del equipo médico sobre el tratamiento antihipertensivo y sus efectos.
 - Insuficiente.
 - Medianamente suficiente.
 - Suficiente.
- Cumplimiento de indicaciones médicas para la hipertensión arterial no farmacológicas.
 - Si
 - No
- Tipo de indicaciones terapéuticas para la hipertensión arterial no farmacológicas que se cumplen.

Operacionalización de variables:

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
-Conocer el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico.	-Factores relacionados con el tratamiento anti hipertensivo	-Olvido de toma. -Olvido de toma en horario. -Abandono de tratamiento al sentirse bien. -Abandono de tratamiento al sentirse mal.	-SI/NO -SI/NO -SI/NO -SI/NO
-Identificar características de los adultos mayores relacionadas con la toma de medicación antihipertensiva.		-Causas de interrupción de tratamiento farmacológico.	Sin interrupción. Indicación medica Efectos adversos Falta de medicación Falta de dinero. Otras causas. (respuesta abierta)
-Relacionar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con género, edad, tiempo de tratamiento, cantidad de medicación diaria y cobertura para afrontar el tratamiento.	-Característica del paciente y su tratamiento	-Edad	60-69 70-79 80 y más
		-Genero	Femenino Masculino
		-Tiempo de tratamiento	Menos de 1 año Entre 1 y 3 años Entre 4 y 6 años Entre 7 y 9 años 10 o más años
		-Medicación diaria	Entre 1 y 2 Entre 3 y 4 5 y más
		-Cobertura obra social.	Sin cobertura Hasta el 30% Hasta 50% Hasta 80% Cobertura 100%
-Relacionar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con el conocimiento de los efectos de la hipertensión no controlada y la realización de los controles médicos.	-Conocimiento de patología	-Conocimiento de efectos de la Hipertensión Arterial no controlada.	-SI/NO
		-Nombrar complicaciones de Hipertensión no controlada.	-Respuesta abierta
		-Controles médicos.	-SI/NO
- Determinar de que profesionales reciben información sobre el tratamiento antihipertensivo, opinión sobre la información recibida y seguimiento de indicaciones terapéuticas no farmacológicas.	-Información recibida.	-Profesionales de los que recibe información.	-Médica/o. -Farmacéutica/o. -Enfermera/o.
	-Indicaciones no farmacológicas	-Seguimiento de indicaciones no farmacológicas. -Nombrar que indicaciones sigue	-SI/NO -Respuesta abierta.

Resultados

Se encuestó a 50 personas de 60 y más años, con indicación de medicación para hipertensión arterial que concurrieron al Centro de Jubilados Medalla Milagrosa de Florencio Varela entre los meses de agosto y octubre de 2019.

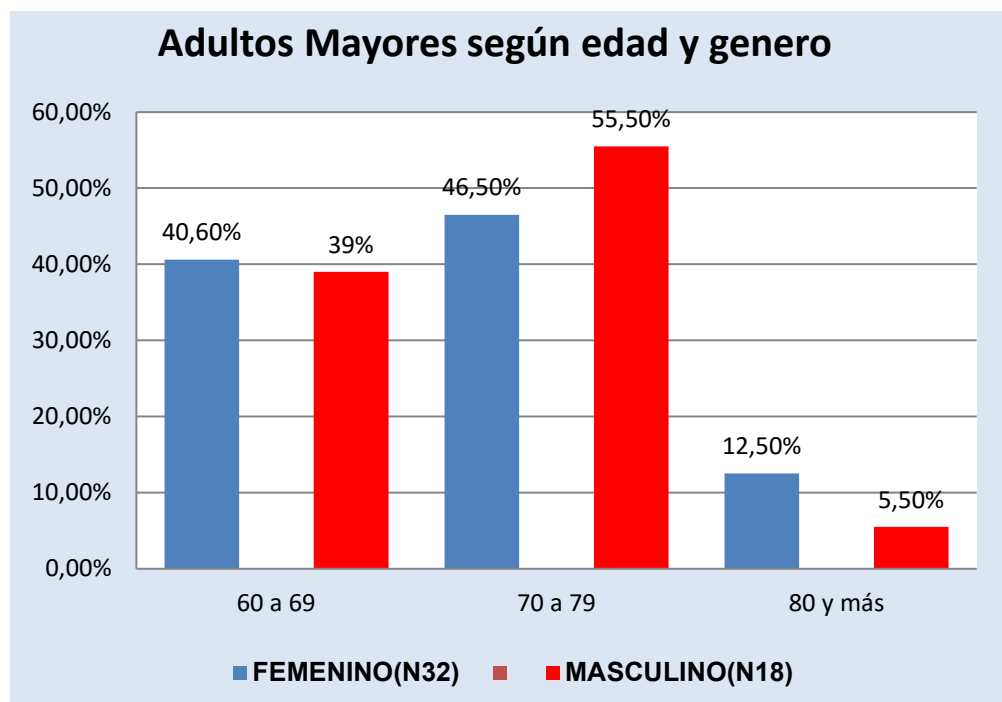
De la población estudiada, 32 fueron mujeres y 18 hombres, a razón de 1,8 mujeres por cada hombre.

En su mayoría pertenecían al grupo etario de 70 a 79 años. El 12,5% de las Adultas Mayores tenía 80 o más años. La edad media de los participantes fue de 72,05 años.

Tabla N° 1: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según edad y género – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Edad (en años)	Género				Total	%
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%		
60 a 69	13	40,6	7	39	20	40
70 a 79	15	46,5	10	55,5	25	50
80 y más	4	12,5	1	5,5	5	10
Total	32	100,0	18	100,0	50	100,0

Gráfico N° 1: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según edad y género – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

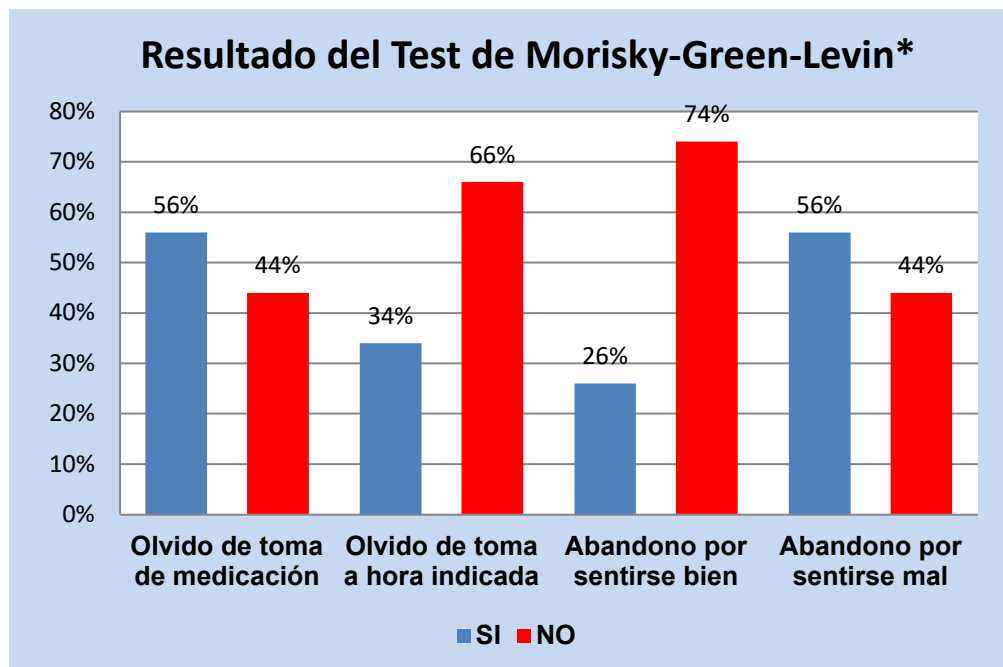


El Test de Morisky-Green para conocer la adherencia e identificar ciertas conductas con respecto a la toma de medicación está compuesto por preguntas cuya opción de respuesta es 'sí' o 'no' considerando adherentes a quienes responden 'no' a las 4 preguntas formuladas. Así se observó que el 56% de los encuestados declara olvidarse de tomar la medicación y el 34% olvida tomar los fármacos a la hora indicada. Cuando se siente bien, el 26% respondió que deja de tomar la medicación, mientras que el 56% lo hace cuando se siente mal.

Tabla N° 2: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según resultados del Test de Morisky-Green – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Preguntas del Test de Morisky-Green	Si		No		Total	Total
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Se olvida de tomar la medicación Antihipertensiva?	28	56	22	44	50	100
¿Olvida tomar la medicación anti hipertensiva a la hora indicada?	17	34	33	66	50	100
Si se siente bien de salud ¿deja de Tomar la medicación antihipertensiva?	13	26	37	74	50	100
¿Abandona la medicación si se siente mal de salud por el fármaco antihipertensivo?	28	56	22	44	50	100
Total de personas que respondieron 'NO' a las 4 a las preguntas	22	44% de Adherencia en la muestra				

Gráfico N° 2: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según resultados del Test de Morisky-Green-Levine – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019

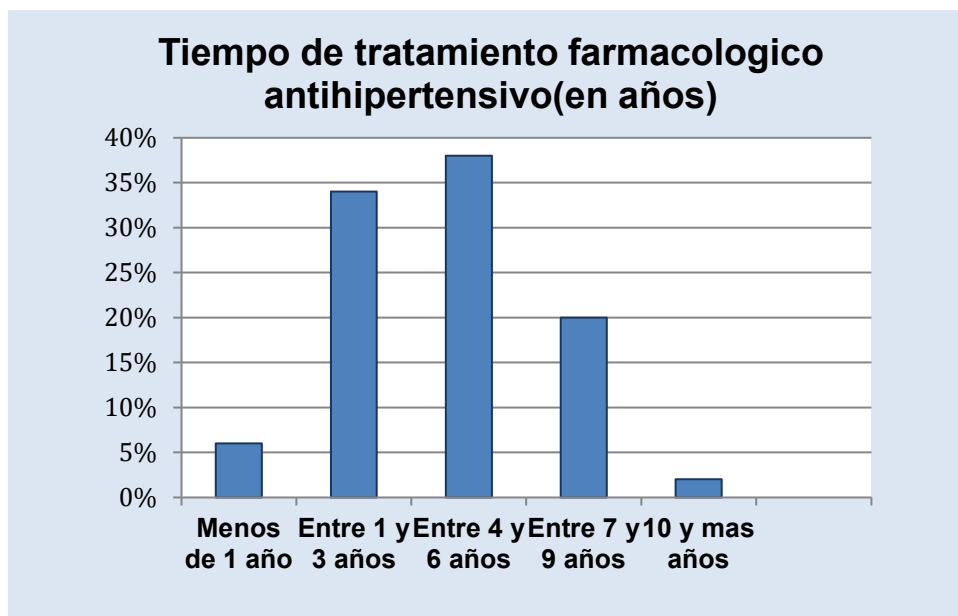


El tiempo de tratamiento fue, en el 38 % de entre 4 y 6 años, seguido por el 34% de los que llevaban entre 1 y 3 años de tratamiento. Solamente el 2% (1 persona) tenía 10 o más años de tratamiento.

Tabla N° 3: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según tiempo de tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Tiempo de tratamiento farmacológico antihipertensivo (en años)	Total	%
Menos de 1	3	6
Entre 1 y 3	17	34
Entre 4 y 6	19	38
Entre 7 y 9	10	20
10 y más	1	2
Total	50	100,0

Gráfico N° 3: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según tiempo de tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

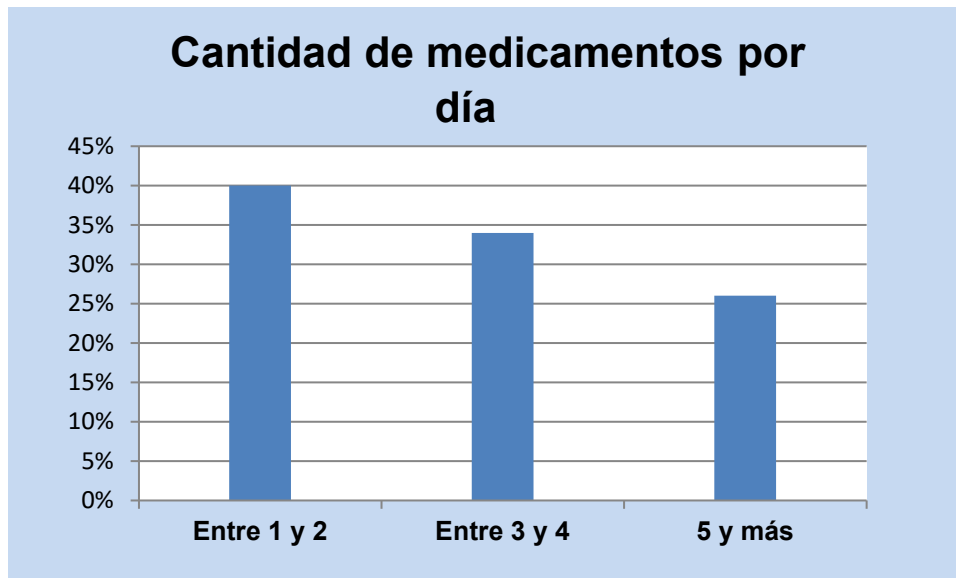


Con respecto a la medicación, el 40% tomaba entre 1 y 2 fármacos al día por distintos motivos y el 34% entre 3 y 4 al día.

Tabla N° 4: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según cantidad de medicamentos por día – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Cantidad de medicamentos por día	Total	%
Entre 1 y 2	20	40
Entre 3 y 4	17	34
5 y más	13	26
Total	50	100,0

Gráfico N° 4: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según cantidad de medicamentos por día – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

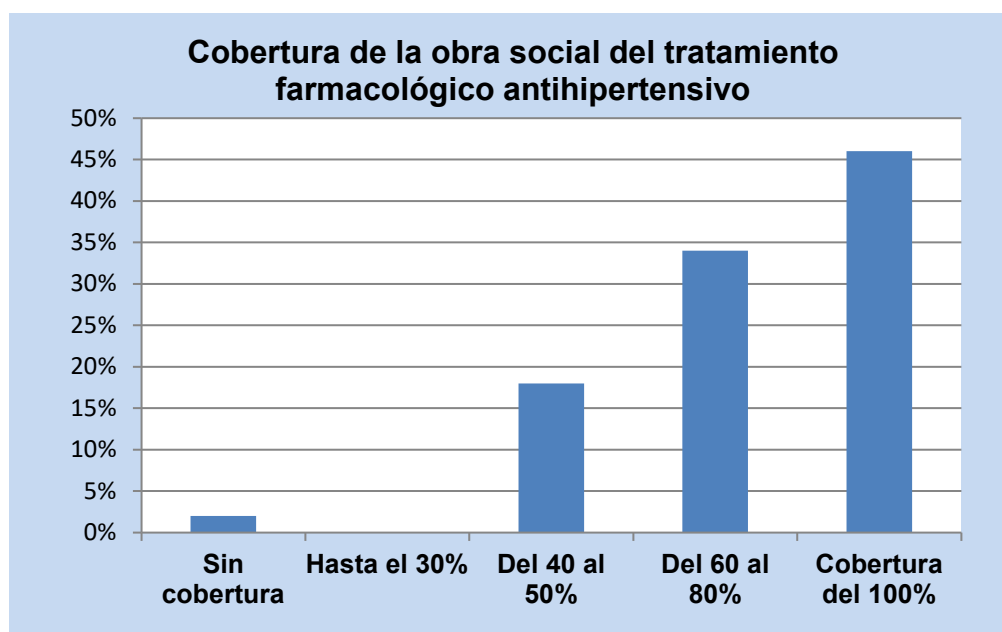


De la población encuestada, el 46% poseía una cobertura del 100% para el tratamiento farmacológico antihipertensivo, el 34% una cobertura de hasta 80% y el 18% de hasta el 50%.

Tabla N°5: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según cobertura de la obra social del tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Cobertura de la obra social del tratamiento farmacológico antihipertensivo	Total	%
Sin cobertura	1	2
Hasta el 30%	0	0
Del 40 al 50%	9	18
Del 60 al 80%	17	34
Cobertura del 100%	23	46
Total	50	100.0

Gráfico N° 5: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según cobertura de la obra social del tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

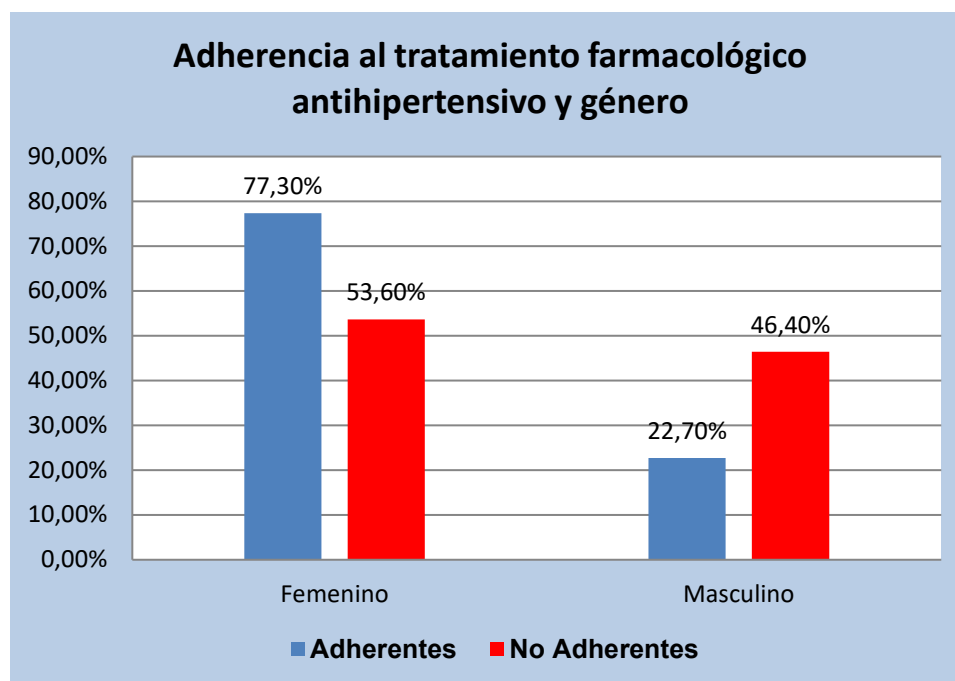


La adherencia según género mostró que entre los adherentes el 77,3% eran de sexo femenino.

Tabla N° 6: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y género – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Género	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo				Total	%
	Si		No			
	N°	%	N°	%		
Femenino	17	77,3	15	53,6	32	64
Masculino	5	22,7	13	46,4	18	36
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Gráfico N°6: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y género – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

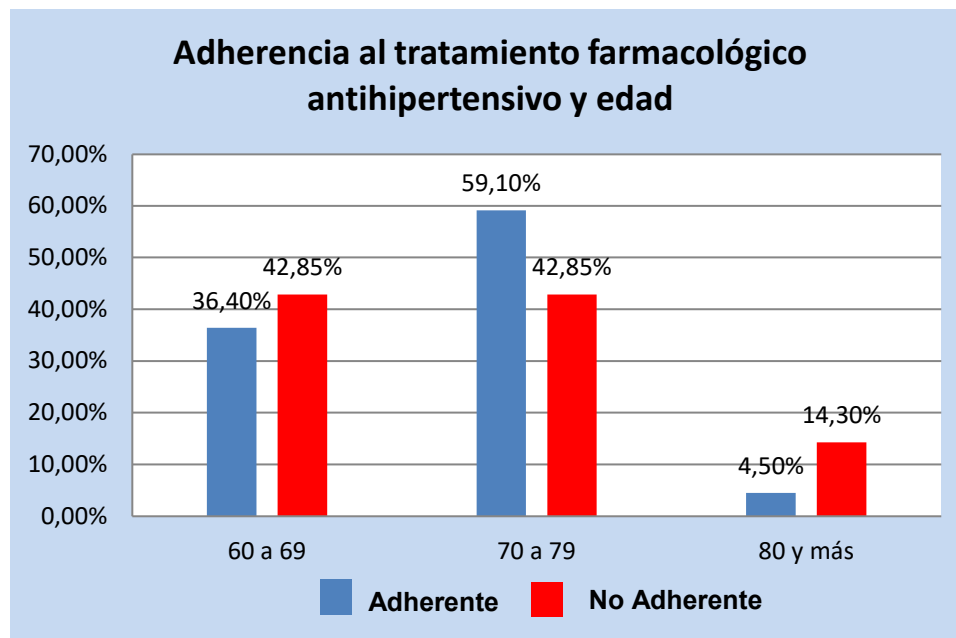


Al cruzar edad y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, puede observarse que el 4,5% de las personas de 80 y más años eran adherentes, mientras que el rango etario de 70 a 79 años que si eran adherentes al tratamiento llega al 59,1%.

Tabla N° 7: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y edad – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Edad (en años)	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo				Total	%
	Si		No			
	N°	%	N°	%		
60 a 69	8	36,4	12	42,85	20	40
70 a 79	13	59,1	12	42,85	25	50
80 y más	1	4,5	4	14,3	5	10
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Gráfico N° 7: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y edad – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

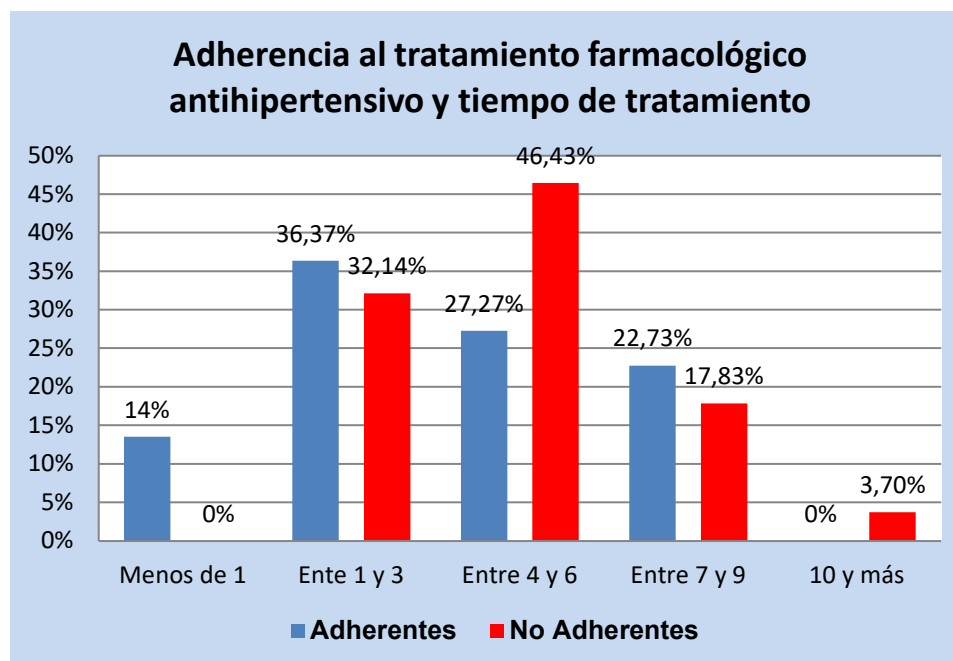


Considerando el tiempo de tratamiento y la adherencia se observa que el 36,37% de los que llevaban entre 1 y 3 años de tratamiento si presentaban adherencia, en tanto que aquellos que tenían entre 4 y 6 años mostraron ser no adherentes en un 46,43%.

Tabla N°8: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y tiempo de tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Tiempo de tratamiento farmacológico antihipertensivo (en años)	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo				Total	%
	Si		No			
	N°	%	N°	%		
Menos de 1	3	13,6	0	0	3	6
Ente 1 y 3	8	36,37	9	32,14	17	34
Entre 4 y 6	6	27,27	13	46,43	19	38
Entre 7 y 9	5	22,73	5	17,83	10	20
10 y más	0	0	1	3,57	1	2
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Gráfico N° 8: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y tiempo de tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

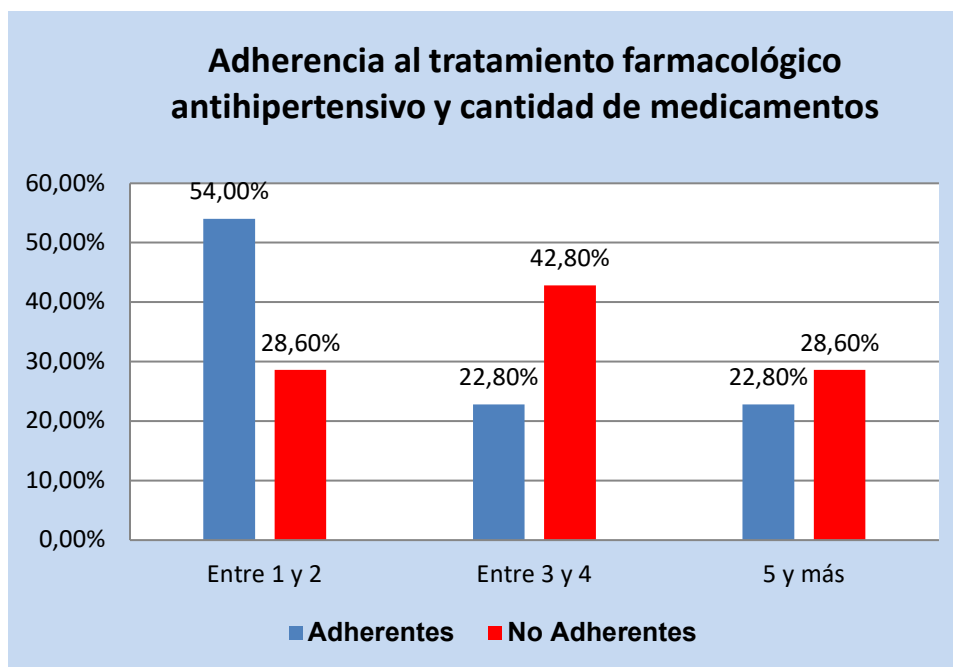


Cuando se observa la cantidad de medicación diaria y la adherencia, de los adherentes el 54,4% consumían entre 1 y 2 fármacos diarios. El porcentaje de no adherentes que consumían entre 3 y 4 medicamentos fue de 42,8%.

Tabla N° 9: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y cantidad de medicamentos por día – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Cantidad de medicamentos por día	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo				Total	%
	Si		No			
	N°	%	N°	%		
Entre 1 y 2	12	54,4	8	28,6	20	40
Entre 3 y 4	5	22,8	12	42,8	17	34
5 y más	5	22,8	8	28,6	13	26
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Gráfico N° 9: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y cantidad de medicamentos por día – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

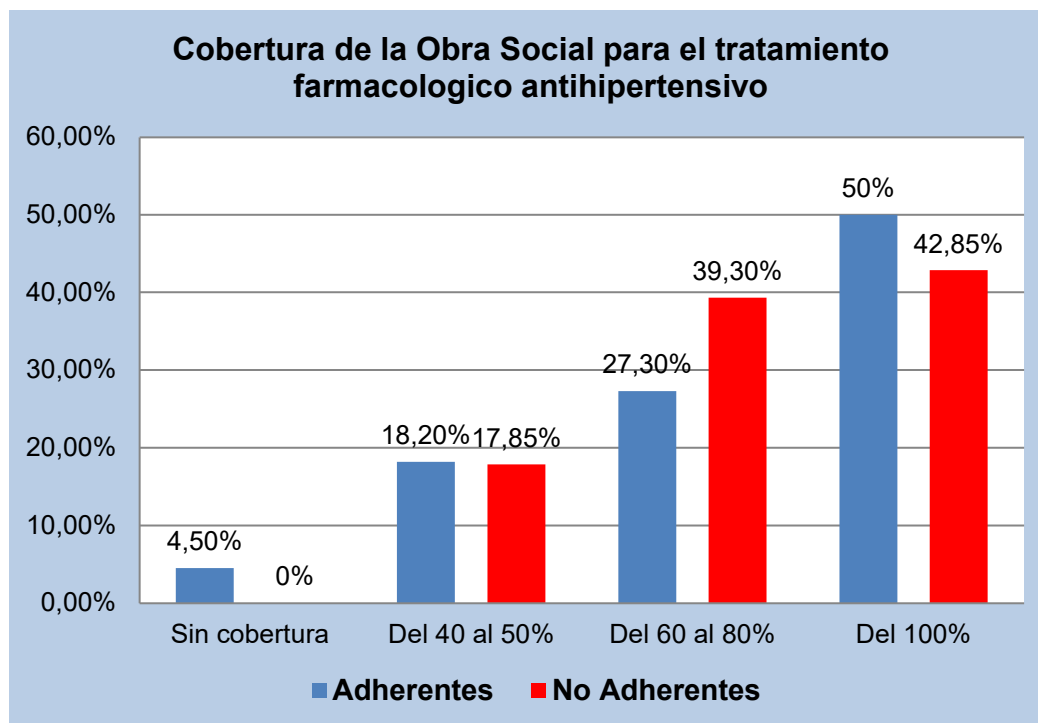


Al consultar que porcentaje del costo de los fármacos antihipertensivos cubría la obra social el 50 % de los adherentes manifestó tener cobertura total (100%) del importe de su mediación.

Tabla N° 10: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y cobertura de la Obra Social para el tratamiento farmacológico antihipertensivo– Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Cobertura de la Obra Social para el tratamiento farmacológico antihipertensivo	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo				Total	%
	Si		No			
	N°	%	N°	%		
Sin cobertura	1	4,5	0	0	1	2
Del 40 al 50%	4	18,2	5	17,85	9	18
Del 60 al 80%	7	27,3	10	39,3	17	34
Del 100%	12	50	11	42,85	23	46
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Gráfico N° 10: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y cobertura de la Obra Social para el tratamiento farmacológico antihipertensivo– Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

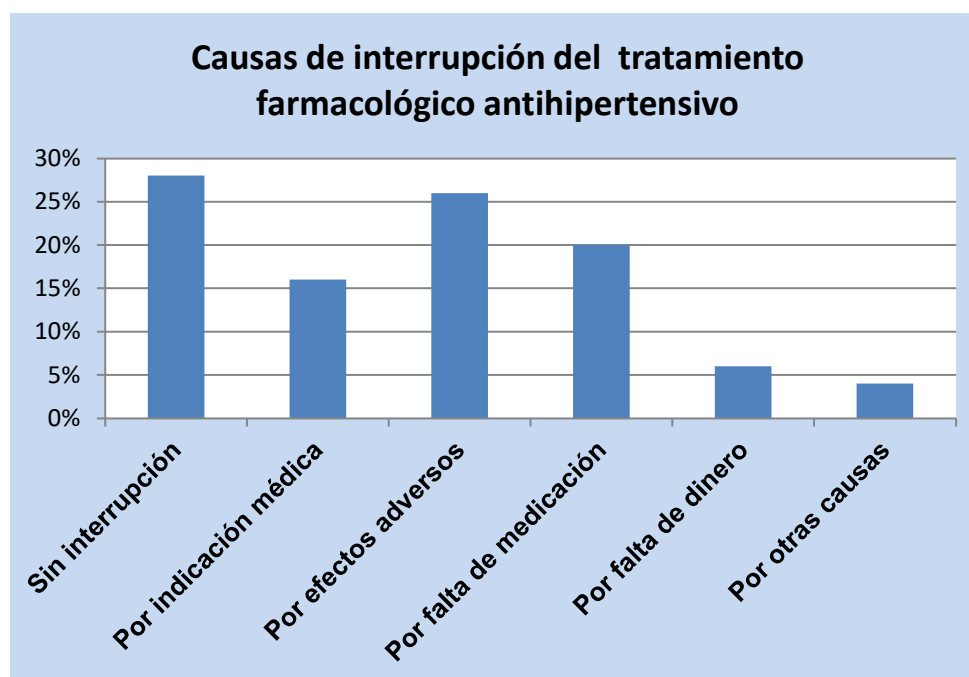


Al ser interrogados por el motivo de interrupción de tratamiento. El 28 % respondió que nunca había interrumpido su tratamiento, el 26% que lo había hecho por los efectos adversos de la medicación y el 20% por falta de medicación.

Tabla N°11: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según causas de interrupción del tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Causas de interrupción del tratamiento farmacológico antihipertensivo	Total	%
Sin interrupción	14	28
Por indicación médica	8	16
Por efectos adversos	13	26
Por falta de medicación	10	20
Por falta de dinero	3	6
Por otras causas	2	4
Total	50	100,0

Gráfico N°11: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según causas de interrupción del tratamiento farmacológico antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

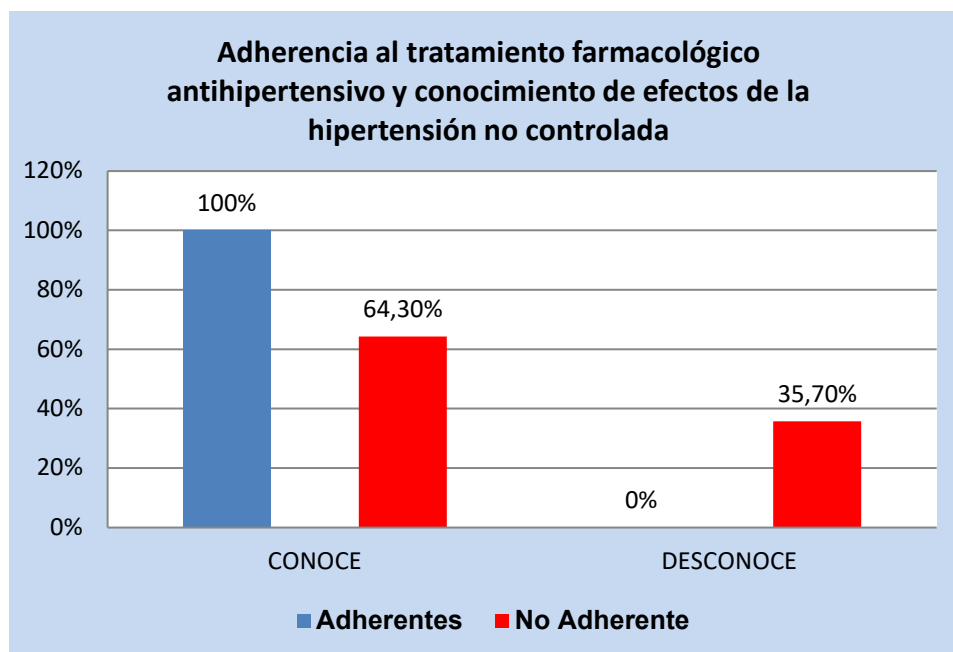


Al ser consultados por las complicaciones de la hipertensión no controlada, el 100 % de los adherentes afirmó que las conocía y el 64,3% de los no adherentes también si las conocía. Entre las complicaciones mencionadas pueden mencionarse: efectos perjudiciales a nivel cardiaco, renal y cerebral.

Tabla N°12: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y conocimiento de los efectos de la hipertensión no controlada – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Conocimiento de los efectos de la hipertensión no controlada	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo				Total	%
	Si		No			
	N°	%	N°	%		
Si	22	100,0	18	64,3	40	80
No	0	0	10	35,7	10	20
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Gráfico N°12: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y conocimiento de los efectos de la hipertensión no controlada – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

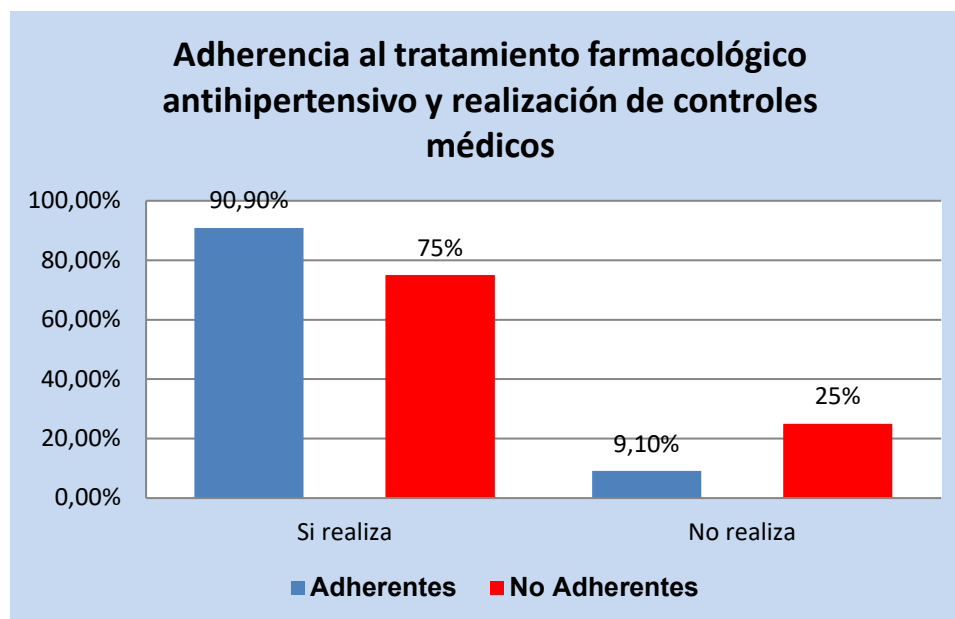


En cuanto a los controles médicos, solo el 9,1% de los adherentes reconoció que no los realizaba.

Tabla N° 13: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y realización de controles médicos – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Realización de controles médicos	Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo				Total	%
	Si		No			
	N°	%	N°	%		
Si	20	90,9	21	75	41	82
No	2	9,1	7	25	9	18
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Gráfico N° 13: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y realización de controles médicos – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

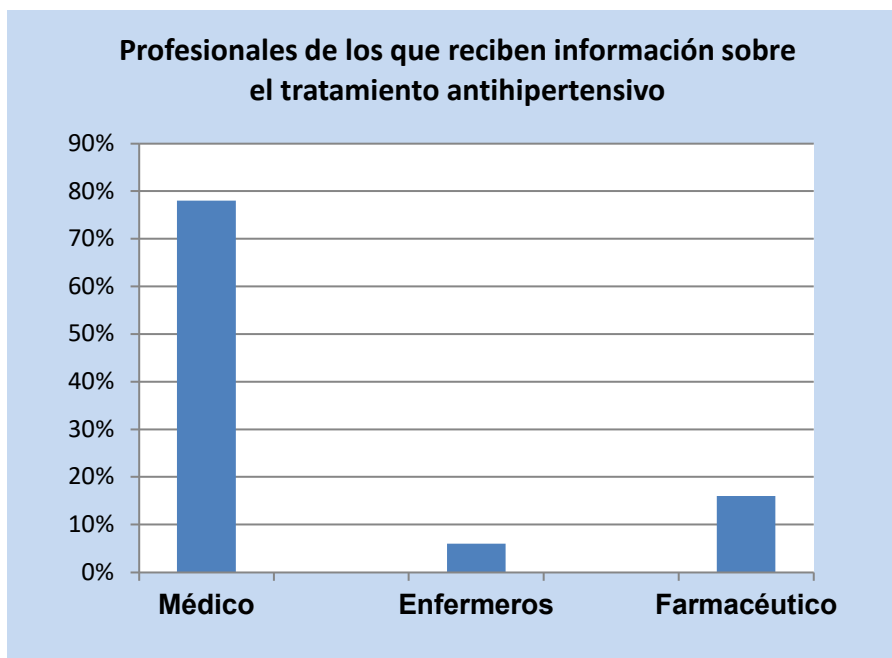


El 78 % de los encuestados manifestó que recibía información sobre el tratamiento antihipertensivo de su médico/a, el 16% de un farmacéutico/a y el 6% de profesionales de enfermería.

Tabla N° 14: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según profesionales de los que reciben información sobre el tratamiento antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Profesionales de los que reciben información sobre el tratamiento antihipertensivo	Total	%
Médico	39	78
Enfermeros	3	6
Farmacéutico	8	16
Total	50	100,0

Gráfico N° 14: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según profesionales de los que reciben información sobre el tratamiento antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

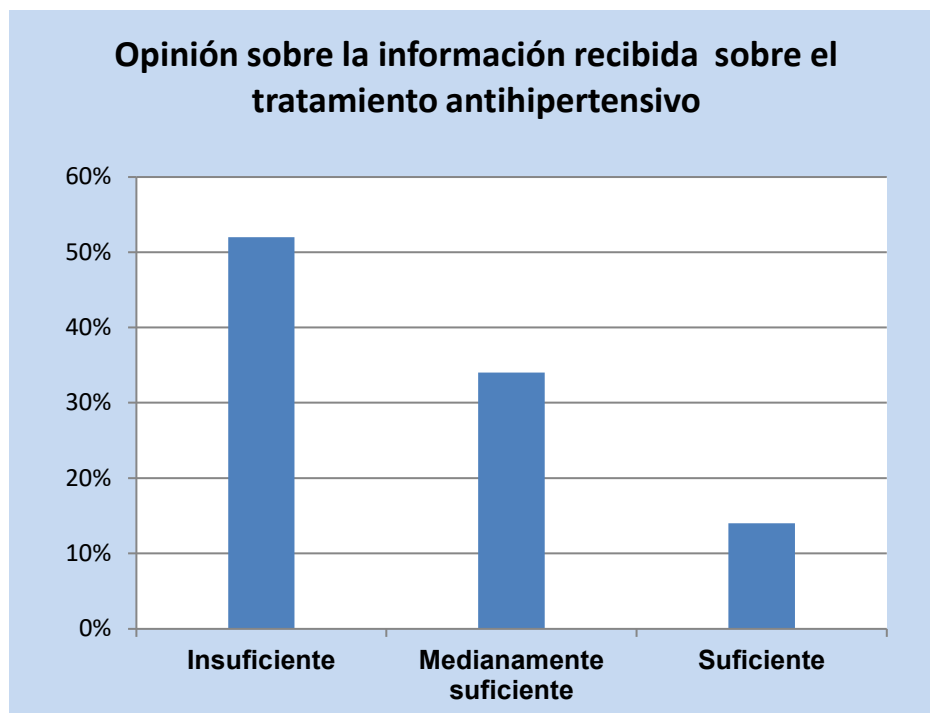


Al ser consultada la opinión sobre la información recibida sobre el tratamiento antihipertensivo, el 52 % consideró que era insuficiente, el 34% medianamente suficiente y el 14% opino que la información era suficiente.

Tabla N° 15: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según opinión sobre la información recibida sobre el tratamiento antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Opinión sobre la información recibida sobre el tratamiento antihipertensivo	Total	%
Insuficiente	26	52
Medianamente suficiente	17	34
Suficiente	7	14
Total	50	100,0

Gráfico N° 15: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según opinión sobre la información recibida sobre el tratamiento antihipertensivo – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.



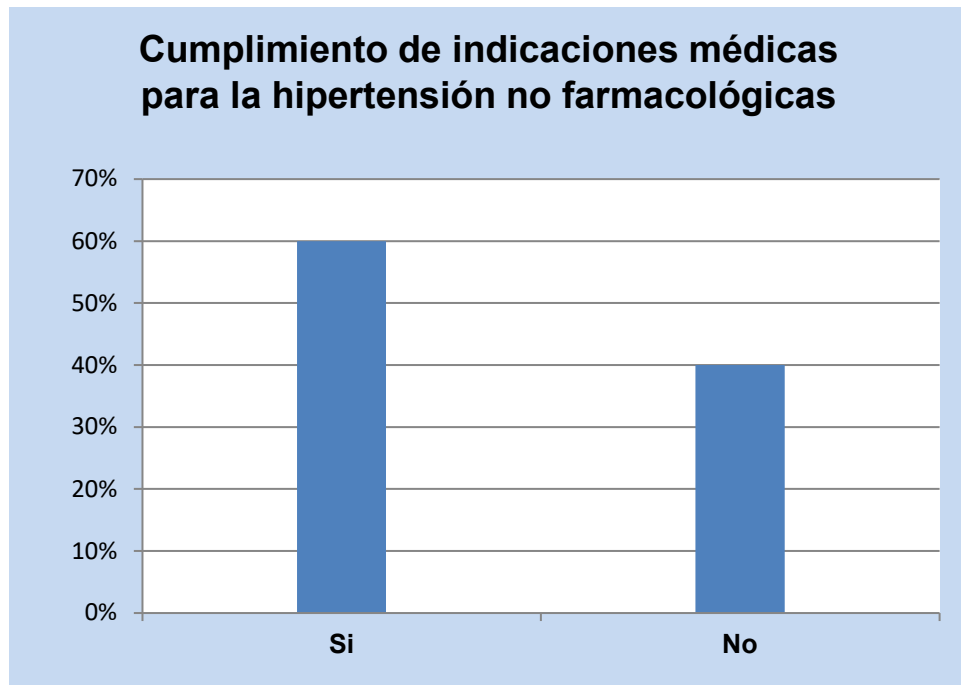
Del total de encuestados, el 60% respondió que llevaba adelante indicaciones no farmacológicas.

Entre las indicaciones no farmacológicas que cumplen, los adultos mayores mencionaron las medidas alimentarias (disminución o supresión de ingesta de sodio, alimentos sin grasa (dieta) y ejercicios físicos.

Tabla N° 16: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según cumplimiento de indicaciones médicas para la hipertensión no farmacológicas – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.

Cumplimiento de indicaciones médicas para la hipertensión no farmacológicas	Total	%
Si	30	60
No	20	40
Total	50	100,0

Gráfico N° 16: Adultos mayores del Centro de Jubilados Medalla Milagrosa según cumplimiento de indicaciones médicas para la hipertensión no farmacológicas – Florencio Varela – Agosto a Octubre/2019.



Interpretación-Discusión

Teniendo en cuenta que el objetivo general de la investigación fue 'Conocer la influencia de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico

antihipertensivo de los adultos mayores', se encontró en principio que la adherencia presente en la muestra fue de 44%, cifra inferior, si se observa el estudio RENATA-2, realizado a nivel nacional, el cual estableció que el 50,4% tomaban adecuadamente la medicación para hipertensión. A pesar que el cuestionario de 4 ítems de Morisky-Green es válido para determinar la existencia de adherencia o no, se considera conveniente realizar la valoración de adherencia según grados o niveles ya que mostrarían distintas variantes en el comportamiento de los pacientes, como los adherentes secuenciales, de bata blanca o los hipercumplidores (toma mayor a la indicada) entre otros. No obstante esto las respuestas al test dieron cuenta de la actitud de los encuestados frente a su tratamiento, dando como resultado lo siguiente:

Al preguntar si olvidaban tomar la medicación el 56% declaró que sí se olvidaba, lo que sería coincidente con un estudio realizado en Argentina que indica que la primera causa de no adherencia fue el olvido, aunque en ese estudio el porcentaje fue de 39,17%. Cabe indagar si el motivo del olvido puede estar relacionado con un deterioro cognitivo, la complejidad de las pautas farmacológicas u otra circunstancia que se convierta en una barrera para seguir adecuadamente el tratamiento. Por otra parte se encontró paradójico que solo el 34% reconociera olvidar la toma en el horario correcto. Así podría interpretarse que a pesar de no hacerlo a la hora indicada, pueden hacerlo en otro momento, pero no se sabe de qué manera compensan ese cambio en la frecuencia, ni de qué forma puede afectarlos, ya sea modificando el efecto del fármaco o causándole una reacción desfavorable.

Ahora, cuando se 'sintieron bien' fue contundente el porcentaje de los encuestados que continuo adecuadamente su tratamiento (74%), aunque sucedió lo contrario cuando percibieron efectos negativos a causa del fármaco, hallándose que el 56% abandonaba la pauta farmacológica. Los efectos adversos percibidos por los pacientes de esta muestra serian un factor relevante que podría representar una barrera para una adherencia adecuada, sin embargo la pregunta es si esa percepción es realmente consecuencia de la toma de medicación, de una toma inadecuada (alteración de dosis correcta, cambios en los intervalos de dosificación, aumento o disminución de la frecuencia de dosis, suspensión temporal de la indicación), de la interacción con otros medicamentos, de circunstancias fisiológicas o de una indicación médica que no se ajusta a la necesidad del adulto mayor.

Cabe aclarar que el objetivo de los antihipertensivos en los pacientes añosos es mantener la Presión Arterial en niveles adecuados a cada individuo, teniendo en cuenta: presencia de comorbilidades y polimedicación, la relación entre farmacocinética y farmacodinamia, llevando adelante controles frecuentes de la presión arterial y valorando si es necesario supresión, cambios o ajustes en la dosis, frecuencia o tipo de fármaco, ya que los medicamentos si no son monitorizados pueden traer consecuencias, aun siendo correctamente administrados y consumidos.

Más allá del Test de Morisky-Green, cuando se consultó por otros motivos por los que interrumpían el tratamiento farmacológico, el 44% declaro mantener el tratamiento antihipertensivo según lo pautado, es decir 'sin interrupción' (28%) o por 'indicación médica' (16%).

En la Tabla 11 puede verse que el porcentaje de adultos mayores que no sigue su tratamiento por los efectos adversos percibidos (26%) confirma y refuerza lo descripto

anteriormente, evidenciando que el malestar provocado (según los pacientes) por tomar la medicación tiene un peso relevante para sostener la adherencia terapéutica.

Otro porcentaje importante fue el de los encuestados que suspendió su toma debido a la 'falta de medicación' (20%), por lo tanto sería útil indagar si existen problemas en las farmacias, en la distribución, en la obtención de las recetas (demoras, fallas administrativas, problemas de movilidad o accesibilidad del paciente) u otros motivos que impiden tener la medicación en el momento que se necesita, representando un obstáculo para el seguimiento de la terapia y el adecuado control de la Hipertensión Arterial.

Además un 4% mencionó en 'otros motivos para interrumpir el tratamiento': 'considerar que no era necesario' y estar 'cansado de tanta medicación'. Es importante tomar este tipo de respuestas para delinear estrategias que mejoren la adherencia porque en última instancia la decisión de tomar o no tomar un medicamento como está prescrito es en gran medida una decisión individual que se toma en relación a las creencias que se tienen sobre la enfermedad y su tratamiento y más aún cuando esto implica un cambio o limitante en su vida cotidiana.

En este orden se habla de estrategias de tipo conductual que motiven a los mayores a conseguir metas a corto plazo que reflejen una mejora en su calidad de vida, que impliquen al paciente en su tratamiento dejando claro cuál es el propósito del mismo, que reacciones se espera que sucedan y cuáles serían los efectos que deben ponerlo en alerta y cómo reaccionar ante ellos, además de informar cada vez que sea posible, como manejarse cuando se pierden dosis y la importancia de no alterar la cantidad o frecuencia de las dosis y animar a comentarlo al equipo de salud cuando suceda para que en conjunto se pueda hallar un mecanismo que aporte a la mejora de la adherencia farmacológica.

En cuanto a la adherencia y género, como puede observarse en la Tabla 6, el 77,3% de quienes eran consecuentes con su tratamiento fueron las Adultas Mayores. Marcando una sustancial diferencia en la adherencia entre mujeres y hombres, ya que estos solo representaron el 22,7% de los que realizan la toma de antihipertensivo correctamente. Así mismo, si se analiza el total de hombres (N=18), el 72% no consigue cumplir adecuadamente con su pauta. Pero al hacer la misma observación en el total de mujeres (N=32) no podría apreciarse una diferencia significativa entre las Adherentes y No Adherentes.

De esta manera sería posible sugerir, dentro de esta muestra, que al compararse la adherencia según género, habría una notable distinción, donde el sexo femenino evidencia mejores resultados al momento de seguir su tratamiento antihipertensivo. Sería de utilidad indagar sobre esta situación, teniendo en cuenta que los informes muestran que las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que los hombres y una de las causas puede estar dada por la actitud presente a la hora de encarar una enfermedad y su tratamiento.

Si se observa la adherencia según la edad puede verse que entre quienes siguen la pauta farmacológica, el rango etario de 70 a 79 años es el de mayor porcentaje (59,1%), lo que podría indicar que a mayor edad mejorarían los índices de adherencia buscando, tal vez, atenuar la sintomatología hipertensiva más pronunciada con la edad. Sin embargo, el porcentaje de los adherentes de 80 y más años es de 4,5%, lo que estaría en sintonía con lo establecido en otros estudios que indican que a mayor edad, tratamiento permanente de una patología crónica, necesidad de varios fármacos para múltiples

afecciones y posible deterioro cognitivo o dificultad para sobrellevar actividades diarias, se evidencian menores índices de adherencia.

Esta variación podría indicar que distintas etapas del paciente con Hipertensión Arterial modificarían el comportamiento en el transcurso de la patología, donde en un principio a menor edad, corto transcurso de la enfermedad y poca o nula sintomatología, seguir la pauta farmacológica no se percibe como algo prioritario, pero con el paso del tiempo y la presencia de posibles complicaciones a causa de Hipertensión, sumado a otras patologías que limitarían la vida cotidiana, se tomaría mayor consciencia y habría mayor apego al tratamiento buscando controlar la patología y sus efectos. Finalmente entre quienes mayor edad tienen, mayor tiempo de tratamiento, pluripatología y polifarmacia y otras tantas circunstancias que los afectan tanto física como emocionalmente, se terminaría viendo que la adherencia se hace dificultosa de sobrellevar.

Es así que teniendo en cuenta lo anterior, se considera que en esta muestra no habría un dato concluyente que indique influencia de la edad en la consecución del tratamiento antihipertensivo.

Al analizar los datos de adherencia y tiempo de tratamiento antihipertensivo, el 52,1% de la muestra de Adultos Mayores adherentes tenía menos de 3 años de tratamiento farmacológico, mientras que los no adherentes que llevaban más de 4 años de tratamiento llegaban al 70,4%. Esta Información concordaría con lo demostrado en el estudio ENSAT (Encuesta Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento, 2005) donde se estableció que luego de 6 meses de tratamiento sólo el 50% de los pacientes hipertensos cumplía con el tratamiento. En tanto que otros estudios afirman que quienes llevan más de 5 años de tratamiento farmacológico tienen un porcentaje de adherencia de entre 10% y 15%.

Teniendo en cuenta lo mencionado entre los que toman la mediación adecuadamente, se podría sugerir que a mayor tiempo de tratamiento daría como resultado menor porcentaje de adherencia.

Por otro lado el único Adulto Mayor que llevaba 10 años o más de tratamiento, fue considerado no adherente, admitía olvido de la toma y abandono tanto al sentirse bien como mal. Además consumía 5 o más medicamentos diarios, la Obra Social solo cubría el 50% de su antihipertensivo y manifestaba interrumpir la indicación terapéutica 'por falta de medicación'. Si bien se hizo el análisis de este caso en particular, hacerlo puede servir para entender como múltiples factores afectan el comportamiento frente a la toma de los fármacos, por eso se considera el abordaje holístico con intervención de múltiples actores como lo son el equipo de salud, Obra Social, farmacia, familia y principalmente el paciente, al que no se debe culpar sino apoyar para que logre llevar adelante su terapia farmacológica.

Al observar la Tabla 9 de adherencia y cantidad de medicación diaria consumida, de los adherentes el 54,4% consumía entre 1 y 2 medicamentos, en tanto que dentro del grupo considerado no adherente en su mayoría fueron quienes consumían entre 3 y 4 fármacos con el 42,8%, mientras que 28,6% tomaba 5 o más medicamentos diarios.

Ahora bien, si se analiza que el 60% de esta muestra tomaba de 3 a más fármacos por día, y que de esa cifra el 67% no seguía su tratamiento de forma adecuada, se podría presumir que el número de medicamentos tendría alguna injerencia en el logro de la adherencia farmacológica, lo que coincidiría con otros estudios que dicen que a mayor

cantidad de fármacos consumidos menos adherencia, motivo por el cual se reforzaría la recomendación actual del uso de combinaciones de dos y tres fármacos antihipertensivos en dosis fijas en un solo comprimido, porque al reducir el número de píldoras para ingerir por día se mejora la adherencia al tratamiento y se optimiza el control de la Presión Arterial.

Cuando fueron consultados a cerca de como cubrían los gastos del antihipertensivo, el 46% tenía una cobertura del 100% de su tratamiento por parte de la Obra Social y en el 34% llegaba al 80% del valor del fármaco. Dentro de los que lograban mantener la toma correctamente, el 50% no debía hacer un gasto de bolsillo para comprar la medicación, aunque un similar porcentaje, el 42,85%, de los no adherentes tampoco necesitaba poner dinero para conseguirlo. Por otra parte, solo 3 de los 50 Adultos Mayores afirma que interrumpió su tratamiento por falta de dinero.

Por eso cabría pensar que dentro de los encuestados, al margen que el 80% tendría cubierto el costo del antihipertensivo entre un 80 al 100%, esto no podría considerarse como un determinante de la existencia o no de adherencia.

En cuanto a la adherencia según el conocimiento de complicaciones de la Hipertensión Arterial no controlada, el 100% de quienes cumplían con su tratamiento conocían sus efectos, a pesar de este dato no se podría afirmar que este conocimiento es lo que optimiza el seguimiento, ya que deberían analizarse otras variables relacionadas. Además, de los no adherentes el 64,3% afirmó conocerlas y a pesar de declarar que saben que trae aparejado problemas cardiovasculares, renales y cerebrovasculares, entre otros, dicho conocimiento no parece ser suficiente para llevar adecuadamente el tratamiento farmacológico. Otro dato fue el que indicó que todos lo que no conocen los efectos o riesgos de la Hipertensión Arterial no controlada, fueron considerados no adherentes. Al analizar esto se debería indagar las razones de la falta de conocimiento, si se le brindaron las herramientas adecuadas para llevar adelante el tratamiento o si existiría una falta de interés o una percepción negativa del cuidado de la salud.

A pesar que en este estudio no quedaría demostrado que haya algún grado de correspondencia entre adherencia y conocimiento de complicaciones, numerosos estudios afirman que a mayor nivel de motivación por el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, mayor es el grado de adherencia y por lo tanto menor el riesgo a consecuencia de la Hipertensión Arterial.

A la hora de establecer adherencia según los controles médicos, el 90,9% de los que tomaban el antihipertensivo según lo pautado, los realizaba regularmente. En tanto que en el grupo de no adherentes ese porcentaje fue de 75%, y de 25% para los que no concurrían a la consulta médica con cierta periodicidad (lo que no significa que no fueran nunca). Aunque según criterio propio no se podría confirmar la influencia entre adherencia y controles, ya que es necesario conocer en qué contexto se dan estas visitas con los profesionales y más allá de juzgar la eficacia de las consultas para generar conductas adherentes adecuadas, se debe tener en cuenta, que según la OMS, las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) tienen un peso más importante frente a otras variables como las socio- económicas. Por tal motivo se cree que los profesionales deberían construir con el Adulto Mayor una relación de confianza

que les permita delinear en conjunto estrategias de tratamiento acordes a las expectativas de cada individuo, para superar las barreras existentes.

Al momento de determinar que profesionales les aportan información sobre la enfermedad, el propósito del tratamiento y cómo manejarse con la patología, el 78% afirma recibir ese aporte de sus médicos tratantes y solo el 6%, o sea 3 de los 50 encuestados, obtiene esa información del personal de Enfermería. Este sería un dato significativo, que indicaría que Enfermería no estaría implicada en la educación de esta muestra de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial de manera activa o que el profesional no es tomado como referencia posible para evacuar dudas. En este sentido se hace necesario pensar como están estructurados los servicios sanitarios y que rol cumple Enfermería dentro de estos, que visión tienen los Adultos Mayores de las/os enfermeras/os y que hacen los profesionales enfermeros respecto a esto. Se debe tener presente que las intervenciones en salud deben evolucionar y adaptarse a las necesidades educativas de los pacientes, mediante procesos de comunicación asertiva y presencia auténtica del profesional de Enfermería, tanto dentro de las organizaciones de salud como fuera, de tal forma que se permita acompañar, evaluar y monitorizar el cumplimiento continuo del tratamiento desde el enfoque del cuidado.

En relación con lo anterior, al consultar la opinión sobre esta información recibida, el 86% de la muestra considera que no alcanza a ser suficiente según sus expectativas, es preciso destacar que el 78% obtiene esa información de sus médicos. Así se plantea el desafío de entender que información les parece más necesaria a los Adultos Mayores y cuáles son los mecanismos más eficaces para ofrecerla, ya que dentro de este grupo etario se podrían aplicar estrategias de información-educación que les permitan: entender, asumir y adaptarse a la patología; comprender el objetivo de su fármaco terapéutica y aceptarla con responsabilidad, expresando sus inquietudes o sugiriendo con claridad cambios que considere precisos; monitorizar su Presión Arterial, autoevaluar su adherencia y mantener estable su enfermedad evitando su progresión.

Por último al observar la Tabla 16, que muestra el seguimiento de indicaciones no farmacológicas, el 60% suma al antihipertensivo medidas alimentarias (disminución o supresión de ingesta de sodio, alimentos sin grasa, frutas y vegetales) y ejercicio físico, destacándose que ningún participante menciona evitar o suprimir el tabaco, el alcohol o manejo del estrés, como otra medida. En tanto que el 40% de los encuestados manifestó no seguir otras pautas, dependiendo solo de la medicación para el control de la Hipertensión Arterial, además de ese 40% un 80% es considerado no adherente, lo que podría exponer a este grupo a un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, renales y del sistema nervioso, entre otras. Está probado que la presión arterial es susceptible de control mediante modificaciones del estilo de vida, aun en los Adultos Mayores, por esa razón la pautas no farmacológica no debería considerarse un complemento de los antihipertensivos sino que debería ser el tratamiento de base, aunque los datos indican que hay menor cumplimiento de estas medidas en relación con las farmacológicas, lo que puede deberse a que la modificación de hábitos sea más dificultosa en esta etapa de la vida.

Conclusión

Si bien la adherencia es solo un componente para que los Adultos Mayores alcancen el objetivo principal de todo tratamiento farmacológico antihipertensivo, que es el control de la presión arterial en niveles adecuados a cada individuo, si un paciente no logra mantener una conducta adherente con el tratamiento es difícil estimar el efecto real del fármaco, lo que puede contribuir a prolongar la terapia o agravar los problemas de salud transformándolos en un factor de riesgo que potencialmente complique el estado de los mayores e incluso conduzca a consecuencias fatales.

Si bien en esta muestra los factores relacionados con el paciente como el olvido, percepción de efectos adversos y género o dimensiones relacionadas con el terapia como tiempo de tratamiento o cantidad de mediación diaria, sugieren cierta influencia negativa para alcanzar la adherencia, seguir adecuadamente los regímenes farmacológicos a largo plazo requiere un cambio comportamental, que incluye aprendizaje y la adopción de una actitud de toma de la medicación sistemática y consecuente.

Las estrategias a aplicar deben ser multidisciplinarias buscando establecer vínculos de confianza y contemplando todas las dimensiones, tanto físicas como psico-social que atraviesan al Adulto Mayor. Intentando en cada encuentro con los mayores aportar técnicas para manejar su patología y tratamiento, a la vez que se los involucra activamente en el logro de los objetivos terapéuticos. Individualizando y simplificando las intervenciones empleadas con la intención de apoyar y acompañar a las personas en la toma de la medicación, evitando actitudes paternalistas y motivando el autocuidado como herramienta para la promoción de la salud y la prevención de complicaciones.

En este sentido enfermería debería plantearse el desafío de volcar sus conocimientos no solo en el área asistencial, a través del cuidado y educación, sino también comenzar a planificar la gestión de servicios que apunten a esta población que crece día a día y que necesita apoyo para mantener su salud. Generar una planificación de la atención fuera del consultorio para reforzar las estrategias individuales de cada paciente es una alternativa viable que Enfermería está capacitada para llevar adelante con la intención de desarrollar habilidades de autocuidado como: medir y vigilar su propia presión arterial, la adquisición de información para conocer la acción y las dosis de sus medicamentos para el control de la presión arterial, cómo encarar las dosis perdidas, cómo identificar los fenómenos adversos y qué hacer cuando ocurren, para precisar los alimentos que contienen sodio y decidir evitarlos, motivarse a practicar ejercicio, ayudarlos a detectar circunstancias psico-sociales que interfieran en el control de la patología o ser capaces de evaluar su propia adherencia y así lograr el control de la Presión Arterial evitando complicaciones.

Además si se considera que para actuar correctamente se debe conocer sería de gran utilidad concretar investigaciones tendientes a establecer criterios de actuación que permitan mejorar y adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de las personas de 60 o más años, debido a que existe una gran variabilidad de situaciones en este grupo etario.

Así se considera a la adherencia un problema complejo, de alta magnitud, múltiples causas, y determinado por la acción recíproca de variados factores, donde sólo el esfuerzo conjunto de los profesionales de la salud, actores involucrados y Adultas/os Mayores llevará a la búsqueda y propuesta de alternativas de mejora.

Apartado- Conclusión en contexto de Pandemia.

En relación al desarrollo del trabajo dentro del contexto pandemia de covid-19 y los mecanismos de comunicación que se plantearon para avanzar en la concreción del mismo, adaptarse a las distintas formas de establecer contacto fue considerado como parte del trabajo en sí mismo y como una actividad más dentro de las funciones de Enfermería ante las dinámicas epidemiológicas y los cambios en el área sanitaria. La capacitación permanente en distintas habilidades facilita adaptarse al ritmo de las circunstancias donde se hace imprescindible una respuesta rápida y eficaz a las necesidades de la profesión, del sistema de salud y de la población. Así, por ejemplo, conocer y saber utilizar las diferentes tecnologías en comunicación permite trabajar con otros profesionales como también con los pacientes. En el caso de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se abre la posibilidad de llegar a los adultos mayores a través de los dispositivos que tienen a su alcance para apoyar, educar y facilitar el seguimiento del tratamiento y control de la Hipertensión Arterial, sin perder de vista circunstancias referentes a la accesibilidad y formación de los Adultos Mayores en el buen uso de estas herramientas, potenciando así el trabajo Enfermero en favor de la mejora de la calidad de vida de los mayores.

Bibliografía

- Alcantarilla D, Guel E, Bello J (2014). La comunicación con el paciente y la adherencia al tratamiento. Formación medica continuada en atención primaria. Vol. 21 N° 9 pág. 538-540. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://unic.org.ar/noticias.080.7/cp>
- Alonso M, et al. (2006). Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacéuticas, 13(8): 31-38. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://nx.1.ppt.ar/cos.03>
- Álvarez R, et al. (2012) Autocuidado para el control de la Hipertensión Arterial en el adulto mayor ambulatorio: una aproximación a la taxonomía. Enfermería Universitaria, 9(3)25:43. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.scielo.es/pdf>
- Área de Investigación de la SAC, Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular de la SAC, Área del Interior de la SAC, Fundación Cardiológica Argentina. Prevalencia de los factores de riesgo coronario en una muestra de la población argentina. Estudio REDIFA (Relevamiento de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología de los factores de riesgo coronario). Rev. Argent Cardiol 2002; 70:300-11. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.saha.org.ar>
- Barajas A, Ochoa A (2014). Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con Hipertensión Arterial. Av. Enferm XXXII (1):33-43. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.scielo.es/pdf>
- Berenstein, C (2017).Relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes ambulatorios. Registro de Hipertensión Arterial en la Comarca Andina del Paralelo 42. Rev. Argent Cardiol; 85:268-269. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i3.10786>.
- Berreta J, Kocial D (2017). Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor. Tratamiento según comorbilidad y daño de órganos. Rev. Arg. De Gerontología y Geriatria, 31(2):52-59. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://doi:10.1016/j.jacc.2018.11.006>
- Cáceres P, Rotta A, Costa F (2018). Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor. Rev. Med. Herd. 27:60-66. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002010000100007&lng=en
- Chacón J, et al. (2015). Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensión seguidos en un programa de salud cardiovascular (PSCV), asociación con características clínicas, socio demográficas y psicosociales. Revista Chilena de Cardiología, Vol. 34 N° 1, Abril 2015. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
- Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología y Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Revista Argentina de Cardiología. Vol.86 Suplemento 2 Agosto 2018. . Recuperado el 10 de octubre de 2018 de www.sac.org.ar
- Conthe P, et al. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev. Clin. Esp. 2014; 214(6):336-344. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.2008>.
- Delucchi A, et al. (2017)Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características Epidemiológicas de la Hipertensión Arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. Rev. Arg. Cardiol., 85:354:360. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://dx.doi.org/10.775/rac.es.v85.i4.11061>

- Global Age Watch Index (2015). Datos en Argentina de personas de 60 años y más. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.globalagewatch.org/global-agewatch/countries/country-profile>
- Ibáñez C, de Reales E (2014).Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.Av. Enferm., XXXII (1):53-62. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://dx.doi.org/021.14/d.ger.10.01>
- Ingaramo R, et al. (2011) Guía de la Sociedad Argentina de Hipertensión para el estudio, tratamiento y seguimiento de la Hipertensión Arterias [Internet] 1° ed. Argentina. Soc. Arg. De Hipertensión Arterial, 2011. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.saha.org.ar/pdf>.
- Ingaramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D y et al. (2018) Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev. Fed Arg Cardiol 2005; 34:104-11. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://fed.ar.card.org/018.sc>
- Instituto Argentino para el Desarrollo Sustentable (2013). Proyecto Estilos de vida más sustentable. Informe Final. Municipio: Florencio Varela-pág. 7. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.iade.org.ar/revista>
- Jaimes E, Hernández K, Torregroza E, Carbonell M (2017) Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos 2017. 28(3):135-141. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://scielo.isciii.es-pdf-geroko>
- Jauregui J, Rubin R (2012). Fragilidad en el adulto mayor. Revista de Hipertensión de Buenos Aires. MCMLXXXI. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.hospitalitaliano.org.ar>
- Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang T (2014). Estudio Framingham del corazón y la epidemiología de la enfermedad cardiovascular: una perspectiva histórica. The Lancet. 21 de Marzo 2014; 383(9921):999-1008. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24084292>
- Marín M, Fábregues G, Rodríguez P, Díaz M, Páez O, Alfie (2012). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. Rev Argent Cardiol 2012; 80:121-9. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.msal.gob.ar/ent/>.
- Montenegro A, Luque A, Auriolles E, Verdú B, Moreno C, Correa J (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción de principio activo. Atención Primaria. 2014; 46(5):238-245. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.003>
- Nieto L, Pelayo R (2009) Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta como objeto de la psicología de la salud. Revista Académica e Institucional, Paginas de la UCPR, 85:61-75. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://dialnet.unirioja.es>
- Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Publicaciones Generales. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

- Palop L, Martínez M. (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes ancianos. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 28 (5)113-120. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.
- Reyes M, Martínez V, Morales J, Padrón M. (2016) Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso el cuestionario Martin- Bayarre-Grau. Vol. 23(2):48-52. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-prevalencia-adherencia-terapeutica-pacientes-hipertensos-51405887116301134>
- Rodríguez C, García Jiménez E, Amariles P, Faus M. (2008). Revisión test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Artículos Especiales. Atención Primaria 40 (8): 413-417. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-test-medicion-del-incumplimiento-13125407>
- Salech F, Jara R, Michea L (2012) Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Mondes 23(1):19-29. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90361755&pidet_usuario=o&contactid
- Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2018). Consenso de Hipertensión Arterial 2018, pág. 5. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.saha.org.ar7pdf/formacion/consenso-saha-2.pdf>
- Sociedad Argentina de Cardiología. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial “Dr. Eduardo Braun Menéndez”. Consenso de Hipertensión Arterial. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial “Dr. Eduardo Braun Menéndez”. Sociedad Argentina de Cardiología. Rev Argent Cardiol 2013; 81(Supl 2):1-72. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de http://Guia_saha.pdf
- Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.msal.gob.ar/ent/>.
- Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández M, León M (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. Aten. Primaria 10(5) ,767-70, 1992. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://scielo.isciii.es/scielopid=S0212->

APÉNDICE

Apéndice 1- Modelo de cuestionario.

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA FARMACOLOGICA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Agradecemos su colaboración para responder este breve cuestionario. Responda de manera espontánea con una cruz en la opción que considere más adecuada. Si tiene dudas sobre las preguntas por favor consulte.

Encuesta N°

Fecha:

Edad _____

Género: Femenino Masculino

1-Por lo general:

¿Se olvida de tomar la medicación antihipertensiva? SI NO

¿Olvida tomar la medicación antihipertensiva a la hora indicada? SI NO

¿Si se siente bien de salud, deja de tomar la medicación antihipertensiva? SI NO

¿Abandona la medicación si se siente mal por la toma de medicación antihipertensiva? SI NO

2-¿Cuánto tiempo hace que realiza el tratamiento farmacológico antihipertensivo?

Menos de 1 año

Entre 1 y 3 años

Entre 4 y 6 años

Entre 7 y 9 años

10 y más años

3-¿Cuántos medicamentos diferentes toma al día? (Incluyendo los diferentes fármacos en todas sus presentaciones y para todos sus problemas de salud.)

Entre 1 y 2

Entre 3 y 4

5 y más

4-¿Qué porcentaje del valor del tratamiento farmacológico antihipertensivo cubre su obra social?

Nada

Hasta el 30%

Hasta el 50%

Hasta el 80%

Hasta el 100%

5-¿Alguna vez interrumpio su tratamiento para la hipertension? ¿Por qué?

Nunca lo interrumpi

Por indicacion medica

Por efectos adversos

Por falta de medicación

Por falta de dinero

Por otras causas

Especificar _____

6-¿Conoce las complicaciones de la hipertensión arterial no controlada?

SI NO

6.1-En caso de responder SI ¿Qué complicaciones conoce? _____

7-¿Realiza controles medicos regulares?

SI NO

8-Usted opina que la informacion ofrecida por el equipo de salud sobre su tratamiento y los efectos es:

Suficiente

Medianamente suficiente

Insuficiente

8.1-La informacion la recibe generalmente de:

Medico/a

Enfermero/a

Farmacéutico/a

9-Además de la toma de la medicación ¿Cumple con otras indicaciones médicas para la hipertensión?

SI NO

9.1-En caso de responder SI ¿Qué indicaciones cumple? _____

