



Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos

“Raúl Dorticós Torrado”

Policlínico Universitario Área III “Octavio de la Concepción y la Pedraja”

Trabajo de Terminación para optar por el Título de Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral

Título: Adherencia terapéutica integral antihipertensiva y factores relacionados con su incumplimiento. Consultorio -10. Área III.

Autora: Dra. Isairis Sosa Lima.

“Año 62 de la Revolución”

EXERGO

Un hombre sabio debería darse cuenta de que la salud es su posesión más valiosa.

Hipócrates

DEDICATORIA

A mis padres, a mi familia, por creer en mí, por el apoyo incondicional y por la constante motivación y dedicación para que saliera adelante en la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores, a mi tutora y amigos que hicieron posible con su ayuda la realización de esta investigación.¹

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	2
Marco teórico	 6
Objetivos	16
Diseño Metodológico	17
Análisis y discusión de los resultados	24
Resultados fundamentales	35
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Bibliografía	38
Anexos	

RESUMEN

La adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo es crucial para tener la certeza y confianza que el esquema terapéutico brindado por el médico puede dar o no resultados satisfactorios en el control de la hipertensión arterial, sin embargo es un hecho recurrente en la práctica clínica habitual el incumplimiento del mismo se considera el principal factor responsable del mal control de la enfermedad donde Influyen varios factores. Con el **objetivo** de caracterizar la adherencia a la terapéutica integral antihipertensiva y los factores relacionados a su incumplimiento, se realizó un estudio cualitativo de intervención de esquema terapéutico con elementos de indicación-prescripción. Universo: 328 pacientes de 15 a 89 años, dispensarizados en los grupos III y IV con diagnóstico de hipertensión arterial de un año. Muestra: de ellos 60 pacientes seleccionados al azar, entre 60 y 70 años que desearon participar. **Escenario**; consultorio médico de familia-10, área III. Periodo; 1ro de enero al 31 de diciembre del año 2020. Variables a investigar; edad, sexo, nivel escolar, enfermedad crónica, cumplimiento del tratamiento integral, factores relacionados con el paciente y los medicamentos en el incumplimiento del tratamiento, modalidad del esquema terapéutico, grupo antihipertensivo y medicamentos más frecuentes. Fuente de información: historia clínica individual, encuesta, formulario recolector de datos necesarios en farmacia, Test de Morisky-Green-Levine. Los resultados se mostrarán en tablas de frecuencia y de relación de variables, expresados en frecuencias absolutas y relativas, se aplicó el Chi Cuadrado de Pearson. Se arribó a conclusiones.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia terapéutica, tratamiento no farmacológico, farmacoterapia antihipertensiva.

INTRODUCCIÓN

Debido al desarrollo alcanzado por la medicina y la terapéutica se ha podido dar un giro a la principal causa de muerte, las enfermedades infecciosas, que antiguamente constituían un azote para la humanidad; dando paso a las enfermedades del corazón que ocupan el primer lugar en el mundo contemporáneo, con especial atención en países en vías de desarrollo donde Cuba se refleja como uno de ellos.¹

La hipertensión arterial (HTA), es una de las enfermedades crónica no transmisible (ECNT), la escasez de síntomas en sus etapas iniciales, unido al daño de la mayoría de los órganos y sistemas del organismo, le han dado el calificativo de «enemigo o asesino silencioso». Es el factor de riesgo más importante de muerte y discapacidad en el mundo, sobre todo las relacionadas con ictus y enfermedades del corazón, que afectan a más de mil millones de personas y causa un estimado de 9,4 millones de muertes por año, el 80 % de las cuales se registran en los países de bajos y medianos ingresos.²

Entre los indicadores básicos de salud del año 2013, en las Américas, la tasa de mortalidad total corregida por cada 100 000 mil habitantes producto a enfermedades trasmisibles era de 50,5; la de Cuba de 65,3. La de enfermedades isquémicas del corazón era de 139,6 y ocupaba el primer lugar entre los países del área.^{3,4}

En Cuba en el año 2018, la prevalencia de la HTA es de 225,2 por cada 1000 habitantes, y ésta aumenta con la edad a partir de los 25 años siendo marcada en el sexo femenino.⁵

En Cienfuegos, según estudios del proyecto CARMEN (conjunto de acciones para reducir multifactorialmente las enfermedades no transmisibles) muestra que la población ha tenido un incremento en la prevalencia de la enfermedad en los últimos 20 años y que los factores de riesgo que se analizan muestran que el problema luego de mejorar, en los últimos 10 años, empeora y de manera general los valores son muy superiores a los observados durante la primera medición CARMEN.⁶

El cuadro de salud del 2018 muestra que en estos momentos más del 35 %de la población con más de 17 años tienen un incremento sostenido de la presión arterial igual o superior a 140 o 90 mmHg.⁷

Cienfuegos cuenta con una población total de 406 998 habitantes, de los cuales, aproximadamente, 234,8 representa la prevalencia de la enfermedad, hipertensos conocidos y debidamente diagnosticados. Al concluir el año 2018 se detectaron 131 casos nuevos de hipertensos y un total de 166 decesos donde el 58% de ellos tenían antecedentes de las HTA, desplazando a un segundo lugar las enfermedades transmisibles en correspondencia con el comportamiento de la mortalidad en la provincia típico de países desarrollados. ^{5,8}

El consultorio médico de familia-10 del área III de salud durante ese año, no estuvo ajeno a esta realidad, aportando 7 pacientes a la incidencia, para un total 328 hipertensos, representando aproximadamente el 25,6 % de su población, de ellos 199 mujeres y 129 hombres, de los cuales el 100% tienen indicado las medidas no farmacológicas, el 65% con tratamiento farmacológico en monoterapia y el 30% terapias combinadas con dos y más medicamentos. ⁹

La importancia de contar con estadística actualizada sobre la hipertensión arterial como soporte a la producción epidemiológica para la implementación de políticas en salud ha sido ampliamente documentada. Variadas investigaciones en diversas partes del mundo han mostrado su interés en la adherencia terapéutica a la enfermedad y las consecuencias al pobre apego relacionado con las complicaciones posteriores, que redundan en mayores gastos de recursos y materiales con repercusión del individuo, la familia y la sociedad.¹⁰

Diversas organizaciones extranjeras, como la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH), se han impuesto la misión de la creación de guías de práctica clínica para el tratamiento de dicha enfermedad. Cuba no se ha quedado detrás y desde 1998, con la creación del Programa Nacional de Hipertensión y su continuación con las Guías Cubanas de HTA, ha constituido una importante herramienta para los médicos de todos los niveles de atención, en especial el primario.^{11,12}

Por tanto, los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración para su adecuada evolución y control. Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente.¹³

Aun cuando en las últimas décadas, se realizan múltiples esfuerzos para mejorar los procedimientos diagnósticos y enfoques terapéuticos, y se cuenta con medicamentos y otras medidas terapéuticas seguras y eficaces para las enfermedades crónicas, las evidencias científicas demuestran las dificultades en conseguir un buen control de ellas, donde, la falta de adherencia a los regímenes terapéuticos continúa siendo un obstáculo para cumplir con el propósito de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.¹⁴

Cuanto más sintomática es una enfermedad, mayor cumplimiento terapéutico se espera por parte del enfermo, pero la HTA es un padecimiento a menudo asintomático y crónico, por lo que la percepción de riesgo por el paciente con frecuencia es baja, lo cual contribuye a disminuir su adhesión regular al tratamiento integral. Sin embargo, los hipertensos que tienen experiencias personales o familiares de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares relacionados con la HTA muestran mayor adherencia.¹⁵

Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes incumplidores alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico, que abarca las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos entre otros.^{16,17,18}

A pesar de que el tratamiento regular de la HTA consigue una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, alrededor de 30% de los hipertensos diagnosticados no están bien controlados, por lo que el incumplimiento del tratamiento se considera el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad, situación que se torna aún más preocupante porque en general los pacientes incumplidores se niegan a reconocer ante los profesionales de salud su falta de apego a la terapéutica.¹⁹

La presencia de problemas en la adherencia a los tratamientos, puede manifestarse en numerosos tipos de conductas y factores que se asocian donde se destacan la motivación personal, el conocimiento de la enfermedad, dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de un medicamento u otro), la ausencia a consulta e interconsultas, la insuficiente o ausente modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento, el nivel cultural e intelectual, la existencia de una red de apoyo social al paciente hipertenso, así como con relevante importancia la práctica de la automedicación.^{20,21}

La complejidad del régimen terapéutico, el número de medicamentos a tomar, la cantidad de dosis y de tabletas por dosis, también son factores que influyen en la adhesión y que se relacionan con el esquema trazado.²²

Asimismo, los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos, o las interferencias medicamentosas, pueden causar abandono del tratamiento. Por todo ello la adherencia a la terapéutica del paciente portador de HTA es considerada hoy día un "reto terapéutico"^{22,23}

Justificación

Teniendo en cuenta que la HTA es el principal problema de salud del CMF-10, y la frecuente descompensación de estos pacientes puede asociarse a incumplimientos de las prescripciones médicas, así como; la inexistencia de estudios precedentes en el área que describan las características en la adherencia a la terapéutica integral de los que padecen la enfermedad, donde: el grado de fortaleza en campos de acción clínico-epidemiológicos, el apego al cumplimiento de las medidas no farmacológicas como eslabón fundamental para el éxito del tratamiento, y el limitado arsenal farmacológico disponible en las farmacias comunitarias, su uso racional sobre bases científicas y su cumplimiento cabal en la población, son argumentos que conducen al planteamiento de la siguiente interrogante científica y para lo cual la comunidad científica se ha pronunciado en estudios actuales.

Pregunta Científica.

¿Cómo se caracteriza la adherencia a la terapéutica integral antihipertensiva y cuáles son los factores relacionados con su incumplimiento en pacientes hipertensos del consultorio médico de familia-10 del área de salud III del municipio Cienfuegos durante el año 2020?

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Hipócrates el más célebre de los médicos de la antigüedad y otros tan afamados, desde muy temprano en la historia de la Medicina alertaron sobre la falta de fiabilidad de los informes de los pacientes sobre su ejecución de los regímenes terapéuticos prescritos, pues consideraban que, con objeto de evitar las recriminaciones de sus médicos, los pacientes daban una respuesta más socialmente deseable que veraz. A pesar de las advertencias, este tema no parece haber recibido mucha atención empírica hasta la década de 1970. ^(24, 25)

Haynes y Rand en 1976 propuso: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Las causas habitualmente conocidas más frecuentes de incumplimiento son los olvidos en las tomas de la medicación, el desconocimiento de porque debe tomarla, el miedo a presentar efectos secundarios. ²²

En la terminología médica se han empleado diversos sinónimos para referirse a la conducta de seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes: adhesión, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, concordancia y conformidad. ²⁴

En la bibliografía anglosajona suelen emplearse, habitualmente, dos términos para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas: “COMPLIANCE”, cumplimiento, y “ADHERENCE”, adhesión o adherencia y se sugiere que éste último se refiere a “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 terapéutico o deseado”.

Se entiende pues que el enfermo se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar las acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. Es decir este término implicaría una consideración activa de la persona.

25

La Organización mundial de la salud (OMS) en el año 2004, definió la adherencia al tratamiento prolongado, la misma fusiona definiciones de autores como Haynes y Rand. El proyecto considera a la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.²⁶

El tema ha sido retomado por la OMS dando a reconocer la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica, así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud.¹⁷

Revisiones a diferentes autores sobre el tema señalan que los factores relacionados con la adherencia o no de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza y se plantea que en este proceso influyen factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica, en especial, lo referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes. La diversidad de factores que influyen, así como la naturaleza diferente de los mismos, hacen de éste un problema complejo, multifactorial y multidimensional y, por tanto, difícil de abordar tanto desde el punto de vista teórico, investigativo como práctico.¹⁷

Como el abordaje terapéutico de la hipertensión es un tema difícil, por el incumplimiento a las diferentes recomendaciones terapéuticas (la no adherencia), por las consecuencias del daño que ocasiona la hipertensión en los órganos diana, ha conllevado a dichos pacientes a un aumento de la prescripción médica, los ingresos hospitalarios, en sala de cuidados intensivos, ausentismo del centro laboral y otros perjuicios a la salud individual, colectiva con repercusión en elevados costos sociales.²⁷

La principal consecuencias de la no adherencia según la OMS del “incumplimiento del tratamiento” es que este sea la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes.⁽²⁸⁾

Existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido clasificados de la siguiente manera:

- Interacción del paciente con el profesional de la salud. Es de gran importancia una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria que garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia.
- El régimen terapéutico: constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica, entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento, más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente.
- Características de la enfermedad: es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia no así el paciente asintomático.

- Factores psicosociales: influyen considerablemente las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. ^{17,25,26}

Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes de sistemas de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población. Las consecuencias de la no adherencia tienen repercusión desde el punto de vista médico, económico y psicosocial en el paciente. La adherencia se ha asociado con mejor control de la presión arterial y reducción de las complicaciones de la hipertensión. ^{28,29}

Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento pero de manera irregular y su deficiencia puede afectar a todos los grupos etáreos; la adherencia en niños y adolescentes se presenta en un rango de 48 a 100 %, con un promedio de 58 % en los países desarrollados. También reporta que los adolescentes se adhieren menos que los niños pequeños; en estos depende de la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir el tratamiento recomendado y a medida que la edad aumenta, se incrementa la capacidad de llevar las tareas del tratamiento pero siguen necesitando supervisión de los padres. ^{17,26}

En los ancianos se presentan múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamiento complejo y prolongado, además son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. La adherencia en los pacientes ancianos es un componente muy importante de la atención médica pues de no adherirse aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, las complicaciones innecesarias, la discapacidad y la muerte. De otra parte, los trastornos relacionados con la edad hacen a esta población más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia. Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres y otros no. ²⁵

Existen en la enfermedad diversos factores hipertensinogénicos:

- ❧ Obesidad.
- ❧ Resistencia a la insulina.
- ❧ Ingesta elevada de alcohol.
- ❧ Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles al sodio.
- ❧ Edad y sexo.
- ❧ Sedentarismo.
- ❧ Estrés.
- ❧ Ingesta baja de potasio.
- ❧ Ingesta baja de Calcio.

Por lo cual considerar en el tratamiento los cambios de estilo de vida demuestran efectividad en la disminución de la presión arterial. En aquellos casos que por sí solo no ha ocurrido, favorecen, pues disminuyen el número y dosificación de medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados.

Los aspectos más importantes a tener en cuenta son:

- ❧ Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad.
- ❧ Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.
- ❧ Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.
- ❧ Reducir la ingesta de sal.
- ❧ Lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta con equilibrio energético y proporcionándola de micronutrientes favorecedores para la salud.
- ❧ Eliminación del hábito de fumar. ⁽⁶⁾⁽³⁰⁾

Por tanto en el tratamiento de la hipertensión arterial la premisa fundamental debe ser: individualizar la terapéutica. Existen dos tipos de tratamientos:

- ❧ Tratamiento no farmacológico: modificaciones en el estilo de vida.
- ❧ Tratamiento farmacológico.

El riesgo de desarrollar una HTA es muy alto si no se modifica el estilo de vida y se introducen medidas higiénico-dietéticas, consistentes en la reducción de las calorías consumidas diariamente, disminución de la ingesta de sal, moderación en el consumo de alcohol, supresión del tabaco y realización de ejercicio físico de forma regular.³⁰

Para la terapia individualizada o personalizada se disponen de diferentes tipos de medicamentos antihipertensivos, los cuales disminuyen la tensión arterial, pero no todos han logrado reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular asociada a la hipertensión arterial, lo que determina que los grupos farmacológicos sean considerados como de primera o de segunda línea en el tratamiento antihipertensivo y sean utilizados según las complicaciones y los antecedentes patológicos personales de cada paciente.³¹

La farmacoterapia incluye varios esquemas de tratamiento y tipos de medicamentos, en ocasiones se indican los fármacos combinados. Es reconocida la utilidad de las diferentes estrategias no farmacológicas y las modificaciones del estilo de vida en el tratamiento de la hipertensión como primer escalón del mismo. Dentro de ellas se consideran de gran relevancia las recomendaciones referidas a la dieta, la modificación en el consumo de sal, la práctica del ejercicio físico y la reducción del peso corporal, entre otras.^{25,31,32}

Tratamiento farmacológico y medicamentos del cuadro básico de medicamentos en Cuba.^{32,33}

1. Diuréticos: Tiacidas de mediana potencia (Hidroclorotiacida, Clortalidona), ahorradores de potasio de baja potencia (Espironolactona)
2. Bloqueadores adrenérgicos de los receptores beta-1 selectivos y no selectivos: Atenolol, Metoprolol, Propranolol
 - ∞ Bloqueadores beta adrenérgico con vasodilatación adicional en el sistema cardiovascular (III Generación). Carvedilol
3. Inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona.
 - ∞ Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina-II (IECA): Captopril, Enalapril.

- ↻ Antagonistas de los receptores de angiotensina-1 (ARA): Losartán.
- 4. Antagonistas farmacológicos no competitivos del calcio (Bloqueadores de calcio):
 - No dihidropirimidinas: verapamilo, diltiazem
 - Dihidropiridinas: Nifedipino, Amlodipino.
- 5. Inhibidores de la actividad simpática central: Alfametildopa, reserpina
- 6. Vasodilatadores: Hidralazina, Minoxidilo, Diazóxido, Nitroprusiato de sodio.

32,33

Objetivos del tratamiento.

- ↻ Objetivo inicial, todo paciente hipertenso debe recibir el tratamiento adecuado para su enfermedad.
- ↻ Objetivo final, consiste en reducir la morbilidad secundaria a esta entidad.
- ↻ Inicio del tratamiento en el momento idóneo, conforme a las cifras de tensión arterial (TA) y la presencia de enfermedades de alto riesgo, considerando las dos variantes de tratamiento; el no farmacológico y el farmacológico.³³

Los principios generales del tratamiento:

- ↻ Planificar, si la situación clínica lo permite, una reducción lenta y gradual de la presión arterial.
- ↻ Aplicar medidas de tratamiento no farmacológico.
- ↻ De ser necesario, iniciar el tratamiento con una dosis baja del fármaco elegido.
- ↻ La elección de cada fármaco será individualizado para cada paciente. La individualización del tratamiento debe hacerse en base a la existencia de otra patología (asma, angina de pecho, disfunción ventricular, etc.), lesión en órganos diana, otros factores de riesgo asociados o complicaciones.
- ↻ Comprobar la respuesta en un plazo de 4-8 semanas.
- ↻ Si la respuesta no es favorable, o aparecen efectos secundarios del fármaco elegido, se deberá cambiar por otro fármaco.
- ↻ Utilizar fármacos de acción prolongada, que permitan una dosis única diaria.

- ☞ Debe buscarse alcanzar el objetivo terapéutico establecido para cada paciente.
- ☞ Utilizar, de ser necesario, asociaciones de fármacos.
- ☞ El tratamiento debe mantenerse de forma indefinida. ¹²

La farmacoterapia antihipertensiva todavía se enfrenta a una serie de objetivos incumplidos y preguntas sin respuestas, como el de lograr valores de presión arterial en pacientes de alto riesgo, así como la elección de los enfoques terapéuticos más probables que ofrezcan una mejor protección cardiovascular. ⁽¹²⁾

A pesar de los enormes progresos obtenidos en los últimos 20 años varios objetivos del tratamiento antihipertensivo no se pueden considerar como logrados. Esto se refiere en particular al control de la presión arterial, el cual se encuentra entre el 20% a 25%, dada la evidencia en la práctica clínica, lo cual resulta insuficiente si tenemos en cuenta las implicaciones para la salud de esta patología. ¹²

Los resultados de los estudios SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial), mostraron que los valores de menos de 120 mmHg comparado con el de menos de 140 mmHg redujeron la morbilidad y mortalidad en un 25 % (en pacientes sin diabetes) ³⁴

Otros autores como Ettehad, hallaron mediante un metanálisis realizado en 2016, que una reducción de la PA por debajo de 130 mmHg, se relaciona con un descenso del 20% de riesgo cardiovascular total, 17% de la enfermedad de las arterias coronarias, 27% de ictus y 28% de insuficiencia cardíaca. ³⁵

Los resultados de otro metanálisis, publicado en The Lancet, mostraron que la reducción intensiva de la PA provee mayor efecto protector vascular que los regímenes estándar. ³⁶

Aunque aún no están bien definidos los límites óptimos para la PA, la evidencia demuestra que se han obtenido mejores resultados al establecer como metas valores de PA menores a los establecidos por el 8º Reporte del Joint National Committee (JNC) y la guía para el tratamiento de la HTA de la Sociedad Europea de Cardiología y la SEH. ^{37,38}

Con respecto a "iniciar el tratamiento primero con cambios de dieta y si no funciona comenzar el tratamiento farmacológico", se considera _teniendo en cuenta la evidencia_ que lo más recomendable sería comenzar la terapia farmacológica una vez diagnosticada la HTA para minimizar los posibles daños en los órganos diana.³¹

En el VIII Informe del Joint National Commiteé se señala que la principal causa del fracaso terapéutico en el control de la hipertensión arterial es el incumplimiento del tratamiento. Algunos autores informan que alrededor del 50 % de los hipertensos están controlados.²⁵

En el mismo se plantean recomendaciones sobre evidencia científica de Ensayos clínicos controlados y se plantea para la farmacoterapia que todas las cuatro clases de drogas recomendadas por el panel tienen efectos comparables sobre la mortalidad global y los eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, con la única excepción de la insuficiencia cardiaca. El tratamiento inicial con una tiazida fue más efectivo que un BCC o un IECA, mientras que el IECA fue más efectivo que el BCC para mejorar los resultados del fallo cardiaco. Aunque el panel reconoce que mejorar los eventos asociados al fallo cardiaco era un hallazgo importante que debía considerarse al seleccionar una droga para el tratamiento inicial de la hipertensión, se concluyó que no era suficiente dentro del contexto global de evidencia para eliminar el uso de otras clases de drogas para la terapia inicial. El panel también señaló que la evidencia apoyando el control de la presión arterial en sí, más que el uso de un agente específico, era la consideración más relevante para esta recomendación.³¹

El panel no recomendó a los beta-bloqueadores para el tratamiento inicial de la hipertensión porque en un estudio el uso de un beta-bloqueador resultó en una mayor tasa del resultado primario compuesto por muerte por causas cardiovasculares, infarto de miocardio o accidente vascular cerebral, en comparación con un ARA; ese hallazgo estuvo principalmente determinado por un aumento en el accidente vascular cerebral.³¹

Los bloqueadores alfa-adrenérgicos no fueron recomendados como terapia de primera línea porque en un estudio el tratamiento inicial con un bloqueador alfa

resultado en peores resultados cerebrovasculares, de insuficiencia cardíaca y eventos cardiovasculares combinados en comparación con un diurético. ³¹

Añade el octavo reporte que no hay estudios aleatorizados de calidad buena o moderada comparando las siguientes clases de drogas con alguna de las clases recomendadas:

- bloqueadores adrenérgicos duales α -1 y β (como carvedilol)
- β -bloqueadores vasodilatadores (como nebivolol)
- agonistas adrenérgicos centrales α -2 (como clonidina)
- vasodilatadores directos (como hidralazina)
- antagonistas del receptor de aldosterona (como espironolactona)
- antagonistas adrenérgicos periféricos (como reserpina)
- diuréticos de asa (como furosemida).

Por lo tanto, esas drogas no se recomiendan como terapia de primera línea. ⁽³¹⁾

El principal objetivo del tratamiento es alcanzar y mantener la presión arterial meta. Si esta no se alcanza en un mes de tratamiento, aumentar la dosis de la droga inicial o agregar una segunda droga de las clases de primera línea. El médico debe continuar ajustando el tratamiento hasta que se alcanza la presión arterial meta. Si esta no se alcanza aun, agregue y titule una tercera droga de la lista.

No use un IECA y un ARA juntos en el mismo paciente. Pueden usarse drogas de otras clases si la presión arterial meta no se puede alcanzar usando las drogas recomendadas debido a una contraindicación o la necesidad de usar más de 3 drogas.

Puede estar indicada la referencia a un especialista en hipertensión si la presión meta no puede alcanzarse usando la estrategia anterior o para el manejo de los pacientes complicados. ³¹

Objetivos

General:

- ☞ Evaluar la influencia del programa educativo en la terapéutica de pacientes con Hipertensión Arterial en el consultorio médico de familia 10 del área III.

Específicos:

1. Identificar la relación de variables demográficas y clínicas con la adherencia a la terapéutica integral.
2. Determinar las características y causas del incumplimiento de la terapéutica antihipertensiva.
3. Evaluar la influencia del programa educativo en la adherencia al tratamiento a pacientes hipertensos.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Cualitativo de intervención.

Tipo de estudio de utilización de medicamentos: esquema terapéutico con elementos de indicación-prescripción.

Escenario: consultorio médico de la familia 10 del área III.

Universo: 328 pacientes entre 15-89 años dispensarizados en los grupos III y IV con diagnóstico de hipertensión arterial.

Muestra: aleatoria simple, 60 pacientes entre 60- 70 años sin invalidez mental (enfermedad en estadio terminal, enfermedad psiquiátrica etc.).

Periodo de estudio. Del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2020.

Ética: Se solicitó aprobación por el Consejo Científico de Policlínico y Facultad de ciencias Médicas (Anexo 1) y el consentimiento informado de los pacientes (Anexo 2) La investigación se sustentó en los principios éticos, resguardando el derecho de los sujetos a proteger su integridad, registrados en la Declaración de Helsinki de 1964 y en su versión más actual, y el cumplimiento de la "Ley de Salud Pública" en su Artículo 54. Los pacientes expresaron su libre consentimiento de participar en la investigación después de ser informados de los objetivos y el método a emplear. El estudio tuvo una finalidad puramente científica, sin afectaciones del medio ambiente ni riesgos predecibles. La información obtenida no se empleó para otros fines fuera del marco de la investigación y solo se ha utilizado la información imprescindible de acuerdo con los propósitos de la misma.

Fuentes y procedimientos para la obtención de la información. La información utilizada en la investigación se obtuvo de las historias clínicas individuales revisando las orientaciones médicas y prescripciones farmacológicas precisas, se aplicó personalmente a cada paciente una encuesta (Anexo 3) en consulta médica o en consulta en terreno la cual compilará las variables a investigar: edad, el sexo biológico, antecedentes de enfermedades crónicas definidas en operacionalización de variables asociadas a la hipertensión, el cumplimiento del tratamiento no farmacológico y los factores relacionados al paciente con su incumplimiento.

En la valoración de la presencia o no de la obesidad se calculó el índice de masa corporal (índice de Quetelet) por la siguiente fórmula. ⁽³⁹⁾

$$IMC = \left(\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{talla (m)}^2} \right)$$

Posteriormente se clasificó el estado nutricional, para el cual se tiene en cuenta las categorías siguientes: ⁽³⁹⁾

Obeso	≥ 30
Sobrepeso	25 a 29,9
Normal	20 a 24,9
Desnutrido leve	17 a 19,9
Desnutrido moderado	16 a 16,9
Desnutrido severo	< 16

Además se aplicó un Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) (Anexo 4), para evaluar la adherencia terapéutica en la Hipertensión Arterial. Se aplicó además el Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine (Anexo 5) validado para diversas patologías crónicas y desde su introducción en la práctica médica se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial. ^(40,41)

Este es un método indirecto de medición basado en una entrevista voluntaria al paciente, consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, las cuales están orientadas a definir la existencia o no de adherencia al tratamiento y refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Su ventaja es que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Por otra parte, es muy fácil de aplicar y bastante breve, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. ^(42,43,44,45)

Posteriormente se revisaron los certificados médicos de medicamentos controlados de los pacientes que formaron parte del estudio en la farmacia comunitaria, datos que fueron vaciados en el modelo recolector confeccionado a

tales efectos con los datos de interés (Anexo 6), se definieron variables como: la modalidad del esquema terapéutico, el cumplimiento del tratamiento farmacológico y los factores relacionados a su incumplimiento cabal de la terapéutica dependiente de los medicamentos y del paciente, los grupos farmacológicos y medicamentos más prescritos.

Finalmente, la información obtenida se triangulo para confirmar la veracidad del cumplimiento de ambos tratamientos (Historia clínica individual, encuesta, Test de Morisky-Green-Levine y formulario del registro de los certificados de medicamentos controlados en farmacia).

Operacionalización de las variables a investigar.

Variable independiente: Adherencia al tratamiento integral antihipertensivo.

La prueba para medir la adherencia al tratamiento fue el Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine.⁽⁴¹⁾

Variables	Tipo	Categoría	Descripción	Indicador
Adherencia a la terapéutica integral	Cualitativa nominal Dicotómica	Presente	Cumplimiento del tratamiento no farmacológico y del farmacológico según el test de Morisky-Green-Levine. ⁽⁴¹⁾	frecuencias absoluta y relativa, razón
		Ausente	Incumplimiento de uno de los dos tratamientos o de ambos según la entrevista semiestructurada y el test de Morisky-Green-Levine. ⁽⁴¹⁾	
Edad	Cuantitativa discreta			frecuencias absoluta y relativa Media aritmética
		Adulto mayor	60, 61, 62, 63,	
			64, 65, 66, 67,	
			68, 69, 70	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	1.Masculino 2.Femenino	Según sexo biológico	frecuencias absoluta y relativa razón

Nivel escolar	Cualitativa nominal Politómica	Primaria Secundaria Técnico medio Preuniversitario Universitario	Según estudios cursados y culminados en cada nivel educacional.	frecuencias absolutas y relativas, razón
Enfermedades crónicas asociadas	Cualitativa nominal politómica	Diabetes mellitus Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardíaca Neoplasia Enfermedad cerebrovascular Enfermedad renal	Según historia clínica individual y entrevista semiestructurada.	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado
Cumplimiento del tratamiento no farmacológico	Cualitativa nominal Dicotómica	Si	Se cumplen todas las medidas orientadas por historia clínica individual y en correspondencia con la entrevista semiestructurada.	Frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado
		No	Se incumplen al menos una de las medidas orientadas por historia clínica individual y en correspondencia con la entrevista semiestructurada.	
Factores relacionados con el incumplimiento del tratamiento no farmacológico	Cualitativa nominal politómica	Empleo de saleros de mesa Consumo de grasas saturadas Ausencia de consumo de K ⁺ , Ca ²⁺ , Mg ²⁺ Consumo de alcohol Consumo de cigarro sedentarismo obesidad Estrés mantenido Desconocimiento de los beneficios olvidos	Según historia clínica individual y entrevista semiestructurada	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado
Cumplimiento del tratamiento farmacológico	Cualitativa nominal Dicotómica	Si	Test de Morisky-Green-Levine ⁽⁴¹⁾ correcto a lo normado.	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado

		No	Test de Morisky-Green-Levine ⁽⁴¹⁾ con al menos una respuesta que no corresponde a lo normado.	
Modalidad del esquema de tratamiento	Cualitativa nominal Dicotómica	Monoterapia	Si consume un medicamento	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado
		Combinada	Si consume dos y más	
Grupos farmacológicos	Cualitativa nominal politómica	Diuréticos tiacídicos Anticálcicos IECAs ARAs Betabloqueadores Alfa-Bloqueadores Inhibidores de la actividad simpática central	Según historia clínica individual, formulario recolector.	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado
Medicamentos	Cualitativa nominal politómica	hidroclorotiacida clortalidona espironolactona amlodipino Verapamilo nifedipino captopril enalapril losartán atenolol propranolol metildopa reserpina prazosina	Según historia clínica individual, formulario recolector en farmacia comunitaria y medicamentos disponibles en el cuadro básico nacional. ⁽³³⁾	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado
Factores relacionados con los medicamentos al incumplimiento de la farmacoterapia.	Cualitativa nominal politómica	Carencia de medicamento en farmacia. Costo elevado.	Según formulario recolector.	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado
Factores relacionados con el paciente al incumplimiento de la farmacoterapia	Cualitativa nominal politómica	Olvidos. Se siente bien Malestar por el tratamiento Cree no necesitar tratamiento Desconocimiento de los daños a la salud	Según historia clínica individual y entrevista semiestructurada, el test de Morisky-Green-Levine.	frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado

Métodos y procedimientos estadísticos:

Las técnicas estadísticas utilizadas fueron de tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas y relativas, así como porcentajes. Los indicadores empleados en el estudio fueron descritos mediante estadígrafos de locación (media aritmética) para la edad, la razón para la relación entre adherencia a la terapéutica integral, sexo, cumplimiento del tratamiento no farmacológico y farmacológico. Se consideró un nivel de significación del 5% en todos los análisis que se realizaron y se adoptó un intervalo de confianza (IC) al 95%.

La fuerza de la asociación se estableció mediante técnicas de análisis de tablas de contingencia y se aplicará el Test de Chi Cuadrado de Pearson para variables cuantitativas para estimar si las diferencias en los resultados son estadísticamente significativas o no, admitiendo una confiabilidad del 99% y demostrando si existe relevancia en los resultados y que ésta a su vez no se comportan al azar ($p < 0.05$ Significación, $p < 0.01$ Muy significativo, $p < 0.0001$ altamente significativo)

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos, en todos los casos la fuente de estos se correspondió con la información obtenida a partir del instrumento aplicado.

- **Métodos de recolección y Procesamiento de la información:**

Para la elaboración de este estudio se utilizó una computadora personal Pentium 4 con ambiente de Windows XP y el paquete computacional MS Word XP como procesador de texto. Las tablas y gráficos se realizaron en una hoja de cálculo de MS Excel, programa de aplicación MS Office XP y Windows XP profesional como sistema operativo. La base de datos y el procesamiento de la información se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 21.0).

Aportes esperados.

- ☞ **Aporte económico.**

El conocimiento de las principales causas de la no adherencia a la terapéutica integral del paciente hipertenso en la APS es importante como soporte a la producción fármaco-epidemiológica para la implementación de políticas en salud, trazar estrategias en aras de prevenir las complicaciones de la enfermedad que

representa un elevado costo para la salud del individuo, la familia, la comunidad y los servicios sanitarios.

☞ Aporte social.

Llama a la reflexión de como los prescriptores durante las orientaciones no farmacológicas como farmacológicas, independiente del nivel de atención en que se localice, debe llevar a cabo un conjunto de acciones encaminadas a la vigilancia del cumplimiento de las indicaciones médicas y los posibles efectos adversos a la salud que pueden aparecer con la retirada abrupta de medicamentos antagonistas del sistema renina angiotensina aldosterona y sistema receptorial en aras de lograr el uso racional de los medicamentos.

☞ Aporte científico.

Establece precedentes de estudios en fármaco vigilancia de medicamentos antihipertensivos, ampliamente prescritos en la práctica clínica habitual en escenarios de la APS. Permite contar con estadística dura (datos fiables obtenidos de las farmacias comunitarias) y asienta las bases para estudios posteriores de fármaco economía.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la tabla 1 podemos ver que nuestra muestra quedó conformada por un total de 60 pacientes. Según esta distribución de sexo y grupos de edades existe una mayor prevalencia de esta patología en los pacientes mayores de 65 años en un 61,6% y al analizar la variable sexo, vemos que existe una mayor prevalencia en el sexo femenino a partir de los 60 años 66,6 %.⁹

Tabla 1. Distribución según edad y sexo.						
Grupo de Edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 64 años	14	23.3	9	15	23	38.3
65 - 70	26	43.3	11	18.3	37	61.6
Total	40	66.6	20	33.3	60	100

Fuente: Historia Clínica Familiar.

Estudios realizados demuestran que después de los 60 años 5 a 6 de cada 10 personas tienen cifras de presión arterial elevadas, esto puede estar relacionado con los cambios fisiológicos que aparecen a estas edades, aumentando el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, coincidiendo con otros estudios realizados. Esto se atribuye a los cambios producidos después de los 45 años en el organismo femenino, con una disminución de la función protectora de los estrógenos, ocasionando un aumento de las lipoproteínas de baja densidad y del colesterol.

25,26

La tabla 2 demuestra que en nuestra población estudiada prevalecen los del nivel superior o pre universitario, representado el 33.3% de los pacientes hipertensos estudiados, siendo el sexo femenino el que predomina con un 21.6%.⁹

Tabla 2. Distribución nivel de escolaridad y sexo.

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primario	4	6.6	2	3.3	6	10
secundario	12	20	3	5	15	25
Pre-universitario	13	21.6	7	11.6	20	33.3
Tec-Medio	6	10	5	8.3	11	18.3
Universitario	5	8.3	3	5	8	13.3
Total	40	66.6	20	33.3	60	100

Fuente: Historia clínica familiar e individual.

El nivel educacional se ha relacionado casi siempre con la prevalencia de enfermedades crónicas, se describe en estudios revisados, así como en el presente que es más frecuente la hipertensión arterial, lo que puede estar explicado por el estrés laboral, y por la imposibilidad en la mayoría de los casos de no poder llevar un estilo de vida saludable, además del agotamiento físico e intelectual que pudieran estar presentes.

Por otra parte, es conocido que un bajo nivel educacional puede influir también en la aparición de enfermedades crónicas por el desconocimiento de los factores de riesgos asociados y por mal afrontamiento a la enfermedad.²⁷

En la siguiente tabla nos muestra la clasificación del riesgo cardiovascular según el sexo donde vemos que predomina el riesgo cardiovascular bajo con un total de 45 pacientes para un 75%, seguido del riesgo cardiovascular moderado con un 18.3%.⁹

Tabla #3: Clasificación del riesgo cardiovascular según sexo.

Clasificación del riesgo cardiovascular	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	29	48.3	16	26.6	45	75

Moderado	8	13.3	3	5	11	18.3
Alto	3	5	1	1.6	4	6.6
Total	40	66.6	20	33.3	60	100

Fuente: Historias Clínicas

Este estudio coincide con una investigación realizada en el municipio de Colon, Matanzas donde se encontró que más del 50% de los individuos presenta nivel de riesgo bajo, por lo que difieren en la detección de las personas en los niveles más elevados.^{30, 31}

Por otra parte, Varona y Armas²⁰ refieren que, la estimación del riesgo cardiovascular en la población cubana y la determinación de su distribución en esa población es un elemento básico para la planificación e implementación de acciones preventivas y de control que sin duda redundara en una disminución de la morbilidad y mortalidad en Cuba. Aunque predomino el riesgo cardiovascular bajo en la población, son necesarios esfuerzos oportunos que impacten en los segmentos de población de más alto riesgo.³⁶

La tabla 4 muestra como un poco más de la mitad de los pacientes hipertensos son adheridos totales al tratamiento (68.3%), de los restantes un 21.6% lo hace de forma parcial y en menor medida son no adheridos.⁹

Tabla 4. Nivel de Adherencia terapéutica según sexo.

Nivel de Adherencia	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	26	43.3	15	25	41	68.3
Parcial	8	13.3	5	8.3	13	21.6
No Adheridos	2	3.3	4	6.6	6	10
	36	60	24	40	60	100

Fuente: Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) aplicado.

Podemos concluir además que las mujeres cumplen mejor el tratamiento antihipertensivo que los hombres al tener un mayor porcentaje de adherencia total,

coincidiendo con otros estudios donde se determina que las mujeres son más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas.^{27,30}

Estos resultados no son para nada alentadores pues a pesar de ese porcentaje reflejado como adheridos totales, si existen dificultades en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos de nuestro consultorio, esto conlleva a un mal control de la presión arterial, con todo lo que puede implicar para los pacientes, desde un deterioro progresivo de su salud comprometiendo sus vidas, hasta repercusiones socioeconómicas y familiares.³⁰

En estudios revisados podemos constatar que se comporta de similar forma en otras áreas de la provincia de Cienfuegos, por ejemplo, un estudio realizado en el municipio de Cruces revela que existe un 55.6% de adheridos totales, sin embargo, estudio realizado en el área de salud Nro. II, reporta solo un 18,5 % son adheridos totales.^{8,17}

Un estudio conducido por *Martín Alfonso* en pacientes hipertensos esenciales en tres áreas de la atención primaria de salud en Cuba, mostró que, en solo una de estas, los niveles de adherencia total se comportan ligeramente por encima del 50 %, las restantes no llegan a superar esta cifra.²²

Estudio realizado en México (Jalisco) revela que el 50 % de los pacientes hipertensos estudiados no son adheridos al tratamiento, similar a un trabajo realizado en Chile, donde se encontró que la población hipertensa estudiada no se adhiere al tratamiento farmacológico en un 55,9 %.^{29,30}

Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial, algunos estudios han informado que entre el 24 y el 30 % de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza.³¹

El análisis de la utilización de fármacos antihipertensivos mostro que la mayoría de los pacientes consumían más de una pastilla para controlar su enfermedad 63%;

mientras que 36.4% ingería un único medicamento. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) fueron los más usados en aproximadamente 74.9% de los pacientes; como monoterapia o combinados, especialmente el Enalapril y el Captopril con 38.3% y 36.6% respectivamente. Entre los diuréticos, la de uso más frecuente fue la hidroclorotiazida con 20% preferible en tratamientos combinados 16.6%.

Tabla 5. Fármacos antihipertensivos en monoterapia y politerapia

Fármacos	Monoterapia		Politerapia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enalapril	9	15	14	23.3	23	38.3
Captopril	7	11.6	9	15	22	36.6
Clortalidona	2	3.3	2	3.3	4	6.6
Hidroclorotiazida	2	3.3	10	16.6	12	20
Atenolol	1	1.6	1	1.6	2	3.3
Propanolol	0	0	0	0	0	0
Amlodipino	1	1.6	1	1.6	2	3.3
Furosemida	0	0	1	1.6	1	1.6

Fuente: Encuesta, Historias Clínicas

Al observar la utilización de fármacos antihipertensivos en diversas investigaciones, estas coinciden con los resultados antes expuestos, pues notifican entre los medicamentos más usados los IECA, especialmente el Enalapril y entre los diuréticos la Hidroclorotiazida, ya sean solos o en combinaciones. Asimismo, en una investigación sobre adherencia en mayores de 60 años del municipio Playa en La Habana observo que entre los medicamentos antihipertensores más utilizados por los pacientes se encontraban: Enalapril 88.1%, Amlodipino 88.9% y Atenolol 92.3%.³⁸

En correspondencia con el fármaco antihipertensivo diversas fuentes orientan a la selección de la monoterapia, sin ninguna clase de prioridad medicamentosa; no obstante, en numerosos estudios se destaca el uso de los IECA. Esto puede

justificarse por el hecho de que los fármacos de este grupo son excelentes hipotensores, tanto en monoterapia o en combinación con otros medicamentos.

Varios autores refieren que las mayores frecuencias de pacientes con hipertensión arterial llevan un tratamiento antihipertensivo con un único medicamento, lo cual se muestra también en el estudio realizado en Navarra, España, donde 82% expuso que tomaba una única pastilla para el control de la hipertensión arterial.³⁸ Lo anterior no coincide con lo hallado en el actual trabajo. Las principales guías con respecto al tipo de tratamiento antihipertensivo mantienen un enfoque amplio en cuanto a la selección de la monoterapia, sin ningún grado de prioridad medicamentosa.^{38,39}

En la tabla 6 se observa que el incumplimiento terapéutico en estos pacientes fue de 53.3%, frente a un cumplimiento del 46.6%. Con respecto a las preguntas del Test de Morisky- Green- Levine, los afectados citaron el descuido con la hora de su medicación como causa principal de incumplir con el tratamiento 45% y 39.9% siempre olvidaba el medicamento. Se muestra además que los pacientes eran menos propensos a dejar de tomar la medicación cuando se encontraban bien o esta le sentaba mal con 13.2 y 6.6% respectivamente.

Tabla 6. Adherencia terapéutica según Test de Morisky- Green- Levine

Test Morisky- Green- Levine	Adherencia		No Adherencia	
	No.	%	No.	%
Siempre olvidan medicamento	2	3.3	22	36.6
Nunca toman medicación a su hora	9	15	18	30
Se encuentra bien y deja de tomarlo	1	1.6	7	11.6
Le sienta mal y deja de tomarlo	0	0	4	6.6
Adherencia global	28	46.6	32	53.3

Fuente: Test Morisky- Green- Levine

Con respecto a los pacientes que no cumplían con el tratamiento, en el análisis de las respuestas obtenidas a cada una de las preguntas del Test Morisky- Green-Levine se encontró que difieren del estudio realizado en Navarra en cuanto al problema mas frecuente, pues en este 59% se olvidaban de la toma y 22.9% eran descuidos con la hora de ingerir el medicamento; sin embargo, hubo similitud en que estos pacientes eran menos propensos a dejar de tomar la medicación cuando se encontraban bien 13.12% o mal 4.92%. ⁴⁰

Existen varios factores de riesgo que pueden influir en la adherencia terapéutica, en nuestro estudio hacemos una descripción de cómo se comportan algunos de estos factores en nuestra población Como vemos en la tabla anterior, el 58.3 % de los pacientes estudiados percibe la Hipertensión arterial como un problema, siendo un porcentaje significativo, pero sin embargo alrededor de un 41.7% de la población piensa que esta enfermedad no es problema para su vida, siendo este uno de los factores que pueden influir en la no adherencia de nuestros pacientes.^{8,9}

En la siguiente tabla se puede observar los factores de riesgo relacionados con el incumplimiento del tratamiento no farmacológico en hipertensos según la adherencia a la terapéutica integral donde el consumo de grasas saturadas tiene gran porcentaje con 81.6%, seguido del empleo de saleros de mesa con un 78.3% y en tercer lugar el sedentarismo con un 46.6%. ⁹

Tabla 7. Frecuencia de los factores de riesgo relacionados al incumplimiento del tratamiento no farmacológico en hipertensos según la adherencia a la terapéutica integral.

Factores relacionados	Adherencia terapéutica			
	Presente	%	Ausente	%
Empleo de saleros de mesa	47	78.3	13	21.6
Consumo de grasas saturadas	49	81.6	11	18.3
Ausencia de consumo de k, Ca, Mg	26	43.3	34	56.6
Consumo de alcohol	3	5	57	95
Consumo de cigarro	11	18.3	49	81.6
Sedentarismo	28	46.6	32	53.3
Obesidad	17	28.3	43	71.6

Estrés mantenido	22	36.6	38	63.3
------------------	----	------	----	------

Fuente. Encuesta a historias clínicas

Este estudio corresponde con una investigación realizada en Caracas, Venezuela donde se pone en evidencia el alto consumo de grasa saturadas que consumen los pacientes no llevando así una dieta saludable rica en verduras y frutas. Además, es muy común ver en la mesa la presencia de saleros no siendo esto beneficioso para una adecuada adherencia terapéutica en la hipertensión arterial. Otro factor que influye y corresponde con un estudio realizado en Canadá es el sedentarismo en pacientes mayores de 60 años poniéndose en evidencia la situación epidemiológica en la que estamos atravesando desde el 2020 por el confinamiento.⁴³

En la tabla 8 se observan los factores asociados a la adherencia terapéutica según sexo donde más del 70% de la población recibe atención periódica por parte de la enfermera y médico de la familia, el 53.3% de los pacientes perciben los síntomas cuando tienen cifras elevadas de presión arterial, lo que significa que el 47% de los hipertensos no presentan sintomatología alguna por lo que esto influye negativamente en la adherencia terapéutica.

En el presente estudio un 18.3% de la muestra estudiada admite que se le olvida tomar sus medicamentos, influyendo esto en el porcentaje de pacientes que tenemos no adheridos en la población.

El 90% de los pacientes hipertensos estudiados sienten apoyo de sus familiares, esto es un factor que favorece un cumplimiento adecuado de las prescripciones médicas. El 26.6% de la población estudiada refiere que los medicamentos indicados les causan efectos indeseables.

Tabla 8. Factores asociados a la adherencia terapéutica según sexo.

Factores de Riesgos	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA como	24	40	11	18.3	35	58.3

problema						
Acceso servicios de salud	40	66.6	20	33.3	60	100
Atención periódica	33	55	11	18.3	44	73.3
Síntomas asociados	22	36.6	10	16.6	32	53.3
Comprensión del Tratamiento	40	66.6	20	33.3	60	100
Olvido	4	6.6	7	11.6	11	18.3
Disponibilidad del medicamento	31	51.6	16	26.6	47	78.3
Apoyo familiar	36	60	18	30	54	90
Efectos indeseables	7	11.6	9	15	16	26.6

Fuente: Encuesta a historias clínicas

En una investigación que se desarrolló en la ciudad de Camagüey con pacientes hipertensos, se obtuvo que prácticamente la mitad (48,4 %) no se sienten amenazados por la enfermedad, ni vulnerables a sus complicaciones, lo cual influye de manera negativa en la adherencia.

En otra investigación realizada en el policlínico "Mártires de Corintya" en el municipio Plaza de la Revolución, se concluye que una de las causas fundamentales de la falta de adherencia al tratamiento, de pacientes hipertensos, se relaciona con no tener incorporadas creencias que le permitan modificar sus conductas o prácticas en salud. ^{33, 40}

La totalidad de los pacientes estudiados tienen acceso a los servicios de salud gratuitamente, así como toda la población cubana, contamos con los consultorios médicos de familia disponibles en nuestras comunidades, los servicios de emergencias del área de salud y del hospital provincial, con la opción de interconsultas con diferentes especialidades. ⁴⁵

En una investigación realizada en España con pacientes hipertensos que no cumplen el tratamiento, se encontró como un factor importante la insatisfacción con la atención clínica, la poca duración de esta, la pobreza de explicaciones y la escasa interacción con el paciente como limitantes de la adherencia.^{44,45}

La hipertensión arterial casi siempre cursa asintomática, los síntomas causados por esta son en muchas ocasiones asociados por los pacientes a otras patologías, el presente estudio revela que las mujeres perciben más los síntomas que los hombres, coincidiendo estos datos con estudios previos.

La totalidad de los pacientes estudiados comprenden el tratamiento indicado por su médico, esto difiere de estudios realizados en otros países como en España, donde la complejidad del tratamiento impuesto junto a una relación médico paciente deficiente influye negativamente en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.^{40,41}

Otro de los factores que entorpece la adecuada adherencia en los pacientes hipertensos es el olvido. Una investigación realizada en España registra entre las causas reportadas sobre la falta de adherencia, el olvido, como causa principal. En Cuba se desarrolló un estudio por el Centro para el Desarrollo de Farmacoepidemiología, que informa que, dentro de los motivos de incumplimiento más frecuentes en pacientes hipertensos, está el olvido.⁴⁵

La disponibilidad de los medicamentos antihipertensivos en este año es un tema que afecta a nuestra población, pues la mayoría de estos medicamentos han estado en baja cobertura por situaciones que ha estado enfrentando el país, como la situación epidemiológica que estamos enfrentando con la Pandemia de Covid 19, demoras con las transacciones de los bancos, cambios de proveedores , y operaciones logísticas para traer esos productos (medicamentos o materias primas) a la Isla, a pesar de esto el 78.3% de los pacientes ha tenido acceso a sus medicamentos , por lo que no se considera como uno de los factores de más influencia en la no adherencia terapéutica en este estudio.^{24, 33,41}

A pesar del distanciamiento de la estructura familiar tradicional, la familia continúa siendo la unidad de relación básica en la sociedad y la más potente aliada del médico. Un abordaje familiar en la atención sanitaria puede proporcionar una mayor capacidad para comprender la enfermedad y una gama de soluciones más extensas que el clásico modelo biomédico.⁴⁵

Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Este puede provenir de la familia, amigos, compañeros de trabajo y será más beneficioso en tanto incluya ayuda enfocada al problema de salud.

Un estudio realizado en México donde buscaban la asociación entre apoyo familiar y apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial, arrojó entre sus resultados que la adherencia se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.⁴⁵

Respecto a otros estudios realizados donde se plantea que las reacciones adversas se ubican dentro de las principales causas de abandono de tratamiento antihipertensivo. Un estudio realizado en España señala una relación directa entre la dosificación, la duración y los efectos secundarios de los tratamientos, con la conducta de cumplimiento. Plantea que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que esta también disminuyó en la medida que la terapia se alargó y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. Un estudio de *Crespo* y otros, informa que los efectos secundarios influyen de manera negativa a la adherencia en pacientes hipertensos.^{41,42}

RESULTADOS FUNDAMENTALES

- Prevalece la Hipertensión arterial en el sexo femenino.
- El 36.28% de la población estudiada tiene un nivel de escolaridad superior.
- Predominan los pacientes adheridos totales al tratamiento antihipertensivo (68.3%), de los restantes un 21.3% lo hace de forma parcial y en menor medida son no adheridos.
- Un 58.3% de los pacientes estudiados identifican la hipertensión arterial como un problema para su salud.
- Más del 70 % de la población recibe atención periódica por parte de la enfermera y médico de la familia.
- Solo el 53.3% de los pacientes hipertensos, presentan síntomas asociados a elevadas cifras de presión arterial.
- La totalidad de los hipertensos estudiados comprenden el tratamiento prescrito por el médico.
- El 18.3% de la muestra estudiada olvida tomar los medicamentos indicados para el control de la presión arterial, prevaleciendo el olvido en el sexo masculino.
- El 78.3% de los pacientes tienen el medicamento disponible.
- El apoyo familiar a los pacientes que padecen de hipertensión prevalece en un 90%.
- Aproximadamente un 26.6% de los pacientes refieren efectos indeseables de los fármacos indicados.

CONCLUSIONES

- En el consultorio # 10 más de la cuarta parte de los ancianos presentan Hipertensión Arterial.
- Más de la mitad de los ancianos hipertensos son del sexo femenino.
- Más de la mitad de los ancianos tienen una adecuada adherencia terapéutica.
- La totalidad de los hipertensos estudiados comprenden el tratamiento prescrito por el médico.
- Más de la mitad de los adultos mayores hipertensos sienten el apoyo familiar.

RECOMENDACIONES

Extender el estudio a otros consultorios médicos de familia por la importancia que tiene la adherencia terapéutica en un buen control de la hipertensión arterial.

Referencias Bibliográficas

1. Boyero Fernández I, Darromán Montesino I. La hipertensión arterial en el adulto mayor, una amenaza en la calidad de vida. [El habanero, periódico en línea]. 2015 [citado 2 abril 2019] Disponible en: http://www.elhabanero.cubaweb.cu/2015/mayo/nro2545_may9/cienc_9may830.ml
2. WHO. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. World Health Organization. The world health report [Internet]. Washinton, D.C.: World Health Organization; 2010 [citado 5 abr 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf;jsessionid=C163012C49D5C5943150BA59644C7C91?sequence=1
4. Cardona D, Cerezo MP, Parra H, Quintero L, Muñoz L, Cifuentes OL, Vélez SC. Desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los municipios del Eje Cafetero, 2010-2015. Biomédica. 2016; 35:379-94.
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2018. La Habana: MINSAP [en línea]. 2019[citado 2 abr 2019]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario_Estadastico_de_Salud_e_2018_edición_2019.pdf
6. Benet RM, Morejón GA, Espinosa BAD, Landrove OO, Peraza AD, Orduñez GPO. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Finlay [Internet]. 2017 [citado 5 abr 2019];7(1):[aprox.5p.]. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2017/fi171r.pdf>
7. Cuadro de salud de la provincia de Cienfuegos 2018. Departamento Estadística provincial. Cienfuegos; 2019.
8. Análisis de la Situación Integral de Salud municipal de Cienfuegos 2018. Departamento Estadística de Área Salud. Cienfuegos; 2019.
9. Análisis de la Situación Integral de Salud CMF-10. 2018. Documento básico del consultorio; 2019.

10. Pedro RM. Prevención primaria de la enfermedad coronaria. En: Pedro RM, Angelino AA, Saglietti JH. Prevención y rehabilitaron cardiovascular 1º ed. Buenos Aires: Aventis Pharms: 2012.p.13-59. [citado 2 abr 2019]. Disponible en: http://www.scielo.pdf_files
11. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cuban Med [Internet]. 2017 [citado 30 Abr 2018];56(4):242-321. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
12. Ávila Cabreja JA, Fernández Massip H, Sosa González I, Fonseca Marrero CA. Consideraciones sobre la Guía Cubana de Hipertensión Arterial de 2017. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 5 abr 2019];10(3):[aprox.9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702018000300015
13. Martín Alfonso L, Bayarre Vea HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2 abr 19];34(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es
14. Pons Barrera E, Alfonso de León JA, Ruau Alderete MC. Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. Objetivo alcanzable. Rev. Med. Electrón [Internet]. 2019 [];41(1):[citado 5 abr 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242019000100232&script=sci_arttext&lng=en
15. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2010 [CITADO 2 abr 2019];29:[aprox.8p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

16. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farm [revista en Internet]. 2013 [citado abr 2019];47(4):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152013000400006
17. Martín L, Bayarre H, Corugedo MC, Vento F, La Rosa Y, Orbay MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2015 [citado Abr 2019];41(1):[aprox. 12p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201500010004
18. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Aten Primaria. 2011 [citado abr 2019];43(7):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencin-primaria-27-articulo-adherenciaterapeutica-que-dificil-es-90023817?referer=buscador>
19. Rueda Vidarte JJ. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1170>
20. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [Citado 2 abr 2019];15(1):[aprox.8p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2016/hcm161f.pdf>
21. Martín AL, Bayarre VH, Corugedo RMC, Vento IF, La Rosa MY, Orbay AMC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Revista Cubana de Salud Pública 2015; 41(1): 33-45
22. López Erazo OG. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo febrero- abril 2013. [Tesis en

internet]. 2015 [citado]. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5930/T-PUCE-6088.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Ferrer Pérez Victoria. "Adherencia A" o Cumplimiento De" prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados. *Journal of HealthPsychology*, 7(1), 1995.
24. La medicina en Grecia antes y después de Hipócrates. En: Pérez Pérez OF. De los albores a los albores: un recorrido por la historia de la medicina. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.p.53-75.
25. Martín Alfonso L, Matos Trevín G, Bayarre Veá H, Castillo Morejón M, Corujedo Rodríguez MC. Propuesta teórico-metodológica para evaluar y favorecer la adherencia al tratamiento: experiencia en enfermedades crónicas. Cuba ID-198 (2003-2009).
26. Córdova Alarcón SB, Gualotuña Alcívar CL. Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018. [Internet] 2018 [citado 5 abr 2019];1(4):[aprox 8p.]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15557>
27. Pomares-Avalos A, Vázquez-Núñez M, Ruíz-Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 abr 5];7(2):[aprox. 7p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
28. Sánchez Torreblanca JS, Sillcahue Quiña M. Factores relacionados a la adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Arequipa. ARCIJEA 2018.[Internet] 2019 [citado 5 abr 2019];1(3):[aprox 8p.]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8123>
29. César Martínez J. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Biomédica*. 2016; 36:535-46.

30. Gaziano TA, Gaziano JM. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 18^a .ed. New York: McGraw-Hill; 2012.p.1811-16
31. James PA, Oparil S, Carter BL. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427. [Publicación electrónica previa a la versión impresa]. Disponible en <http://jama.jamanetwork.com/journal.aspx>.
32. Thomas M, Hoffman B. Tratamiento de la isquemia del miocardio y de la hipertensión En: Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12ma .ed. 2012.p.765-85
33. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Formulario Nacional de Medicamentos [en línea]. 4ta Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [5 abr 2019]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/formulario_nac_medicamentos_4taed/formulario_medicamentos_completo.pdf
34. Wright JT, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med. 2015;373(22):2103-16.
35. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387(10022):957-67.
36. Xie X, Atkins E, Lv J, Bennett A, Neal B, Ninomiya T, et al. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387(10017):435-43.
37. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-20.

38. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2013;31(10):1925-38.
39. Rodríguez BR, Salas I. Obesidad. En: Álvarez Síntes R. *Temas de Medicina General Integral*. Vol II. Ciencias Médicas: La Habana; 2008.p.867-869.
40. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24: 67-74.
41. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* [Internet]. 2009 [citado 2 abr 2019];11(4): [aprox. 9p.]. Disponible en: https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
42. Méndez Lora N, Del Valle Gómez MO, López González ML, López González I. Descripción del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y de sus determinantes psicosociales. *Pharm Care Esp*. 2006; 8(5): 199-252.
43. García-Jiménez E, Amariles P, Machuca M, Parras-Martín M, Espejo-Guerrero J, Faus MJ. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm*. 2008; 49(2): 145-57.
44. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8): 413-8.
45. Rodríguez Chamorro MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDader-CVIncumplimiento) [tesis doctoral]. Universidad de Granada, marzo de 2009.

Anexos

Anexo 1. Aprobación por los consejos científicos

Policlínico universitario del Área III

Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”

“Adherencia a la terapéutica integral antihipertensiva y factores relacionados a su incumplimiento. Consultorio médico de familia-10. Área III. Cienfuegos. 2020”

Yo Dr. (a) _____ Director(a) del policlínico y por la otra parte Dr. (a) _____ Decano(a) de la facultad; hemos sido informados por la Dra. Isairis Sosa Lima de su interés por la realización de un estudio que tiene como objetivo caracterizar la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico en pacientes hipertensos del consultorio médico de familia 10 del área III, municipio Cienfuegos durante el periodo del año 2020.

De igual manera se me ha explicado que del estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para el área de salud sin embargo contribuirá a la descripción de elementos de interés en cuanto a una enfermedad de alta prevalencia, riesgos asociados a la conducta terapéutica, lo cual propiciará su caracterización en un entorno del territorio para lo cual la Organización Mundial de la Salud se ha venido pronunciando con la realización estudios actuales.

Por todo lo expuesto y la pertinencia del estudio, se manifiesta la conformidad para que se lleve a cabo.

Nombre y apellidos (Director del Policlínico).....
Firma:..... Fecha:.....

Nombre y apellidos (Decano FCM).....
Firma:..... Fecha:.....

Nombre y apellidos del Investigador principal:.....
Firma:..... Fecha:.....

Anexo 2. Consentimiento informado.

A través de este documento, yo (Nombre y apellidos)..... deseo expresar que he sido informado acerca del desarrollo de la investigación **“Adherencia a la terapéutica integral antihipertensiva y factores relacionados a su incumplimiento. Consultorio médico de familia-10, Área III, Cienfuegos 2020.”** y ejerciendo mi libre poder de elección y voluntad doy mi consentimiento para ser incluido(a) en el grupo de pacientes que formará parte del estudio cuya autora es la Dra. Isairis Sosa Lima. La misma contribuye a caracterizarla adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico en pacientes hipertensos que pertenecen al consultorio médico de familia 10 del área III, municipio de Cienfuegos, durante el periodo del año 2020. Se me ha informado, que los datos inherentes a mi persona serán solamente del conocimiento de los investigadores, respetándose en todo momento lo establecido internacionalmente en las normas de calidad científica y ética asegurando públicamente la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes. De igual manera se me ha explicado que de este estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para mí, y se me otorga el derecho de retirarme en el momento que lo estime conveniente sin menoscabo de las relaciones con los autores del trabajo. Sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas, expreso mi disposición a participar en esta investigación ofreciendo todos los datos que se me solicitan.

Y para que conste mi voluntad de participar, registro mi firma y fecha en que firmo.

A.....días del mes.....del año.....

Nombre y apellidos del paciente: _____

Firma: _____

Nombre y apellidos del investigador: _____

Firma: _____

Este documento se firmara por duplicado quedándose una copia para el paciente y el documento original para el investigador el cual será archivado.

Anexo 3. Encuesta

Paciente No. ____ Nombre y apellidos: _____

1. Sexo. ☐ femenino, ☐ masculino
2. Edad ____ en años cumplidos
3. Nivel escolar. ☐ primaria, ☐ secundaria, ☐ técnico medio, ☐ preuniversitario, ☐ universitario
4. Enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la hipertensión arterial.
☐ Insuficiencia cardíaca, ☐ Cardiopatía isquémica, ☐ Diabetes mellitus, ☐ Enfermedad cerebrovascular, ☐ Enfermedad renal crónica

I-Tratamiento no farmacológico (respuesta en correspondencia con el cumplimiento)

5. Consumo de sal por empleo de saleros de mesa. (NO)
☐ Si, ☐ no
6. Consumo de grasas saturadas proveniente de ganado porcino (NO)
☐ Si, ☐ no
7. Consumo de alcohol limitado a las orientaciones médicas, o no consumo (SI)
☐ Si, ☐ no
8. Consumo de vino tinto, una línea diaria o al menos 3 veces por semana (SI)
☐ Si, ☐ no
9. Consumo de alimentos ricos en potasio, calcio y magnesio. (SI)
☐ Si, ☐ no
10. Práctica de ejercicio físico/ día, 3 veces/semana o círculo de abuelo (SI)
☐ Si, ☐ no
11. Control del peso corporal (Peso ____ kg, talla ____ Cm, Índice Quetelet ____)
(SI)
☐ Si, ☐ no
12. Consumo de tabaco (NO)
☐ Si, ☐ no
13. Disminuir o evitar el estrés (SI)
☐ Si, ☐ no

14. Otras causas del incumplimiento del tratamiento no farmacológico.

- ☐ Olvido
- ☐ Desconocimiento de los beneficios a la salud

15. Causas del incumplimiento del tratamiento farmacológico.

- ☐ Carencia de medicamento en farmacia
- ☐ Costo del tratamiento elevado
- ☐ Desconocimiento de los daños en la salud.

Anexo 4

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.

Estimado paciente:

Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con Hipertensión Arterial, solicitamos su colaboración, dando respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. La garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para nuestro estudio. Muchas gracias.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Nivel de escolaridad: _____
Consultorio: _____ Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico--dietético:

Dieta sin sal o baja de sal ____ Consumir grasa no animal ____ Realizar ejercicios físicos _____

B) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas están de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

		CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
AFIRMACIONES	SIEMPRE	SIEMPRE	VECES	NUNCA	NUNCA

1.Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3.Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4.Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5.Realiza los ejercicios físicos indicados					
6.Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8.Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

Nombre del instrumento: Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Objetivo: Evaluar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial y recoger los datos generales de estos.

Para calcular la puntuación obtenida se asignan los siguientes valores a las respuestas dadas:

Nunca: 0 Casi nunca: 1 A Veces: 2 Casi Siempre: 3 Siempre: 4

La calificación final se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerándose el resultado final de la siguiente manera:

ADHERIDOS TOTALES	34 A 48 PUNTOS
Adheridos Parciales	18 a 33 puntos
No Adheridos	Entre 0 y 17 puntos

Anexo 5. Test de Morisky-Green-Levine.

Paciente No. ____ Nombre y apellidos: _____

Preguntas	Respuesta
1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?	☐ Si ☐ no
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	☐ Si ☐ no
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	☐ Si ☐ no
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	☐ Si ☐ no

Interpretación. Se considera cumplidor del tratamiento farmacológico si se corresponde de forma correcta a las cuatro preguntas: no/sí/no/no

Anexo 6. Formulario recolector en farmacia comunitaria (Tratamiento farmacológico)

Paciente No. _____

II- Prescripción del tratamiento farmacológico según historia clínica individual (nombre genérico, forma de presentación, dosis diaria, frecuencia de consumo/d)

III- Medicamento (s) controlado (s) por certificado médico para la HTA prescrito.

Nombre genérico por grupos	Compra en farmacia	Disponibilidad para la venta regular	Frecuencia de consumo referida en el Certificado médico
Diuréticos tiacídicos _____	☐ Si ☐ no	☐ Si ☐ no	☐ Dosis única/ día, ☐ cada 12 horas, ☐ cada 8 horas, ☐ cada 6 horas
Anticálcico _____	☐ Si ☐ no	☐ Si ☐ no	☐ Dosis única/ día, ☐ cada 12 horas, ☐ cada 8 horas, ☐ cada 6 horas
IECA _____	☐ Si ☐ no	☐ Si ☐ no	☐ Dosis única/ día, ☐ cada 12 horas, ☐ cada 8 horas, ☐ cada 6 horas
ARA _____	☐ Si ☐ no	☐ Si ☐ no	☐ Dosis única/ día, ☐ cada 12 horas, ☐ cada 8 horas, ☐ cada 6 horas
Beta bloqueadores _____	☐ Si ☐ no	☐ Si ☐ no	☐ Dosis única/ día, ☐ cada 12 horas, ☐ cada 8 horas, ☐ cada 6 horas
Bloqueadores alfa _____	☐ Si ☐ no	☐ Si ☐ no	☐ Dosis única/ día, ☐ cada 12 horas, ☐ cada 8 horas, ☐ cada 6 horas
Inhibidores de la actividad simpático central _____	☐ Si ☐ no	☐ Si ☐ no	☐ Dosis única/ día, ☐ cada 12 horas, ☐ cada 8 horas, ☐ cada 6 horas

Leyenda. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

Antagonistas de receptores de angiotensina-1(ARA)

Anexo No 7:

7.1 Componentes de la Intervención educativa según los temas relacionados con la adherencia a la terapéutica integral antihipertensiva y factores relacionados a su incumplimiento.

Tema	Nº de sesiones	Frecuencia	Técnica	Personas a quien se les impartirá la información	Duración
Factores de riesgo para hipertensión arterial	1	Semanal	charla	ambos sexo	60 minutos
Diagnóstico y complicaciones de la hipertensión arterial	1	Semanal	charla	grupo de hombre y de mujeres	30 minutos
Adherencia a la terapéutica relacionada con la hipertensión arterial	2	Semanal	charla	ambos sexo	30 minutos
Medidas para la prevención de la hipertensión arterial	1	Semanal	charla	grupo de hombres y de mujeres	30 minutos
Incumplimiento de la terapéutica antihipertensiva	2	quincenal	charla	ambos sexos	30 minutos

7.2 Objetivos

7.2.1 General

Elevar el nivel de conocimiento de la terapéutica antihipertensiva y los factores de riesgo relacionados con su incumplimiento.

6.2.2 Objetivos Específicos

Conocer la hipertensión arterial y sus complicaciones.

Conocer medidas de prevención de la hipertensión arterial.

Conocer la importancia de la terapéutica antihipertensiva farmacológica y no farmacológica .

Conocer y evaluar el cumplimiento de la terapéutica.

Metodología

La intervención educativa sobre la adherencia terapéutica antihipertensiva y los factores de riesgo relacionados con su incumplimiento fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población adulta hipertensa ,donde se incluyeron diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo, complicaciones ,adherencia a la terapéutica, medidas para la prevención y el incumplimiento de la misma. Para realizar las actividades de la intervención los 245 participantes serán distribuidos en 6 grupos de 40 personas. La intervención será implementada en un tiempo de 1 año, dividida en 7 sesiones con 30 minutos de duración cada una, de forma semanal, el tipo de actividad predominante serán las charlas. Se realizarán en el escenario docente del policlínico en horario de la tarde.

Técnicas

En este programa se van a usar distintos métodos y actividades pedagógicos según los módulos:

En la primera, que es individual, utilizaremos la entrevista clínica/motivacional, y una pequeña charla con conceptos generales.

La segunda iniciará con lluvia de ideas, llegando a una discusión grupal y una puesta en común. Después una presentación Power Point con la información que necesitan conocer acerca de la HTA, y sus consecuencias.

En la tercera y cuarta sesión, utilizaremos una presentación PowerPoint y se hablara sobre la adherencia a la terapéutica relacionada con la hipertensión arterial.

En la quinta se usará también presentación Power Point y se abarcará el tema de cómo prevenir la hipertensión arterial.

La sexta sesión será de manera individual, y estará basada en una conversación, se realizará una nueva valoración.

En la séptima, se hablará sobre el incumplimiento de la terapéutica antihipertensiva.

Descripción de la propuesta

En primer lugar, invitaremos al programa de educación para la salud a la población adulta hipertensa del consultorio de manera personal y se pondrán carteles en el centro de salud para que puedan acceder todas aquellas personas hipertensas que estén interesadas.

Se les entregará un folleto que ha de ser llenado con los datos personales de cada participante, que deberán llevar en la primera sesión, haciendo hincapié en los factores que puedan influir o estar relacionados con la alimentación, la actividad física y los hábitos tóxicos.

Una vez que tengamos 40 personas se cerrará cada grupo y se comenzará el programa, que consistirá de 7 sesiones, la primera será grupal y motivacional, la segunda será grupal y se tratará el concepto de hipertensión, diagnóstico y complicaciones. La tercera y la cuarta, también grupales estará destinadas al tema de la adherencia a la terapéutica antihipertensiva y la quinta será sobre las medidas para la prevención de la hipertensión arterial. La sexta y séptima será sobre el incumplimiento de la terapéutica antihipertensiva

Desarrollo de la Propuesta

Sesión 1

Presentación y charla motivacional.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer el desarrollo y temática del programa de educación.
- Explicar algunos conceptos generales.
- Invitar a los participantes a las próximas sesiones del programa.

Descripción:

La sesión comenzará con la presentación del médico y de cada uno de los

adultos , luego se dará a conocer el desarrollo del programa y los temas a tratar en cada sesión, después se dará una charla sobre conceptos generales de factores de riesgo para hipertensión arterial, posteriormente se realizará el llenado del folleto con los datos personales del participante, incluyendo las medidas antropométricas (peso y talla) y se terminará motivándolos para que asistan a las próximas sesiones del programa.

Sesión 2

Puesta en común de conceptos fundamentales de hipertensión arterial y la identificación sus factores de riesgo.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer la definición de hipertensión arterial.
- Identificar los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial.
- Conocer la importancia del control de los factores de riesgo modificables.

Descripción:

En esta segunda sesión comenzará dando lugar a una tormenta de ideas con unas preguntas como por ejemplo: ¿Qué es la hipertensión? ¿Cuáles son los factores de riesgo para hipertensión arterial? ¿Qué importancia tiene el control de estos factores?

Con una discusión grupal iremos anotando las ideas fundamentales en la pizarra, intentando llegar a una puesta en común. Con esto los participantes se darán cuenta desde el principio de lo que saben y lo que desconocen. Después se pondrá una presentación en el computador, la cual comenzará con el concepto de hipertensión, los factores modificables y no modificables de ésta, y los riesgos que conlleva.

Por último, entre todos se corregirán las cosas apuntadas en la pizarra y se pondrá lo correcto con una pequeña explicación por parte del médico. Se les agradecerá que hayan asistido, se le invitará a la próxima sesión, explicando lugar y fecha y nos despediremos.

Sesión 3

Diagnóstico y complicaciones de la hipertensión arterial.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer el diagnóstico hipertensión arterial.
- Identificar las complicaciones de la hipertensión arterial.

Descripción:

En ésta sesión se comenzará saludando y preguntando cómo están de manera breve y se pondrá una presentación en el ordenador, ésta comenzará explicando cómo se diagnostica la hipertensión arterial. La segunda parte de la presentación se centrará en las complicaciones de la hipertensión arterial. Se les agradecerá la asistencia y se hará la invitación a la próxima sesión, explicando lugar y fecha y nos despediremos.

Sesión 4

Adherencia a la terapéutica relacionada con la hipertensión arterial.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Aprender la importancia de la terapéutica antihipertensiva.

Descripción:

En esta cuarta sesión, se iniciará saludando, luego se pondrá una presentación en el ordenador, la cual se comenzará explicando brevemente la importancia de la terapéutica antihipertensiva. Por último, les invitamos a la próxima sesión y nos despedimos.

Sesión 5

Medidas para la prevención de la hipertensión arterial.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Medidas preventivas de la hipertensión arterial.
- Consejos prácticos

Descripción:

En esta sesión dedicada a las medidas preventivas también nos ayudaremos de una presentación, en el que explicaremos los grupos de alimentos, hidratos de carbono, proteínas, grasa y vitaminas; y el porcentaje de cada una de ellas en cada comida. Los invitaremos a la próxima sección.

Sesión 6

Incumplimiento de la terapéutica

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer la importancia de la terapéutica.
- Conocer el incumplimiento de la terapéutica.

Descripción:

En esta sexta sesión, iniciaremos saludando, seguido hablaremos de la importancia de la terapéutica y su incumplimiento. Preguntaremos si conocen la importancia de los medicamentos en su patología de base. Sesión 7

Sesión 7

Evaluación y cierre del programa de intervención

Tipo de sesión: grupal

Duración: 60 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Identificar conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores
- Conocer si ha instaurado en su vida cambios en los hábitos de vida

-Conocer la importancia de la terapéutica antihipertensiva y las consecuencias del incumplimiento de la misma.

- Motivar a los participantes a adoptar estilos de vida saludables.

Descripción:

Esta sesión es el cierre de este programa de educación para la salud, y se llevará a cabo luego de 6 meses de haber realizado la sesión 7, por lo cual se evaluarán los cambios que se han producido en las personas desde que comenzó el programa, esto se lo hará mirando el cuestionario de la primera encuesta, y los hábitos tóxicos de cada persona. Además, preguntaremos sobre los hábitos saludables en modo de conversación y para comprobar que se han instaurado cambios en su estilo de vida pesaremos a cada uno de los participantes.

Posteriormente aplicaremos una encuesta sobre los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial, que fue aplicada antes de iniciar el programa educativo, con esto evaluaremos de manera objetiva los conocimientos adquiridos sobre el tema (pos test).

Por último, los motivaremos a seguir con los cambios de estilos de vida incorporados y con el cumplimiento de la terapéutica antihipertensiva. Les damos las gracias por haber participado en el programa.