

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS
“DR. RAÚL DORTICÓS TORRADO”

Título: Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del consultorio médico Las Nuevas. Lajas 2019- 2022

Autor. Dr. Arturo Molina Rosado

Tutor. Dr. Lisandro Hernández Madrazo. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Profesor Asistente

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

Curso 2021-2022

“Año 64 de la Revolución.”

Exergo

“.....el médico tiene que ver con la vida humana, la salud humana; sobre el médico cae la inmensa, la infinita responsabilidad de cuidar la vida de los seres humanos: de un niño, de un anciano, de un joven, de un adulto, de una mujer, de un hombre, que se pone en sus manos para aliviar un dolor, para aliviar una enfermedad o para preservar la vida”

Fidel

Dedicatoria

A mi Padre,

Dicen que uno muere cuando es olvidado...

...por eso sé que tú vivirás eternamente.

Agradecimientos

A mis profesores, por formarme profesionalmente,

A mi familia por ser el soporte de mi vida.

*A todos los que de una forma u otra me ayudaron en la realización
de esta investigación.*

A todos, gracias

Índice

Presentación

Exergo

Dedicatoria

Agradecimientos

Índice

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos..... 4

Marco teórico..... 5

Diseño metodológico..... 19

Análisis de los resultados y discusión..... 27

Conclusiones..... 44

Recomendaciones..... 45

Referencia bibliográficas..... 46

Anexos

Resumen

Atendiendo a la importancia del rol activo del paciente hipertenso en su tratamiento se plantea como **problema de investigación**. ¿Cuál es la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos del consultorio médico Las Nuevas, del municipio Lajas?

Objetivo general. Determinar la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos de la comunidad rural Las Nuevas del municipio Lajas en el período enero 2020 a junio 2022. **Método.** Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, durante enero 2020 a junio 2022, en el consultorio Las Nuevas, Lajas, Cienfuegos. **Universo.** 62 pacientes mayores de 19 años, con diagnóstico de hipertensión arterial del consultorio, Las Nuevas, Lajas, Cienfuegos. Métodos del nivel empírico: análisis de documentos. Cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica MBG. **Resultados.** Predominaron los adheridos parciales 27(43.5%), con más de 65 años 8(13%), no adheridos, el sexo femenino fue el más adherente 15(24.1%), y los pacientes hipertensos de menos de cinco años 16(25,8%), no controlados y parcialmente adheridos 26 (41.9 %). Factores que prevalecieron: olvido de la toma de medicación 35(85.3), la falta de conocimiento del control de factores de riesgo modificables 27 (65.9%), presencia de signos y síntomas de la enfermedad 24 (58.5%), la falta de apoyo familiar en 20(48.8%), ausencia de medicamentos prescritos 16(39%). **Conclusiones** predominaron los pacientes adheridos parciales, el sexo femenino, que son más adherentes, los pacientes de 65 y más años, como no adheridos, mayor adherencia en diagnosticados hace menos de 5 años, controlados. Los factores relacionados con el paciente fueron los que más se asociaron a la no adherencia.

Palabras Claves: adherencia terapéutica, hipertensión arterial

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una de las causas principales de morbilidad y mortalidad de países desarrollados y en vías de desarrollo. La hipertensión arterial (HTA) es la que más afecta la salud constituyendo una enfermedad y también un factor de riesgo para las patologías cardiovasculares, cerebrovasculares y la insuficiencia renal. ¹

La hipertensión arterial (HTA) constituye un reconocido problema de salud, sus cifras aumentan cada año es un factor de riesgo para enfermedades cerebrovasculares, por las consecuencias y discapacidades que provoca, así como por su repercusión en la mortalidad. Además, es difícil, también, mantener un adecuado y estable control de los que ya se consideran como hipertensos, porque, las consecuencias son mortales, causando 9.4 millones de defunciones anualmente. ²

Afecta a una cuarta parte de la población mundial (mil millones de personas en todo el planeta), es la principal causa de muerte y de consulta ambulatoria a un médico; es el factor de riesgo tratable más fácil de reconocer del ictus, del infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca, la vasculopatía periférica, la disección aórtica, la fibrilación auricular y la nefropatía terminal. ³

En España la prevalencia de hipertensión es de aproximadamente 35 %, 40 % en las edades medias y más de 60 % en los mayores de 60 años. Afecta aproximadamente a 10 millones de los individuos adultos. Solo en los Estados Unidos de América se estiman 50 millones de pacientes hipertensos y 45 millones con pre hipertensión. ⁴

La Organización Mundial de la Salud informa que la máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46 % de los adultos mayores de 25 años y que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35 %. La prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40 %. ⁵

En Cuba, la HTA es la enfermedad crónica más frecuente, con una prevalencia estimada de 225,2 por cada 1000 habitantes. Por su parte, la provincia de Cienfuegos tiene una tasa de prevalencia de 234,8 por cada 1000 habitantes y la evidencia clínica sugiere que esta problemática de salud continúa en aumento. ⁶

Al ser la HTA una afección crónica, requiere de un tratamiento continuado, sin embargo estudios nacionales han demostrado que cerca del 50 % de los pacientes hipertensos presentan niveles parciales o bajo de adherencia.⁵

Investigaciones hechas en Cuba por el Instituto Nacional de Higiene revelan el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbi-letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebro-vasculares y renales.⁷

El enfoque dirigido al control de la hipertensión arterial es la medida más efectiva para alcanzar el objetivo de mortalidad total por la clara evidencia que el control de esta enfermedad puede reducir las Enfermedades Cardio-Vasculares (ECV), cerebrovasculares y la insuficiencia renal, además brindar una gran oportunidad para evitar su presentación prematura.⁸

La magnitud del grado de no adhesión mundial a los tratamientos de Enfermedades Crónicas (EC) varía de 25% a 50% (incluso 30-60% en otros estudios), pero esta adhesión a tratamientos, es mucho menor en los países en vía de desarrollo por la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.⁹

El seguimiento y control oportuno de la HTA es vital, este control no está exento de dificultades, marcadas tanto por el paciente, el médico, e incluso, por el propio sistema de salud. En la literatura se recoge que entre el 40 y el 50% de las personas que inician un tratamiento antihipertensivo lo abandonan o modifican dentro del año de realizado el diagnóstico y solo entre un tercio y la mitad de los que permanecen bajo tratamiento, tienen controlada la presión arterial.⁹⁻¹⁰

Las investigaciones sobre adherencia terapéutica e hipertensión arterial ofrecen resultados pocos alentadores. Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes no cumplidores 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.

Como todas las afecciones crónicas, requiere de tratamiento para toda la vida, sin embargo estudios nacionales han encontrado que cerca del 50% de los pacientes hipertensos presentan niveles parciales o bajos de adherencia.⁶

En Cienfuegos en un estudio realizado en el área 2 de salud en los pacientes que se encontraban en el rango de edad de 20-40 años predominaron, con valores similares la adherencia parcial y la no adherencia en un (50 %) respectivamente. ¹¹

Justificación

El consultorio 10 ubicado en la comunidad rural Las Nuevas, zona de difícil acceso del municipio Lajas, provincia Cienfuegos, en el año 2019 se convirtió de un consultorio tipo 2 (solo con enfermera), a un consultorio certificado, con su equipo básico de salud completo. Con una población integrada por 364 personas, 273 son mayores de 18 años, de ellos 62 presentaban diagnóstico de hipertensión arterial, para una tasa de prevalencia de 14.8 x 100 habitantes. En un estudio exploratorio realizado por el autor de la investigación se identificó, que fueron notificados en las hojas de actividades de medicina familiar durante el periodo de enero 2020 a enero del 2022, 48 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial descompensada. No existen estudios en el municipio, ni en esta comunidad, que identifiquen los factores que influyen en la alta incidencia de pacientes con poco control de la enfermedad, ni se han aplicado intervenciones para la prevención de esta situación de salud.

No es desconocido para los profesionales de las ciencias médicas y otras ciencias afines, la implicación que la adherencia terapéutica tiene para el control de la enfermedad y mantenimiento de la salud, sin embargo en la práctica asistencial no se le otorga la importancia requerida a esta problemática de salud.

Teniendo en cuenta el concepto de adherencia propuesto por la OMS mencionado y, atendiendo a la importancia del rol activo del paciente en su tratamiento, y posterior a la revisión bibliográfica de varios estudios, la mayoría de las estrategias orientadas a incrementar la adherencia buscaban que los pacientes se hicieran cargo del control de su enfermedad adquiriendo conductas adherentes.

Por lo antes expuesto se plantea como **problema de investigación**. ¿Cuál es la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos del consultorio médico Las Nuevas del municipio Lajas?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos de la comunidad rural Las Nuevas del municipio Lajas en el período enero 2020 a junio 2022.

Objetivos

- Medir la adherencia terapéutica en los pacientes de estudio.
- Caracterizar la adherencia terapéutica según variables sociodemográficas y clínicas.
- Identificar los factores asociados a la no adherencia terapéutica de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del consultorio Las Nuevas.

Marco teórico

La HTA es una condición muy frecuente y el principal factor relacionado con la mortalidad en todo el mundo. Las cifras de presión aumentan progresivamente con la edad, por lo que la prevalencia de HTA depende extraordinariamente del segmento etario analizado. De muy baja prevalencia en individuos por debajo de los 30 años, dicha prevalencia puede alcanzar hasta el 80% en los mayores de 80 años.

Todos los grupos étnicos sufren HTA salvo aquellas comunidades que han permanecido culturalmente aisladas.¹²

Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y se considera un problema de salud mundial, del 15% al 30 % de la población adulta en la mayoría de los países la padecen, aproximadamente 1000 millones de personas. Su frecuencia aumenta con la edad, después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece. Además es uno de los principales factores que contribuyen a la aparición de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad.¹²

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad que se produce cuando las cifras de tensión arterial, medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas, con intervalos de tres a siete días entre cada toma se encuentran por encima de 140 mm Hg de tensión Arterial sistólica (TAS) y 90 mm Hg Tensión Arterial diastólica (TAD).¹³

Se define la hipertensión arterial (HTA) como una elevación sostenida de la presión arterial sistólica, diastólica o de ambas que afecta a una parte muy importante de la población adulta, especialmente a los de mayor edad. La HTA se define por la presencia mantenida de cifras de Presión Arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mm Hg o Presión Arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mm Hg o ambas. No obstante, cifras inferiores a dichos límites no indican de forma necesaria una ausencia de riesgo.¹⁴

Clasificación de las cifras de presión arterial en los adultos

Categoría	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA grado 1	140-159	90-99
HTA grado 2	160-179	100-109
HTA grado 3	≥180	≥110

HTA sistólica aislada ≥140 <90

El diagnóstico de HTA se establecerá tras la comprobación de los valores de presión arterial (PA) en dos o más medidas tomadas en dos o más ocasiones separadas varias semanas. Cuando las presiones arteriales sistólica y diastólica se encuentren en distintas categorías se aplicará la categoría superior. La HTA sistólica aislada se clasifica también en grados. ¹⁴

Las clasificaciones aceptadas son las preconizadas por el Joint National Comittee VII y la de la Organización Mundial de la Salud (OMS/SH). Ambas son similares, pero esta última mantiene el concepto clásico de HTA ligera, moderada, severa que define niveles progresivamente más elevados de PA, pero no la gravedad del cuadro clínico. ¹⁴

Según el Programa Nacional de Hipertensión en Cuba ¹⁵, la definición habitual se basa en las cifras de tensión arterial considerando un individuo, de 18 o más años de edad, con hipertensión arterial cuando se realizan dos o más mediciones en días diferentes y se detectan cifras de tensión arterial sistólica (PAS) mayor o igual que 140 mmHg y/o cifras de tensión arterial diastólica (PAD) mayor o igual que 90 mmHg. En los niños se define el percentil para edad, sexo, peso y talla.

A partir de esta definición, del tratamiento y evolución de los individuos con hipertensión arterial se establecen varios conceptos importantes:

Hipertensión de bata blanca: cuando la tensión arterial es elevada en la consulta del médico y no durante la medición por familiares u otras personas. ¹⁴

Seudohipertensión: es una falsa elevación de las cifras de la tensión arterial por aumento de la rigidez de las arterias. ¹⁴

Hipertensión maligna: cifras de tensión arterial generalmente muy elevada, superior a los 200/140 mmHg, con edema de la papila en el fondo de ojo, que es un elemento definitorio, acompañado de hemorragia y exudados.¹⁵

Hipertensión sistólica aislada: es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera cuando la tensión arterial sistólica es igual o mayor que 140 mmHg y la tensión arterial diastólica es menor que 90 mmHg.¹⁵

Hipertensión resistente o refractaria: no se alcanzan cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mmHg con un régimen terapéutico con tres medicamentos a dosis máximas y una de las cuales es un diurético.¹⁶

Hipertensión enmascarada: las cifras de tensión arterial en la consulta médica son inferiores a 140/90 mmHg, pero durante el monitoreo ambulatorio se hayan por encima de 135/85 mmHg. La no detección de estos sujetos conlleva a daño en órgano diana, mayor frecuencia de eventos cardiovasculares. Se ha observado en individuos jóvenes, del sexo masculino, con aumento de la actividad física y estrés emocional, así como con hábitos tóxicos de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas.¹⁶

La American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC), acordaron las nuevas pautas presentadas, definen la presión arterial sistólica en 130 mmHg o más como hipertensión, mientras que la definición anterior que aceptaban establecía el umbral en valores entre 140 o superiores. También consideran ahora como hipertensos a los que tengan cifras de 80 mmHg o más de presión arterial diastólica, en lugar de 90 mmHg y más. Por tanto, en estas pautas desaparece la categoría de pre-hipertensión, que era la ubicada entre 120 y 139 de PAS y entre 80 y 89 de PAD.¹⁶

Desde un punto de vista clínico, la influencia de la genética en la HTA viene determinada por una agregación familiar, de forma que la prevalencia aumenta entre los familiares de primer grado.

Los principales factores relacionados con el desarrollo de la HTA se encuentran ligados con el progreso y los cambios en los hábitos de vida y dietéticos. El progresivo sedentarismo de la sociedad tras la era industrializada, con el consiguiente desequilibrio entre ingesta calórica y gasto energético, junto con elementos dietéticos específicos como la elevada ingesta de grasas saturadas y el elevado consumo de sal son los

principales determinantes ambientales de la aparición de HTA. Los mecanismos por los que estos determinantes ambientales producen HTA y favorecen el desarrollo de enfermedad cardiovascular no están del todo esclarecidos ¹⁵

Multitud de evidencias experimentales y clínicas apoyan el papel del sistema nervioso autónomo en la patogenia de la HTA. Los individuos hipertensos presentan una hiperactividad simpática, con desequilibrio entre esta y la actividad parasimpática. La activación simpática puede tener su origen en un estímulo directo por el estrés crónico, ya sea mental o promovido por la elevada ingesta calórica y la obesidad.

El sistema renina-angiotensina (SRA) es sin duda el principal responsable del desarrollo de la enfermedad vascular y uno de los principales focos de atención terapéutica.

El endotelio desempeña un papel fundamental en la fisiopatología vascular. Las alteraciones observadas en la HTA y sus complicaciones cardiovasculares incluyen tanto disfunción como daño de la capa de células endoteliales. En el último caso, la hipótesis más plausible es la incapacidad de los individuos predispuestos en reparar el daño de células endoteliales que se produce en circunstancias normales, fundamentalmente debido a una disminución de las células progenitoras endoteliales, principales responsables de dichos procesos de reparación. ¹⁵

En cuanto a las alteraciones funcionales, estas consisten en un desequilibrio entre la producción de sustancias vasodilatadoras y antiinflamatorias, entre las que destaca el óxido nítrico, y la producción de sustancias vasoconstrictoras y proinflamatorias, especialmente endotelina y especies reactivas de oxígeno.

Los tres tipos de cambios descritos en la HTA son la presencia de rarefacción capilar, hipertrofia de la capa media de las arterias de resistencia y la rigidez de las grandes arterias. ¹⁵

La hipertensión se ha denominado el asesino silencioso, pues es un trastorno crónico asintomático que lesiona de forma silente los vasos sanguíneos, el corazón, el cerebro y los riñones si no se detecta ni se trata. Es una enfermedad con una sintomatología inespecífica, la cefalea es un síntoma constante y habitualmente se presenta en horas de la mañana con localización orbitaria, suboccipital y frontal. Incluso simula una migraña y se acompaña de náuseas, fotofobia y vómitos.

Entre otros síntomas que pueden aparecer están las palpitaciones, irritabilidad, insomnio, trastornos de la personalidad, disnea, que orientan hacia una HTA secundaria. La visión en candelillas, zumbido en los oídos, y los vértigos son síntomas clásicos asociados a la enfermedad. ^{13, 17}

En la mayoría de los pacientes la hipertensión arterial transcurre sin síntomas y, por tanto pasa desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, pero existen manifestaciones clínicas como dolor de cabeza, sudoraciones, pulso rápido, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos, rubor facial y manchas en los ojos como objetos oscuros volantes. ¹⁷

La evaluación inicial de la hipertensión debe cumplir tres objetivos: 1) determinar el nivel de presión arterial, 2) evaluar el riesgo cardiovascular global del paciente y 3) detectar las claves de la hipertensión secundaria que requieran una mayor evaluación.

13

Se trata de una enfermedad que no respeta edad, sexo, raza, ni condición social y que en muchas ocasiones afecta a individuos en las etapas más productivas de sus vidas. A pesar de esto, la mayoría de la gente no es consciente de la gravedad de esta enfermedad, de los factores de riesgo que favorecen su desarrollo, de sus manifestaciones clínicas, ni de las opciones de tratamiento que existen en la actualidad.

13

Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren, tales como: dieta con alto contenido de sal, grasa o colesterol, además de las condiciones crónicas (problemas renales y hormonales, diabetes mellitus y colesterol alto), antecedentes familiares de la enfermedad, falta de actividad física, vejez (mientras mayor sea la persona existe más probabilidad de padecerla), sobrepeso, obesidad, color de la piel, algunos medicamentos anticonceptivos, stress y consumo excesivo de tabaco o alcohol. ¹⁷

Los factores de riesgo se comportan de forma variable en cuanto a su incidencia y son comunes a muchas enfermedades de naturaleza vascular. Muchos de ellos no pueden ser modificados como es el caso de la edad, el sexo y los antecedentes familiares de padecer de hipertensión arterial. Por el contrario existen otros que cuando se mantienen

bajo control pueden retrasar e incluso impedir el desarrollo de la enfermedad y entre ellos podemos mencionar la diabetes mellitus, la obesidad, el sedentarismo, el colesterol elevado, el stress, el hábito de fumar por mencionar algunos.¹⁷

En la población, la prevención primaria de la hipertensión precisa de cambios sociales enormes, como aumentar los esfuerzos por influir en la industria alimentaria y reducir la cantidad de sal en los alimentos procesados, y por aumentar la práctica del ejercicio y la disponibilidad de frutas y verduras frescas. Cuando la presión arterial de una persona sube a niveles de prehipertensión, las modificaciones del estilo de vida casi nunca bastan para que la presión vuelva a ser normal, y casi siempre hay reincidencia.¹⁸

Modificación del estilo de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los estilos de vida no saludables que se adquieren durante la vida se encuentran dentro de las causas modificables de hipertensión arterial. La OMS define a los estilos de vida como el conjunto de comportamientos/actitudes y actividades que adquieren y desenvuelven las personas, ya sea individual o colectivamente, de tal forma que satisfacen sus necesidades como seres humanos, logrando el alcance de su desarrollo como persona.¹⁹

Todo régimen antihipertensivo debe acompañarse de modificaciones del estilo de vida. El séptimo informe del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) recomendaba una prueba de modificación del estilo de vida de forma aislada durante un tiempo no especificado (6-12 meses en las directrices previas) antes de prescribir tratamiento antihipertensivo, incluso en pacientes de alto riesgo. Esto es acertado y puede causar cierta inercia. Sin embargo, los datos más recientes respaldan una mayor urgencia a la hora de lograr un control farmacológico de la presión arterial para reducir el riesgo cardiovascular, al menos en pacientes que presentan varios factores de riesgo. En las personas con una motivación suficiente, las modificaciones del estilo de vida pueden reducir los requisitos de medicación, tener un efecto favorable sobre los factores de riesgo cardiovascular asociados, y destaca el papel activo que los pacientes pueden desempeñar en el control de su presión arterial.¹⁷

Una reducción moderada del sodio de la dieta disminuye la pérdida renal de potasio durante el tratamiento diurético y reduce la presión arterial un promedio de 2/2 mmHg. La mayor parte del sodio de la dieta procede de los alimentos procesados, y no del salero. Sin unas medidas draconianas, el consumo diario de sal puede reducirse de 10 a 6 g si se enseña a los pacientes a leer las etiquetas de los alimentos (6 g de NaCl = 2,4 g de sodio = 100 mmol de sodio).¹⁹

Los fumadores deben recibir asesoramiento para dejar de fumar, porque el tabaco es un factor de riesgo muy potente de cardiopatía coronaria, ictus y de progresión de la nefrosclerosis hipertensiva a una nefropatía terminal. Debido a que la presión arterial se incrementa de forma transitoria de 10 a 15 mmHg tras cada cigarrillo, los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios suelen tener cifras de presión arterial fuera de la consulta mayores que en la consulta, en la que está prohibido fumar. La presión arterial se incrementa de forma similar con la primera taza de café de la mañana, pero la respuesta presora a la cafeína suele (aunque no siempre) compensarse durante el día. Por tanto no es preciso eliminar el consumo de cafeína.¹⁹

Un consumo moderado de alcohol (1-2 copas al día) no aumenta el riesgo de hipertensión en las poblaciones occidentales; pero entre japoneses la hipertensión es más frecuente en varones que beben con moderación que en los que no pueden beber debido a una mutación con pérdida de función en el gen del alcohol deshidrogenasa. En todas las poblaciones, beber una gran cantidad (3 o más copas de tamaño estándar al día) y sobre todo las borracheras.¹⁹

Aunque la hipertensión arterial no puede ser definitivamente curada, existen una serie de hábitos de vida que unidos a la acción de los medicamentos antihipertensivos, pueden llegar a controlarla de forma sustancial y evitar así sus consecuencias. Entre estos se encuentran los siguientes:

Todo adulto con más de 40 años debe vigilar periódicamente su tensión arterial, principalmente si sus padres o abuelos la han padecido.

Realizar ejercicios físicos y evitar la obesidad.

Disminuir el nivel de sal en la preparación de las comidas.

Reducir al mínimo la grasa animal y llevar una dieta rica en verduras, legumbres, frutas y fibras.

Limitar la cantidad de alimentos procesados y fritos.

No fumar y evitar los ambientes contaminados por el humo del tabaco.

Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.

No ingerir en exceso bebidas excitantes como café y el té, por citar algunas. ¹⁷

En el tratamiento de la HTA la premisa fundamental debe ser la individualización de la terapéutica. Existen dos tipos de tratamientos: el no farmacológico y el farmacológico. ¹⁸

Las intervenciones relativas a modificar estilos de vida constituyen el eje central de la prevención de la HTA y forman parte indisoluble del tratamiento integral del paciente hipertenso. Todos los hipertensos deben realizar modificaciones en el estilo de vida, estas tienen un impacto positivo tanto en el control de la PA como en el tratamiento con fármacos antihipertensivos; su principal cuestionamiento radica en la inestable adherencia a largo plazo. Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en personas no hipertensas, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además del efecto de control de la PA, los cambios en el estilo de vida contribuyen al control de otros FRC y otras afecciones crónicas. ¹⁹

Las modificaciones en el estilo de vida se resumen en: reducción y control del peso corporal, reducción de la ingesta de sal, realizar ejercicios físicos regularmente, dejar de fumar, limitar la ingestión de bebidas alcohólicas y otras sugerencias en la dieta. ²⁰

El tratamiento farmacológico se indicará acorde a las cifras de PA y al riesgo cardiovascular (RCV) inicial en cada paciente. Para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta la edad del paciente, sus necesidades individuales y dosis, el grado de respuesta al tratamiento y las enfermedades o factores comórbidos que puedan influir en la respuesta al tratamiento (alcoholismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.), así como las formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia al tratamiento. ¹⁹

Las más adecuadas son aquellas que logren reducir las cifras de PA durante las 24 horas. Lo ideal es mantener más del 50 % de sus niveles de máximo efecto durante el

día. Para lograr esto, en caso de que se combinen dos o más fármacos, se recomienda fraccionar las dosis y distribuir los fármacos en las distintas horas del día. ¹⁹

Las principales drogas usadas en el tratamiento considerados de primera línea en el tratamiento de la HTA, son: los diuréticos tiazidicos, los bloqueadores de los canales del calcio (AC), los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y los Beta bloqueadores (BB), por lo que son adecuados y están recomendados para instaurar o mantener el tratamiento antihipertensivo, en monoterapia o combinados. ¹⁹

Otros medicamentos como los alfabloqueadores, los simpaticolíticos centrales, los antagonistas adrenérgicos periféricos y los vasodilatadores directos, se consideran de segunda o tercera línea en el tratamiento de la HTA, algunos de ellos reservados para situaciones muy específicas. ¹⁹

Conocer no solo los aspectos que entorpecen la adherencia sino los que la favorecen puede resultar crucial para el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas porque en investigaciones realizadas en Cuba, en pacientes con enfermedades crónicas han constatado dificultades en la adherencia terapéutica. ²⁰

Los planteamientos de la OMS con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas. ²¹

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. ²¹

Para la OMS la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. ²¹

La evidencia acumulada indica que la adherencia al tratamiento es un factor mucho más importante de lo que se creía. Los estudios que emplearon análisis de orina o sangre para determinar la presencia o ausencia de medicación han mostrado que la adherencia al tratamiento es baja. Esto se apoya en estudios en población general, en los que la adherencia al tratamiento basada en la renovación de las prescripciones fue < 50% del tratamiento en la mitad de los pacientes. Además, la mala adherencia al tratamiento se asoció con un aumento del riesgo cardiovascular. ²²

El proceso de adherencia a los tratamientos médicos de pacientes con padecimientos crónicos, está modulado por factores psicológicos, cognitivos, motivacionales y volitivos. La personalidad como sistema regulador del comportamiento que integra funciones y contenidos psicológicos, juega un papel relevante en la actuación del individuo hacia el cumplimiento del tratamiento. ²⁰

La no adherencia al tratamiento entonces sigue siendo un problema universal, sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento. Con relación a los pacientes hipertensos plantea que la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento es realmente muy baja dados los cambios en el estilo de vida y la toma de medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos. ²⁰ A medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento. ²²

Aunque no estén totalmente fundamentados, se han identificado diversos factores determinantes de la adherencia terapéutica. De los que se han expuesto en algunos estudios, podemos diferenciar cinco grandes grupos o dimensiones: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el tratamiento, factores sociodemográficos y socioeconómicos, y factores relacionados con el sistema o equipo sanitario. ²²

En el caso de la HTA, se han identificado aquellos determinantes relacionados con el paciente como el factor más importante, encontrándose entre las causas más

frecuentes el olvido de la toma de la medicación, el desconocimiento, la desmotivación y los efectos adversos de los medicamentos, la no adherencia de los pacientes pueda originarse en la falta de conocimiento que estos tienen acerca de la peligrosidad de esta enfermedad, del control de los factores de riesgo modificables y de la importancia del uso riguroso del medicamento antihipertensivo de acuerdo con la prescripción médica para disminuir los riesgos severos de la enfermedad cardiovascular.²²

Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no solo por cómo tomen los pacientes su medicación sino también por cuánto tiempo lo hagan. Aunque la mayor parte de las investigaciones se centran en adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico, para la OMS existe la necesidad de establecer diferencias, principalmente porque la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones.²³

Las causas y factores que se relacionan con el incumplimiento son numerosas, entre ellas destacan: olvido de toma de la medicación, desmotivación para tomar el tratamiento farmacológico en enfermedades asintomáticas como la HTA, efectos adversos de los medicamentos, desconocimiento o falta de información sobre la enfermedad, tratamiento y las consecuencias del abandono.²³

La hipertensión arterial (HTA) representa a nivel mundial uno de los problemas más prevalentes e importantes de la salud pública. Constituye una amenaza silenciosa y secreta para la salud, detectada en la mayoría de los casos cuando surgen sus complicaciones, ya sean cardiovasculares, cerebro-vasculares o renales, principalmente.²³

Entre las causas principales de abandono de la medicación, exactamente la causa contraria: el «sentirse bien». Los efectos adversos, el costo de los fármacos, el número de dosis y la cantidad diaria de estas, así como el estilo irregular de vida, han sido mencionados entre las causas más comunes de no adherencia.²³

Otro factor de interés lo constituye el seguimiento de la enfermedad por parte del médico. Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, influyen en la adherencia del paciente al tratamiento indicado. La OMS plantea que una de las cinco dimensiones interactuantes

que influyen sobre la adherencia está relacionada con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.²⁴

Es por ello que la OMS plantea que la adherencia terapéutica a largo plazo requiere de un cambio en el comportamiento propulsado principalmente por el aprendizaje, que permita a los pacientes adoptar un comportamiento asertivo. Para esto sugiere fomentar la educación sanitaria y aplicar estrategias que apoyen los nuevos comportamientos.²⁴

Existe un conjunto de factores generales internos y externos (genéticos y psicosociales respectivamente), que son considerados como influyentes respecto al cumplimiento de los tratamientos y las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud.²⁴

Al respecto, la OMS plantea que la adherencia es un fenómeno multidimensional, el cual está determinado por la interacción de factores determinados, los cuales son agrupados en cinco categorías:

Factores socioeconómicos

Hace referencia a variables como la pobreza, el analfabetismo, los niveles educativos bajos, el desempleo, el bajo apoyo social, la inestabilidad en las condiciones de vida, la lejanía a los centros médicos, los costos altos de transporte y de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, los cuales pueden afectar la adherencia a los tratamientos.^{23, 24} Muchos de estos factores son estresores para el sujeto, alterando así la tensión arterial. Un ejemplo de ello podría ser cuando una persona no logra adquirir sus medicamentos debido a la falta de dinero, lo cual afecta el estado emocional del sujeto, tanto como la misma adherencia.²⁴

Específicamente, respecto al apoyo social, tanto la familia como los amigos son importantes para que el paciente se adhiera a los tratamientos.

Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria:

La adherencia es mayor cuando la remisión a un especialista se considera parte de la evaluación y no como el último recurso, cuando el cuidado implica un seguimiento y es personalizado, cuando las citas son individuales y los tiempos de espera se reducen, cuando el tratamiento está disponible, cuando el tratamiento está cuidadosamente supervisado a través de visitas a domicilio, cuidados especiales, etc., cuando existen

vínculos buenos entre los servicios de pacientes internos y externos y cuando el personal tiene una actitud muy positiva hacia el tratamiento.²³

En este sentido, la relación entre los profesionales de la salud y el paciente ha sido asociada con la adherencia. En este grupo de factores se tienen en cuenta las actitudes del profesional y la empatía, y se sugiere que la actitud de ayuda y colaboración del terapeuta podría potenciar la adherencia a los tratamientos. Con respecto a los sistemas de atención, se ha observado que un mal servicio podría ser un factor negativo para la adherencia. Aspectos en la planta física del centro médico también pueden afectar la constancia del sujeto en la asistencia a los controles de la enfermedad, dado que si el paciente no se siente a gusto, encontrará maneras de evitar la asistencia a éste.²³

Factores asociados a la enfermedad

Estos factores dependen de las situaciones por las que debe pasar el paciente debido a su condición médica, por lo que los síntomas podrían ser variables determinantes con respecto al cumplimiento de las prescripciones realizadas por el profesional. Si los síntomas son fuertes o molestos, podría haber una mayor probabilidad de adherencia; por el contrario, en enfermedades como la HTA donde los síntomas son menos notorios, hay una mayor posibilidad de que la persona no cumpla con sus tratamientos. Es así como la característica asintomática disminuye la preocupación del paciente por ajustarse a los tratamientos minimizando la percepción del riesgo, lo cual lo podría llevar precisamente a desarrollar actividades que contribuyen negativamente al control de la HTA.²⁴

Factores relacionados con el tratamiento

La complejidad del régimen médico es un aspecto que puede afectar la adherencia, ya que la atención deficiente puede producir frustración en el usuario; la duración de los tratamiento de por vida puede llegar a ser considerado como un esfuerzo que no vale la pena, ya que de igual forma no habrá cura para su enfermedad.²⁴

Factores asociados con el paciente

Las expectativas del paciente frente a la enfermedad (creencias, percepciones, actitudes) influyen en la adherencia.²⁴

Otros factores que podrían afectar la adecuada adherencia a los tratamientos son: el olvido, el estrés, la angustia por los efectos adversos, la baja motivación, el percibir el tratamiento como innecesario, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, la baja percepción de mejoría por el tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, la comprensión inadecuada de la enfermedad y el tratamiento, la no percepción de riesgo en la enfermedad, la comprensión inadecuada de las instrucciones, la baja asistencia a las entrevistas de seguimiento y a las clases motivacionales o de psicoterapia, y los sentimientos negativos.²³

La adherencia al tratamiento podría ser la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que buscan ayudar a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas. La prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial debe realizarse mediante programas de intervención educativa, orientados a difundir información sobre la enfermedad y a prevenir los factores de riesgo modificables, mediante una educación nutricional, actividad física, eliminación del consumo de sustancias tóxicas y control del estrés.²³

La HTA constituye sin lugar a dudas, una de las grandes amenazas para la salud en estos tiempos, donde juega un papel importante el cumplimiento del tratamiento en estos pacientes. La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios. Asimismo, la falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.²⁴

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, en el período de enero de 2020 a junio del 2022 en el consultorio 10 ubicado en la comunidad rural Las Nuevas del municipio Lajas, provincia Cienfuegos.

El universo estuvo compuesto por los 62 pacientes mayores de 19 años, con diagnóstico de hipertensión arterial pertenecientes al consultorio 10, ubicado en la comunidad rural Las Nuevas, Nuevas del municipio Lajas, provincia Cienfuegos en el período de enero de 2020 a junio del 2022.

Para ello se contó con el consentimiento de la Dirección municipal de Salud del municipio Lajas, y el consentimiento informado de cada uno de los sujetos de la investigación. (Anexo 1y 2).

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 19 años con diagnóstico de hipertensión arterial pertenecientes al consultorio 10 ubicado en la comunidad rural Las Nuevas del municipio Lajas, provincia Cienfuegos, que dieron su consentimiento para formar parte de la investigación y sin deterioro cognitivo y con validísimo.

Criterios de salida:

-Negación de las pacientes a continuar el estudio, cambio de residencia a otra provincia o municipio o de consultorio, por fallecimiento de los mismos.

Métodos del nivel empírico:

El análisis de documentos: se revisaron las historias de salud familiares para identificar la población mayor de 19 años, del consultorio con diagnóstico de hipertensión, los grupos de dispensarización, se revisaron además las historias clínicas individuales con la intención de obtener los datos generales y clínicos de interés para la investigación, la historia evolutiva de la enfermedad y el nivel de control de la misma, se revisaron los exámenes periódicos de salud de las adultos mayores del consultorio para identificar los que presentaban deterioro cognitivo ,también se examinaron los documentos anteriores para identificar la edad, sexo ,nivel de escolaridad. Se revisó el Análisis de la Situación de Salud del consultorio 10.

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG. (Anexo 3).

Se utilizó con el objetivo de medir la adherencia terapéutica en los pacientes de estudio.

Descripción del cuestionario de adherencia terapéutica: Este cuestionario fue creado por Libertad Martín Alfonso, Héctor D Bayarre Veá y Jorge Grau Avalo, (MBG) y con el objetivo de evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial. Consta de 12 ítems en forma de afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente. ⁹

Calificación: Se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos totales a los que obtienen de **38 a 48** puntos, Adheridos Parciales de **18 a 37** puntos y No Adheridos a los que obtienen entre **0 y 17**, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: total, parcial y no adherido. ⁹

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. ⁹

Para su realización consumieron el tiempo necesario, las condiciones de iluminación y ventilación fueron adecuadas, se utilizaron preguntas cerradas y abiertas, se aplicaron de manera individual, personalmente. Anexo 3.

Medición de la presión arterial. Se utilizó con el objetivo de identificar el control de la hipertensión que presentaron los adultos hipertensos. La medición de la presión arterial cumplió requisitos importantes para hacerlo con exactitud, puesto que a punto de partida de esta fueron precisadas las conductas apropiadas que individualmente se tomaron:

- Los pacientes descansaron 5 min antes de tomarle la presión arterial.

- No deben fumar o ingerir cafeína por lo menos 30 min antes de tomar la presión arterial.
- Se realizó en posición sentada y con el brazo apoyado. En casos especiales puede tomarse en posición supina.
- El manguito de goma del esfigmomanómetro debe cubrir por lo menos dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual está desnudo.
- Se insufla el manguito, se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20 mm Hg o 30 mm Hg por encima de la desaparición del pulso.
- Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa ante cubital y se desinfla el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja lentamente, a una velocidad aproximada de 2-3 mm Hg por segundos.
- El primer sonido (Korotkoff I) se considera la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica la desaparición del mismo (Korotkoff V). Es importante señalar que la lectura de las cifras debe estar fijada en los 2 mm Hg o divisiones más próximos a la aparición o desaparición de los ruidos.

Se efectuaron dos lecturas separadas por 2 min como mínimo. Si la diferencia de las mismas difiere en 5 mm Hg se efectuó una tercera medición y se promediaron las mismas. Se verificó en el brazo contralateral y se tomó en cuenta la lectura más elevada.²¹

Teniendo en cuenta el promedio de Tensión arterial de los últimos 12 meses se considera:

Controlado si menor o igual de 130- 139 / 85-89mmHg

No controlado si mayor o igual 140 / 90 mmHg

Se diseñó una hoja de recolección de datos para vaciar los resultados. Anexo 4

Tabla. 1. Operacionalización de la variable adherencia terapéutica

Variables	Tipo	Definición conceptual	Indicador	Escala
Adherencia terapéutica	Cualitativa ordinal	Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del	Porcentaje de pacientes según adherencia terapéutica	1. Adheridos Totales (38 a 48 puntos), 2. Adheridos Parciales (18

		tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico.		a 37 puntos) 3. No Adheridos (0 y 17 puntos). Según cuestionario MBG
--	--	---	--	--

Tabla. 2. Operacionalización de la variables sociodemográficas y clínicas

Variables	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Edad	Cuantitativa continua	Representa la edad biológica en años.	Porcentaje de pacientes por edad	19 - 24 años 25 - 34 años 35 - 44 años 45 - 54 años 55 - 64 años 65 y más
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Representa el sexo biológico de los adultos	Porcentaje de pacientes por sexo	Masculino Femenino

[illegible]

Tabla. 4. Operacionalización de la variable factores influyentes a la no adherencia terapéutica

Variables	Tipo	Definición conceptual	Indicador	Escala
Factores socioeconómicos	Cualitativa nominal dicotómica	Factores de índole social y económicos los cuales pueden afectar la adherencia a los tratamientos	Porcentaje de pacientes según factores socioeconómicos Nivel de escolaridad Ocupación Falta de apoyo familiar	Si No
Factores asociados a la enfermedad	Cualitativa nominal dicotómica	Estos factores dependen de las situaciones por las que debe pasar el paciente debido a su condición médica, por lo que los síntomas podrían ser variables determinantes con respecto al cumplimiento de las prescripciones realizadas por el profesional	Porcentaje de pacientes según presencia de signos y síntomas de la enfermedad	Si No
Factores relacionados con el paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Las expectativas del paciente frente a la enfermedad (creencias,	Porcentaje de pacientes según Falta de conocimiento que	Si No

		percepciones, actitudes) influyen en la adherencia	estos tienen acerca de la peligrosidad de esta enfermedad, Falta de conocimiento del control de los factores de riesgo modificables Falta de conocimiento de la importancia del uso riguroso del medicamento antihipertensivo de acuerdo con la prescripción médica Olvido de la toma de la medicación	
Factores relacionados con el tratamiento	Cualitativa nominal dicotómica	Factores relacionados con la complejidad del régimen médico es un aspecto que puede afectar la adherencia	Fracaso tratamientos anteriores Cambios en el tratamiento Ausencia de los medicamentos prescritos Efectos secundarios Reacciones adversas	Si No

Métodos estadísticos

Se confeccionó una base de datos empleando el paquete de programas SPSS versión 19.0 para Windows que permitió el procesamiento, análisis estadístico y la confección de las tablas de resultados, expresados en números y porcentos los que se mostraron en tablas de frecuencia.

Consideraciones éticas.

La investigación se realizó con el consentimiento de todas las personas implicadas en ella, explicándole que los datos brindados por ellas sólo se utilizaron con fines investigativos, solicitando su colaboración voluntaria. Además se contó con la aprobación de la Dirección Municipal de Salud. (Ver Anexo1 y 2)

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Distribución de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del consultorio Las Nuevas según adherencia terapéutica. Lajas 2020-2022

Adherencia terapéutica	No	%
Adheridos totales	21	33,9
Adheridos parciales	27	43,5
No adheridos	14	22,6
Total	62	100

Fuente. Test de Martin-Bayarre- Grau

La tabla 1 muestra que existe un predominio de los pacientes adheridos parciales al tratamiento antihipertensivo con 27(43.5%), seguido de los adheridos totales 21(33.9%) y el 14(22.6%) no estaban adheridos al tratamiento. El predominio de la adherencia parcial significa que los pacientes se encuentran en una fase contemplativa, donde no existe una plena conciencia de la enfermedad y sus riesgos asociados, los resultados demuestran que esto es un asunto al cual hay que prestar especial atención, pues la no adherencia conlleva a dificultades en el control de la enfermedad hipertensiva, y genera complicaciones clínicas que incluso pueden comprometer la vida de los pacientes, además de las repercusiones socioeconómicas y familiares que esto trae consigo. ¹¹

Esos resultados se asemejan a los encontrados por varios autores dentro de ellos se destacan los hallados por Formentin-Zayas ²⁵ en su investigación, donde prevalece la adherencia parcial al tratamiento en el 68.3 % seguida de la total con un 31,7 %. Los referidos por Pomares Avalos ²⁶ en el cual predominaron los sujetos con una adherencia parcial al tratamiento 76.7%, seguido de los que se adhieren totalmente al tratamiento 18.1% y a los obtenidos por Bayas G ²⁷ donde de las 340 personas con HTA atendidas en el área de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; encontró que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se encuentra en un nivel parcial con el 53,3%.

Coinciden con los de Jiménez Fernández ²⁸, et sobre factores relacionados con la no adherencia al tratamiento en hipertensos, que muestra que el mayor número de los pacientes hipertensos (58,8 %) no se adhirió a la terapéutica prescrita.

No se concuerda con el estudio realizado por Luna ²⁹ en México en una población de 348 pacientes con HTA encontró que el 52,01% contaban con una adecuada Adherencia y 47,99% no la presentaba.

La adherencia terapéutica forma parte del comportamiento relacionado con la salud y compromiso de las personas, para que presenten mejorías de forma integral. La afección de esta patología parece tener una verdad no aceptada por parte del enfermo debido a diversos cuestionamientos tanto propios como desencadenados por el entorno social, dando lugar a una mala adherencia. ³⁰

Es importante resaltar que la falta de adherencia terapéutica genera problemas para el paciente como hospitalizaciones recurrentes por dificultades, que ponen en riesgo su integridad y el rol que desempeña dentro del ámbito familiar y social.

La baja adherencia representa un obstáculo que dificulta el éxito de los tratamientos, pues retrasan el progreso de la enfermedad y dificultan estimar el valor de la terapéutica, debido a que la HTA puede llevar a otras cardiopatías como: insuficiencia cardíaca, retinopatía y eventos cerebrovasculares, atacando principalmente el cerebro, corazón, riñones y el sistema cardiovascular. ³⁰

Tabla 2. Distribución de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del consultorio Las Nuevas según adherencia terapéutica y grupo etario. Lajas 2020-2022

Grupo etario n=62	Adheridos totales		Adheridos parciales		No adheridos	
	No	%	No	%	No	%
19-24	1	1,6	-		-	
25-34	1	1,6	3	4,8	1	1,6
35-44	3	4,8	4	6,5	2	3,2
45-54	8	13	8	13	1	1,6
55-64	3	4,8	6	9,7	2	3,2
65 y más	5	8	6	9,7	8	13
Total	21	33,9	27	43,5	14	22,6

Fuente. Historia salud individual. Test de Martin-Bayarre- Grau

En la tabla 2 se observa la distribución de los pacientes hipertensos según adherencia terapéutica y grupo etario, existían mayor cantidad de personas en la etapa de 65 y más años 19(30,6%), fue en este grupo etario donde se presentaron la mayor cantidad de pacientes no adheridos al tratamiento 8 (13%), seguido de los adheridos parciales 6(9,7%). Los pacientes pertenecientes al grupo de 45-54 años 17(27,4 %), fueron los más adheridos al tratamiento con 8(13%), comportándose con valores similares los adheridos parciales, y solo un paciente no adherido para un 1.6 %. En los grupos restantes prevalecieron los pacientes adheridos parciales. Solo hubo un paciente de 19 a 24 años (1.6%) y fue adherido total al tratamiento.

Resultados similares refirió Martínez de Murga ³¹ donde existió un predominio de los pacientes mayores de 65 años y de ellos solo el 43.9 % se encontraban adheridos al tratamiento.

No coinciden los resultados con el estudio de Vílchez ³² con respecto a la edad, los pacientes entre 61 a 70 años son más adherentes. Ni con los obtenidos por Reyes-Flores ³³ donde los grupos con mejor nivel de adherencia son los de 61 a 65 años y 66 a 70 años (62 y 63 % respectivamente).

La literatura revisada plantea que el nivel de adherencia en los ancianos es menor debido al gran trabajo que en ocasiones presentan los pacientes con un déficit cognitivo, además conviven sin la ayuda necesaria de familiares aumentando las probabilidades de que se desarrollen condiciones crónicas, volviéndose una puerta de entrada para enfermedades subyacentes pudiendo ocasionar el fallecimiento del individuo.³⁴

El informe de la OMS señala que la edad se ha informado como un factor que puede influir sobre la adherencia terapéutica pero de manera irregular. La edad es un factor de riesgo no modificable y lógicamente, se encuentran un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad, lo que puede estar provocado por los importantes cambios que se suceden en el organismo, y que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades como: deterioro del perfil lipídico, aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad, esto se atribuye a cambios en los patrones hormonales, y que aumentan el riesgo de sufrir hipertensión. ²⁵

En el caso de la hipertensión arterial, a medida que aumenta la edad se torna más peligrosa y compleja por la pérdida de elasticidad de las arterias, estas se vuelven más rígidas, lo que ocasiona que puedan romperse u obstruirse fácilmente. Asimismo, el corazón tiene una menor capacidad de soportar el aumento de trabajo que le supone la hipertensión y por tanto más posibilidad de volverse insuficiente.

Por tanto, es indispensable el cumplimiento disciplinado y consciente de los tratamientos médicos de manera global, ya que suponen la vía más segura de mantener controlada la enfermedad hipertensiva.

Otro factor que puede estar incidiendo en estos resultados es que este grupo poblacional (adultos mayores) es el de más rápido crecimiento y el que mayores necesidades de salud presenta. La hipertensión y el envejecimiento interaccionan de forma negativa sobre el cerebro, el corazón y el sistema renal, principalmente por las modificaciones hemodinámicas que ocurren a medida que el organismo envejece, y por su repercusión deletérea sobre los mencionados sistemas.¹¹

Algunos autores han encontrado que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de medicamentos porque frecuentemente dichos enfermos padecen también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación. Sin embargo, otros concluyen que los pacientes de mayor edad incumplen más la terapéutica porque con mayor frecuencia olvidan tomar los medicamentos debido a la pérdida de memoria que a menudo acompaña al envejecimiento.¹¹

La disparidad de las opiniones puede deberse a que el tiempo de evolución de la HTA, a menudo es prolongado, y los tratamientos de larga duración constituyen otro factor contribuyente al incumplimiento de la terapéutica.¹¹

Tabla 3. Distribución de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial según adherencia terapéutica y sexo del consultorio Las Nuevas Municipio Lajas.2022

Adherencia terapéutica n=62	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No	%	No	%
Adheridos totales	6	9,8	15	24,1
Adheridos parciales	12	19,4	15	24,1
No adheridos	12	19,4	2	3,2
Total	30	48,4	32	51,6

Fuente. Historia salud individual .Test de Martin-Bayarre- Grau

En la tabla 3 se aprecia mayor prevalencia de pacientes hipertensos del sexo femenino 32 (51.6%), fueron más adherente al tratamiento las mujeres con un 15(24.1%) adheridas totales, en comparación con los hombres que el 12 (19.46%) no se adhieren al tratamiento.

La investigación coincide con los resultados de otros estudios realizados por Cabrera ³⁵etc en la Colonia “Juan Escutia”, donde el 70,3 % fueron las del sexo femenino las más adherentes.

Por su parte Vilchez ³² en sus resultados destaca que, en una evaluación frente al sexo, el femenino fue el más adherente al tratamiento, bajo el supuesto de que las mujeres tienen mayor responsabilidad sobre el cuidado de su salud. Reyes Flores ³³ refiere que solían ser más adherentes las mujeres con 67.5% de la población estudiada.

No se asemejan a los referidos en estudios como el de Formentin-Zayas ²⁵ donde se aprecia que la no adherencia terapéutica con relación al sexo predominó el masculino en un 58,1 %. Difieren de los resultados de Romero ³⁶ plantea que en lo referente al sexo, no se encontraron diferencias en el nivel de adherencia.

Pomares al analizar el sexo tanto en el masculino como el femenino existió un predominio de la adherencia parcial en un 50 % y 76,5 % respectivamente.¹¹

Es necesario destacar que el sexo masculino tiene de 4 a 5 veces mayor probabilidad de padecer hipertensión arterial con respecto al sexo femenino, hasta los 40 años, A partir de este momento, en el sexo femenino existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad, esto se atribuye a cambios en los patrones hormonales, el organismo de la mujer experimenta una serie de cambios biológicos que la hacen vulnerable a enfermar.¹¹

Se ha comprobado que la respuesta puede ser diferente en hombres y mujeres trabajadores. Mientras que el varón se ve más afectado por las demandas profesionales y situaciones de agresividad o ira contenidas, la mujer, sobre todo si es además madre de familia, presentaría mayor respuesta al estrés doméstico que al que manifestaba durante el trabajo.¹¹

Luna refiere que la falta de colaboración del paciente con los profesionales de salud afecta a la Adherencia Terapéutica, también está relacionado con complicaciones presentes en el transcurso del tiempo como por ejemplo discapacidad o incluso pudiendo llegar a comprometer su vida, debido a esto se requiere de la implementación de programas que permitan disminuir estos resultados e incrementar la calidad de vida de la sociedad que padece esta enfermedad.²⁹

Tabla 4. Distribución de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del consultorio Las Nuevas según adherencia terapéutica y variables clínicas. Lajas 2020-2022

Variables clínicas n= 62	Adheridos totales n=21		Adheridos parciales n= 27		No adheridos n= 14	
	No	%	No	%	No	%
Tiempo transcurrido padeciendo la enfermedad						
Menos de 1 año	7	11,3	3	4,8	0	0
De 1 a 5 años	9	14,5	10	16,1	1	1,6
De 6 a 10 años	3	4,8	7	11,3	4	6,5
Más de 10 años	2	3,2	7	11,3	9	14,5
Control de la enfermedad						
Controlados	19	30,6	1	1,6		
No controlados	2	3,2	26	41,9	14	22,6

Fuente. Historia clínica individual. Test de Martin-Bayarre- Grau. Registro de toma de tensión arterial

En la tabla 4 se exhibe la distribución de los pacientes según variables clínicas y su relación con la adherencia al tratamiento, existió mayor adherencia en los pacientes con menos de 5 años con diagnóstico de hipertensión, 16(25,8%), En los pacientes con más de 10 años padeciendo la enfermedad se identificaron la mayor cantidad de no adheridos al tratamiento con 9(14.5%).Se pudo apreciar que 19(30.6 %) pacientes se encontraban adheridos al tratamiento farmacológico con control de la tensión arterial , se identificó que de los pacientes con la hipertensión no controlada 26 (41.9 %) estaban parcialmente adheridos y 14(22.6%), no presentó adherencia al tratamiento.

Se concuerda con Pomares ¹¹ cuando refiere que los sujetos de estudio padecían la enfermedad hipertensiva por más de 10 años, factor que puede constituir tanto una fortaleza como una debilidad para el paciente. Los tratamientos prolongados provocan reacciones de rechazo y los pacientes deciden suspenderlo por su cuenta, cuando no se han tomado previamente las medidas que eviten esa actitud. Sin embargo, cuando las personas padecen durante tanto tiempo una enfermedad llegan a conocerla profundamente, logrando identificar sus síntomas y buscando maneras más efectivas para su control.

Similares fue lo encontrado en la investigación de Martínez de Murga ³¹ donde se observó que existe mayor adherencia farmacológica en los primeros años de toma de la medicación, esta adherencia farmacología fue disminuyendo a medida que pasaban los años de tratamiento.

No se coincide con Reyes- Flores ³³ donde los resultados del estudio con respecto a la edad, muestran que existe una relación entre la presencia de incumplimiento y un menor tiempo del padecimiento.

Difieren los resultados a los obtenidos por Vichez ³² en su estudio, que plantea, las personas con mayor tiempo de enfermedad (mayor a 5 años) presentan mayor adhesión terapéutica coincidiendo en cuanto al control donde tan solo el 22,6% reflejó tener control de la enfermedad.

No son similares a lo encontrado por Arredondo ³⁷ en su estudio donde detectó un 40 % de los pacientes sin control y el 60 % estaba controlado.

Martínez de Murga ³¹ en el estudio de 142 pacientes encontró que 83 pacientes se encontraban adheridos al tratamiento farmacológico y con control de la tensión arterial (41,9 %), encontró una asociación significativa entre pacientes controlados y nivel de adherencia farmacológica.

Los resultados anteriormente expuestos son similares con los encontrados por Cobas Planchez ³⁸, al estudiar un universo de 166 hipertensos encuentran que el estadio I fue el de mayor porcentaje (67,4 %), seguido del estadio II que se comportó en el 21,6 %.

Es necesario señalar que a medida que este padecimiento se prolonga en el tiempo, la persona se hace más consciente del riesgo que acarrea, lo que trae consigo una implicación emocional y por tanto pasa a formar parte de los motivos de más alta

jerarquía, y a partir de este momento los recursos personológicos se ponen en función de la enfermedad, lo que se traduce en un aprendizaje por parte del paciente de identificar sus síntomas para poder controlarla.¹¹

La falta del tratamiento es el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad, por otro lado, la HTA es generalmente asintomática y crónica, lo que afecta en la percepción de riesgo haciendo en muchos casos que no se practiquen exámenes o visitas al médico. La HTA es una afección crónica, que precisa tratamiento durante toda la vida, por lo que resulta necesario que tanto el diagnóstico como la prescripción médica y el seguimiento de estos pacientes sean adecuados.³⁹

La adherencia al acatamiento de la medicación se ha descrito como una participación activa de pacientes en la ingesta de los medicamentos para obtener un resultado terapéutico aceptable, este aspecto es de gran importancia clínica, incluso algunos profesionales afirman que maximizar la adherencia servirá para el control adecuado de la presión arterial.⁴⁰

Gracias a los avances en el campo de la medicina en los últimos años, se han logrado crear medicamentos altamente efectivos y de fácil administración para atacar las enfermedades con mayor prevalencia y las que presentan un mayor índice de morbimortalidad como es la hipertensión; de forma paradójica, estos avances en herramientas diagnósticas y a nivel farmacológico han logrado controlar las cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos, pero no han logrado reducir exitosamente la morbimortalidad cardiovascular, siendo la baja adherencia y/o la falta de persistencia al tratamiento prescrito uno de los principales factores que contribuyen a la falta de control de la enfermedad.⁴¹

Se debe asociar la correcta adherencia farmacológica al control de la HTA y la reducción de complicaciones, pues con el adecuado tratamiento se puede disminuir el riesgo de accidentes cerebrovasculares del 30% 45%, de infarto al miocardio del 15% y otras como la insuficiencia cardíaca, así como la disminución de la función renal.⁴²

Tabla # 5. Distribución de los pacientes del consultorio Las Nuevas no adheridos al tratamiento según factores socioeconómicos que pueden afectar la adherencia terapéutica. Lajas 2020-2022.

Factores socioeconómicos n=41	Adheridos parciales n= 27		No adheridos n= 14	
	No	%	No	%
Apoyo familiar				
Falta de apoyo familiar	15	36,6	5	12,2
Ocupación				
Obrero	11	26,8	5	12,2
Técnico	3	7,3	1	2,3
Dirigente	1	2,3	2	4,9
Ama de casa	5	12,2	2	4,9
Jubilados	2	4,9	3	7,3
Trabajador cuenta propia	5	12,2	1	2,3
Nivel escolaridad				
Primaria terminada	3	7,3	3	7,3
Secundaria terminada	11	26,8	5	12,2
Técnico medio	7	17	4	9,8
Preuniversitario	5	12,2	1	2,3
Universitario	1	2,3	1	2,3

Fuente Historia salud individual. Test de Martin-Bayarre- Grau

En la tabla 5 se observa que de los factores socioeconómicos asociados a la adherencia terapéutica, la falta de apoyo familiar estuvo presente en 20(48,8%) que incluye 15 (36.6%) de los pacientes adheridos parciales, y 5(12.2%) de los no adheridos.

En cuanto a las categorías ocupacionales, el mayor número de pacientes adheridos parciales se encontraba en los obreros 11(26.8%) del total de los pacientes que no estaban adheridos, seguido de las amas de casa y de trabajadores cuenta propia que

coinciden en cinco personas para un 12.2%. En los no adheridos al tratamiento predominaron los obreros con 5(12.2%), seguido de los jubilados con 3(7,3 %), y luego las amas de casa y de los dirigentes que presentaron la misma cantidad con un 2(4,9 %). En lo que respecta al nivel educacional el 11 (26.8%) de los pacientes adheridos parciales tenían nivel de secundaria básica terminada, seguido del técnico medio con el 7(17%). Comportándose de igual manera los no adheridos, secundaria básica 5 (12.2%) y técnico 4(9.8%) respectivamente.

Resultados similares refiere Vilchez ³² en su estudio donde los factores que suponen la baja adherencia al tratamiento, en este caso del 61,05%, está relacionada a la falta de apoyo familiar como variable significativa.

No coincide con el estudio de Sabaté ⁴³ donde el 65.4% de los participantes tenía una ocupación correspondiente a ama de casa como ocupación predominante.

Pomares ¹¹ encontró en el estudio que con respecto a las categorías ocupacionales, las amas de casas presentaron un predominio en la adherencia parcial (75 %), seguido de la adherencia total (25 %). Los jubilados presentaron un predominio en la adherencia parcial (83,3 %), seguida de la adherencia total (16,7 %). Al analizar los obreros, existió una prevalencia de la adherencia total (60 %). Por otra parte en los profesionales predominó la adherencia parcial (75 %), y como dato relevante ninguno se adhirió totalmente al tratamiento. En su estudio los pacientes con menor nivel de escolaridad prevaleció la adherencia parcial (60 %), seguido de la adherencia total (30 %). Mientras que los pacientes con mayor nivel de escolaridad, prevaleció la adherencia parcial (70,6 %), seguido de la no adhesión (17,6 %).

Es conocido que el bajo nivel de escolaridad es directamente proporcional con la aparición de enfermedades crónicas, esto se debe, entre otros elementos, al desconocimiento sobre los factores de riesgo que originan dichas patologías. De igual manera las personas con bajo nivel de escolaridad, tienden a utilizar mecanismos de afrontamiento a la enfermedad menos eficaces. ¹¹

La literatura revisada plantea que los pacientes que tienen una vida laboral activa cuentan con menores posibilidades de adherirse al tratamiento. Esto puede estar relacionado con la presencia de responsabilidades y obligaciones de en el ámbito laboral, que provocan la falta de cuidado en la atención a su salud.

La adherencia al tratamiento es un problema con múltiples dificultades relacionándose como causa varios factores, siendo principalmente el nivel socioeconómico debido a la falta de apoyo familiar y el entendimiento de las instrucciones médicas en ocasiones debido al nivel de educación del paciente, existiendo una explicación no clara la cual es determinante para el cumplimiento, el paciente omite la toma de algunos tratamientos.

43

En cuanto al apoyo familiar, también la OMS menciona que es un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica, ya que desempeñan una función activa en la rutina diaria del cuidado del paciente, en acompañarlo en el entendimiento de la enfermedad, lo que impacta en los resultados de salud y en el comportamiento del paciente.⁴⁴

Las situaciones ambientales cambiantes, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, pueden afectar la adherencia a los tratamientos.²³

Tabla # 6. Distribución de los pacientes del consultorio Las Nuevas no adheridos al tratamiento según factores asociados a la enfermedad que pueden afectar la adherencia terapéutica. Lajas 2020-2022.

Factores asociados a la enfermedad n= 41	Adheridos parciales n= 27		No adheridos n= 14	
	No	%	No	%
Presencia de signos y síntomas de la enfermedad	15	36,6	9	22

Fuente: Encuesta de conocimiento. Test de Martin-Bayarre- Grau

La tabla 6 muestra los factores asociados a la enfermedad el 15(36.6%) de los pacientes fueron adheridos parciales con la presencia de signos y síntomas de la enfermedad y el 9(22%) no adheridos.

Martínez de Murga ³¹ identificó en la investigación que el paciente deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien (56 %), este es uno de los mayores determinantes en la no adherencia a los tratamientos farmacológicos donde se ha demostrado que la causa principal de abandono de la medicación el “sentirse bien”.

Romero ³⁶ en un análisis realizado en 340 personas con HTA atendidos en el área de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; encontraron que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se encuentra en un nivel parcial con el 53,3% y los resultados del incumplimiento se asocian directamente la ausencia de síntomas lo que provoca que el paciente le reste importancia.

Sabaté ⁴³ refiere en el estudio que el 13.3% de los pacientes cuando se encontraba bien dejó alguna vez de consumir el medicamento y solo el 1.3% cuando se sentía mal suspendía el tratamiento.

Las enfermedades que transcurren sin síntomas molestos, como son las enfermedades crónicas, suelen presentar tasas de adherencia muy bajas. ³³

La HTA es asintomática en la mayor parte de los casos por lo que es una de las causas a la que se atribuye su falta de adherencia en donde el paciente no percibe el riesgo crónico de la condición, y deciden suspender el tratamiento. ³⁰

Muchos pacientes expresan creencias negativas con relación al tratamiento y la enfermedad pues no se sienten amenazados ni vulnerables por las complicaciones, lo que influye de manera negativa en la adherencia a los medicamentos. Un mejor efecto percibido del tratamiento está significativamente relacionado con la adherencia terapéutica y de esta forma los pacientes mejoran la sintomatología. ³³

Es así como la característica asintomática disminuye la preocupación del paciente por ajustarse a los tratamientos minimizando la percepción del riesgo, lo cual lo podría llevar precisamente a desarrollar actividades que contribuyen negativamente al control de la HTA. ³⁴

La falta de colaboración del paciente con los profesionales de salud afecta a la adherencia terapéutica, también está relacionado con complicaciones presentes en el transcurso del tiempo como por ejemplo discapacidad o incluso pudiendo llegar a comprometer su vida, debido a esto se requiere de la implementación de programas que permitan disminuir estos resultados e incrementar la calidad de vida de la sociedad que padece esta enfermedad. ³⁰

Tabla # 7 Distribución de los pacientes del consultorio Las Nuevas no adheridos al tratamiento según factores relacionados con el paciente que pueden afectar la adherencia terapéutica. Lajas 2020-2022.

Factores relacionados con el paciente n= 41	Adheridos parciales n= 27		No adheridos n= 14	
	No	%	No	%
Falta de conocimiento que estos tienen acerca de la peligrosidad de esta enfermedad,	10	24,4	9	22
Falta de conocimiento del control de los factores de riesgo modificables	21	51,2	6	14,6
Falta de conocimiento de la importancia del uso riguroso del medicamento antihipertensivo de acuerdo con la prescripción médica	18	43,9	3	7,3
Olvido de la toma de la medicación	26	63,4	9	22

Fuente: Encuesta de conocimiento. Test de Martin-Bayarre- Grau

En a tabla 7 se aprecia como factores relacionados con el paciente que repercuten en la adherencia al tratamiento como más representativo el olvido de la toma de la medicación, con 26(63.4%) pacientes que presentaron adherencia parcial y 9(22%) no adheridos. Seguido de la falta de conocimiento del control de los factores de riesgo modificables en el que 21(51.2%) se encontraban parcialmente adheridos y 6(14.6%) no adheridos. Se identificó que 18(43.9%) pacientes adheridos parciales tenían falta de conocimiento de la importancia del uso riguroso del medicamento antihipertensivo de acuerdo con la prescripción médica.

Similares resultados obtuvo Mendoza ⁴⁴ en su estudio realizado en Argentina encontró que en sus pacientes, la primera causa de no adherencia fue el olvido 39,17%, seguido por el descuido con los horarios 13,33%.

Hernández y col ⁴⁵ en el estudio encontraron que 27.5% había olvidado tomar la medicación y 2 de cada 5 (40%) no cumplen con los horarios establecidos para la toma de la medicación.

Coincidiendo con Jiménez y col ²⁸ plantea que el 71,6% de los mismos señalaron haberla olvidado, seguido del 58,3% que no respetaron los horarios establecidos para la ingesta del medicamento.

Otro estudio realizado por Córdova y Domínguez ⁴⁶ para determinar la relación entre el conocimiento del HTA y con la adhesión al tratamiento en la ciudad de Riobamba en 85 pacientes, obtuvo que el 64,7% de pacientes tienen un nivel de conocimiento medio de la enfermedad seguido del 35,3% con nivel alto.

Peña ⁴⁰ indicó en el estudio que en una muestra de 45 personas con HTA, el 55,6% tenían desconocimiento de la enfermedad.

Enfrentar la adherencia no es solamente hacer que los pacientes injieran la medicación o que mejoren la forma de vida, sino hacer que perciban la importancia de la medicina y las razones del porque debe tomarla. ³⁰

La falta de conciencia de la enfermedad es el factor no farmacológico principal que puede dificultar la adherencia terapéutica de los pacientes. ⁴⁴

Los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave. ²²

La educación en salud en los pacientes es un elemento crucial, dado que se ha demostrado que a través de ella pueden modificarse los hábitos para el cuidado de la salud, así como para generar confianza en los tratamientos médicos.

Para que los pacientes enfrenten eficazmente las exigencias relacionadas con el tratamiento impuestas por su enfermedad deben ser informados, motivados y capacitados en el uso de las estrategias cognitivas y comportamentales de autorregulación. ⁴⁴

En cualquier sistema de salud resulta imprescindible desarrollar una cultura médica, tanto en la población como en el personal de salud que la atiende, sobre las medidas preventivas encaminadas a no adquirir factores de riesgo y controlar o eliminar los ya existentes, en aras de disminuir la aparición de las enfermedades. ⁴⁵

Tabla # 8 Distribución de los pacientes del consultorio Las Nuevas no adheridos al tratamiento según factores relacionados con el tratamiento que pueden afectar la adherencia terapéutica. Lajas 2020-2022.

Factores relacionados con el tratamiento n= 41	Adheridos parciales n= 27		No adheridos n= 14	
	No	%	No	%
Fracaso tratamientos anteriores	2	4,9	9	22
Cambios en el tratamiento	4	10	6	14,6
Ausencia de los medicamentos prescritos	11	26,8	5	12,2
Reacciones adversas	3	7,3	9	22

Fuente: Encuesta de conocimiento. Test de Martin-Bayarre- Grau

En la tabla 8 se puede observar que en el estudio predominó la ausencia de los medicamentos prescritos en los adheridos parciales con 11(26.8%) y en los no adheridos los fracasos de tratamientos anteriores y las reacciones adversas con un con 9(22%) respectivamente de los pacientes estudiados. No fueron representativos factores como el fracaso tratamientos anteriores y los cambios en el tratamiento.

Jiménez ²⁸ en su estudio refiere que entre las causas de la no adherencia están la ausencia de controles, el cambio de tratamiento farmacológico o su práctica inadecuada, evidenciando que el 58,8% de los pacientes no adquirió el tratamiento prescrito.

Arredondo ³⁷ obtuvo como resultado del estudio que la principal causa de abandono el tratamiento radicaba en la aparición de efectos secundarios y la baja estima en que se tuvieron las medicaciones.

Las razones esgrimidas para la no adherencia son numerosas y variadas, las más frecuentes fue los efectos adversos producidos por los fármacos y la sensación de «sentirse peor».

La OMS explica que entre los factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria que ejercen un efecto negativo en la adherencia, están: sistemas deficientes de distribución de medicamento.³³

Es importante poner cuidado a la no adherencia al tratamiento pues conlleva una serie de dificultades en el control de la enfermedad hipertensiva, generando complicaciones clínicas pudiendo inclusive comprometer la vida de los pacientes sumando las repercusiones socioeconómicas y familiares que conlleva.⁴²

La no adherencia reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis de medicamentos más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos que no son necesarios.³³

La medicación es un factor clave para prevenir el avance de la enfermedad, por lo que se requiere adherencia continua (persistencia) al tratamiento médico (medicamentos, estilo de vida y dieta) para lograr un adecuado control a largo plazo, prevenir las complicaciones y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad.⁴¹

Tabla # 9 Distribución de los pacientes del consultorio Las Nuevas no adheridos al tratamiento según los principales factores que pueden afectar la adherencia afectar la adherencia terapéutica. Lajas 2020-2022.

Principales factores asociados a la no adherencia terapéutica n=41	No	%
Factores socioeconómicos		
Falta de apoyo familiar	20	48,8
Factores asociados a la enfermedad		
Presencia de signos y síntomas de la enfermedad	24	58.5
Factores relacionados con el paciente		
Olvido de la toma de la medicación	35	85,3
Falta de conocimiento del control de los factores de riesgo modificables	27	65,9
Factores relacionados con el tratamiento		
Ausencia de los medicamentos prescritos	16	39

Fuente: Encuesta de conocimiento. Test de Martin-Bayarre- Grau

La tabla 9 se observa que los factores relacionados con el paciente fueron los que más se asocian a la no adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de hipertensión, prevalecieron entre ellos el olvido de la toma de la medicación 35 (85.3%) y la falta de conocimiento del control de los factores de riesgo modificables 27(65.9%).

Se destacan además los factores asociados a la enfermedad, presencia de signos y síntomas de la enfermedad en 24 (58.5%). Otros factores asociados fueron los socioeconómicos con la falta de apoyo familiar en 20(48.8%) y los relacionados con el tratamiento destacándose la ausencia de los medicamentos prescritos en el 16(39%) de los sujetos.

No coincide con Ortega Cerda ⁴¹ que observó los factores relacionados con el tratamiento como principal causa pues el 30% tenía abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; y el 70% de la no adherencia se debía a una decisión del paciente.

No existe similitud con el estudio realizado por Medina ⁴⁷ para conocer aquellos factores que se encontraban asociados a la adherencia al tratamiento se encontró que de un total de 150 pacientes, el primer factor asociado a la no adherencia fue el socioeconómico, un 46% (n= 69) y el apoyo social, seguido el relacionado con la terapia, y los atribuibles al paciente y sus conocimientos en cuanto a la importancia del tratamiento antihipertensivo tanto farmacológico como no farmacológico.

En el caso de la mayoría de las enfermedades crónicas, existe un grupo de factores de riesgo conocidos, prevenibles y modificables, y se requiere que los pacientes entiendan el impacto de dichos factores en su enfermedad, así como la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable, todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad.⁴¹

Un primer paso siempre necesario es valorar la presencia de posibles factores predictores de falta de adherencia a posteriori, tales como insuficiente conocimiento del paciente de la enfermedad. Darle al paciente instrucciones claras y escrito sobre cómo y cuándo debe administrarse el tratamiento. Informar del tratamiento no solo al paciente, sino también a otra persona próxima a este, que pueda ayudarlo. Seleccionar la forma de administración más apropiada. Realizar revisiones periódicas de los fármacos que estén utilizando, brindar información a los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos en general mejora la adherencia, asimismo, eleva la satisfacción de los pacientes y mejora los resultados o hallazgos en salud. ³³

Conclusiones

Existió un predominio de los pacientes adheridos parciales, con una prevalencia del sexo femenino, las que son más adherentes al tratamiento, predominan los pacientes de 65 y más años, donde se identificaron la mayor cantidad de pacientes no adheridos, existió mayor adherencia en los pacientes con menos de cinco años con diagnóstico de hipertensión y con la enfermedad controlada. Los factores relacionados con el paciente fueron los que más se asociaron a la no adherencia terapéutica, prevalecieron entre ellos el olvido de la toma de la medicación y la falta de conocimiento del control de los factores de riesgo modificables. Se destacan además los factores asociados a la enfermedad, presencia de signos y síntomas de la enfermedad, otros factores presentes fueron los socioeconómicos, sobresalió la falta de apoyo familiar y los relacionados con el tratamiento, destacándose la ausencia de los medicamentos prescritos. Los resultados evidencian la necesidad de implementar intervenciones educativas para modificar los factores que repercuten en la no adherencia al tratamiento y de esta forma contribuir al control de la enfermedad y a la disminución de sus complicaciones.

Recomendaciones

- Realizar intervenciones informativas sobre la importancia del tratamiento y las instrucciones adecuadas sobre la toma de medicamentos, así como los posibles efectos adversos, para lograr mayor apego al tratamiento.
- Reconsiderar desde el campo de las ciencias de la salud, la necesidad de educar a las personas que sufren hipertensión arterial, para que puedan adoptar comportamientos saludables que propicien el cuidado y mantenimiento de su salud, potenciando de esta manera la adherencia terapéutica.
- Resulta de gran valor asistencial lograr una adecuada adherencia terapéutica en todas las enfermedades crónicas, no solo en la Hipertensión Arterial, por lo que recomendamos valorar la necesidad de realizar la investigación en otros contextos.

Referencia bibliográfica

1. González-Rodríguez R, Martínez-Cruz M, Castillo-Silva D, Rodríguez-Márquez O, Hernández-Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 2022 Mar 4]; 7(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/520>
2. Puican Liza, Maria Y. Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud de Surco, 2019. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Lima- Perú; 2019
3. Glynn LG, McManus RJ. Blood Pressure Control: Missed Opportunity or Potential Holy Grail?. Ann Intern Med [revista en Internet]. 2018 [citado 2022 Marz 4]; 168(2): [aprox. 10p]. Disponible en: <http://annals.org/aim/article-abstract/2667090/blood-pressure-control-missed-opportunity-potenti al-holy-grail>
4. Rivero Canto, Odalys. Martínez Rivero, Alberto. Muñoz Escobar, Elizabeth María Hipertensión Arterial. Prevalencia y factores de riesgo en la población de un consultorio de Morón. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018
5. Llibre Rodríguez Juan, Laucerique Pardo Tania, Noriega Fernández Liseth, Guerra Hernández Milagros. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med [Internet]. 2017 Sep [citado 2022 Mar 02] ; 50(3): 242-251. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300003&lng=e
6. Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2021). Anuario Estadístico de Salud 2020. La Habana: MINSAP. Recuperado a partir de <http://www.sld.cu/anuncio/2021/04/06/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2020>
7. Mainegra Fernández O, Miranda Mainegra J, Blanco Solís R. Un programa de capacitación comunitaria: experiencia preventiva en la Hipertensión Arterial. Mendive. Revista de Educación, abril-junio 2019; 17(2): 240-253

- [revista en Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 4]; 7(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revmendive.sld.cu/index.php/mendive/article/view/470>
8. Pons Barrera Edelys, Afonso de León José Alberto, Ruau Alderete María Cecilia. Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. Objetivo alcanzable. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2019 Feb [citado 2020 Mar 04] ; 41(1): 232-238. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100232&lng=es.
 9. Rodríguez-Salvá A, Piña-Alonso A, Díaz-Piñera A. Manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. Rev cubana med [revista en Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 4]; 9(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://revmed.sld.cu/index.php/article/view/757>
 10. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78 . Disponible en : <http://www.revespcardiol.org/>, day 04/03/2021
 11. Pomares-Avalos A, Vázquez-Núñez M, Ruíz-Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 2022 Mar 4]; 7(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
 12. García-Roche R, Balcindes-Acosta S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. Revista Finlay [revista en Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 4]; 9(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742>
 13. Roca Goderich Capítulo 40 Hipertensión arterial. En: Temas de Medicina Interna Tomo I. 5 ta Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2017 p 379
 14. De la Sierra Iserte A. Capítulo 60 Hipertensión arterial. En: Farreras- Rozman. Medicina Interna. Volumen I. XVII Edición Elsevier, España, S.L. 2012.

15. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Guía para la prevención , diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
16. Espinosa-Brito A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 4]; 8(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/594>
17. Pagès Puigdemont N, Valverde Merino MI, Faus Dáder J. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. ArsPharm. 2018 [acceso: 04/09/2022];59(4):251-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
18. Encalada L, Álvarez K, Barbecho P, Wong S. Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. Revista Latinoamericana de Hipertensión 2018; 13(3): 183-187
19. Ronald G. Victor. Capítulo 67 Hipertensión arterial. En: Cecil Tratado de Medicina Interna. Editorial p 375
20. Pomares-Avalos A, Jorge-González R, Alfonso-Trujillo Y, Vázquez-Núñez M. Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista Finlay [revista en Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 4]; 9(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/672>
21. Felipe Gómez J. Anthony Camacho P, López López J, López Jaramillo, P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Revista Colombiana de Cardiología. 2019 [acceso: 04/09/2020];26(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>
22. Cabrera J, López M, Villaseñor A, Hernández J, Granados G, Reyes T. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia “Juan Escutia”, Delegación Iztapalapa, México, D.F. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2018 [acceso: 03/07/2020];16(2):62-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO =52215>

23. Alcazar, J.M., Oliveras, A., Orte Martínez, L. M., Jiménez, S., & Segura, J. Hipertensión arterial esencial. Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología. 2018. Recuperado a partir de <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>
24. Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Medicina y Ética - Octubre-Diciembre 2021 - Vol. 32 - Núm. 4. Disponible en: <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>
25. Formentin-Zayas M, Carbajales-León EB, Medina-Fuentes G, Formentin-Zayas DM, Formentin-Zayas M. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero”. Rev Inf Cient [Internet]. 2021 [citado 8 marzo 2022]; 100(4):e3444. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3444>
26. Pomares Avalos A, Benítez Rodríguez M, Vázquez Núñez MA, Santiesteban Alejo RE, Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión. Rev Cub Medicina General Integral. 2020; 36(2)
27. Bayas G. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con HTA arterial en Latinoamérica. Mediciencias UTA. 2019;(3(2),2-9). Consultado 2022 marzo 8. Disponible en: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v3i2.183.2019>
28. Jiménez Fernández L, Silverio Mota D, Chala Tandrón JM, Brito Ferrer Y, Armada Esmores Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del policlínico XX aniversario. Diseño de un programa educativo. CorSalud [Internet]. 2017 Ene-Mar [citado 15 Mar 2022]; 9(1):10-18. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/211/588>
29. Luna U, Haro S, Uriostegui L, Barajas T, Rosas D. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con HTA arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. Elsevier. 2018 septiembre;

- 24(3). Consultado 2022 marzo 8. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300408>
30. Garcés Ortega JM, Quillupangui Ramón SM, Delgado Astudillo EP, Sarmiento Ávila SA. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 15 - Nº 5, 2020: consultado 2022 marzo 8. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000100002&script=sci_abstract
31. Martínez de Murga García G, Sujo Sit M, Estévez Perera A. Adeherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Rev Cub Medicina General Integral*. 2020; 36(1)
32. Vilchez A. Factores asociados a la adherencia. Piura, Perú: 2018. consultado 2019 septiembre 12. Disponible en:
<https://www.google.com/search?q=Vilchez+A.+Factores+asociados+a+la+adherencia.+Piura%2C+Per%C3%BA%3A%3B+2018>.
33. Reyes-Flores E, Trejo-Álvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A. Adherencia terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias *Rev Med Honduras*, Vol. 84, Nos. 3 y 4, 2018
34. Pérez J. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Medicina respiratoria*. 2017; 8(1): consultado 2022 septiembre 8. Disponible en:
[://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R81-6](http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R81-6).
35. Cabrera J, López M, Villaseñor A, Hernández J, Granados G, Reyes T. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia “Juan Escutia”, Delegación Iztapalapa, México, D.F. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2018 [acceso: 03/07/2022];16(2):62-8. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?>
36. Romero S, Parra D, Sánchez J, Rojas L. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 . *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(1): 37-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017004> comportó en el 21,6 %

37. Arredondo Bruce Alfredo Enrique, Martínez Chávez Surama, González de la Cruz Ygber, Trench Rodríguez Lusmarys. Análisis de la no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 Jun [citado 2022 Mar 06] ; 40(3): 615-626. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000300004&lng=es
38. Cobas Planchez L. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 60 años. Medimay [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2022]; 27(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1834>
39. Navarro García YE, Cobas Planchéz L, Mezquia de Pedro N, Noelis Díaz Y. Caracterización de adultos mayores hipertensos de un área de salud del municipio Guanabacoa, La Habana. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2019 [citado 12 Mar 2022]; 44(5). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1915>
40. Peña J. HTA arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao. UPNA. 2017 junio; consultado 2022 marzo 8. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%B1aSainzdelaMaza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
41. Ortega Cerda J, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legas JM, Adherencia terapéutica: un problema de atención médica, Acta Médica Grupo Ángeles. Volumen 16, No. 3, julio-septiembre 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actamedica>
42. Arévalo M, López M, López D, Martínez F. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con HTA Arterial. Trabajo original. 2016 marzo; 8(1). Consultado 2022 septiembre 8. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4991>.
43. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2017 [citado 2022 Jul 07]. Disponible en:

<http://www.paho.org/hq/index>.

[php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid)

44. Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Medicina y Ética - Octubre-Diciembre 2021 - Vol. 32 - Núm. 4. Disponible en: <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>
45. Hernández I; Sarmiento N; Gonzalez I; Galarza S; De la Bastida A. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito Rev Metro Ciencia 2018; 26(1): 07-11
46. Córdova M, Domínguez M. Asociación del conocimiento sobre HTA arterial (HTA) y adherencia al tratamiento en pacientes del club de hipertensos del Centro de Salud No 1 del Distrito Chambo- Riobamba 06D01. 2019. Consultado 2022 septiembre 16. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31972> ?locale=es
- 47.** Medina Gutiérrez, R. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un Hospital General. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú: Universidad Cayetano Heredia. 2017

Anexo 1

Consentimiento informado institucional

El que suscribe: _____

Hizo constar que estuvo plenamente de acuerdo en que la institución participara en la investigación titulada: Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del consultorio médico Las Nuevas. Municipio Lajas. 2022 Previa explicación recibida por parte del Dr. Arturo molina Rosado autor de la misma.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del _____.

Firma del Director de la Institución _____

Firma del jefe del proyecto _____

Anexo 2

Consentimiento informado del paciente.

El que suscribe: _____

Hizo constar que estuvo plenamente de acuerdo en participar en la investigación titulada: Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del consultorio médico Las Nuevas. Municipio Lajas. 2022 Previa explicación recibida por parte del Dr. Arturo molina Rosado autor de la misma.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del _____

Firma de paciente _____ Firma Jefa del proyecto _____

Anexo 3

Entrevista semi-estructurada y 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.

- Datos personales

Edad: _____ Sexo: _____

- Nivel de escolaridad:

Primaria____ Secundaria____ Pre universitario____ Media superior____
Universitario_____

- Categoría ocupacional:

Obrero ____ Técnico ____Dirigente ____ Administrativo ____ Ama de casa ____
Desocupado _____ Jubilado o pensionado ____ Trabajador Cuenta Propia ____

Años con HTA diagnosticada

1era toma:	TA	Mx	Mn
2da toma:	TA	Mx_____	Mn_____
3era toma:	TA	Mx_____	Mn_____
Toma de la TA en el momento actual:		Mx_____	Mn_____
	TA promedio:	Mx_____	Mn_____

Anexo 4 Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)

AFIRMACIONES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI 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.					
---	--	--	--	--	--

Si no ingiere su medicamento diariamente. Responda de las siguientes causas Sí o No según sea su caso:		
Razones Económicas		
Falta de tiempo		
Se le olvida		
Efectos indeseables		
Desconfianza en la indicación médica		
Fracaso tratamientos anteriores		
Falta de apoyo familiar		
Fracaso tratamientos anteriores		
Cambios en el tratamiento		
Ausencia de los medicamentos prescritos		

ANEXO 5

Encuesta de conocimientos para el paciente hipertenso.

Nombre y Apellidos: _____

1. ¿A partir de qué cifras considera Ud. que es hipertenso? (marque una sola)

a. Mayor de 120/80 _____ c. Mayor de 140/90 _____

b. Mayor de 160/100 _____ d. Mayor de 170/110 _____

2. ¿Considera la presión arterial elevada solo si sube la máxima (sistólica)?

Sí _____ No _____ No sabe _____

3. ¿Por qué considera importante el control de la hipertensión?

a. Impide complicaciones como el daño cerebral o renal Sí _____ No _____

b. Impide complicaciones gastroduodenales Sí _____ No _____

c. Impide alteraciones del fondo del ojo que alteran la visión Sí _____ No _____

4. ¿Considera usted que la hipertensión arterial es un proceso propio del envejecimiento?

Sí _____ No _____

5. ¿Qué importancia le confiere al control de otros factores que tienen relación con la hipertensión arterial?

	Ninguna	Poca	Regular	Mucha
a. Colesterol elevado	_____	_____	_____	_____
b. Obesidad	_____	_____	_____	_____
c. Estrés	_____	_____	_____	_____
d. Sedentarismo	_____	_____	_____	_____
e. Ansiedad	_____	_____	_____	_____
f. Consumo de sal	_____	_____	_____	_____
g. Consumo de grasas	_____	_____	_____	_____
h. Ejercicio físico _____	_____	_____	_____	_____

6. ¿Por qué sabe que tiene la tensión arterial elevada?

a. Por el control sistemático del médico Sí _____ No _____

b. Porque presenta cefalea Sí _____ No _____

c. Por el zumbido de oídos Sí _____ No _____

d. Por el dolor abdominal Sí _____ No _____

e. Acude al médico por otra causa y le toma la tensión arterial Sí ____ No ____

f. Otra causa _____

7. ¿Cuándo usted toma los medicamentos?

a. Sistemáticamente Sí ____ No ____

b. Cuando la presión arterial es alta Sí ____ No ____

c. Olvida la toma de medicamentos Sí ____ No ____

8. En su opinión, señale cuáles son las complicaciones de la hipertensión arterial

a. Trombosis cerebral (derrame cerebral) Sí ____ No ____

b. Infarto cardíaco Sí ____ No ____

c. Insuficiencia cardíaca Sí ____ No ____

d. Insuficiencia renal Sí ____ No ____

e. No sabe _____