Descargado el: 13-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de Guanabacoa

Therapeutic Adherence in Hypertensive Patients of the Guanabacoa Julio Antonio Mella University Polyclinic

Addys Díaz Piñera[1] Armando Rodríguez Salvá[1] Milenia León Sánchez[2] Lisbeth Fernández González[1] Armando Humberto Seuc Jo[1] Nelsy Álvarez Mesa[3]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Guanabacoa, La Habana, La Habana, Cuba
[3] Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Joaquín Albarrán, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, León-Sánchez M, Fernández-González L, Seuc-Jo A, Álvarez-Mesa N. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de Guanabacoa. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2022 [citado 2026 Nov 13]; 12(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1086

Resumen

Fundamento: la baja adherencia al tratamiento farmacológico es considerada un problema de Salud Pública. Los determinantes sociales, económicos y culturales juegan un papel esencial en su origen.
Objetivo: indagar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en una submuestra de personas hipertensas del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa e identificar los principales factores que pueden estar interfiriendo en este proceso.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el área antes mencionada entre septiembre y diciembre de 2019. Se utilizó un muestreo aleatorio simple. Se estudiaron 337 personas hipertensas mayores de 35 años. La variables estudiadas fueron: sociodemográficas (edad, sexo, color de la piel, ocupación, escolaridad, composición del hogar o convivencia) y variables relacionadas con la atención del paciente: necesidad de atención, seguimiento, medición de la presión arterial, prescripción de tratamiento farmacológico y no farmacológico y adherencia. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes.
Resultados: la adherencia fue de 69,4 %, estuvo relacionada con el sentir necesidad de atención (p≤0,01), estar controlado (p≤0,05) y ser mayor de 65 años (p≤0,04). Las personas con antecedentes de eventos cardíacos e ictus se adhirieron más al tratamiento. El resto de las variables sociodemográficas no guardaron relación, tampoco la consulta de seguimiento y la medición de la presión arterial en el último año.
Conclusiones: lograr una adecuada adherencia terapéutica resulta un proceso complejo, al influir aspectos tanto individuales, como organizacionales. La no disponibilidad de medicamentos en farmacia, el olvido en tomarlos y en los horarios establecidos resultaron las principales barreras referidas, estos deben tenerse en cuenta para incidir de forma favorable en el control del paciente. Es importante implementar estrategias para mejorar el nivel de adherencia y conocimientos de los pacientes acerca de su enfermedad.

Palabras clave: cumplimiento y adherencia al tratamiento, conocimientos, actitudes y práctica en salud, hipertensión, cuba

Abstract

Background: low adherence to pharmacological treatment is considered a Public Health problem. Social, economic and cultural determinants play an essential role in its origin.
Objective: to investigate the level of adherence to pharmacological treatment in a subsample of hypertensive people from the Julio Antonio Mella University Polyclinic in the Guanabacoa municipality and to identify the main factors that may be interfering in this process.
Methods: a descriptive cross-sectional study was carried out in the previously mentioned area between September and December 2019. Simple random sampling was used. 337 hypertensive people older than 35 years were studied. The variables studied were: sociodemographic (age, sex, skin color, occupation, education, household composition or cohabitation) and variables related to patient care: need for care, follow-up, blood pressure measurement, treatment prescription pharmacological and non-pharmacological and adherence. Categorical variables were presented as frequencies and percentages.
Results: adherence was 69.4 %, it was related to feeling the need for care (p≤0.01), being controlled (p≤0.05) and being older than 65 years (p≤0.04). People with a history of cardiac events and stroke followed to treatment. The rest of the sociodemographic variables were not related, nor the follow-up consultation and blood pressure measurement in the last year.
Conclusions: achieving adequate therapeutic adherence is a complex process, influencing both individual and organizational aspects. The unavailability of medications in the pharmacy, forgetting to take them and at the established times were the main barriers referred to; these must be taken into account to have a favorable impact on patient control. It is important to implement strategies to improve the level of adherence and knowledge of patients about their disease.

Key words: treatment adherence and compliance, health knowledge, attitudes, practice, hypertension, cuba

Recibido: 2021-11-17 11:14:31
Aprobado: 2022-03-18 16:17:22

Correspondencia: Addys Díaz Piñera. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. addysdiaz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) requieren de tratamientos prolongados y de una adecuada adherencia para lograr su control y disminuir un número importante de complicaciones, lo que exige a su vez un comportamiento responsable y persistente por parte del paciente.[1,2]

Se estima que entre un 20 y un 50 % de los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritas y que las tasas de incumplimiento pueden variar mucho según la enfermedad, aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación.[3]

En el contexto de las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia un problema de salud debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, incremento de las tasas de hospitalización y los costos sanitarios.[1,3]

La hipertensión arterial, es una enfermedad de elevada prevalencia y a su vez el principal factor de riesgo de las afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales; principales causas de muerte en el mundo, y en Cuba. Existen evidencias de que de manera aproximada la mitad de los pacientes con hipertensión dejan de tomar sus medicamentos completamente dentro del primer año del diagnóstico, solo el 31 % toma al menos 80 % de la medicación prescrita y entre el 60 y 90 % no cumplen las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos. Se plantea además que solo alrededor del 20 % de los pacientes hipertensos con comorbilidades como las referidas anteriormente, tienen la presión arterial controlada dentro de los límites recomendados por la OMS.[1,4]

El término "adherencia terapéutica" es amplio y va más allá de la toma de un medicamento, conlleva cambios en los hábitos de vida y en otros aspectos como la participación activa o negociación del paciente en el tratamiento prescrito por el profesional sanitario y conlleva a mejorar la calidad de vida.[1,4]

La adherencia está considerada un proceso dinámico, temporal, influenciado por diversos factores que a su vez están interrelacionados.[1,3,4]

El hecho de que una persona cumplimente o no un tratamiento es engorroso, pues no depende solamente del conocimiento que él tenga acerca de la enfermedad, su evolución, la coincidencia con otras enfermedades (donde resaltan las afecciones psiquiátricas, neurodegenerativas, la pérdida de memoria), sino también la accesibilidad y el costo de la medicación, dosis diarias, de sus creencias acerca de la enfermedad y efectividad del tratamiento, de los aspectos culturales, temores, responsabilidad, apoyo familiar, nivel educacional, de la preparación del médico en el manejo de la enfermedad, de una comunicación adecuada entre ambas partes, de la confianza hacia el personal de salud, una insatisfacción con la atención recibida y de otras relacionadas con el sistema sanitario como: dificultad en el acceso a los centros sanitarios y/o a los medios adecuados para el diagnóstico, largo tiempo de espera, horarios limitados, coste de la asistencia, continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido, entre otras.[1,3,4]

Por lo que se puede afirmar que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo, multideterminado y la identificación de los factores relacionados constituyen una condición de interés para los salubristas.[1,3]

Por otro lado, el recrudecimiento del bloqueo económico, comercial y financiero de los EEUU ha acentuado las carencias materiales, de insumos, tecnologías necesarias para la atención médica e inestabilidad en los suministros de materia prima para la producción de medicamentos, ocasionando serias afectaciones en la disponibilidad de 11 de los medicamentos básicos utilizados en el control de enfermedades crónicas.

La provincia La Habana se encuentra entre las de mayor prevalencia de HTA del país (26,8 %), por encima de la media nacional (23,3 %).[5] Según el informe del Programa de Enfermedades no Transmisibles del Centro Municipal de Higiene, Epidemiologia y Microbiología de Guanabacoa del 2019 el municipio reportó una prevalencia de 23,0 %, el Policlínico Universitario Julio Antonio Mella fue el que notificó el mayor número de atenciones médicas debido a enfermedades agudas del corazón, enfermedad cardíaca hipertensiva, hipertensión arterial y arrítmias cardíacas, además, aportó el 45,6 % del total de los fallecidos en el grupo de 35 a 70 años.

Entre 2016-2017 se realizó una investigación en esta área de salud con el objetivo de analizar las brechas en el proceso de atención de las

personas hipertensas, por lo que resulta importante, en las condiciones actuales, indagar acerca del nivel de adherencia en una submuestra de esos hipertensos, así como identificar los principales factores que pueden estar interfiriendo en su proceso de atención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una submuestra de pacientes hipertensos pertenecientes al Policlínico Universitario Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa entre septiembre y diciembre del 2019.

El universo estuvo representado por 976 hipertensos que fueron analizados en un estudio anterior. De este se seleccionó por muestreo aleatorio simple una muestra de 332 personas, teniendo como referencia los resultados de la línea de base. Como parámetro a estimar, se utilizó la prevalencia de pacientes no controlados (22 %), se fijó un error relativo de un 3,3 %, la confiabilidad fue del 90 %, se consideró un efecto de diseño de 1. Se tuvo en cuenta un incremento del 10 % por posibles pérdidas debido a traslado, fallecimiento o rechazo. Se estudiaron 337 hipertensos.

Tanto para el cálculo del tamaño muestral, como la selección, se utilizó el paquete de programas EPIDAT versión 4.0.

Se incluyeron en el estudio a las personas mayores de 35 años dispensarizadas como hipertensas, que fueron estudiados durante el periodo anterior, que ofrecieron su consentimiento para formar parte del estudio y que vivían físicamente en sus direcciones en el momento de la entrevista.

La variables estudiadas fueron:

- Sociodemográficas: edad, sexo, color de la piel, ocupación, escolaridad, composición del hogar o convivencia.
- Variables relacionadas con la atención del paciente: necesidad de atención, seguimiento, medición de la presión arterial, prescripción de tratamiento farmacológico y no farmacológico y adherencia.

Se visitaron los 10 consultorios objeto de estudio para revisar las fichas de salud familiar con el propósito de tener un estimado de la situación real de pacientes hipertensos con que cuentan los consultorios del médico de la familia (CMF). Luego se confeccionó un listado nominal de hipertensos que se contrastó con la base de datos de los pacientes estudiados en el periodo 2016-2017 para la selección de la muestra.

Una vez seleccionada la muestra, los investigadores se dirigieron a las viviendas de aquellas personas que cumplían los criterios de inclusión y se les leyó el consentimiento informado para participar del estudio. Luego se procedió a aplicar un cuestionario y a realizar tres mediciones de la presión arterial (al inicio, intermedio y final de la encuesta), siguiendo las recomendaciones de las guías cubanas y normas internacionales.[6]

La presión arterial fue medida con equipos digitales automatizados debidamente calibrados y certificados para su uso. Se empleó el equipo *Omron M6 Comfort*. Se consideró paciente controlado aquellas personas con cifras de presión arterial menor a 140/90 mm Hg. Para medir adherencia se empleó el *Test de Morisky-Green-Levine* en relación a los 30 días previos a la aplicación del cuestionario. Este test se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades crónicas. Consiste en 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento de su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta (No) las 4 preguntas.

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa SPSS versión 21.0. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes. Se realizó regresión logística, y en el modelo se incluyeron aquellas variables con un valor de $p<0,15$ en el análisis bivariado. Se consideró como significativo un valor de $p <0,05$.

Se solicitó autorización a los directivos del territorio, así como la aprobación del Consejo Científico y el Comité de Ética de la Institución que dirigió la investigación (Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología).

Las personas expresaron su libre consentimiento

de participar en el estudio, después de ser informados de sus objetivos y de firmar el documento. Se trabajó bajo los principios del respeto a las personas, la beneficencia, la no-maleficencia y la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Para el análisis de la adherencia se tuvo en cuenta la cantidad de personas que tomaban medicamentos a las que se les aplicó el *Test de Morisky Green Levine*. De las 324 personas, 225 (69,4 %) estaban adheridos al tratamiento. El 10,5 % (34) de los entrevistados tuvieron una respuesta inadecuada, 10,8 % (35) dos, 3,1 % (10) tres y 6,2 % (20) las cuarto preguntas. Las preguntas que presentaron mayor incumplimiento fueron; olvida tomar los medicamentos (21,6 %) y la olvida tomarlos a la hora indicada (16,7 %). (Tabla 1).

Tabla 1. Test de Morisky Green Levine

Preguntas		Total	
		No	%
¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos?	Sí	70	21,6
	No	254	78,3
¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?	Sí	54	16,7
	No	270	83,3
Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomar la medicación	Sí	50	15,4
	No	274	84,5
Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar la medicación?	Sí	38	11,7
	No	286	88,3
Adherencia al tratamiento	Sí	225	69,4
	No	99	30,6

A continuación se muestran los resultados de la adherencia según variables sociodemográficas y otras relacionadas con la atención al paciente. Las personas pertenecientes al grupo de 65 años y más, al sexo masculino, color de piel blanca, no activos laboralmente, con nivel educacional bajo, que viven solos, tienen sus cifras de presión arterial controladas, sintieron necesidad de atención, fueron vistos en consulta de seguimiento y se midieron la presión arterial en el último año fueron los más adheridos al tratamiento. El ser menor de 65 años (p 0,04), no estar controlado (p 0,05), no sentir necesidad de atención (p 0,01), el no seguimiento en consulta, color de la piel negra-mestiza y estar más de un año sin medirse la presión arterial se expresaron como factores de riesgo de la adherencia, siendo estadísticamente significativos solo los tres primeros. A pesar de tratarse de personas con una enfermedad crónica menos del 50 % sintió necesidad de acceder a un servicio de salud e indagar sobre su estado de salud en el último año. Las personas con mayores necesidades de atención fueron las amas de casa, jubilados/retirados y desocupados. De estas, 112 fueron vistas en consulta de seguimiento, de ellas el 40 % estaban adheridas al tratamiento y 53,6 % eran mujeres. (Tabla 2).

Tabla 2. Adherencia según variables sociodemográficas y de utilización de los servicios

Variables		N*	n**	%	OR	IIC 95%		p
						LI	LS	
Edad	< 65 años	133	84	63,1	1,64	1,02	2,65	0,04
	≥65 años	191	141	73,8	Referencia***			
Sexo	Masculino	109	77	70,6	0,92	0,55	1,52	0,74
	Femenino	215	148	68,8	Referencia***			
Color de piel	Negra-mestiza	135	89	65,9	1,32	0,82	2,14	0,24
	Blanca	189	136	71,9	Referencia***			
Ocupación	No trabaja	235	168	71,4	0,71	0,42	1,19	0,19
	Trabaja	89	57	64,0	Referencia***			
Nivel educacional	Bajo	52	42	80,8	0,49	0,23	1,02	0,05
	Medio/Alto	272	183	67,3	Referencia***			
Convivencia	Vive solo	23	17	73,9	0,79	0,30	2,07	0,63
	Acompañados	301	208	69,1	Referencia***			
Controlados	No controlado	150	96	64,0	1,61	1,00	2,59	0,05
	Controlado	174	129	74,1	Referencia***			
Necesidad de atención	No necesidad	168	108	64,3	1,86	1,36	3,04	0,01
	Sí necesidad	156	117	75,0	Referencia***			
Seguimiento en consulta	No	212	135	63,7	1,60	0,98	2,62	0,06
	Sí	112	90	80,3	Referencia***			
Última medición de la PA	Más de un año	34	19	55,9	1,94	0,94	3,99	0,07
	Último año	290	206	71,0	Referencia***			

*universo de estudio **número de personas adheridas ***categoría de referencia incluida en el modelo

A continuación se muestran las comorbilidades más frecuentes y su relación con la adherencia. De las personas estudiadas, 105 (32,4 %) no refieren otra enfermedad además de la hipertensión, mientras que, 219 (67,6 %) presentan otras comorbilidades, las más frecuentes fueron la diabetes mellitus (33,3 %), hipercolesterolemia (13,6 %) y sobrepeso/obesidad (12,3 %). El padecer enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca hace que las personas tengan una mayor adherencia al tratamiento y se comportan como factores de protección para una adecuada adherencia. Mientras que la ansiedad se expresó como un factor de riesgo, estas personas son 3,3 veces menos adherentes que los que no la sufren. (Tabla 3).

Tabla 3. Adherencia terapéutica según comorbilidades seleccionadas

Comorbilidades		N*	n**	%	OR	IIC 95 %		P
						LI	LS	
Diabetes mellitus	Sí	108	77	71,3	0,87	0,53	1,45	0,61
	No	216	148	68,5	Referencia***			
Hipercolesterolemia	Sí	44	31	70,5	0,95	0,47	1,90	0,88
	No	280	194	69,3	Referencia***			
Sobrepeso/Obesidad	Sí	40	26	65,0	1,26	0,63	2,53	0,51
	No	284	199	70,1	Referencia***			
Insuficiencia cardíaca	Sí	36	33	91,7	0,18	0,05	0,61	0,00
	No	288	192	66,7	Referencia***			
EPOC/Asma	Sí	34	19	55,9	1,94	0,94	4,0	0,07
	No	290	206	71,0	Referencia***			
Enfermedad cerebrovascular	Sí	19	18	94,7	0,11	0,02	0,89	0,01
	No	305	207	67,9	Referencia***			
Infarto del miocardio	Sí	19	16	84,2	0,41	0,12	1,43	0,15
	No	305	209	68,5	Referencia***			
Cáncer	Sí	17	14	82,4	0,47	0,13	1,68	0,24
	No	307	211	68,7	Referencia***			
Ansiedad	Sí	12	5	41,7	3,35	1,03	10,82	0,03
	No	312	220	70,5	Referencia***			
Depresión	Sí	9	5	55,6	1,85	0,48	7,05	0,36
	No	315	220	69,8	Referencia***			
Insuficiencia renal crónica	Sí	6	5	83,3	0,45	0,05	3,90	0,46
	No	318	220	69,3	Referencia***			
Retinopatía	Sí	5	3	60,0	1,53	0,25	9,28	0,64
	No	319	222	69,6	Referencia***			

*universo de estudio **número de personas adheridas ***categoría de referencia incluida en el modelo

Las personas con enfermedades crónicas requieren además del tratamiento farmacológico otras indicaciones que conlleven a modificar su estilo de vida. El 98,2 % refiere que en algún momento de la evolución de su enfermedad han recibido esos consejos médicos. Las más frecuentes fueron: ingerir dieta baja en sal y en grasa, estas a su vez fueron las más aceptadas por los hipertensos, alcanzando los mayores porcentajes de adherencia. (Tabla 4).

Tabla 4. Adherencia terapéutica según indicaciones médicas

Indicaciones medicas	Adherencia (n=225)		No adherencia (n=99)		Total (N=324)	
	N	%	N	%	N	%
Dieta baja de sal	197	87,6	83	83,8	**280**	**86,4**
Dieta baja en grasa	189	84,0	77	77,8	**266**	**82,1**
Realizar actividad física	62	27,6	23	23,2	**85**	**26,2**
Controlar peso	52	23,1	24	24,2	**76**	**23,5**
No fumar	12	5,3	5	5,1	**17**	**5,2**
Limitar consumo de alcohol	4	1,8	3	3,0	**7**	**2,2**

A continuación se muestran los medicamentos más prescritos, así como su existencia o no en farmacia al intentar adquiridos. El enalapril, la clortalidona, hidroclorotiazida, amlodipino y captopril son los medicamentos más indicados, mientras que la espirinolactona, atenolol, amlodipino, hidroclorotiazida y clortalidona fueron los menos accesibles, por no disponibilidad en farmacia. (Tabla 5).

Tabla 5. Principales medicamentos indicados y disponibilidad en farmacia

Medicamentos	Número de personas que tienen indicado el medicamento	Número de personas que refieren que no hay medicamento en farmacia	Porcentaje
Espironolactona	11	9	81,8
Atenolol	37	25	67,6
Amlodipino	63	42	66,7
Hidroclorotiazida	67	43	64,2
Clortalidona	134	85	63,4
Enalapril	162	89	54,9
Captopril	59	28	47,5
Nifedipina	11	4	36,4

DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica constituye un eslabón clave para la curación y control de cualquier dolencia, es un proceso complejo y multidimensional donde interactúan de forma recíproca factores propios de la enfermedad, vinculados al fármaco, de la organización de los servicios y los proveedores de salud, así como factores sociales, psicológicos y económicos.[7]

La no adherencia al tratamiento en individuos con enfermedades crónicas incrementa el riesgo de complicaciones y muerte prematura. Se reconoce que constituye un problema de elevada magnitud, que repercute en la salud de la población y su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud.[8]

La adherencia terapéutica en personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas es de alrededor de un 50 % en los países desarrollados. En los Estados Unidos la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta un 75 % de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.[9]

En este estudio la adherencia fue discretamente inferior al resultado obtenido en la línea base realizada en esta área de salud durante 2016-2017 (69,4 % vs 70,8 %), aunque, superior a otros estudios nacionales como los de López Vázquez[10] (58,3 %), Perera[11] (43,9 %) y González Boulí [12] (19,1 %) e internacionales como los de Ríos González[13] (49,0 %) y Chacón (37,3 %).[14]

Ríos González[13] y Buendía[15] en sus estudios de adherencia obtuvieron que el 71,4 % y el 48,0 % respectivamente de los pacientes olvidan tomarse los medicamentos, en algún momento, y este incumplimiento pudiera estar relacionado con la polimedicación, falta de comunicación por parte de los médicos, falta de percepción de un posible efecto beneficioso de la medicación y efecto adverso de la medicación, entre otros.

González Bouli y cols.[12] reportaron que la no adherencia al tratamiento antihipertensivo está relacionada con los efectos adversos tras el uso de los fármacos.

La respuesta más común en los pacientes clasificados como no adherentes fue dejar de tomar el medicamento cuando se encuentran o se sienten bien (5,7 %).

Algunos autores puntualizan que las personas de mayor edad olvidan menos tomar los medicamentos, porque frecuentemente padecen de otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los obliga a no abandonar la medicación.[16] Esos resultados coinciden con los obtenidos en este estudio donde un número elevado de las personas de 65 años y más (73,8 %) además de ser los más adheridos presentan una o más enfermedades asociadas.

Por otra parte, Mora Marcial[8] encontró mayor adherencia en personas de 80 años y más, y la no adherencia estuvo relacionada a enfermedades crónicas tales como: asma bronquial (80 %) seguido de diabetes mellitus (77,7 %), hipertensión arterial (75,0 %) y cardiopatía isquémica (70 %). Los trastornos psiquiátricos constituyeron barreras para el adecuado cumplimiento del tratamiento lo que coincide con lo descrito en la literatura[11] y lo encontrado en este trabajo.

Un número importante de reportes de la literatura plantea que las mujeres se adhieren más a los tratamientos que los hombres, al preocuparse por su salud y ser más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas [2,11,13,14,17], lo que contrasta con los resultados de esta investigación.

La mayoría de los estudios concluyen que existe una relación significativa entre nivel de escolaridad y adherencia al tratamiento, dado que, al poseer una mayor educación general, presupone tengan una percepción más realista del riesgo que a largo plazo implica la condición de ser hipertenso no controlado y por consiguiente sean más cumplidores de la terapéutica.[2,10] Esto difiere con los resultados de este estudio donde las personas con más bajo nivel escolar fueron los más adheridos.

Se presupone que las personas con menos nivel escolar ocupan cargos de menor responsabilidad y complejidad en comparación con los de mayor nivel. Por otra parte, las condiciones laborales, los cargos administrativos, las obligaciones y responsabilidades inducen al estrés laboral y a una falta de cuidado en la atención a la salud, con sus marcadas diferencias entre el ser hombre y mujer, factores que atentan contra el adecuado seguimiento y control de las personas que padecen hipertensión arterial.

Pomares Ávalos[2] obtuvo que el 25 % de las amas de casa estaban adheridas totalmente al tratamiento, mientras los jubilados /retirados alcanzaron resultados inferiores 16 % y la de los profesionales fue nula.

En este estudio las amas de casas se adhirieron más, al igual que los trabajadores, sin embargo, los desempleados y los jubilados/retirados alcanzaron cifras inferiores a los valores referidos. Se han encontrado resultados contradictorios en relación al género, el nivel educacional y la situación laboral.[11]

El vivir en pareja o con algún tipo de acompañamiento es un elemento importante con relación al enfrentamiento de una enfermedad crónica, sobre todo si se trata de un adulto mayor, sin embargo, en este estudio los más adheridos fueron las personas que vivían solas, lo que difiere con lo encontrado por Zurera Delgado y cols.[18]

Las redes de apoyo social y familiar cumplen una función de retroalimentación, refuerzo y estímulo para la adopción de conductas saludables entre los pacientes que intentan cambiar, o por el contrario, como algo negativo, agobiante e incluso causa de enfado en algunas ocasiones,

para aquellos que no deciden adherirse.[1,18]

En una investigación realizada con personas hipertensas en el Policlínico Docente Cerro[11] se obtuvo un 71,7 % de pacientes controlados y de ellos el 41,9 % están adheridos al tratamiento, cifra de controlados ligeramente inferior a la obtenida en este estudio (74,1 %). En ambos se encontró una asociación significativa entre el estar controlado y nivel de adherencia farmacológica.

Se ha probado la asociación entre la adherencia y el estado civil de los pacientes, así como con la edad, sexo, nivel de escolaridad, actividad física, el vivir acompañado o no, asistencia regular a consultas y el costo de la medicación.[12] En este estudio la no adherencia terapéutica estuvo asociada al no estar controlado, no sentir necesidad de atención y ser menor de 65, sin embargo, Chacón[14] la asoció con el sexo masculino, bajo ingreso familiar, bajo nivel de educación, inadecuada relación médico-paciente y alto nivel de estrés emocional y depresión.

Los medicamentos más utilizados coinciden con otros estudios nacionales[11,17] como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, seguido de los diuréticos tiazídicos, los betabloqueadores y antagonistas del canal del calcio, tanto en monoterapia o terapia combinada.

Se ha identificado que la complejidad del régimen terapéutico se relaciona con la no adherencia, así lo evidencia Ortiz Vázquez,[17] que menciona la polifarmacia y dificultades en la obtención del medicamento entre las posibles causas, lo que coincide con los resultados de este estudio, donde los pacientes consumen entre 3 y 4 medicamentos para tratar su enfermedad.

Perera[11] refiere mayor adherencia en los pacientes que toman medicamentos en dosis única, y lo relacionan con la facilidad del uso del medicamento en cuanto a frecuencia, cantidad a consumir diariamente y tiempo de tratamiento menor de 5 años. Se han señalado los problemas de comunicación entre el paciente y el profesional de la salud, la falta de comprensión del tratamiento farmacológico prescrito, la carencia de apoyo social, el alto costo de los medicamentos y sus efectos secundarios como elementos que favorecen la no adherencia.[10]

Patel y cols.[19] consideran elemental mejorar el nivel de adherencia terapéutica, para esto sugieren su evaluación periódica durante las consultas médicas, la indicación de esquemas farmacológicos de fácil administración y monitoreo de ambas actividades, además de información y educación al paciente y familiares.

Baglietto-Hernández y cols.[20] reportaron que un gran porcentaje de personas de 75 años y más revisaban su presión arterial de manera continua en comparación con grupos más jóvenes, donde el apego al tratamiento farmacológico es bajo, lo que coincide con lo encontrado en este estudio, donde hubo mayor adherencia al tratamiento farmacológico, control y revisión de la presión arterial en el último año en los adultos mayores. Para que pueda prevenirse de manera correcta y disminuirse los factores de riesgo hace falta, entre otros, que la población tenga autoresponsabilidad sobre su enfermedad.

Pomares Ávalos[2] destaca que la mayor parte de los hipertensos no cumplieron con la realización de ejercicio físico, las indicaciones relacionadas con la dieta y la asistencia a consulta de seguimiento programado, por inadecuada organización del tiempo, la sobrecarga de roles o la presencia de problemas concomitantes a la enfermedad. A su vez, Ortiz Vázquez[17] refiere incumplimiento de la actividad física (65 %) y la dieta (46,3 %), así como, dificultades en la obtención del medicamento (72,2 %). Ambos estudios tienen hallazgos similares a este, donde el 72,2 % no realizan actividad fisica, solo el 2,8 % lo practica de forma regular (más de 3 veces por semana) y a pesar que entre el 82,1 % y 86,4 % recibieron alguna indicación sobre la dieta esta no se realiza, además de existir dificultades con la adquisición de medicamentos en farmacia.

En este estudio la adherencia al tratamiento farmacológico fue superior a lo habitualmente referido en la literatura. La no disponibilidad de medicamentos en farmacia estuvo entre las principales barreras referidas. El olvido en tomar los medicamentos y en los horarios establecidos fueron de las respuestas más expresadas. Los hipertensos con antecedentes de eventos cardíacos e ictus se adhirieron más al tratamiento en comparación con otras comorbilidades como los trastornos psiquiátricos. La adherencia mostró asociación estadística con ser mayor de 65 años, sentir necesidad de atención y el estar controlado.

El controlar las cifras de presión arterial y lograr una adecuada adherencia terapéutica resultan

ser procesos complejos, interrelacionados y multideterminados; donde el comportamiento individual, nivel educacional, cumplimiento de los programas, utilización de redes de apoyo familiar y el fortalecimiento de los servicios de salud son elementos que pueden incidir de forma favorable o no en el alcance de estos objetivos, lo cual se evidenció en los resultados obtenidos, no obstante, se requiere de la participación directa y planificada de otros sectores de la economía, del cumplimiento de las políticas públicas y de estar dentro de las prioridades del gobierno.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

2. Curación de datos: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

3. Análisis formal: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Milenia León Sánchez.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Milenia León Sánchez, Lisbeth Fernández González, Armando Humberto Seuc Jo, Nelsy Álvarez Mesa.

6. Metodología: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Milenia León Sánchez, Lisbeth Fernández González, Armando Humberto Seuc Jo, Nelsy Álvarez Mesa.

7. Administración del proyecto: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

8. Recursos: Lisbeth Fernández González.

9. Software: Lisbeth Fernández González.

10. Supervisión: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

11. Validación: Armando Humberto Seuc Jo, Nelsy Álvarez Mesa.

12. Visualización: Armando Humberto Seuc Jo, Nelsy Álvarez Mesa.

13. Redacción del borrador original: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

14. Redacción, revisión y edición: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Milenia León Sánchez, Lisbeth Fernández González, Armando Humberto Seuc Jo, Nelsy Álvarez Mesa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín LA, Grau JA, Espinosa AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2014 [citado 13 Oct 2020];40(2):[aprox. 15p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000200007&lng=es

2. Pomares AJ, Vázquez MA, Ruíz ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 8 Nov 2020];7(2):[aprox. 7p]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476

3. Consejo de Farmacéuticos del País Vasco. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Boletín Infact [revista en Internet]. 2011 [citado 1 Feb 2021];19(1):[aprox. 6p]. Disponible en: https://www.osanet.euskadi.net/cevime/es

4. Pages N, Valverde MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejoras. Ars Pharm [revista en Internet]. 2018 [citado 21 Jun 2021];59(4):[aprox. 7p]. Disponible en: https://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340989420180004002 51&lng=es

5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2020 [citado 24 Jun 2021]. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/07/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019-compressed.pdf

6. Pérez MD, León JL, Dueñas A, Alfonzo JP, Navarro DA, de la Noval R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med [revista en Internet]. 2017 [citado 19 Mar 2020];56(4):[aprox.

80p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf

7. Espinosa AD. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no trasmisibles. Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 17 Ago 2021];6(3):[aprox. 2p]. Disponible en: https://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460

8. Mora GR, Verdecía K, Rodríguez TM, del Pino BN, Guerra C. Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2017 [citado 7 Abr 2021];33(3):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/309/146

9. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Salud, Barranquilla. Salud Uninorte [revista en Internet]. 2010 [citado 6 Ene 2021];26(2):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000200004&lng=en

10. López SA, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2016 [citado 21 Ago 2021];15(1):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1036

11. Perera AE, Martínez G, Sujo M. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2020 [citado 21 Ago 2021];36(1):[aprox. 13p]. Disponible en: https://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/982

12. González Y, Cardosa E, Carbonell A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Rev Inf Cient [revista en Internet]. 2019 [citado 10 May 2021];98(2):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551760346003

13. Ríos CM. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2018 [citado 4 Dic 2021];44(3):[aprox. 4p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864346620180003000018&lng=es

14. Chaón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol [revista en Internet]. 2015 [citado 19 Sep 2021];34(1):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071885602015000100002&lng=es

15. Buendía JA. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. Rev Biomédica [revista en Internet]. 2012 [citado 8 Abr 2021];32(4):[aprox. 6p]. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/421

16. Ramos LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vas [revista en Internet]. 2015 [citado 13 Jul 2021];16(2):[aprox. 15p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168200372015000200006&lng=es&tlng=es

17. Ortiz D, Bandera M, González S, Figueroa LP, Veloz VE. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. MEDISAN [revista en Internet]. 2019 [citado 4 Ago 2021];23(4):[aprox. 12p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192019000400632&lng=es

18. Zurera I, Caballero MT, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enferm Nefrol [revista en Internet]. 2014 [citado 4 Jun 2021];17(4):[aprox. 9p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254288420140004000003&lng=es

19. Patel P, Ordúñez P, Di Pette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev

Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2017 [citado 6 Abr 2021];41(1):[aprox. 10p]. Disponible en: https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es

20. Baglietto JM, Mateos A, Nava JP, Rodríguez P, Rodríguez F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. Med Int Méx [revista en Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2021];36(1):[aprox. 14p]. Disponible en: https://doi.org/10.24245/mim