



FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO

David Pérez Inglés¹, Melva Rosa Revé Urgellés¹, Nielys Pérez Inglés²

¹Estudiantes de 6to año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Policlínico Universitario "Asdrúbal López".

²Estudiante de 3er año de Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Policlínico Universitario "Asdrúbal López".

Correspondencia: David Pérez Inglés. Policlínico Universitario "Asdrúbal López". Guantánamo, Cuba. Correo: gminv@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La adherencia terapéutica se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, de la relación que establece con el profesional de salud y de sus características psicológicas y sociales.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes pertenecientes a los consultorios 17 y 18 del policlínico Asdrúbal López, de Guantánamo, en el año 2011.

Diseño Metodológico: Se realizó un estudio analítico de casos y controles. El universo del estudio estuvo constituido por los 108 pacientes hipertensos dispensarizados en el área y diagnosticados según el test de Morinsky-Green. Los casos constituyeron el grupo no adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=36). Los controles se seleccionaron de forma aleatoria simple, constituyendo el grupo adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=72), en una relación 1:2.

Resultados: Ventitrés pacientes de los casos (no adheridos al tratamiento) pertenecientes al sexo masculino, para el 63,9 % (p<0,05; OR = 2,62); 66,7 % de los casos no tienen conocimiento acerca de su enfermedad (p<0,05; OR=2,65); 77,8 % de los casos están bajo un tratamiento complejo (p<0,001; OR=3,31); 25 pacientes del grupo de los no adheridos al tratamiento manifestaron una relación médico-paciente no favorable, para el 69,4 %. (p<0,001; OR=4,84).

Conclusiones: El sexo masculino, el desconocimiento sobre la enfermedad y la complejidad del tratamiento, constituyen factores de riesgo en la aparición de la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Palabras clave: hipertensión, presión sanguínea, antihipertensivos.

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic adherence refers to the process through which the patient carries out the therapist's indications, based on the characteristics of his or her illness, of the relationship that he or she establishes with the professional of health and of his or her psychological and social characteristics.

Objective: To identify the factors of risk that have an influence on the non-adherence to the pharmacological antihypertensive treatment in patients belonging to the clinics 17 and

18 of "Asdrúbal López" polyclinic center, of Guantánamo in the year 2011.

Methodological design: An analytic study of cases and controls were carried out. The sample was constituted by the 108 hypertensive patients dispensed in the area and who were diagnosed through Morinsky-Green's test. The cases constituted the non-adherent group to the antihypertensive pharmacological treatment (n=36). The controls were selected in an aleatoric simple way, constituting the adherent group to the antihypertensive pharmacological treatment (n=72), in a ratio of 1:2.

Results: 23 patients of the cases (not stuck to the treatment) belonging to the masculine sex for 63.9% ($p < 0.05$; OR = 262); 66.7% of the cases does not have knowledge about their illness ($p < 0.05$; OR=265); 77.8% of the cases is under a complex treatment ($p < 0.001$; OR=331) 25 patients of the group of those not stuck to the treatment did not have a favorable doctor-patient relationship of 69.4%. ($p < 0.001$; OR=484).

Conclusions: The masculine sex, the ignorance about the illness, and the complexity of the treatment constitute factors of risk in the manifestation of the non-adherence to the pharmacological antihypertensive treatment.

Key words: Hypertension, Blood Pressure, Antihypertensive Agents.

INTRODUCCIÓN

Los padecimientos crónicos, entre los que destaca por su prevalencia la hipertensión arterial (HTA), requieren tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control. Estos tratamientos deben ser aplicados de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia.¹

En sentido general, el término "adherencia" se refiere al proceso a mediante el cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en: características de su enfermedad, el régimen terapéutico que sigue, la relación que establece con el profesional de salud y sus características psicológicas y sociales.^{1, 2}

La literatura acerca del tema señala que los factores relacionados con la no adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza. Estos autores plantean que en este proceso influyen factores: sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica, en especial, lo referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes.^{2,3} En los últimos años se aprecia un especial interés en los estudios sobre la adherencia a los tratamientos a nivel internacional, donde resultan destacados los trabajos de España y de algunos países latinoamericanos como Colombia, México y Chile¹. En la presente década, el tema ha sido retomado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta organización reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica, así como sus repercusiones para la salud.⁴

La "Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial", en su versión actualizada del 2008 recomienda la realización de

formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia terapéutica.⁵

Por otra parte, se reporta que el porcentaje de adherencia al tratamiento antihipertensivo es solo el 27 en Gambia, 43 en China y 51 en Estados Unidos.⁶ En Cuba, en el 2006, en un estudio realizado en algunos consultorios de los municipios Cerro y Plaza de la Revolución, se estudiaron 329 pacientes, resultando solo el 37,4 % como adherentes al tratamiento.⁷

En Guantánamo, la Dra. Bonal y colaboradores, en un estudio realizado en el policlínico Omar Ranedo en el año 2007, encontraron que el 48,3 % de los pacientes estudiados no estaban adheridos al tratamiento antihipertensivo.⁸

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema que tiene repercusiones negativas desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Como ejemplo se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como: retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. Desde el punto de vista económico, constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de los medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente.^{1,2}

Problema científico

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes pertenecientes a los consultorios 17 y 18 del policlínico Asdrúbal López, de Guantánamo, en el año 2011?

Hipótesis

El sexo masculino: la edad menor de 25 años, la desfavorable relación médico-paciente y de las prescripciones médicas, el insuficiente apoyo familiar, así como el desconocimiento acerca de la enfermedad, constituyen factores que influyen en la aparición de la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes pertenecientes a los consultorios 17 y 18 del policlínico Asdrúbal López, de Guantánamo, en el año 2011.

DI SEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional analítico con un diseño de casos y controles, en los consultorios 17 y 18, en pacientes hipertensos pertenecientes al Policlínico Asdrúbal López de Guantánamo año 2011.

Universo de estudio

El universo del estudio estuvo constituido por 108 pacientes hipertensos dispensarizados en el lugar y período de estudio que se les aplicó el test de Morinsky-Green⁹ (Anexo) donde se evaluaron las últimas dos semanas de tratamiento. Los casos estuvieron constituidos por el grupo de no adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=36). Los controles se seleccionaron de forma aleatoria simple, constituyendo el grupo adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=72), en una relación 1:2. Ambos grupos debieron cumplir además con haber sido diagnosticados con HTA primaria o esencial con al menos 1 año de evolución y tener indicado tratamiento farmacológico regular.

Variables de estudio

Edad, sexo, conocimiento de la enfermedad, complejidad del tratamiento, factibilidad del medicamento y calidad de las prescripciones.

Procedimientos e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó el test de Morinsky-Green (método de auto-reporte) al total de hipertensos.

Procesamiento estadístico

Los datos obtenidos fueron almacenados y procesados en el paquete estadístico SPSS versión 11.5. De la estadística descriptiva se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas, y de la estadística inferencial se efectuó un análisis bivariante, donde se obtuvo la significación de la asociación mediante la prueba χ^2 de Pearson, prefijándose el 95 % para el Intervalo de Confianza. Para determinar la fuerza de asociación entre los casos de no adherencia al tratamiento y los factores de riesgos encontrados, se calculó la razón de productos cruzados (OR) con su correspondiente intervalo de confianza (IC). Los resultados se muestran en tablas de contingencia para su mejor estudio y comprensión.

Aspectos éticos

Se les explicó a los pacientes en qué consistiría la realización de este trabajo, y que su objetivo esencial era puramente científico; además se les pidió su aprobación para participar voluntariamente en ella. Esto se realizó con todo el rigor ético y metodológico, respetando todas las opiniones o criterios individuales y los cuatro principios éticos básicos.

RESULTADOS

Se encontró predominio de las edades entre 25-59 años de edad, con el 41,7 % para los casos y el 56,9 % para los controles.

Tabla N^o.1. Distribución de casos y controles según el sexo.

Sexo	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Masculino	23	64	29	40,3
Femenino	13	36	43	59,7
Total	36	100	72	100

$\chi^2 = 5,31$ $p < 0,05$
 OR=2,62 (IC 95%= 1,16 – 5,92)

En la tabla 1 se puede observar que 23 pacientes de los casos pertenecen al sexo masculino para el 63,9 %, por solo 13 pacientes femeninas para el 36,1 %. Se encontró una asociación significativa con $p < 0,05$ entre la presencia de este factor y la aparición de la no adherencia al tratamiento y se determinó una relación de riesgo moderado (OR = 2,62).

Tabla N^o.2. Distribución de casos y controles según el conocimiento de la enfermedad.

Conocimiento de la enfermedad	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Sí	12	33,3	41	56,9
No	24	66,7	31	43,1
Total	36	100	72	100

$\chi^2 = 5,30$ $p < 0,05$
 OR = 2,65 (IC 95%= 1,16 – 6,01)

En la tabla 2 se muestra que 24 pacientes de los casos no tienen conocimiento acerca de su enfermedad, representado el 66,7 % por solo 12 pacientes que sí tienen conocimiento. Se encontró una asociación significativa con $p < 0,05$ entre la presencia de este factor y la no adherencia al tratamiento y se determinó una relación de riesgo elevado con OR = 2,65.

Tabla N^o.3. Distribución de casos y controles según complejidad del tratamiento.

Complejidad del tratamiento	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Sí	28	77,8	37	51,4
No	8	22,2	35	48,6
Total	36	100	72	100

$\chi^2 = 6,91$ $p < 0,001$
 OR = 3,31 (IC 95% = 1,36 – 8,07)

En la tabla 3 se muestra que 28 pacientes del grupo de los no adheridos al tratamiento están bajo un tratamiento complejo, para el 77,8 %. Se encontró una asociación altamente significativa, $p < 0,001$, entre la presencia de este factor y la no adherencia al tratamiento, y se determinó una relación de riesgo elevado con $OR = 3,31$.

Tabla No.4. Distribución de casos y controles según factibilidad del medicamento.

Factibilidad del medicamento	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Sí	30	83,3	57	79,2
No	6	16,7	15	20,8
Total	36	100	72	100

$\chi^2 = 0,27 \ p > 0,05$

La tabla 4 muestra el predominio de los pacientes que refieren la factibilidad de los medicamentos antihipertensivos, 30 (83,3%) son los casos y 57 (79,2) los del grupo control. No se encontró relación entre la presencia de esta variable y la no adherencia a la terapéutica.

Tabla N° 5. Distribución de casos y controles según calidad de las prescripciones.

Calidad de las prescripciones	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Favorable	28	77,8	55	76,4
No Favorable	8	22,2	17	23,6
Total	36	100	72	100

$\chi^2 = 0,27 \ p > 0,05$

La tabla 5 muestra el predominio de los pacientes que refieren como favorable la calidad de la prescripción médica 28 (77,8 %) los casos, y 55 (76,4 %) los del grupo control. No se encontró relación entre la presencia de esta variable y la no adherencia a la terapéutica.

En la tabla 6 se muestra 25 pacientes del grupo de lo no adheridos al tratamiento que manifestaron una relación médico paciente (RMP) no favorable, para un 69,4 %. Al aplicar el test de chi cuadrado (χ^2), se encontró una asociación significativa con $p < 0,001$ entre la presencia de este factor y la no adherencia al tratamiento, y se determinó una relación de riesgo elevado con $OR = 4,84$.

Tabla N° 6. Distribución de casos y controles según relación médico paciente (RMP).

RMP	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
No Favorable	25	69,4	23	31,9
Favorable	11	30,6	49	68,1
Total	36	100	72	100

$$\chi^2 = 13,67 \quad p < 0,001$$

$$OR = 4,84 \quad (IC \ 95\% = 2,04 - 11,5)$$

DISCUSIÓN

Respecto a la edad, en relación con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, se observa un predominio no muy importante, tanto en los casos como en los controles de la edad comprendida entre 25 y 59 años. Coincidentemente con nuestro estudio, muchos autores no consideran la edad como un factor de riesgo en el no cumplimiento de la terapéutica indicada.^{1,4}

Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento pero de forma irregular; su deficiencia puede afectar a todos los grupos etáreos; la adherencia en niños y adolescentes se presenta en un rango de 48 a 100 %, con promedio de 58 % en los países desarrollados. También reporta este informe que los adolescentes se adhieren menos que los niños pequeños; en ellos depende de la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir el tratamiento recomendado.⁴

Otras fuentes le atribuyen a la edad un papel fundamental en la adherencia al tratamiento antihipertensivo; a medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas, relacionado con la presencia de múltiples enfermedades crónicas en los ancianos, los que requieren tratamiento complejo y prolongado; además, ellos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción.^{2,4}

Es posible observar en la tabla 1 una mayor frecuencia en el sexo masculino en el grupo de no adheridos a la terapéutica antihipertensiva indicada (casos), lo que contrasta de forma estadísticamente significativa con el grupo control, lo que nos permite afirmar que los hombres tienen un riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo 2,62 veces mayor que las del sexo femenino.

Con respecto al género las opiniones son diversas, aunque predomina el criterio de peor adherencia en pacientes masculinos.¹ Así vemos como la Dra. Agámez,² en Camagüey, encontró que la falta de adherencia predominó en el sexo masculino en 165 pacientes para el 71%.

De igual forma, en un estudio realizado en el municipio Marianao de Ciudad de La Habana, se encuentra que el mayor porcentaje de los pacientes con cumplimiento completo de su tratamiento (68,5 %) corresponde al sexo femenino, y entre las personas que incumplen no se aprecian diferencias entre hombres y mujeres.¹⁰

En un estudio sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria, realizado en España, no se muestra relación entre cumplimiento y sexo femenino.¹¹

En la tabla 2 se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación con el conocimiento de su enfermedad, y se considera a esta variable como un factor de riesgo para la aparición de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, evidenciándose que aquellas personas que no poseen un suficiente conocimiento de su enfermedad, no pueden tener una actitud positiva en su tratamiento.

Este criterio concuerda con algunos autores consultados, los cuales plantean que los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de su padecimiento y el tratamiento, les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la enfermedad. La Dra. Bonal⁸ y colaboradores precisaron en su estudio que más de la mitad de los encuestados tenían buen conocimiento sobre la HTA (53,3 %), aunque se debe señalar que un tercio de los pacientes (33,3 %) tienen conocimiento deficiente en lo concerniente a esta enfermedad: Ella recomienda que para mejorar el cumplimiento terapéutico, es necesario informar al paciente sobre la naturaleza silente de la HTA. Por otra parte, la Dra. Martín¹ afirma, que es aproximadamente dos veces más probable que se incremente la no adherencia en las personas que no tienen conocimientos adecuados de su enfermedad, que en aquellas que sí los tienen. Estos resultados nos muestran claramente que la cuestión del conocimiento de la enfermedad mediante la educación, como una condición para la percepción de su gravedad, resulta un aspecto fundamental para lograr la adherencia y el control de ella.

En la tabla 3 se muestra un predominio de los pacientes no adheridos al tratamiento, los cuales están sometidos a un tratamiento complejo; este término implica más de un medicamento y/o más de una dosis al día. De esta forma la complejidad del tratamiento se asoció significativamente a la no adherencia al método antihipertensivo, con una relación de riesgo elevada, y presenta tres veces más riesgo de no adherencia que aquellos con un tratamiento no complejo. Este resultado coincide con el realizado por la Dra. Agámez² en Camagüey en el año 2007. En su casuística encontró la no adherencia terapéutica en el 60 % de aquellos con un tratamiento combinado. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento.¹² También el hecho de que el tratamiento antihipertensivo es para toda la vida, le imprime un rasgo de complejidad adicional. Si es corto se fracasa

menos en el cumplimiento, mientras que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas y este incumplimiento va incrementándose a medida que transcurre el tiempo.¹¹

En nuestro estudio utilizamos el término factibilidad como sinónimo de disponibilidad y simultáneamente de accesibilidad a los medicamentos antihipertensivos. La tabla 4 muestra el predominio de los pacientes que refieren la factibilidad de los medicamentos antihipertensivos, tanto en el grupo casos como en el grupo control. No se encontró relación entre la presencia de esta variable y la no adherencia a la terapéutica.

Resultados similares al nuestro también reporta un estudio realizado en la provincia de Cienfuegos, Cuba, sobre el control de la hipertensión en personas de 15 a 74 años. En éste, la mayoría de los participantes reportan poca o ninguna dificultad para encontrar en las farmacias los medicamentos antihipertensivos prescritos y casi todos tienen poca o ninguna dificultad para comprarlos.¹³ En otros países del mundo, debido al carácter comercial de la medicina privada no existe equidad en el acceso a los medicamentos, y en países subdesarrollados se carece en muchas ocasiones de los medicamentos más eficaces¹⁴, lo que representa un posible factor de no adherencia en la terapéutica antihipertensiva; en nuestro estudio, no se observó este comportamiento. En Cuba el tema factibilidad de los medicamentos no constituye un problema, pues estos medicamentos son subsidiados y el gobierno tiene como prioridad la Salud Pública. La factibilidad de los medicamentos no solo beneficia al paciente, sino que los beneficios económicos para el sistema de salud y para el Estado, de la buena adherencia terapéutica, se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad o crisis, en atención médica aprovechada y la utilización adecuada de la producción de medicamentos.

La tabla 5 muestra el predominio de los pacientes que refieren como favorable la calidad de la prescripción médica en ambos grupos de estudio, por lo que no se encontró relación entre la presencia de esta variable y la no adherencia a la terapéutica.

Numerosos estudios en Estados Unidos de Norteamérica han demostrado que los médicos frecuentemente fallan en ofrecer de manera adecuada las prescripciones a los enfermos, a causa de deficiencias en la comunicación, lo cual provoca el incumplimiento de las recomendaciones,¹⁵ Así reconocen los criterios de que tal conducta resulta un importante factor de riesgo, pues la calidad de la prescripción médica es uno de los eslabones fundamentales en la adecuada relación médico-paciente.

En la tabla 6 se muestra que la mayor parte de los pacientes del grupo de los no adheridos al tratamiento, manifestaron una relación médico- paciente no favorable, comportándose esta variable como un factor de riesgo significativo; en este grupo es 4,89 veces más probable la no adherencia al tratamiento que en aquellos donde sí existe una adecuada relación médico-paciente. Este factor de riesgo es el responsable de la no adherencia del 80 % de los casos, siendo susceptible de reducirse el problema en el 20,6 % de la población si se lograra eliminar.

La comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes es fundamental. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia de los pacientes.

De ahí que la Dra. D'Anello¹⁶ recomiende el "modelo centrado en el paciente", que ha surgido como un concepto clave en la medicina moderna. Implica un modelo de tratamiento que incorpora no solamente los factores biológicos, sino los psicológicos, sociales, y culturales.

De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles, no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento.¹⁶

CONCLUSIONES

El sexo masculino, el desconocimiento acerca de la hipertensión arterial y la complejidad del tratamiento, constituyen factores de riesgo en la aparición de la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín-Alfonso LA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario: 2003-2007. [tesis]. Repositorio de Tesis: Doctor en Ciencias de una Especialidad, Escuela Nacional de Salud Pública; 2009. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/80/>
2. Agámez-Paternina A, Hernández-Riera R, Cervera-Estrada L, Rodríguez-García Y. Factores relacionados con la no adherencia al trat. Arch. Méd. Camagüey 2008; 12(5).
3. Martín-Alfonso LA, Bayarre-Vea H, La Rosa-Matos Y, Orbay-Araña MC, Rodríguez-Anaya J, Vento- Iznaga F, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev Cub Salud Pública 2007; 33(3).
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [monografía en Internet]. Washington, D.C: LILACS ID; 2004. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-426503>
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
6. OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; 2003.
7. Quintana-Setién C, Fernández-Britto JE. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2009 28(2).

8. Franco-Bonal A, Silva-Valido JA, Soto-Martínez O. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Revista de Información Científica. Guantánamo*. 2010; 68(4).
9. Schmidt-Río J, Cruz-Quintana F, Villaverde-Gutiérrez C, Prados-Peña D, García-Caro MP, Muñoz-Vinuesa A, et al. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Index Enferm* 2006; 15(54).
10. Martín-Alfonso L, Sairo-Agramonte M, Bayarre-Vea HD. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.* 2003; 19(2).
11. Sicras-Mainar A, Fernández-Bobadilla J, Rejas-Gutiérrez J, García-Vargas M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes. *An Med Interna*. 2006; 23(8).
12. Mendoza PS, Muñoz PM, Merino EJM, Barriga OM. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Med Chil*. 2006; 134(1).
13. Orduñez-García P, Orduñez-García PD, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. *Journal of Hypertension* 2006; 24(5).
14. Collazo-Herrera M, Casademunt-Balbín N. La farmacoeconomía en la industria farmacéutica y el sistema sanitario de Cuba. *Rev Panam Salud Pública* 2001; 10(4).
15. Suzanne-Bennett J, Dawn-Newman C. Medical regimen adherence: Concepts, assessment, and interventions. Raczynski JM. *Handbook of clinical health psychology*. XIII ed. Washington, DC, US: Leviton, Laura C; 2004. p 329-54.
16. D'Anello S, Barreat Y, Escalante G, D'Orazio AK, Benítez A. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA*. 2009; 18(1).

ANEXO

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, para dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para nuestro estudio. Muchas gracias por su colaboración.

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____

Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A. (Test de Morinsky-Green) En relación con las dos últimas semanas de tratamiento, responda sí o no:

___ ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para la presión?

___ ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?

___ Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?

___ Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlos?

B. A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas están de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso.

1. Con respecto al tratamiento indicado Ud. opina que: (Marque las alternativas que considere).

a) ___ El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día).

b) ___ Existe frecuente falta del medicamento en la farmacia.

c) ___ No tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos.

d) ___ Por efectos indeseables que producen los medicamentos.

e) ___ Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud.

f) ___ Se me olvida hacer el tratamiento correcto.

2. Considera que el apoyo recibido por sus familiares para garantizar el cumplimiento del tratamiento es: (Marque sólo una alternativa)

a) ___ Suficiente.

c) ___ Insuficiente.

3. Según sus conocimientos, conteste marcando con una X los planteamientos que considere verdadero.

a) ___ La hipertensión es una enfermedad que se padece toda la vida.

b) ___ La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación.

c) ___ En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas.

d) ___ En la hipertensión sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.

e) ___ La medicación de esta enfermedad no la cura, solo controla los síntomas

f) ___ Cualquier antihipertensivo me sirve para controlar mi presión.

4. En la consulta, usted percibe que su médico:

a) ___ Le explica con énfasis la importancia de realizar el tratamiento.

b) ___ Lo consulta sin mostrar interés.

c) ___ Se manifiesta impaciente por concluir.

d) ___ Se muestra receptivo ante sus dudas.

e) ___ Es agradable en el trato.

- f) ____ Es desagradable en el trato.
 - g) ____ Le explica y refuerza la indicación escrita en el método.
 - h) ____ Le indica el tratamiento poco a poco.
5. Tiene otra dificultad que le impida lograr una correcta comunicación con su médico.
¿Cuál?_____
5. Calidad de la prescripción médica
- a) ____ Entiendo las indicaciones médicas dadas verbalmente
 - b) ____ Entiendo las indicaciones médicas que me dan por escrito.
 - c) ____ No entiendo las indicaciones médicas.
 - d) ____ Entiendo poco las indicaciones médicas.