

## Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón

### Adherence to antihypertensive treatment among patients living in San Miguel del Padrón municipality

DraC. Milena Díaz Molina, Lic. Yoanna Herrera Preval, MSc. Liliana Matéu López

Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de la Habana. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** estudios realizados acerca de la prevalencia de la hipertensión arterial en Cuba, muestran valores entre un 20 y un 40 % de la población adulta. En la actualidad se dispone de un amplio arsenal terapéutico para el tratamiento de esta afección y se conocen los criterios higiénico-sanitarios que permiten mantener los niveles arteriales dentro de la normalidad. La falta de adherencia a la pauta terapéutica es común en las enfermedades crónicas. En el caso de la hipertensión arterial, las cifras de no cumplidores alcanzan límites realmente preocupantes, cerca del 40 % para el tratamiento farmacológico y entre el 60-90 % en las medidas higiénico-dietéticas. El incumplimiento hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que ocasiona un aumento de la morbilidad y mortalidad.

**Objetivo:** evaluar la adherencia al tratamiento con antihipertensivos en una muestra de pacientes hipertensos.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional y descriptivo. La muestra estuvo constituida por pacientes de un área de salud del municipio San Miguel del Padrón en La Habana, Cuba. La adherencia se midió empleando el *test* de Morinsky-Green-Levine, la frecuencia de adquisición del medicamento en farmacia y el control de la presión arterial. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de terapia y adherencia.

**Resultados:** predominaron los pacientes hipertensos del género femenino, del grupo correspondiente a las edades de 70 a 79 años, que emplean la politerapia principalmente. Resultaron adherentes y controlados solo el 30,4 % de los casos estudiados.

**Conclusiones:** se evidencia la necesidad de continuar la labor educativa del

paciente hipertenso en esta comunidad, principalmente acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, adherencia, antihipertensivos, *test* de Morinsky-Green-Levine.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** studies on the prevalence of hypertension in Cuba show figures ranging 20 to 40 % of the adult population. At present, there is a wide therapeutic arsenal for the treatment of hypertension whereas health and hygiene criteria to maintain blood pressure levels within the normal range are known.

The non-adherence to the therapeutic regimen is common in chronic diseases. As to blood hypertension, the numbers of noncompliant patients is a real concern since about 40 % do not follow drug treatment and 60-90% of them do not comply with the hygiene and food requirements. Non-compliance makes the prescribed treatment ineffective leading to increased morbidity and mortality.

**Objective:** to evaluate the adherence to antihypertensive treatment in a sample of hypertensive patients.

**Methods:** observational and descriptive study of a sample of patients from a health area of San Miguel del Padrón in Havana, Cuba, for which the *test* Morinsky-Green-Levine *test*, how frequent the drug is purchased at the drugstore and the blood pressure control were used to measure adherence to treatment. The study variables were age, sex, type of therapy and adherence.

**Results:** female hypertensive patients aged 70 to 79 years-old and using polytherapy in the main predominated. Just 30.4 % of the studied cases adhered to their treatment and were under control.

**Conclusions:** there is a real need of continuous educational work aimed at the hypertensive patient at the study community, mainly on the importance of adherence to treatment in hypertension.

**Keywords:** blood hypertension, adherence, antihypertensives, Morinsky-Green-Levine *test*.

---

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno cardiovascular frecuente y con consecuencias adversas sobre la salud de quienes la padecen. Las guías internacionales más reconocidas en el tema, así como la guía cubana, consideran que cuando el paciente manifiesta incrementos continuos de presión arterial, con valores por encima de 140 mmHg o la presión diastólica sostenida mayor de 90 mmHg, se puede hablar de HTA.

Mundialmente, esta enfermedad afecta entre el 30 % y el 40 % de la población adulta, tomando importancia en edades infantiles y en la adolescencia. Cuba no está exenta de esta condición, con una incidencia por encima del 20 % en la población adulta, que llega a ser el doble o más en edades superiores a los 65 años.<sup>1,2</sup>

---

En la actualidad existen terapias farmacológicas que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la HTA, las cuales acompañadas de buenos hábitos de vida resultan de vital importancia en el tratamiento de esta enfermedad. De ahí la necesidad de la adherencia al tratamiento, farmacológico o no, como un posible factor determinante para garantizar una mejor calidad de vida de los pacientes y lograr la efectividad del tratamiento.

Para lograr los referidos propósitos se necesita una participación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.<sup>3</sup> La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas como es el caso de la HTA.<sup>4</sup>

Existen diferentes métodos para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico. Muy utilizados han resultado el *test* de Morinsky-Green-Levine (TMGL) y el *test* de Haynes-Sackett.

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la adherencia al tratamiento con antihipertensivos en una muestra de pacientes hipertensos.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y descriptivo para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo a pacientes del municipio San Miguel del Padrón, en la localidad de San Francisco de Paula, perteneciente al Área de Salud "Ruiz Aboy".

La adherencia se midió utilizando varios métodos indirectos: el TMGL, la frecuencia de adquisición de medicamentos en la farmacia y la medición de la presión arterial. Esta última fue realizada por la enfermera de un consultorio médico de familia del área de salud, dos veces por semana, en el horario de la mañana y durante un mes, empleando un esfigmomanómetro de mercurio debidamente calibrado y el estetoscopio. Se hicieron dos mediciones separadas por un intervalo de 1 min. Se utilizó la fase I y V de los sonidos de Korotkoff (método de Korotkoff) como expresión de la presión arterial sistólica y diastólica respectivamente.

La investigación se efectuó en el período comprendido entre enero y abril del 2013.

El TMGL consiste en responder 4 preguntas relacionadas con la terapia farmacológica:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar como adherente (ADH) al paciente debe responder "No" a las cuatro preguntas.

El universo de la investigación lo constituyó el total de los pacientes con tratamiento antihipertensivo de los consultorios de médico de familia incluidos en el área de salud, seleccionados para la investigación. La muestra quedó conformada por 113 pacientes.

*Criterios de selección:*

- Pacientes hipertensos mayores de 18 años con tratamiento farmacológico para la HTA.
- Pacientes que dieron su consentimiento de participación en la investigación.

*Criterios de no selección:*

- - Pacientes con presencia de otras enfermedades crónicas.
- - Pacientes embarazadas.

*Criterios de salida:*

- Fallecimientos.
- Pacientes a quienes no se les pudo completar todas las mediciones de presión arterial.

Las variables evaluadas estuvieron encaminadas a caracterizar la muestra desde el punto de vista biosocial (edad, género) y terapéutica (tipo de terapia antihipertensiva). La variable principal fue adherencia, medida por diferentes métodos, todos de tipo indirecto.

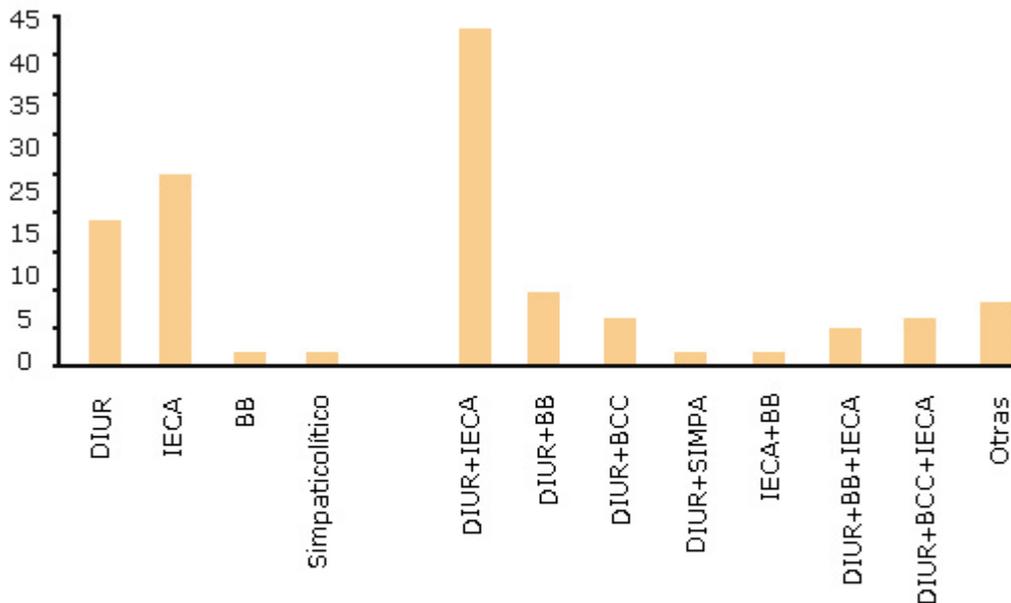
Colateralmente y teniendo en cuenta que se analizó la terapia antihipertensiva de todos los pacientes estudiados, en caso de detectar alguna combinación medicamentosa considerada no adecuada, se llevó a cabo una intervención del farmacéutico con el médico para valorar la necesidad de posibles cambios de farmacoterapia.

El procesamiento estadístico se ejecutó en el software SPSS, versión 11.5 para Windows. Se aplicó la estadística descriptiva para el análisis de los datos y para la determinación de dependencia entre las variables, se empleó la prueba de chi cuadrado para tablas de contingencia.

## RESULTADOS

La mayoría de los pacientes hipertensos estudiados pertenecieron al género femenino, lo que representa el 68% de la muestra evaluada. Con relación a la variable edad, hubo una mayor presencia de los rangos de edades de 70-79 años, seguido por el grupo de 45-54 años y en tercer lugar, el de 60-69 años de edad. El 62 % de los pacientes utilizaba politerapia como tratamiento farmacológico.

El análisis de la utilización de fármacos mostró que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), especialmente el enalapril y los diuréticos, preferentemente la clortalidona, fueron los fármacos más utilizados, ya sea como monoterapia o en combinaciones (Fig. 1).



DIUR: diurético, IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, BB: betabloqueadores, SIMPA: simpaticolítico de acción central, BCC: bloqueadores de los canales de calcio.

**Fig 1.** Antihipertensivos empleados con mayor frecuencia, tanto en monoterapia como en terapia combinada.

La revisión de las tarjetas de consumo de medicamento antihipertensivo de los pacientes participantes en el estudio permitió detectar que un 32,7 % de los pacientes no adquirirían su medicamento en farmacia de forma regular, mientras que los restantes (67,3 %) sí lo hacían.

Los resultados de la aplicación del TMGL mostraron que el 46,9 % fue (ADH) al tratamiento farmacológico, mientras que el 53,1 % resultó ser no adherente (NAD). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad de pacientes ADH y NAD al tratamiento farmacológico.

Para profundizar en las causas de la no adherencia, se analizaron individualmente las preguntas que evalúa el TMGL (tabla).

Cuando se evaluó la relación entre las variables edad y género y la adherencia,<sup>2</sup> el análisis mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, encontrándose un valor de significación, en ambos casos, superior a 0,05.

Respecto a la variable edad y adherencia, los resultados mostraron que no existía una relación entre ambas. En los grupos etarios predominantes no se observaron diferencias significativas entre los ADH y NAD.

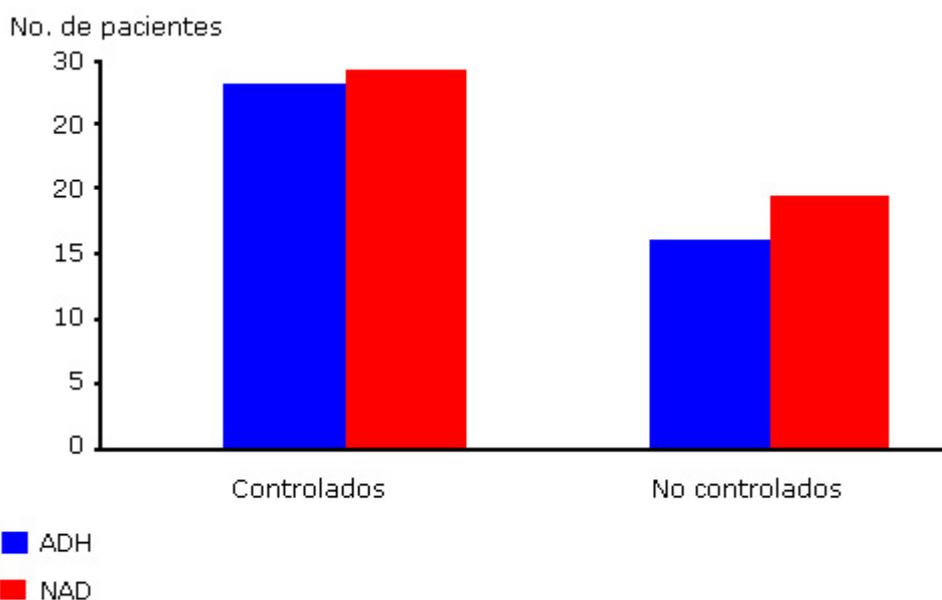
Teniendo en cuenta los valores de presión arterial medidos a los pacientes, el 62 % de ellos resultó controlado, y de ellos, el 91 % adquiría el medicamento en farmacia de forma regular. Para los efectos de la adherencia, se consideró paciente ADH, al paciente controlado.

La medición de los valores de presión arterial sistólica o diastólica en todos los pacientes durante 4 semanas de seguimiento, permitió detectar un predominio de hipertensión sistólica aislada en pacientes mayores de 60 años de edad (69 %).

**Tabla.** Relación entre adherencia, edad y género para cada pregunta del TMGL por separado

Variables	1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	
	Se olvida	No se olvida
Edad	35-44	70-79
Género	Masculino	Femenino
	2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	
	No respeta el horario	Respeto el horario
Edad	45-54	70-79
Género	Femenino	Femenino
	3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	
	Dejan	No dejan
Edad	45-54	70-79
Género	Femenino	Femenino
	4. Si alguna vez le asientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	
	Dejan	No dejan
Edad	45-54	70-79
Género	Masculino	Femenino

Con el objetivo de relacionar las respuestas dadas por los pacientes durante la realización del TMGL, se analizó la relación de la adherencia, según el TMGL con la variable control de la presión arterial (Fig. 2).



**Fig. 2.** Relación entre las variables adherencia y control de la presión arterial en la muestra de pacientes hipertensos incluidos en el estudio.

## DISCUSIÓN

Estudios realizados muestran que la presión arterial, principalmente la sistólica, tiende a aumentar progresivamente con la edad hasta alcanzar un valor alrededor de 140 mmHg en la séptima u octava décadas de la vida. Este fenómeno es lo que clínicamente se conoce como HTA sistólica aislada y se reconoce su papel como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, tanto en guías internacionales (Europea, Británica y Norteamericana) como en la Guía Cubana.<sup>5-8</sup>

Con relación al tipo de tratamiento antihipertensivo, las principales guías de tratamiento mantienen un enfoque amplio en relación a la selección de la monoterapia, sin ningún grado de prioridad medicamentosa,<sup>9</sup> aunque en numerosos trabajos sobre estos medicamentos se destaca el alto uso de los IECAS. Esto puede estar dado por el hecho de que los fármacos de este grupo son excelentes hipotensores, tanto en monoterapia o en combinación con otros medicamentos, principalmente con diuréticos. Además se les atribuye acciones beneficiosas sobre el remodelado vascular, tanto a nivel del corazón como de los vasos sanguíneos y el riñón. Tienen también otras ventajas como su perfil neutro sobre los lípidos, su mejoría a la sensibilidad a la insulina y no provocan hiperuricemia. En la muestra estudiada se encontraron 11 casos de terapia con 3 fármacos hipotensores (9,7 %). En todos los casos se trataba de pacientes hipertensos con situaciones que justificaba el empleo de este tipo de terapia y todas las combinaciones resultaron adecuadas. Solo un caso resultó tener una combinación considerada de riesgo, pues tenía indicado diuréticos, uno de tipo tiazídico con uno de los llamados diuréticos del asa, en combinación con el verapamilo, que es un bloqueador de los canales de calcio no dihidropiridínico y que en este caso estaba indicado como parte del tratamiento antihipertensivo.

La combinación de dos diuréticos es recomendable en algunos casos para evitar la hipopotasemia provocada por los del tipo tiazídico, pero la combinación de este con un diurético del asa promueve aún más la pérdida de potasio en el paciente, pudiendo tener implicaciones de tipo cardiovascular. Cuando se requieren combinaciones de diuréticos, deben ser con uno del tipo ahorrador de potasio, como la espironolactona. Por otra parte, el uso del verapamilo con un diurético del asa puede provocar un desbalance de iones calcio y potasio que puede tener consecuencias graves para el paciente con riesgo cardiovascular. Por estas razones, se sugirió al facultativo que reconsiderara la terapia prescrita en este caso particular.

Con relación a la revisión de las tarjetas de consumo de medicamento, los resultados obtenidos no ofrecen elementos categóricos para afirmar que este porcentaje de pacientes resultan NAD. La forma habitual de presentación de los medicamentos no permite hacer cálculos mucho más exactos y los mismos se venden en blíster o en frascos por una cantidad fija. Aunque el Programa Nacional de Medicamentos establece que debe dispensarse teniendo en cuenta la dosis indicada de manera particular, los pacientes estudiados refieren que en general le sobra medicamento de un mes para el otro. Esto tiene implicaciones económicas tanto para el paciente como para el país y no permite considerar la revisión de las tarjetas de consumo, de forma individual, como un método eficaz para la medición de la adherencia a tratamientos farmacológicos.

Los resultados obtenidos mostraron que las pacientes comprendidas entre las edades de 70 a 79 años contestaron de forma correcta las cuatro preguntas del TMGL. Esto muestra una mayor adherencia en este grupo etario, principalmente del género femenino. Sin embargo, los pacientes entre 35 y 44 años resultaron ser los

que olvidaban con mayor frecuencia los medicamentos. Referente a las preguntas 2, 3 y 4 del *test*, el grupo etario que más las incumplió fue el de 45-54 años. Estos resultados coinciden con la mayoría de los reportes, en los que se plantea que las mayores alteraciones en el tratamiento se presentan en los hipertensos jóvenes.<sup>10</sup> Además, hay que tener en cuenta que en estos períodos de vida los niveles de estrés son más elevados debido a la gran cantidad de responsabilidades que comúnmente adquieren las personas.

Con respecto al género, en todas las preguntas las mujeres resultaron ser las que obtuvieron respuestas satisfactorias, pero también fueron las mujeres las que mayor incumplimiento tuvieron en cuanto al horario y a abandono del tratamiento por sentirse bien. Los hombres solo manifestaron incumplimiento en las respuestas referidas a olvido y a abandono del tratamiento por sentirse mal, dadas principalmente por las reacciones adversas más comunes. No existen muchos datos en la literatura acerca de la adherencia en relación con el género. Algunos estudios han mostrado que los mayores incumplimientos en el tratamiento se observaron con mayor frecuencia en los hombres.<sup>11</sup>

Esto no coincide con los resultados de la presente investigación, en los que se muestra una prevalencia de mujeres NAD, lo que puede estar influenciado por una mayor presencia del género femenino en la muestra de estudio. Aunque estos resultados no son extrapolables, se han encontrado similitudes con los resultados expuestos en otros trabajos científicos; tal es el caso del estudio realizado por *Ingramo* y otros en el año 2005, en el cual tampoco se encontró dependencia entre las variables estudiadas.<sup>10</sup>

Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento, pero de manera irregular. Otras fuentes, por su parte, 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 en los ancianos de múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento complejo y prolongado; además, son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción.<sup>12-14</sup>

Aunque al realizar la prueba de chi cuadrado, el resultado estadístico permite afirmar que no existe dependencia entre las variables adherencia y control de la presión arterial ( $p= 0,751$ ), se observó que existe un mayor número de pacientes ADH controlados que de ADH no controlados. La causa de que los pacientes clasificados como ADH no estén controlados, puede atribuirse a dos factores fundamentales: o que estos no respondieron sinceramente las preguntas del *test* utilizado (en tal caso realmente serían NAD) o que la terapia medicamentosa indicada no está resultando efectiva en el control de la presión arterial.

Con respecto a los pacientes NAD, es de esperarse que estos no estén controlados en cuanto a sus cifras de PA. Sin embargo, se observa que hay un alto número de pacientes NAD que están controlados. Esta situación puede estar dada por el cumplimiento temporal del tratamiento, al conocer de antemano que serían controlados sus valores de PA durante el tiempo de estudio. Puede atribuirse también al deseo del paciente de causar una buena impresión frente al profesional que lleva el control o simplemente "miedo al regaño". Aunque esto puede resultar beneficioso para el paciente durante el tiempo de evaluación, a largo plazo además de falsear el resultado obtenido, una vez terminado el estudio probablemente vuelva a estar en el grupo de pacientes NAD.

Cuando se unifican los resultados obtenidos por las tres vías indirectas de medir adherencia, no se logra encontrar resultados coincidentes totalmente. Los valores de adherencia más cercanos se hallan en la calculada a partir de la frecuencia de adquisición de medicamentos (67,3 %) y la calculada a partir de los pacientes controlados (62 %). El cuestionario en el que se basa el TMGL mostró los valores más bajos de adherencia (46,9 %), a pesar de que a este *test* se le atribuye mayor confiabilidad y resulta el de mayor uso en la literatura.

Es criterio de los autores que para considerar un paciente verdaderamente ADH debe además de tener valores controlados de presión arterial, objetivo final de la terapia, cumplir con los criterios del TMGL. De acuerdo con esto, cuando se correlacionan ambos resultados, del total de pacientes evaluados resultan ADH y controlados solo 28, lo que representa el 30,4 % de los casos estudiados. Estos bajos valores de adherencia resultan preocupantes puesto que el cumplimiento del tratamiento de la HTA reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares, enfermedad de las arterias coronarias y la falla cardíaca congestiva, así como la morbilidad y mortalidad cardiovasculares totales.<sup>15</sup>

Los resultados obtenidos en este trabajo le pueden permitir a los directivos del área de salud desarrollar estrategias para disminuir las causas de no adherencia en la población hipertensa. Teniendo en cuenta el papel que debe desempeñar el profesional farmacéutico en la educación del paciente hipertenso así como sus conocimientos en el área de la farmacoterapia, se recomienda trabajar en el establecimiento de programas de seguimiento farmacoterapéutico a estos pacientes con vistas a detectar de manera individualizada las irregularidades o ineficiencias en el tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana-Setién C, Fernández-Britto JE. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria. Rev Cubana Investig Bioméd. 2009;28(2): 1-6.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012. [citado 10 dic 2013]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario\\_2012.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf)
3. Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicol Salud Méx. 2004;14(1):89-99.
4. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. 2007;167:540-50.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560-72.
6. Hipertensión: Manejo clínico de hipertensión primaria en adulto s. Traducción de NICE clinical guideline 127. 2011 Agos [citado 15 octubre 2013]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG127>
7. European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. Guidelines for Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension. J Hyperten. 2007;25:1105-87.

8. Pérez Caballero MD, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Vásquez Vigoa A, Navarro Despaigne D, Hernández Cueto M, et al. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
9. Pérez M. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. Rev Cubana Med. 2013;52(4):286-94.
10. Ingramo R. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev Feder Arg Cardiol Córdoba. 2005;34:105-9.
11. Caro JJ, Speckman JL, Salas M. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy. The importance of actual practice data. Can Med Assoc J. 1999;160:41-6.
12. Agámez-Paternina A, Hernández-Riera R, Cervera-Estrada L, Rodríguez-García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento. Arch Méd Camagüey. 2008;12(5):2-6.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [monografía en Internet]. Washington, DC: LILACS ID; 2004 [citado 20 sep 2013]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-426503>
14. Franco-Bonal A, Silva-Valido JA, Soto-Martínez O. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. Rev Info Cien Guantánamo. 2010;68(4):2-6.
15. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension. 1995 Jul;26(1):60-9.

Recibido: 24 de julio de 2014.

Aprobado: 30 de agosto de 2014.

*Milena Díaz Molina* . Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de la Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [milenadiaz@infomed.sld.cu](mailto:milenadiaz@infomed.sld.cu)