



**Cuba Salud**

IV Convención  
Internacional de Salud  
17-21 de octubre, 2022

## **Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Policlínico Julio Antonio Mella de Guanabacoa. La Habana 2019**

Addys María Díaz Piñera<sup>1</sup>  
Armando Rodríguez Salvá<sup>2</sup>  
Milenia León Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, La Habana, Cuba, addysdiaz1966@gmail.com

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, La Habana, Cuba, arsalva54@gmail.com

<sup>3</sup> Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de Guanabacoa, La Habana, Cuba, milenia.leon@infomed.sld.cu

### ***Resumen:***

**Introducción:** 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 muestra 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 de corte transversal en el área antes mencionada entre septiembre y diciembre de 2019. Se utilizó un muestreo aleatorio simple. Se estudiaron 337 personas mayores de 35 años, variables sociodemográficas (edad, sexo, color de la piel, ocupación, escolaridad, convivencia), otras relacionadas con la atención del paciente (necesidad de atención, seguimiento, medición de la presión arterial, prescripción de tratamiento farmacológico y no farmacológico) y la adherencia. **Resultados:** la adherencia fue de 69,4 %, estuvo relacionada con el sentir necesidad de atención ( $p \leq 0,01$ ), estar controlado ( $p \leq 0,05$ ) y ser mayor de 65 años ( $p \leq 0,04$ ). 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 favorablemente en el control del paciente.

**Palabras clave:** cumplimiento y adherencia al tratamiento, conocimientos, actitudes y práctica en salud, hipertensos

## I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) requieren tratamientos prolongados y adecuada adherencia para lograr su control y disminuir complicaciones, lo que exige un comportamiento responsable y persistente por parte del paciente. <sup>(1,2)</sup>

Se estima que entre el 20 y 50 % de los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritas, las tasas de incumplimiento pueden variar según la enfermedad. Uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación. <sup>(3)</sup>

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. <sup>(1,3)</sup>

La hipertensión arterial (HTA), 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 aproximadamente la mitad de las personas con hipertensión dejan de tomar sus medicamentos 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. <sup>(1,4)</sup>

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 para mejorar su calidad de vida. <sup>(1,4)</sup>

El hecho de que una persona cumpla o no un tratamiento es engorroso, pues no depende solamente del conocimiento que tenga acerca de la enfermedad, su evolución y comorbilidades, sino también de la accesibilidad y costo de la medicación, dosis diarias, efectividad del tratamiento, aspectos culturales, temores, apoyo familiar, nivel educacional, preparación del médico en el manejo de la enfermedad, comunicación adecuada entre ambas partes, confianza hacia el personal de salud, satisfacción con la atención recibida, acceso a los centros sanitarios, tiempo de espera, horarios limitados, coste de la asistencia y continuidad asistencial, entre otras. <sup>(1,3,4)</sup>

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. <sup>(1,3)</sup>

La Habana se encuentra entre las provincias de mayor prevalencia de HTA del país (26,8 %), por encima de la media nacional (23,3 %). <sup>(5)</sup> El municipio Guanabacoa reportó una prevalencia de 23,0 %, el Policlínico Universitario Julio Antonio Mella fue el que notificó el mayor número de atenciones médicas por enfermedades agudas del corazón, enfermedad cardíaca hipertensiva, hipertensión arterial y arritmias cardíacas.

Resulta importante, en las condiciones actuales, indagar acerca del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en una muestra de personas hipertensas del Policlínico Julio Antonio Mella, del municipio Guanabacoa, e identificar los principales factores que pueden estar interfiriendo en su proceso de atención.

## II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el área antes mencionada entre septiembre y diciembre de 2019.

### *A. Universo*

El universo estuvo representado por 976 hipertensos que fueron analizados en un estudio anterior.<sup>(6)</sup> A través de un muestreo aleatorio simple se estudió 337 personas hipertensas mayores de 35 años.

### *B. Criterios de inclusión*

Tener 35 años o más, estar dispensarizados como hipertensos, haber participado en el estudio anterior, dar su consentimiento informado para formar parte del estudio y vivir físicamente en esas direcciones en el momento de la entrevista.

Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas (edad, sexo, color de la piel, ocupación, escolaridad, 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.

### *C. Técnicas y procedimientos para la obtención de la información.*

Se visitaron los 10 consultorios del médico de la familia objeto de estudio para revisar las fichas de salud familiar con el propósito de tener un estimado de la situación real de los pacientes hipertensos por consultorios. Para la selección de la muestra se confeccionó un listado nominal de hipertensos que se contrastó con la base de datos de los pacientes estudiados en el periodo 2016-2017. Posteriormente los investigadores visitaron las viviendas de las personas que cumplían los criterios de inclusión. Se aplicó un cuestionario y realizó tres mediciones de la presión arterial (al inicio, intermedio y final de la encuesta), siguiendo las recomendaciones de las guías cubanas y normas internacionales.<sup>(7)</sup>

La presión arterial fue medida con equipos digitales automatizados (Omron M6 Comfort) calibrados y certificados para su uso. 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 (4 preguntas que reflejan la conducta del enfermo respecto al cumplimiento del tratamiento). Se tuvo en cuenta los 30 días previos a la aplicación del cuestionario. Se considera como adherente si responde de forma correcta (No) las 4 preguntas.

### *D. Consideraciones éticas*

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, después de ser informados de los objetivos del estudio.

Se trabajó bajo los principios del respeto a las personas, beneficencia, no-maleficencia y confidencialidad de la información.

### III.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 % de los entrevistados tuvieron una respuesta inadecuada, 10,8 % dos, 3,1 % tres y 6,2 % 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: Test de Morisky Green Levine

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

Tabla 2: Adherencia según variables sociodemográficas y de utilización de los servicios. Policlínico Julio Antonio Mella. Octubre - Diciembre 2019.

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	Negro-mestizo	135	89	65,9	1,32	0,82	2,14	0,24
	Blanco	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***			
Control de la presión	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
	Si necesidad	156	117	75,0	Referencia***			
Seguimiento en consulta	No	212	135	63,7	1,60	0,98	2,62	0,06
	Si	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

En la table 2 se muestra que el ser menor de 65 años (p 0,04), no tener controlada las cifras de presión arterial (p 0,05), no sentir necesidad de atención (p 0,01) se expresaron como factores de riesgo de la adherencia, siendo estadísticamente significativos. 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.

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. Policlínico Julio A. Mella. Octubre – Diciembre 2019

Comorbilidades		N*	n**	%	OR	IIC 95%		P
						LI	LS	
Diabetes Mellitus	Si	108	77	71,3	0,87	0,53	1,45	0,61
	No	216	148	68,5	Referencia***			
Hipercolesterolemia	Si	44	31	70,5	0,95	0,47	1,90	0,88
	No	280	194	69,3	Referencia***			
Sobrepeso/Obesidad	Si	40	26	65,0	1,26	0,63	2,53	0,51
	No	284	199	70,1	Referencia***			
Insuficiencia cardíaca	Si	36	33	91,7	0,18	0,05	0,61	0,00
	No	288	192	66,7	Referencia***			
EPOC/Asma	Si	34	19	55,9	1,94	0,94	4,0	0,07
	No	290	206	71,0	Referencia***			
Enf Cerebro vascular	Si	19	18	94,7	0,11	0,02	0,89	0,01
	No	305	207	67,9	Referencia***			
Infarto del miocardio	Si	19	16	84,2	0,41	0,12	1,43	0,15
	No	305	209	68,5	Referencia***			
Cáncer	Si	17	14	82,4	0,47	0,13	1,68	0,24
	No	307	211	68,7	Referencia***			
Ansiedad	Si	12	5	41,7	3,35	1,03	10,8	0,03
	No	312	220	70,5	Referencia***			
Depresión	Si	9	5	55,6	1,85	0,48	7,05	0,36
	No	315	220	69,8	Referencia***			
Insuf. renal crónica	Si	6	5	83,3	0,45	0,05	3,90	0,46
	No	318	220	69,3	Referencia***			
Retinopatía	Si	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. Los medicamentos más prescritos, así como su existencia o no en farmacia al intentar adquiridos se muestrna en la table 4. 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 4. Principales medicamentos indicados y disponibilidad en farmacia. Policlínico Julio A Mella. Octubre – Diciembre 2019

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

II.

#### IV. CONCLUSIONES

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.

## REFERENCIAS

1. Martín Alfonso LA, Grau Ábalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 [citada 2022 marzo 24];40(2):222-238. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662014000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000200007&lng=es)
2. Pomares-Avalos A, Vázquez-Núñez M, Ruíz-Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Finlay [Internet]. 2017 [citado 2022 marzo 24]; 7(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
3. Departamento de Sanidad y Consumo. Consejo de Farmacéuticos del País Vasco. Información farmacoterapéutica de la comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Boletín Infact [Internet]. 2011 [citado 2022 marzo 24];19(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es> .
4. Pages Puigdemont N, Valverde Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejoras. Ars Pharm . [Internet]. 2018 [citado 2022 marzo 24] 59(4):251-258. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S234098942018000400251&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S234098942018000400251&lng=es)
5. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2019. MINSAP. La Habana 2020. [citado 2022 marzo 24]; Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/07/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
6. Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, León Sánchez M, Maldonado Cantillo G, Fernández González L, Álvarez Mesa N. Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico “Julio Antonio Mella”, Guanabacoa, 2016-2017. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2020 [citado 2022 marzo 24];46(4):e2350 Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2350/1596>
7. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Cubana Medicina [Internet]. 2017 [citado 2022 marzo 24]; 56(4):242-321 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>