

Adherencia a antihipertensivos en pacientes de la Aldea de Punuare, Departamento de Olancho, Honduras

Adherence to antihypertensive drugs in patients from the Village of Punuare, Department of Olancho, Honduras

Milena Díaz-Molina¹, Juan Carlos Polo-Vega¹, María Eugenia Meza-Solís².

RESUMEN

Introducción. 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 cerca del 40% para el tratamiento farmacológico y entre el 60-90% en las medidas higiénico-dietéticas. El incumplimiento hace ineficaz el tratamiento prescrito, produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad.

Materiales y método. Se realizó un estudio de corte transversal, para evaluar la adherencia con antihipertensivos de una muestra de pacientes del centro de salud de la aldea de Punuare en el departamento de Olancho, Honduras. Se emplearon métodos indirectos como el cuestionario de Morisky-Green-Levine, el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau, la frecuencia de retiro del medicamento y la medición de los valores de presión arterial. Se determinó el coeficiente tau_b de Kendall para evaluar el grado de concordancia entre los diferentes métodos empleados. Las variables incluidas en el estudio fueron edad, género, tipo de terapia, tratamiento farmacológico y adherencia.

Resultados. Se encontró un predominio de pacientes del género femenino, con rangos de edades de 51-70 años, con predominio de la presión arterial alta controlada (39%). Fue el enalapril el fármaco más utilizado (43% de los pacientes). El porcentaje de pacientes adherentes fue de un 75%, según el cuestionario de Morisky-Green-Levine y un 41% según cuestionario de Martín-Bayarre-Grau.

Conclusiones. Es necesario trabajar para elevar los niveles de adherencia terapéutica y no terapéutica en aras de lograr un mejor control de la enfermedad en los pacientes estudiados.

Palabras clave: Hipertensión arterial; Adherencia farmacológica; Antihipertensivos.

ABSTRACT

Introduction. Lack of adherence to the therapeutic regimen is common in chronic diseases. In the case of arterial hypertension, the number of non-compliant patients reaches around 40% for pharmacological treatment and between 60-90% for hygienic-dietary measures. Non-compliance makes the prescribed treatment ineffective, producing an increase in morbidity and mortality.

Materials and method. A cross-sectional study was conducted to evaluate the adherence with antihypertensive drugs of a sample of patients from the health center of the village of Punuare in the department of Olancho, Honduras. Indirect methods were used such as the Morisky-Green-Levine questionnaire, the Martin-Bayarre-Grau questionnaire, the frequency of drug withdrawal and the measurement of blood pressure values. Kendall's tau_b coefficient was determined to evaluate the degree of agreement between the different methods used. The variables included in the study were age, gender, type of therapy, pharmacological treatment and adherence.

Results. A predominance of female patients was found, with age ranges of 51-70 years, with predominance of controlled high blood pressure (39%). Enalapril was the most widely used drug (43% of patients). The percentage of adherent patients was 75% according to the Morisky-Green-Levine questionnaire and 41% according to the Martin-Bayarre-Grau questionnaire.

Conclusions. It is necessary to work to raise the levels of therapeutic and non-therapeutic adherence in order to achieve better control of the disease in the patients studied.

Key words: Arterial hypertension; Non compliance; Antihypertensive agents.

¹ Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana. Cuba.

² Facultad de Química y Farmacia. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Correspondencia: Milena Díaz Molina.

Correo electrónico: mdiaz@ifal.uh.cu, milenadiazes@yahoo.es

Recibido: 20 de febrero de 2019.

Aceptado: 13 de mayo de 2019.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es un trastorno cardiovascular altamente frecuente en las poblaciones y con consecuencias epidemiológicas reconocidas. Las guías clínicas vigentes sobre el tema hasta el año 2017, plantean que cuando el paciente manifiesta incrementos continuos de presión arterial (PA), donde la presión sistólica sostenida se encuentra por encima de 140 mm Hg o la presión diastólica sostenida mayor de 90 mm Hg (en al menos 3 visitas), se puede hablar de HTA ⁽¹⁾. No obstante, en la guía aprobada en el año 2018, estos valores se reducen, considerando hipertensión arterial cuando estos valores son de 130 mm Hg y de 80 mm Hg, para la presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente ⁽²⁾.

Muchos son los factores que influyen en el predominio de esta enfermedad. En un individuo, factores genéticos, ambientales y demográficos contribuyen a la variación de la PA. Tradicionalmente se acepta que entre un 90-95% de los humanos hipertensos presentan una forma de hipertensión en la que no es posible identificar una causa (orgánica) que explique la elevación de la presión, por lo que resulta importante incluir varios de los factores medioambientales cuando se trata de estudiar la cifra de PA de un individuo ⁽³⁾.

En la actualidad existen terapias farmacológicas que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la HTA. Sin embargo, la adherencia al tratamiento, sea éste farmacológico o no farmacológico, puede ser el factor determinante para garantizar la efectividad del tratamiento y con ella una mejor calidad de vida de los pacientes. La adherencia se considera un fenómeno complejo, condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza en el que tiene un papel fundamental el comportamiento humano, que integra los componentes subjetivos. Esto implica una participación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el profesional de la salud con el fin de producir un resultado terapéutico deseado ⁽⁴⁾. 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 ⁽⁵⁾.

Se plantea que son muchos los factores que pueden influir en la falta de adherencia por parte de los pacientes, por lo que resulta importante identificarlos, pues esto permitirá diseñar estrategias individuales para corregirlos y evitar sus graves consecuencias ⁽⁶⁾.

Existen diferentes métodos para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico. Muy utilizados resultan el cuestionario de Morisky-Green-Levine ⁽⁷⁾, el cuestionario de Martín-Bayerre-Grau ⁽⁸⁾ y el de Haynes-Sackett ⁽⁹⁾. En este trabajo se evaluó la adherencia al tratamiento con antihipertensivos en una muestra de pacientes hipertensos pertenecientes a la aldea de Punuare del departamento de Olancho, Honduras, utilizando el cuestionario de Morisky-Green-Levine y el de Martín-Bayerre-Grau. Se incluyeron

además como criterios de adherencia la frecuencia de retiro del medicamento de la farmacia y los valores de PA, clasificando los pacientes como controlados o no controlados.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de corte transversal, para la caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes, así como para la medición de la adherencia utilizando varios métodos indirectos. La misma se midió utilizando varios métodos indirectos: el cuestionario de Morisky-Green-Levine (TMGL) y el de Martín-Bayerre-Grau (TMBG), la frecuencia de adquisición de medicamentos en la farmacia y la medición de la presión arterial. Esto último realizándolo una vez, en el horario de la mañana, con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento antihipertensivo que usan los pacientes. Para medir la frecuencia de adquisición de los medicamentos como medida de adherencia, el estudio se hizo prospectivo, entre los meses de enero a marzo del año 2017.

La población estuvo conformada por el total de los pacientes con tratamiento antihipertensivo del consultorio seleccionado para este estudio.

La muestra quedó conformada por 51 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico antihipertensivo prescrito, que reciben atención en el centro de salud. Previo a la inclusión de los pacientes en la investigación, se les solicitó, de forma verbal, la aprobación de participación y se les explicó detalladamente en qué consistía el estudio. Se firmó un consentimiento informado al respecto.

Se incluyeron pacientes hipertensos mayores de 18 años y que dieron su consentimiento informado para participar en la investigación. Se excluyeron pacientes embarazadas y personas con limitaciones físicas o mentales que no le permitían asistir al centro de salud o responder los cuestionarios. Se excluyeron los pacientes fallecidos o que se negaron a continuar en la investigación.

Las variables biosociales incluidas en el estudio fueron edad y sexo; y las variables clínicas controladas fueron: tipo de hipertensión, tratamiento farmacológico y valor de presión arterial.

La aplicación de los cuestionarios se hizo en la primera entrevista en el centro de salud a los pacientes que conformaron la muestra de estudio. Se realizó de forma oral, en un ambiente confiable para el paciente. Las respuestas se recogieron en un modelo diseñado por el entrevistador para facilitar su comprensión.

En el caso del TMGL, para el procesamiento de la información recopilada se consideró adherente (ADH) a aquellos pacientes que respondieron “Sí” a la pregunta número dos y “No” a las tres preguntas restantes; y no adherentes (NADH) a quienes respondieron “Sí” a más de una pregunta o “No” a las cuatro preguntas. Además, se tomó en cuenta cualquier otra información que el paciente estuvo dispuesto a brindar, así como datos que al momento de la entrevista pudieron resultar interesantes.

Para el procesamiento del cuestionario de Martin-Bayerre-Grau se clasificaron los pacientes en: no adherentes, parcialmente adherentes y adherentes, atendiendo a las respuestas emitidas en el cuestionario. Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: total, parcial y no adherido. Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna “nunca”, 1 a “casi nunca”, 2 para “a veces”, 3 a “casi siempre” y 4 a “siempre”, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar ⁽⁸⁾.

La toma de los valores de PA se hizo en la única entrevista realizada al paciente; para ello se empleó un esfigmomanómetro de mercurio debidamente calibrado. Para realizar el procedimiento el paciente permaneció al menos cinco minutos en reposo, sentado con la espalda apoyada y el brazo a la altura del corazón, con el manguito adecuado y realizando un promedio de dos tomas separadas por un intervalo de un minuto. Se utilizó la fase I y V de los sonidos de Korotkoff (Método de Korotkoff) como expresión de la PAS y PAD respectivamente. Se consideró PA no controlada a los valores de PAS y/o PAD que fueron iguales o superiores a 140 y/o 90 mm Hg, según las guías clínicas vigentes en el momento de realización de la investigación ⁽¹⁾.

En la misma entrevista se aplicaron los cuestionarios para la evaluación de la adherencia, el TMGL y el de TMBG. Los valores de PA fueron tomados en el horario comprendido entre las 8:00 am y las 11:00 am. Para evaluar la adquisición regular de medicamento se hizo revisión de las recetas que llegaron a la farmacia del centro de salud. Se consideró adquisición regular cuando el medicamento se retiró de la farmacia del centro de salud o se compró con una regularidad mensual; en caso contrario se calificó como adquisición irregular.

El procesamiento estadístico se realizó mediante el software IBM SPSS Statistics, versión 22 para Windows. Para la determinación de dependencia entre las variables se empleó el test exacto de Fisher para tablas de contingencia y se calculó el coeficiente τ_{b} de Kendall para estimar el grado de concordancia entre los diferentes métodos de medir la adherencia, teniendo en cuenta las características de cada variable.

RESULTADOS

Se evaluó a un total de 51 pacientes hipertensos, de los cuales 67,0% fueron mujeres y 33,0% hombres. Con respecto a la edad, resultaron mayoritarios los rangos de edades de 51-70 años, seguido por el grupo de 71-90 años y en tercer lugar, el grupo de las edades entre 30-50 años.

El 39,0% de los pacientes presentó presión arterial alta controlada (PAS 130-139 mmHg y PAD 80-89 mmHg). Le siguió en

frecuencia de aparición, con un 37,0%, los pacientes con HTA grado I (PAS 140-159 mmHg y PAD 90-99 mmHg), un 14,0% de pacientes con HTA grado II (PAS 160-179 mmHg y PAD 100-109 mmHg) y, por último, se encontró un 10,0% de pacientes de HTA grado III (PAS y PAD iguales o mayores de 180 mmHg y 120 mmHg respectivamente). Se observó que la mayoría de los pacientes (84,0%) presentaban un tratamiento farmacológico con predominio de monoterapia medicamentosa y el resto de los pacientes eran tratados con terapia combinada o politerapias.

El análisis de la utilización de fármacos mostró que el enalapril, perteneciente a la familia de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), fue el fármaco más utilizado (43,0% de los pacientes), seguido del atenolol, del grupo de los betabloqueadores, con un 14,0%. Por debajo de éste, se encontró al olmesartan en un 6,0% y con un 4,0% de frecuencia de uso se encontraron diversos fármacos de distintas familias, entre estos irbesartan, amlodipino, nifedipina, losartan y propanolol. De las terapias menos usadas, en un 2,0% o menos, se encuentran las politerapias en diferentes combinaciones de familias, dentro de estas bisoprolol/irbesartan, amlodipino/bisoprolol y valsartan/hidroclorotiazidas. En la muestra estudiada resultaron menos frecuentes otras combinaciones como: diuréticos con ARA II, bloqueadores de canales de calcio con betabloqueadores, así como ARA II con betabloqueadores.

a) Evaluación de la adherencia

Frecuencia de retiro y compra del medicamento

El 25,0% de los pacientes (13 pacientes de los 51 estudiados) no adquieren su medicamento con regularidad en la farmacia del centro de salud, mientras que el 75,0% sí lo hacen.

b) Evaluación de adherencia aplicando el cuestionario de Morisky-Green-Levine.

Los resultados de la aplicación del TMGL mostraron que el 75,0% (38 pacientes) clasificaron como adherentes (ADH) al tratamiento farmacológico, mientras que el 25,0% (13 pacientes) resultó ser no adherente (NADH), según este cuestionario, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad de pacientes ADH y NADH al tratamiento farmacológico.

c) Control de la presión arterial

Durante la medición de la presión arterial, el 49,0% de los pacientes resultaron controlados, siendo el resto (51,0%) no controlados. Para los efectos de la adherencia, se consideró paciente adherente, al paciente controlado.

Con el objetivo de relacionar las respuestas dadas por los pacientes durante la realización del TMGL, se analizó la relación de la variable control de la PA con la adherencia, según el TMGL y con la frecuencia de adquisición de medicamentos. Los resultados observados se expresan en el cuadro 1.

Como se observa en el cuadro 1, resultan adherentes, controlados y con una adquisición de medicamentos frecuente 24 pacientes, lo que representa el 63,0% de los 38 casos catalogados como adherentes. El resto es clasificado como adherentes no controlados y con un retiro de medicamento no frecuente. Aplicando el test exacto de Fisher para la asociación entre frecuencia de retiro de medicamento y el valor de control de presión arterial para los pacientes que resultan adherentes, se pudo detectar la existencia de una correlación significativa estadísticamente ($p=0,012$) entre ambas variables.

CUADRO 1. Tabulación cruzada de pacientes controlados y no controlados vs adherentes y no adherentes según TMGL y con la frecuencia de adquisición de medicamentos en la farmacia.

Adherente y No adherente según TMGL		Control de HTA según valores		Total	
		Controlado	No Controlado		
Adherente	Frecuencia de adquisición de medicamento en el Centro de Salud	Si	24	8	32
		No	1	5	6
	Total		25	13	38
No Adherente	Frecuencia de adquisición de medicamento en el Centro de Salud	Si	0	6	6
		No	0	7	7
	Total		0	13	13
Total	Frecuencia de adquisición de medicamento en el Centro de Salud	Si	24	14	38
		No	1	12	13
	Total		25	26	51

TMGL- Test de Morinsky-Green-Levine
HTA- Hipertensión arterial

Evaluación de adherencia aplicando el cuestionario de Martin-Bayerre-Grau

Los resultados de la aplicación del TMBG mostraron que el 41,0% (21 pacientes) resultaron adherentes al tratamiento farmacológico, el 35,0% (18 pacientes) resultó parcialmente adherentes y un 24,0% (12 pacientes) resultó ser no adherente al tratamiento con antihipertensivos.

Para relacionar las respuestas dadas por los pacientes durante la realización del TMGL y el TMBG, se analizó la relación de estas variables. Según el cruce de estas dos variables de los 51 pacientes, solo 21 resultan adherentes por ambos cuestionarios, el resto (30 pacientes) se catalogaron como no adherentes; se puede apreciar según el TMBG hay 18 pacientes parcialmente adherentes, de los cuales 11 son ADH y 7 son NAD según TMGL. De los 12 restantes hay 6 ADH y 6 NAD según TMGL: estos mismos 12 pacientes resultan no adherentes según TMBG. Este resultado de los NADH se mantiene en ambos cuestionarios.

Cuando se analiza de manera conjunta los resultados de la evaluación de adherencia aplicando el cuestionario de Morisky-Green-Levine, cuestionario de Martín-Bayerre-Grau y control de la HTA, se aprecia que solo 21 pacientes, que representan un 42% del total de la muestra, resultan adherentes; los 30 pacientes restantes (58,0%) se califican como no adherentes. Los resultados de este análisis conjunto se muestran en el cuadro 2.

CUADRO 2. Tabulación cruzada de las tres variables para medir adherencia de manera indirecta, aplicando el cuestionario de Morisky-Green-Levine, cuestionario de Martín-Bayerre-Grau y Control de la HTA.

Control de Hipertensión según valores		Adherente según TMBG			Total	
		Adherente	Parcialmente adherente	No adherente		
Controlado	Adherente y No adherente según TMGL	Adherente	21	4	0	25
		No Adherente	0	0	0	0
	Total		21	4		25
No Controlado	Adherente y No adherente según TMGL	Adherente	0	7	6	13
		No Adherente	0	7	6	13
	Total			14	12	26
Total	Adherente y No adherente según TMGL	Adherente	21	11	6	38
		No Adherente	0	7	6	13
	Total		21	18	12	51

TMGL- Test de Morinsky-Green-Levine
TMBG- Test de Martin-Bayerre-Grau

Tomando en cuenta la distribución de estas tres variables de medición indirectas de adherencia se puede afirmar que solo 21 pacientes, que representan un 42,0% del total de la muestra, resultan adherentes; los 30 pacientes restantes (58,0%) se califican como no adherentes.

Para evaluar desde el punto de vista estadístico el nivel de concordancia entre los resultados de las tres variables estudiadas se calculó el coeficiente de concordancia tau_b de Kendall. El resultado de esta prueba se observa en el cuadro 3.

CUADRO 3. Cálculo del coeficiente de Kendall para determinar concordancia entre las tres variables para medir adherencia de manera indirecta, aplicando el cuestionario de Morisky-Green-Levine, el cuestionario de Martín-Bayerre-Grau y el control de la HTA.

		Adherencia según TMBG	Control de hipertensión según valores de PA	
Tau_b de Kendall	Adherente y No adherente según TMGL	Coefficiente de correlación	,459"	
		Sig. (bilateral)	,001	
		N	51	
	Adherencia según TMBG	Coefficiente de correlación	-	,801"
		Sig. (bilateral)	-	,000
		N	51	51

TMGL- Test de Morinsky-Green-Levine
TMBG- Test de Martin-Bayerre-Grau
PA- Presión arterial

Se aprecia que existe una concordancia significativa ($p < 0,05$) entre los resultados de los dos cuestionarios y del control de la presión arterial, tres medidas indirectas de evaluación de la adherencia al tratamiento consideradas en este estudio.

DISCUSIÓN

El resultado obtenido en la caracterización sociodemográfica de la muestra de pacientes estudiada permitió comprobar su representatividad, pues los mismos coinciden con la tendencia de la población del centro de salud, según el informe de salud consultado.

Con relación a la frecuencia de adquisición del medicamento como criterio de adherencia, se tienen elementos para afirmar el porcentaje de pacientes que resultan adherentes (75,0%). Sin embargo, para los pacientes que no adquieren con frecuencia el medicamento, resulta difícil confirmar el cumplimiento de la adquisición, ya que la forma habitual de presentación de los medicamentos no permite hacer cálculos mucho más exactos, estos generalmente se venden en blíster individuales y no como dosis unitaria. Esto trae consigo la posibilidad de que quede medicamento remanente de un mes para el otro, trayendo esto como consecuencia una acumulación del mismo, por lo que la información que se obtiene pudiera estar sesgada.

Con relación a los resultados de la aplicación del cuestionario de Morisky-Green-Levine (75,0% de pacientes adherentes), clínicamente es alentador, puesto que más de la mitad de la muestra resulta adherente y el valor obtenido es cercano a los valores de frecuencia de compra del medicamento (por encima del 70,0%). Este resultado coincide con lo que expresa la literatura, puesto que este cuestionario es el que mayormente se utiliza y al que se le atribuye mayor confiabilidad en los resultados. A pesar de que el mismo solo consta de cuatro preguntas, es el método indirecto más usado para medir adherencia terapéutica⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Cuando se realizó la tabulación cruzada de los resultados de este cuestionario con los valores de presión arterial, clasificando los pacientes en controlados y no controlados, se pudo observar que existe un mayor número de pacientes adherentes controlados que de adherentes no controlados. La causa de que los pacientes clasificados como adherentes no estén controlados, pudiera derivarse de dos factores fundamentales: o que los mismos no respondieron sinceramente las preguntas formuladas (en tal caso realmente serían no adherentes), ya sea porque el paciente quiere causar una buena impresión frente al profesional que lleva su control o simplemente “miedo al regaño” o que la terapia medicamentosa indicada no está resultando efectiva en el control de PA. En la literatura sobre el tema, se habla de paciente verdaderamente adherente al que resulte adherente según el TMGL y tenga valores controlados de presión arterial, objetivo final de la terapia⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Resulta interesante el análisis de los valores de los coeficientes de correlación de Kendall. En el caso de TMGL respecto al TMBG y respecto al control de la presión arterial los valores de los coeficientes resultan moderados ($\tau_b = 0,459$ y $0,574$ respectivamente) lo que indica que la concordancia entre los resultados de la evaluación de la adherencia no es alta. Sin embargo, en el caso de TMBG respecto a control de la presión

arterial se obtiene un coeficiente de Kendall cercano a uno ($\tau_b = 0,801$). El comportamiento observado puede explicarse teniendo en cuenta que el TMBG es un test más completo que evalúa no solo la adherencia farmacológica sino también la no farmacológica, por lo que permite hacer un análisis más integral de esta variable.

Si bien muchos de estos resultados no son extrapolables, son de gran importancia para la población del centro de salud, pues los mismos pueden influir en la morbilidad y mortalidad del lugar debido al aumento de los factores de riesgos asociados a la hipertensión. Además, estos resultados le pueden permitir al centro de salud desarrollar estrategias para disminuir las causas de no adherencia en la población, elevando así la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, sería importante el desarrollo de actividades de educación para la salud y principalmente el establecimiento de estrategias de seguimiento farmacoterapéutico de este grupo de pacientes portadores de una enfermedad crónica no transmisible de importantes riesgos. El desarrollo de esta investigación, permitió detectar adicionalmente un elevado nivel de desconocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad, de la terapia farmacológica seguida por ellos y de los factores de riesgo asociados a la misma, principalmente los referidos a estilos de vida. No existe una conciencia de la necesidad de la adherencia al tratamiento como una garantía de control de su enfermedad, fundamentalmente en los pacientes clasificados como no adherentes.

CONCLUSIONES

La utilización combinada de varias formas indirectas de determinación de la adherencia (aplicación del cuestionario de Morisky-Green-Levine, cuestionario de Martin-Bayerre-Grau, frecuencia de retiro de medicamentos y control de la presión arterial puede constituir una herramienta útil para estimar el comportamiento de esta variable, apoyándose en herramientas estadísticas que pueden dar mayor confianza a los resultados, como es el grado de concordancia según el coeficiente de Kendall.

La falta de adherencia al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento de la familia, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son empleados de forma inadecuada, además, se prolonga innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. Todos estos aspectos demuestran la importancia de la adherencia, pues si esta es cumplida, el resultado será la elevación de la calidad de vida para los pacientes y sus familiares.

REFERENCIAS

1. Mancia et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2013, 31:1281-1357.
2. Gijón-Conde T. et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2018;35(3):119-129.
3. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, ShahAD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: Lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *Lancet* 2014; 383:1899-911.
4. Martín AL, Bayarre VH, Corugedo RMC, Vento IF, La Rosa MY, Orbay AMC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública* 2015; 41 (1).
5. Martín L, Sairo M, Bayarre H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Consultado 23 de enero de 2019] 2003; 19(2). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/frecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_medico_en_pac_hta.pdf.
6. Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Revista Médica HJCA* 2016; 8 (3).
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24: 67-74.
8. Martín AL, Bayarre VH, Grau JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*[Internet]. 2008;34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es. Mar [consultado 25 de enero de 2019].
9. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 117-137.
10. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica* [Internet]. 2017[Consultado 25 de enero2019];34(2):245-249. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>.
11. Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* setiembre 2015; 2 (2):43-51. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02\(02\)43-051](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(02)43-051).
12. Ríos-González CM. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2018;44(3): e1281.
13. Franco Bonal A, Silva Valido JA, Soto Martínez O, Franco Bonal Anelys. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Rev. Inf. Cient.* [Internet]. 2018 Dic [citado 2019 Abr 24];97(6): 1124-1134. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601124&lng=es.
14. Fernández-Vázquez N, García-Zurita A, Felipez-Agrelo IM, Castro Dios DJ, Remuiñán Rodríguez B. Factores relacionados en la adherencia terapéutica en pacientes a tratamiento hipertensivo. *Evidentia.* 2019; 16. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ev/e10689> [acceso: 24/04/2019]
15. Asilar RH, Gözüm S, Capik C, Morisky DE. Reliability and validity of the Turkish form of the eight item Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg* 2014;14:692-700. <http://doi.org/b8bc>
16. Ferreras I, Fuentes JE. Intervención farmacéutica en el control de la hipertensión arterial una farmacia comunitaria *Farma Journal* 2016; 1(2): 117-124.