

Policlínico Universitario "26 de Julio", La Habana, Cuba.

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años

Adherence to antihypertensive therapy in patients over 60 years old

Santiago A. López Vázquez^I y Raúl Chávez Vega^{II}

^IEspecialista Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. gcabrera@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán". rchavez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: a pesar de que el tratamiento de la Hipertensión Arterial reduce sus complicaciones y la mortalidad por este padecimiento, alrededor de 30 % de los hipertensos no está bien controlado. El incumplimiento del tratamiento se considera el principal factor responsable del mal control de la enfermedad.

Objetivo: caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes mayores de 60 años del Consultorio 16, Policlínico "26 de Julio", Municipio Playa, La Habana.

Material y Método: se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en 245 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico. Las variables estudiadas fueron edad, sexo biológico, grado de escolaridad, tratamiento prescrito, adherencia al tratamiento, y motivo de la no adherencia.

Resultados: la adherencia al tratamiento fue de 58.3%. Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88,9%) o Enalapril (88,1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%).

Conclusiones: la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja. Es causado por diversos factores, principalmente el olvido de las tomas de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia terapéutica, tratamiento farmacológico, antihipertensivo.

ABSTRACT

Introduction: although the treatment of Hypertension reduces complications and mortality from this disease, about 30% of hypertensive patients are not well controlled. Failure of treatment is considered the responsible and main factor for the poor control of the disease. **Objective:** to characterize adherence to antihypertensive treatment of patients over 60 years at Consulting room 16, in "26 de Julio" Polyclinic, Havana.

Material and Method: a descriptive cross-sectional research, in 245 hypertensive patients over 60 years with drug treatment was performed. The variables studied were: age, biological sex, educational level, prescribed treatment, and treatment adherence and non-adherence reason.

Results: adherence to treatment was 58.3%. Patients with university level of education had 74% adherence. The daily treatment regimen of one drug had greater adherence to 73.8%. The increased adhesion was found in patients taking drugs with one daily dose: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88.9%) or Enalapril (88.1%). Among the most frequent reasons for non-adherence to treatment were found to miss the doses (40%) and feeling good(38.2%).

Conclusions: adherence to therapy of hypertensive patients over 60 years is low. This problem is caused by several factors, mainly forgetting medication intakes, the dosing with a great number of medicines and poor perceptions of health risk which means inadequate control of the disease.

Keywords: hypertension, adherence to therapy, pharmacological treatment, antihypertensive

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo frecuente, identificable y controlable de infarto de miocardio, ictus, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, disección aórtica y arteriopatía periférica. Según un reporte de la Organización Mundial de la Salud, el número de personas hipertensas en todo el mundo ascendió de 600 millones en 1980 a 1 000 millones en 2008. Globalmente, en ese año la prevalencia de HTA en personas mayores de 25 años fue alrededor de 49%. Esta enfermedad se considera responsable de 7.5 millones de muertes anuales (12.8% del total de fallecidos), de 62% de los accidentes cerebrovasculares y de 49% de los casos de enfermedad coronaria isquémica, todo lo cual es motivo de gran preocupación de las autoridades sanitarias.¹

A pesar de que el tratamiento regular de la HTA consigue una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, alrededor de 30% de los hipertensos diagnosticados no está bien controlado.^{2,3} El incumplimiento del tratamiento se considera el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad.⁴ Esta situación se hace aún más preocupante porque en general los pacientes incumplidores son reacios a reconocer ante los profesionales de la salud su falta de adhesión a la terapéutica.⁵

Son disímiles los factores que contribuyen al cumplimiento efectivo de la terapéutica por los pacientes: se citan la motivación personal, el conocimiento de la enfermedad y

de sus consecuencias para la salud, la creencia en que el procedimiento terapéutico que se ha propuesto conseguirá el éxito esperado, el nivel cultural e intelectual, y la existencia de una red de apoyo social al paciente hipertenso.⁶ Cuanto más sintomática es una enfermedad, mayor cumplimiento terapéutico se espera por parte del enfermo, pero la HTA es un padecimiento a menudo asintomático y crónico, por lo que la percepción de riesgo por el paciente con frecuencia es baja, lo cual contribuye a disminuir su adhesión regular al tratamiento.⁷ Sin embargo, los hipertensos que tienen experiencias personales o familiares de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares relacionados con la HTA muestran mayor adherencia.⁸ La complejidad del régimen terapéutico, el número de medicamentos a tomar, la cantidad de dosis y de tabletas por dosis, también son factores que influyen en la adhesión. Asimismo, los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos, o las interferencias medicamentosas, pueden causar abandono del tratamiento.⁹ Por todo ello la adherencia a la terapéutica del paciente portador de HTA es considerada hoy día un "reto terapéutico".¹⁰

OBJETIVO

Caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes hipertensos mayores de 60 años del Consultorio 16, del Policlínico "26 de Julio", La Habana e identificar las causas más importantes de la no adherencia terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal del 1º de junio de 2013 hasta el 1º de junio de 2014 en 245 pacientes, el total de hipertensos mayores de 60 años del consultorio médico de la familia No. 16, del policlínico "26 de Julio" del Municipio Playa.

La prueba para medir la adherencia al tratamiento fue el Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine. Este es un método indirecto de medición basado en una entrevista voluntaria al paciente, que consiste en un cuestionario de cuatro preguntas, las cuales están orientadas a definir la existencia o no de adherencia al tratamiento.¹¹

Se confeccionó una encuesta con las variables a investigar: la edad, el sexo biológico, el nivel de escolaridad, el esquema terapéutico prescrito y las causas de no cumplimiento cabal de la terapéutica por los pacientes. Los datos se obtuvieron mediante el llenado de la encuesta en entrevista realizada directamente con el paciente.

La información recolectada se procesó en una base de datos creada en el sistema SPSS versión 11.5 para Windows. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables estudiadas, con las que se confeccionaron tablas de contingencia. Se evaluó la posible asociación entre variables por la existencia de significación estadística ($\alpha = 0.05$) mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson, siempre que se cumplieron las condiciones para su aplicación.

La investigación se sustentó en los principios éticos, resguardando el derecho de los sujetos a proteger su integridad, registrados en la Declaración de Helsinki de 1964 y en su versión más actual, y el cumplimiento de la "Ley de Salud Pública" en su Artículo 54. Los pacientes expresaron su libre consentimiento de participar en la investigación después de ser informados de los objetivos y el método a emplear. El estudio tuvo una finalidad puramente científica, sin afectaciones del medio ambiente

ni riesgos predecibles. La información obtenida no se empleó para otros fines fuera del marco de la investigación y solo se ha utilizado la información imprescindible de acuerdo con los propósitos de la misma.

RESULTADOS

En la tabla 1, se aprecia que 143 pacientes de la muestra estudiada (58,4%) se adhería al tratamiento. En relación con el cumplimiento por grupos de edades hallamos que la mayor adherencia terapéutica se situó en el grupo de pacientes de 80-89 años, para 64.3 % del total. No se encontró entre estas variables una relación estadísticamente significativa.

Tabla 1. Adherencia terapéutica por grupo de edad

| Grupos de edades (años) | Adherencia Terapéutica | | | | TOTAL |
|----------------------------|------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Si | | No | | |
| | No. | % | No. | % | No. |
| 60-69 | 88 | 59.4 | 60 | 40.5 | 148 |
| 70-79 | 36 | 55.4 | 29 | 44.6 | 65 |
| 80-89 | 18 | 64.3 | 10 | 37.7 | 28 |
| 90 y más | 1 | 25.0 | 3 | 75.0 | 4 |
| TOTAL | 143 | 58.4 | 102 | 41.6 | 245 |

$p=0.56$

En la tabla 2, se observa el cumplimiento de la terapéutica según el sexo. Encontramos 92 pacientes del sexo femenino con adherencia al tratamiento, lo que constituye 61.7 % del total de la muestra. No se demostró asociación significativa entre las variables sexo y adherencia al tratamiento.

Tabla 2. Adherencia terapéutica por sexo

| Sexo | Adherencia terapéutica | | | | TOTAL |
|--------------|------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Si | | No | | |
| | No. | % | No. | % | No. |
| Femenino | 92 | 61.7 | 57 | 38.2 | 149 |
| Masculino | 51 | 53.1 | 45 | 46.9 | 96 |
| TOTAL | 143 | 58.4 | 102 | 41.6 | 245 |

$p=0.22$

En la tabla 3 se estudia la relación de la adherencia terapéutica con el nivel de escolaridad; encontramos que la adherencia al tratamiento en los pacientes con grado universitario fue de 74 %, y se demostró la existencia de asociación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la adherencia al tratamiento.

Tabla 3. Adherencia terapéutica según nivel de escolaridad

| Nivel de escolaridad concluido | Adherencia terapéutica | | | | TOTAL |
|-----------------------------------|------------------------|------|-----|------|-------|
| | Si | | No | | |
| | No. | % | No. | % | No. |
| Primario | 23 | 56.1 | 18 | 43.9 | 41 |
| Secundario-Técnico medio | 66 | 50.4 | 65 | 49.6 | 131 |
| Universitario | 54 | 74.0 | 19 | 26.0 | 73 |
| TOTAL | 143 | 58.4 | 102 | 41.6 | 245 |

p=0.004

En la [tabla 4](#), vemos que el esquema terapéutico con un solo medicamento (monoterapia) tuvo una adherencia terapéutica de 73.9%. La relación entre estas variables fue estadísticamente significativa.

Tabla 4. Adherencia terapéutica según fármaco y tipo de esquema terapéutico.

| Esquema terapéutico | Adherencia terapéutica | | | | TOTAL |
|---------------------|------------------------|------|-----|------|-------|
| | Si | | No | | |
| | No. | % | No. | % | No. |
| Monoterapia | 130 | 73.9 | 46 | 26.1 | 176 |
| Terapia combinada | 13 | 18.8 | 56 | 81.1 | 69 |
| TOTAL | 143 | 58.4 | 102 | 41.6 | 245 |

p= 0.0000

En la tabla 5, se observa que entre los medicamentos antihipertensores más utilizados por los pacientes, enalapril (88,1%), amlodipino (88,9%) y atenolol (92,3%) alcanzaron la mayor adherencia terapéutica.

Tabla 5. Adherencia terapéutica según medicamento empleado

| Fármacos Antihipertensivos | Adherencia terapéutica | | | | TOTAL |
|-------------------------------|------------------------|------|-----|------|-------|
| | Si | | No | | |
| | No. | % | No. | % | No. |
| Captopril | 25 | 55.6 | 20 | 44.4 | 45 |
| Enalapril | 37 | 88.1 | 5 | 11.9 | 42 |
| Hidroclorotizida | 13 | 56.2 | 10 | 43.5 | 23 |
| Amlodipino | 16 | 88.9 | 2 | 11.1 | 18 |
| Atenolol | 12 | 92.3 | 1 | 7.7 | 13 |
| Espironolactona | 9 | 81.8 | 2 | 18.2 | 11 |
| Nifedipino | 8 | 72.7 | 3 | 27.3 | 11 |
| Clortalidona | 7 | 77.8 | 2 | 22.2 | 9 |
| Metildopa | 3 | 75.0 | 1 | 25.0 | 4 |

En la tabla 6, se analizan las causas de no cumplimiento de la terapéutica. La causa más frecuente fue el olvido de las dosis, la refirieron 41 pacientes para 40,2 %. Se siente bien y por eso no toma los medicamentos fue la segunda causa, reportada por 39 pacientes para 38.2% del total de no cumplidores, solo 8 pacientes (7.8%) mencionaron como causa de incumplimiento las reacciones secundarias de los medicamentos.

Tabla 6. Causas de no cumplimiento de la terapéutica

| Causas de no cumplimiento de la terapéutica | No. | % |
|---|-----|------|
| Olvida las tomas | 41 | 40.2 |
| Se siente bien | 39 | 38.2 |
| Rechaza depender de la medicación | 11 | 10.8 |
| El tratamiento le produce malestar | 8 | 7.8 |
| No cree necesitar medicamentos | 3 | 2.9 |
| TOTAL | 102 | 100 |

DISCUSIÓN

El porcentaje de adherencia a la terapéutica que encontramos en nuestra investigación es muy superior a 37.4%, obtenido por Quintana Setién en un estudio igualmente realizado en Cuba.¹² Diversas investigaciones muestran resultados comparables a los nuestros,¹³⁻¹⁵ pero reportes de la OMS sobre varios países exponen que los hipertensos cumplidores del tratamiento constituyen la mitad o menos del total.³ Asimismo, en un estudio realizado en España se encontró que la mitad de los pacientes cumplían la terapéutica, pero cuando el criterio se basó en el recuento de comprimidos, la proporción de cumplidores era aún menor. Por el contrario, Lalić y col encontraron adherencia total o parcial en 74% de los pacientes investigados.¹⁶ Los métodos empleados en los estudios no son homogéneos, lo que explica las diferencias en los resultados de las investigaciones; pero comúnmente se acepta que el cumplimiento de la terapéutica por los hipertensos se sitúa en torno a 50-70%.¹⁷ Algunos autores han encontrado que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de medicamentos porque frecuentemente dichos enfermos padecen también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación.⁷ Sin embargo, un estudio concluyó que los pacientes de mayor edad incumplen más la terapéutica porque con mayor frecuencia olvidan tomar los medicamentos debido a la pérdida de memoria que a menudo acompaña al envejecimiento.¹⁰ La disparidad de las opiniones puede deberse a que el tiempo de evolución de la HTA a menudo es prolongado, y los tratamientos de larga duración constituyen otro factor contribuyente al incumplimiento de la terapéutica.¹⁸ Consideramos que este hecho cobra particular importancia en Cuba debido al aumento de la expectativa de vida que nuestro país experimenta en la actualidad, pues al ser más longevos, muchos pacientes llevan tratamientos prolongados para enfermedades crónicas como la HTA.

Se ha sugerido que las mujeres son más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas.¹⁹ Los resultados de nuestra investigación nos hacen coincidir con ese criterio e igualmente con varios reportes de la literatura.^{15,20,21} Pero los estudios que relacionan el sexo y la adherencia al tratamiento no siempre muestran resultados concordantes, algunos autores afirman que no hay relación entre cumplimiento y sexo femenino^{19,22} y otros informan que el sexo más cumplidor es el masculino.²³

En nuestra investigación encontramos que los pacientes con estudios universitarios tenían mayor adherencia a la terapéutica. La mayoría de los reportes coincide con nuestros hallazgos,^{11,24} pero otros concluyen que no hay relación significativa entre nivel de escolaridad y adherencia al tratamiento.²⁵ Consideramos que los pacientes con estudios superiores, poseedores de una mayor educación general, son más cumplidores de la terapéutica porque tienen una percepción más realista del riesgo que a largo plazo implica la condición de ser hipertenso no controlado.

Las modalidades del régimen terapéutico influyen categóricamente en el cumplimiento de la terapéutica. Los pacientes que tomaban un solo medicamento, que también se administra en dosis única diaria, tuvieron un porcentaje mucho mayor de adherencia a la terapéutica que los que llevaban un tratamiento de dos fármacos; resultados similares se hallan con frecuencia en la literatura.²⁶ En otro estudio realizado en nuestro medio se reporta que el tratamiento más empleado fue el dos fármacos y la adherencia terapéutica no superó 50%.²⁰ Asimismo, diversos autores afirman que la medicación múltiple favorece el incumplimiento, reportando similitud con nuestros resultados en el esquema de monoterapia.^{26,27} Es de esperar que a más tabletas a tomar, mayor sea el riesgo del paciente de olvidar la medicación; pero en ello también pueden influir factores como el desaliento o aburrimiento que deriva de estar pendiente de horarios complejos de tomas de medicamentos. Algunos investigadores

señalan que en los pacientes que toman varios medicamentos simultáneamente, para la hipertensión arterial y otras co-morbilidades, es mayor la adherencia terapéutica, sobre todo si las otras enfermedades cursan con síntomas importantes.⁷

En la literatura se reporta a menudo que el olvido de las tomas de medicamentos se ubica en el primer lugar de las causas de no cumplimiento de la terapéutica, y en segundo lugar se sitúa el rechazo a depender de la medicación.^{28,29} Los resultados de nuestra investigación sobre este aspecto son comparables con los que se describen en la mayoría de los estudios, si bien se pueden encontrar ciertas diferencias con otros, como uno a gran escala realizado en nuestro medio que reportó como principales causas de incumplimiento terapéutico, además del olvido de las dosis, el temor a los efectos adversos de los medicamentos y el desconocimiento por parte del paciente de las consecuencias de no llevar un tratamiento regular.³⁰ Otra investigación señala que las causas de mayor incumplimiento fueron sentirse bien para abandonar la terapéutica, así como el empleo de un esquema de tratamiento con mayor cantidad de dosis y de medicamentos.⁸ Nuestro criterio es que, en pacientes ancianos, la pobre adherencia a la terapéutica generalmente es el resultado de la imbricación de varios factores: el olvido de la tomas de medicamentos, que tiene un papel importante, más ostensible aún en aquellos enfermos a los que se les ha prescrito un esquema con varias tomas de medicamentos durante el día, así como la poca percepción de riesgo que tienen las personas de esta edad, que justifican su pobre adherencia a no necesitar los medicamentos por sentirse bien.

Un análisis de 38 intervenciones diseñadas para mejorar el cumplimiento reveló que más de la mitad de ellas no logró su objetivo. Los análisis mostraron que la simplificación del tratamiento: menos dosis y algunas intervenciones conductuales dirigidas a pacientes que olvidan tomar su medicación, resultó efectiva.³¹

Se asegura que un segmento importante de los hipertensos abandona el tratamiento durante el primer año tras el diagnóstico, y otra parte sustancial de los que continúan la terapéutica no toman los medicamentos en las dosis adecuadas.^{8,30} Todo ello nos ratifica la gran magnitud y trascendencia de este problema de salud y nos apremia a diseñar estrategias dirigidas principalmente a la consecución de una educación eficaz de pacientes, familiares y población en general, que posibiliten el enfrentamiento terapéutico efectivo de esta enfermedad.

Es importante declarar que la limitación más importante de esta investigación es que se circunscribió a estudiar pacientes hipertensos mayores de 60 años residentes en un consultorio médico urbano, que no requieren de la ayuda de otras personas para tomar los medicamentos y que no presentaban limitaciones físicas o trastornos psiquiátricos.

CONCLUSIONES

La adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja. Este problema es causado por diversos factores, principalmente el olvido de la toma de los medicamentos, la poca percepción del riesgo para la salud que constituye el control inadecuado de la enfermedad y la polifarmacia.

RECOMENDACIONES

Extender este estudio a otros consultorios del Municipio y a otras áreas de salud. Investigar otras variables como el papel que tienen en la educación para la salud y la familia en la adherencia a la terapéutica, para desarrollar instrumentos de intervención que incidan positivamente en la solución de este problema.

Revisión del último consenso de tratamiento para la HTA por los profesionales, sobre todo los fármacos recomendados para el tratamiento de la entidad en el adulto mayor. Proponer la elaboración de fármacos que contengan, en una sola tableta, combinaciones de medicamentos para el tratamiento de la HTA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global status report on noncommunicable diseases 2010. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1
2. Ruilope LM. The hidden truth. What do the clinical trials really tell us about blood pressure control Hum. Hypertension. 2009;9:53-54.
3. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. JAMA. 2010; 303:2043-50. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20501926>
4. Collins R Peto R, Mac Mahon S. Blood pressure, stroke and coronary heart disease part 2 short-term reductions in blood pressure overview of randomized drug trial in their epidemiological context. Lancet. 2010;102(1):335-822.
5. Tsiantou V, Pantzou P, Pavi E, Koulilierakis G, Kyriopoulos J. Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study. Patient Prefer Adherence. 2010;4:335-43. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943225/>
6. Culig J. The patients adherente to prescribed medication. Pharmaca Serbica. 2010;2:21-5.
7. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, *et al.* Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol. 2010;29:117-144. tablaCitado 2014 Oct 02tabla. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>
8. Gil VF, Belda J, Piñeiro F. Incumplimiento de la terapéutica farmacológica en la hipertensión arterial. Med.Clin-Barcelona 2001;(116)2:29-37.
9. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Aten Primaria. 2011;43(7):343-344. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-terapeutica-que-dificil-es-90023817?referer=buscador>

10. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(3):tablaaprox. 6 p.tabla. tablaCitado 3 de enero de 2014tabla. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
11. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Malaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. RevMedHered. 2010;21(4):197-201.
12. Quintana Setién C, Fernández-Britto Rodríguez JE. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana Invest Bioméd. 2009;28(2):0-0. tablaCitado 2014 Oct 08tabla. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es
13. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, *et al.* Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. RevCubana Farm. 2013;47(4):468-474. tablaCitado 2014 Oct 02tabla. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es
14. Martín L, Sairo M, Bayarre HD. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(2). tablaCitado 2014 Ago 18tabla. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200009&lng=es
15. Llibre J, Laucerique T, Noriega L, Guerra M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med. 2011;50(3):242-251. tablaCitado 2014 Oct 02tabla. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n3/med03311.pdf>
16. Lalić J, Veličković R, Mitić B, Nikolić V, Spasić A, Koraćević G .Medication Adherence in Outpatients with Arterial Hypertension Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš. 2013;30(4):209-218.
17. Jin J, Sklar GE, Sen Oh VM, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag. 2008;4:269-86.
18. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. Rev EspCardiol. 2014;67(9):724-730. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/pdf/90341406/S300/>
19. González-Anglada MI. La adherencia, el Talón de Aquiles de la enfermedad Cardiovascular. Rev Calid Asist. 2012;27(2):69-71. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-adherencia-el-talon-aquiles-90119119>
20. Rodríguez O, Yera I, Alonso L, García A, Debesa F. Descripción de la información que le brinda el médico al paciente durante el acto de prescripción en Marianao, Cuba. Boletín Fármacos. 2008;11(1).

21. Alonso L, García AJ, López P, Yera I, Toledo AM. Cumplimiento del tratamiento farmacológico en hipertensos de farmacias seleccionadas. *Panorama Cuba y Salud*. 2012;7(1):4-11. tablaCitado 2014 Oct 02tabla Disponible en: http://www.panorama.sld.cu/pdf/v7_no1/articulos_originales/cumplimiento_de_tratamiento_farmacologico.pdf
22. Sicras Mainar A, Fernández de Bobadilla J, Rejas Gutiérrez J, García Vargas M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria. *An. Med. Interna (Madrid)* 2006;23(8):361-368. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000800003&lng=es
23. Ginarte Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr.*2001;17(5):502-505.
24. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Enriquez O, Koch E, *et al.* Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *RevMed. Chile*. 2014;142: 1245-1252.
25. Steiner JF. Rethinking adherence. *Ann InternMed.*2012;157:580-5.
26. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, *et al.* Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-20.
27. Bryce A, Coca A. Tratamiento de la hipertensión arterial: monoterapia o combinaciones. *Rev. argent. cardiol.* 2011;79(4):355-363.
28. Sanchis C, Vara LA. Cumplimiento terapéutico y seguimiento del paciente hipertenso en atención primaria. 2012;139(3):126-13. tablaCitado 2015 Nov 15tabla. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-90140477-S300>
29. Noack de la FK, Cornejo-Contreras G, Noack de la FK, Castillo JA. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. *Revista Anacem* 2013;VII(2):75-78.
30. García Milián AJ. Caracterización epidemiológica del consumo de medicamentos por la población adulta de Cuba. Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias de la salud. La Habana: 2007- 2010.
31. Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*. 2007; 7: 55-67. tablaCitado 2014 Oct 02tabla. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/55/>

Recibido: 4 de septiembre de 2015.

Aprobado: 1 de diciembre de 2015.