

Cumplimiento del tratamiento farmacológico en hipertensos de farmacias seleccionadas

Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología (CDF)

Liuba Alonso Carbonell¹, Ana Julia García Milián², Pedro López Puig³, Isis Yera Alos⁴, Ana Margarita Toledo Fernández⁵

¹ Médico Especialista de 2do. Grado en Farmacología, Máster en Promoción y Educación para la Salud, Profesor e Investigador Auxiliar, Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC); ² Médico Especialista de 2do. Grado en Farmacología, Máster en Economía de la Salud, Profesor e Investigador Auxiliar, Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC); ³ Médico Especialista de 2do. Grado en Medicina General Integral, Máster en Atención Primaria de Salud, Profesor e Investigador Auxiliar, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP); ⁴ Médico Especialista de 2do. Grado en Bioestadística, Máster en Economía de la Salud, Profesor e Investigador Auxiliar, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB); ⁵ Médico Especialista de 2do. Grado en Medicina General Integral, Máster en Atención Primaria de Salud, Profesor Auxiliar, Investigador Agregado, Dirección Nacional de Ciencia y Técnica, Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar el cumplimiento de la terapéutica en un grupo de hipertensos adscritos a farmacias del país.

Método: Investigación descriptiva, de corte transversal. Se incluyeron las farmacias principales de los municipios cabeceras, la selección de los pacientes se hizo a través de un muestreo aleatorio simple utilizando el programa (Epidat). Para la recogida de los datos se aplicó una encuesta la cual exploró entre otras variables: tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial, medicamentos consumidos, cumplimiento del tratamiento indicado y motivos del no cumplimiento, y conocimiento de las consecuencias del abandono del tratamiento.

Resultados: El 77,9% de los encuestados refirieron que cumplen con las indicaciones médicas. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de incumplidores del tratamiento en cuanto al sexo, ni en relación con el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. De acuerdo con el medicamento, las cifras de incumplimiento fueron mayores entre los consumidores de captopril e hidroclorotiacida y entre los motivos más frecuentes del incumplimiento se reflejaron el olvido (55,4%) y las reacciones adversas a los medicamentos (21,6%).

Conclusiones: En la población estudiada se encontraron cifras altas de cumplimiento de la terapéutica farmacológica antihipertensiva. El olvido y las reacciones adversas a los medicamentos fueron las causas de los incumplimientos declaradas con mayor frecuencia, y fueron el captopril y la hidroclorotiazida los fármacos más afectados.

Palabras clave : Evaluación de Medicamentos; Agentes Antihipertensivos; Desistencia del Paciente al Tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia en el momento actual debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, que la persona que recibe una prescripción médica, ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas o de salud que se le indican, aspecto que no siempre se realiza de forma correcta.

Uno de los problemas que enfrenta el abordaje de este tema es la definición conceptual del fenómeno de cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones. En la literatura médica y psicológica se reconoce un conjunto de términos para referirse a la adherencia terapéutica, sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y

empleado de forma habitual por los interesados en la temática (1). La diversidad de conceptualizaciones trae aparejada confusión e incomprensión. No es poco frecuente observar, incluso entre los profesionales de la salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término "adherencia terapéutica".

La adherencia terapéutica se considera el término más adecuado para describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo, dado el sentido psicológico que este entraña. Se define como: "una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta

con el profesional de la salud y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado" (2).

Este fenómeno está condicionado por múltiples factores, entre ellos, los relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. Por las razones antes mencionadas, se debe analizar la adherencia terapéutica como una conducta compleja que se desarrolla en la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto a los componentes de la conducta de cumplimiento o adhesión, ni en las condiciones que la explican (3).

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos es tal, si se analizan las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial. Se ha demostrado que afecta cuestiones que tienen que ver, entre otros, con la calidad de la atención, la relación médico-paciente, y el uso racional de los recursos y los servicios de salud (4). Un avance significativo lo constituye el reconocimiento de la envergadura del problema por parte de los organismos internacionales (5).

Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades. En la actualidad no hay un método único para evaluar, medir o identificar la no adherencia al tratamiento; de modo general, se utilizan varios para obtener la mayor información posible. Estos métodos se clasifican en objetivos o subjetivos, directos e indirectos (6). Los subjetivos indirectos emplean cuestionarios, técnicas de entrevista, el juicio del médico y la impresión clínica. Estudios realizados en el Reino Unido dirigidos a analizar las causas de la no adherencia al tratamiento farmacológico y las causas que lo motivan, revelan, que los pacientes desconfían de las medicinas, principalmente por sus efectos adversos y, algunas veces, por el riesgo de dependencia (7).

La hipertensión arterial (HTA) ocupa el primer lugar entre las enfermedades crónicas en Cuba, reportándose en el año 2006 una tasa de prevalencia de 196,6 x 1 000 habitantes (8). Esta entidad tiene una elevada repercusión sobre la esperanza y la calidad de vida, porque muchas veces no se diagnostica de modo oportuno y cursa asintomática hasta que aparecen una o varias complicaciones. Su control requiere la modificación de los factores de riesgo conocidos, en conjunto con una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico, de ahí su importancia. Investigaciones realizadas muestran que el grado de incumplimiento farmacológico en el tratamiento antihipertensivo oscila entre el 7,1% y el 66,2% lo que repercute sobre el mal control del proceso nosológico y el aumento de los costos sanitarios y no sanitarios (9). En el caso particular de la HTA, la importancia de conocer la adherencia terapéutica y de establecer las estrategias para llevarla a cabo radica, en que esta, es

el principal factor de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón y del cerebro (10, 11). Trabajos consultados muestran que cerca del 50% de los pacientes hipertensos son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario y de llevar de forma correcta un tratamiento con fármacos, en especial, cuando este se extiende por más de un año (12).

El presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos adscritos a farmacias seleccionadas, a fin de realizar acciones de salud dirigidas a elevar la adhesión al tratamiento farmacológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

El universo estuvo compuesto por la totalidad de la población adulta, con 15 años y más, dispensarizada en Cuba como hipertensa durante el año 2007, los que hacen un total de 2 212 495 pacientes (13). De esta población se estudió una muestra constituida por 375 sujetos, determinada por la fórmula de cálculo para estudios descriptivos en poblaciones finitas (14); se consideró una proporción esperada de incumplimiento del tratamiento del 60%, valor que se fijó a partir de los resultados obtenidos en investigaciones previas realizadas en el país (12). La muestra se estratificó teniendo en cuenta el total de provincias, seleccionándose de cada una de ellas el municipio cabecera. Luego se seleccionaron las farmacias principales y, finalmente, por un muestreo aleatorio simple, se escogió la muestra definitiva, previa asignación proporcional de los tamaños de las submuestras (según el peso relativo de la población hipertensa de cada municipio distribuida por edad y sexo) sobre el tamaño de la muestra global (15) (Tabla 1).

Para la selección de los sujetos se consideraron los siguientes criterios de inclusión: pacientes con HTA que se encontraban residiendo en el área de salud en el momento de aplicar el instrumento, que no tuvieran problemas físicos o trastornos psiquiátricos que les imposibilitaran responder el cuestionario y desearan colaborar con la investigación. Se excluyeron los pacientes con problemas físicos o trastornos psiquiátricos que les imposibilitaran responder el cuestionario y los que no desearon colaborar con la investigación.

Para la recogida de la información se diseñó el cuestionario: "Cumplimiento terapéutico" el cual tuvo en cuenta los atributos de Moriyama modificados por Bayarre (15) y fuera previamente validado mediante un estudio piloto. En su elaboración participaron siete expertos entre los que se encontraban sociólogos, psicólogos y farmacoepidemiólogos con más de cinco años de experiencia en el tema y vinculados a la red de farmacoepidemiología. En el instrumento se representaron varias dimensiones atendiendo a la complejidad del fenómeno. Se estructuró en dos bloques: el primero, con los datos generales de los sujetos, y el segundo, con las respuestas a las

Tabla 1. Distribución de la población investigada según edad y sexo

Edad (años)	Sexo		Total N (%)
	Masculino N (%)	Femenino N (%)	
15-19	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,3)
20-24	3 (0,8)	0 (0,0)	3 (0,8)
25-29	1 (0,3)	6 (1,6)	7 (1,9)
30-39	14 (3,7)	21 (5,6)	35 (9,3)
40-49	19 (5,1)	51 (13,6)	70 (18,7)
50-59	25 (6,7)	58 (15,5)	83 (22,1)
60 y más	73 (19,5)	103 (27,2)	176 (46,7)
Total	135 (36,0)	240 (64,0)	375 (100,0)

interrogantes que dan salida a las variables exploradas.

Previo aplicación de los instrumentos se impartió un taller metodológico a los encuestadores que permitió, después de tres sesiones de entrenamiento, seleccionar y certificar a 14 personas como entrevistadores y dos como supervisores. Los supervisores revisaron cada uno de los cuestionarios antes de que se introdujeran los datos en la base, y comprobaron periódicamente y de manera aleatoria simple el 10% de ellos, en caso de detectarse discrepancias, estas se solucionaron antes de introducir el dato primario.

La información obtenida se vació en una base de datos creada en el programa SPSS versión 11,5. Una vez completada la entrada de los datos y verificada su calidad, se calcularon medidas de resumen para datos cualitativos. Se empleó la prueba Ji-cuadrado para determinar diferencias significativas entre los grupos de pacientes cumplidores y no cumplidores. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y figuras.

Aspectos éticos:

Desde el punto de vista ético esta investigación siguió los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki (17). Al entrevistado se le informó de los objetivos perseguidos con la investigación y se le solicitó su consentimiento para participar en ella. La información obtenida no se empleó para otros fines fuera del marco de la investigación, datos que se manejaron con la debida discreción.

RESULTADOS

Del total de 375 sujetos analizados, 292 (77,9%) refirieron que cumplían con las indicaciones médicas (189 femeninos y 103 masculinos), mientras que 83 eran incumplidores de los tratamientos (51 femeninos y 32

masculinos). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,58$).

Tampoco fueron las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de cumplidores e incumplidores teniendo en cuenta el tiempo de diagnóstico de la enfermedad ($p=0,27$) (Tabla 2).

Los medicamentos antihipertensivos prescritos en la población fueron el captopril (145 casos para un 38,6%); la hidroclorotiacida (102 para un 27,2%) y el atenolol (80 para un 21,3%). De acuerdo con el medicamento, las cifras de no cumplidores fueron mayores entre los consumidores de captopril e hidroclorotiacida (tabla 3).

Un total de 335 (89,3%) pacientes reconoció que es importante el cumplimiento terapéutico para el control de su enfermedad y sus complicaciones. De forma similar 343 (91,7%) sujetos percibió algún beneficio al consumir el medicamento indicado.

Entre los motivos más frecuentes del incumplimiento se reflejaron el olvido, declarado por el 55,4% del total de incumplidores y las reacciones adversas a los medicamentos referida por el 21,6% (tabla 4).

El 24,3% de los pacientes que dijeron conocer las consecuencias del abandono del tratamiento eran incumplidores de la terapéutica, mientras que entre los pacientes que refirieron no conocerlas la cifra de incumplidores fue de 17,2% (tabla 5).

El aspecto sobre las consecuencias del incumplimiento de la terapéutica antihipertensiva indicada, solo fue respondido por 259 (69,1%) del total de encuestados. Las principales consecuencias referidas en orden de frecuencia fueron: la crisis hipertensiva (51,7%); el infarto agudo del miocardio (45,2%) y el accidente vascular encefálico (26,6%) (Tabla 6).

Tabla 2. Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo según tiempo de diagnóstico

Tiempo de diagnóstico (años)	No. de casos	Cumple tratamiento N (%)	No cumple tratamiento N (%)
< 1	34	24 (70,6)	10 (29,4)
1-5	136	103 (75,7)	33 (24,3)
6-10	93	71 (76,4)	22 (23,6)
> 10	112	94 (83,9)	18 (16,1)
Total	375	292 (77,9)	83 (22,1)

$\chi^2=3,91; p=0,27$

Tabla 3. Cumplimiento terapéutico según medicamentos antihipertensivos utilizados

Tiempo de diagnóstico (años)	No. de casos	Cumple tratamiento N (%)	No cumple tratamiento N (%)
Captopril	145	100 (69,0)	45 (31,0)
Hidroclorotiazida	102	78 (76,5)	24 (23,5)
Atenolol	80	67 (83,7)	13 (16,3)
Clortalidona	78	68 (87,2)	10 (12,8)
Enalapril	76	68 (89,5)	8 (10,5)

Tabla 4. Principales causas de los incumplimientos de los tratamientos referidas por los encuestados

Motivos de los incumplimientos	No.	%
- Olvido	46	55,4
- Reacciones adversas al medicamento	18	21,6
- No control de los síntomas	9	10,8
- Le molesta tomarlo	8	9,6
- Costo	3	3,6
- Disponibilidad	3	3,6
- Otras	10	12,0

Total de incumplidores: 83

Tabla 5. Conocimiento de los encuestados acerca de las consecuencias del incumplimiento terapéutico

Si conoce las consecuencias de no cumplir el tratamiento	Cumple tratamiento N (%)	No cumple tratamiento N (%)	Total N (%)
Sí	196 (75,7)	63 (24,3)	259 (69,1)
No	96 (82,6)	20 (17,2)	116 (30,9)
Total	262 (69,9)	83 (22,1)	375 (100,0)

Tabla 6. Consecuencias del abandono del tratamiento referidas por los encuestados

Consecuencias referidas	No.	% ^(a)
- Crisis hipertensiva	134	51,7
- Infarto agudo del miocardio	117	45,2
- Accidente vascular encefálico	69	26,6
- Cefalea	42	16,2
- Muerte	25	9,6
- Mareos	19	7,3
- Insuficiencia renal crónica	12	4,6
- Insuficiencia cardíaca	6	2,3
- Disnea	5	1,9
- Náuseas	5	1,9
- Angina	3	1,1
- Otras	7	2,7

Leyenda: (a): Los porcentajes se calcularon a razón de 259 encuestados

DISCUSIÓN

Resulta paradójica la situación actual con el tratamiento de la hipertensión arterial. La enfermedad cardiovascular continúa siendo la primera causa de mortalidad en los países industrializados y la hipertensión uno de sus más importantes factores (al menos entre los modificables). Sin embargo, a pesar que se ha desarrollado un arsenal terapéutico de eficacia demostrada, para el control de esta enfermedad, no se alcanzan los resultados esperados, al menos, en términos poblacionales. Las causas son variadas, aunque resalta entre ellas la existencia de un inadecuado nivel de control tensional en la población que se atribuye en gran medida a la no adherencia al tratamiento. Aproximadamente el 20% de la población mundial padece HTA y se estima que solo entre el 3% y el 34% controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. Un estudio realizado en España muestra (18), que solo entre el 40% y el 50% de los pacientes

que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación después de los seis meses. Otros resultados confirman (19) que el 50% de los nuevos hipertensos abandonan la medicación al año de iniciado el tratamiento y que el 50% restante que permanece bajo tratamiento, no toma la medicación de forma correcta.

Se plantea, que no existe un método mejor que otro para evaluar en los pacientes el cumplimiento terapéutico y que el enfoque debe adaptarse a cada individuo. No obstante, se considera el criterio de los pacientes (empleado en esta investigación) uno de los métodos más utilizados (20). Aunque desde el punto de vista teórico las personas tienen el derecho de seguir o no el tratamiento indicado por el médico, las responsabilidades deberían dividirse entre el enfermo y el personal de salud responsable (médico, enfermero y farmacéutico). Los pacientes necesitan informaciones, instrucciones y recomendaciones para que puedan tener el conocimiento necesario para aceptar y seguir las indicaciones médicas

de forma apropiada.

Los resultados obtenidos en este estudio fueron superiores a los encontrados en otro realizado en un área de salud de La Habana (12) en el que solo el 51% de los sujetos investigados cumplían adecuadamente el tratamiento antihipertensivo (12). También fueron superiores a lo notificado por la OMS (2) para países desarrollados, 50% de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, deficiencia puede ser aún mayor en países en desarrollo dada la escasez de recursos e inequidades en el acceso a la atención sanitaria. Para el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en particular, se informa un 27% en Gambia, 43% en China y 51% en los Estados Unidos (21).

En este estudio, el hecho de que cerca de las tres cuartas partes de los encuestados refirieron cumplir siempre con el tratamiento indicado, pudo estar influido por el modo en que se obtuvo la información (entrevista cara a cara). Los entrevistados pueden haber sentido temor o vergüenza de reconocer que abandonan las recomendaciones médicas, más aún si el entrevistador se identificó como profesional de la salud.

Las cifras de cumplimiento terapéutico encontradas en esta investigación difieren también de lo referido por un estudio realizado en Venezuela (46,6% incumplidores) (22), y otro realizado en Chile (23) en una población de adultos mayores (78,4% de incumplidores). De forma similar, publicaciones anglosajonas indican (24) que la proporción de acatamiento de lo prescrito es de aproximadamente un 50%, mientras que en España estudios realizados informan también cifras de cumplimiento bajas (25).

Las cifras de no cumplidores según el sexo, encontrado en este trabajo, se corresponde con lo publicado por Martín Alfonso y colaboradores (12) y contrasta con lo reportado por otros que investigan sobre el consumo de medicamentos en la población cubana mayor de 15 años, donde las mujeres predominaron entre los incumplidores (24).

Un trabajo realizado en España señala (26) que los regímenes de medicación con monodosis determinan mejores tasas de adherencia que las multidosis. A su vez destacan la relación entre la duración y los efectos secundarios de los tratamientos con la conducta de cumplimiento, mostrando que la adherencia terapéutica disminuye en la medida que la terapia se alarga y provoca mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. Este aspecto pudiera ser la causa de que se hayan encontrado mayores cifras de incumplimiento terapéutico con el captopril, fármaco cuyo régimen terapéutico exige la administración del fármaco dos veces al día como mínimo,

estando por tanto condicionado a la posibilidad del olvido (27). Similar a lo encontrado por Sánchez en México (28), dentro de los factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la HTA, el olvido, el temor a los eventos adversos y el desconocimiento fueron las causas más frecuentes de incumplimiento.

La aparición de reacciones adversas a los medicamentos constituye una causa que justifica el incumplimiento tanto en el caso del captopril como de la hidroclorotiacida ya que es precisamente para estos medicamentos antihipertensivos para los que se informa el mayor número de eventos adversos (29).

Llama la atención que en este trabajo más de la mitad de los encuestados refirieron conocer las consecuencias del abandono del tratamiento antihipertensivo. Este hallazgo muestra que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y del tratamiento no necesariamente determina la conducta del individuo ante el cumplimiento, poniéndose de manifiesto, una vez más, el carácter multifactorial de la adherencia terapéutica (28). El hecho de que la población refiera a complicaciones tales como la crisis hipertensiva, el infarto agudo del miocardio y los accidentes vasculares encefálicos como las principales causas del abandono terapéutico, indica que existe un conocimiento correcto del fenómeno y de sus posibles consecuencias. En general, el no cumplimiento de la terapéutica por parte del paciente puede causarle complicaciones y secuelas que traigan consigo gran sufrimiento, y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social, representa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que se utilizan de forma inadecuada, porque se prolongan innecesariamente los tratamientos, y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. El incumplimiento terapéutico es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y una vez detectado, debe abordarse tanto desde el punto de vista preventivo como interventivo.

CONCLUSIONES

En la población investigada se encontraron cifras altas de cumplimiento de la terapéutica farmacológica antihipertensiva. Los incumplimientos no estuvieron relacionados con el sexo, ni con el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. El olvido y las reacciones adversas a los medicamentos fueron las causas más frecuentes de los incumplimientos declaradas por los pacientes, y fueron el captopril y la hidroclorotiazida los fármacos más afectados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm, [Consulta 2010 Diciembre 2].
2. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud*

- Pública* [revista en la Internet]. 2006;32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es. [Consulta 2010 Diciembre 2].
3. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, eds. *SIDA: una visión, multidisciplinar*. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000:95-103.
 4. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.pdf> [Consulta 2010 Diciembre 2].
 5. OMS. *La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas*. Madrid: Ediciones Doyma; 2003.
 6. Peralta ML, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol* 2008;17(3):84-8.
 7. Pound P. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med*. 2005;61:133-55.
 8. Anuario Estadístico de Cuba. 2006. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m1516&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=2006&tag5023=1516>, [Consulta 2010 Diciembre 2].
 9. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(5):502-5.
 10. Sánchez CN. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2006;14(3):98-101.
 11. Fernández del Rivero D. Hipertensión. *Br J Clin Pharmacol*. 2002;19(8):338-44.
 12. Martín Alfonso L, Sairo Agramonte M, Bayarre H.D. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(2). Disponible en: www.sld.cu/.../frecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_medico_en_pac_ [Consulta 2010 Diciembre 2].
 13. Ministerio de Salud Pública. *Población proyectada al 30 de junio del 2007 y densidad de población según grupos de edad y provincias*. Anuario Estadístico de Salud [serial on the Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/>, [Consulta 2010 Diciembre 2].
 14. Silva Ayçaguer L. *Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 2000:19-20.
 15. Taro Y. *Elementary Sampling Theory*. Habana, Editorial Pueblo y Educación; 1989.
 16. Alonso González R, Bayarre Veá H, Artiles Visbal L. Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu06204.htm, [Consulta 2010 Diciembre 2].
 17. Mundial AM. *Principios éticos para la investigación médica en seres humanos 20006*. Disponible en: <http://www.uchile.dl/doc/helsinki.htm>, [Consulta 2010 Diciembre 2].
 18. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención primaria en España. *Resultados del estudio Controlpres*. 2003. *Hipertensión*. 2005;22:5-14.
 19. Ingaramo RA, Vita N. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg Cardiol*. 2005;34:104-111.
 20. Takiya LN. Meta-analysis of interventions for medication adherence to antihypertensives. *Ann Pharmacother*. 2004;38(10):1617-24.
 21. OMS. *La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas*. Madrid: Ediciones Doyma; 2003.
 22. Díaz K, López J. Cumplimiento terapéutico en el paciente hipertenso. *Med fam*. 2003;7(2):47-51.
 23. Evangelista L, Doering L, Dracup K, Westlake C, Hamilton M, Fonarow G. Compliance behavior of elderly patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003;18(3):197-206.
 24. Stickel F. Programa de intervención mixta sobre cumplimiento y calidad de vida en paciente hipertensos 2002. Disponible en: http://www.fuden.es/home_nure.cfm, [Consulta 2010 Diciembre 2].
 25. Benavides F, Rodríguez M, Arjol A, Mas M, Rodríguez JJ, Tovar JL. Pacientes hipertensos mal controlados: variables relacionadas con el tiempo hasta modificar el tratamiento (estudio HIMOT: hipertensión y modificación del tratamiento). *Hipertension*. 2004;21:442-7.
 26. SEH-SEHLELA. Cumplimiento terapéutico en la HTA. *Jorn Actualizac*. 2005;2(2):3-5.
 27. Colectivo de autores. *Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico*. Madrid, Ediciones Doyma, 2007:90-6.
 28. Sánchez CN. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2006;14(3):98-101.
 29. Colectivo de autores. *Formulario Nacional de Medicamentos de Cuba*. CDF. MINSAP. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana. 2006:273-328.

Pharmacological treatment compliance in hypertensive patients of select pharmacies

SUMMARY

Objective: To characterize the therapeutic compliance in a group of hypertensive patients assigned to the pharmacies of the country.

Método: A descriptive, transverse investigation. The main pharmacies of the municipality centers were included; patients were selected via a simple random sampling using the Epidat program. A survey was used to collect the data which explored amongst other variables: time of hypertension diagnosis, medicines used, indicated treatment compliance, motives for noncompliance, and knowledge of the consequences of abandoning treatment.

Resultados: 77.9% of those surveyed referred that they follow their medical instructions. There was no statistically significant difference between the noncompliant treatment groups in regards to sex, nor in the relation of time of illness diagnosis. According to the medication, the figures of non-compliance were greater in Captopril and Hydrochlorothiacide users; the most frequent reason for noncompliance were forgetting (55.4%) and adverse reactions to the medications (21.6%).

Conclusiones: In the population studied high figures of antihypertensive pharmacological therapeutic compliance. Forgetting and adverse reactions to medications were the most frequent causes of noncompliance stated; Captopril and Hydrochlorothiazide were the most affected medications.

Keywords: Drug evaluation; Antihypertensive Agents, Patients Dropouts.

Dirección para la correspondencia: Dra. Liuba Alonso Carbonell Calle 21 Esq. 200 Atabey, Playa, La Habana, Cuba.

E-mail: liuba@cencec.sld.cu