

# Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general.

Adherence to pharmacotherapy in hypertensive outpatients attended at general hospital.

Rolando Carhuallanqui<sup>1</sup>, Gabriela Diestra-Cabrera<sup>1</sup>, Jessica Tang-Herrera<sup>1</sup>, Germán Málaga<sup>2</sup>

## RESUMEN

La falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global, que impide que la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas que pueda ser evitada. **Objetivo:** Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. **Resultados:** 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ( $p < 0,05$ ). **Conclusión:** La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. (*Rev Med Hered 2010;21:197-201*).

PALABRAS CLAVE: Adherencia, Morisky-Green, hipertensión.

## SUMMARY

Lack of adherence is a common and global problem that avoid in patients with chronic diseases obtain benefit from treatments that can prevent morbidity and mortality. **Objective:** To determine adherence to drug treatment in chronic hypertensive patients treated in a general hospital. **Material and Methods:** An observational, descriptive, prospective, cross-sectional study was performed in patients attending to the outpatient clinic of the Hospital Nacional Cayetano Heredia using the Morisky-Green Test to determine their adherence to drug treatment and determine the blood pressure control. **Results:** 69.9% were women, 77.7% had disease duration longer than three years. 52.4% had primary education level, 68% were married, 62.1% had their blood pressure under control. Adherence to drug treatment was 37.9%. Association between adherence with the widower status and blood pressure control ( $p < 0.05$ ) were found. **Conclusion:** Adherence to drug treatment was 37.9%. (*Rev Med Hered 2010;21:197-201*).

KEYWORDS: Adherence, Morisky-Green, hypertension.

---

<sup>1</sup> Médico Cirujano. Egresado de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Médico Internista Asistente del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

## INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades de mayor incidencia a nivel mundial que produce importante mortalidad y discapacidad (1), las que pueden ser prevenidas con el adecuado control de la presión arterial, ahora que se disponen de una gran variedad de drogas seguras y efectivas. Es bastante conocido el rol de la HTA como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular en general y de enfermedad cerebro-vascular (2).

Aproximadamente 20% de la población mundial padece HTA y sólo entre 3 y 34% de ella controla su presión con un tratamiento antihipertensivo (3). A nivel nacional, Gamboa encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 23,7% con predominio de varones y el 45% de los pacientes controlaban su presión arterial (4).

La razón principal de los pobres resultados sería la falta de adherencia al tratamiento. La adherencia es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida (5). Actualmente se cuenta con más y mejores herramientas de ayuda diagnóstica, múltiples opciones farmacológicas, acceso a bases de datos e información vasta y guías de práctica clínica para mejorar los resultados importantes en los/as pacientes como lograr un mejor control de las cifras de presión arterial y reducir la morbilidad y mortalidad en los pacientes hipertensos (6).

El objetivo principal del estudio fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos en un hospital general.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y además, se determinó la presión arterial.

### *Criterios de inclusión:*

- Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial de más de seis meses, con capacidad para leer y entender el consentimiento

informado, sin comorbilidad metabólica (diabetes mellitus, dislipidemia, síndrome metabólico, insuficiencia renal, obesidad) que requieran tratamiento farmacológico y no hayan sufrido complicaciones debidas a hipertensión arterial.

- No haber consumido cafeína o tabaco ni haber realizado ejercicio físico en los 30 minutos previos a la entrevista

### *Criterios de exclusión:*

No aceptar participar en el estudio, no firmar el consentimiento informado.

Se obtuvo un tamaño de la muestra de 103 pacientes, utilizando la fórmula de cálculo de tamaño muestral del programa EpiInfo, con un margen de error menor del 5%,  $p=0,48$  (Se asumió el “peor” valor de adherencia para hacer el cálculo: probabilidad del 48% que los pacientes cumplieran el tratamiento) (10).

Se realizó un muestreo aleatorio simple y la incorporación de pacientes al estudio se llevó a cabo en los consultorios externos de Cardiología, Medicina Interna, Geriátrica y Medicina Familiar del Hospital Nacional Cayetano Heredia, donde fueron invitados a participar. Luego de la aceptación, previa firma del consentimiento informado, contestaron en forma anónima los datos solicitados por los investigadores. Se consideró cumplidor del tratamiento (adherente) al paciente que contestó el cuestionario de Morisky-Green (1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?; 2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?; 3. ¿Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación? y 4. ¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación?): NO-SI-NO-NO.

Posteriormente, se procedió a la determinación de la presión arterial en tres oportunidades, con una diferencia mínima de 5 minutos entre cada medida, antes de que el paciente ingrese a la consulta. Se utilizó un tensiómetro digital marca Citizen modelo CH607 automático según las normas internacionales establecidas. Se consideró presión arterial no controlada cuando presentaron más de dos mediciones de presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o diastólica igual o superior a 90 mmHg (11).

### *Análisis estadístico*

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS v.17, propiedad de la Universidad

Peruana Cayetano Heredia. Para el análisis se utilizó el test Kolmogorov–Smirnov para conocer la normalidad de las variables, las medidas de dispersión normal: media, desviación estándar, intervalo de confianza al 95% para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Para comparar medias de variables paramétricas se utilizó el test t de Student y el test de Mann–Whitney para variables no paramétricas. Fueron estudiadas las variables obtenidas en la consolidación, se procesaron estadísticamente, se observó y correlacionó los resultados utilizando el Chi cuadrado ( $X^2$ ) para establecer asociación entre las variables. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . Para la elaboración de los cuadros y gráficas usamos el programa Excel 2007.

**Tabla 1.** Características basales de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Febrero 2010.

Características	n	%
<b>EDAD <math>\geq</math> 60 años</b>	83	80,6
<b>SEXO Femenino</b>	72	69,9
<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>		
6 m – 3 a	23	22,3
> 3 a	80	77,7
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabeto	7	6,8
Primaria	54	52,4
Secundaria	36	35,0
Superior	6	5,8
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	7	6,8
Casado	70	68,0
Viudo	13	12,6
Divorciado	7	6,8
Conviviente	6	5,8

## RESULTADOS

Las características basales de los participantes en el estudio se muestran en la tabla 1; el 80,6% de los/as participantes tenía 60 años o más, 69,9% era del sexo femenino y 77% tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 6,8% era analfabeto y 52,4% tenía grado de instrucción primaria.

Se encontró control de la presión arterial en 62,1% de pacientes y la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%.

Sólo se halló asociación estadística entre los pacientes adherentes y el estado civil viudo ( $p < 0,05$ ) y entre pacientes hipertensos controlados y pacientes adherentes, constituyendo los pacientes controlados 62,1% y de estos el 92,1% eran adherentes (Tabla 2).

En la tabla 3, se muestran las frecuencias de respuestas afirmativas a las preguntas del cuestionario de Moriski-Green.

## DISCUSIÓN

La tasa de adherencia al tratamiento farmacológico encontrada en nuestro estudio fue similar a otros estudios realizados en Latinoamérica, que muestran que la adherencia en hipertensión arterial oscila entre 37 y 52%. (10,12) Debemos tener en cuenta que nuestros pacientes fueron seleccionados sobre la base de no ser portadores de alguna otra enfermedad crónica metabólica, ni haber sufrido alguna complicación como consecuencia de la enfermedad, ya que consideramos

**Tabla 2.** Control de la hipertensión arterial según adherencia o no y adherencia según estado civil en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Febrero 2010.

	Adherente	No adherente	Total	p
<b>Control HTA</b>				
<b>Si</b>	36 (92,3%)	28 (43,8%)	64 (62,1%)	p < 0,001
<b>No</b>	3 (6,3%)	36 (56,2%)	39 (37,9%)	
<b>Estado Civil</b>				
<b>Soltero</b>	2 (5,1%)	5 (7,8%)	7 (6,8%)	NS
<b>Casado</b>	25 (64,1%)	45 (70,3%)	70 (67,9%)	NS
<b>Viudo</b>	9 (23,1%)	4 (6,2%)	13 (12,6%)	p < 0,05
<b>Divorciado</b>	3 (7,7%)	4 (6,2%)	7 (6,8%)	NS
<b>Conviviente</b>	0	6 (9,4%)	6 (5,8%)	

**Tabla 3.** Respuestas afirmativas a las preguntas del cuestionario de Moriski-Green.

	n	%
- Se olvida alguna vez de tomar el medicamento	52	50,5
- Toma la medicación a la hora indicada	82	79,6
- Cuando se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación	21	20,4
- Si alguna vez se siente mal deja de tomar la medicación	97	94,2

que estos pacientes estarían sensibilizados por el hecho de tener mayor riesgo por ser portadores de más de una enfermedad metabólica crónica o haber padecido alguna complicación.

En nuestro país, en hospitales de EsSalud en Trujillo y en Lima en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati encontraron tasas de adherencia entre 54 y 63% (13,14). Sin embargo, no podemos llegar a una conclusión clara ya que estos estudios no utilizaron la misma metodología. Creemos que la diferencia podría deberse a que en ESSALUD reciben sus medicinas gratuitamente mientras que en los hospitales del MINSA no todos los medicamentos son subvencionados. Sin embargo, de acuerdo a nuestra observación, los costos de fármacos genéricos en MINSA no parecerían ser el único factor negativo relacionado con la adherencia ya que oscilan de dos a cinco soles mensuales en promedio.

Como vemos en los diversos estudios, la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global; es justamente la baja adherencia a terapias en enfermedades crónicas, lo que origina morbi-mortalidad que podría ser evitada. No hay respuestas claras en la literatura sobre qué hacer y en nuestro medio, estrategias como la implementación de club para pacientes con determinadas enfermedades crónicas, no ha demostrado su utilidad en mejor conocimiento de la enfermedad, ni en menos complicaciones. Un ejemplo claro son los club de diabéticos, que a pesar de su existencia el nivel de conocimientos de la enfermedad y la conciencia de la misma es baja (15).

Permitir que los/as pacientes participen en las decisiones basadas en la información en un modelo de decisión médica compartida, son estrategias que se están intentando en otras latitudes en la que un componente importante de la decisión es el respeto de valores y preferencias de los pacientes (16), aún no

han sido demostradas en investigación científica. Weymiller, demostró en un estudio en diabéticos que utilizando tarjetas de decisión mejoraba la adherencia en tres meses (17), sin embargo, el mismo estudio realizado por Mann en población latina no fue satisfactorio (18). Mejorar la comunicación con los/as pacientes que permita superar las barreras culturales, educativas, técnicas y sociales que impiden una adecuada comunicación entre médicos y pacientes es un reto al que debemos enfrentar de manera imaginativa con estrategias diferentes como mensajes cortos, uso de tecnología celular, medios de comunicación masiva o intervenciones biopsicosociales (19).

En nuestro estudio encontramos asociación entre adherencia y el estado civil (viudo) lo cual difiere de otros estudios latinoamericanos donde se encontró asociación entre adherencia y edad, sexo, escolaridad, actividad física, el vivir acompañado, gravedad de la hipertensión, asistencia regular a consultas y el costo de la medicación (8,12,13). No tenemos una explicación clara para este hallazgo, creemos que puede tratarse de un resultado producto del azar, pero podría ser tomado en cuenta como variable a explorar en estudios posteriores. Un hecho adicional que debe ser remarcado es la no asociación entre las variables estudiadas y adherencia, lo que sugiere que las medidas que deban ser adoptadas deben ser aplicadas a la población en general portadora de enfermedades crónicas e hipertensión arterial en particular. Se encontró relación estadística entre la adherencia y el control de la presión arterial, lo cual muestra la importancia de la adherencia al tratamiento.

Una limitación de nuestro estudio fue la falta de un equipo adecuado para la medición de la presión arterial. Sin embargo, este error en la selección del instrumento se trató de corregir utilizando sólo un operador con un mismo equipo y considerando como válidas tres

medidas de presión con una diferencia menor de 5mmHg entre ellas.

Nuestros resultados refuerzan la utilidad del test de Morisky-Green en la práctica médica diaria. Teniendo en cuenta la facilidad de aplicación y rapidez de este test y los beneficios que nos puede brindar, debería considerarse su implementación de manera rutinaria en la práctica diaria para identificar a los pacientes no adherentes y así reforzar su educación.

### Correspondencia:

Germán Málaga Rodríguez  
Calle Chavín 159 CC Monterrico. Surco  
Lima, Perú.  
Correo electrónico: gmalaga01@gmail.com

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan N. Hypertension in the population at large. En: Clinical Hypertension. 5th Edition. Baltimore-Maryland: Williams & Wilkins; 1990. p. 12-15.
2. Mc Mahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Lancet 1990; 335: 765-774.
3. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-2446.
4. Gamboa R. La hipertensión arterial en el Perú. Rev Per Card 1993; 19: 92-9.
5. Bimbela JL. El counseling en atención primaria. Jano 2002; 63(1453): 54-60.
6. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med 2002; 136(7):493-503.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. Medical Care 1986; 24:67-74.
8. Val Jimenez A, Amorós G, Martinez P, Fernandez ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. Aten Primaria 1992; 10: 767-70.
9. Nogués-Solán X, Sorli-Redó ML, Villar-García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna Madrid 2007; 24(3): 138-141.
10. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento. Rev Fed Argentina Cardiol 2005; 34:104-111.
11. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 complete report. Hypertension 2003; 42: 1206-1252.
12. Quintana SC, Fernández-Britto JE. Adherencia terapéutica farmacológica anti-hipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana Invest Bioméd 2009; 16: 28(2): 0-0.
13. Arana-Morales G, Cilliani-Aguirre B, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión. Hospital Víctor Lázarte Echegaray - ESSALUD, Trujillo. Rev Med Hered 2001; 12(4):120-6.
14. Del Aguila-Diaz J, Perales-Román L, Frech-Irigoyen C. Evaluación del tratamiento de la hipertensión arterial en la consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Revista Médica IPSS 1994; 3(2):23-6.
15. Noda-Milla J, Perez-Lu JE, Málaga G, et al. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Rev Med Hered 2008; 19(2): 46-47.
16. Málaga G, Sánchez-Mejía A. Medicina basada en evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación. Rev Med Hered 2009; 20(2): 103-109.
17. Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. Arch Intern Med 2007; 167(10):1076-82.
18. Mann DM, Ponieman D, Montori VM, Arciniega J, McGinn T. The Statin Choice decision aid in primary care: A randomized trial. Patient Educ Couns 2010; 80(1):138-40.
19. Holguín L, Correa D, Arrivillaga-Quintero M, Varela MT, Caceres D. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Universitas Psychologica 2006; 5: 535-548.

Recibido: 12/03/10  
Aceptado para publicación: 02/12/10