

---

# Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes del Hospital Clínica Kennedy. Guayaquil – Ecuador. Marzo a diciembre de 2004.

## Adherence to treatment of high blood pressure in patients of Kennedy Hospital, Guayaquil – Ecuador. March to december/2004.

William E. Posligua \*  
Joseph McDermott \*  
María Lola Cevallos \*  
William N. Posligua \*\*  
Carlos Cuello \*\*\*

---

### RESUMEN

La hipertensión arterial, también conocida como el asesino silencioso, por su larga evolución crónica asintomática que si no es tratada, puede causar daños irreversibles al sistema nervioso central, riñones y el sistema cardiovascular, en general<sup>1</sup>. Es la segunda causa por la cual un individuo busca atención médica ambulatoria en los Estados Unidos, con aproximadamente 30 millones de visitas por año<sup>2</sup>. Se conoce que la población hispana tiene una menor prevalencia de hipertensión, en comparación con el resto de la población, pero aun así mantienen niveles de presión arterial no controlados adecuadamente<sup>8</sup>. La adherencia se define como la capacidad de comportamiento del paciente hacia una enfermedad crónica, de poder seguir un tratamiento farmacológico y de cambios en los hábitos de vida (ejercicio, dieta), todo en mutuo acuerdo con el profesional de la salud, con el fin de obtener el mejor control posible de su condición patológica actual<sup>25, 26</sup>. Hicimos un estudio de tipo prospectivo-observacional-comparativo de las posibles causas de la pobre adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en una muestra poblacional de la ciudad de Guayaquil (Ecuador) con el fin de estratificar las diferentes poblaciones de pacientes a quienes se les debe de invertir más trabajo con el fin de obtener una mejor adherencia. Así mismo se tuvo como **objetivo**, el poder formular terapéuticas más económicas y a la vez efectivas, para el tratamiento de la hipertensión arterial, instrucciones más fáciles y convenientes para la población en cuanto a las modificaciones de los hábitos de vida, para poder obtener niveles de adherencias aceptables en pacientes hipertensos. Se identificó una muestra de 100 pacientes cumplidores y 120 no cumplidores de los cuales se notaron como variable de no adherencia la clase social baja, la falta de visitas al médico, edad, severidad y hábitos personales. Se **concluye** que mejorando estos hábitos personales del paciente, se pudo lograr una mayor adherencia al tratamiento y por ende un mejor control de la presión arterial, con una disminución del riesgo de sus complicaciones, como lo son los infartos cerebrales y cardiacos.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Adherencia.

### SUMMARY

High blood pressure, also known as the silent killer for its long, chronic and asymptomatic evolution that if it is not treated can cause irreversible damages to the central nervous system, the kidneys, and the cardiovascular system on the whole<sup>1</sup>. It is the second reason by which an individual looks for outpatient medical attention in the United States, with approximately 30 million medical visits per year<sup>2</sup>. It is known that Hispanic population has lower high blood pressure prevalence, compared with the rest of the population, but even so, they maintain blood pressure levels not appropriately controlled<sup>3</sup>. Adherence is defined as the patient behavior ability, towards a chronic illness, for following a pharmacological treatment and making changes in life habits (physical exercise, diet), all of this by mutual agreement with the health professional in order to obtain the best possible control of his (her) current pathological condition<sup>25, 26</sup>. We have made a study of the prospective-observational, comparative type of possible reasons of poor adherence to high blood pressure treatment in a sample of Guayaquil (Ecuador) population in order to stratify the different groups of patients with which more work is needed for getting a better adherence. In the same way another objective was to offer more economical and at the same time effective treatments for high blood pressure with more easy and advisable instructions for people regarding modifications of life habits in order to obtain acceptable adherences in hypertensive patients. A sample was identified with 100 dependable patients and 120 non dependable patients. Among the latter it was noted as variables of no adherence: lower social class, missing appointments with the doctor, age, severity, and personal habits. A conclusion is that improving those personal habits of the patient, a better adherence to the treatment was achieved, a hence, a better control of blood pressure and a decrease in the complications risk: CVA and heart attack.

**Key words:** High blood pressure. Adherence.

---

\* Doctor en Medicina, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

\*\* Cardiólogo, hospital clínica Kennedy, Guayaquil – Ecuador.

\*\*\*Doctor en Medicina, miembro de la Facultad del departamento de pediatría del Hospital San José TEC de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México.

## Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HTA), denominada el asesino silencioso, por ser una enfermedad crónica con una larga evolución asintomática, que si no se le da tratamiento es capaz de producir daño en el sistema nervioso central, riñones, y el sistema cardiovascular<sup>1</sup>.

La hipertensión arterial es la segunda causa por la que un paciente realiza visitas al médico, de forma ambulatoria en los EEUU, con alrededor de 30 millones de visitas al año<sup>2</sup>. Es la causa más común de morbilidad y mortalidad en el mundo hoy en día, afectando alrededor de 1 billón de personas en el mundo entero, y alrededor de 50 millones de personas en los Estados Unidos de Norteamérica<sup>3</sup>, y es hoy por hoy la condición patológica más común que produce un 10% de los decesos en dicho país. Además de ser una causa fundamental del aumento de la morbi-mortalidad atribuida a la hipertensión arterial, el manejar niveles altos de presión sanguínea es un factor de riesgo (definase F.R. como una condición o característica de un individuo o población) que en estos casos incrementa las posibilidades de que dicho sujeto padezca de patologías a consecuencia de la PA elevada, como son los eventos vasculocerebrales, los síndromes coronarios agudos, la insuficiencia cardiaca congestiva, el daño renal, la retinopatía y de patología vascular periférica. Se conoce que la detección temprana de la hipertensión arterial, produce un impacto negativo en la calidad de vida del paciente, ya que obliga al individuo a realizar muchas limitaciones y modificaciones en sus hábitos de vida, no tan tolerables por todos los pacientes hipertensos, con el fin de llevar una vida libre de síntomas y de futuras complicaciones<sup>3</sup>. Mundialmente, la HTA causa aproximadamente 7.1 millones de muertes prematuras<sup>4,5</sup>. El índice público más sensitivo de prevalencia de HTA no controlada, es la tasa de mortalidad por eventos vasculocerebrales en una población<sup>6</sup>. La prevalencia de la HTA se incrementa con la edad, el sexo (masculino sobre femenino), y la raza, siendo la más afectada la raza afroamericana<sup>7</sup>. Se conoce que, a pesar de que la población hispana en general tiene una menor prevalencia de HTA en comparación a la población en general, son menos propensos a mantener niveles de presión arterial (PA) controlada adecuadamente<sup>8</sup>.

Además de considerar la base fisiopatológica de la HTA, su control va a estar determinado potencialmente por otros factores que incluyen la compliance o adherencia a los cambios en el estilo de vida, antecedente personal de enfermedades coexistentes, y conocimiento del paciente acerca de su patología; además de los sistemas de salud que controlen su estado actual, y el sistema de tratamiento que esté llevando<sup>2</sup>.

A pesar de haberse demostrado múltiples beneficios obtenidos por el buen control de la PA, y de numerosas guías para el correcto tratamiento de esta, numerosos trabajos demuestran un control no adecuado de la HTA en poblaciones hispanas<sup>8</sup>. La prevención primaria de la hipertensión arterial debe de ser enfocada a interrumpir y prevenir el aumento de los costos, tanto de su manejo cotidiano, como el del manejo de sus complicaciones<sup>3</sup>. Se debe de mencionar que los cambios de estilo de vida, en personas con tratamiento antihipertensivo, reducen significativamente la PA y proveen de un mejor control de sus hipertensión<sup>9</sup>. Hay que mencionar la educación del paciente acerca de su enfermedad, de las formas que el puede colaborar en su tratamiento y la importancia de estos cambios para su propio bienestar, ya que la aceptación de su estado patológico permite mayor adherencia a los esquemas terapéuticos así como la modificación de sus factores de vida<sup>10</sup>. Es de tomar en cuenta de manera importante la adherencia del médico a los esquemas que han sido propuestos para el tratamiento, manejo y control de la PA de sus pacientes, ya que el apego del clínico a dichas guías servirán para un mejor control de la hipertensión arterial<sup>11</sup>. Como parte fundamental del manejo del paciente hipertenso, se debe mencionar la intervención no farmacológica para el control de la PA, ya que han demostrado en numerosos reportes, su eficacia y sus beneficios. Entre las diferentes practicas se mencionan la cantidad de sal utilizada en la dieta del paciente hipertenso, la adherencia a las dietas DASH (de las siglas en inglés *Dietary Approaches to Stop Hypertension*), el control de la ingesta de potasio y de calcio, así como el consumo de aceite de pescado. También se refiere a otros factores como son el consumo diario de alcohol, el uso de cigarrillo, la obesidad, la actividad física del individuo, y la practica de otras actividades, como son la reducción del stress y el biofeedback, así como la practica de Yoga, la meditación y la acupuntura<sup>12</sup>.

## Materiales y métodos

El presente es un estudio prospectivo, observacional de adquisición de datos de dos grupos de pacientes, para la detección de factores de riesgo de pobre adherencia al tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial. Se realiza durante el periodo de marzo a diciembre de 2004, en una muestra de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial, recientemente, o de pacientes que se sabían eran hipertensos en visitas anteriores, quienes son vistos en una clínica ambulatoria. Se pidió consentimiento informado para la entrevista y evaluación de las variables.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años con el diagnóstico de hipertensión arterial esencial como se define anteriormente. Se excluyeron los pacientes con hipertensión secundaria.

El universo de donde se obtuvo la muestra corresponde a la población de pacientes de una clínica ambulatoria de hipertensión arterial, en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. En este centro se atienden regularmente 9000 pacientes al año de los cuales 5000 tienen el diagnóstico de hipertensión arterial.

Se identificaron inicialmente dos grandes grupos, a saber: el grupo de pacientes con buena adherencia (apego) al tratamiento antihipertensivo, al cual se le llamará “grupo de cumplidores” y el grupo de pacientes con pobre adherencia, llamándole de ahora en adelante grupo de “no cumplidores”.

Para esto, se siguieron los parámetros que definen adherencia, y para considerar a un paciente cumplidor estos fueron:

- Que sea hipertenso controlado (PA menor a 140/90 mmHg)
- Que no presente síntomas ni signos de hipertensión arterial en el momento de la visita (cefalea, acúfenos, fotopsias, palpitaciones, nicturia, polaquiuria, edema de miembros inferiores, aumento de la temperatura basal, etc.),
- Que esté recibiendo medicación antihipertensiva y que no la haya suspendido en ninguna ocasión

y por ningún motivo (social, cultural, económico).

Así mismo, los parámetros para denominar a un paciente no cumplidor fueron:

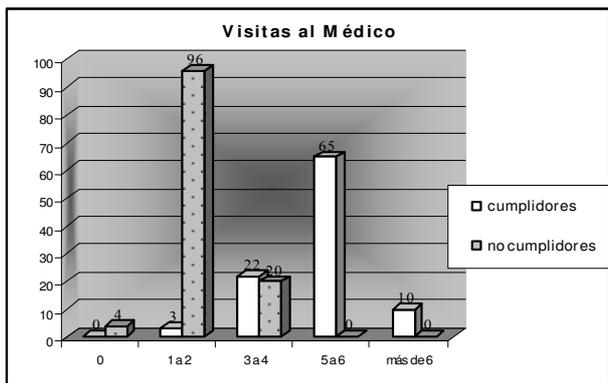
- Paciente que acude a control con el médico tratante y que al momento de la visita presente PA mayor a 140/90 mmHg.
- Que esté recibiendo medicación antihipertensiva y que a pesar de eso, se encuentren valores superiores a los ya mencionados de PA.
- Que haya suspendido la medicación que este recibiendo, sea por efectos adversos del medicamento, razones sociales, económicas, culturales, etc.

Las variables a analizar en el presente estudio se consideraron de acuerdo a la experiencia previa y a los antecedentes bibliográficos antes mencionados y que se piense puedan influir en el apego al tratamiento anti-hipertensivo.

Se las puede dividir en: datos generales de la población (edad, sexo) medidas antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal), instrucción educativa (primaria, secundaria, superior, o ninguna), hábitos personales (consumo de tabaco, alcohol o drogas en cualquier cantidad, actividad física de importancia cardiovascular), régimen farmacológico antihipertensivo (familia de medicamento (s) que recibe para el control de su presión arterial) y los efectos secundarios que estos puedan causar en el individuo; otras causas que propicien el abandono del tratamiento (sociales, culturales, religiosas, económicas), factores económicos (ingreso mensual, gastos en medicinas, y en visitas al médico) y frecuencia con la que realiza sus visitas al médico.

Una vez establecido lo anterior se escogieron de manera aleatoria 100 pacientes del grupo no cumplidor para citarse y aplicársele la encuesta con las variables previamente mencionadas. Si algún paciente rehusaba la entrevista, se anotaba y se escogía otro del mismo grupo de manera aleatoria. Toda la información era vaciada en una hoja de recogida de datos la cual se mantenía bajo el cuidado de los autores.

**Gráfico 1.** Variable de visita anual al médico.



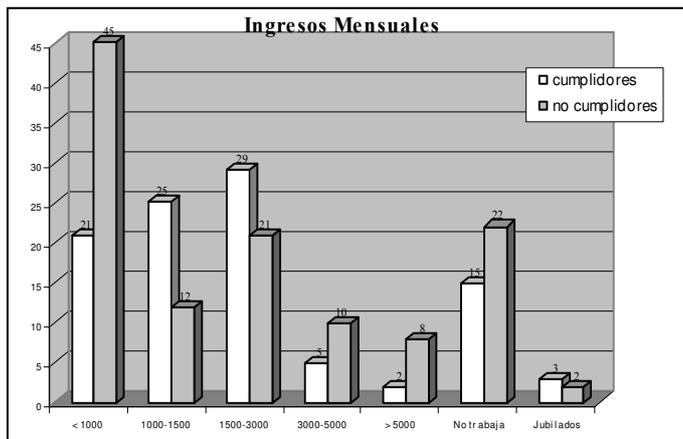
**Fuente:** Tabla comparativa de pacientes cumplidores y no cumplidores – número de visitas al médico (por año). Elaborado por autores

De la misma forma, se escogió como grupo control a 120 pacientes cuya asignación era la de “no cumplidor”. Se les citaba y se aplicaba la misma encuesta de manera objetiva por un entrevistador por lo demás no involucrado en el trabajo para tratar de no influir sesgo en la información.

Para obtener un aproximado del tamaño muestral se tomó en cuenta que se pretendía hallar una diferencia entre proporciones de aproximadamente 20%, siendo la proporción primera el grupo no cumplidor, que se esperaba tuviese los factores de riesgo en un 60% de los casos, y el grupo control (cumplidor) en un 40%. Con un valor alfa de dos colas de 0.05 y un poder de 0.8 se estimó que se requería incluir a 230 pacientes entre ambos grupos.

Se realizó un análisis univariado para identificar como primer paso, las variables que potencialmente pudieran influir en el resultado binario (cumplidor o no cumplidor). Este análisis se efectuó mediante tablas de contingencia usando el método de la Ji-cuadrada para variables categóricas y el método de la t de student para variables continuas. Posteriormente, aquellas variables que alcanzasen un valor de  $p < 0.1$  se incluirían en un modelo de regresión logística para ajustarse y obtener un valor de la razón de momios (Odds ratio, OR) con sus respectivos intervalos de confianza en cada una de ellas y a su vez obtener aquellas variables que mejor se ajusten al modelo y sean clasificadas como predictivas de una buena o mala adherencia al tratamiento.

**Gráfico 2.** Variable de ingresos mensuales.



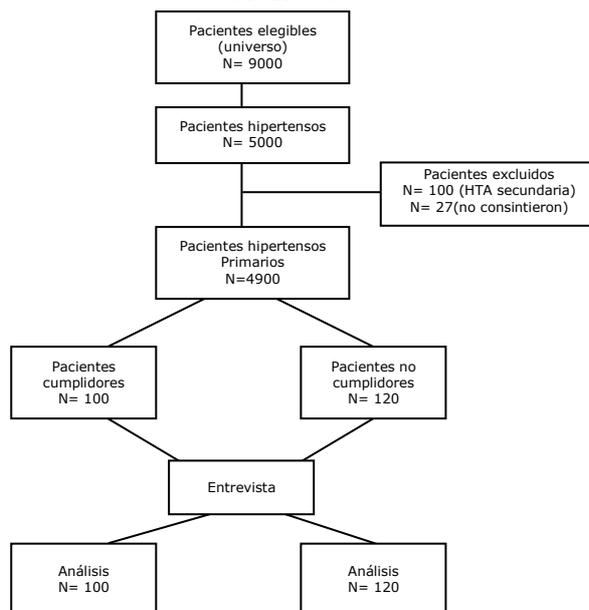
**Fuente:** Tabla comparativa de pacientes cumplidores y no cumplidores – nivel socioeconómico. Elaborado por autores

Para los cálculos estadísticos se empleó el programa de ordenador SPSS® para Windows® versión 13.0 (SPSS, Inc., Chicago IL) y Excel para Windows XP®.

**Resultados**

Cinco mil pacientes se identificaron con el diagnóstico de hipertensión arterial, 100 se excluyeron por presentar el diagnóstico de hipertensión secundaria. Del resto se identificó una muestra de 100 pacientes cumplidores y 120 pacientes no cumplidores a los que se les aplicó la encuesta. Veinte y siete pacientes rehusaron ser entrevistados.

**Gráfico 3.**



Flujograma para la selección de pacientes  
**Fuente:** Datos obtenidos del estudio

En el análisis univariado, se identificaron las variables que fueron significativas estadísticamente, y se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1**  
Análisis univariable inicial en ambos grupos.

Variable	Grupo cumplidor (n=100)	Grupo no cumplidor (n=120)	Valor P
Edad – años	50 ± 11.2	53 ± 14.2	0.09
Sexo femenino – número (%)	36 (36%)	62 (51%)	0.02
Peso – kilogramos	69.7 ± 8.64	72 ± 10.6	0.09
Índice de masa corporal – kg/m <sup>2</sup>	25.7 ± 2.3	27 ± 3.7	0.003
Clase social *			
Alta (>3,000.00)	9 (11%)	16 (17%)	0.35
Media (1000 a 3000)	52 (64%)	34 (36%)	0.001
Baja (<1000.00)	21 (25%)	44 (47%)	0.004
Visitas al médico – número al año	5.94 ± 2.2	1.83 ± 0.8	0.001
Medicamentos en el régimen antihipertensivo	1.74 ± 0.67	1.39 ± 0.65	0.001
Fumadores – número (%)	33 (33%)	31 (26%)	0.2
Sedentarismo – número (%)	30 (30%)	73 (61%)	0.001
Nivel educativo bajo – número (%) *	7 (7%)	26 (21%)	0.02
Desempleados – número (%)	15 (15%)	22 (18%)	0.51
Jubilados – número (%)	3 (3%)	2 (1.7%)	0.5
Medicamentos			
Bloqueadores del canal de calcio	19 (19%)	26 (21.7%)	0.73
Diurético	27 (27%)	25 (20.8%)	0.34
IECA	27 (27%)	47 (39.2%)	0.05
β-bloqueadores	41 (41%)	36 (30%)	0.09
Antagonistas de angiotensina II	60 (60%)	33 (27.5%)	0.001

Los valores son el número y entre paréntesis el porcentaje; valores con el signo más-menos son la media y desviación estándar. Abreviaciones: IECA, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. \* Ver el texto para explicación.

**Fuente:** los autores

Para el modelo de regresión logística se ingresaron las variables que tuviesen un valor de P menor a 0.1, siendo éstas, las siguientes:

- Los parámetros antropométricos de la edad, sexo, peso, e índice de masa corporal.

- El nivel socio-económico bajo y medio, los cuales se definieron como el ingreso mensual menor de \$300.00 a \$350 y de \$500.00 a \$700.00 respectivamente.
- El nivel educativo bajo, el cual se definió como menor a 6 años de educación primaria.
- El número de visitas al médico durante el año.
- El sedentarismo, definido como una baja actividad física aeróbica (por lo menos caminata de moderada intensidad, de mínimo 15 minutos de duración, mínimo 3 veces por semana). Toda otra actividad física aeróbica, descartaba la presencia de sedentarismo en el individuo.
- El número de medicamentos en el régimen antihipertensivo, así como el tipo de medicamento usado, entre éstos, el uso de IECAs, betabloqueadores y antagonistas de la angiotensina II.

Al ingresar estas variables al modelo de regresión logística, se obtuvieron sus valores de razón de momios (OR) con intervalos de confianza 95%.

La regresión se llevó a cabo mediante el método paso a paso secuencial (“forward stepwise”) que identificarán las variables que mejor se ajusten al modelo. Los resultados se aprecian en la tabla 2.

**Tabla 2**  
Modelo de regresión logística final

Variable	OR	IC 95%
Clase social baja	0.023	0.001 a 0.401
Visitas al médico	40	7.6 a 204

**Fuente:** los autores

El resto de las variables no alcanzó significancia estadística una vez que se ajustaron. Como se muestra en la tabla 2, solamente dos variables alcanzaron significancia incluso después del ajuste. La clase social baja disminuía la probabilidad de ser un paciente observante, mientras que el número de visitas al médico aumentaban esta probabilidad. En esta última variable, se realizó un punto de corte mediante varios intentos de prueba-error con el modelo, obteniendo el punto en 4 visitas o más al año como factor de buen pronóstico.

### Discusión

De los resultados obtenidos de esta investigación, después de la regresión logística, se halló que uno de los factores que reduce la adherencia de los

pacientes hipertensos, es la clase social baja. La presencia de este factor, determina una serie de eventos que serán de influencia sobre el control de la presión arterial de dicho individuo. Esto puede incluir el dejar de asistir a un control médico por falta de dinero, el no comprar el medicamento antihipertensivo, no poder acceder a medicamentos que permitan una mono dosis, o por ser fármacos combinados. El costo de la medicación antihipertensiva ha sido asociado a un pobre control de la presión arterial<sup>2</sup>. Elzubier AG y co-investigadores, hallaron en un estudio similar, que el 36.8% de pacientes hipertensos no eran buenos observadores de su tratamiento, por que no podían adquirir sus medicamentos, por causas económicas<sup>17</sup>. En otros estudios realizados se demostró que el 47% de pacientes hipertensos, que no tenían una buena observancia al tratamiento antihipertensivo, estaban asociados a grupos de pacientes con edades más jóvenes, consumo de cantidades altas de sal, mayor duración del tratamiento antihipertensivo, y elevados costos del tratamiento farmacológico<sup>18</sup>. Análisis como el Estudio del Corazón de San Antonio, Texas, demostró que un pobre control de la presión arterial estaba asociado con un nivel sociocultural bajo<sup>19</sup>.

En el presente estudio, de la misma manera, se halló que los pacientes que cumplían con más de tres visitas al médico en el año poseían una buena adherencia, y por lo tanto, tenían niveles de presión arterial mejor controlados. El correcto control de la presión arterial no solo está dado por un buen esquema terapéutico farmacológico, sino también por otros factores como la edad, la severidad de la enfermedad, los hábitos personales de salud del individuo y de la intensidad del cuidado prestado a su padecimiento. La falta de cuidado por parte de un médico de cabecera, está asociado a una pobre adherencia<sup>2</sup>. El manejo de enfermedades crónicas, es decir, el acercamiento al cuidado del paciente de forma coordinada y comprensiva de la patología a través del tiempo que dura la vida del individuo y a través de un sistema de salud que provea de dicho cuidado, ha demostrado mejoras en la calidad del control de dichas enfermedades, tales como la insuficiencia cardiaca, la enfermedad isquémica coronaria, la hiperlipidemia y la hipertensión arterial. Dicho manejo ha incrementado la adherencia del paciente al tratamiento y la adherencia del médico a las guías prácticas del tratamiento<sup>20</sup>. Se pueden obtener buenos niveles de observancia en

pacientes que han realizado los cambios en sus hábitos de vida, ya que estos demuestran una mayor asistencia a su control médico durante el año, menor incidencia de renuncias a los tratamientos, éxito en cumplir metas en la reducción de peso, entre otros<sup>9</sup>. Finalmente, se debe de conseguir en todos los pacientes un total compromiso e integración a su tratamiento, para de esta manera obtener niveles de presión arterial adecuados. Esto puede ser factible desarrollando una buena relación médico-paciente en el transcurso de las visitas subsecuentes<sup>8</sup>.

En cuanto a las otras variables cuestionadas en este estudio, que no fueron significativas, se ha reportado en otros trabajos que una característica de los pacientes poco observadores de su tratamiento antihipertensivo, poseían poca observancia en otros parámetros como son la reducción de peso, cesar de fumar, el consumo de sal en la dieta y la ingesta de alimentos de alto contenido calórico<sup>22</sup>. Otros autores reportan una buena observancia del tratamiento, por parte de pacientes del sexo masculino; mientras que se apreciaba una pobre observancia en pacientes de mayor edad, síntomas de la enfermedad, y efectos secundarios de los medicamentos prescritos<sup>23</sup>. La simplificación de los esquemas de medicamentos usados para el control de la presión arterial ha demostrado un incremento en la adherencia al tratamiento de la HTA<sup>24</sup>. Los medicamentos que fueron estadísticamente significativos en el análisis univariado, a excepción de los betabloqueadores, son agentes de primera línea para el manejo de la hipertensión arterial. Estos medicamentos pueden ser utilizados como monoterapia, ya que son capaces de controlar la hipertensión arterial en la mitad de los pacientes que se presentan con niveles de PA anormales. La combinación a bajas dosis (Ej.: IECAs más un diurético- hidroclorotiazida [HCT], o AAT II más un diurético [HCT]), más modificaciones en el estilo de vida del paciente deben de ser suficientes para controlar la PA en la mayoría de los pacientes<sup>8, 19</sup>.

El presente estudio puede tener algunas debilidades. Pudieron no haberse explorado variables posiblemente significativas, y esto se trató de minimizar al momento del diseño tratando de incluir las variables que anteriormente se han reportado como importantes. El sesgo del investigador y/o entrevistador pudo haber estado presente al momento de la elección de sujetos,

aunque esto se disminuye al realizar muestreo aleatorio de los pacientes a entrevistar. No se obtuvieron los niveles promedio de presión arterial del grupo no cumplidor, para obtener una comparación basal entre ambos grupos. Una variable faltante fue la cantidad de dosis diaria de cada medicamento que se ha demostrado puede ser de importancia.

Las áreas de oportunidad que se pueden explorar próximamente en la población estudiada son los efectos sobre la adherencia al tratamiento después de la instrucción conciente de la comunidad de hipertensos sobre qué es la enfermedad, las consecuencias, el tratamiento y los complementos no farmacológicos para su tratamiento, por parte de sus respectivos médicos tratantes. Su investigación se amerita ya que en Latinoamérica no se han implementados programas generales para la educación de los grupos de pacientes con hipertensión arterial, y hay una pobre visión de los médicos hacia las metas a alcanzar en cuanto a niveles de PA, y el nivel de comprensión de los pacientes hacia su padecimiento, los riesgos que este conlleva y las consecuencias de no seguir un buen tratamiento. De igual manera se puede explorar, la relación de grupos de medicamentos y de su efectividad de controlar la presión arterial, de manera cuantificada, en grupo de pacientes latinoamericanos. Esta interrogante se siembra a raíz de poder determinar el mejor esquema terapéutico para los diferentes grupos de pacientes que se puede enfrentar los médicos de primera línea, así como los médicos tratantes o de especialidad.

Otras áreas pueden ser la integración de otros veladores de la salud, como nutricionistas, sistemas de acondicionamiento físico, psicólogos en el cuidado del paciente hipertenso. El observar un cuidado integral y estrecho del paciente hipertenso, puede aumentar la adherencia al tratamiento y puede incrementar el éxito en el control de la PA, así como la satisfacción del paciente consigo mismo, el aumentar su motivación y promover hábitos de vida saludables, con el fin de obtener valores normales de presión arterial que disminuyan en la comunidad la tasa de complicaciones por PA mal controlada como son de manera directa los ACV. A continuación se explican los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, y las intervenciones que se pueden realizar con el fin de mejorarla.

## Conclusiones

El presente estudio demuestra que la adherencia esta influenciada negativamente por el nivel socioeconómico a la cual el paciente pertenece y positivamente por el número de visitas que realice al médico. Se debe de hacer énfasis en pacientes que son de este estrato socioeconómico y que tengan tres o menos visitas médicas por año, ya que se deben considerar de alto riesgo para la pobre observancia al tratamiento.

Como en otros trabajos ya mencionados, posiblemente se deba a la imposibilidad de los individuos hipertensos de obtener los medicamentos antihipertensivos que necesitan para cubrir el esquema terapéutico implementado. Así mismo, se demostró que los pacientes que muestran niveles de PA mejor controlados, son pacientes que realizan más visitas de control con su médico tratante. Esto, independientemente del nivel socioeconómico.

El paciente hipertenso merece recibir especial atención. Es necesario brindarle un buen asesoramiento, mucho apoyo e información por parte de los profesionales de la salud acerca de la importancia de mantener un buen control de su presión arterial día a día, de comprender su tratamiento farmacológico y su importancia de manejarlos adecuadamente para conseguir las metas ya trazadas por los organismos que rigen las prácticas, sus efectos colaterales y como manejarlos, para en conjunto dar el mejor manejo. Nosotros como médicos, debemos actualizarnos y ser más abiertos ante las dudas y cuestionamientos de nuestros pacientes. Decirles a ellos, los que buscan bienestar de sus males, que no están solos, que nosotros estamos con ellos.

## Referencias Bibliográficas:

1. Soto-Green, Salas-Lopez D et al. Antecedents of Effective Treatment of Hypertension in Hispanic Populations. *Clinical Cornerstone* 2004. 6; 3
2. Haynes RB. Determinants of compliance: *The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979
3. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 1993, 72:68D-74D

4. Knight E, Bohn R, Wang P et al. Predictors of Uncontrolled Hypertension in Ambulatory Patients. *Hypertension*. 2001; 38: 809-814
5. WHO World Health Organization Report, 2002. WHO. The World Health Report 2002- reducing risk, promoting healthy life. <http://www.who.int/whr/2002/en/>
6. Criqui, Michael. Epidemiology of Cardiovascular Disease. Goldman Cecil Textbook of Medicine, 22nd edition. 2004
7. Cooper et al. Hypertension Detection and Control: population and policy implications. *Cardiology Clinics* 20 (2002) 187-194
8. Hennekens CH, Braunwald E. Clinical trials in cardiovascular disease: A companion to Braunwald's heart disease. Filadelfia, W.B. Saunders, 1999
9. Medical Research Council Working Party. Medical Research Council Trial of treatment of hypertension in older adults. Principal results. *British Medical Journal*, 1992, 304:405-412.
10. Collins R, MacMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and coronary heart disease. *British Medical Bulletin*, 1994, 50:272-298.
11. Mapes RE. Physicians' drug innovation and relinquishment. *Social Science & Medicine*, 1977, 11:619-624
12. Sackett DL et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1975, 1:1205-1207
13. Burt VL et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*, 1995, 25:305-313.
14. Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. *Clinical & Experimental Hypertension*, 1996, 18:463-472.
15. Sabate E. *WHO Adherence Meeting Report*. Geneva, World Health Organization, 2001
16. Heidenreich P. Patient Adherent: The Next Frontier in Quality Improvement. *Am J Med*. 2004; 117:130-132
17. Elzubier AG, Husain AA, Suleiman IA, Hamid ZA. Drug Compliance among Hypertensive patients in Kassala, Eastern Sudan. *East Mediterr Health J*. 2000;6 (1): 100-5. Pubmed
18. Richardson MA, Simons-Morton MB, Annegers JF. Effect of Perceived Barriers on Compliance with Antihypertensive Medication. *Health Educ Q*. 1993 Winter; 20 (4):489-503
19. Perez-Stable E, Salazar R. Issues in Achieving Compliance with Antihypertensive Treatment in the Latino Population. *Clinical Cornerstone*. 2004; 6 (3): 49-64
20. Ofman J et al. Does Disease Management Improve Clinical and Economic Outcomes in Patients with Chronic Diseases? A Systematic Review. *Am J Med*. 2004; 117:182-192
21. Millar 3rd et al. Results of the Diet, Exercise, and Weight Loss Intervention Trial {DEW-IT} Hypertension. 2002; 40:612-618
22. Youseff RM, Moubarak II. Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. *East Mediterr Health J*. 2002; 8 (4-5): 579-92
23. Khalil SA, Elzubier AG. Drug compliance among Hypertensive Patients in Tabuk, Saudi Arabia. *J Hypertens*. 1997 (5); 561-5
24. Shroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2004; 164 (7): 722-732

**Dra. María Lola Cevallos**

**Teléfonos: 593-04-2391833; 084755188**

**Correo electrónico: malolac@yahoo.com**

**Fecha de presentación: 5 de septiembre de 2006**

**Fecha de publicación: 31 de Agosto de 2007**

**Traducido por: Dr. Gonzalo Clavijo**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL