

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FARMACIA



“Análisis sobre la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022”

Nombre de la sustentante:

Noely Fernanda Quesada Campos

Tutor(a):

Dra. Nidia Carmona Castro

Año, 2022

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia

I. Resumen

La presente investigación tiene como objetivo general analizar la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores, debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022. Esta pretende abordar, mediante la recopilación de la evidencia científica disponible en la literatura médica y la aplicación de entrevistas a profesionales relacionados con estos pacientes, el impacto en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, debido a la baja adherencia a la farmacoterapia. Lo anterior, por medio de una revisión sistemática y haciendo uso de la Tabla Sackett de Niveles de Evidencia, la cual se utilizará para identificar aspectos relevantes e importantes para esta investigación.

Se procura investigar la relación entre la calidad de vida de estos pacientes con respecto a una buena o mala adherencia terapéutica. Se utilizará una metodología cuantitativa basada en la revisión de bibliografía, la cual se busca organizar bajo un sistema de evidencia científica para estudiar mejor el contenido de los aspectos temáticos. Entre los resultados obtenidos, tanto durante la revisión sistemática como en la aplicación de entrevistas a profesionales de la salud, se evidenció que una mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se encuentra relacionada directamente con un aumento de exacerbaciones de la hipertensión arterial y una disminución en la calidad de vida de estos pacientes. El principal factor por el cual los pacientes no se adhieren adecuadamente a su tratamiento, es la falta de educación por parte del profesional de la salud al paciente. Se concluye que una mala adherencia repercute de manera negativa sobre la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y poder brindarle una buena educación al paciente, permite que se adhieran con mayor facilidad al tratamiento y se cree una sensación de seguridad.

II. Agradecimientos

Primordialmente, agradezco a Dios y a la Virgencita, quienes nunca me han dejado sola para poder cumplir con este sueño y hoy, luego de unos años, con mucho esfuerzo y dedicación me permiten culminar y hacerlo realidad; porque en todos estos 28 años siempre han estado a mi lado y su gracia me acompaña en todo momento. Infinitas gracias porque me han dado las fuerzas cuando creía no tener más.

A mi madre, quien amo con todo mi corazón, gracias por hacer de mí una mujer con valores y quien ha estado para mí en todo momento sin importar nada. Es quien me ha dado esperanzas para seguir adelante y enseñarme que los sueños se cumplen con el amor de Dios y de la familia. Gracias mami por creer en mí y en mis sueños.

A mi papá, a quien también amo mucho y quien siempre me ha apoyado para no desfallecer. Es quien siempre me ha dado todo de sí, quien ha trabajado duro para ayudarme con la carrera y que en momentos difíciles siempre estaba para mí. Gracias pa por quererme tanto.

A mis hermanas y hermano, por siempre ayudarme en cada momento que los necesitaba y por tenerme en sus oraciones y desearme lo mejor siempre. Los quiero mucho.

A mi tutora, la Dra. Nidia, quien es una persona muy servicial y una excelente profesional. Ella es quien desde el primer día en todo este proceso me ha brindado su apoyo y consejos para mejorar. Gracias doctora por ayudarme y que, primero Dios, todo salga de la mejor forma.

Para terminar con los agradecimientos, gracias a todos los profesores de farmacia que me enseñaron sus conocimientos y fueron parte de mi formación académica.

III. Dedicatoria

El presente trabajo final de graduación está dedicado primeramente a Dios, ya que sin su gracia no habría sido posible cumplir con este sueño hoy por hoy. A mis padres quienes estuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicionalmente, así como sus consejos para no rendirme y seguir adelante con todo este proceso. A mis hermanas y hermano que siempre han estado para mí en todo momento y que de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas. Que este trabajo sea de ayuda para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes adultos mayores con tratamientos antihipertensivos.

IV. Tabla de contenidos

I. Resumen	II
II. Agradecimientos.....	III
III. Dedicatoria.....	IV
IV. Tabla de contenidos	V
V. Lista de tablas.....	IX
VI. Lista de figura	X
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Introducción	2
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.3 Objetivos	6
1.3.1 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 Justificación	7
1.5 Antecedentes	10
1.5.1 Antecedentes Históricos.....	10
1.5.2 Antecedentes Internacionales.....	13
1.5.3 Antecedentes Nacionales	18
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO	22
2.1 Concepto de Salud	23
2.2. Calidad de vida.....	23
2.3 Calidad de vida relacionada con la salud	24
2.4 Calidad de vida en el adulto mayor.....	24
2.5 Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial	25
2.6 Sistema cardiovascular.....	26
2.6.1 Anatomía.....	26
2.6.2 Fisiología.....	27
2.7 Hipertensión Arterial.....	27
2.7.1 Aspectos fisiológicos	28
2.8 Etiología y clasificación.....	29
2.8.1 Otras clasificaciones de hipertensión arterial.....	30
2.8.1.1 Hipertensión Sistólica Aislada (HSA)	30

2.8.1.2 Hipertensión de la Bata Blanca	31
2.8.1.3 Hipertensión Refractaria o Resistente	31
2.8.1.4 Hipertensión Oculta o Enmascarada	31
2.8.1.5 Hipertensión Maligna.....	31
2.9 Factores de riesgo.....	32
2.9.1 No modificables	32
2.8.1.1 Edad y Sexo	32
2.9.1.2 Etnia	32
2.9.1.3 Antecedentes familiares	32
2.9.2 Modificables.....	33
2.9.1.1 Exceso de peso	33
2.9.1.2 Inactividad física	33
2.9.1.3 Alimentación	33
2.9.1.4 El estrés emocional	34
2.9.1.5 Tabaquismo	34
2.9.1.6 Ingesta de alcohol.....	34
2.10 Cuadro clínico	34
2.11 Diagnóstico y evaluación de la hipertensión arterial	35
2.12 Mediciones de la presión arterial	36
2.12.1 Medición en el consultorio.....	36
2.12.2 Mediciones fuera del consultorio.....	37
2.12.2.1 AMPA	37
2.12.2.2 MAPA	38
2.13 Tratamiento de la hipertensión arterial	39
2.13.1 Tratamiento no farmacológico	39
2.13.2 Tratamiento farmacológico	40
2.13.2.2.1 Antagonistas de los receptores adrenérgicos beta.....	42
2.13.2.2.2 Antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa 1	43
2.13.2.2.3 Antagonistas mixtos alfa 1 y beta adrenérgicos.....	43
2.13.2.2.5 Otros fármacos de acción central.....	43
2.13.2.3 Antagonista de los canales de calcio.....	44
2.13.2.4 Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	44

2.13.2.5 Antagonistas de los receptores de angiotensina II: ATI	45
2.13.2.6 Vasodilatadores	45
2.13.3 Combinación de terapia antihipertensivos	46
2.14 Adherencia al tratamiento	47
2.14.1 Adherencia al tratamiento en adultos mayores	49
2.14.2 Adherencia a la terapia de la hipertensión arterial	50
2.15 Factores que influyen en la adherencia terapéutica	50
2.15.1 Factores socioeconómicos.....	51
2.15.2 Factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales	51
2.15.3 Factores relacionados con el tratamiento	52
2.15.4 Factores relacionados con la patología	52
2.15.5 Factores relacionados con el paciente	52
2.16 Estrategias para mejora la adherencia terapéutica	52
2.18 Papel del farmacéutico en la adherencia terapéutica	53
2.19 Atención farmacéutica	54
2.19.1 Atención farmacéutica en el adulto mayor	55
2.19.1 Papel del farmacéutico en la atención farmacéutica	55
CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO.....	57
3.1 Enfoque	58
3.2 Estudio de la investigación	59
3.3 Diseño de la investigación	59
3.4 Fuentes de Información.....	60
3.4.1. Fuentes primarias.....	60
3.4.2. Fuentes secundarias	61
3.4.3. Fuentes terciarias	61
3.5 Selección de la población.....	62
3.6 Delimitación de la población	62
3.7 Tipo de muestra.....	62
3.8 Criterios de búsqueda de la información.....	63
3.9 Criterios de inclusión	64
3.10 Criterios de exclusión.....	65
3.11 Análisis de la información	66

3.12 Clasificación de la información según nivel de evidencia.....	66
3.13 Variables de la Investigación	67
3.14 Instrumentos y Técnicas.....	69
3.15 Validación de la entrevistas	71
3.16 Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos.....	71
CAPÍTULO IV – ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	73
4.1 Relación que tiene la adherencia terapéutica con respecto a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que padecen hipertensión arterial.....	74
4.2 Identificar los factores que dificultan una buena adherencia terapéutica en los adultos mayores y estrategias adecuadas que puedan implementarse para mejorar esa adherencia.	83
4.3 Elaborar una guía de atención farmacéutica que permita a los farmacéuticos optimizar la adherencia terapéutica y el uso adecuado de tratamientos antihipertensivos en los pacientes adultos mayores.....	92
CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	102
5.1 Conclusiones	103
5.2 recomendaciones.....	107
CAPITULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	108
CAPITULO VII – ANEXOS	123
Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia.	124
Anexo 2. Entrevista elaborada para aplicar a los Farmacéuticos y Médicos Generales que laboran en el Hospital Metropolitano.....	138
Anexo 3. Validación de la entrevista por profesionales farmacéuticos externos a la investigación.	140
Anexo 4. Respuestas de la entrevista realizada a la Dr. Dennis Valverde Cruz, farmacéutico del Hospital Metropolitano sede San José.	144
Anexo 5. Respuestas de la entrevista realizada a la Dra. Melissa Castillo López, farmacéutica del Hospital Metropolitano sede San José.	148
Anexo 6. Respuestas de la entrevista realizada a la Dra. Stephanie Guzmán A, farmacéutica del Hospital Metropolitano sede San José.	151
Anexo 7. Respuestas de la entrevista realizada a la Dr. Armando Buitrago, médico general del Hospital Metropolitano sede San José.	154
Anexo 8. Respuestas de la entrevista realizada a la Dr. Emmanuel Bonilla Ugalde, médico general del Hospital Metropolitano sede San José.....	157
Anexo 9. Propuesta de una guía de atención farmacéutica para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.	161

V. Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial según las guías American Heart Association y el American College of Cardiology.....	28
Tabla 2. Clasificación etiológica de la hipertensión arterial.....	30
Tabla 3. Consideraciones generales para la medición de presión.....	37
Tabla 4. Valores de referencia para contemplar hipertensión arterial según el tipo de medición	38
Tabla 5. Cambios en el estilo de vida y recomendaciones para el manejo.....	40
Tabla 6. Otras sub-familias terapéuticas clasificadas como diuréticos	42
Tabla 7. Clases, medicamentos y mecanismo de acción de la familia de medicamentos vasodilatadores	46
Tabla 8. Criterios de búsqueda empleados, según objetivo.....	64
Tabla 9. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia	67
Tabla 10. Operacionalización de variables	68
Tabla 11. Profesionales que participarán de la entrevista.....	70
Tabla 12. Profesionales que colaboraron en la validación de la entrevista	71
Tabla 13. Factores influyentes en la adherencia terapéutica	84
Tabla 14. Intervenciones para mejorar y mantener la adherencia terapéutica.....	89
Tabla 15. Paso de la intervención farmacéutica sobre la adherencia terapéutica	94
Tabla 16. Entrevista elaborada para aplicar a los Farmacéuticos y Médicos Generales que laboran en el Hospital Metropolitano.	139

VI. Lista de figura

Figura 1. Objetivo inicial del tratamiento farmacológico de la sociedad europea de cardiología y la sociedad europea de hipertensión	41
Figura 2. Pasos de la actuación farmacéutica sobre la adherencia terapéutica	54
Figura 3. Preguntas del test de morisky-green.....	77
Figura 4. Ilustración de cómo se encuentra organizada la guía	97

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal que se va viendo alterado por la aparición de diferentes enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial, que puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, renales y cerebrales, causando complicaciones que pueden alterar la calidad de vida de los adultos mayores.

La principal causa de muerte en las Américas es la enfermedad cardiovascular (ECV), en la que la hipertensión arterial representa más del 50% de las ECV. En esta región, infortunadamente, más del 25% de las mujeres adultas y 4 de cada 10 hombres adultos padecen de hipertensión arterial (HTA), por lo que se considera que el tratamiento, diagnóstico y control son poco óptimos¹.

La HTA tiene como consecuencias repercusiones en el ámbito personal, financiero, social y sanitario, por lo que controlar las cifras de presión arterial es considerado un reto y prioridad en la atención sanitaria, con mayor prioridad en la población adulta mayor. Un inadecuado control de esta enfermedad influye de forma directa en la calidad de vida².

El cumplimiento de la adherencia terapéutica es aproximadamente del 50% en pacientes que presentan enfermedades crónicas. Por otra parte, el incumplimiento a los tratamientos farmacoterapéuticos ha trascendido en un problema de salud, en especial en las personas adultas mayores, lo cual va en aumento significativamente³.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores, debido a la escasa adherencia a tratamientos antihipertensivos y con ello elaborar una guía de atención farmacéutica que le permita al profesional farmacéutico del Hospital Metropolitano optimizar la adherencia farmacoterapéutica de los pacientes adultos mayores con HTA, promoviendo la salud y la educación.

1.2 Planteamiento del problema

El concepto de adherencia terapéutica ha sido definido por diferentes autores a lo largo de los años. Dentro de esas definiciones la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe este término como “el grado de comportamiento de una persona: al tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida, que corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”⁴. La adherencia no solo comprende el tema farmacológico sino también de variaciones en el estilo de vida de los pacientes, entre otras.

La deficiencia en la adherencia terapéutica la ha posicionado como un problema sanitario de gran magnitud, ya que la adherencia está relacionada con aspectos económicos, atención de salud y factores relacionados con el tratamiento-paciente-entorno. Por tal motivo el abordaje de la adherencia debe tener un enfoque multidisciplinario, con el fin de implementar estrategias, hallar la falta de adherencia y mejorar la calidad de vida³.

La definición de calidad de vida da lugar a la comodidad, bienestar y satisfacción de un sujeto, que le confiere a esta cierta capacidad de actuación, trabajo o positivismo de su vida². Por otra parte, la OMS afirma la calidad de vida como “la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive”⁵. En la población adulta mayor, esta definición representa, en gran parte, la capacidad funcional de velar por sí mismo y llevar a cabo sus actividades diarias⁶. Por consiguiente, una calidad de vida deteriorada perjudica el desempeño social, apartando a las personas de su entorno, provocando el aislamiento y retirándolos de las actividades sociales normales, comprometiendo su salud y emociones⁷.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son muy frecuentes y representan la principal causa de muerte a nivel mundial, con la que cada año mueren más personas por este tipo de patologías. Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de alteraciones que afectan el corazón y a los vasos sanguíneos, que en su mayoría están asociadas a hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, cardiopatías, entre otras⁸.

Actualmente, la hipertensión arterial (HTA) es considerada uno de los factores de riesgo que más prevalece, oscilando entre el 30 y el 45% de la población en general. Esta es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de repercusión significativa que representa un problema de salud de elevada magnitud. Se asocia además a múltiples complicaciones degenerativas⁹.

La falta de adherencia terapéutica es un problema predominante y sobresaliente en la práctica clínica, en la que los tratamientos de las enfermedades crónicas se ven más afectados. Una adherencia incompleta de los tratamientos a largo plazo compromete significativamente la efectividad de estos⁹. En los países desarrollados, las tasas de adherencia terapéutica con relación a enfermedades crónicas son de alrededor del 50%, cifra que disminuye considerablemente en los países en vías de desarrollo¹⁰.

Como se mencionaba anteriormente, el incumplimiento en los tratamientos farmacológicos es la principal causa por la cual el paciente no obtiene los beneficios deseados. Es por ello, por lo que se debe considerar a la adherencia terapéutica como uno de los aspectos fundamentales para el manejo de las enfermedades crónicas¹⁰.

La ausencia de la adherencia terapéutica afecta principalmente a los adultos mayores, debido a la incidencia de deficiencias cognitivas y funcionales en esta población, así como de tratamientos médicos complejos, la presencia de una o más enfermedades y su manejo. Por otra parte, la decadencia de la función renal, hepática y cardíaca pueden causar alteraciones farmacocinéticas y/o farmacodinámicas de los fármacos, volviendo a los adultos mayores más vulnerables a efectos secundarios relacionados con la medicación³.

La gran mayoría de adultos mayores suelen presentar múltiples comorbilidades, en su mayoría crónicas, las cuales tienen una duración prolongada. Además, necesitan de atención médica continua y, a su vez, pueden dificultar las actividades de la vida diaria. La mayoría de esta población son pacientes polimedicados, es decir, reciben múltiples fármacos para tratar las diversas patologías que pueden presentar y, por ende, quedan expuestos a un mayor

riesgo de presentar efectos secundarios, interacciones con otros medicamentos y falta de adherencia terapéutica¹¹.

Es importante recalcar la relación del envejecimiento con la adherencia al tratamiento de los medicamentos de larga duración, no solo por el hecho de que las personas adultas mayores padecen más patologías crónicas, sino porque esta población presenta generalmente mayor grado morbilidad y conforman alrededor del 65% de los ingresos a la unidad de medicina interna. De acuerdo con esos datos, es posible comprender la importancia de la adherencia en la efectividad de los tratamientos¹². Lo cierto es que en pacientes adultos mayores es conveniente aplicar periódicamente métodos que ayuden a detectar el cumplimiento del tratamiento y así reforzar en mejorar la adherencia.

Por lo tanto, se plantea como pregunta de investigación la siguiente: ¿Cómo repercute en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial una baja adherencia al tratamiento farmacoterapéutico y qué impacto tiene la atención farmacéutica llevada a cabo por el personal farmacéutico para mejorar esta adherencia?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la relación que tiene la adherencia terapéutica con respecto a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que padecen hipertensión arterial.
2. Identificar los factores que dificultan una buena adherencia terapéutica en los adultos mayores y estrategias adecuadas que puedan implementarse para mejorar esa adherencia.
3. Elaborar una guía de atención farmacéutica que permita a los farmacéuticos optimizar la adherencia terapéutica y el uso adecuado de tratamientos antihipertensivos en los pacientes adultos mayores.

1.4 Justificación

La adherencia terapéutica en los pacientes adultos mayores es un componente muy importante, pues incrementa la probabilidad de fracaso terapéutico⁹. Por tanto, esta investigación es de total relevancia, ya que el profesional de la salud en primera línea de atención es el farmacéutico. Cuando de medicamentos se habla, este es el encargado de informar y educar al paciente sobre su uso correcto, incentivando de esta manera a que el paciente tenga una buena adherencia a su tratamiento.

La hipertensión arterial (HTA), aproximadamente afecta al 35% de la población mundial y se le atribuyen cerca de 10 millones de muertes anuales en el mundo¹³. Según la Health Organization World, la HTA representa un problema de salud importante, llegando a ocasionar cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, mortalidad, entre otros. La hipertensión arterial suele ser asintomática en la mayor parte de los casos, por esto es considerada una causa de falta de adherencia, debido a que el paciente no percibe el riesgo crónico de su enfermedad y decide no continuar con el tratamiento¹⁴.

Es habitual que los adultos mayores presenten más de una enfermedad crónica por lo que se ven comprometidos a enfrentar tratamientos complejos de larga duración¹⁵. La satisfacción con el tratamiento se ha empleado para valorar de forma general la atención sanitaria y, en particular, la eficiencia de los tratamientos, manteniendo en este caso un impacto importante en el éxito de estos. Asimismo, la satisfacción de los pacientes con su tratamiento (predice continuidad con su medicación), su uso adecuado y el cumplimiento del régimen terapéutico, ayudan a prevenir consecuencias en la salud¹⁶.

Las diferentes guías de tratamiento para la presión arterial, en este caso, la de la Sociedad Europea de Cardiología [SEC]; las Guías Canadienses de práctica clínica en hipertensión; las guías de la Asociación Americana del Corazón en el tratamiento de la hipertensión; las guías de práctica clínica para el manejo de la hipertensión en la comunidad de la Asociación Americana del Corazón y de la Sociedad Internacional de la Hipertensión [ASH/ISH]), sugieren, en general, cifras de diagnóstico de 140/90 mmHg y cifras metas de

tratamiento menores a 150/90 mmHg para pacientes mayores de 60 años. No obstante, en los pacientes adultos mayores vulnerables o con comorbilidades las guías recomiendan adaptarse a las condiciones individuales del paciente¹⁷.

Para el tratamiento de la hipertensión arterial, la meta es erradicar la morbilidad y mortalidad atribuibles a esta patología. Como primer paso del tratamiento es establecer metas de presión arterial (PA), como por ejemplo PA < 140/90mmHg, en pacientes con enfermedades concomitantes o pacientes menores a 60 años sin enfermedades concomitantes y PA < 150/90mmHg en pacientes mayor o igual a 60 años sin enfermedades concomitantes. Además de modificaciones en el estilo de vida e iniciar medicamentos antihipertensivos en relación a la edad y presencia de comorbilidades. A la hora de elegir un medicamento antihipertensivo es importante considerar algunos factores, como son la eficiencia como monoterapia, efectos adversos y costos¹⁸.

Un componente importante para el manejo adecuado de la enfermedad es el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud en el control de factores de riesgo y de la adecuada adherencia terapéutica desde la atención primaria de salud hasta los niveles terciarios, junto con una atención consiente. Esto favorece la mejora de la calidad de vida del paciente adulto mayor con hipertensión arterial². Por otra parte, estudios sugieren que la atención farmacéutica mejora la adherencia a los tratamientos a corto plazo, reduce la readmisión en pacientes hospitalizados y, por lo tanto, reduce los costes sanitarios¹⁹.

Se pretende con esta investigación poder comprender la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial. Esto con la finalidad de elaborar una guía de atención farmacéutica que ayude a optimizar la adherencia en esta población, y con ello, brindar un apoyo complementario para los profesionales de la salud, beneficiando a su vez a los pacientes que padecen esta patología.

El profesional farmacéutico como primera opción de atención en salud, juega un papel importante a la hora de evaluar el grado de adherencia terapéutica en los pacientes y establecer intervenciones para su mejora. De igual forma, mediante la atención farmacéutica

se pueden emplear diferentes estrategias e instrumentos adecuados que garanticen una participación beneficiosa para los pacientes²⁰.

Al considerar los beneficios de la atención farmacéutica, se ha revelado en diferentes estudios en pacientes hipertensos que después de la intervención farmacéutica ha habido un incremento de la adherencia terapéutica, así como reducciones de las interacciones medicamentosas, de resultados negativos asociados a la medicación, un mejor manejo de la presión arterial y un aumento de la calidad de vida relacionada con la salud²¹.

El estudio procura hacer una investigación en la literatura relacionada con el tema sobre la repercusión en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que padecen de hipertensión arterial y que no se adhieren a su tratamiento, en un corto periodo, ya que la revisión sistemática conlleva contenido bibliográfico existente en el ámbito médico del tema formulado. Desde el aspecto farmacéutico la atención farmacéutica es sumamente importante para mejorar la adherencia al tratamiento, gracias a su cercanía y contacto directo con los pacientes.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes Históricos

Seguidamente, se presentan algunos de los principales antecedentes históricos relacionados a la adherencia terapéutica y su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes adultos mayores. En ellos se abordan temas como mala adherencia, factores que influyen en una mala adherencia, deterioro de la calidad de vida y el papel del profesional sanitario referente a este tema.

De acuerdo con Vargas²², en el 2005 tras su investigación “Creencias sobre vejez y salud en adultos mayores y su influencia en el uso de servicios de salud de primer nivel de atención”, indica que este es un tema que ha sido estudiado a través de diferentes disciplinas. El objetivo de la investigación era comprender el concepto de salud y vejez desde la perspectiva de la población adulta mayor, mediante el uso de servicios de primer nivel de atención.

Como parte metodológica el estudio realizado fue a través del paradigma cualitativo, bajo teoría fundamentada, 8 informantes adscritos a la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE, a quienes se les empleó una entrevista en su residencia. El análisis de datos se llevó a cabo mediante un microanálisis, codificación abierta, axial y selectivo²².

Finalmente, el estudio de salud se generó a partir de la historia de vida de cada persona, las creencias en salud se enfocaron en la independencia funcional, mientras que las creencias en vejez se enfatizaron en el déficit funcional y el sentimiento de soledad. Es importante una mayor participación del primer nivel de atención en la que se oriente al desarrollo de programas y actividades de gerontoprofilaxis, para el aprendizaje tanto de la salud, de la vejez y enfermedad. Esto dirigido a los adultos mayores, familias, escuelas y comunidades²².

En su investigación Gamarra et al.²³ implantaron un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar", en 2002, en el

distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Mencionan que el motivo que los llevó a realizar el estudio fue el alto índice de personas que sufren de hipertensión arterial y sobre la insuficiente información que tienen acerca de su enfermedad y tratamiento farmacológico.

El estudio realizado fue prospectivo, de tipo informativo y descriptivo, durante el periodo de octubre del año 2000 a mayo del año 2001. Participaron 38 sujetos a los cuales se les proporcionó atención farmacéutica como pacientes con hipertensión arterial²³.

Los resultados de este trabajo fueron alentadores, dado que, la mayoría de los pacientes asistieron a su cita periódicamente, comprendieron que el farmacéutico además de dispensar sus medicamentos también puede intervenir de forma positiva en su salud y ayudar a mejorar su calidad de vida²³.

Hirschberg et al.²⁴ en el artículo “La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial”, en el 2014, se propusieron como objetivo evaluar la relación presente entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada con salud en pacientes con hipertensión arterial. La hipertensión arterial se considera como un factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares, su tratamiento además de incluir una terapia farmacológica también incluye cambio en el estilo de vida de los pacientes.

La metodología se basó en un estudio empírico, cuantitativo y prospectivo. Con una muestra de 172 sujetos adultos diagnosticados con HTA y bajo tratamiento médico. Como instrumentos se utilizaron “The Short Form-36 Health Survey” (SF-36) y el “Cuestionario de adherencia al tratamiento para casos de hipertensión arterial”²⁴.

Terminaron concluyendo que la adherencia terapéutica es un componente esencial en el tratamiento antihipertensivo, ya que, a la hora de mejorar la percepción subjetiva del estado de salud, se fortifica de manera efectiva el tratamiento prescrito y cumplimiento de hábitos saludables²⁴.

Herrera²⁵ realizó una investigación denominada “adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial”. Dicha investigación se realizó en Montería-Córdoba en 2010. Se planteó como objetivo describir y analizar la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como los factores relacionados que influyen en la adherencia terapéutica tales como los factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente.

Para esta investigación se utilizó un diseño descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo y una muestra aleatoria de 177 personas que acudieron al servicio de consulta externa para control de la hipertensión arterial, lo que permitió describir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA, a través del reconocimiento de los factores influyentes en la adherencia²⁵.

Dentro de los resultados, se evidencia que de las personas que participaron en el estudio, la mayor proporción presenta riesgo de no desarrollar conductas de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual tiene relación con los factores socioeconómicos y relacionados con el proveedor. Por otra parte, los factores relacionados con la terapia y con el paciente reflejan un escenario de ventaja para la adherencia²⁵.

Existe una relación entre la investigación anteriormente descrita y la investigación en curso, ya que relacionan dos variables en este caso que son la adherencia terapéutica y los factores que influyen en la adherencia, mostrando que existen factores que influyen en mayor medida. Además, se trató de la importancia de abordar correctamente estos factores y no solo tratar fisiológicamente al paciente. La relación existe, ya que la presente investigación busca relacionar la adherencia terapéutica con factores influyentes en los pacientes.

1.5.2 Antecedentes Internacionales

A continuación, se presentan algunos de los antecedentes internacionales más alusivos a la adherencia terapéutica y su impacto en la calidad de vida los pacientes adultos mayores, en el cual se incorporan generalidades como adherencia terapéutica, factores que influyen en una mala adherencia al tratamiento y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos.

Quispe²⁶ en su investigación del 2021, “Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres” se planteó como objetivo establecer la relación calidad de vida y adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial.

La metodología se basó en un estudio cuantitativo, con un diseño metodológico correlacional-transversal, en el que participaron 114 pacientes diagnosticados con hipertensión. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento se emplearon para medir las variables el cuestionario de MINICHAL y la Escala de Morisky Green²⁶.

Como resultados de los 144 pacientes, se obtuvo que el 70,2% eran mujeres y la edad promedio fue de 50-61 años. En cuanto a la hipótesis general, sobre la relación de calidad de vida y adherencia terapéutica, se observó que el 75% de los pacientes presentan no adherencia al tratamiento y una mala calidad de vida. El 61,9% de los pacientes que sí presentan adherencia al tratamiento tienen una buena calidad de vida. Por lo que se expresa que sí existe una relación significativa²⁶.

La relación de este estudio con la presente investigación se encuentra en que se relacionan dos variables, en este caso la adherencia terapéutica y la calidad de vida, expresando que si no hay una buena relación con la adherencia al tratamiento la calidad de vida del paciente va a disminuir y que es importante tomar en cuenta otras variables que puedan perjudicar alguna de estas o ambas.

En el artículo “Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, la Era-Lima, Perú y San Miguel-Arica, Chile” realizado en el 2021 por Cajachagua et al.²⁷, se propusieron como objetivo determinar la relación existente entre adherencia al tratamiento antihipertensivo y el estilo de vida. Agregaron que para mantener un control adecuado de la hipertensión arterial es importante que los pacientes se adhieran a las recomendaciones sobre el cumplimiento del tratamiento y la modificación de su estilo de vida.

La metodología se basó en un estudio transversal correlacional en el que incluyeron personas que presenten hipertensión arterial comprobada. Para la población de La Era - Lima, Perú se trabajó con 150 pacientes y para la población de San Miguel se trabajó con 100 pacientes, mediante un muestreo no probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) y la escala de MoriskyGreen²⁷.

Se obtuvo como resultado que el 61,6% de los hombres no fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo; 53,8% de las mujeres sí se adhirieron. La edad promedio para el grupo de adherentes, como para el de no adherentes, fluctuó entre los 71 y 74 años. La prueba Chi cuadrado evidenció que sexo y estilos de vida se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Concluyeron que el tener una adecuada nutrición, relaciones interpersonales y compromiso con la salud se asocian a la buena adherencia del tratamiento antihipertensivo²⁷.

En el estudio de “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan-EsSalud”, realizado por Limaylla²⁸, en el periodo de 2014-2015, se propuso como objetivo evaluar la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria.

El diseño de investigación fue cuasiexperimental, descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. Participaron 22 pacientes adultos mayores, diagnosticados hipertensos bajo tratamiento no menor de tres meses, atendidos por Medicina Interna y el Programa Adulto Mayor. Se evaluó inicialmente la adherencia al tratamiento, luego se

ofreció consejería farmacéutica. Posteriormente se evaluó la adherencia al tratamiento, así como el impacto de la consejería en el nivel de complacencia del paciente. El nivel de satisfacción de los pacientes fue evaluado de acuerdo con un cuestionario bajo el modelo SERVPERF²⁸.

Como parte de los resultados en el análisis estadístico se obtuvo al inicio un 4,5% de pacientes adherentes al tratamiento y, al finalizar el estudio, un 40,9% por medio de la prueba de Morisky Green. Para el conocimiento sobre la hipertensión arterial se utilizó la prueba de Batalla, con la que al inicio el 50% se demostró buen conocimiento o que se considera un cumplimiento del tratamiento y, al finalizar el estudio, 86,4%. para cada uno se encontró un cambio estadísticamente significativo²⁸.

La relación de este estudio con la presente investigación está dada en que se evidencia que la implementación de consejería farmacéutica ayuda a mejorar la adherencia terapéutica y que el paciente aprenda sobre su enfermedad. Al mismo tiempo esta colabora con una mejor calidad de vida en relación con la salud.

Pérez²⁹, en su investigación “Prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Salud San Gabriel-Carchi”, en el 2017, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores. Además, agregó que la hipertensión arterial, es uno de los factores principales para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en esta población.

La metodología se basó en realizar un estudio de tipo retrospectivo, no experimental cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal, basándose en el análisis de una encuesta aplicada a la población adulta mayor, que se conformó por 35 pacientes que pertenecen al club²⁹.

Como resultados se obtuvo que el 52% son adultos que se encuentran entre los 65 a 70 años; mayormente son mujeres 66% y el 69% padece de hipertensión arterial. En relación con la actividad física y la alimentación los porcentajes más altos fueron el 54% realiza

ejercicio y un 63% refirió un consumo diario de sal en sus comidas. En cuanto al peso el 49% presentó peso normal, 14% bajo peso, 26% sobrepeso y 11% obesidad²⁹.

En el estudio “Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos” realizado por Jaramillo³⁰, en el 2017, se propuso como objetivo conocer la adherencia y no adherencia en pacientes hipertensos, a la vez identificar los factores influyen en la no adherencia y determinar el riesgo de la no adherencia terapéutica. Además, agregaron que la adherencia al tratamiento es vital para la prevención de posibles complicaciones en la salud, ya que la hipertensión arterial representa el mayor riesgo de mortalidad cardiovascular.

El estudio fue de tipo descriptivo transversal, participaron 106 pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos. Para valorar la adherencia terapéutica se aplicó el “Test de Morisky- Green”, mientras que para identificar el grado de riesgo los factores se utilizó el instrumento “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”³⁰.

Se tuvo como resultados que el género femenino es el menos adherente al tratamiento en un 42,45%, siendo más adherente al tratamiento el género masculino con un 18,87%. Dentro del grupo etario los que presentaron menor adherencia fueron los pacientes mayores de 65 años con un 39,62%, mientras que los pacientes entre 55-64 años mostraron mayor adherencia en un 14,15%. Los factores que impiden una buena adherencia son los relacionados con la terapia en un 49,06%, en los grados de riesgo de desarrollar no adherencia fue medio con un 42,45%. Estos resultados reflejan que en estos pacientes hay un grado elevado de no adherirse al tratamiento. Los directivos del Centro de Salud de Malacatos pueden desarrollar estrategias para reducir las altas tasas de no adherencia en la población hipertensa y de esta manera impedir posibles complicaciones³⁰.

La relación de este estudio con la presente investigación está dada en que indican que la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial es bastante baja, ocasionando un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, por lo que consideraron importante desarrollar estrategias que ayuden al paciente a adherirse mejor a sus tratamientos.

López et al.³¹ en el 2019, en la investigación “Seguimiento farmacoterapéutico y su efecto sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II EsSalud-Chupaca” propusieron como objetivo determinar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II. Además, agregan que la falta de adherencia terapéutica es la principal causa de que no se consigan todos los beneficios que las recomendaciones del profesional de la salud y las medicinas pueden proporcionar a los pacientes.

El tipo de la investigación fue aplicada de nivel descriptivo y diseño preexperimental con pre y post test en un solo grupo. Se aplicó a una muestra total de 71 pacientes diagnosticados hipertensos y el instrumento fue un cuestionario MBG dirigido a los pacientes³¹.

Se encontró como resultado que la adherencia, antes del seguimiento farmacoterapéutico (SFT), era de 4% y posterior a esto de 30%, la adherencia parcial era de 92% y luego de 70%. Por último, la no adherencia fue de 4% y luego de 0%. Con los datos anteriores concluyeron que el SFT logro incrementar los niveles de adherencia terapéutica³¹.

La relación de este estudio con la presente investigación se evidencia en que el seguimiento farmacoterapéutico ayuda a mejorar la adherencia terapéutica, orientando al paciente con su tratamiento y, al mismo tiempo, educándolo sobre él.

1.5.3 Antecedentes Nacionales

En cuanto a, los antecedentes nacionales se muestran algunos referentes a la adherencia terapéutica y el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes adultos mayores. Se abordarán generalidades como la importancia de la atención farmacéutica y como podría ayudar a mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada con la salud.

En el artículo “El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores”, realizado por Rodríguez³² en 2019 en la Universidad de Costa Rica, se propone como objetivo determinar la relación que existe entre el bienestar social, la salud y la calidad de vida de la persona adulta mayor, que participa en programas institucionalizados en Costa Rica.

La metodología se basó en un estudio retrospectivo, con una muestra no probabilística en la que participaron 138 personas adultas mayores, con edades entre 60 y 86 años. La información se reunió por medio del cuestionario SF-36, con la finalidad de conocer la calidad de vida, salud y bienestar social de los adultos entrevistados y las respuestas se examinaron siguiendo la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg³².

Como resultados se obtuvo que la salud, el bienestar social y la calidad de vida son aceptables en las personas adultas mayores que participan en programas en los que se realizan actividades lúdicas. Por su parte, la Actualización Social se correlacionó positivamente con la Función Física, Salud Mental y Transición de Salud ($p < 0.01$) y con la Salud General, Vitalidad y Función Social ($p < 0.05$). La salud percibida parcialmente fue más baja en edades avanzadas³².

El estudio concluye que el bienestar social es decisivo en la calidad de vida y la salud de la población adulta mayor, por lo cual, emplear estrategias de intervención que abarquen técnicas de socialización, podría generar mejoras notables en la calidad de vida y la salud de las personas adultas mayores³².

La relación de este estudio con la presente investigación está dada en la calidad de vida y salud de población adulta mayor, que pueden verse afectadas por la edad y por otros factores.

En la tesis “Creencias en salud que inciden en la adherencia terapéutica de cuatro pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) del Hospital San Vicente de Paúl” realizada por Arce et al.³³, en el periodo del 2019-2020, en la Universidad Nacional de Costa Rica, tuvieron como objetivo analizar las creencias en salud que inciden en la adherencia terapéutica de los cuatro pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Además de determinar los significados asociados a la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, describir las creencias asociadas a la eficacia del tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva y, por último, determinar las claves para la acción que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

La metodología se basó desde un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, ya que pretendía analizar la adherencia terapéutica a partir de las experiencias vividas por cada persona y conocer las diferentes creencias que influyen en el tratamiento de las personas que padecen ICC. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas a profundidad.

Por otra parte, concluyen que la adherencia al tratamiento se relaciona con diversos factores tanto personales como externos, ya que el estilo de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva, requieren de la disposición de recursos, entre ellos creencias de eficacia y beneficio, motivación, recursos económicos para solventar los gastos de alimentación, medicinas, consultas médicas, entre otros y principalmente el apoyo de los familiares. A pesar de ello, los pacientes presentan una mayor adherencia terapéutica, ya que lo describen como un hábito que se debe mantener y al reflejar una eficacia percibida por medio de las creencias, así como “el tratamiento farmacológico puede prevenir los diversos síntomas físicos de la enfermedad, para evitar el riesgo de sufrir un infarto cardiovascular”³³.

Granados et al.³⁴ en su estudio realizado en 2015 “Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores” en la Universidad de Costa Rica, proponen como objetivo aclarar qué factores y variables son los que inciden en tener una mayor calidad de vida en la actualidad, en las personas adultas mayores.

La metodología se basó en la recomendada para el desarrollo de la práctica clínica, basada en la evidencia con sus respectivas etapas. Los documentos utilizados se recuperaron de diferentes bases de datos y únicamente se tomaron 30 que fueron relevantes para la pregunta clínica. Finalmente, se emplearon 6 para el análisis por su contenido, estructura metodológica y calidad³⁴.

Como resultados indican que la depresión en un alto grado se relaciona significativamente con una apreciación negativa de la calidad de vida relacionada con la salud. Las actividades cotidianas, el nivel de depresión y la satisfacción con la asistencia social fueron los principales predictores que inciden en la calidad de vida. Por otra parte, se evidenció que la musicoterapia puede tener un efecto beneficioso en la calidad de vida de la población adulta mayor, la cual puede ser intervenida por factores personales, socioculturales y ambientales³⁴.

Los autores concluyen que hay una necesidad de desarrollar más estudios sobre los factores que se interponen en la calidad de vida de las personas adultas mayores, por medio del metaanálisis o revisiones sistemáticas, que permitirían reformar el vacío de información³⁴.

La relación de este estudio con la presente investigación está dada en que se evidencia que existen una variedad de factores que pueden comprometer la calidad de vida de los adultos mayores relacionados con la salud.

En el artículo “El Consultorio Farmacéutico: Un nuevo Espacio para la Atención Farmacéutica” realizado por Vargas et al.³⁵ durante los meses de febrero a mayo del 2004,

en el Hospital William Allen de Turrialba, se tuvo como objetivo mejorar el uso racional de los medicamentos y la adherencia al tratamiento del paciente, implementando el seguimiento farmacoterapéutico³⁵.

La metodología de trabajo con los pacientes se basó en algunas pautas del Método Dáder y en el abordaje propio. Se realizaron un total de 122 consultas farmacéuticas y 156 actividades³⁵.

Con base a los resultados durante los meses de la investigación se refirieron al Consultorio Farmacéutico un total de 53 pacientes crónicos. De ellos, 46 personas aceptaron ser partícipes del programa de seguimiento farmacoterapéutico. En 14 casos se solventaron los problemas en la primera cita. Sin embargo, 69.6% de los pacientes requirieron más de una cita. De los pacientes a quienes se les dio seguimiento, 68% eran mayores de 50 años, 24% tenían entre 31-50 años y solo el 6% de los casos eran menores de 20 años. La hipertensión arterial (25%) fue el problema principal, aunque cada paciente cursaba con más de un problema de salud. La moda por consumo de medicamentos fue de 6, con una media de 7.23 ± 3.84 medicamentos por paciente, por lo corresponde catalogar como pacientes con una evidente polifarmacia. Se estableció que las inquietudes de salud de los pacientes involucran en un 81.5% relación con el uso de los medicamentos. Por último, se detectaron 34 problemas propios del paciente, 34 problemas relacionados con los medicamentos y 3 problemas con el almacenamiento³⁵.

Se concluyó por parte de los médicos tratantes, que sus pacientes tenían un mejor manejo de los medicamentos y que se han resuelto moderadamente sus problemas. Los tratantes hicieron la observación de que se debe continuar con el seguimiento, inclusive extenderlo hacia los familiares y/o adentrarse en la visita domiciliar³⁵.

La relación de este estudio con la presente investigación está dada en que con una adecuada atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico se pueden alcanzar beneficios en cuanto a tratamientos, adherencia y calidad de vida para los pacientes.

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de Salud

De la Guardia et al.³⁶ describen que la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Al mismo tiempo engloba ciertos aspectos dentro de ellos, el bienestar físico, mental y social (subjetivos), relaciones armónicas con la comunidad (objetivos) y trabajo productivo (sociales), por lo que es considerado un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que resalta los recursos personales y sociales, como también de las capacidades físicas.

Se describe a la salud desde la enfermedad como la oposición a los términos negativos asociados al malestar y trastorno de la mente, cuerpo o relaciones. Asimismo, la enfermedad y el malestar son componentes necesarios para definir la salud, se interpreta a la enfermedad como un concepto escandaloso, por hacerse perceptible y presente en el padecimiento de la persona, mientras que la salud se comprende como un fenómeno silencioso, ya que le permite a la persona desarrollar la vida cotidiana sin preocupaciones³⁷.

2.2. Calidad de vida

Benavides et al.³⁸ definen la calidad de vida (CV) de una manera que integra y comprende todas las áreas de la vida, haciendo referencia a condiciones objetivas y componentes subjetivos. Dejan claro que la CV no solo es un asunto material, sino también algo cultural y de valores, cada persona establece cuáles son sus necesidades y prioridades. Englobando aspectos básicos de la CV como son los físicos, psicológicos, desarrollo cultural, espiritualidad y entorno social.

En cuanto a lo mencionado anteriormente, hace referencia que la calidad de vida abarca distintos factores de su vida que para bien o para mal, repercuten en la salud de las personas, lo que tiene relación al tema de estudio.

2.3 Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida amplia que ha sido aceptada para valorar el impacto de las enfermedades crónicas sobre la salud de una persona. La CVRS se define como un concepto que abarca varias dimensiones, reflejando el bienestar físico, social, psicológico y emocional de un paciente en concreto, y no solamente la ausencia de afecciones o patologías³⁹. También se define como la percepción que tiene cada individuo de su propia salud y de sus capacidades, esto sin excluir que puede haber diferencia entre la autopercepción y el criterio de un profesional de la salud, sobre lo que es considerado una buena vida y, que su vez, puede haber correlación entre las dos valoraciones⁴⁰.

Una de las formas para evaluar la CVRS, es mediante el desarrollo de diferentes elementos que tienen como finalidad medir la percepción que tienen las personas con relación a su estado de salud. Estos elementos se pueden clasificar en genéricos los cuales están diseñados para tener una evaluación en general de la CVRS, sin crear una relación con la enfermedad o padecimiento en particular, se sugiere que sean aplicados a poblaciones sanas o en personas con cualquier alteración de salud. Por otra parte, los elementos específicos, están dirigidos a personas con una enfermedad o padecimiento en particular, con lo que se busca determinar las afectaciones de estas en la CVRS de quien la padece o de qué forma los tratamientos podrían mejorar los niveles de CVRS⁴⁰.

2.4 Calidad de vida en el adulto mayor

La calidad de vida del adulto mayor reside en la capacidad de adaptarse a los diferentes cambios que se van presentando con el pasar de los años, ya sean cambios físicos y psicológicos, así como, de agentes estresantes, factores psico-sociales que persiguen y encierran todas las satisfacciones que le permitan a esta población una vida digna de ser disfrutada y vivida⁴¹.

El envejecimiento es un proceso cuya calidad de vida está directamente relacionada con la forma en cómo la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La

calidad de vida en el adulto mayor tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social².

Para el adulto mayor, la calidad de vida adquiere una trascendencia especial, al perder ciertas capacidades físicas, pero también son de gran importancia otros aspectos psicológicos que influyen en la misma. La mantención de la autoestima, una visión positiva de sí mismo, así como la aceptación de estos cambios potencian el desarrollo de una vida normal, así como la adopción de estilos de vida saludables de influencia positiva en la calidad de vida y longevidad del ser humano².

Se debe considerar que esta es una población muy vulnerable a diferentes patologías, tanto crónicas como no crónicas, y a situaciones de deterioro en la calidad de vida, comprendiendo en esta última la autopercepción de su propia vida, metas, estándares, expectativas, valores e intranquilidades, englobando elementos como el estado físico, relaciones interpersonales, nivel de independencia, la relación con su entorno y estado psicológico⁴¹.

2.5 Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad que provoca variaciones en la calidad de vida de quienes la padecen, en los que suelen presentarse sentimientos de temor, incertidumbre, desaliento e incapacidad. Es por lo que evaluar la CVRS en pacientes con HTA es importante, porque permite estar al tanto del impacto de la enfermedad, su evolución y adaptación. De esta forma se puede ahondar en las necesidades de atención del paciente y de los factores influyentes⁴².

En la actualidad la Hipertensión Arterial es una patología bien conocida, con tratamientos establecidos y con ciertos factores de riesgo modificables, aunque muchas de las veces es una enfermedad poco sintomática (en fases no complicadas), es una patología crónica, por lo que hay que tener presente todo lo que esto conlleva. El objetivo es minimizar

o eliminar los síntomas, evitar complicaciones graves y mejorar de esta forma el bienestar de los pacientes⁴³.

2.6 Sistema cardiovascular

El sistema cardiovascular está conformado por el corazón que es una bomba muscular y considerado el centro del sistema circulatorio. Está encargado de bombear, transportar y distribuir la sangre por todo el cuerpo; se integra además de vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares). Las arterias trasladan sangre oxigenada y con nutrientes desde el corazón a los tejidos. Por otro lado, las venas transportan sangre poco oxigenada en dirección del corazón. El oxígeno se vincula a las moléculas de hemoglobina que están situadas en la superficie de los glóbulos rojos en la sangre. La estructura de los vasos sanguíneos es importante para facilitar sus funciones. La pared de los vasos sanguíneos es tubular, flexible y se adapta a ciertas circunstancias fisiológicas, ya sea que produzca vasodilatación o vasoconstricción. En los capilares ocurre el intercambio gaseoso y de nutrientes entre la sangre y los tejidos⁴⁴.

2.6.1 Anatomía

De manera general, el corazón se sitúa por detrás del esternón y adelante del esófago, la aorta y la columna vertebral. A cada lado de él se encuentran los pulmones. El corazón reposa sobre el diafragma y este músculo separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal⁴⁵.

El corazón se localiza dentro de una bolsa nombrada pericardio que cuenta con dos hojas: una interna sobre la superficie cardiaca y otra externa que se encuentra fijada a los grandes vasos que salen del corazón. Dentro de ambas capas existe una pequeña cantidad de líquido que evita que se rocen cuando el corazón late. La zona más superficial del pericardio está fijada a las estructuras colindantes, mediante ligamentos y así se mantiene unidos el diafragma, la columna vertebral y la pleura de ambos pulmones⁴⁵.

2.6.2 Fisiología

El corazón está conformado de dos aurículas y dos ventrículos. La sangre llega al corazón por las aurículas y es expulsada por los ventrículos. El corazón y los vasos sanguíneos (arterias y venas) tienen en común el objetivo de llevar la sangre a todas las células del organismo para que adquieran los nutrientes, el oxígeno y otras sustancias necesarias. Integran un sistema perfecto de irrigación con sangre rica en oxígeno y recolección de la sangre carente de oxígeno. Por otra parte, los vasos sanguíneos operan como tuberías conductoras de sangre, el corazón es la bomba, genera el impulso para que esa sangre recorra su camino. En cada latido el corazón impulsa una cantidad de entre 60 a 90 ml de esa sangre hacia los vasos sanguíneos⁴⁵.

El movimiento de las aurículas y de los ventrículos ocurre de forma ordenada y coordinada, en un ciclo que se repite (ciclo cardíaco) con cada latido del corazón, en el que, primeramente, lo más importante, es el llenado de los ventrículos; consecutivamente, tiene lugar a su vaciamiento por medio de la eyección de esa sangre al torrente circulatorio⁴⁵.

El ciclo cardíaco tiene dos fases que son la diástole es el período del ciclo en donde los ventrículos se encuentran relajados y se están llenando de la sangre que próximamente tendrán que expulsar y la sístole, que es el período del ciclo en el que los ventrículos se contraen y estimulan la eyección de la sangre que albergan⁴⁵.

2.7 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es definida como un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) en reposo ≥ 140 mmHg y al aumento de la presión arterial diastólica (PAD) en reposo ≥ 90 mmHg en al menos dos tomas consecutivas¹⁸. La HTA afecta alrededor del 20% y 40% de la población adulta de la región lo que representa que en las Américas aproximadamente 250 millones de personas padecen de presión alta¹.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la hipertensión arterial, o tensión arterial alta, es un trastorno grave y a la vez un factor de riesgo importante que aumenta significativamente el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades. Se estima que a nivel mundial 1.130 millones sufren enfermedad arterial hipertensiva y un aproximado de dos tercios, viven en países de ingresos bajos y medianos. Su importancia predomina cuando las cifras de presión sean mayores, tanto la sistólica como la diastólica, mayor será el riesgo de morbilidad y la mortalidad de las personas que la padecen⁴⁶.

Las cifras de presión arterial, según las nuevas guías prácticas emitidas por La American Heart Association y el American College of Cardiology, para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA, son las siguientes⁴⁷:

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial según las guías American Heart Association y el American College of Cardiology

Categoría	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Presión Arterial Diastólica (mm/Hg)
Normal	< 120	< 80
Elevada	120-129	80
Hipertensión Estadio 1	130-139	80-89
Hipertensión Estadio 2	≥ 140	≥ 90

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁷.

2.7.1 Aspectos fisiológicos

La presión arterial aumenta progresivamente con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se percibe que la presión arterial sistólica presenta un incremento continuo. Lo contrario sucede con la presión diastólica que más bien comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, generando un aumento de la presión de pulso que constituye un indicador muy fuerte para el desarrollo de eventos cardiovasculares⁴⁶.

El mecanismo por el cual incrementa la presión sistólica está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta. En cada latido del corazón el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo crea una onda de pulso que recorre del corazón hacia la periferia, la cual es a su vez reflejada hacia el corazón una vez que alcanza la periferia, cuando las arterias se ensanchan la velocidad disminuye y retorna al corazón durante la diástole, lo que resulta en un aumento de la presión diastólica. Las variaciones estructurales de las paredes vasculares debido a la pérdida de elastina y al aumento de las fibras de colágeno rígidas, la calcificación y la disposición de las fibras conducen a la rigidez de las paredes, lo que lleva a un aumento en la velocidad de la onda de pulso, determinado que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole aumentando la presión sistólica y disminuyendo la presión diastólica⁴⁶.

Por este motivo, el patrón de HTA que predomina en el adulto mayor es la hipertensión sistólica aislada. De acuerdo con la distribución de los tipos de HTA en estudio de Framingham, este tipo de presión arterial alta ocurre en más del 80% de las personas mayores de 60 años y supera el 90% en personas mayores de 80 años⁴⁶.

2.8 Etiología y clasificación

Según sus factores etiológicos, la hipertensión arterial se divide en primaria o esencial 90 a 95% es decir, no tiene una causa o un inicio evidente y en secundaria con una patología específica 5 a 10%, como enfermedades renales, endócrina, medicamentosa, entre otros⁴⁹.

Tabla 2. Clasificación etiológica de la hipertensión arterial

Esencial	Se considera un proceso silencioso que perdura largos años, es por ello por lo que se han puesto en práctica campañas de detección a partir de los 40 años en hombres y de los 45 a 50 en mujeres, inclusive antes, si hay casos de familiares con HTA, si presentan obesidad u otros factores de riesgo. Ejemplos: Estrés, dietas altas en sodio, sedentarismo, obesidad, entre otros.
Secundaria	Suele relacionarse con procesos endocrinólogos, renales u otros. Presenta una sintomatología más específica, inclusive bizarra, aunque la HTA por lo general suele ser una enfermedad silenciosa. Ejemplos: Hiperaldosteronismo, enfermedades tiroideas, enfermedad renal crónica, secundaria a fármacos, apnea del sueño, entre otros

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁵.

2.8.1 Otras clasificaciones de hipertensión arterial

2.8.1.1 Hipertensión Sistólica Aislada (HSA)

Es frecuente en las personas con edades mayores y superiores a los 60 años, ya que es considerada una forma común de HTA. Las cifras de presión sistólica (PAS) continuamente > 140mmHg y con una presión arterial diastólica (PAD) > 90mmHg. Se ha acumulado una fuerte evidencia de la importancia de la PAS como un factor de riesgo significativo para la enfermedad cardiovascular⁵⁰.

2.8.1.2 Hipertensión de la Bata Blanca

El fenómeno de bata blanca ocurre cuando las cifras de presión arterial del paciente son más elevadas en el consultorio, mientras que las cifras tomadas en el domicilio o de forma ambulatoria están dentro del rango normal. Su frecuencia es alrededor del 10%. Su riesgo general no se ha definido bien, pero parece estar asociado con anomalías funcionales y/o estructurales del corazón, los riñones y el metabolismo en lugar de una hipertensión manifiesta⁵⁰.

2.8.1.3 Hipertensión Refractaria o Resistente

Esto ocurre cuando la elevación de la presión arterial se mantiene por encima de los valores recomendados como objetivo a pesar de los cambios en el estilo de vida y del tratamiento farmacológico, el cual consta de dosis plenas de tres o más fármacos (incluidos los diuréticos). Este tipo de pacientes debe ser remitido con un especialista debido a que la hipertensión refractaria frecuentemente se encuentra relacionada con daño subclínico de órganos blancos y mayor riesgo cardiovascular⁵⁰.

2.8.1.4 Hipertensión Oculta o Enmascarada

En este caso ocurre lo contrario a la hipertensión de bata blanca, es decir, el paciente presenta cifras de presión arterial normales en la consulta mientras que las cifras medias de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) o las cifras domiciliarias están en rango hipertenso. Es detectada en uno de cada 7-8 pacientes con valores normales de PA en el consultorio⁵⁰.

2.8.1.5 Hipertensión Maligna

Es el tipo más peligroso de hipertensión arterial habitualmente con cifras de presión arterial diastólica mayores o iguales a 120mmHg. Se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos⁵⁰.

2.9 Factores de riesgo

Los factores de riesgo cardiovascular son marcadores biológicos y hábitos obtenidos, que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una enfermedad cardiovascular (ECV) que en la población general. Las ECV tiene un origen multifactorial, inclusive personas asintomáticas corren riesgo si se presentan dos o más factores de riesgo. Estos factores se dividen en modificables y no modificables⁸.

2.9.1 No modificables

Los factores no modificables son aquellos que no se pueden cambiar, como la edad, sexo y antecedentes familiares⁸.

2.8.1.1 Edad y Sexo

De acuerdo con la edad aumenta la prevalencia de forma significativa. Las presiones sistólica y diastólica media son mayores en hombres jóvenes que en mujeres, si bien la situación se invierte para las mujeres mayores de cincuenta años con respecto al inicio de la menopausia⁵¹.

2.9.1.2 Etnia

La presión arterial alta puede causar afectación a cualquier persona. Sin embargo, ocurre con más frecuencia en adultos afroamericanos que en adultos caucásicos o en adultos hispanos⁵¹.

2.9.1.3 Antecedentes familiares

Tener antecedentes familiares de presión arterial alta aumenta el riesgo de desarrollar prehipertensión o presión arterial alta. Existe una alta predisposición al desarrollo de

hipertensión arterial con un familiar de primer grado (madre, padre, hermanos) con hipertension⁵¹.

2.9.2 Modificables

Los factores modificables son los susceptibles al cambio, ya sea para mejorar el estilo de vida o con terapia farmacológica⁸.

2.9.1.1 Exceso de peso

La prevalencia de hipertensión aumenta en individuos con obesidad, ya que un aumento del 2,4kg/m² en el índice de masa corporal tiene como consecuencia mayor riesgo de presentar hipertensión. Asimismo, si se acumula mucha grasa abdominal aumenta el riesgo cardiovascular⁵¹.

2.9.1.2 Inactividad física

Existe una asociación significativa entre la falta de actividad física y un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial. El ejercicio regular reduce la incidencia de HTA en pacientes prehipertensos, también reduce la mortalidad y los riesgos de desencadenar enfermedades cardiovasculares⁵¹.

2.9.1.3 Alimentación

Múltiples estudios han reportado que la alta ingesta excesiva de sodio (sal) se asociada con el aumento de la presión arterial y que dietas restrictivas en sodio, no solo la disminuyen, sino que también previenen su elevación⁵¹.

2.9.1.4 El estrés emocional

Esta causa elevaciones significativas de la presión arterial que en muchas ocasiones dura más que el propio estímulo⁵¹.

2.9.1.5 Tabaquismo

Se encuentra ligado a la presión arterial como factor de riesgo cardiovascular siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción⁵¹.

2.9.1.6 Ingesta de alcohol

Se sabe que existe una asociación significativa entre el aumento de la presión arterial y el consumo de alcohol, especialmente cuando se consumen más de dos tragos por día de cualquier tipo de bebida alcohólica⁵¹.

2.10 Cuadro clínico

La gran mayoría de los pacientes con la hipertensión arterial cursan la enfermedad de manera asintomática, por lo que pasa desapercibida, con el peligro que eso conlleva. Existen manifestaciones clínicas como lo son las cefaleas, sudoración, respiración corta, alteraciones visuales, mareos, rubor, zumbido en los oídos, pulso acelerado y parches en los ojos como objetos oscuros⁵².

De acuerdo con los datos de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, los pacientes hipertensos que no han sido diagnosticados por un largo tiempo, pueden sufrir en determinado momento de una complicación, como, por ejemplo, angina de pecho, que es un síntoma derivado de la misma⁵².

El exceso de presión en las arterias mantenida durante años y no tratada, puede conducir a un número elevado de complicaciones como aterosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente vascular cerebral⁵².

2.11 Diagnóstico y evaluación de la hipertensión arterial

Mundialmente no se cuenta con un número aprobado de mediciones ni de vistas necesarias para el diagnóstico de presión arterial. La American Heart Association (AHA), menciona que varias mediciones de presión arterial tienen mayor poder predictivo que una sola medición en la consulta y que al realizar una serie de mediciones, la primera suele ser la de más alto valor⁵³.

La AHA recomienda tomar al menos dos lecturas, con al menos un minuto de diferencia y el promedio de estas mediciones debe usarse para representar la presión arterial del paciente. Si en las mediciones hay una diferencia mayor a 5mmHg entre la primera y la segunda, deben ser tomadas una o dos mediciones más y, a continuación, se usará el promedio de esas lecturas múltiples⁵³.

El periodo de tiempo promedio para la primera evaluación de un paciente hipertenso es de unos 30 minutos. Como objetivos principales de diagnóstico se consideran⁵⁰:

1. Verificar la presencia de números altos de presión arterial.
2. Establecer el grado de hipertensión arterial y la presencia de daño de órganos blanco.
3. Evaluación de la presencia de comorbilidades.
4. Identificar qué tratamientos se han recibido o usados actualmente.
5. Considerar los riesgos globales, incluidos sus componentes sociales.
6. Descartar o dictaminar posibles causas de hipertensión secundaria.

Como se menciona anteriormente, la presión arterial es muy versátil, por lo que su diagnóstico no debe basarse en una medición aislada en la consulta, siempre que la presión arterial no se encuentre significativamente aumentada (> 140/90mmHg) y no haya certeza de

daño de órgano mediado por hipertensión. Cuando la hipertensión arterial se encuentra (130/80mmHg), la próxima visita se puede programar en periodos más largos, especialmente si el paciente presentar riesgo bajo y no hay indicios de daño parenquimatoso. Contrario a esto, las revisiones deberían programarse al mes. Se aconseja el uso de mediciones fuera del consultorio como un método alternativo para corroborar un diagnóstico de hipertensión arterial⁵⁴.

2.12 Mediciones de la presión arterial

La medición puntual de la presión arterial es fundamental para el diagnóstico efectivo, el control y la prevención de la hipertensión⁵⁵. Esta se puede medir dentro del consultorio o fuera del consultorio. Actualmente se considera que los diferentes métodos de registro de presión arterial fuera y dentro del consultorio se complementan entre sí, por lo que, no se reemplazan el uno a otro, debido a que contribuyen diferentes datos⁵⁶.

2.12.1 Medición en el consultorio

Esta se realiza con aparatología y, en este caso, mediante esfigmomanómetro aneroides, semiautomático, auscultatorio o principalmente oscilométrica. La medición se efectúa en la primera consulta en ambos brazos; las tomas siguientes se realizarán en el brazo con mayor presión arterial⁵⁶.

Tabla 3. Consideraciones generales para la medición de presión

Consideraciones	Aumento estimado de PA
Utilizar monitores automáticos o aneroides, calibrados y validados	NA
Medir la lectura de PA en lugares tranquilos y espacios libres de ruido	NA
No deben de conversar	Conversa 10mmHg
Apoyar el brazo en una superficie a la altura del corazón	No apoyar el brazo 10mmHg
Colocar el manguito en el brazo sin ropa gruesa	Usar ropa gruesa 5 a 50mmHg
Un manguito de tamaño adecuado	Un manguito pequeño 2 a 10mmHg
Apoyar los pies en el suelo	No apoyar los pies 6mmHg
No cruzar las piernas	Cruzar las piernas 2 a 8mmHg
Tener la vejiga vacía	Tener la vejiga llena 10mmHg
Apoyar la espalda sobre algún respaldar	No apoyar la espalda 6mmHg

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁵⁵.

2.12.2 Mediciones fuera del consultorio

Existen dos métodos para medir la presión arterial fuera de consulta; uno es la auto medida domiciliaria de presión arterial (AMPA) y el monitoreo ambulatorio de 24 horas (MAPA). Las dos técnicas tienen un rol primordial para valorar dos escenarios clínicos definidos que son, la hipertensión de bata blanca y la hipertensión oculta o enmascarada⁵⁶.

2.12.2.1 AMPA

Se aplica una técnica estándar que requiere educación del paciente en el registro automatizado de la presión arterial, utilizando dispositivos de medición automatizados.

Básicamente, se deben seguir las pautas generales para el registro de la presión arterial, tomando dos mediciones por la mañana en ayunas (antes de tomar el medicamento) con un intervalo de uno o dos minutos y dos mediciones por la noche antes de la cena, también con un minuto o dos de diferencia. Al menos se debe realizar por 4 días e idealmente por 7 días⁵⁶.

2.12.2.2 MAPA

Este brinda la capacidad de evaluar la presión arterial en función del ritmo circadiano y la caída fisiológica de la presión arterial durante el sueño nocturno. Se evidencia cuando⁵⁶:

1. Descenso normal entre el 10 al 20% (se llama patrón dipper).
2. Descenso nocturno menor al 10% (se llama patrón non dipper) este se relaciona con mayor daño de órgano blanco y eventos cardiovasculares.
3. Descenso nocturno mayor al 20 % (se llama patrón hiper dipper) se asocia a mayores eventos cerebrovasculares.

Tabla 4. Valores de referencia para contemplar hipertensión arterial según el tipo de medición

Tipo de registro	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
En el Consultorio	≥ 140	≥ 90
Ambulatoria Diurna (MAPA)	≥ 135	≥ 85
Ambulatoria Nocturna (MAPA)	≥ 120	≥ 70
PA de 24 horas (MAPA)	≥ 130	≥ 80
AMPA	≥ 135	≥ 85

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁵⁶.

2.13 Tratamiento de la hipertensión arterial

El tratamiento de la HTA tiene como objetivo la reducción de las cifras de presión arterial y además se asocia con una reducción del 35-40% en la incidencia de accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio en un 20-25% e insuficiencia cardíaca en más del 50%⁵⁷.

En pacientes prehipertensos o que no sean candidatos a un tratamiento específico se deben adecuar sus hábitos modificables. Se sugiere tratamiento a pacientes con PAD > 90mmHg, o PAS > 140mmHg en lecturas repetidas, a los pacientes con una presión diastólica < 89 mmHg que posean una presión sistólica > 160 mmHg y a los pacientes con una presión diastólica entre 85-90mmHg, que presenten diabetes mellitus o con aterosclerosis vascular justificada⁵⁷.

El principio elemental en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial es la individualización del tratamiento. En algunos casos, como se mencionó anteriormente, la normalización de la PA se logra solo con cambios en el estilo de vida; En otros casos es beneficiosa la farmacoterapia. Pero en ambos casos es fundamental la educación del paciente. El inconveniente más importante para conseguir sus objetivos es no seguir el plan terapéutico descrito por el profesional de la salud⁵².

2.13.1 Tratamiento no farmacológico

Este tratamiento está dirigido a cambios en el estilo de vida y se debe sugerir a todos los pacientes con hipertensión arterial, indistintamente de las cifras de la presión arterial y del riesgo cardiovascular⁵⁶.

Estos cambios en el estilo de vida pueden prevenir o retardar el inicio de HTA y minimizar el riesgo cardiovascular. Una de las grandes desventajas de este tratamiento es la insuficiente adherencia que se observa a largo plazo. Algunas de las medidas que han demostrado eficacia a la hora de reducir la presión arterial son las siguientes⁵⁴:

Tabla 5. Cambios en el estilo de vida y recomendaciones para el manejo

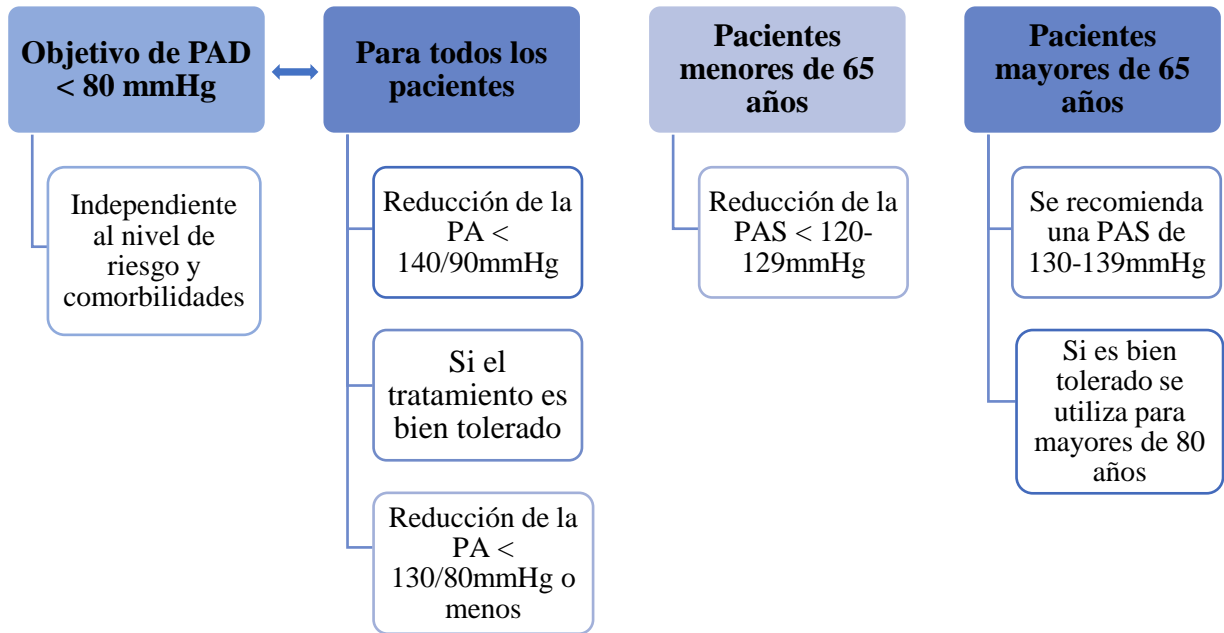
Cambios	Recomendaciones
Reducción de peso en pacientes obesos	Mantener el peso ideal IMC 20-25 kg/m ²
Reducir en el consumo de sodio (sal) o cloruro de sodio	Limitar la ingesta a no más de 2,4 g de sal o 6 g de cloruro de sodio
Moderación en el consumo de alcohol	Restringir el consumo de licor y bebidas alcohólicas
Implementación de dieta	Alta ingesta de frutas, verduras y productos lácticos desnatados
Ejercicio físico	Realizar actividad física habitualmente, al menos durante unos 30-45 minutos
Eliminar los cigarrillos (nicotina)	Dejar de fumar ayuda a prevenir las enfermedades cardiovasculares

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias^{54,57}.

2.13.2 Tratamiento farmacológico

Con respecto a la terapia farmacológica se recomienda el uso de medicamentos que tengan eficacia terapéutica demostrada, en relación con la disminución de presión arterial y con un efecto protector a nivel renal y cardiovascular. Preferiblemente, se deben elegir fármacos de acción prolongada que permitan reducir las dosis y así mejorar la adherencia⁵⁶.

Figura 1. Objetivo inicial del tratamiento farmacológico de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión



Fuente: Elaboración propia con base a la referencia⁵⁸.

A modo de clasificación, existen seis familias terapéuticas fundamentales que se utilizan con frecuencia en el tratamiento de la hipertensión⁵⁹.

2.13.2.1 Diuréticos

Los diuréticos más usados en el tratamiento de la hipertensión son la familia de las tiazidas (hidroclorotiazida) y su derivado, la clortalidona y los diuréticos del asa. Sin embargo, su mecanismo de acción no se conoce del todo, ya que estos fármacos bloquean el simportador Na⁺/Cl⁻ en el túbulo contorneado distal. Cuando ocurre este bloqueo hay una reducción de la volemia, lo que conlleva a una disminución del gasto cardiaco y por consiguiente un efecto hipotensor sostenido debido a la reducción de la resistencia vascular⁵⁹.

Tabla 6. Otras subfamilias terapéuticas clasificadas como diuréticos

Sub-Familias	Fármacos
Diuréticos de asa	Furosemida, bumetanida, torasemida
Diuréticos ahorradores de potasio	Amilorida, espironolactona, eplerenona

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁵⁹.

Para este grupo hay diferentes mecanismos de acción y receptores implicados, sin embargo, conservan en común ciertas características, en este caso mayoritariamente el efecto en electrolitos (Na^+ / K^+). Lo que los hace una alternativa terapéutica para poblaciones especiales. Se debe usar con precaución en pacientes con insuficiencia renal. Por último, la función de todos es aumentar la pérdida de sodio y agua con la consiguiente disminución del volumen plasmático a corto plazo⁵⁹.

2.13.2.2 Bloqueadores adrenérgicos

Los antagonistas beta y alfa adrenérgicos son los medicamentos esenciales para el tratamiento antihipertensivo⁵⁹.

2.13.2.2.1 Antagonistas de los receptores adrenérgicos beta

Estos generan su efecto antihipertensivo por medio de un bloqueo del sistema nervioso simpático o adrenérgico, lo cual genera, entre otros factores, descenso del gasto cardiaco y disminución de la secreción de renina, ente estos: Atenolol y Bisoprolol⁵⁹.

2.13.2.2.2 Antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa 1

Como parte del tratamiento utilizado para controlar la hipertensión arterial (Tamsulosina), al ejercer un bloqueo selectivo de los receptores alfa 1, sin afectar el alfa 2. Resulta en una herramienta de valor. Sin embargo, una de las reacciones principales que debe ser monitorizada es el desarrollo de hipotensión postural. Esta terapia es más usada en combinación que como monoterapia⁵⁹.

2.13.2.2.3 Antagonistas mixtos alfa 1 y betaadrenérgicos

Dada su capacidad de bloquear los dos receptores estas son terapias que generan disminuciones de PA de una forma rápida, por lo que se establecen como terapias útiles para abordar emergencias hipertensivas. Siendo los más importante el Nebivolol, Labetalol y Carvedilol⁵⁹.

2.13.2.2.4 Fármacos de acción central

A diferencia de las otras terapias simpaticolíticas analizadas, genera su efecto a nivel del sistema nervioso central. Posterior a ser metabolizada, se almacena en vesículas neurosecretoras adrenérgicas, con lo cual sustituye la noradrenalina. Un ejemplo es la Metildopa⁵⁹.

2.13.2.2.5 Otros fármacos de acción central

Corresponden a agonistas adrenérgicos alfa 2 que estimulan el subtipo alfa 2a. Por medio de su mecanismo de acción, generan descenso de las descargas pre y posganglionares en el sistema noradrenérgico, lo que da lugar a la hipotensión, bradicardia, disminución del gasto cardíaco y de la resistencia vascular periférica. Generan síndrome de abstinencia si se suspenden súbitamente. Siendo algunos la Clonidina, guanabenz y guanfacina⁵⁹.

2.13.2.3 Antagonista de los canales de calcio

Dentro de los tratamientos utilizados para el control de la hipertensión arterial, existen dos grupos en esta familia que son las dihidropiridinas (Amlodipino, felodipino, isradipina, nifedipina) y las no dihidropiridinas (Verapamilo, diltiazem). Ambas clases producen un descenso de la presión arterial secundaria a la inhibición de la entrada de calcio a nivel celular, que en condiciones fisiológicas ocurre a través de los canales de calcio tipo L sensibles a voltaje, lo que resulta en una relajación del músculo liso generando una disminución de la resistencia vascular periférica. Una de las principales diferencias entre ambas, es que las dihidropiridinas se relacionan al desarrollo o no de taquicardia asociado a una estimulación adrenérgica del nódulo sino auricular⁵⁹.

Una particularidad principal de esta familia de medicamentos es que por sí solos son eficaces como monoterapia en el manejo de la hipertensión arterial (en los pacientes adultos mayores y de raza negra), sin embargo, son usados con frecuencia como co-terapia con otras familias como los ARAII⁵⁹.

2.13.2.4 Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

Los IECAs representan una de las familias de tratamiento más utilizadas (Enalapril, Lisinopril, Perindopril) en el manejo de la hipertensión arterial gracias a su efectividad y perfil de seguridad favorable. El principal mecanismo de acción de esta familia de terapias está relacionado con el bloqueo de la conversión de angiotensina I a angiotensina II, teniendo un perfil de eficacia y seguridad con poca diferencia entre ellos como tal. Estos no actúan sobre un receptor específico, su efecto es mediante la disminución de producción de angiotensina II, la cual al estar disminuida a nivel sistémico lo que brinda efectos beneficiosos como la reducción de la producción de renina y reducción de la vasoconstricción los más establecidos⁵⁹.

Desde el punto de vista fisiológico, la angiotensina II estimula la liberación de aldosterona (reabsorbe sodio y agua) y beneficia la liberación de la vasopresina (Hormona antidiurética). Al verse disminuida a nivel sistémico por acción de los IECAs, ocasiona polidipsia y disminución de la vasoconstricción y como resultado de ambos reducen la volemia y la precarga cardiaca. Como familia, proporcionaron un beneficio adicional a los pacientes diabéticos, al retardar la progresión de la glomerulopatía diabética. Asimismo, se han confirmado efectos positivos a nivel cardiovascular⁵⁹.

2.13.2.5 Antagonistas de los receptores de angiotensina II: ATI

La antagonista no peptídica del receptor de angiotensina II AT1, ARAII ha ganado protagonismo en la última década, convirtiéndose en una de las familias terapéuticas más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca en los últimos años. En esta familia se incluyen el Irbesartán, losartán, candesartán, valsartán, telmisartán y perosartán⁵⁹.

Su mecanismo de acción genera disminución de la resistencia vascular periférica mediante antagonismo de los efectos de la angiotensina II. Dentro de los beneficios vinculados a esta terapia, los más establecidos son la relajación del músculo liso, aumento la excreción renal de sodio y agua y reducción de la hipertrofia celular. Dado a que actúan directamente sobre los receptores AT1, la regulación de la producción de Angiotensina II y renina continuamente se ven afectadas, generando mayores niveles de esta hormona, aunque se desconocen los factores que ocasionan estos incrementos sin contar con su sitio de acción fundamentalmente establecido⁵⁹.

2.13.2.6 Vasodilatadores

Existe un grupo de fármacos que comúnmente son usados en la terapia combinada en pacientes que requieren más de un medicamento antihipertensivo y que cuentan con una característica en su mecanismo de acción que crea vasodilatación⁵⁹.

Tabla 7. Clases, medicamentos y mecanismo de acción de la familia de medicamentos vasodilatadores

Clase	Medicamento	Mecanismo de acción
Vasodilatadores arteriales	Hidralazina	Genera una reducción de la resistencia vascular periférica por disminución de concentraciones de calcio intracelular como segundo mensajero
	Minoxidilo y diazóxido	Genera su efecto por apertura del canal de K dependiente de ATP, el efecto hiperpolarizante a nivel de la membrana celular, lo aleja del umbral de activación del músculo liso vascular, promoviendo la relajación del músculo liso arteriolar y reducción de la resistencia vascular periférica
Vasodilatadores mixtos (venas y arterias)	Nitroprusiato sódico	Genera liberación de óxido nítrico el cual activa la vía de GMPc y provoca vasodilatación Nota: generalmente es utilizado en hipertensión arterial grave o resistente

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁵⁹.

2.13.3 Combinación de terapia antihipertensivos

Existe evidencia que la mayoría de los pacientes vayan a requerir más de un fármaco para lograr sus objetivos en el control de la presión arterial. Este tipo de terapias combinadas brindan la posibilidad de actuar sobre distintos mecanismos fisiopatológicos implicados en la hipertensión arterial, pudiendo usarse de forma racional medicamentos que actúen por distintos mecanismos de acción⁵⁶.

Por otra parte, el uso de terapias combinadas reduce los efectos adversos de los fármacos debido a que las dosis utilizadas normalmente son menores a las dosis empleadas en monoterapia. Con los pacientes que presenten riesgo cardiovascular moderado, alto o muy alto se recomienda empezar con un tratamiento combinado, al igual en pacientes con hipertensión arterial grado 2 o 3 independientemente del riesgo cardiovascular⁵⁶.

En guías americanas, como la guía del JNC 7, se recomienda comenzar el tratamiento con dos fármacos cuando la presión sistólica se encuentra elevada en más de 20mmHg o la presión diastólica en más de 10mmHg. Referente a las metas correspondientes, sugiere la combinación de un tiazídico junto a un ARA II, calcio antagonista, IECA o beta-bloqueadores⁵⁸.

2.14 Adherencia al tratamiento

Ortega et al.¹⁰, citando a la OMS, definen la adherencia terapéutica como el grado del comportamiento de una persona para tomar el medicamento indicado según su patología, además de seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida acorde con las recomendaciones brindadas por el profesional de la salud. Por ello, la adherencia engloba numerosos comportamientos relacionados con la salud desde la ingesta del paciente y las prescripciones del profesional sanitario.

La adherencia al tratamiento ha sido también definida como el contexto en el que el comportamiento de las personas concuerda con las recomendaciones relacionadas a la salud, incluyendo asistir a las consultas programadas por parte del paciente, tomar la medicación según su prescripción, cumplir con los cambios recomendados de estilo de vida, realizar los análisis o pruebas solicitadas. Esto conlleva a que la adherencia terapéutica comprende múltiples conductas relacionados con la salud que superan el hecho de solo tomar la medicación prescrita, además, no solo es el hecho de que los pacientes sigan las pautas médicas, ya que representaría que se trata de solo un receptor pasivo y no de un participante activo del proceso de su tratamiento⁶⁰.

La falta de adherencia farmacoterapéutica es un problema prevalente y notable en la práctica clínica, que afecta principalmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Como menciona la Organización Mundial de la Salud, la deficiente adherencia a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la eficacia. Por lo tanto, cobra importancia al comportarse como uno de los factores modificables que influyen directamente en el resultado del tratamiento⁹.

En países desarrollados, las cifras de adherencia terapéutica en enfermedades crónicas se sitúan cerca de un 50%, aunque esta pauta de incumplimiento varía mucho de acuerdo con la patología. Es por ello por lo que el incumplimiento a la medicación es la principal causa de que no se consigan todos los beneficios deseados para el paciente. Esta falta de apego puede conllevar a enormes costos personales, familiares y sociales¹⁰.

La falta de adherencia a los tratamientos crónicos son un problema de salud pública muy común. Asimismo, se pronostica que este problema siga en aumento debido al incremento de la esperanza de vida de la población. Se estima que aproximadamente la mitad de los individuos con enfermedades crónicas no se adhieren a sus tratamientos. Dentro de las principales consecuencias de una incorrecta adherencia al tratamiento, se incluyen la disminución en la efectividad del tratamiento y aumento del costo en atención médica. Además, se puede comprometer la efectividad de la terapia debido a que, en algunos casos, puede llevar a la intensificación del tratamiento al no conseguir los objetivos terapéuticos óptimos²⁰.

Una adecuada relación médico-paciente es importante en casos de no adherencia al tratamiento, ya que, si no se da una buena comunicación, especialmente en los niveles básicos de atención, el paciente podría optar por incumplir su régimen terapéutico. En algunos casos, principalmente en las enfermedades crónicas, es preciso monitorizar de forma habitual al paciente para garantizar el buen cumplimiento del tratamiento. La participación de los pacientes con respecto a su terapia farmacológica y su interés de mejorar la adherencia hacen que sea notorio el compromiso del profesional de la salud con el paciente, ya que en estos casos el paciente se encuentra en un estado vulnerable, pero que a su vez permite que le brinden ayuda⁶¹.

2.14.1 Adherencia al tratamiento en adultos mayores

La no adherencia al tratamiento en la población adulta mayor es un elemento importante, pues aumenta la posibilidad de fracaso terapéutico, de complicaciones innecesarias, de incapacidad y en casos más graves la muerte. Asimismo, las alteraciones relacionadas con la edad hacen al adulto mayor más susceptible a complicaciones secundarias y a la falta de adherencia⁹.

Los adultos mayores constituyen una gran parte de la población la cual generalmente presenta una baja adherencia terapéutica, por lo que se deben tomar una serie de medidas a la hora de indicar una terapia farmacológica. Uno de los factores que más perjudica en su baja adherencia, son las dosificaciones complejas, por lo que, se debe hacer lo necesario para que esta población tenga pautas de tratamiento lo más sencillas posibles y poderles fijar una hora concreta del día a la que deben tomar su medicación⁶².

El nivel de adherencia terapéutica en ancianos es menor, ya que es una población en la que se presenta mayor déficit cognitivo, al mismo tiempo la mayoría conviven sin la ayuda oportuna de familiares, incrementando así las probabilidades de que lleguen a desarrollar condiciones crónicas, abriendo paso a enfermedades subyacentes que pueden causar la muerte del paciente. Uno de los factores determinantes es la disminución o aumento de la dosis recetada, ambos extremos van a ocasionar una falta de adherencia, estas deben ser prescritas por el médico, quien se orienta a la hora de tomar la presión arterial para saber si es necesario conservar la dosis o haya que hacer cambios para el mantenimiento de la presión arterial¹⁴.

Otro factor importante es el tiempo de atención, ya que en esta población se requiere de más tiempo para explicar de forma detallada todo lo que sea necesario por parte del profesional. En algunas ocasiones los médicos no abordan todos los temas necesarios como en el caso del tratamiento farmacológico, en gran medida por falta de tiempo en la consulta. Sin embargo, esto trae como repercusión que los pacientes posean más desarreglos y que no cumplan con una buena adherencia a su tratamiento⁶².

2.14.2 Adherencia a la terapia de la hipertensión arterial

A pesar de que la hipertensión arterial es una de las patologías que tiene una amplia opción de tratamientos efectivos, la falta de adherencia terapéutica puede resultar en un obstáculo para el óptimo manejo de los pacientes hipertensos. La falta de adherencia a la terapia antihipertensiva favorece directamente a que los pacientes convivan con hipertensión arterial, la misma que causa eventos que ponen a estos pacientes en riesgo de mayores morbilidades y de mortalidad. Por lo tanto, la no adherencia al tratamiento se convierte en una de las principales causas de hipertensión arterial no controlada⁶³.

En países desarrollados, Europa, Canadá y los Estados Unidos, se está comprobando una alta proporción de pacientes hipertensos no controlados; este fracaso del tratamiento se describe primordialmente como la falta de adherencia a la terapia farmacológica. Además, se ha informado que en los pacientes hipertensos es común que no se cumpla de manera adecuada el tratamiento, documentándose inclusive casos de hipertensión refractaria al tratamiento que en realidad conciernen a una falla de adherencia⁶³.

La comprensión de la enfermedad se puede determinar a través de la prueba de Batalla, este es un método sensible y el mejor en el descubrimiento de pacientes con falta de adherencia terapéutica, entre tanto el cumplimiento auto comunicado se comprueba mediante la prueba de Haynes-Sackett, el cual muestra mayor especificidad, siendo más lucrativo en pacientes con una buena adherencia al tratamiento. El más manejado es la prueba de Morisky-Green, sencillo en su uso y disponible en el sistema informático de historia clínica a la cual tienen normalmente acceso médicos y enfermeras⁶⁰.

2.15 Factores que influyen en la adherencia terapéutica

Si bien los factores del comportamiento como lo son el tabaquismo, alimentación o la actividad física, influyen en el pronóstico de ciertas patologías, la mediación es uno de los factores claves para su prevención, por lo que se busca una adherencia al tratamiento,

continua y persistente, para obtener un control adecuado a largo plazo, previniendo las complicaciones y disminuyendo la tasa de morbilidad¹⁰.

El abandono de la medicación en muchas ocasiones se debe a causas no intencionales, como lo es que el paciente olvide tomar la medicación o carezca de falta de habilidades para seguir el tratamiento prescrito. En otros casos se debe sencillamente a una decisión propia del paciente por dejar de tomar la medicación. La adherencia engloba variadas conductas como: propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento, asistencia a las citas de seguimiento, uso correcto de la medicación prescrita, efectuar cambios apropiados en el estilo de vida y evitar conductas contraindicadas⁶⁴.

Es por ello por lo que la OMS clasifica los factores intervinientes en la adherencia terapéutica en cinco dimensiones¹⁰.

2.15.1 Factores socioeconómicos

En este grupo se encuentran la pobreza, escolaridad, acceso al servicio de salud y de medicamentos, apoyo social, clase social, en general, que son descritos como factores negativos para la adherencia terapéutica¹⁰.

2.15.2 Factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales

Estos factores engloban como aspectos negativos el sistema sanitario. En centros de salud recursos deficientes y una inconveniente infraestructura, en cuanto a, sus profesionales un personal en salud poco capacitado en temas de enfermedades crónicas, poco tacto para educar y/o guiar al paciente, falta de conocimiento sobre adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla¹⁰.

2.15.3 Factores relacionados con el tratamiento

Son varios los factores que se relacionan con el tratamiento y que influyen directamente sobre la adherencia terapéutica como lo son la aparición de efectos adversos, complejidad del tratamiento, duración, cambios de medicación. Otros de los factores pueden ser aspectos de la propia formulación, tamaño de los comprimidos, sabor, vía de administración y facilidad de manipular el medicamento¹⁰.

2.15.4 Factores relacionados con la patología

Están relacionados a la severidad de la patología, sintomatología y efectos adversos, grado de discapacidad, progresión de la enfermedad y existencia de tratamientos efectivos para la patología existente¹⁰.

2.15.5 Factores relacionados con el paciente

De los factores asociados al paciente enfatizan la falta de recursos, edad, género, escolaridad, nivel de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento¹⁰.

2.16 Estrategias para mejora la adherencia terapéutica

En la literatura médica se han elaborado diversas investigaciones sobre diferentes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Cada estrategia está diseñada con el fin de mejorar los factores que imposibilitan tener una adecuada adherencia. De estas intervenciones, en las que se ha visto mayor beneficio para los pacientes son las dirigidas al sistema de salud y a los pacientes, pero se debe enfatizar en cada una de ellas para lograr el máximo beneficio terapéutico¹⁰.

Al ser un problema multifactorial, las estrategias deben ser individualizadas, buscando optimizar todos los factores para conseguir mejores resultados. Ninguna estrategia que sea única funciona para todos los pacientes y todas las patologías. Las estrategias para

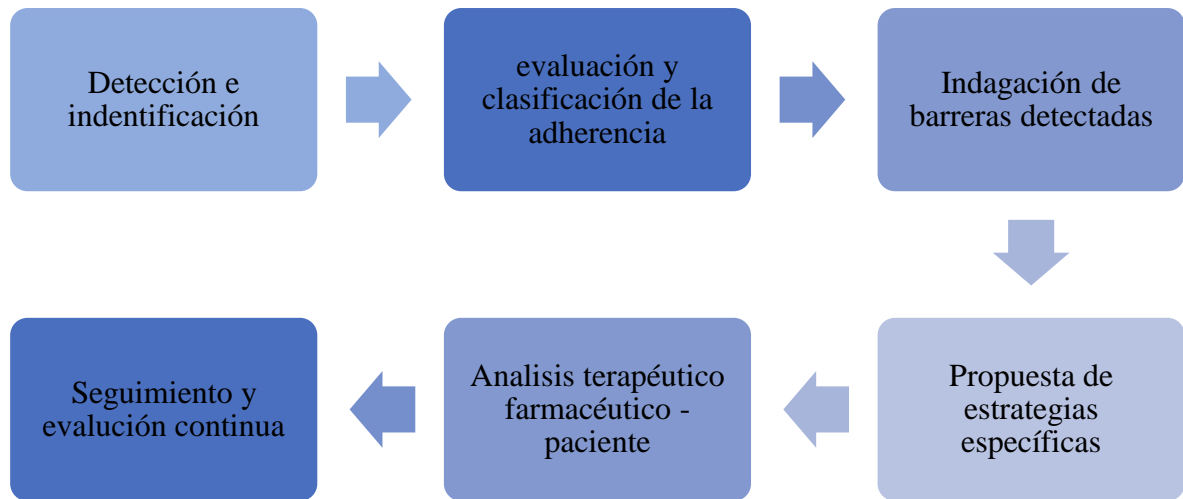
optimizar la adherencia deben centrarse en estrategias educativas/conductuales, apoyo familiar o social y estrategias para el profesional de la salud¹⁰.

2.17 Papel del farmacéutico en la adherencia terapéutica

El farmacéutico juega un papel importante en cuanto a adherencia terapéutica, dado a su formación académica y experiencia en medicamentos. La adquisición de destrezas y habilidades le permiten generar eficazmente un cambio en el comportamiento de los pacientes de forma positiva, además, su cercanía con los pacientes durante su actividad diaria son prácticas que le ayudarán a intervenir directamente con estos de forma más individualizada²⁰.

El actuar del farmacéutico en la adherencia terapéutica se puede realizar simultáneamente con otros servicios o como un servicio autónomo a través de entrevistas clínicas con los pacientes. En los servicios de seguimiento del tratamiento, la adherencia se evalúa en diferentes etapas, ya sea adquiriendo información sobre la toma de medicación en la primera entrevista, en la de seguimiento o identificando la no adherencia como un problema relacionado con medicamentos (PRM), causante de un resultado negativo asociado con la medicación (RNM)²⁰.

Figura 2. Pasos de la actuación farmacéutica sobre la adherencia terapéutica



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia²⁰.

2.18 Atención farmacéutica

La atención farmacéutica consiste en el suministro responsable de la farmacoterapia, con el fin de alcanzar resultados que mejoren la calidad de vida de los pacientes. Esto conlleva la colaboración profesional farmacéutico-paciente, además de la coordinación con los demás profesionales de la salud en el diseño, implementación y seguimiento de los procedimientos terapéuticos para conseguir resultados efectivos en salud⁶⁵.

Se deja en evidencia el valor complementario de la atención farmacéutica, apoyada en una atención centrada en el paciente y en el uso eficaz de los medicamentos y facilita una base legal a las autoridades sanitarias y a profesionales para efectuar los métodos de trabajo afines con este enfoque en la práctica diaria. Desde otro ángulo, las actividades de atención farmacéutica se deben efectuar, conjuntamente de las actividades y funciones que actualmente cumplen los profesionales farmacéuticos, en la gestión del abastecimiento de medicamentos, incluidos su dispensación y calidad⁶⁵.

2.18.1 Atención farmacéutica en el adulto mayor

Los adultos mayores constituyen un amplio grupo poblacional en el que predominan las enfermedades crónicas, lo que ocasiona un aumento en el consumo de medicamentos y de inconvenientes relacionados con estos. En ocasiones, esta ingesta se puede ver incrementada por distintas afecciones físicas o psicológicas. Es por ello por lo que se pretende, junto con la atención farmacéutica optimizar su farmacoterapia, con el propósito de otorgarle un bienestar al paciente, para lograr mejores resultados y evitar problemas de salud relacionados a los fármacos²¹.

2.18.2 Papel del farmacéutico en la atención farmacéutica

La atención farmacéutica es la colaboración activa por parte del profesional en la mejora de la calidad de vida del paciente por medio de la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Esta participación requiere de la ayuda del médico tratante y de otros profesionales sanitarios, para obtener resultados que mejoren la calidad de vida del paciente⁶⁶.

El seguimiento farmacoterapéutico forma parte de la atención farmacéutica y es el manejo responsable de la farmacoterapia, con la intención de conseguir resultados que vayan a mejorar la calidad de vida de los pacientes. En esto consiste la elaboración del seguimiento farmacológico, con el objetivo de hacerse responsable con el paciente de que el medicamento va a hacer el efecto deseado y de estar pendiente para que no surjan problemas inesperados, y, en caso de aparecer, poder solucionarlos⁶⁶.

El método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico cuenta con un procedimiento concreto, tiende a elaborar un estado de situación objetivo del paciente, de lo cual luego se despliegan las intervenciones farmacéuticas, en las que ya el farmacéutico junto con el paciente y el médico, concluyen lo que van a hacer con relación a sus conocimientos y las situaciones específicas que afectan el caso. El desarrollo de este método permite registrar, monitorizar y valorar los efectos de la farmacoterapia que usa un paciente, por medio de

indicaciones simples y claras, ya que se establece en la obtención de información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente, para elaborar la historia farmacoterapéutica⁶⁶.

CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describirá la parte metodológica, englobando su enfoque, tipo de diseño, entre otros apartados. Esto con el fin de descubrir y analizar el problema planteado de esta investigación. De igual manera se establecerá qué tipo de información es considerada una fuente de calidad para la recolección de muestra, instrumentos, procedimiento y análisis de resultados, en donde esta última dará paso para poder analizar la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores, debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos. Al mismo tiempo, conocer posibles factores que influyan en la adherencia terapéutica y las principales estrategias con las que se puede trabajar para mejorar esa adherencia. Seguidamente se describirán los sustentos metodológicos de este estudio.

3.1 Enfoque

La presente investigación posee un enfoque cualitativo, ya que como indican Hernández et al.⁶⁷. Este es un enfoque en el cual se pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos, ayudando primeramente a detallar y descubrir cuáles son las preguntas de investigación más relevantes o bien revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación, para seguidamente, afinar y responder.

El enfoque cualitativo es dinámico, lo que quiere decir que se mueve en ambas direcciones, es decir, entre hechos e interpretaciones, lo cual resulta en un proceso cíclico en el que el orden no siempre es el mismo y varía dependiendo cada estudio. Se considera este tipo de investigación flexible e interactiva⁶⁷.

De acuerdo con lo considerado anteriormente, se establece que esta investigación posee un enfoque cualitativo, debido a que se desea observar la relación que hay entre calidad de vida y baja adherencia al tratamiento en los adultos mayores que toman medicamentos antihipertensivos. Dicha información se obtendrá de revisiones bibliográficas, así como de entrevistas a profesionales de la salud, en este caso regentes farmacéuticos, médico general (del área de emergencias) del Hospital Metropolitano. Se desea que con la recolección de información se pueda responder a la pregunta de investigación generada que indica:

¿Cómo repercute en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial una baja adherencia al tratamiento farmacoterapéutico y qué impacto tiene la atención farmacéutica llevada a cabo por el personal farmacéutico para mejorar esta adherencia?

3.2 Estudio de la investigación

De acuerdo con la investigación, el tipo de estudio es exploratorio este se sustenta en una profunda revisión de la bibliografía y en los criterios de los expertos⁶⁸.

El estudio exploratorio tiene como objetivo principal que el investigador se familiarice con el problema de su investigación y de esta forma esclarecer y delimitar problemas no bien definidos⁶⁸.

3.3 Diseño de la investigación

En el enfoque cualitativo, el diseño hace referencia al abordaje general que se debe utilizar en el proceso de la investigación. De igual manera, cabe señalar que cada estudio cualitativo es por sí mismo un diseño⁶⁷.

Las investigaciones con enfoque cualitativo cuentan con diferentes diseños. En este caso es de tipo investigación-acción como hacen mención Hernández et al.³², este diseño pretende comprender y solucionar problemáticas que se encuentren vinculadas a un ambiente el cual puede ser (un grupo, organización, programa o comunidad), generalmente aplicando lo que es la teoría y prácticas concorde al planteamiento⁶⁷.

Por lo tanto, que no hay dos investigaciones cualitativas iguales, si bien es cierto que hay estudios con ciertas similitudes, pero no exactamente iguales.

3.4 Fuentes de Información

Cruz⁶⁹, describe las fuentes de información como herramientas para la comprensión, alcance y exploración de la información. El objetivo fundamental es satisfacer las necesidades informativas de algún tema determinado que se desee conocer para posteriormente ser utilizados y así alcanzar los objetivos esperados.

Existe una gran variedad de fuentes que consiguen generar ideas de investigación, siendo estas las experiencias individuales, materiales escritos, piezas audiovisuales y programas de radio o televisión, información disponible en internet, teorías, descubrimientos producto de investigaciones, conversaciones personales, observaciones de hechos, creencias e incluso intuiciones y presentimientos⁶⁷.

Las fuentes de información empleadas para la realización de esta investigación son artículos científicos, tesis, revistas médicas/científicas, libros y sitios web oficiales, basadas en estudios sobre calidad de vida de los adultos mayores, adherencia terapéutica, hipertensión arterial y atención farmacéutica. Además, se hace uso de entrevistas para reforzar el enfoque cualitativo, por medio del criterio del profesional para el diseño de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia terapéutica en los pacientes adultos mayores.

Una manera de clasificar las fuentes de información es de acuerdo con el grado de información que proporcionen y se dividen en primarias, secundarias y terciarias; generalmente es en el ámbito académico donde se maneja esta división⁷⁰.

3.4.1. Fuentes primarias

Estas fuentes suministran datos que son de primera mano. Son datos que forman pensamiento, resultados de algún estudio o investigación donde se evidencia el área del problema y se destacan los principales resultados. De igual forma, son consideradas fuentes de información primarias las presentaciones orales de experiencia, que se encuentren

relacionadas con la investigación, donde se da a conocer la procedencia del problema de la investigación y, del mismo modo, las conclusiones de los participantes⁷⁰.

Respecto a lo mencionado de las fuentes anteriores en esta investigación, se compondrá por diferentes libros, tesis, artículos científicos y bases de datos como PubMed, SciELO, Redalyc y Dialnet. Además, serán incluidos documentos que sean considerados como útiles y beneficiosos para el desarrollo de la investigación. Estos documentos deberán ser totalmente confiables y de alto grado académico, con el fin de obtener un alto nivel de seguridad de la investigación en la fundamentación teórica.

3.4.2. Fuentes secundarias

Estas fuentes son documentos que reúnen y describen la información publicada de las fuentes primarias. Básicamente, son resúmenes que facilitan la idea central del documento primario; también, son fuentes de información multidisciplinarias, que brindan definiciones, significaciones, conceptos entre otros⁷⁰.

De acuerdo con lo anterior, las fuentes secundarias de las que se hará uso en este análisis contendrán, tanto tesis como artículos de revistas científicas que consigan brindar datos y resultados preelaborados y así suministrar antecedentes a la investigación actual.

3.4.3. Fuentes terciarias

Las fuentes de información terciarias conocidas también como obras de referencia y consultas frecuentes, se trata de obras que alcanzan varios temas, dentro de los cuales pueden hallarse referencias que son de utilidad para la investigación⁷⁰.

De acuerdo con la definición anterior, las fuentes terciarias comprenden bibliografías usadas para exponer de forma apropiada los temas en relación con el problema de estudio, de las cuales se obtuvo el sustento de publicaciones obtenidas de bases de datos como PubMed, Binasss, SciELO, Dialnet y Redalyc

3.5 Selección de la población

Cuando se ha definido la unidad de muestreo u/o análisis, se realiza la delimitación de la población que va a estar en estudio y de la cual se procura generalizar los resultados. La población es un grupo de todos los casos que coinciden con una serie de descripciones⁶⁷. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la población de esta investigación será conformada por regentes farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano, en el periodo de mayo a julio de 2022.

3.6 Delimitación de la población

Se delimitará la población en regentes farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano de la sede de San José. Estos profesionales de la salud serán un pilar importante de la investigación para la búsqueda de factores que dificulten la adherencia terapéutica, así como las principales estrategias que puedan ser de ayuda para mejorar la adherencia en los pacientes adultos mayores que se encuentran en tratamiento con medicamentos antihipertensivos. Se efectuarán entrevistas virtuales a los regentes farmacéuticos, médicos generales que deseen colaborar y puedan participar, en el periodo de mayo a julio de 2022.

3.7 Tipo de muestra

Los tipos de muestra tienen como finalidad que se elija de la forma más conveniente para un estudio la muestra, que se trata principalmente de un subgrupo de la población. Es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población⁶⁷.

Para elección de la muestra en una investigación cualitativa, se debe proporcionar desde el planteamiento mismo y una vez seleccionado el contexto con el que se desea trabajar, se ansia hallar los casos que conciernen para definir la muestra. En la investigación

cualitativa la muestra debe tener cierto tipo de unidades iniciales específicas, pero al avanzar el estudio se pueden ir sumando nuevos tipos de unidades y a su vez excluir las primarias⁶⁷.

Se emplea la muestra de tipo no probabilística, debido a que en este tipo no va a depender de la probabilidad para la elección de los elementos, sino más bien de aprovechar las particularidades de la investigación o propósitos del investigador. Este procedimiento al no ser mecánico dependerá de la toma de decisiones de un investigador o grupo de investigadores⁶⁷.

En esta investigación las muestras a emplear son artículos con los que se usará una tabla de niveles de evidencia, por lo cual los resultados no serán basados en fórmulas, sino que dependerá de los propósitos del investigador y de las características de la investigación, para efectuar el estudio.

3.8 Criterios de búsqueda de la información

En la tabla 8 se contemplan los criterios de búsqueda empleados, como lo son buscadores, período de estudio e idioma, de acuerdo con cada objetivo del estudio.

Tabla 8. Criterios de búsqueda empleados, según objetivo

Objetivo	Descriptor	Buscadores	Periodo de estudio	Idioma
Determinar la relación que tiene la adherencia terapéutica con respecto a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que padecen hipertensión arterial.	Adherencia terapéutica	SciELO Dialnet Redalyc	2018-2022	Español /inglés
	Calidad de vida	SciELO Binasss Redalyc	2018-2022	
	Hipertensión arterial	SciELO Elsevier	2018-2022	
Identificar los factores que dificultan una buena adherencia terapéutica en los adultos mayores y estrategias adecuadas que puedan implementarse para mejorar esa adherencia.	Factores que dificultan la adherencia terapéutica	SciELO Dialnet Redalyc	2018-2022	Español /inglés
	Adultos mayores	SciELO Redalyc	2018-2022	
	Estrategias	SciELO Dialnet	2018-2022	
Elaborar una guía de atención farmacéutica que permita a los farmacéuticos optimizar la adherencia terapéutica y el uso adecuado de tratamientos antihipertensivos en los pacientes adultos mayores.	Guía de atención	SciELO		Español /inglés
	Atención farmacéutica	SciELO Elsevier Redalyc	2018-2022	
	Tratamiento antihipertensivo	SciELO Redalyc	2018-2022	

Fuente: Elaboración propia, 2022.

3.9 Criterios de inclusión

En los criterios de inclusión se tomaron en cuenta artículos científicos de diferentes países, tomando en cuenta los idiomas inglés, español y portugués, que estuvieran relacionados con la adherencia terapéutica de medicamentos antihipertensivos. Se utilizaron artículos y publicaciones de los últimos seis años que estuvieran relacionadas con adherencia farmacoterapéutica y calidad de vida de los pacientes adultos mayores con tratamiento

antihipertensivo, así como también se tomaron en cuenta aquellos relacionados a posibles factores que puedan interferir en una correcta adherencia al tratamiento y estrategias que logren mejorar el uso correcto de tratamientos antihipertensivos en la población adulta mayor que acude al Hospital.

Para el desarrollo de las entrevistas a los profesionales de la salud, los colaboradores serán regentes farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano, entre hombres o mujeres, los que deben estar ejerciendo su profesión respectivamente en el área de farmacia y urgencias, además, que quieran de forma voluntaria ser parte de la entrevista virtual. Los entrevistados deben estar familiarizados con el trato de pacientes adultos mayores que padezcan de hipertensión arterial, ya que de esta forma la información brindada por el personal sanitario pueda ser válida para la elaboración y análisis de resultados. Los profesionales de la salud deben estar trabajando activamente en el Hospital Metropolitano de la sede de San José y deben contar como mínimo con un año de trabajar. Asimismo, la guía complementaria de atención farmacéutica para la mejora de adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial se ejecutará para ayudar tanto a farmacéuticos como a médicos del hospital.

3.10 Criterios de exclusión

Se excluyeron los artículos que sobrepasen los seis años de antigüedad, así como los que no tenían información importante relacionada con el tema de la investigación, o de fuentes de información que no sean de sitios confiables.

De igual forma, se excluyeron los profesionales de la salud (farmacéuticos y médicos generales) que tuvieran menos de un año trabajando en el Hospital Metropolitano de la sede de San José y aquellos que no tengan un conocimiento general sobre pacientes con hipertensión arterial y adultos mayores, así como también de los profesionales de la salud externos al Hospital Metropolitano.

3.11 Análisis de la información

Analizando la información recolectada, se obtuvo una cantidad de 203 artículos entre los años 2016 y el 2022, en los idiomas inglés y español. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión a la revisión del título y abstracto, se comprimió la cantidad de artículos a 80. Se excluyeron los que no cumplían con el del tema ya que eran artículos que abarcaban otro tipo de población y patologías, aquellos que no eran afines con el tema de adherencia terapéutica, calidad de vida del adulto mayor y factores que influyen tanto en la calidad de vida como en la adherencia al tratamiento. Se consiguió reducir el número total de artículos a 27. Estos se utilizaron por tener un mayor nivel de evidencia y ser más recientes. También, fueron elegidos de acuerdo con su contenido y el objetivo de la investigación, ya que abordan la población y la patología que está en estudio, además sobre la adherencia terapéutica y su afectación en la calidad de vida de los adultos mayores, los factores que generan una mala o inadecuada adherencia y aquello que pueda ser implementado como una estrategia para mejorar la adherencia terapéutica a los tratamientos antihipertensivos.

3.12 Clasificación de la información según nivel de evidencia

Los artículos que fueron utilizados en la investigación se clasificaron según su nivel de evidencia de Sackett, ya que este tipo de sistematización engloba cuatro grupos temáticos que son la etiología, daño, terapia y prevención. Esto permitió la jerarquización de los artículos en cinco niveles en donde el nivel 1 es considerado como la mejor evidencia y el nivel 5 como la menos buena o mala, según como se quiera interpretar⁷¹.

Con la información seleccionada hay 27 artículos, todos relacionados con la adherencia terapéutica, calidad de vida e hipertensión arterial. Cada uno de ellos es detallado en el anexo 1, en una tabla con título, autor, revista y año de publicación y en la tabla 9 se observa la cantidad de artículos utilizados según su tipo de estudio y nivel de evidencia.

Tabla 9. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
2	Estudio retrospectivo	0	0	0
3	Estudio transversal	4	17	65,3%
	Estudio observacional de corte transversal	5		
	Estudio cuasiexperimental	0		
	Estudio transversal observacional descriptivo	8		
4	Estudio cualitativo	1	3	11,5%
	Estudio mixto	1		
	Análisis multicriterio	1		
5	Revisión Bibliográfica	6	7	26,9%
	Revisión sistemática	1		
Total.....		27	27	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

3.13 Variables de la Investigación

Una variable es un distintivo que permite que se identifique a un elemento no especificado dentro de un grupo determinado. Se señala como un objeto con cierta equivalencia, pero su entorno los obliga a variar de acuerdo con las condiciones que se presenten. Esto aplica para objetos, fenómenos, eventos y personas u otro ser vivo⁷².

Tabla 10. Operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variable	Concepto	Indicador	Instrumento
Determinar la relación que tiene la adherencia terapéutica con respecto a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que padecen hipertensión arterial	Adherencia al tratamiento Calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial	La adherencia terapéutica es el grado en el que la conducta de un paciente en la toma de sus medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se adaptan a las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud ⁶¹ . El envejecimiento es un proceso cuya calidad de vida está directamente relacionada con la forma en como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La calidad de vida en el adulto mayor tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social ² .	Adherencia terapéutica Calidad de vida Adulto mayor Hipertensión arterial	Análisis de contenido por medio de la tabla de niveles de evidencia con la clasificación de Sackett y en entrevistas
Identificar los factores que dificultan una buena adherencia terapéutica en los adultos mayores y estrategias adecuadas que puedan implementarse	Factores que dificultan una buena adherencia terapéutica Estrategias que se pueden implementar para mejorar la	Los factores de comportamiento como lo son el tabaquismo, alimentación o la actividad física influyen en el pronóstico de ciertas patologías, la mediación es uno de los factores	Adherencia terapéutica Adulto mayor Hipertensión arterial	Análisis de contenido por medio de la tabla de niveles de evidencia con la clasificación de Sackett y en entrevistas a

para mejorar esa adherencia	adherencia en pacientes adultos mayores con hipertensión	claves para la prevención de estas, por lo que se busca una adherencia al tratamiento continua, persistente, para obtener un control adecuada a largo plazo ¹⁰ .		farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano sede San José
Elaborar una guía de atención farmacéutica que permita a los farmacéuticos optimizar la adherencia terapéutica y el uso adecuado de tratamientos antihipertensivos en los pacientes adultos mayores.	Guía de atención farmacéutica complementaria	Las guías de atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permitiendo estandarizar los criterios para así poder evaluarla ²⁰ .	Atención farmacéutica Material educativo	Análisis de la información obtenida de la revisión sistémica y de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud.

Fuente: elaboración propia, 2022.

3.14 Instrumentos y Técnicas

Como plantean Moreno et al.⁷³ las revisiones sistemáticas son resúmenes claros y bien constituidos de la literatura disponible, orientado a responder una pregunta clara de investigación, junto con un análisis decisivo. Hay ciertos aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar una revisión sistemática como lo son las estrategias de búsqueda, clasificación adecuada de los estudios junto a la extracción de sus datos, valuación de la calidad de evidencia y una pregunta clara para la investigación. En esta investigación la revisión sistemática se llevará a cabo mediante la tabla de evidencia de Sackett.

La revisión se llevará a cabo para poder hacer un resumen de la información existente sobre la relación que existe entre la adherencia al tratamiento farmacoterapéutico con respecto a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que padecen de hipertensión

arterial; de igual manera para conocer los factores que influyen en estos pacientes y por lo cual no logran tener una buena adherencia terapéutica y de estrategias que puedan ser implementadas para optimizar la adherencia. La finalidad es poder realizar una propuesta de guía de atención farmacéutica que ayude a mejorar la adherencia farmacológica en los pacientes adultos mayores.

Las entrevistas en este caso las de tipo cualitativa, son más personales, manejables y abiertas. Hacen referencia a una reunión para platicar e intercambiar información de persona a persona(s). Las entrevistas se fraccionan en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. En esta investigación se utilizará la entrevista de tipo estructurada, en la que el entrevistador realiza su tarea llevando a cabo una guía de preguntas específicas y se sujeta únicamente a ésta⁶⁷.

El desarrollo de la entrevista debe realizarse en un ambiente de plática, tolerancia y empatía, lo cual es sugestivo para el sujeto de estudio y también para el investigador, ya que es un intercambio de experiencias, creencias, dialogo y pensamientos de la persona entrevistada⁷⁴.

Posteriormente, se muestran los profesionales que participarán de la entrevista:

Tabla 11. Profesionales que participarán de la entrevista

Profesional	Profesión	Abreviatura	Nombre del profesional
1	Farmacéutico	F1	Dennis Valverde Cruz
2	Farmacéutico	F2	Melissa Castillo López
3	Farmacéutico	F3	Stephanie Guzmán A
4	Médico General	MG1	Armando Buitrago
5	Médico General	MG2	Emmanuel Bonilla Ugalde

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Se empleará la entrevista a los profesionales de la salud, que en este caso son farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano. Se pretende con estas entrevistas obtener de acuerdo con la experiencia y práctica de cada uno, cuáles son los principales factores que dificultan una adecuada adherencia terapéutica a los medicamentos antihipertensivos, así como cuáles estrategias se pueden implementar para optimizar la adherencia en estos pacientes y con ello la propuesta de la guía de atención farmacéutica para mejorar la adherencia terapéutica en adultos mayores con tratamiento antihipertensivo pueda realizarse de la forma más integral.

3.15 Validación de las entrevistas

Se validó la entrevista por medio de 4 regentes farmacéuticos que no eran partícipes de las herramientas de estudio para la investigación. Los regentes que validaron la entrevista son docentes de la Universidad Internacional de las Américas (UIA), un regente de comunidad, un visitador médico y un regente de la CCSS externos a la universidad.

Los profesionales que hicieron parte de la validación de la entrevista se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 12. Profesionales que colaboraron en la validación de la entrevista

Profesional	Profesión	Nombre del profesional
1	Regente Farmacéutico y docente en UIA	Lexi Chaves Siles
2	Regente Farmacéutico de comunidad	Jimena Sequeira Sanabria
3	Regente Farmacéutico de la CCSS	Neidy Montero Venegas
4	Visitador médico	Michelle Piedra López

Fuente: Elaboración propia, 2022.

3.16 Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos

El proceso de recolección de datos se efectúa según Hernández et al.⁶⁷, con la intención de “comprender y analizar”, y de esta forma responder las preguntas de

investigación y formar conocimiento. En los enfoques cualitativos la recolección de datos y el análisis ocurre de forma simultánea; asimismo, el análisis no es análogo, debido a que cada estudio requiere un esquema propio. En la presente investigación se toman como datos importantes todos aquellos conceptos, conocimientos y experiencias que exterioricen los participantes, de modo que la investigación se vea sustentada de la mejor forma y con basto conocimiento.

Las fuentes con gran valor dentro de datos cualitativos son los documentos, materiales y mecanismos diversos. Estos pueden ayudar al investigador a comprender la problemática central del estudio⁶⁷. Para el proceso de recolección de datos se tomará en cuenta inicialmente las fuentes de información, en especial de artículos científicos que estén relacionados con el tema de la investigación, con accesibilidad y corta línea temporal, permitiendo que se reúna información relevante y precisa.

Seguidamente, la investigación se verá sustentada también por medio de las entrevistas realizadas a los regentes farmacéuticos y médicos generales que trabajen en el Hospital Metropolitano, de forma virtual. Se coordinará con los profesionales de la salud, se les hablará sobre la investigación que se está llevando en curso y que con ello tomen una decisión de si desean ser partícipes del proceso. En caso de que deseen contribuir a la investigación se les adecuará la entrevista al día y hora que ellos prefieran. De esta forma se garantiza que el entrevistado se sienta cómodo y para así obtener información provechosa para el progreso de la investigación.

Para esta investigación, el análisis de datos se llevará a cabo mediante una comparación de la información extraída de la literatura con la información obtenida a través de las entrevistas. De esta forma, toda la información recolectada se mantendrá puntual y organizada, de manera en que el análisis de los datos brindados sean los óptimos. Asimismo, con la utilización de la tabla de niveles de evidencia de Sackett se visualizará la información teórica y apoyar la elaboración de la guía propuesta en la investigación.

CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Relación que tiene la adherencia terapéutica con respecto a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que padecen hipertensión arterial.

Ortega et al.¹⁰ citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen de alimentación y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La adherencia terapéutica engloba una serie de conductas, siendo percibida como un fenómeno multifactorial y complicado donde se describe al grado en el que la conducta del paciente se vincula con las recomendaciones acordadas entre el profesional de la salud. Es por lo cual, que este término abarca un compromiso tanto del paciente como del médico tratante, debido a que se debe destacar la participación del paciente y el compromiso del médico para establecer una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones.

Se ha relacionado la falta de adherencia terapéutica como un problema de salud pública a nivel mundial, puesto que, aunque la medicina ha avanzado en gran medida en los últimos años, la incidencia y el predominio de muchos padecimientos sigue siendo alto y su tratamiento evidencia una menor efectividad a la deseada. Esto es resultado de que los niveles de adherencia al tratamiento siguen siendo bajos y no se han observado cambios significativos con el paso del tiempo¹⁰.

La falta de adherencia es un problema común en los adultos mayores, pero hay ciertas variaciones, según el lugar donde vivan como; en la ciudad, medio rural o en viviendas asistidas. La falta de adherencia terapéutica en los adultos mayores, no se encuentra bien documentada en cuanto a aspectos generales, aun siendo una causa importante de morbilidad, describiendo en procesos aislados algunos factores, como el caso de la hipertensión arterial⁷⁵.

La adherencia comprende distintos factores de comportamiento tales como los modelos de consumo de alimentos, el tabaquismo o la actividad física, los cuales intervienen en el diagnóstico de dichas enfermedades. El tratamiento es un factor clave para prever el progreso de la enfermedad, por lo que se requiere adherencia continua (constancia) al

tratamiento médico (medicamento, estilo de vida y dieta) para obtener un control apropiado a largo plazo, evitar las complicaciones y reducir las tasas de morbilidad¹⁰.

La no adherencia a los tratamientos antihipertensivos son la causa principal de que los pacientes hipertensos mayores de los 60 años no obtengan los beneficios deseados de esta terapia, la cual va más allá que solo el control de la presión arterial, ya que una correcta adherencia del tratamiento disminuye en gran medida la morbilidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares. De la misma manera disminuye las limitaciones funcionales y la discapacidad que están relacionada a la no adherencia de estos tratamientos⁷⁶.

La deficiente adherencia terapéutica relacionada a enfermedades crónicas tiene una mayor prevalencia en países desarrollados, siendo menor en poblaciones en vías de desarrollo. Las enfermedades adyacentes como resultado de la deficiente adherencia incrementan de acuerdo con la carga de enfermedad crónica. La hipertensión arterial en la mayoría de los casos suele ser asintomática por lo que se atribuye a una de las causas de falta de adherencia al tratamiento ya que el paciente no distingue el riesgo crónico de la condición y decide no seguir con el tratamiento pautado¹⁴.

Actualmente, uno de los factores que influye negativamente en la salud de los pacientes adultos mayores que sufren de enfermedades crónicas es el incumplimiento a los tratamientos farmacológicos prescritos. La no adherencia terapéutica puede desencadenar problemas graves en la salud de las personas mayores y en su calidad de vida, entre estas, aparición de efectos adversos o ineficacia del tratamiento, esto puede desencadenar un aumento tanto en la frecuencia como en la anticipación de ingresos hospitalarios⁷⁷.

La falta de adherencia puede clasificarse en dos tipos que son la primaria, que es cuando la prescripción médica no es retirada de la farmacia; y la secundaria, que se caracteriza por alteraciones en la dosis correcta, cambio en los intervalos de dosificación, olvido en la administración, incremento en la frecuencia de dosis o interrupción del tratamiento antes del tiempo estimado⁶⁰.

La adherencia terapéutica contribuye como un factor importante en la mejora del estado de salud y calidad de vida del paciente. En el estudio realizado por Polanco et al³. hubo un alto índice de no adherencia al tratamiento por parte de los adultos mayores relacionado con las diferentes condiciones de salud que predisponen a esta población a un deficiente consumo de su tratamiento farmacológico. Asimismo, se destaca la importancia de llevar a cabo un informe completo de los factores de riesgo y de salud en la población adulta mayor para prevenir de manera temprana las diferentes enfermedades que perjudican su calidad de vida y estado de salud, mermando así el consumo de múltiples medicamentos y con ello, también disminuir la no adherencia a tratamientos farmacológicos³.

Relacionado a la información obtenida de las entrevistas, La F2, menciona que con respecto a la dificultad para adherirse de los adultos mayores que “ellos muchas veces no son capaces de recordar a qué hora debían tomar la medicación, lo que es frecuente que ocurra”. La F3, indica que por lo general los adultos mayores no tiene la costumbre de seguir las prescripciones del médico como se le indica y no consideran las consecuencias que podrían tener. Con respecto a la opinión del MG1, indica que una de las razones de esta dificultad es que muchas veces el adulto mayor “no logra distinguir una pastilla de la otra debido a que las hacen muy similares” lo que perjudica la adherencia y la continuidad de esta. El MG2, menciona que otra dificultad es la polifarmacia ya que entre más medicamentos tome el paciente menos adherencia va a tener y “muchas de las veces no es porque el paciente no quiera, sino que toman mal o se les olvida”.

A la hora de valorar la efectividad y seguridad de los medicamentos recetados, es importante conocer el nivel de adherencia terapéutica del paciente. Como ejemplo, si el nivel de adherencia no alcanzara los objetivos clínicos o no fueran los deseables, podría causar un incremento del tratamiento prescrito o la sustitución de un tratamiento por otro. Por este motivo, es preciso que el profesional de la salud disponga de herramientas para evaluar la adherencia al tratamiento y que su resultado ayude a la hora de tomar decisiones en cuanto a las intervenciones más convenientes para cada paciente⁷⁸.

Existen cuestionarios para medir la adherencia terapéutica y esto es de gran utilidad para evaluar la información proporcionada por el paciente y/o cuidador. El cuestionario de Morisky-Green en su versión española fue validado en una cohorte de pacientes con hipertensión arterial y a partir de ahí se ha manejado, tanto en investigaciones y en la práctica clínica habitual, para evaluar la adherencia de los pacientes con enfermedades crónicas²⁰.

Morisky-Green en la literatura se le conoce también como Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Este radica en realizar cuatro preguntas al paciente de respuesta dicotómica (sí o No) sobre su actitud ante el tratamiento farmacológico de forma mezclada en el transcurso de la entrevista clínica. Se valora que el paciente adherente al tratamiento es el que responda correctamente a las cuatro preguntas, de forma, (No/Sí/No/No). De lo contrario se asume que el paciente no es adherente a su tratamiento⁷⁸.

Figura 3. Preguntas de la prueba de Morisky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Fuente: Imagen tomada de Métodos para medir la adherencia terapéutica⁷⁸.

Carrión et al.⁷⁹ realizaron un estudio en pacientes adultos hipertensos del cantón Nabón, perteneciente a la provincia del Azuay. Para medir la adherencia al tratamiento antihipertensivo que presentaban. Indican que los valores obtenidos son inferiores al umbral de significancia de 0.05 ($p=0.0001$ $w=0.95$) para la adherencia al tratamiento tendiendo una media de 13 y una D.E. de 2.22; ($p=0.0001$ $W=0.89$). por otro lado, indica que la adherencia al tratamiento está relacionada positivamente con el estado de ánimo ($p.0007$ $rs=0.26$) lo que indica que a mayor adherencia al tratamiento mayor estado de ánimo. Se observó que hay

una falta de adherencia y además que esta falta conlleva a una disminución en la calidad de vida, asimismo se observa que a una mayor adherencia al tratamiento terapéutico hay un mayor estado de ánimo en los pacientes.

El estudio anterior tiene gran importancia con respecto al objetivo de la investigación, ya que, el estudio deja ver que hay una relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivos en los adultos mayores, que a la vez se relaciona con el estado de ánimo de los pacientes. Esto es importante porque si logramos que los pacientes se adhieran adecuadamente a su tratamiento antihipertensivo mejorará su estado de ánimo, lo que permite que vayan a continuar su tratamiento de forma adecuada y sostenida, disminuyendo así los efectos adversos relacionados con la patología. Favoreciendo a una mejor calidad de vida.

González et al.⁸⁰ en su estudio de la evaluación de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos mayores del área de salud de Palenque de Yateras en la provincia Guantánamo, según el Test de Cumplimiento Auto comunicado de Morisky-Green, señalan que el 57,1 % son mujeres y el 52,4 % tenían entre 60 y 60 años; la mayoría de estos pacientes 66.7% no tenían controlada su presión arterial y en el 80,9 % de ellos se identificó inadecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo. La mayoría de los pacientes no se adhirieron a su tratamiento antihipertensivo por diversas causas, la más frecuente por temor a las reacciones adversas, estado que determinó el pobre control de la presión arterial de estos.

En muchas ocasiones los pacientes adultos mayores les temen más a los efectos adversos que a la propia enfermedad. Esto puede estar relacionado a la poca o falta de información sobre su tratamiento y la enfermedad, por lo que, es importante tomarse el tiempo de educar a los pacientes. Explicarles la importancia del medicamento, de tener una buena adherencia, controlar sus cifras de presión arterial y los beneficios que tiene en su calidad de vida relacionada con la salud.

En relación con a la información obtenida de las entrevistas, todos los profesionales entrevistados coinciden en que es si existe una relación entre la calidad de vida con respecto a la adherencia al tratamiento del paciente. El F1 indica de acuerdo con una experiencia propia que es muy importante la adherencia al tratamiento en personas mayores, ya que al no tener cuidado con su medicación se puede ver afectada su calidad de vida. La F2, indica que “la presión arterial es uno de los puntos más importantes y al que menos atención le brindan los pacientes”. La F3, expresa que si hay una relación evidente aún más si se trata de “pacientes adultos mayores sin un buen manejo de la hipertensión arterial” lo que puede llegar a influir negativamente en la calidad de vida.

Burgal et al.⁹ establecen en su estudio de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores y los factores asociados a la no adherencia. Que prevalece la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un 62 %, mientras que la adherencia parcial se verificó en un 22 %, estos problemas de adherencia prevalecieron en las mujeres de 60-69 años. Se detectaron varias causas inherentes al paciente, como el olvido (48,4%), la no disponibilidad de medicamentos (25,8%) y alivio de los síntomas (16,1%). Entre otras causas se evidencia el bajo nivel de conocimiento de la enfermedad y la presencia de comorbilidades.

La falta de adherencia en pacientes con hipertensión arterial está originada por factores asociados a estos, ocasionando costos adicionales para el sistema de salud producto del incumplimiento terapéutico establecido. Por esta razón conviene realizar esfuerzos adicionales en las instancias médicas para un apropiado seguimiento, alcanzando una mayor cobertura en los pacientes diagnosticados con hipertensión, corrigiendo la deficiencia en la adherencia terapéutica y mejorando su calidad de vida¹⁴.

Polanco et al.³ en su investigación sobre analizar la adherencia, el uso de medicamentos y el estado de salud de los adultos mayores que participaron del programa de los Centros Vida del Municipio de Acacías. Indicaron que un 64,6% de los adultos mayores consumen medicamentos y que el 62,9% no son adherentes al tratamiento farmacológico, asimismo, existe una correlación significativa a través del MEC (mini examen cognoscitivo),

donde el 46,2% de los pacientes padecen algún tipo de deterioro cognitivo. El rango de edades tanto para la polimedicación como para la no adherencia farmacoterapéutica corresponde a los 71-80 años, 34% de las mujeres reportaron no adherencia farmacológica frente a la prevalencia de polimedicación en los hombres con 29%.

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo contribuye directamente a que los pacientes con hipertensión coexistan con la enfermedad, la cual puede desencadenar en eventos que pongan en riesgo de mayores morbilidades y mortalidad a los pacientes. Asimismo, la falta de adherencia terapéutica se convierte en una de las principales causas de hipertensión no controlada en la población. Por lo cual el proceder de la adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores más relevantes a evaluar en las personas con factores de riesgo para la salud cardiovascular, debido a que la no adherencia lleva a mantener altos índices de morbimortalidad, con consecuencias a nivel social, económico, personal y familiar⁸¹.

El trabajo interdisciplinario por parte de los profesionales de la salud en la prevención de factores de riesgos y la adecuada adherencia terapéutica a partir la atención primaria de salud en las comunidades hasta los niveles terciarios, además de la atención responsable con valores humanísticos y éticos favorece, al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos. No obstante, el cuidado desde el núcleo familiar, el respeto de sus decisiones y el apoyo; mejoran la autoestima y aumenta el concepto positivo de sí mismo. Esto ofrece mayores herramientas para revolverse las realidades propias de la edad, ayudando a un mayor bienestar y satisfacción; lo que favorecerá un mayor control de la hipertensión arterial en el adulto mayor y al mismo tiempo su calidad de vida².

Rubilar et al.⁸² citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema en que vive con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La calidad de vida es un criterio amplio perjudicado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a particularidades del ambiente.

Para los adultos mayores la calidad de vida adquiere gran significado, al perder algunas capacidades físicas y psicológicas que influyen en la misma. Mantener la autoestima, la autoimagen positiva, la aceptación de cambios en el desarrollo de una vida normal y la adopción de hábitos saludables permiten una óptima calidad de vida y longevidad. Una actividad familiar inadecuada puede traer como consecuencia afectaciones en la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, ya que su salud física y emocional se ven afectadas⁸³.

Son necesarias herramientas validadas y confiables para estudiar la calidad de vida, ya que es necesario evaluar la presencia del apoyo familiar y de enfermedades crónicas. Con respecto a la calidad de vida, en términos de salud, no precisamente es ausencia de la enfermedad, sino la percepción propia de su existencia, el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, en relación con sus metas, esperanzas, normas, intereses, valores e inquietudes⁸³.

Las intervenciones respectivas para modificaciones en los estilos de vida componen el eje central de la prevención de la hipertensión arterial y son parte sólida del tratamiento integral del paciente hipertenso. Todo paciente hipertenso debe realizar modificaciones en el estilo de vida, las cuales tendrá un impacto positivo en el control de la presión arterial y en el tratamiento farmacológico con antihipertensivos; su principal interrogante radica en la inconsistencia de la adherencia a los tratamientos a largo plazo².

Los cambios en el estilo de vida consiguen retrasar o bien prevenir de modo seguro y eficaz la hipertensión arterial en personas no hipertensas, retardar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de grado 1 y favorecer a la disminución de la presión arterial en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico. Esto permite reducir la cantidad y las dosis de medicamentos antihipertensivos, además de controlar la presión arterial, los cambios en el estilo de vida favorecen al manejo de otras enfermedades crónicas².

Por ello, si se procura que el tratamiento sea efectivo y mejore la calidad de vida de los adultos mayores, el manejo terapéutico de esta patología debe involucrar tanto al paciente como a su familia y/o cuidadores, en la medida de lo posible. Cada vez incrementa más el número de pacientes adultos mayores cuya calidad de vida se ve afectada a causa de la hipertensión arterial, lo cual debe tomarse en cuenta para disminuir la morbimortalidad⁸³.

Aguilar et al.⁸⁴ mencionan en su estudio transversal analítico que un total de 400 pacientes, un 44.75% (n=179) eran adherentes, 58.75% (n=235) tenían hipertensión arterial controlada con una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) dentro de un rango medio de 41.75% (n=167). Se evidenció una relación entre la variable adherencia y calidad de vida, en la que la no adherencia aumenta 10 veces el riesgo de una mala calidad de vida. En relación con la adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida, se instituyó que los pacientes no adherentes tienen mayor probabilidad de presentar baja calidad de vida relacionada a aquellos adherentes.

Lo descrito en el estudio anterior tiene semejanza con lo mencionado por los médicos generales de la entrevista en el siguiente párrafo, ya que entre ambos se evidencia que una inadecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo puede traer repercusiones en la calidad de vida de los pacientes.

Por otra parte, el MG1, indica que “si se manejan buenas cifras de presión se disminuye el daño a órganos blanco, que es lo que se desea evitar con los tratamientos antihipertensivos de esta manera como efecto secundario el paciente adulto mayor mejoraría su calidad de vida, retomando su vida cotidiana normal”. El MG2, menciona que “sí, por supuesto hay una relación entre ambas pero que va a influir positiva o negativamente de dos cosas, el número uno es que se tenga el tratamiento adecuado, saber escoger muy bien el tipo de antihipertensivo para cada paciente y la número dos son los pacientes que no se apegan al tratamiento van a empeorar más la calidad de vida en dependencia a las consecuencias que vaya a presentar”.

4.2 Identificar los factores que dificultan una buena adherencia terapéutica en los adultos mayores y estrategias adecuadas que puedan implementarse para mejorar esa adherencia.

La adherencia terapéutica es influenciada por diversas razones relacionadas con aspectos económicos, asistenciales, factores relacionados con el tratamiento general del paciente y entorno en el que se desempeña el individuo. Por tal motivo la intervención familiar y de la comunidad es sumamente importante en términos de compromiso con el tratamiento³.

Ortega et al.¹⁰ mencionan lo siguiente, descrito por el profesor John Weinman, quién señala que sólo el 30% del abandono de la medicación del paciente es por causas no intencionales como el olvido o falta de habilidades para seguir con el tratamiento; mientras que el 70% de la no adherencia se da por una decisión propia del paciente. De acuerdo con esto, indicarle al paciente el uso de recordatorios no va a cambiar la razón por la cual el paciente prefirió no tomar su tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó en cinco dimensiones los factores que influyen en la adherencia terapéutica y las posibles causas. En la tabla 13 a continuación se resumen:

Tabla 13. Factores influyentes en la adherencia terapéutica

Factores	Causas
Relacionados con el tratamiento	Efectos adversos Indicaciones complejas Frecuencia de administración Mayor número de comprimidos
Relacionados con la patología	Gravedad de la patología Empeoramiento de los síntomas Nivel de discapacidad Disponibilidad del tratamiento
Relacionados con el paciente	Edad y género Nivel educativo Consumo de drogas y/o alcohol Conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento
Relacionados con el sistema sanitario	Comunicación deficiente Insatisfacción con la atención brindada Falta de información sobre el tratamiento y la patología Relación entre el profesional de la salud y el paciente
Socioeconómicos	Problemas económicos Falta de acceso a los servicios de salud Valor del tratamiento Soporte social, familiar y/o emocional

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias^{10,20}.

Dentro de los factores asociados al tratamiento, la necesidad de indicar ciertas formas de administrar un medicamento (en ayunas, sin lácteos, con comida, separado de otros medicamentos), pueden agravar la adherencia terapéutica. Por otra parte, los factores relacionados con la patología, cuando hay ausencia de síntomas o hay mejoría clínica de la

enfermedad, puede suponer una barrera para un adecuado cumplimiento terapéutico, debido a que el paciente puede creer que ya no va a necesitar del tratamiento. En cuanto a los factores relacionados con el paciente, el estado civil apunta a que el matrimonio o el hecho de vivir en compañía, son factores que ayudan para mantener una correcta adherencia al tratamiento²⁰.

Los factores relacionados con el sistema sanitario, como lo son largos tiempos de espera en las visitas al consultorio, los horarios limitados, la falta de suministros médicos o la falta de privacidad durante el tiempo de consulta, influyen negativamente en la adherencia. Por otra parte, los factores socioeconómicos, destacan los pacientes que reciben un buen apoyo emocional de su entorno o que forman parte de una familia unida tienen una mejor adherencia al tratamiento²⁰.

Con respecto a la hipertensión arterial, existen varios factores relacionados con el comportamiento que pueden contribuir a la aparición de la enfermedad o a exacerbaciones en esta⁸⁵. Entre ellos están:

1. Exceso de sodio (sal) y grasas saturadas, así como un consumo deficiente de frutas y verduras.
2. El estrés, condiciones de la vida diaria o del trabajo influyen notoriamente en estos factores de riesgo conductuales.
3. El sedentarismo y la falta de actividad física.
4. Alto consumo de bebidas alcohólicas y consumo de cigarrillo.

Además, ciertos factores metabólicos aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras complicaciones de la hipertensión, como es el caso la diabetes, el hipercolesterolemia y el sobrepeso u obesidad⁸⁵.

Pocohuanca et al.⁶³ en su estudio, evidenciaron que los factores asociados con la no adherencia al tratamiento fueron el sexo masculino (ORa:0,45), trabajadores independientes (ORa:3,88), personas con un IMC mayor de 30 (ORa:0,23). La falta de adherencia o un

incorrecto cumplimiento del tratamiento reduce la efectividad del tratamiento antihipertensivo. Un tratamiento constante a lo largo del tiempo controla mejor la presión arterial, reduce la hospitalización y disminuye los costos de atención médica.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es un problema grave que aqueja a los profesionales de la salud. Por eso la importancia de evidenciar los factores más influyentes en la falta de adherencia terapéutica, de esta forma podríamos aumentar más la atención en aquellos pacientes que requieran de una mayor ayuda para la eficacia y seguridad de su pauta terapéutica.

Hernández et al.⁸⁶ indican que la adherencia al tratamiento en su investigación fue de 47,50%, siendo la mayor adherencia el grupo etario de 65 años en adelante, el sexo femenino con un 31,3% y el grado preuniversitario en 17,5%. Se observó que la adherencia representada por un esquema terapéutico de monoterapia fue de 39,40%. Los factores más asociados de no adherencia terapéutica fue el olvido 41,0% y el sentimiento de sentirse mejor 27,0%.

Arredondo et al.⁸⁷ demostraron que un aumento de la hipertensión es comparable a la edad, en la que predominó el sexo femenino y la raza blanca, con factores de riesgo aumentados que, combinados con el descontrol, empeoran el pronóstico de los pacientes hipertensos aumentando la frecuencia de complicaciones, siendo las principales causas de abandono al tratamiento, la aparición de efectos secundarios, la poca credibilidad sobre los medicamentos y un descontrol sobre la dieta.

Linares et al.⁸⁸ señalaron que tanto la edad, género, estado civil, convivencia, escolaridad, evolución de la enfermedad, la polifarmacia, nivel de conocimiento y asistencia a la consulta, han demostrado tener asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento. El 25.2% de quienes participaron se encontraban en el grupo etario entre los 65-69 años siendo el sexo más representativo (femenino); además, un 52.7% mostró polifarmacia y el 89.6% de los pacientes asistían de forma ocasional a sus consultas.

Dado que la adherencia terapéutica está influenciada por muchos factores, la no adherencia a la medicación antihipertensiva está presente en el 30-50% de los casos, lo que la convierte en un problema generalizado que compromete la atención de los pacientes y se evidencia en resultados no deseados para la salud, generando un impacto negativo a nivel sanitario⁸⁸.

Con relación al criterio de los profesionales en las entrevistas elaboradas, hay diversos factores que se interponen en la adherencia terapéutica. El F1, indica que los horarios son muy importantes debido a que “ciertos antihipertensivos se indican una o varias veces al día, entonces en pacientes polimedcados esto se vuelve algo complicado aún más si se trata de adultos mayores”, asimismo, la educación al paciente y si requiere de un cuidador.

Tanto la F2 como la F3, mencionan que de acuerdo con sus pacientes el factor principal que ha intervenido negativamente para lograr una adecuada adherencia es el olvido de tomar la medicación por parte de los adultos mayores. Por otro lado, los factores que considera la F2 respecto a su experiencia son cambios en su entorno, otras patologías y si requieren de un cuidador. La F3, indica que la edad, la alimentación, las enfermedades adyacentes, olvido, si viven solos y una mala explicación por parte del personal sanitario.

El MG1, indica que de acuerdo con sus pacientes los factores que intervienen serían que vivan solos, que sufran de limitaciones ya sea que no sepan leer o escribir, la educación y los mismos problemas humano o relacionarse. Conforme a su experiencia otros factores que podrían intervenir son problemas para acceder al servicio de salud, alguna discapacidad, problemas visuales y analfabetismos.

El MG2, de acuerdo con sus pacientes el factor que intervienen más es la polifarmacia, ya que la mayoría de los pacientes hipertensos van a necesitar más de un fármaco para controlar su presión arterial, lo que puede llevar a confundir las dosis, las horas, dificultando la adherencia. Conforme a su experiencia otros factores que podrían intervenir son, el estado de salud de la persona esto porque hay pacientes que tienen eventos cerebrovasculares previos o problemas cognitivos que van a requerir de un cuidador que

generalmente son los familiares y no alguien específico, el problema con los cuidadores es que si no llevan un orden del o de los tratamientos se va a ver afectada la adherencia terapéutica.

La optimización de la adherencia al tratamiento requiere una valoración de las áreas de oportunidad en las que se puedan realizar las intervenciones. Justo después de identificado el problema que entorpece la adherencia, se procede de manera individualizada a crear las estrategias e intervenciones respectivas. La FDA está tomando medidas específicas para mejorar la adherencia terapéutica, donde se basa principalmente en métodos de rastreo, mejorar la evidencia obtenida y en las estrategias profesional sanitario/paciente, manteniéndose al tanto de los avances a través de llamadas telefónicas a pacientes y sus familiares, así como el uso de la tecnología mediante el uso de sitios web¹⁰.

Por el momento no hay intervenciones específicas o una sola que fuera capaz de mejorar la adherencia terapéutica de forma universal para todos los pacientes, patologías o contextos. Algunas de las intervenciones de modo general para optimizar la adherencia al tratamiento²⁰. En la tabla 14, se muestran a continuación:

Tabla 14. Intervenciones para mejorar y mantener la adherencia terapéutica

Intervenciones	Descripción
Conductuales	Ya que la adherencia terapéutica es un comportamiento, este tipo de intervenciones son de gran provecho, dado a que van dirigidas a cambiar o fortificar la conducta de los pacientes para que sean participes de su propio autocuidado, mediante herramientas útiles para el profesional como entrevistas clínicas de tipo motivacional.
Técnicas	Estas intervenciones van dirigidas a simplificar los tratamientos, Pautas posológicas reduciendo el número dosis diarias, utilización de sistemas recordatorio, uso de pastilleros y de sistemas personalizados de dosificación, uso de aparatos tecnológicos para medir un resultado clínico, esto favorece la adherencia terapéutica.
Educativas	Busca proporcionar información oral, escrita, mediante soporte audiovisual, teléfono, correo electrónico, de manera particular o grupal por medio de visitas a domicilio, entre otras. La idea primordial es motivar y educar al paciente sobre su situación, su medicación y la forma correcta de manejar cada tratamiento.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia²⁰.

La adherencia a largo plazo de los tratamientos de enfermedades crónicas sigue siendo un desafío para el sistema sanitario. Solo una poca cantidad de pacientes siguen las recomendaciones al pie de la letra. La atención de distintos problemas de salud agudos o crónicos y acontecimientos de situaciones naturales o fisiológicas que presentan riesgos médicos para la salud, requieren de la colaboración de los pacientes y de cambios en sus

hábitos. Esto asumiendo la complejidad del fenómeno de adherencia al tratamiento, es preciso individualizar las estrategias de abordaje en medicina general y otros ámbitos de la salud. Algunas de las estrategias y métodos para aumentar el cumplimiento son⁸⁹:

1. Entrevista motivacional.
2. Simplificar el régimen terapéutico.
3. Relación y seguimiento de la atención.
4. Involucrar al paciente en la toma de decisiones.
5. Confidencialidad profesional sanitario-paciente.
6. Prevención de los efectos adversos a los medicamentos.
7. Conocer los hábitos del paciente y su percepción sobre la enfermedad.
8. Evitar que se crea que el fármaco sustituye la necesidad de cambios en el estilo de vida.

Hernández et al.⁹⁰ identificó a 80 pacientes que tomaron algún tipo de medicación ambulatoria y se efectuó el seguimiento de su adherencia al tratamiento. Encontró que uno de cada cuatro pacientes el olvida tomar por lo menos una dosis de su tratamiento y, que dos de cada cinco pacientes el no cumplen los horarios determinados para la toma de la medicación; esto independientemente de la patología que presentan o de la duración del tratamiento prescrito. Por lo cual, es de suma importancia implementar nuevos y diferentes instrumentos que le sirvan al personal de la salud contribuir de forma activa a cambiar u mejorar esta situación.

Con respecto a las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en esta población, por parte de profesionales entrevistados hay ciertos instrumentos con los que se podría trabajar esta falta de adherencia como la elaboración de cronogramas, la utilización de guías didácticas, por otro lado, disminuir la cantidad de dosis diarias. Uno de los temas mencionados entre toda la entrevista fue la educación al paciente sobre la medicación que toma, como debe tomarlo; entre otras.

En cuanto a la relación del profesional sanitario y el paciente, todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que esta relación si influye de forma positiva en la adherencia terapéutica, ya que una buena comunicación entre ambos ayuda a que el paciente se sienta ligado a su tratamiento y más confiado. Esto cambia un poco, así como hay pacientes que tiene una buena relación con el profesional de la salud hay otros que no, como indica el MG2, muchas veces les da miedo decir por qué no se están tomando la medicación, les da miedo decir los efectos secundarios, decir que se les olvida tomarlo y el paciente solo dice que se está tomando el medicamento y son los familiares quienes dicen que no se lo toma.

El F1, indica que cuando hay una buena educación hacia el paciente estos “van a tomar su medicación no solo por tomarla y ya. Sino que van a tomar el medicamento por una necesidad, que ellos mismos van a evidenciar cuál es esa necesidad”. El MG2, comenta que “hay que explicarles a los pacientes con palabras sencillas y dejar los tecnicismos por un lado”, además expresa que el adulto mayor “ya tiene muchos años de asistir a consulta, entonces ya le han explicado una y otra vez por lo que captan más fácil si se les explica de forma más sencilla, con pocas palabras y que ojalá haya algún acompañante para explicarle a ambos”.

Cuando se trata de educación en pacientes adultos mayores es importante ser claros con la información que se quiere brindar, tratar de contar con material de apoyo para una explicación más comprensible y evitar ser muy técnicos a la hora de expresarnos. En la consulta tanto médica como farmacéutica es importante que los pacientes vengan acompañados, ya sea de un familiar o de la persona encargada de su cuidado, esto con el fin de brindarles la información a los dos y responder a las preguntas que tengan ambos. De esta forma se asegura que si el paciente paso por alto algún dato su acompañante le pueda ayudar, además de que va a estar informado sobre la situación de salud del paciente. Asimismo, es una forma de lograr que el paciente logre tener una adecuada adherencia al tratamiento prescrito.

4.3 Elaborar una guía de atención farmacéutica que permita a los farmacéuticos optimizar la adherencia terapéutica y el uso adecuado de tratamientos antihipertensivos en los pacientes adultos mayores

Las guías de práctica clínica son una herramienta de gran utilidad para orientar a los profesionales de la salud con relación al manejo clínico de sus pacientes, ya que favorecen a optimizar los resultados clínicos, el uso racional de los recursos y disminuyen la inestabilidad clínica. Como recomendación general, se debe pasar de guías basadas en opinión de expertos a guías basadas en la evidencia científica y que prometan mejores opciones de diagnóstico y tratamiento para los pacientes⁹¹.

La información que se le vaya a brindar al paciente debe ser personal, con un enfoque hacia las deficiencias que se asemejen al paciente, ya sea de forma escrita o verbal. Debido a que en la mayoría del tiempo son pacientes adultos mayores, si el paciente no sabe leer, es importante realizar métodos audiovisuales como, por ejemplo, guías con ilustraciones, donde para el personal de la salud sea más fácil explicarle al paciente paso a paso con el uso de las imágenes en este caso¹⁰.

Diferentes estudios realizados en pacientes con hipertensión arterial muestran que posterior a la intervención farmacéutica ocurre un aumento de la adherencia terapéutica, así como una disminución en el número de interacciones medicamentosas, de resultados negativos asociados con la medicación, un adecuado control de la presión arterial y un creciente aumento de la calidad de vida con relación a la salud²¹.

Los farmacéuticos son profesionales de la salud que poseen un rol central en la adherencia al tratamiento. Su cercanía con los medicamentos debido a su formación y experiencia; sus habilidades para generar cambios positivos en el comportamiento y su contacto con los pacientes en las actividades diarias son condiciones que facilitan su intervención directa con los pacientes de forma individual. El trabajo realizado por el farmacéutico sobre la adherencia terapéutica puede llevarse a cabo de modo coincidente a

otros servicios (dispensación, seguimiento farmacoterapéutico, indicaciones u otras) o bien como un servicio independiente mediante entrevistas clínicas con el paciente²⁰.

En el seguimiento farmacoterapéutico, la adherencia es valorada en diferentes etapas, por medio de la recolección de información sobre la toma de medicamentos esto en la primera entrevista o en las entrevistas periódicas o la identificación de la falta de adherencia como un problema relacionado al tratamiento farmacológico lo cual puede ser causante de un resultado no deseado de la medicación²⁰.

Gómez et al.⁹² indican que el 73% de los pacientes mencionan que nunca recibieron información acerca de los medicamentos que se prescribían en el momento de la dispensación y solo el 9% afirman haber recibido siempre la información. Además, observaron que el 41% de los pacientes toman de cinco a más medicamentos vía oral y que el 47% de ellos confirmo que administraban estos medicamentos juntos. Los medicamentos para este estudio como base de referencia fueron los antihipertensivos por lo que cabe resaltar que la cantidad de interacciones de este medicamento con otros fármacos es importante, ya que se puede inhibir o potenciar su efecto, inclusive de los mismos fármacos que sean para el mismo tratamiento, esto sin dejar de lado las repercusiones para el paciente.

En la siguiente tabla 15, se muestran los pasos de intervención farmacéutica en la adherencia terapéutica.

Tabla 15. Paso de la intervención farmacéutica sobre la adherencia terapéutica

Pasos	Intervención
Paso 1. Detección e identificación	Detectar a los pacientes con situaciones más susceptibles, a través de diferentes señales de alarma como registros de dispensación poco coherentes, uso incorrecto de medicamentos, información alusiva naturalmente por el paciente o bien por indagación del farmacéutico
Paso 2. Evaluación y clasificación de la adherencia	Evaluar el grado de adherencia terapéutica, así como también determinar el tipo de no adherencia, se pueden realizar de diferentes métodos para la detección y evaluación de la adherencia, estos pueden por medio de cuestionarios validados, entrevistas, entre otros.
Paso 3. Indagación de barreras detectadas	Se encierran en dos tipos: barreras prácticas vinculadas con los recursos o habilidades que tenga el paciente y barreras de percepción estas se encuentran relacionadas con las creencias y motivaciones
Paso 4. Propuesta de estrategias específicas	Elegir estrategias más convenientes para optimizar o para mantener la adherencia terapéutica, con el propósito de resolver los problemas que fueron encontrados. Todas las intervenciones deben elaborarse de forma individualizada y no se circunscribe exclusivamente a un momento exacto
Paso 5. Alianza terapéutica farmacéutico-paciente	Concertar entre el farmacéutico y el paciente la forma en que se llevaran a cabo las estrategias, estableciendo un compromiso terapéutico entre ambos, esto vigorizara el empoderamiento del paciente y testifica el comportamiento posterior del mismo
Paso 6. Seguimiento y evaluación continua	Es importante realizar un seguimiento continuo, dado que la adherencia es multifactorial y puede verse perjudicada por diferentes motivos. Para ello realizar visitas periódicas permite comprobar el resultado de la intervención anterior e ir reevaluando la adherencia con el paso del tiempo.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia²⁰.

En su estudio efectuado por García et al.²¹ predominaron los pacientes del sexo femenino con un 62% de mujeres, en cuanto al nivel de escolaridad un 40% eran preuniversitarios. Por otro lado, el 54% eran pacientes polimedicados, 232 de los resultados detectados negativos estaban asociados a la medicación, donde predominó la de seguridad 75,4%, seguidamente de la efectividad 17,7%. Se llevaron a cabo 237 intervenciones farmacéuticas que aumentaron en un 84% del porcentaje de pacientes adheridos completamente. Se solucionaron el 82,76% de los resultados negativos asociados al tratamiento y el 100% de los pacientes quedó satisfecho. Los servicios implementados para aumentar la adherencia al tratamiento tuvieron un gran impacto en los pacientes mostrando resultados positivos.

Respecto a la información obtenida de las entrevistas, el F1, menciona el uso de pictogramas como instrumento para pacientes con necesidades especiales como en el caso que él indica de un paciente hipertenso, vecino de Turrialba que no sabía leer ni escribir, entonces verbalmente se le explicaban todas las indicaciones respectivas acompañado de imágenes para su mayor comprensión. Por otra parte, la F2, hace referencia al uso de guías para explicarle a los pacientes adultos mayores el uso correcto de los medicamentos, las cuales tienen ciertas características como, imágenes o dibujos sencillos, letra grande, colores; entre otros elementos que llamen la atención del paciente. Por último, la F3, menciona el uso de cronogramas ilustrativos para dividir los medicamentos o el tratamiento que este tomando, con figuras que le expliquen, por ejemplo, si la toma es en la mañana un solcito, si debe tomarlo por la noche una luna y así de modo que le recuerden como tomar y a qué hora.

Por otro lado, la frecuencia de pacientes hipertensos atendidos por crisis hipertensivas en el área de emergencias es algo que se ve todos los días, según lo mencionado en las entrevistas por el MG1 y el MG2, en donde el rango de edades es entre los 40 y 60 años. El MG2, menciona que “cuesta más encontrar un paciente normotenso en emergencias que alguien con una hipertensión descompensada”.

Referente a lo que se mencionó anteriormente, el optar por una guía complementaria de atención farmacéutica para mejorar la adherencia en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, fortalece la comunicación con el paciente y facilita la explicación al profesional de la salud, en este caso los regentes farmacéuticos, esto refuerza la educación del paciente y en consecuencia mejora la adherencia terapéutica. Siempre y cuando se tome el tiempo necesario para explicarle detenidamente a los pacientes y de forma individualizada.

De acuerdo con el análisis de resultados, se plantea la siguiente propuesta de guía en atención farmacéutica para mejorar la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos. En esta sección se mostrarán las siguientes partes de la guía, la portada, tabla de contenido y una sección como ejemplo para simbolizar como está estructurada.

Figura 4. Ilustración de cómo se encuentra organizada la guía



Fuente: elaboración propia, 2022.

Contenido


Introducción.....	3
Tema 1: Evaluación.....	4
Consideraciones para evaluar la adherencia terapéutica	5
Test de Morisky Green (MMAS-8).....	5
Tema 2: Educación.....	7
Características generales de la hipertensión arterial	8
¿Qué es la hipertensión arterial?.....	8
Interpretación de las cifras de presión arterial	8
Síntomas frecuentes de la hipertensión arterial.....	9
Complicaciones	9
Factores que influyen en la hipertensión arterial	10
Prevención y control de la hipertensión arterial.....	11
Importancia de la adherencia terapéutica en la HTA.....	12
¿Qué es la adherencia terapéutica?	12
Razones de la falta de adherencia.....	12
Tema 3. Estrategias	13
Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica	14
Pasos para la intervención farmacéutica en la adherencia terapéutica.....	16
Plan de estrategias generales de adherencia terapéutica para los pacientes	17
Referencias	18




Tema 1: Evaluación

Consideraciones para evaluar la adherencia terapéutica

Primeramente se debería realizar una pequeña entrevista para conocer datos básicos del paciente, seguidamente evaluar en qué tipo de adherencia se encuentra de acuerdo con las siguientes:

 **Adherencia terapéutica adecuada:** El paciente cumple con su tratamiento, en cuanto a (medicamentos, dosis, frecuencia, duración y medidas no farmacológicas), tiene conocimiento de su enfermedad, sus cifras de presión arterial son normal en el momento de la consulta farmacéutica¹.

 **Adherencia terapéutica inadecuada:** El paciente no cumple con su tratamiento de forma parcial o total (medicamentos, dosis, frecuencia, duración y medidas no farmacológicas), desconoce su enfermedad, sus cifras de presión arterial son anormales¹.

Una vez que se tenga claro la adherencia del paciente, se puede hacer una evaluación de su comportamiento terapéutico utilizando el test de Morisky Green que es uno de los más conocidos y utilizados

Test de Morisky Green (MMAS-8)

Este cuestionario analiza el comportamiento de los pacientes hipertensos a la hora de tomar su medicación. Son 8 ítems que miden un conducta específica con relación a los medicamentos. Permite la identificación de barreras y comportamientos ligados con la adherencia de medicamentos para la hipertensión arterial². A continuación se muestran las preguntas.

Escala MMAS-8 para HTA².		
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su hipertensión arterial?	Si = 0	No = 1
2. En las dos semanas pasadas. ¿Dejo de tomar los medicamentos para su hipertensión arterial algún día?	Si = 0	No = 1
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas, sin decírselo al médico porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si = 0	No = 1
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida de llevar sus medicamentos para su hipertensión arterial alguna vez?	Si = 0	No = 1
5. ¿Se tomó sus medicamentos para la hipertensión arterial ayer?	Si = 0	No = 1
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está controlada, ¿deja a veces de tomar sus medicamentos?	Si = 0	No = 1
7. Tomar los medicamentos todos los días puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez molesto por seguir el tratamiento para su hipertensión arterial?	Si = 0	No = 1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todos sus medicamentos para la hipertensión arterial?		
Nunca/Raramente...	1	
De vez en cuando...	0,75	
A veces.....	0,50	
Normalmente...	0,25	
Siempre...	0	
Puntuación 8: Alta adherencia. Puntuación 6-7: Adherencia media. Puntuación < 6: Baja adherencia.		

CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado se puntualizan las conclusiones alcanzadas basadas en la información reunida durante el proceso de la investigación, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos específicos planteados, además de responder la pregunta elaborada en el planteamiento del problema. Asimismo, se detallan las recomendaciones por medio de los resultados y las conclusiones expuestas.

5.1 Conclusiones

- La adherencia al tratamiento tiene que ver con el comportamiento de los pacientes con relación a cómo se ajusta a las indicaciones recomendadas por su médico sobre el tratamiento prescrito.
- La falta de adherencia terapéutica se clasificada como un problema de salud pública a nivel mundial y aunque los avances médicos sigan aumentando los niveles de adherencia siguen siendo bajos y con muy pocos cambios significativos.
- Una mala adherencia terapéutica induce a una menor o nula efectividad de tratamiento farmacológico, provocando una decadencia en la calidad de vida del paciente.
- La hipertensión arterial, al ser asintomática dificulta el seguimiento del tratamiento farmacológico, ya que los pacientes al no percibir el riesgo crónico abandonan su tratamiento.
- Un buen control de la hipertensión arterial es significativo para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo las exacerbaciones y la mortalidad.
- Para conocer el nivel de adherencia terapéutica de un paciente es importante que el profesional de la salud disponga de herramientas y estrategias de intervención para cada paciente.

- La adherencia al tratamiento afecta a todas las personas, pero son los adultos mayores el grupo más vulnerable debido a sus características propias de la edad.
- La no adherencia a los tratamientos antihipertensivos aumenta los costos, tanto para el paciente como para los sistemas de salud, debido al incumplimiento terapéutico prescrito.
- Existen cuestionarios para medir la adherencia terapéutica, como el cuestionario de Morisky-Green diseñado para evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Los pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo tienen mayor probabilidad de presentar una baja calidad de vida con relación a los pacientes adherentes.
- Las reacciones adversas son una causa de temor en los pacientes que no se adhieren a su tratamiento antihipertensivo.
- Los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial presentan un bajo conocimiento de su enfermedad y al mismo tiempo comorbilidades.
- La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo es una de las principales causas de hipertensión arterial no controlada en los pacientes.
- La calidad de vida es el discernimiento de una persona sobre su visión de la vida en el contexto de cultura y sistema en que vive.
- La aceptación de los cambios en el desarrollo de una vida normal y la adopción de hábitos saludables, le permiten a la persona una óptima calidad de vida y longevidad.

- Los pacientes hipertensos deben realizar modificaciones en su estilo de vida, las cuales tendrá un impacto positivo en el control de la presión arterial, en el tratamiento farmacológico con antihipertensivos y en su calidad de vida.
- El número de pacientes adultos mayores cuya calidad de vida se ve afectada a causa de la hipertensión arterial, se incrementa cada vez más, por lo que debe tomarse en cuenta para disminuir la morbimortalidad.
- Se debe recordar que el incumplimiento o una adherencia inadecuada a los tratamientos prescritos, se asocian con una serie de consecuencias para la salud de los pacientes.
- Los factores que influyen en la adherencia, de forma general, son los relacionados con el tratamiento, los socioeconómicos, relacionados con el paciente, relacionados con la patología y los relacionados con el sistema sanitario.
- Existen pacientes que, cuando hay ausencia de síntomas o hay mejoría clínica de la enfermedad, deciden abandonar el tratamiento.
- En la hipertensión arterial hay varios factores relacionados con el comportamiento de las personas, que contribuyen a la aparición de la enfermedad o a exacerbaciones de esta.
- Los factores metabólicos relacionados con la hipertensión aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, entre otras complicaciones.
- En relación con la opinión de los profesionales, el factor que incide más en una inadecuada adherencia terapéutica es la falta de educación sobre el uso correcto de los medicamentos y su indicación médica.

- Optimizar la adherencia al tratamiento requiere la valoración de las áreas de oportunidad en las que se puedan realizar las intervenciones.
- Las medidas más eficaces para mejorar y mantener la adherencia son el uso de combinaciones de estrategias que abordan la educación del paciente, destrezas de la conducta, la motivación personal, el apoyo social y el seguimiento telefónico.
- Los factores que tienen influencia positiva sobre la adherencia terapéutica son el autocuidado, simplificar los tratamientos, sistemas de recordatorio, educación ofrecida y la participación de diferentes profesionales de la salud en la atención.
- La buena comunicación entre el profesional de la salud y el paciente mejoran la adherencia y le brinda mayor confianza al paciente.
- Brindar estrategias de abordaje individualizadas permite abordar a los pacientes desde sus propias necesidades.
- Las guías facilitan la explicación por parte del profesional de la salud y, a la vez, mejoran la comprensión por parte del paciente.
- Para responder a la pregunta de investigación la no adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con tratamiento antihipertensivo repercute de manera significativa en la calidad de vida, debido a que una deficiente adherencia puede acarrear complicaciones graves que afecten la calidad de vida del paciente.
- Siguiendo con la pregunta de la investigación, se puede decir que la atención farmacéutica tiene un gran impacto, ya que por medio de esta práctica se puede educar a los pacientes en cuanto a su tratamiento y su enfermedad, lo que va a mejorar su adherencia terapéutica y, en consecuencia, su calidad de vida.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda al Hospital Metropolitano implementar campañas sobre la importancia de la adherencia terapéutica en los tratamientos antihipertensivos, ya que es una patología a la cual no se le da mucha divulgación.
- Se recomienda al Hospital Metropolitano establecer espacios de atención farmacéutica, para pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.
- Se recomienda a los regentes del Hospital Metropolitano empatizar más con esta población, así como dedicarle más tiempo a la hora de la visita a la farmacia y buscar estrategias que les puedan ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento.
- Se recomienda a la farmacia del Hospital Metropolitano tener material de apoyo a la hora de brindarle alguna recordación a los adultos mayores, porque en este momento no cuentan con ningún programa de adherencia terapéutica dirigido a pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.
- Se recomienda a las autoridades sanitarias públicas implementar medicamentos que contengan varios principios activos en conjunto pero que solo sean de una toma diaria o buscar otras alternativas donde las tomas diarias sean mínimas, como es el caso de los sistemas de salud privada; esto para favorecer un mejor cumplimiento por parte de los adultos mayores.
- Se recomienda realizar investigaciones en donde se utilice la guía de atención farmacéutica propuesta en el trabajo, con la finalidad de estudiar los beneficios que está pueda traer a la población adulta mayor.
- Se recomienda a la Universidad Internacional de las Américas, en especial a la Facultad de Farmacia, motivar a los estudiantes para realizar investigaciones de este tipo en diversas patologías que aquejan a diferentes poblaciones y así generar mayor conocimiento y beneficios.

CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington DC: OPS; 2022 [consultado el 20 de mayo del 2022]. Hipertensión; [3 pantallas aprox.]. Disponible en: <https://goo.su/tiqd>
2. Lorenzo J, Viton A. Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor. Rev. Med. Electrón [Internet]. 2020 [citado el 20 de mayo del 2022]; 42(3):1960-1963. Disponible en: <https://goo.su/POMLgjd>
3. Polanco S, Rivera I, Salamanca E, Velasco Z. Características de salud y adherencia farmacoterapéutica en el adulto mayor del municipio de Acacías (Colombia). Rev. colomb. cienc. quim. farm [Internet]. 2021 [citado el 20 de mayo del 2022]; 50(2):325-338. Disponible en: <https://bit.ly/3Ryu8lf>
4. López L, Romero S, Parra D, Rojas L. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. Hacia. promoc. Salud [Internet]. 2016 [citado el 01 de marzo del 2022]; 21(1):117-137. Disponible en: <https://bit.ly/3cfAcyI>
5. Cardona J, Higuera L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 [citado el 10 de marzo del 2022]; 40(2):175-189. Disponible en: <https://goo.su/kJjg>
6. Martínez O, Camarero O, González C, Martínez L. Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. MediMay [Internet]. 2016 [citado el 10 de marzo del 2022]; (22)1: [aprox. 11]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/925>
7. Rodríguez Hernández M. El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores. Rev. Pen. Act [Internet]. 2019 [citado el 03 de febrero del 2022]; 19(33):121-135. DOI: [10.15517/PA.V19I33.39563](https://doi.org/10.15517/PA.V19I33.39563)

8. Chevez D, Alfaro K, Salas F, Robledo A, Lubker E, Alfaro M. Factores de riesgo cardiovascular. CS [Internet]. 2020 [citado el 22 de junio del 2022]; 4(1):22-25. DOI: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i1.108>
9. Burgal C, Pérez A, Ortega I. Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. Rev. Médica Electrónica [Internet]. 2021 [citado el 23 junio del 2022]; 43(6):1-11. Disponible en: <https://goo.su/Bq4o>
10. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado el 22 de junio del 2022]; 16(3):226-232. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82378>
11. Casas P, Ortiz P, Penny E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Rev. Perú. Med. exp. Salud pub [Internet]. 2016 [citado el 22 de junio del 2022]; 33(2):335-341. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2153>
12. Ramos Morales L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev. cuba. angirol. cir. vasc [Internet]. 2015 [citado el 22 de junio del 2022]; 16(2):175-189. Disponible en: <https://goo.su/rfrlxph>
13. Herrera J, Oblitas A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017. ACC Cienta [Internet]. 2020 [citado el 22 de junio del 2022]; 7(1):31-41. DOI: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.354>
14. Garcés J, Quillupangui S, Delgado E, Sarmiento S, Samaniego X, García G, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Rev. Latinoam. de Hipertens [Internet]. 2020 [citado el 22 de junio del 2022]; 15(5):322-328. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>

15. Ramos Morales L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev. cuba. angirol. cir. vasc [Internet]. 2015 [citado el 22 de junio del 2022]; 16(2):175-189. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756351>
16. López J, Blázquez G, López R, Milián R, López C. Evaluación de la satisfacción con el tratamiento farmacológico en personas con hipertensión arterial. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2019 [citado el 22 de junio del 2022]; 93:2-11. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/view/75188>
17. Cruz Aranda J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Med. Int. Méx [Internet]. 2019 [citado el 22 de junio del 2022]; 35(4):515-524. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>.
18. Andrade Castellanos A. Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. Med. Int. Méx [Internet]. 2015 [citado el 22 de junio del 2022]; 31(2):191-195. Disponible en: <https://goo.su/HRtp>
19. Limaylla Torre M. Consejería farmacéutica y adherencia al tratamiento antihipertensivo: estudio preliminar. Rev. Perú. Med exp. salud publica [Internet]. 2017 [citado el 22 de junio del 2022]; 34(2):343-344. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2647>
20. Pagès N, Valverde M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars. Pharm [Internet]. 2018 [citado el 22 de febrero del 2022]; 59(4):251-258. DOI: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
21. García D, Lores D, Dupotey N, Espino D. Atención Farmacéutica en adultos mayores hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba. Ars Pharm. 2018; 59(2):91-98.

22. Vargas Esquivel L. Creencias sobre vejez y salud en adultos mayores y su influencia en el uso de servicios de salud de primer nivel de atención [Tesis de maestría en Enfermería]. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
23. Gamarra H, Roque R. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso [Tesis de licenciatura de Químico Farmacéutico]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
24. Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *PSIENCIA*. 2014; 6(2):64-70.
25. Herrera Guerra E. Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010 [Tesis de magíster de Enfermería]. Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
26. Quispe Huamani M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021 [Tesis de licenciatura en enfermería]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021.
27. Cajachagua M, Vargas C , Ingles M , Chávez J. Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, la Era-Lima, Perú y San Miguel-Arica, Chile. *Rev. Latinoam. de Hipertens.* 2021; 16(1):101-106.
28. Limaylla La Torre M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycán-EsSalud [Tesis de magíster en Atención Farmacéutica]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

29. Pérez Achincho V. Prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Salud San Gabriel-Carchi, 2017 [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2018.
30. Jaramillo Loján S. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos [Tesis de licenciatura en Medicina General]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017.
31. López H, Cuba K. Seguimiento farmacoterapéutico y su efecto sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II EsSalud-Chupaca, 2019 [Tesis de licenciatura de Químico Farmacéutico]. Huancayo, Perú: Universidad Privada De Huancayo Franklin Roosevelt; 2021.
32. Rodríguez Hernández M. Universidad de Costa Rica [Internet]. San José, Costa Rica: La Universidad; 2019 [consultado el 03 de febrero del 2022]. El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores; 121-135. Disponible en: <https://goo.su/Lb1tuA>
33. Arce Ramírez S. Creencias en salud que inciden en la adherencia terapéutica de cuatro pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) del Hospital San Vicente de Paúl, 2019-2020 [Tesis de licenciatura en Psicología]. Heredia, San José: Universidad Nacional de Costa Rica; 2020.
34. Granados M, Muñoz D. Universidad de Costa Rica [Internet]. San José, Costa Rica: La Universidad; 2015 [consultado el 03 de febrero del 2022]. Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores; 1-16. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/19732>

35. Vargas G, Rodríguez A. El Consultorio Farmacéutico: Un nuevo Espacio para la Atención Farmacéutica. *Fármacos* [Internet]. 2008 [citado el 03 de febrero del 2022]; 19(1/2):13-22. Disponible en: <https://goo.su/jHpDm>
36. De La Guardia Mario, Ruvalcaba Jesús. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR* [Internet]. 2020 [citado el 10 de marzo del 2022]; 5(1):81-90. DOI: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
37. Santoro Lamelas V. La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. *Rev. Salud pública* [Internet]. 2016 [citado 10 de marzo del 2022]; 18(4):530-542. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.47854>
38. Benavides M, Fallas P, Guzmán A, Cyrus E, Roselló M. Calidad de vida y envejecimiento activo, su influencia en el índice de esperanza de vida. *Rev. Ter* [Internet]. 2020 [citado el 10 de marzo del 2022];14(2):10-21. DOI: <https://doi.org/10.33967/rt.v14i2.110>
39. Pariente E, García A, Lara M, García A, Montes M, Andino J, Otero N, Ramos M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la hipertensión arterial: un análisis diferenciado por género sobre población de Cantabria. *Rev. esp. salud pública* [Internet]. 2020 [citado el 10 de marzo del 2022]; 94(22):1-13. Disponible en: <https://goo.su/mnnhL>
40. Cáceres Flor, Parra L, Pico Oscar. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. salud pública* [Internet]. 2018 [citado el 10 de marzo del 2022]; 20(2):147-154. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.43391>
41. Villafuerte J, Alonso Y.A, Alonso Y, Alcaide Y, Betancourt I, Arteaga Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*

- [Internet]. 2017 [citado el 24 de febrero del 2022]; 15(1):2-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049913012>
42. Hernández A, Chávez J, Gutiérrez J, Pimentel J, Telumbre J, Juárez L, Mendoza G. Incertidumbre y calidad de vida en pacientes con hipertensión. J Health NPEPS [Internet]. 2019 [citado el 10 de marzo del 2022]; 4(2):240-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103697>
43. Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Enferm. Nefrol [Internet]. 2015 [citado 05 de junio del 2022]; 18(4):282-289. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000400006>
44. Sepúlveda Saavedra J. Texto Atlas de Histología. Biología celular y tisular [Internet]. 2ª ed. México: McGraw Hill; 2014 [consultado el 05 de junio del 2022]. Disponible en: <https://n9.cl/nm0p>
45. López A, Macaya C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA [Internet]. 1ª ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2009 [consultado el 05 junio del 2022]. Disponible en: <https://onx.la/c0a01>
46. Solís A, Bergonzoli G, Contreras A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. Univ. Salud [Internet]. 2022 [citado el 05 de junio del 2022]; 24(1):95-101. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.222401.261>
47. Duran T, Herrera J, Salazar M, Míreles A, Saavedra O, Ruiz J. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Cienc. enferm. [Internet]. 2022 [citado el 05 de junio del 2022]; 28(3):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-3fftj60003>

48. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev. Med. Hered [Internet]. 2016 [citado el 05 de junio del 2022]; 27(1):60-66. Disponible en: <https://goo.su/VmcWdF4>
49. Jameson L, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna [Internet]. 20ª ed. México: McGraw Hill; 2018 [consultado el 05 de junio del 2022]. Disponible en: <https://n9.cl/5pc1a>
50. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Oswaldo Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev. Chil. Cardiol [Internet]. 2010 [citado 10 de junio del 2022]; 29(1):117-144. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>.
51. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob [Internet]. 2012 [citado el 05 de junio del 2022]; 11(26):344-353. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>
52. Berenguer J. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado el 05 de junio del 2022]; 20(11):5185-5190. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448441015>
53. Tagle Vargas R. Diagnóstico de hipertensión arterial. Rev. méd. Clí. Las Condes [Internet]. 2018 [citado el 07 de junio del 2022]; 29(1):12-20. Disponible en: <https://onx.la/1d071>
54. Victoria Ramos M. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Rev. Urug. Cardiol [Internet]. 2019 [citado el 07 de junio del 2022]; 34(1):131-152. Disponible en: <https://onx.la/879b7>

55. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C: OPS; [consultado el 07 de junio del 2022]. HEARTS en las Américas: medición de la presión arterial [4 pantallas aprox.]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americanas/hearts-americanas-medicion-presion-arterial>
56. Sabio R, Valdez P, Abuabara Y, Andrade R, Arbo G, Arias C, et al. Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int [Internet]. 2019 [citado el 07 de junio del 2022]; 6(1):86-123. DOI: [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)86-123](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)86-123)
57. García L, Centurión O. Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. Rev. salud pública Parag [Internet]. 2020 [citado el 07 de junio del 2022]; 10(2):59-66. DOI: <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.diciembre.59>
58. Ferreira M, Coronel G, Rivarola M. Beneficios de la terapia antihipertensiva combinada, en el control de las cifras de presión arterial. Rev. Cient. Cienc. Méd [Internet]. 2021 [citado el 07 de junio del 2022]; 24(1):25-29. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332021000100025&lng=es
59. Arellano A, Rodríguez F. Actualización farmacológica de los mecanismos de acción y el manejo de la hipertensión arterial. Artículo de revisión. AA [Internet]. 2019 [citado el 07 de junio del 2022]; 65(1):81-04. Disponible en: <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/168>
60. Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. Rev. OFIL-ILAPHAR [Internet]. 2020 [citado el 03 de mayo del 2022]; 30(4):313-323. DOI: <https://n9.cl/o5vd2>

61. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Treatment adherence and persistence: causes, consequences, and improvement strategies. *Aten. Primaria*. 2011; 41(6):342-348.
62. Honorato Pérez J. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Medicina respiratoria*. 2015; 8(1):47-52.
63. Pochuanca L, Villacorta J, Hurtado Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]*. 2021 [citado el 08 de mayo del 2022]; 14(3):316-321. DOI: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252>
64. Graham C, McCracken L, Harrison A, Walburn J, Weinman J. Outlining an acceptance and commitment therapy approach to treatment non-adherence. *Br J Health Psychol [Internet]*. 2022 [citado el 24 de febrero del 2022]; 27(1):1-12. DOI: [10.1111/bjhp.12579](https://doi.org/10.1111/bjhp.12579)
65. Calvo B, Gastelurrutia M, Urionaguena A, Isla A, Pozo A, Solinís M. Oferta de servicios de atención farmacéutica: clave para un nuevo modelo de servicios de salud. *Aten. Primaria*. 2021; 54(1):102-198.
66. Dávila Flores P. Knowledge of the dadder Method of pharmacotherapeutic follow-up in community pharmacies of the city of Sucre. *Rev. Bio Sci*. 2019; 2(4):01-10.
67. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación [Internet]. 6a ed. México D.F: McGRAW-HILL; 2014 [consultado el 10 de marzo del 2022]. Disponible en: <https://n9.cl/moqdn>
68. Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud [Internet]. 1ª ed. La Habana: ciencias médicas; 2008 [consultado el 13 de abril

- del 2022]. Disponible en: <https://www.pdfdrive.com/metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n-para-las-ciencias-de-la-salud-e56229981.html>
69. Cruz García M. Fuentes de Información. ICEA [Internet]. 2019 [citado el 13 de abril del 2022]; 8(15):57-58. Disponible en: <https://n9.cl/twh80>
70. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington, D.C: OPS [Consultado el 07 de mayo del 2022]. INDICADORES DE SALUD: Aspectos conceptuales y operativos; [6 pantallas aprox.]. Disponible en: <https://n9.cl/siltl>
71. Manterola C, Asenjo C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia y grados de recomendación de uso actual. Rev. chil. Infectol [Internet]. 2014 [citado el 30 de agosto del 2021]; 31(6):705-718. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n6/art11.pdf>
72. Espinoza Freire E. Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Conrado [Internet]. 2018 [citado el 13 de abril del 2022]; 14(1):39-49. Disponible en: <https://n9.cl/vxay2>
73. Moreno B, Muñoz M, Cuellar J, Domancic S, Villanueva J. Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. Rev. Clin. periodoncia [Internet]. 2018 [citado el 13 de abril del 2022]; 11(3):184-186. Disponible en: <https://n9.cl/294yq>
74. Troncoso Pantoja C, Amaya Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Rev. fac. méd [Internet]. 2017 [citado el 13 de abril del 2022]; 65(2):329-332. Disponible en: <https://n9.cl/2qph9>
75. García Valle S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. Rev. OFIL·ILAPHAR [Internet]. 2020 [citado el 13 de junio del 2022]; 30(2):115-120. Disponible en: <https://n9.cl/4yqyf>

76. Franco A, Silva A, Soto O, Franco A. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. Rev. inf. cient [Internet]. 2018 [citado el 13 de junio del 2022]; 97(6):1124-1134. Disponible en: <https://n9.cl/lzxhg>
77. Vicente S, Olmos R, Ramírez C, García M, Valderrey M, de la Rubia A. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. Farm Hosp. [Internet]. 2018 [citado el 13 de junio del 2022]; 42(4):147-151. Disponible en: <https://n9.cl/yzkgg>
78. Hernán D, Ortiz I. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del consultorio de Clínica Médica del Hospital de Clínicas. An. Fac. Cienc. Méd [Internet]. 2021 [citado el 10 de julio del 2022]; 54(2):89-96. Disponible en: <https://bit.ly/3AVghQ2>
79. Sanabria C, Guzmán F. Adherencia farmacoterapéutica en pacientes geriátricos del Hospital Santa Bárbara en Sucre Bolivia. Rev. Cien. Tecno e Innova. 2018; 16(17):983-990.
80. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado el 10 de julio del 2022]; 59(3):163-172. Disponible en: <https://bit.ly/3IGh9cU>
81. Carrión M, Mesa I, Ramírez A, Jaya L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos Nabón. Rev. AVFT [Internet]. 2021 [citado el 10 de julio del 2022]; 40(3):298-304. Disponible en: <https://bit.ly/3zb88FR>
82. González Y, Cardosa E, Carbonell A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Rev. Inf. Cient [Internet]. 2019 [citado el 10 de julio del 2022]; 98(2):146-156. Disponible en: <https://bit.ly/3Pc7yxa>
83. Pincay Cañarte M. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Higía [Internet]. 2020 [citado el 10 de julio del 2022]; 2(1):1-6. Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/531>

84. Rubilar M, Medina A. Calidad de vida y frecuencia de actividad física en adultos mayores de agrupaciones comunitarias, comuna Chillán, Chile. Rev. méd. Risaralda [Internet]. 2020 [citado el 10 de julio del 2022]; 26(2):130-137. Disponible en: <https://bit.ly/3aJrXKV>
85. Duran T, Herrera J, Salazar M, Míreles M, Saavedra O, Ruiz J. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Cienc. Enferm [Internet]. 2022 [citado el 10 de julio del 2022]; 28(3):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-3fftj60003>
86. Aguilera R, Piloña E, Castellanos A, Laínez E, Sierra V. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en adultos en centros de Atención Primaria. Rev. Científica [Internet]. 2019 [citado el 10 de julio del 2022]; 17(1):19-22. Disponible en: <https://bit.ly/3AVHguO>
87. Osorio E, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Rev. Colomb. Cardiol. 2018; 25(3):209-221.
88. Hernández L, Crespo D, Trujillo L, Hernández L, Azcuy M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Finlay [Internet]. 2021 [citado el 10 de julio del 2022]; 11(3):279-286. Disponible en: <https://bit.ly/3uSlswb>
89. Arredondo A, Martínez S, González Y, Trench L. Análisis de la no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso. Rev. Méd Electrón. 2018; 40(3):615-626.
90. Linares L, Linares B, Vitón A. Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos. Aten Fam. 2021; 28(1):16-20.

91. Turabián Fernandez J. Strategies and methods to improve compliance in special patient groups and with specific health problems. Arch Community Med Public Health. 2020; 6(1):104-109.
92. Hernández I, Sarmiento N, González I, Galarza S, Bastida A, Terán S, et al. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Rev. Metro Ciencia. 2018; 26(1):07-11.
93. Suárez V, Alva C, Timaná R, Pimentel P, Dogo V. Priorización para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud): análisis multicriterio. An. Fac. Med [Internet]. 2018 [citado el 10 de junio del 2022]; 79(2):175-180. Disponible en: <https://bit.ly/3PyOKsd>
94. Gómez A, Céspedes Y, Rosales R. Incidencia de la dispensación de fármacos antihipertensivos en farmacias del municipio Bayamo, Granma. Diciembre 2019. Multimed [Internet]. 2020 [citado el 10 de junio del 2022]; 24(5):994-1008. Disponible en: <https://bit.ly/3uX2VPI>

CAPÍTULO VII – ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia.

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Lorenzo J, Viton A./ Rev. Med. Electrón/2020.	2	Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor.	Revisión bibliográfica documental	5	N/A	Revisión bibliográfica sobre la calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor	Concluye la consideración necesaria de perfeccionar la actividad en cuanto a la prevención y el control de la HTA, hecho que debe constituir una prioridad del sistema de salud, el resto de las instituciones y la comunidad en general.
Polanco S, Rivera I, Salamanca E, Velasco Z/ Rev. colomb. cienc. quim. Farm/2021.	3	Características de salud y adherencia farmacoterapéutica en el adulto mayor del municipio de Acacías (Colombia).	Estudio descriptivo de corte transversal con variables cuantitativas.	3	96 adultos mayores	Utilizaron muestreo no probabilístico discrecional, Los instrumentos utilizados fueron: mini examen cognoscitivo (MEC), que tiene una Habilidad entre 0,67-1,00, para conocer la adherencia al tratamiento se usó la escala de Moresby-Green	Como resultados el 64,6% de los adultos mayores consumen medicamentos; el 62,9% no son adherentes al tratamiento farmacológico, existe una correlación significativa a través del MEC (mini examen cognoscitivo), existe una correlación entre la no adherencia con el estado cognitivo y el apoyo familiar.

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Burgal C, Pérez A, Ortega I/ Rev. Médica Electrónica/2021.	9	Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos.	Estudio descriptivo longitudinal	3	Adultos mayores con hipertensión arterial	Para evaluar la adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario Martín-Bayarre Grau, La adherencia terapéutica fue clasificada en: pacientes adherentes, adherentes parciales y no adherentes	Se obtuvo un predominio en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un 62 %. La adherencia parcial se constató en un 22 %. Los problemas de adherencia prevalecieron en las féminas de 60-69 años.
Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J/ Acta Médica Grupo Ángeles/ 2018.	10	Adherencia terapéutica: un problema de atención médica.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Revisión bibliográfica sobre los factores que influyen en la adherencia y estrategias/intervenciones para mejorar la adherencia.	Concluye que, si la falta de adherencia a la medicación fuera una enfermedad, estaríamos ante una pandemia mundial. Mejorar la adherencia tiene el potencial de disminuir en gran cantidad los costos y mejorar de manera significativa la condición clínica de los pacientes.
Garcés J, Quillupangui S, Delgado E, Sarmiento S,	14	Adherencia al tratamiento de la hipertensión	Revisión bibliográfica	5	N/A	Búsqueda bibliográfica sobre adherencia al tratamiento	Como resultados se determinó que el nivel de adherencia en el país está en promedio entre el

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Samaniego X, García G, et al/ Rev. Latinoam. de Hipertens/2020.		arterial en adultos mayores.				antihipertensivo en Ecuador y Cuenca.	50.68%, mientras que para la ciudad de Cuenca la adherencia es del 63,3%. Considerando como un factor clave para lograr resultados positivos en cuanto a la enfermedad es el conocimiento por parte de los profesionales de la salud que juegan un papel primordial.
Pagès N, Valverde M/ Ars. Pharm/2018.	20	Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora.	Revisión bibliográfica no sistemática	5	N/A	Búsqueda bibliográfica no sistemática en la base de datos National Library of medicine, Washington DC, sobre los factores determinantes	Obtienen como resultado que la adherencia al tratamiento es una conducta compleja influenciado por múltiples factores, Además, concluyen que la adherencia terapéutica es un comportamiento dinámico influenciado por una gran variedad de factores y, por esto, las estrategias para mejorarla deberían individualizarse para cada paciente.
García D, Lores D, Dupotey N, Espino D/ Ars Pharm/2018.	21	Atención Farmacéutica en adultos mayores	Estudio prospectivo	3	50 adultos mayores hipertensos	Se aplicaron cuestionarios para evaluar el impacto de	Obtuvieron predominio de los adultos mayores del sexo femenino, además se

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
		hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba				las intervenciones en la adherencia terapéutica.	realizaron 237 intervenciones farmacéuticas que aumentaron en un 84% el porcentaje de pacientes adheridos totalmente. Concluyen que el servicio brindado tuvo un alto impacto al incrementar la adherencia terapéutica.
Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M et al/ Rev. OFIL·ILAPHAR/2020.	60	La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general.	Estudio descriptivo, observacional y transversal	3	1,200 personas de 18 años o más de ambos sexos.	Se aplicaron encuestas que estuvieron basadas en los test de Morisky-Green, test de Batalla y el test de Hermes.	De las personas que participaron en la encuesta, 671 tomaban medicamentos, 54% eran mujeres y 54% con estudios universitarios. El 91% manifestaron padecer algún tipo de enfermedad y uso de diversos medicamentos. Concluyen que Los pacientes reconocieron padecer y conocer la hipertensión, sin embargo, no fueron adherentes al tratamiento.
Pocohuanca L, Villacorta J, Hurtado Y/ Rev.	63	Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico	Estudio analítico, transversal	3	270 pacientes con historia	Se uso el Test de Morisky-Green Morisky Medication Adherence Scale	Como resultados el 69% eran adultos mayores de 65 años, 46% varones y el 76% tenían pareja estable.

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Cuerpo Med. HNAAA/2021.		antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social.			clínica de HTA	(MMAS-4) para evaluar la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.	Entre los antecedentes clínicos, el 60% (n=122) reportó diagnóstico clínico de hipertensión arterial y el 27% no adherencia al tratamiento.
García Valle S/ Rev. OFIL· ILAPHAR/20 20	75	Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural.	Estudio mixto	4	115 hombres y 128 mujeres mayores de 65 años	Se hizo mediante encuestas, se obtienen las características personales, procesos médicos que presentan, tratamientos a los que están sometidos, las causas y los datos referentes a los fármacos que pudieran comentar. El control de estos datos se realizó por medio de tarjeta electrónica.	Como resultados existe riesgo de no adherencia cuanto mayor es la cantidad de medicamentos prescritos, en los tratamientos cada 8 horas y no es significativo en las tomas únicas, así como los medicamentos formulados en cápsulas por dificultades de deglución. Concluyen que hay que actuar de manera individualizada a la hora de indicar estrategias para la mejora de adherencia.
Franco A, Silva A, Soto O, Franco A/ Rev. inf. Cient/2018.	76	Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor.	Estudio descriptivo transversal.	3	43 pacientes de una muestra de 344	Se utilizó el test de batalla para evaluar el grado de conocimiento que tiene el paciente	Se obtuvo que los principales errores de prescripción se asocian a intervalos terapéuticos inferiores, así como, dosis superiores a las

Autor ¹ /Revista ² /Año ³	Re ⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia ⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						sobre la HTA y para medir el grado de adherencia terapia se usó el test de Morisky Green.	recomendadas. Se concluye que existe una adherencia inadecuada al tratamiento antihipertensivo, lo que establecerá a corto, mediano y largo plazo un aumento de la morbimortalidad.
Vicente S, Olmos R, Ramírez C, García M, Valderrey M, de la Rubia A/ Farm Hosp/2018.	77	Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces.	Estudio observacional descriptivo	3	Todos los pacientes mayores de 65 años que sufrieron un reingreso precoz en cualquier servicio clínico del Hospital.	Se evaluó la adherencia terapéutica y la dificultad en la administración de medicación mediante el test de Morisky-Green y el test de Haynes-Sackett, respectivamente.	Se observó que el 57% de los pacientes presentaron falta de adherencia terapéutica. El 23% presentaba problemas en la administración de la medicación. Un 86% presentaba comorbilidades (hipertensión y/o diabetes) y el 79% contaban con un cuidador.
Pagès N, Valverde M/Ars Pharm/2018.	78	Métodos para medir la adherencia terapéutica.	Revisión bibliográfica sistémica	5	N/A	Búsqueda sistemática de los artículos de investigación más importantes publicados sobre el tema en la base de datos National	Consideran que existen múltiples y diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica. Hasta la fecha, no se ha descrito ningún método óptimo por lo que se

Autor ¹ /Revista ² /Año ³	Re ⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia ⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						Library of Medicine, Washington, DC (MEDLINE: PubMed).	recomienda la utilización de varias técnicas, aunque en la práctica clínica diaria es difícil.
Carrión M, Mesa I, Ramírez A, Jaya L/ Rev. AVFT/2021.	79	Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos Nabón.	Estudio cuantitativo no experimental prospectivo descriptivo correlacional y con un diseño transversal.	4	172 pacientes de ambos sexos	Se aplicó una encuesta de 8 preguntas de adherencia al tratamiento conocido como test de Morisky Green y 55 de calidad de vida llamado CHAL, considerando la variable sociodemográfica sin registró de datos de identificación personal.	Se observo que la adherencia al tratamiento está asociada positivamente con el estado de ánimo (p.0007; rs=0.26), que la adherencia al tratamiento y manifestaciones somáticas tienen una relación negativa y débil (p=0.002; rs=- 0.23), observamos una relación estadísticamente significativa fuerte (p=0.0001; rs=0.75) lo que significa que a mayor estado de ánimo menor manifestaciones somáticas.
González Y, Cardosa E, Carbonell A/ Rev. Inf. Cient/2019.	80	Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores.	Estudio descriptivo, de corte transversal.	3	21 pacientes adultos mayores hipertensos	La información general se obtuvo a través de una entrevista a pacientes y familiares y la	Como resultados la mayoría de los adultos mayores no tenían controlada su presión

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
					del consultorio .	adherencia se evaluó según el Test de Cumplimiento de Morisky-Green.	arterial 66,7 % y en el 80,9 % de ellos se identificó inadecuada adherencia por diversos motivos, pero el incumplimiento por las reacciones adversas de los medicamentos fue el más frecuente.
Pincay Cañarte M/ Higía/2020.	81	Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.	Estudio descriptivo	3	N/A	Búsqueda de revisión bibliográfica de investigaciones de tipo científico, relacionadas con el tema, seleccionando para la investigación 39 publicados entre 2015 y 2020.	Dentro de los resultados que más destacan están los factores genéticos, socioeconómicos y su influencia negativa en la adherencia al tratamiento, debido al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el tratamiento.
Rubilar M, Medina A/ Rev. méd. Risaralda/2020.	82	Calidad de vida y frecuencia de actividad física en adultos mayores de agrupaciones comunitarias, comuna Chillán, Chile.	Estudio descriptivo, de corte transversal,	3	Adultos mayores	Se uso un cuestionario con tres apartados (Sociodemográficos, de salud y WHOQOL-BREF) aplicado a tres agrupaciones de	Como resultados indican que, a mayor edad, mayor puntaje promedio en calidad de vida en 4 de las 5 áreas estudiadas, siendo las personas mayores de 80 años quienes

Autor¹/Revista²/ Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						adulto mayor de Chillán y el análisis se hizo por medio de porcentajes, promedio y desviación estándar.	obtuvieron los mayores puntajes promedio.
Duran T, Herrera J, Salazar M, Míreles M, Saavedra O, Ruiz J/ Cienc. Enferm/2022.	83	Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial.	Estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal	3	130 adultos mayores con HTA	Se les aplicó el Test de APGAR familiar (Alpha de Cronbach 0,83) y el cuestionario WhoqolBref para medir la calidad de vida.	Se obtuvo que la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida se encontró que la funcionalidad familiar se relacionó con la calidad de vida global (p= 0,011), psicológica (p= 0,008), social (p= 0,010) y ambiental (p= 0,001).
Aguilera R, Piloña E, Castellanos A, Laínez E, Sierra V/ Rev. Científica/2019.	84	Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en adultos en centros de Atención Primaria.	Estudio transversal analítico	3	400 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.	Se le aplicó el cuestionario Morisky-Green para evaluar la adherencia, y el Mini cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL) para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud.	Como resultados el 44.75% eran adherentes, 58.75% tenían HTA controlada con una Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) dentro de un rango medio de 41.75%.

Autor ¹ /Revista ² / Año ³	Re ⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia ⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Osorio E, Amariles P/ Rev. Colomb. Cardiol/2018.	85	Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada	Revisión bibliográfica	5	83 artículos	Búsqueda de revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed/Medline de trabajos relacionados con hipertensión en edad avanzada entre los años 2005 y 2015. Para ello, se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda libre: (hypertension) AND (drug therapy) AND (elderly OR older person)	Como resultado se seleccionaron 83 artículos de la revisión estructurada relacionados con el tema de hipertensión en edad avanzada; se identificaron los aspectos acerca del tratamiento, la valoración de la necesidad, los objetivos terapéuticos y las características relacionadas con la seguridad del tratamiento farmacológico.
Hernández L, Crespo D, Trujillo L, Hernández L, Azcuy M/ Rev. Finlay/2021.	86	Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.	Estudio descriptivo de corte transversal	3	160 pacientes	Aplicaron una encuesta para la recogida de la información, variables analizadas: edad, sexo, nivel de escolaridad, tratamiento indicado, nivel de adherencia al tratamiento y motivos de la no adherencia al tratamiento. Como instrumentos de medida se empleó el	Como resultados la adherencia al tratamiento fue de 47,50%. La mayor adherencia se situó en el grupo etario de 65 años y más, del sexo femenino con un 31,3% y el nivel preuniversitario en el 17,5%. El 39,40% de adherencia representada por el esquema terapéutico de monoterapia, concluyen que el nivel de adherencia terapéutica en pacientes

Autor ¹ /Revista ² /Año ³	Re ⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia ⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						test de Morisky-Green-Levine.	con hipertensión arterial es bajo, siendo el motivo más frecuente el olvido.
Arredondo A, Martínez S, González Y, Trench L/ Rev. Méd Electrón/2018.	87	Análisis de la no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso.	Estudio descriptivo transversal	3	350 pacientes hipertensos	Entrevistas tanto en el consultorio como en las visitas de terreno, a los que se les midió los factores de riesgo modificables.	Se evidenció incremento de la hipertensión paralelo a la edad, predominó el sexo femenino y la raza blanca, con una elevada presencia de factores de riesgo, lo que unido al descontrol empeora el pronóstico de este grupo, concluyen una adecuada fracción de la población hipertensa se encontraba controlada, aunque se encontró un elevado % de la población con factores de riesgo.
Linares L, Linares B, Vitón A/ Aten Fam/2021.	88	Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos.	Estudio transversal analítico	3	298 adultos mayores hipertensos	Para la obtención de la información relacionada con las variables estudiadas, se emplearon las pruebas χ^2 y Kruskal Wallis para determinar asociación	Se obtuvo que tras diez años de tiempo de evolución de la enfermedad la media fue (6-14,5), un 52.7% mostró polifarmacia, el 89.6% asistía ocasionalmente a consulta. Tanto la edad, género, estado civil, convivencia,

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						entre las mismas.	escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad influyen en la adecuada adherencia.
Turabián Fernandez J/ Arch Community Med Public Health/2020.	89	Strategies and methods to improve compliance in special patient groups and with specific health problems.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Búsqueda de revisión bibliográfica seleccionada y la experiencia del autor, para reflexionar, sintetizar y resumir los elementos teóricos que aclaran el tema.	Como resultados la adherencia a tratamientos a largo plazo para enfermedades crónicas sigue siendo un problema desafiante en la medicina general. Concluyen que una baja proporción de pacientes sigue las recomendaciones de los médicos generales.
Hernández I, Sarmiento N, González I, Galarza S, Bastida A, Terán S, et al/	90	Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito.	Estudio observacional y prospectivo.	3	80 Pacientes	Se realizaron entrevistas con el consentimiento informado verbal por parte de los participantes, se realizó el registro de sus datos de contacto para posteriormente realizar la evaluación de seguimiento del	Observaron que 1 de cada 4 pacientes olvida tomar al menos 1 dosis de su tratamiento y 2 de cada 5 no cumplen los horarios establecidos para la toma de medicación, independientemente de la patología o la duración del tratamiento. Concluyen que se importante implementar nuevos y

Autor¹/Revista² /Año³	Re⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
						tratamiento, antes de su finalización.	diferentes instrumentos que permitan, al personal de salud, contribuir activamente a cambiar esta realidad.
Suárez V, Alva C, Timaná R, Pimentel P, Dogo V/ An. Fac. Med/ 2018.	91	Priorización para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud): análisis multicriterio.	Análisis multicriterio	4	N/A	Aplicaron guías de práctica clínica (GPC) en el Seguro Social de Salud del Perú. Seguidamente junto con los especialistas, se determinaron cuáles ámbitos de la guía desarrollar para cada condición clínica. Se seleccionaron las variables, se revisó la literatura sobre experiencias similares y consultaron a los expertos de la institución sobre variables que puedan ser de relevancia.	Como resultados las cinco enfermedades con mayor número de AVISA fueron: la artrosis, el glaucoma, la esquizofrenia, la osteoporosis y fracturas patológicas, y la diabetes mellitus. De las enfermedades con un mayor gasto en medicamentos fueron: la hemofilia, el grupo de nefritis, la nefrosis, la artritis reumatoide, el cáncer de mama y el SIDA.
Gómez A, Céspedes Y, Rosales R/ Multimed/2020.	92	Incidencia de la dispensación de fármacos antihipertensivos	Estudio descriptivo observacional	3	4461 pacientes con tratamiento	Para el análisis de la información se aplicó el método del conteo simple, métodos	La investigación obtuvo que el 73% de los pacientes encuestados jamás disfrutaron el

Autor ¹ /Revista ² /Año ³	Re ⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia ⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
		en farmacias del municipio Bayamo, Granma. Diciembre 2019.			con antihipertensivo	empíricos como la entrevista, la encuesta, la observación y el análisis documental.	beneficio del acto de la dispensación y que solo el 9% declaro ser favorecidos siempre por este acto, además se observaron diversos impedimentos que impiden al farmacéutico realizar la dispensación de medicamentos de forma adecuada.

Fuente: Elaboración propia,2022.

Anexo 2. Entrevista elaborada para aplicar a los Farmacéuticos y Médicos Generales que laboran en el Hospital Metropolitano.

Buenos días/tardes, mi nombre es Noely Quesada Campos y estoy desarrollando mi tesis titulada "Análisis sobre la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022", para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas.

Con las entrevistas se pretende conocer el punto de vista de los profesionales de la salud (regentes farmacéuticos y médicos generales) relacionados con el tema en investigación.

La grabación y uso de las entrevistas es únicamente para fines académicos, como fuente primaria de la investigación, por lo que los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial y no será utilizada información personal. Además, todas las grabaciones cuentan con la previa autorización de cada participante.

Tabla 16. Entrevista elaborada para aplicar a los Farmacéuticos y Médicos Generales que laboran en el Hospital Metropolitano.

N.º Preguntas	Preguntas
1	¿Según su experiencia, podría existir relación entre la calidad de vida de una persona diagnosticada con hipertensión y la correcta adherencia al tratamiento prescrito? ¿De qué forma podrían estar relacionadas?
2	En su historial de pacientes hipertensos ¿Ha notado evidencia que muestre mayor dificultad en la adherencia terapéutica para los pacientes adultos mayores? ¿Qué tan frecuente se da con este tipo de pacientes?
3	De acuerdo con sus pacientes ¿Cuáles son los factores que han intervenido de forma negativa para lograr una correcta adherencia terapéutica?
4	Conforme a su experiencia ¿Qué otros factores podrían también afectar una correcta adherencia terapéutica en estos pacientes?
5	¿Cree que la relación entre el profesional sanitario y el paciente influyen en una adecuada adherencia terapéutica?, ¿Por qué?
6	¿Cuál ha sido su experiencia al explicarle a los pacientes adultos mayores el uso correcto de los medicamentos antihipertensivos prescritos por el médico tratante?
7	¿Cuáles podrían ser las principales consecuencias de los pacientes hipertensos que no se adhieren correctamente a su tratamiento?
8	¿Cuáles estrategias o métodos según su experiencia podrían ayudar a lograr una correcta adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con tratamientos antihipertensivos?
9	Exclusiva para médicos generales ¿Con qué frecuencia pacientes hipertensos controlados son atendidos por crisis hipertensivas?, ¿Cuál sería el rango de edad en los que se podría colocar a este tipo de pacientes?

Anexo 3. Validación de la entrevista por profesionales farmacéuticos externos a la investigación.

Validación por la Dra. Lexi Chaves Siles

Observaciones de validación de la entrevista

Sucesivo a la revisión de la entrevista previa, realizada por la estudiante Noely Quesada Campos, número de identificación 7-0221-0631, cuyo entrevistado final son los farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano, para la tesis de grado titulada "Análisis sobre la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo: Dra. Lexi Chaves Siles

Cargo Profesional: Profesora de Farmacia, UIA.

**LEXI
CHAVES
SILES
(FIRMA)**

Firmado
digitalmente por
LEXI CHAVES
SILES (FIRMA)
Fecha: 2022.07.01
14:56:18 -06'00'

Firma:

Validación por la Dra. Michelle Piedra López

Observaciones de validación de la entrevista

Sucesivo a la revisión de la entrevista previa, realizada por la estudiante Noely Quesada Campos, número de identificación 7-0221-0631, cuyo entrevistado final son los farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano, para la tesis de grado titulada "Análisis sobre la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo: Michelle Piedra López


Cargo Profesional: Farmacéutica cod 3435

Firma:



Validación por la Dra. Neidy Montero Venegas

Sucesivo a la revisión de la entrevista previa, realizada por la estudiante Noely Quesada Campos, número de identificación 7-0221-0631, cuyo entrevistado final son los farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano, para la tesis de grado titulada "Análisis sobre la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo: Neidy Montero Venegas
Cargo Profesional: Farmacéutica en CCSS / Área Salud Canari
Firma:  5263

Validación por la Dra. Jimena Sequeira Sanabria

Observaciones de validación de la entrevista

Sucesivo a la revisión de la entrevista previa, realizada por la estudiante Noely Quesada Campos, número de identificación 7-0221-0631, cuyo entrevistado final son los farmacéuticos y médicos generales del Hospital Metropolitano, para la tesis de grado titulada "Análisis sobre la repercusión en la calidad de vida de los adultos mayores debido a la baja adherencia a tratamientos antihipertensivos, para la elaboración de una guía de atención farmacéutica que mejore la adherencia de estos y dirigida al personal farmacéutico del Hospital Metropolitano, durante el periodo de enero a julio 2022" para optar por el título de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas. Hago constar que el presente instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo: Jimena Sequeir Sanabria

Cargo Profesional: Farmacéutica, Farmacovigilancia

Firma: JIMENA DE JESUS
SEQUEIRA SANABRIA
(FIRMA)

Firmado digitalmente por JIMENA
DE JESUS SEQUEIRA SANABRIA
(FIRMA)
Fecha: 2022.07.04 20:27:18 -06'00'

Anexo 4. Respuestas de la entrevista realizada a la Dr. Dennis Valverde Cruz, farmacéutico del Hospital Metropolitano sede San José.

Pregunta 1: ¿Según su experiencia, podría existir relación entre la calidad de vida de una persona diagnosticada con hipertensión y la correcta adherencia al tratamiento prescrito? ¿De qué forma podrían estar relacionadas?

“Claro que sí, claro, claro es muy importante la adherencia en los pacientes. Volviendo a la pregunta yo te voy a hablar con mi experiencia yo hice mi TCU en un asilo de ancianos y si era importante la adherencia en algunos pacientes ahí, tal vez por ejemplo había enfermeras que no tenían el cuidado de llevar los medicamentos a los señores y esto les afectaba o cuando hacían un cambio de enfermería no sabían los tratamientos o si ellas mismas no tenían el cuidado con los pacientes y ya eso es una pequeña parte de falta de adherencia que desmejora la calidad de vida”

Pregunta 2: En su historial de pacientes hipertensos ¿Ha notado evidencia que muestre mayor dificultad en la adherencia terapéutica para los pacientes adultos mayores? ¿Qué tan frecuente se da con este tipo de pacientes?

“Si, es parte de lo que le comentaba que digamos por ejemplo en ese asilo había paciente que tenían la hipertensión casi que como a limite, un medicamento o una dosis se le daba al día y si esa dosis le fallaba podía haber problemas en la madrugada, con solo que le fallara con uno, entonces si les iba a afectar mucho. En el Hospital por ejemplo también hay pacientes que son muy críticos y dependen mucho del tratamiento”

Pregunta 3: De acuerdo con sus pacientes ¿Cuáles son los factores que han intervenido de forma negativa para lograr una correcta adherencia terapéutica?

“Si hay varios factores, vamos a ver, el horario vos sabes que hay hipertensivos que se pueden dar varias veces al día o solo una vez al día, entonces ya con solo acomodar un medicamento que sea por ejemplo una vez al día le es más fácil al paciente adherirse porque

solo sería una vez al día y más si el paciente es polimedicado como los paciente mayores entonces si tienen mucha medicación en el día es un poco más difícil que este paciente se adhiera al medicamento si es una vez al día, entonces eso sería como la parte de la dosis de frecuencia, dependiendo también de la edad, dependiendo del adulto mayor si es una persona que es cuidada entonces ahí vamos a depender que la persona cuidadora tenga el cuidado de darle los medicamento a las horas”

Pregunta 4: Conforme a su experiencia ¿Qué otros factores podrían también afectar una correcta adherencia terapéutica en estos pacientes?

“Si igual como te decía, pueden ser la dosis, la cantidad de dosis que se les da del medicamento al día, el cuidador, la educación que se le dé al paciente a veces se le dan los medicamentos al paciente y no se le dan las indicaciones, ni a dar a entender porque es que se le está dando y solo le dice que es para la presión a veces darle un poquito más de educación hace que el paciente tenga un poquito más de conciencia y puede que tenga mayor adherencia”

Pregunta 5: ¿Cree que la relación entre el profesional sanitario y el paciente influyen en una adecuada adherencia terapéutica?, ¿Por qué?

“Gran parte si y gran parte era como lo que le decía en las preguntas anterior es parte de la educación, por ejemplo, a nosotros que somos farmacéuticos o los médicos le damos educación a los pacientes van a estar más ligados al medicamento y lo van a tomar por una necesidad, que ellos van a evidenciar cual es esa necesidad, pero si solo se le da el medicamento por dárselo porque nosotros sí sabemos que lo necesita, pero él no, pero si claro nosotros somos super importantes al lado de ellos”

Pregunta 6: ¿Cuál ha sido su experiencia al explicarle a los pacientes adultos mayores el uso correcto de los medicamentos antihipertensivos prescritos por el médico tratante?

“Como te decía igual parte de las preguntas anteriores lo de la educación ellos lo agradecen mucho si te tomas el tiempo de explicarle porque se lo toma a tal hora, cual es la indicación y la realidad de porque se lo debe de tomar así y a tal hora, si he tenido a varios pacientes en los que me han agradecido mucho que no sabían tal vez x medicamento me lo tomaba en la noche y era en el día, entonces con la educación se van con él porque debo tomármelo, como me debo tomar y si, si me han agradecido bastante la verdad”

Pregunta 7: ¿Cuáles podrían ser las principales consecuencias de los pacientes hipertensos que no se adhieren correctamente a su tratamiento?

“Como le decía en las anteriores pueden ser dosis, pueden ser que en algunos pacientes no haya educación de parte de nosotros, a veces como solo es una pastillita la que se van a tomar y no ven esa reacción como por ejemplo tomarse un antialérgico que frena la alergia, como solo están tomándose la pastilla y no ven la reacción que está bajando la presión o que están controlando la presión ellos tal vez solo es como tomarlo y ya, se les vuelve rutinario y al hacerlo rutinario le da como más presilla”

Pregunta 8: ¿Cuáles estrategias o métodos según su experiencia podrían ayudar a lograr una correcta adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con tratamientos antihipertensivos?

“Parte de lo que te he dicho, he, mucho creo que basaría en la educación y no solo la educación en la inicial ojala si tuviéramos digamos, si ese paciente hace reincidencia en el mismo lugar de trabajo en el que estamos es volverle a preguntar sobre este medicamento, como lo está tomando, como se está sintiendo y que la educación no sea solo en el momento en que se le dio el medicamento que sea las veces que haya venido y seguirle esa educación, siento que la parte de la educación es super importante indagar más sobre el paciente tener

ese tipo de empatía y hablar con el cómo le ha ido con ese tratamiento, cuando ya viene la parte de la educación ver en que se le puede ayudar al paciente que es lo que necesita para que se pueda adherir. Te doy otro ejemplo hice mi servicio social en Ebais de Turrialba y ahí había una persona que no sabía ni leer ni escribir pero tomaba antihipertensivos y a esta persona le hacíamos pictogramas en las cajitas de los antihipertensivos entonces verbalmente había que explicarle a el porque se lo tenía que tomar y con los dibujitos se le explicaba a él le costó mucho adherirse porque anteriormente se le quedaban las etiquetas, pero después se dieron cuenta que no sabía leer ni escribir y no se indago en esa parte entonces ya se le pregunto ahí el plus que agregamos fueron los pictogramas en este tipo de población. Entonces la educación tanto para ellos como para uno, para uno para conocer al paciente y sus necesidades y ellos para que conozcan porque se tiene que adherir al medicamento”

Anexo 5. Respuestas de la entrevista realizada a la Dra. Melissa Castillo López, farmacéutica del Hospital Metropolitano sede San José.

Pregunta 1: ¿Según su experiencia, podría existir relación entre la calidad de vida de una persona diagnosticada con hipertensión y la correcta adherencia al tratamiento prescrito? ¿De qué forma podrían estar relacionadas?

“Bueno, claramente la presión arterial es uno de los puntos más importante y que menos atención le ponen los pacientes hablando desde adultos normales hasta adultos mayores que es lo que pasa, que cuando son adultos mayores muchas veces son polimedicados, no solamente tiene hipertensión entonces si tenemos un desfase en la adherencia de la antihipertensivo vamos a tener un desfase en todos los tratamientos que estén tomando, esto que nos va a afectar, nos va a afectar no solo a nivel de salud sino también a nivel de dependencia tal vez a algún mal manejo del medicamento verdad entonces todo esto va a afectar a nivel de hipertensión, triglicéridos entre otros que nos va a ir agravando poco a poco, entonces sí creo claramente que si no hay una buena adherencia al tratamiento no va a haber una buena calidad de vida”

Pregunta 2: En su historial de pacientes hipertensos ¿Ha notado evidencia que muestre mayor dificultad en la adherencia terapéutica para los pacientes adultos mayores? ¿Qué tan frecuente se da con este tipo de pacientes?

“Si efectivamente ya que ellos tal vez no recuerdan la hora en que hay que tomar el medicamento muchas veces ni siquiera recuerdan tomarlo y se dan cuenta a los varios días, entonces claramente en adultos mayores si es un poco más frecuente que esto ocurra”

Pregunta 3: De acuerdo con sus pacientes ¿Cuáles son los factores que han intervenido de forma negativa para lograr una correcta adherencia terapéutica?

“El principal siento yo que es el recordar tomarlo muchas veces lo que uno trata de hacer en la educación para el hogar es poner alarmas o que algún familiar este pendiente de la medicación de adulto mayor pero casi siempre es el olvido”

Pregunta 4: Conforme a su experiencia ¿Qué otros factores podrían también afectar una correcta adherencia terapéutica en estos pacientes?

“Bueno tal vez también como te decía si no hay una persona que este cuidándolos o atendiéndoles ese es un factor importante ya que ellos no recuerdan tomar bien el medicamento, este otro factor podría ser los cambian de su entorno cuando los mueven a otros lugares esos factores a ellos les afectan, si hay otras enfermedades”

Pregunta 5: ¿Cree que la relación entre el profesional sanitario y el paciente influyen en una adecuada adherencia terapéutica?, ¿Por qué?

“Bueno claro que si, por esto existe todo lo que es la farmacovigilancia, todo lo que es la atención farmacéutica verdad, todo esto se da para explicarle hay paciente como se debe tomar el medicamento, con qué frecuencia porque también si no lo toma en las horas adecuadas, si por ejemplo es un medicamento en ayunas y se lo está tomando a las 3-4 de la tarde no nos va a hacer el efecto adecuado, entonces todas estas cosas es importante nosotros tomarlos en cuenta y explicarle al paciente de una manera clara más que son adultos mayores con los que estamos tratando hay que explicarles todo de una manera muy clara y concisa entonces sí , si es importante que estemos de la mano de ellos y explicarles cualquier duda que tengan”

Pregunta 6: ¿Cuál ha sido su experiencia al explicarle a los pacientes adultos mayores el uso correcto de los medicamentos antihipertensivos prescritos por el médico tratante?

“Nosotros los que manejamos son guías, bueno ahorita en el Hospital no hay, pero bueno yo si he manejado fuera del Hospital y lo que se maneja son guías con imágenes, dibujos cosas sencillas muchos adultos mayores no leen bien entonces y por la vista les cuesta

un poco más por eso que tenga letras grandes con todo lo que para ellos sea mucho más fácil, colores, imágenes verdad entonces de esta manera es mucho más sencillo para nosotros explicarles a ellos”

Pregunta 7: ¿Cuáles podrían ser las principales consecuencias de los pacientes hipertensos que no se adhieren correctamente a su tratamiento?

“Bueno las principales consecuencias serían bueno aumento de presión que ya nos den algún tipo de infartos si no hay una correcta adherencia porque poco a poco va a ir progresando la enfermedad, alguna arritmia, un déficit a nivel cardiaco, entonces siempre la hipertensión es una alerta de que viene algo más entonces si no tratamos las cosa a nivel de inicio se nos puede ir complicado poco a poco”

Pregunta 8: ¿Cuáles estrategias o métodos según su experiencia podrían ayudar a lograr una correcta adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con tratamientos antihipertensivos?

“Bueno como te decía yo siento que la estrategia de una guía verdad con todo lo que son material didáctico, imágenes, darle un seguimiento al paciente cada por lo menos una vez al mes, si está comprando el tratamiento, ver si se lo está tomando de la manera adecuada, que no se sobren pastillas verdad, que no le sobre ningún tipo de medicación así es como nos damos cuenta si está llevando una adherencia y lo está logrando de manera correcta”

Anexo 6. Respuestas de la entrevista realizada a la Dra. Stephanie Guzmán A, farmacéutica del Hospital Metropolitano sede San José.

Pregunta 1: ¿Según su experiencia, podría existir relación entre la calidad de vida de una persona diagnosticada con hipertensión y la correcta adherencia al tratamiento prescrito? ¿De qué forma podrían estar relacionadas?

“Si, claro más si se trata de adultos mayores si no hay una buena toma del medicamento y si son muy, muy hipertensos si pudiera llegar a influir negativamente en la calidad de vida”

Pregunta 2: En su historial de pacientes hipertensos ¿Ha notado evidencia que muestre mayor dificultad en la adherencia terapéutica para los pacientes adultos mayores? ¿Qué tan frecuente se da con este tipo de pacientes?

“Bueno pienso que ellos, bueno por ejemplo en el Hospital uno entrega todo etiquetado pero bueno a veces lo he visto en adultos mayores que el médico le prescribe medicamentos no solo de hipertensión sino que de otros también y ellos a veces como que no tienen esa costumbre de seguir las cosas al pie de la letra aunque vayan etiquetados ellos no ven las consecuencias digamos de si tienen que tomarlo siempre a la misma hora, todos los días y también de las repercusiones por ejemplo si es un medicamento de hipertensión las consecuencias a que podrían tener al no tomárselos”

Pregunta 3: De acuerdo con sus pacientes ¿Cuáles son los factores que han intervenido de forma negativa para lograr una correcta adherencia terapéutica?

“Bueno yo diría que es que olvidan tomarse el medicamento más si son adultos mayores o que no se lo tomen bien como a ellos les cuesta”

Pregunta 4: Conforme a su experiencia ¿Qué otros factores podrían también afectar una correcta adherencia terapéutica en estos pacientes?

“Bueno uno de los factores puede ser la edad, que ya sean muy muy adultos, las enfermedades que padezca, olvidar tomar los medicamentos o por ejemplo si no se alimentan bien ósea una buena alimentación, si viven solos o no, si toman junto con otros medicamentos más, creería que eso, incluso, si no se le da una buena explicación o si por lo menos no van etiquetados eso también podría llegar a influir”

Pregunta 5: ¿Cree que la relación entre el profesional sanitario y el paciente influyen en una adecuada adherencia terapéutica?, ¿Por qué?

“Si claro, por lo que le decía anteriormente no es lo mismo que a uno le expliquen que por ejemplo un inhibidor de la bomba de protones se debe tomar en ayunas a que lo tome en cualquier momento, también no es lo mismo que a uno le explique las pautas o las dosis máximas que debería de tomar, que si se debe tomar con distancia de un medicamento a otro, entonces pienso que tal vez si a uno le explican cómo más correctamente a las personas no les da pereza cumplir, porque ellos generalmente lo que hacen es como por ejemplo si es un medicamento agudo como para el dolor ellos lo único que hacen es intentarse sentir bien y ya abandonan el medicamento”

Pregunta 6: ¿Cuál ha sido su experiencia al explicarle a los pacientes adultos mayores el uso correcto de los medicamentos antihipertensivos prescritos por el médico tratante?

“Vamos a ver di no ellos bueno principalmente los adultos mayores ellos siempre que uno les explica se sienten como muy agradecidos y si uno les tiene la paciencia para explicarles una o dos veces digamos ellos siempre se van a sentir como agradecidos y van a sentir que entienden para que están toando y en cuento puede ayudarle en su salud digamos en este caso un medicamento que le va a ayudar a tener regulada la presión arterial”

Pregunta 7: ¿Cuáles podrían ser las principales consecuencias de los pacientes hipertensos que no se adhieren correctamente a su tratamiento?

“Di primero que todo un descontrol en la presión arterial, si son muy hipertensos podrían llegar a tener picos muy altos de presión y eso podría llegar a repercutir en otros aspectos o en otras formas de salud por ejemplo en la vista, sentirse como sin ganas, si son muy hipotensos ósea básicamente en su vida en la vida diaria les podría llegar a afectar ellos no se sentirían plenos y más que cuando son adultos mayores pues no son las misas energías”

Pregunta 8: ¿Cuáles estrategias o métodos según su experiencia podrían ayudar a lograr una correcta adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con tratamientos antihipertensivos?

”Bueno pienso que algunas de las estrategias que se podrían implementar podrían ser hacerle a ellos como un cronograma algo más ilustrativo como le decía antes por ejemplo dividirles a ellos los medicamentos o el tratamiento que estén tomando como con figura que le expliquen o que le recuerden a ellos en qué momento es que tiene que tomarlo y como es que tienen que tomarlo, algo que ellos puedan tener como acceso obviamente no puede ser nada como que sea muy tecnológico sino más ilustrativo, con colores, también si no hay una correcta información del profesional con paciencia porque no es lo mismo explicarle a una persona joven que a un adulto mayor que uno les puede explicar una o dos veces, entonces yo creo que ahí es donde más funciona la parte de atención farmacéutica porque uno puede ingeniarle al explicarles a ellos con figuras por ejemplo si es en la mañana con un solcito ellos no son tanto de letras y si bien solos mucho menos”

Anexo 7. Respuestas de la entrevista realizada a la Dr. Armando Buitrago, médico general del Hospital Metropolitano sede San José.

Pregunta 1: ¿Según su experiencia, podría existir relación entre la calidad de vida de una persona diagnosticada con hipertensión y la correcta adherencia al tratamiento prescrito? ¿De qué forma podrían estar relacionadas?

“Si claro, acordémonos de que si manejamos buenas cifras tensionales vamos a disminuir el daño al órgano blanco que eso es lo que se quiere evitar con los antihipertensivos y así por decirlo así alargar la funcionalidad de los órganos y como efecto secundario eso puede dar una mejor calidad de vida, el adulto mayor podría tener normal ejercicio, alimentación, toda su vida cotidiana normal”

Pregunta 2: En su historial de pacientes hipertensos ¿Ha notado evidencia que muestre mayor dificultad en la adherencia terapéutica para los pacientes adultos mayores? ¿Qué tan frecuente se da con este tipo de pacientes?

“Bastante en realidad y más que todo es por su limitaciones y discapacidades en algunos casos, con que nos encontramos pacientes que no saben leer, escribir, no saben distinguir una pastilla como muchas veces las hacen muy parecidas entonces hemos tenido problemas con eso y eso hace que el paciente tenga problemas en su adherida al tratamiento y la continuidad con el mismo”

Pregunta 3: De acuerdo con sus pacientes ¿Cuáles son los factores que han intervenido de forma negativa para lograr una correcta adherencia terapéutica?

“Que vivan solos y que tengan limitaciones como las que te estaba mencionando ya sea visuales, de educación, también hasta los mismos problemas humanos o al relacionarse eso hace que también tengan mala adherencia a su tratamiento”

Pregunta 4: Conforme a su experiencia ¿Qué otros factores podrían también afectar una correcta adherencia terapéutica en estos pacientes?

“Mira cómo te lo estaba mencionado puede ser desde limitaciones al acceso a los servicios de salud, vivir solos, limitaciones de discapacidad, problemas visuales, que no sepan leer o escribir que no puedan diferenciar las indicaciones eso es muy importante”

Pregunta 5: ¿Cree que la relación entre el profesional sanitario y el paciente influyen en una adecuada adherencia terapéutica?, ¿Por qué?

“Claro, por supuesto hay pacientes como estos que te estoy mencionado que si uno toma su tiempo para explicarle cada medicamento y su función ahí el paciente entiende, hay mucho desconocimiento por parte de los pacientes de que medicamentos está tomando o que está usando y que eso también afecta a su adherencia”

Pregunta 6: ¿Cuál ha sido su experiencia al explicarle a los pacientes adultos mayores el uso correcto de los medicamentos antihipertensivos prescritos por el médico tratante?

“Si ahí evitamos también las fallas terapéuticas, evitamos también intoxicaciones o la mala adherencia, sí, hay que tener mucha paciencia, dedicarles tiempo, eso porque es muy importante hacerles entender la importancia de cada uno de los medicamentos que está tomando y los horarios, eso es muy importante”

Pregunta 7: ¿Cuáles podrían ser las principales consecuencias de los pacientes hipertensos que no se adhieren correctamente a su tratamiento?

“Estamos hablando de que si el paciente no se adhiere digamos que un día se lo toma y al otro no vamos a tener a largo plazo más los efectos secundarios de la hipertensión que te digo la cardiopatía hipertrófica, daño renal que se va a ir viendo a largo plazo”

Pregunta 8: ¿Cuáles estrategias o métodos según su experiencia podrían ayudar a lograr una correcta adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con tratamientos antihipertensivos?

“Me parece que aquí la parte de farmacia es muy importante en la educación del medicamento por ejemplo que te digo letras grandes, las etiquetas que tengan colores, para poder disminuir las barreras de interpretación de los medicamentos digamos que eso sería muy importante porque ahí ya le crean accesibilidad al medicamento más que todo”

Pregunta 9: ¿Con qué frecuencia pacientes hipertensos controlados son atendidos por crisis hipertensivas?, ¿Cuál sería el rango de edad en los que se podría colocar a este tipo de pacientes?

“Mira es muy variado, pero si nos encontramos por lo menos con un paciente por día mínimo y si, si se ve que es por arriba de los promedios de los 60 años si es muy común encontrar pacientes así”

Anexo 8. Respuestas de la entrevista realizada a la Dr. Emmanuel Bonilla Ugalde, médico general del Hospital Metropolitano sede San José.

Pregunta 1: ¿Según su experiencia, podría existir relación entre la calidad de vida de una persona diagnosticada con hipertensión y la correcta adherencia al tratamiento prescrito? ¿De qué forma podrían estar relacionadas?

“Pues si, por supuesto, a hora eso va a depender de dos cosas puede ser la adherencia al tratamiento negativa como positiva eso va a depender de que tenga el tratamiento adecuado para ese paciente por ejemplo a veces veo pacientes adultos mayores con dosis muy altas diuréticos que ellos tratan de adherirse, pero pasan con hipovolemia o pasan mareados todo el día, entonces es saber escoger muy bien el tipo de antihipertensivo para cada paciente. Ahora el paciente que no se apegue al tratamiento va a empeorar más la calidad de vida dependiendo de las consecuencias que vaya a tener di muchos pacientes llegan con eventos cerebrovasculares isquémicos, síndromes coronarios agudos que pueden ir en relación con el no control de la presión arterial, descompensados, etc. Entonces sí, la adherencia al tratamiento bien elegido para el paciente les mejora muchísimo la calidad de vida y le disminuye como tal la incidencia, entonces si hay una relación muy directa”

Pregunta 2: En su historial de pacientes hipertensos ¿Ha notado evidencia que muestre mayor dificultad en la adherencia terapéutica para los pacientes adultos mayores? ¿Qué tan frecuente se da con este tipo de pacientes?

“Claro, las más común la polifarmacia entre más medicamentos tome el paciente menos adherencia va a tener y muchas veces no porque no quiera sino porque los toman mal, se les olvidan, cada vez hay más pacientes adultos mayores que viven solos yo creo que serían como la principal causa que no se apeguen al tratamiento, lo efectos secundarios, el tema social verdad adultos que viven solos”

Pregunta 3: De acuerdo con sus pacientes ¿Cuáles son los factores que han intervenido de forma negativa para lograr una correcta adherencia terapéutica?

“Bueno di básicamente eso verdad sigo con el tema de la polifarmacia que es lo más común, segundo vamos a ver la mayoría de los pacientes van a necesitar más de un fármaco para controlar la presión arterial a nivel privado es un poco más sencillos porque hay combinaciones de medicamentos que se pueden dar en una sola dosis, muchos de los pacientes consultan por privado pero obtiene los medicamentos de la CCSS, entonces tienen 3 o 4 medicamentos para controlar la presión y confunde las dosis, las horas y más que todo eso dificulta el apego al tratamiento”

Pregunta 4: Conforme a su experiencia ¿Qué otros factores podrían también afectar una correcta adherencia terapéutica en estos pacientes?

“El estado de salud de la persona, hay pacientes que tienen eventos cerebrovasculares previos, problemas cognitivos y por eso requieren de un cuidador y los cuidadores generalmente son los hijos, no hay alguien específico entonces muchas veces no hay un seguimiento adecuado de la medicación, una lista de medicamentos, o la persona que los cuida no saben que toma, solo hacen el favor de llevarlos, entonces tener como apoyo una organización como tal de sus medicamentos, esa organización les ayuda mucho por lo general a los pacientes, a veces veo que hay un familiar que aunque no sea el que está siempre con el paciente pero por lo menos le hace una lista de los medicamentos para que ellos los tengan. cuando hay una organización como tal, tienen mucho mejor control como tal, que el paciente que nada más llega al seguimiento”

Pregunta 5: ¿Cree que la relación entre el profesional sanitario y el paciente influyen en una adecuada adherencia terapéutica?, ¿Por qué?

“Si, por supuesto yo creo que hay una responsabilidad en no solamente recibir el medicamento, sino que el paciente por lo menos entienda el concepto de que es lo que estamos intentando con la prescripción, porque muchas veces el paciente llega y dice no sé, nada más me mandaron eso y todo está escrito, entonces yo siento que hay que tener una buena relación. En el sentido de que haya, en que el paciente le consulte las dudas que tiene,

porque muchas veces les da miedo decir porque no se lo toman el medicamento, les da miedo decir los efectos secundarios, decir que se les olvida y di el paciente dice que se está tomando el medicamento y son los familiares quienes dice no, no se lo toma, entonces creo que la relación basada en la confianza va a ayudar en que el paciente diga realmente si esta tenido alguna dificultad o no”

Pregunta 6: ¿Cuál ha sido su experiencia al explicarle a los pacientes adultos mayores el uso correcto de los medicamentos antihipertensivos prescritos por el médico tratante?

“Bueno al principio es difícil por supuesto, pero ya uno se acostumbra creo que es simplemente explicarles en palabras sencillas y no con tecnicismos, generalmente el adulto mayor ya tiene muchos años de consultar al médico entonces ya muchas veces le han explicado entonces ellos captan super fácil si se les explica de forma sencilla y en pocas palabras pero sobre todo ojalá que haya algún acompañante para explicarles a ambos”

Pregunta 7: ¿Cuáles podrían ser las principales consecuencias de los pacientes hipertensos que no se adhieren correctamente a su tratamiento?

“Bueno generalmente son las consecuencias clínicas en cuanto a enfermedad cerebrovascular, lo más común son descompensaciones asintomáticas de la hipertensión, casi siempre vienen porque tienen una migraña, diarrea y no sabían que tenían la presión muy alta ya más severo el evento cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, falla cardiaca descompensada, mucho paciente llega con falla renal crónica, trastornos retinianos, entonces sin duda alguna paciente que no se adhiere al tratamiento aumenta la morbimortalidad”

Pregunta 8: ¿Cuáles estrategias o métodos según su experiencia podrían ayudar a lograr una correcta adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con tratamientos antihipertensivos?

“Claro yo trato de apuntar siempre a los adultos mayores con menos medicamentos la venta mía del privado es hay más variedades de combinaciones entre más en un solo medicamento y menos tomas, esto mejora muchísimo la adherencia al tratamiento, les simplifica mucho el utilizar medicamentos en combinaciones fijas para disminuir la cantidad de medicamentos que toma y sobre todo que el plan vaya por escrito, creo que al menos esas son dos cositas que me han ayudado con ellos como tal, cual es la limitante que no todo paciente va a tener la solvencia económica para comprar esos medicamentos, para los que no tengan la capacidad económica yo creo que lo más importante es un plan de medicamentos escrito ojala con imágenes, letras grandes, horas, etc. Que a ellos les ayuda mucho para poder adherirse al tratamiento”

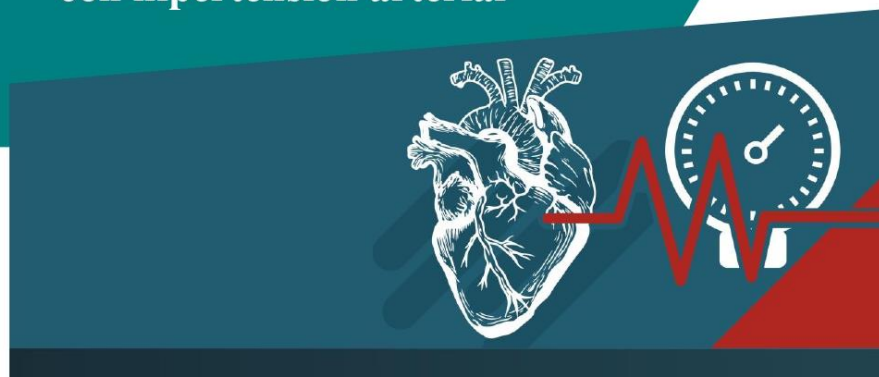
Pregunta 9: ¿Con qué frecuencia pacientes hipertensos controlados son atendidos por crisis hipertensivas?, ¿Cuál sería el rango de edad en los que se podría colocar a este tipo de pacientes?

“Todos los días, es una consulta de todos los días en emergencias yo creo que día cuesta más encontrar un paciente normotenso en emergencias que alguien con una hipertensión descompensada, en rangos de edad de todo hay he encontrado pacientes inclusive hasta menores de edad hipertensos, la gran mayoría están entre los 40 a los 60 años la primera población sería yo y la segunda población ya casi siempre son adultos mayores de edad media de 75 años en adelante y generalmente son descompensaciones de falla cardíaca”

Anexo 9. Propuesta de una guía de atención farmacéutica para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.



**Guía de atención farmacéutica
para mejorar la adherencia
terapéutica en adultos mayores
con hipertensión arterial**



Elaborado por:
Noely Fernanda Quesada Campos

Fuente: elaboración propia, 2022.

Contenido

Introducción.....	3
Tema 1: Evaluación.....	4
Consideraciones para evaluar la adherencia terapéutica	5
Test de Morisky Green (MMAS-8).....	5
Tema 2: Educación.....	7
Características generales de la hipertensión arterial.....	8
¿Qué es la hipertensión arterial?.....	8
Interpretación de las cifras de presión arterial	8
Síntomas frecuentes de la hipertensión arterial.....	9
Complicaciones	9
Factores que influyen en la hipertensión arterial.....	10
Prevención y control de la hipertensión arterial.....	11
Importancia de la adherencia terapéutica en la HTA.....	12
¿Qué es la adherencia terapéutica?	12
Razones de la falta de adherencia.....	12
Tema 3. Estrategias	13
Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica	14
Pasos para la intervención farmacéutica en la adherencia terapéutica.....	16
Plan de estrategias generales de adherencia terapéutica para los pacientes.....	17
Referencias	18



Introducción


La siguiente guía está dirigida al personal de la salud, en este caso a los Regentes Farmacéuticos que están involucrados con la atención de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial que asisten al Hospital Metropolitano. Desde la farmacia se puede mejorar el manejo terapéutico de la hipertensión, informando y educando a los pacientes sobre su enfermedad, fomentando hábitos de vida saludable, promoviendo el autocuidado, vigilar posibles problemas adversos con la medicación. Todo esto con el fin de ayudar a mejor la adherencia a tratamientos antihipertensivos en la población adulta mayor e identificar cuándo derivar con el médico los casos que se consideren pertinentes.




Tema 1: Evaluación

Consideraciones para evaluar la adherencia terapéutica

Primeramente se debería realizar una pequeña entrevista para conocer datos básicos del paciente, seguidamente evaluar en qué tipo de adherencia se encuentra de acuerdo con las siguientes:

 **Adherencia terapéutica adecuada:** El paciente cumple con su tratamiento, en cuanto a (medicamentos, dosis, frecuencia, duración y medidas no farmacológicas), tiene conocimiento de su enfermedad, sus cifras de presión arterial son normal en el momento de la consulta farmacéutica¹.

 **Adherencia terapéutica inadecuada:** El paciente no cumple con su tratamiento de forma parcial o total (medicamentos, dosis, frecuencia, duración y medidas no farmacológicas), desconoce su enfermedad, sus cifras de presión arterial son anormales¹.

Una vez que se tenga claro la adherencia del paciente, se puede hacer una evaluación de su comportamiento terapéutico utilizando el test de Morisky Green que es uno de los más conocidos y utilizados

Test de Morisky Green (MMAS-8)

Este cuestionario analiza el comportamiento de los pacientes hipertensos a la hora de tomar su medicación. Son 8 ítems que miden un conducta específica con relación a los medicamentos. Permite la identificación de barreras y comportamientos ligados con la adherencia de medicamentos para la hipertensión arterial². A continuación se muestran las preguntas.

Escala MMAS-8 para HTA².		
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su hipertensión arterial?	Si = 0	No = 1
2. En las dos semanas pasadas. ¿Dejo de tomar los medicamentos para su hipertensión arterial algún día?	Si = 0	No = 1
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas, sin decírselo al médico porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si = 0	No = 1
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida de llevar sus medicamentos para su hipertensión arterial alguna vez?	Si = 0	No = 1
5. ¿Se tomó sus medicamentos para la hipertensión arterial ayer?	Si = 0	No = 1
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está controlada, ¿deja a veces de tomar sus medicamentos?	Si = 0	No = 1
7. Tomar los medicamentos todos los días puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez molesto por seguir el tratamiento para su hipertensión arterial?	Si = 0	No = 1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todos sus medicamentos para la hipertensión arterial?		
Nunca/Raramente...		1
De vez en cuando...		0,75
A veces.....		0,50
Normalmente...		0,25
Siempre...		0
Puntuación 8: Alta adherencia. Puntuación 6-7: Adherencia media. Puntuación < 6: Baja adherencia.		



Tema 2: Educación

Características generales de la hipertensión arterial

Es importante que el paciente este bien informado acerca de su enfermedad y que a su vez comprenda la importancia de tener una buena adherencia terapéutica

¿Qué es la hipertensión arterial?

La OMS define que es la fuerza que ejerce el corazón al bombear la sangre contra las paredes de las arterias (son grandes vasos sanguíneos por donde circula la sangre en el organismo). Esto quiere decir que si su corazón bombea mucha sangre, va a haber mayor resistencia en la pared de las arterias y como consecuencia un aumento de la presión arterial³.

Interpretación de las cifras de presión arterial

La lectura de la presión arterial se establece en milímetros de mercurio (mmHg) y es representada por dos números⁴:

- ♥ El valor superior (presión sistólica). Mide la presión en las arterias, con el latido del corazón.
- ♥ El Valor inferior (presión diastólica). Mide la presión en las arterias entre latidos.

Clasificación de la hipertensión arterial

Categoría	PAS (mm/Hg)	PAD (mm/Hg)
Normal	< 120	< 80
Elevada	120-129	80
Hipertensión Estadio 1	130-139	80-89
Hipertensión Estadio 2	≥ 140	≥ 90

Para poder decir que hay un aumento de la presión, la presión arterial sistólica (PAS) en reposo debe ser ≥ 140 mmHg y al aumento de la presión arterial diastólica (PAD) en reposo de ≥ 90 mmHg esto en al menos dos tomas consecutivas⁵.



8

Síntomas frecuentes de la hipertensión arterial

Se dice que esta es una enfermedad silenciosa, por esta razón muchas veces es ignorada ya que no presenta ningún síntoma ni signo de alerta. Por tanto, es muy importante revisar la presión arterial periódicamente, aún más en la población adulta mayor³.



ZUMBIDO DE OIDOS



SENSACIÓN DE VER LUCECITAS



DOLOR DE CABEZA



MAREO



Complicaciones

La hipertensión arterial puede ocasionar daños cardíacos graves. Los frecuentes aumentos de presión pueden endurecer las arterias, al suceder esto se reduce el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. Estas dos consecuencias pueden ocasionar³.

- ♥ Dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ritmo cardíaco irregular³.

Factores que influyen en la hipertensión arterial

La hipertensión arterial en muy pocas ocasiones ocurre de manera aislada, ya que a menudo se relaciona con otros factores de riesgo. Los cuales constituyen los principales factores de riesgo en la génesis de las enfermedades cardiovasculares, y de ahí su complejidad y la importancia de contar con un control y manejo integral de la enfermedad⁶.

Factores que aumentan el riesgo de hipertensión arterial



Prevención y control de la hipertensión arterial

Estos cambios en el estilo de vida pueden prevenir o retardar el inicio de HTA y minimizar el riesgo cardiovascular. Una de las grandes desventajas de este tratamiento es la insuficiente adherencia que se observa a largo plazo⁷.





Importancia de la adherencia terapéutica en la HTA

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo contribuye directamente a que los pacientes con hipertensión coexistan con la enfermedad, la cual puede desencadenar en eventos que pongan en riesgo las morbilidades y mortalidad a los pacientes. Asimismo, la falta de adherencia al terapéutica se convierte en una de las principales causas de hipertensión no controlada en la población⁸

¿Qué es la adherencia terapéutica?

La OMS define la adherencia terapéutica como el nivel de comportamiento de una persona para cumplir con la toma de sus medicamentos , seguir un plan de alimentación y realizar cambios en su estilo de vida, con las recomendaciones establecidas de un profesional de la salud⁹.

Razones de la falta de adherencia

Son muchas las variables relacionadas con la adherencia terapéutica por lo que resulta sumamente complicado abarcar cada uno de los factores causantes. Algunos de los factores más frecuentes que se detectan en la no adherencia son⁹:



- ♥ **Socioeconómicos:** Pobreza, analfabetismo y creencias acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- ♥ **Relacionados con el tratamiento:** Duración del tratamiento, efectos secundarios y complejidad del régimen médico.
- ♥ **Relacionados con el paciente:** Olvido, falta de recursos y desconfianza en el personal sanitario.
- ♥ **Relacionados con la enfermedad:** Nivel de discapacidad, disponibilidad de tratamientos y gravedad de los síntomas.
- ♥ **Relacionados con el sistema o equipo sanitario:** Personal carente de eficacia y calidez, escasa educación al paciente y falta de conocimiento sobre la adherencia terapéutica.




Tema 3. Estrategias


Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

El farmacéutico juega un papel importante en cuanto a adherencia terapéutica, dado a su formación académica y experiencia en medicina, la adquisición de destrezas y habilidades le permite generar eficazmente el cambio de comportamiento en forma positiva¹⁰.




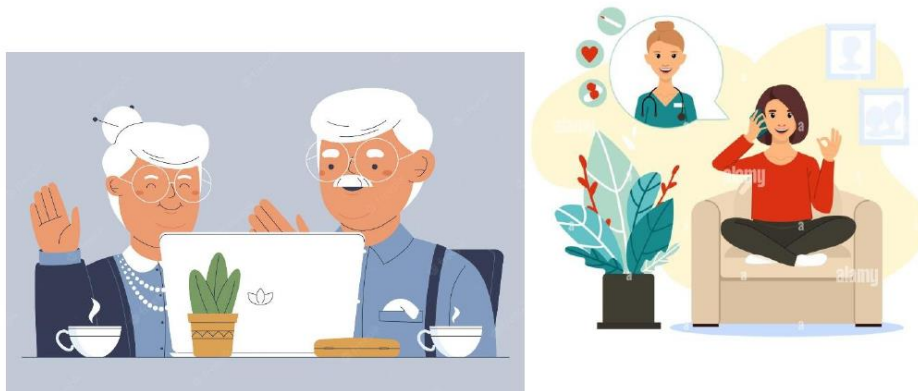
 **Conductuales:** Cambiar o reforzar la conducta de los pacientes y empoderarlos para que sean participes de su propio cuidado. Por otra parte, de las herramientas más útiles son la entrevista clínica de tipo motivacional, porque promover un cambio conductual en el paciente¹⁰.



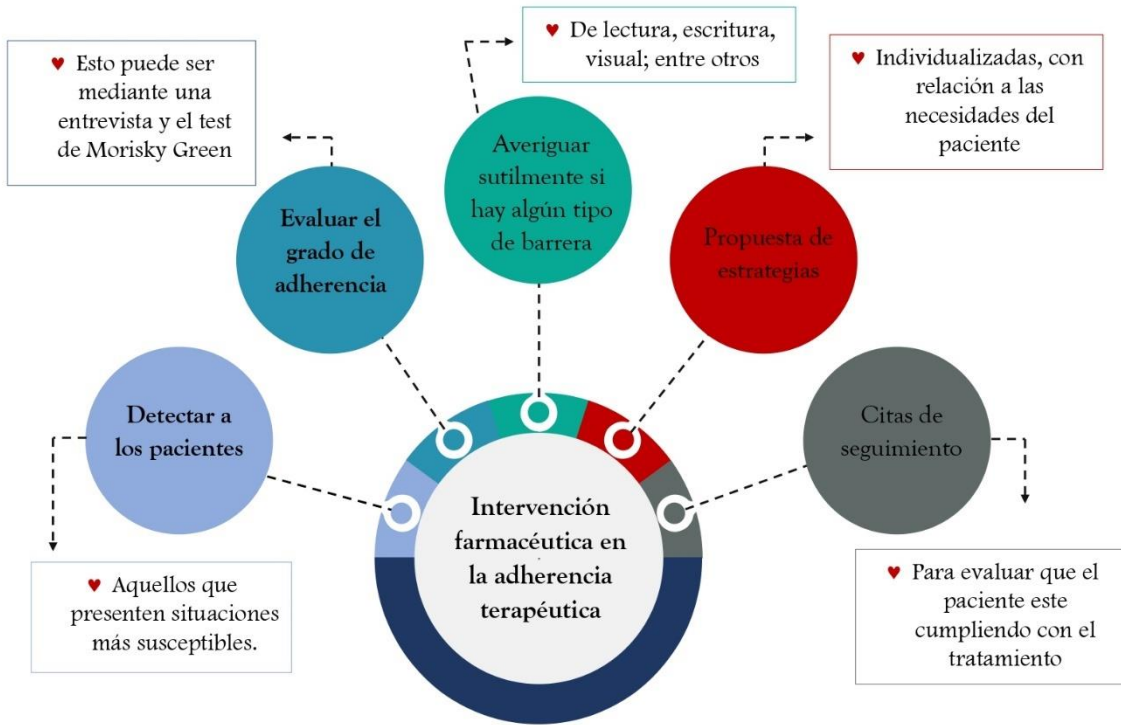
 **Técnicas:** Simplificar los tratamientos reduciendo el número dosis diarias, utilizar sistemas de recordatorio, uso de pastilleros y los sistemas personalizados de dosificación, uso de aparatos tecnológicos para medir un resultado clínico, esto fomenta un mejor autocuidado y furtivamente favorecer la adherencia¹⁰.



 **Educativas:** Suministrar información oral, escrita, por medio de soporte audiovisual, vía telefónica, correo electrónico, de manera individual o grupal por medio de visitas a domicilio, entre otras. La idea primordial es motivar y a la vez educar al paciente sobre su situación, medicación y la forma adecuada de utilizar el medicamento¹⁰.



Pasos para la intervención farmacéutica en la adherencia terapéutica



Plan de estrategias generales de adherencia terapéutica para los pacientes



Referencias

1. Franco A, Silva J, Soto O, Franco A. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. Rev. Inf. Cient [Internet]. 2018 [citado el 03 de julio del 2022]; 97(6):1124-1134. Disponible en: <https://bit.ly/3Pp1LEs>
2. Rodríguez A, García E, Rodríguez A, Batanero C, Pérez M. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. Pharm Care Esp. 2020; 22(3):148-172.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington, D.C: OMS; [consultado el 15 de junio del 2022]. Hipertensión [5 pantallas aprox.]. Disponible en: <https://bit.ly/3v0GSHq>
4. Andrade Castellanos A. Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. Med. Int. Méx [Internet]. 2015 [citado el 22 de junio del 2022]; 31(2):191-195. Disponible en: <https://goo.su/HRtp>
5. Duran T, Herrera J, Salazar M, Míreles A, Saavedra O, Ruiz J. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Cienc. enferm. [Internet]. 2022 [citado el 05 de junio del 2022]; 28(3):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-3ftj60003>
6. Regino Y, Quintero M, Saldarriaga J. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. Rev. Colomb. Cardiol [Internet]. 2021 [Citado el 05 de junio del 2022]; 28(6):648-655. DOI: <https://doi.org/10.24875/rccar.m21000108>.
7. Victoria Ramos M. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Rev. Urug. Cardiol [Internet]. 2019 [citado el 07 de junio del 2022]; 34(1):131-152. Disponible en: <https://onx.la/879b7>
8. Pincay Cañarte M. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Higía [Internet]. 2020 [citado el 10 de julio del 2022]; 2(1):1-6. Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/531>
9. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez A, Ortega M. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado el 20 de julio del 2022]; 16(3):226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es
10. Pagès N, Valverde M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars. Pharm [Internet]. 2018 [citado el 22 de febrero del 2022]; 59(4):251-258. DOI: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>