

XXII Jornada Científica Provincial de Medicina Familiar MEDFAMILIARHLG, 2024

**Determinantes sociales de la salud asociados a la hipertensión arterial en un
consultorio médico de la familia**

Jim Alex González Consuegra. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Aspirante a Investigador. Dirección General de Salud en Fomento. Correo: jimalex@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles representan una epidemia en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la alimentación inadecuada, su prevalencia no se presenta de manera equitativa para los distintos grupos sociales por lo que resulta de especial importancia el enfoque de los determinantes sociales de la salud. **Objetivo:** Caracterizar los determinantes sociales de la hipertensión arterial que pudieran estar influyendo en los cuadros de morbimortalidad en el consultorio del médico y la enfermera de la familia # 18 del Policlínico “Miguel Montesino Rodríguez” del municipio de Fomento. **Método:** Investigación observacional descriptiva a propósito de una serie de casos, universo 294 pacientes con hipertensión arterial, con una muestra de 169

pacientes a través de un muestreo probabilístico simple con un error estándar menor de 0,015. Se identificaron los determinantes estructurales y sociales, así como los determinantes intermedios o personales. Se determinó la adherencia al tratamiento (como posible indicador de impacto de los determinantes sociales) a través del cuestionario (validado) Martín-Bayarre-Grau (MBG). **Resultados:** predominan los pacientes con hipertensión mayor de 60 años en ambos sexos, el 38,46% con escolaridad de enseñanza media, el 28,99% están desocupados, más de la mitad no están casados y el 77,5% tienen algún grado de malnutrición por exceso. La gran mayoría no se encuentra adherida al tratamiento como impacto de los determinantes sociales en el control y evolución de esta enfermedad. **Conclusiones:** Es pertinente la atención a los determinantes sociales de la hipertensión arterial.

Palabras clave: hipertensión arterial, atención primaria de salud, determinantes sociales, adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Contrario a lo que muchas personas pudieran pensar, la causa más importante de discapacidad en el mundo no son los accidentes. Esa enorme carga de morbilidad recae en las llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).¹

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son enfermedades de larga duración, cuya evolución es generalmente lenta. Son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la alimentación inadecuada.^{2,3}

Constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial. Lo son por varias razones: el gran número de casos afectados con sus consabidas tasas de incidencia cada vez más crecientes, su gradual contribución a la mortalidad general, porque son la causa más frecuente de discapacidad, por el costo elevado de la hospitalización, el de su tratamiento médico y el de su posterior rehabilitación.⁴

Su emergencia como problema de salud pública sigue siendo el resultado de varios factores: cambios sociales, culturales, políticos y económicos que modificaron el estilo y condiciones de vida de un gran porcentaje de la población. Las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Anuario Estadístico de Salud de Cuba del 2022 son alarmantes. La morbilidad y mortalidad por ECNT se incrementa prácticamente por años, no solo con el envejecimiento poblacional al aumentar la expectativa de vida, sino que se incrementa en edades muy activas.⁴

La afección crónica más frecuente en la población adulta en el planeta es la hipertensión arterial (HTA). Esta se comporta como factor de riesgo para padecer enfermedades que se encuentran entre las más importantes causas de muerte en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, como son la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad renal crónica.⁵

Se conoce como uno de los problemas de salud más importantes del mundo y se le ha considerado como "la plaga silenciosa del Siglo XXI", pues rara vez provoca síntomas. Se diagnostica cuando las lecturas de la tensión arterial de una persona en dos días distintos son iguales o superiores a 140 mm Hg para la tensión diastólica y 90 mm Hg para la tensión sistólica, según lo define la Organización Mundial de la Salud, 2022.^{6,7}

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) calcula que la prevalencia de hipertensión en los países latinoamericanos y del Caribe fluctúa entre 8% y 30% y estimó que, en el transcurso de los próximos 10 años, habrá 20,7 millones de muertes por enfermedad hipertensiva, en la región de las Américas.⁸

En Cuba la hipertensión arterial es responsable de un 40% o más de la carga global de ECNT. Se estima que 2,3 millones de adultos la padecen actualmente. De acuerdo con la más reciente Encuesta Nacional de Salud, llevada a cabo en el periodo 2018-2020 por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, la población cubana presenta importantes problemas de Salud asociados a las enfermedades no transmisibles, cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública, reflejan que estas enfermedades son la principal causa de morbilidad, mortalidad y discapacidad entre la población cubana.^{1,8,9}

Según dicha encuesta, la prevalencia global de hipertensión arterial encontrada es de 37,3%, aunque se reportó en el 40,2% de las mujeres; una cifra superior de acuerdo con los resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Salud 2010 donde el 30,9 % de los cubanos mayores de 15 años padecían HTA. El número de prehipertensos creció al 23% de un 15% en 2010.¹

En el Anuario Estadístico de Salud en Cuba las cifras de la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón y cerebrovasculares, que tienen a la HTA como uno de sus factores de riesgo, son preocupantes. Estudios han evidenciado que la prevalencia de la HTA no se presenta de manera equitativa para los distintos grupos sociales. De esta manera, las circunstancias en que las personas, nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, entendiendo como tales a las determinantes sociales de la salud (OPS, 2022), pueden generar claras diferencias en los resultados de salud de las personas.⁷

Es por ello que resulta de especial importancia el enfoque de las determinantes sociales de la salud para estudiar las causas de los factores de riesgo, es decir, “las causas de las causas”, identificando aquellas determinantes sociales que podrían facilitar o dificultar la ocurrencia de la HTA en Cuba.⁷

Los Determinantes Sociales de la Salud son factores sociales, políticos, económicos, ambientales, culturales, étnico-raciales, psicológicos y de comportamiento que influyen la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población, algunos se quedan bajo mayor control del individuo; otros, de carácter colectivo, son dependientes de las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y ambientales existentes.¹⁰

Teniendo en cuenta el elevado número de personas afectadas por la hipertensión arterial tanto a nivel mundial como de nuestro territorio se plantea la necesidad de caracterizar los determinantes sociales de la hipertensión arterial que pudieran estar influyendo en los cuadros de morbimortalidad en el consultorio del médico y la enfermera de la familia # 18 del Policlínico “Miguel Montesino Rodríguez” del municipio de Fomento.

MÉTODO

Se realizó una investigación observacional descriptiva a propósito de una serie de casos en el Consultorio Médico y de Enfermera de Familia # 18 perteneciente al Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez” del municipio de Fomento durante el primer trimestre del año 2023. El universo para el estudio quedó conformado por los 294 pacientes dispensarizados con Hipertensión Arterial.

Se obtuvo una muestra de 169 pacientes con hipertensión arterial a través de un muestreo probabilístico simple con un error estándar menor de 0,015.

Se caracterizaron los pacientes de acuerdo a los determinantes estructurales y sociales (atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de las personas; están relacionados con la posición social, género, color de la piel, grupo étnico, acceso a la educación y al empleo) y los determinantes intermedios o personales (según la estratificación social, y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Dentro de estos podemos mencionar las circunstancias materiales, psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el sistema de salud).

Se determinó la adherencia al tratamiento (como posible indicador de impacto de los determinantes sociales) a través del cuestionario (validado) Martín-Bayarre-Grau (MBG) de importante valor potencial predictivo de la adherencia al tratamiento con capacidad para predecir el control de la hipertensión arterial.

Se consideraron tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación que obtuvo el paciente en el cuestionario. Se consideró total: si obtuvo entre 34 y 48 puntos; parcial: entre 33 y 18 y no adherido si obtuvo 17 o menos puntos.

Se identificaron sus tres componentes, que fueron evaluados a partir de los ítems que integran dicho cuestionario MBG. Estos fueron:

a) Implicación personal: ítems: 5, 6, 8, 9, 10.

b) Relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): ítems: 7, 11, 12.

c) Comportamental (cumplimiento del tratamiento): ítems: 1, 2, 3, 4.

Se consideraron: ítems de bajos resultados aquellos que obtuvieron valores medios inferiores a dos, con resultados intermedios los que alcanzaron valores medios entre dos a tres y de mejores resultados los que lograron valores medios superiores a tres. ¹¹

El método empleado para la obtención de la información fue la entrevista realizada a cada paciente para valorar su adherencia al tratamiento, como fuente primaria para obtener la información; y se revisó el análisis de la situación de salud del policlínico y las historias de salud familiares e individuales como fuente secundaria de información.

En la investigación se cumplieron los principios éticos básicos del proceso investigativo, según lo establecido en la Declaración de Helsinki, 2008. Esta investigación respetó en todo momento los principios básicos de beneficencia, no maleficencia, justicia y el respeto a las personas; y se apegó estrictamente a la ética profesional en la publicación científica.

RESULTADOS

Tabla 1: Pacientes con Hipertensión Arterial según edad y sexo.

| Grupo de edades | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-----------------|-----------|------|----------|-------|-------|------|
| | # | % | # | % | # | % |
| 20-29 años | 0 | 0 | 1 | 1,07 | 1 | 0,59 |
| 30-39 años | 3 | 3,94 | 3 | 3,22 | 6 | 3,55 |
| 40-49 años | 6 | 7,89 | 10 | 10,75 | 16 | 9,46 |

| | | | | | | |
|---------------|----|-------|----|-------|-----|-------|
| 50-59 años | 26 | 34,21 | 27 | 29,03 | 53 | 31,36 |
| 60 años y más | 41 | 53,94 | 52 | 55,91 | 93 | 55,02 |
| Total | 76 | 100 | 93 | 100 | 169 | 100 |

Fuente: Historias clínicas de salud individuales y familiares

Podemos apreciar se incrementa el número de pacientes con hipertensión arterial con el envejecimiento poblacional (Tabla 1) y que existe una mayor número de pacientes con hipertensión arterial del sexo femenino (93), con respecto al sexo masculino (76) y el grupo de edad más afectado es el de 60 y más años con 55,02%, en comparación con el grupo de edad de 20-29 años donde existe 0,59% pacientes con Hipertensión en ambos sexos.

En la tabla 2 apreciamos que la mayor cantidad de personas afectadas tienen nivel de enseñanza media (65), lo que representa 38,46% y el menor número de pacientes 8 pertenecen al sexo masculino y nivel de enseñanza primario con 10,52%.

Tabla 2: Pacientes con Hipertensión Arterial según su escolaridad y sexo.

| Escolaridad | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-------------|-----------|---|----------|---|-------|---|
| | # | % | # | % | # | % |

| | | | | | | |
|-------------------------|----|-------|----|-------|-----|-------|
| Enseñanza Primaria | 8 | 10,52 | 19 | 20,43 | 27 | 15,97 |
| Enseñanza Secundaria | 13 | 17,10 | 16 | 17,20 | 29 | 17,15 |
| Enseñanza Media | 30 | 39,47 | 35 | 37,63 | 65 | 38,46 |
| Enseñanza Superior | 25 | 32,89 | 18 | 19,35 | 43 | 25,44 |
| No especificada | 0 | 0 | 5 | 5,37 | 5 | 2,95 |
| Total | 76 | 100 | 93 | 100 | 169 | 100 |

Fuente: Historias clínicas de salud individuales y familiares

Tabla 3: Pacientes con Hipertensión Arterial según su ocupación y sexo.

| Ocupación | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | # | % | # | % | # | % |
| Desocupado | 2 | 2,63 | 47 | 50,53 | 49 | 28,99 |
| Jubilado | 23 | 30,26 | 19 | 20,43 | 42 | 24,85 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| Obrero | 19 | 25 | 6 | 6,45 | 25 | 14,7 9 |
| Profesional | 29 | 38,15 | 18 | 19,35 | 47 | 27,8 1 |
| Trabajador por cuenta propia | 3 | 3,94 | 3 | 3,22 | 6 | 3,55 |
| Total | 76 | 100 | 93 | 100 | 169 | 100 |

Fuente: Historias clínicas de salud individuales y familiares

La ocupación de los pacientes con hipertensión arterial es importante para evaluar de forma holística esta enfermedad, en la tabla 3 se aprecia que predominan los profesionales fundamentalmente del sexo masculino con 38,15% mientras que las mujeres con hipertensión arterial son amas de casa (28,99%). Importante resaltar que el 24,85% de los pacientes estudiados están jubilados en correspondencia con el envejecimiento de esta población.

En la tabla 4 se puede apreciar que en el sexo masculino los casados representan la mayor cantidad, contando con 59,21% mientras que en el femenino los no casados para 68,81%. La mayor cantidad de la población se encuentra en la categoría de no casados (95) para 56,21%.

Tabla 4: Pacientes con Hipertensión Arterial según su estado civil y sexo.

| Estado civil | Masculino | | Femenino | | Total | |
|--------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | # | % | # | % | # | % |
| Casado | 45 | 59,21 | 29 | 31,18 | 74 | 43,78 |
| No casado | 31 | 40,78 | 64 | 68,81 | 95 | 56,21 |
| Total | 76 | 100 | 93 | 100 | 169 | 100 |

Fuente: Historias clínicas de salud individuales y familiares

En la tabla 5 se puede apreciar que existe un importante predominio de los pacientes con hipertensión arterial que tienen además una malnutrición por exceso donde el sobrepeso cuenta con la mayor cantidad de pacientes (66) que representa 39,05% y le sigue la obesidad que cuenta con 38,46%. La mayoría de las personas del sexo masculino tienen sobrepeso 42,10%, mientras que en el sexo femenino son los obesos 37,70%. Tan solo el 6,5% de los pacientes están con índice de masa corporal dentro de los parámetros del normopeso y que incluso el 15,97% se encuentra delgado.

Tabla 5: Pacientes con Hipertensión Arterial según su estado nutricional y sexo.

| Estado nutricional | Masculino | | Femenino | | Total | |
|--------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | # | % | # | % | # | % |
| Normopeso | 4 | 5,26 | 7 | 7,52 | 11 | 6,50 |

| | | | | | | |
|-----------|----|-------|----|-------|-----|-----------|
| Delgado | 11 | 14,47 | 16 | 17,20 | 27 | 15,9 7 |
| Sobrepeso | 32 | 42,10 | 34 | 36,55 | 66 | 39,0 5 |
| Obeso | 29 | 38,15 | 36 | 38,70 | 65 | 38,4 6 |
| Total | 76 | 100 | 93 | 100 | 169 | 100 |

Fuente: Historias clínicas de salud individuales y familiares

La mayoría de los pacientes reconocieron la ingestión frecuente de café mientras que es alarmante ver que el 44,97% de los pacientes son fumadores activos.

Tabla 6: Pacientes con Hipertensión Arterial según sus hábitos tóxicos y sexo.

(N = 169) (Masculino = 76 Femenino = 93)

| Hábitos tóxicos | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-----------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-----------|
| | # | % | # | % | # | % |
| Tabaco | 36 | 47,36 | 40 | 43,01 | 76 | 44,9 7 |
| Alcohol | 9 | 11,84 | 11 | 11,82 | 20 | 11,8 3 |

| | | | | | | |
|------|----|-------|----|-------|-----|------|
| Café | 52 | 68,42 | 64 | 68,81 | 116 | 68,6 |
| | | | | | | 3 |

Fuente: Historias clínicas de salud individuales y familiares

En la tabla 7 observamos que la mayor cantidad de los pacientes estudiados (104) se encuentran no adheridos al tratamiento para 61,53% seguido por los parcialmente adheridos (65) para 38,46%. Ningún paciente se encontró totalmente adherido al tratamiento.

Tabla 7: Pacientes con Hipertensión Arterial según su adherencia al tratamiento y sexo.

| Adherencia al tratamiento | Masculino | | Femenino | | Total | |
|---------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | # | % | # | % | # | % |
| Total (34 y 48 puntos) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Parcial (33 y 18 puntos) | 25 | 32,89 | 40 | 43,01 | 65 | 38,46 |
| No adherido (17 o menos puntos) | 51 | 67,10 | 53 | 56,98 | 104 | 61,53 |
| Total | 76 | 100 | 93 | 100 | 169 | 100 |

Al analizar los diferentes componentes de la adherencia al tratamiento, (Tabla 8) todos los items de implicación personal así como los que establecen la relación transaccional

entre profesional y paciente, además de los ítems acerca del cumplimiento del tratamiento; mostraron valores muy bajos que determinaron la falta de una adecuada adherencia al tratamiento contra la hipertensión arterial, lo cual muestra el impacto de los determinantes sociales en el control y evolución de esta enfermedad, que pudiera ser causa o parte de las causas de las complicaciones de la hipertensión arterial y de indicadores negativos de mortalidad y letalidad por enfermedades crónicas asociadas a la hipertensión arterial.

El componente relacional fue el que mostró los promedios de calificaciones más bajas: “Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir” (0,31); “Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento” (0,37) y “Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento indicado” (0,36), por lo que muestra un serio problema en la relación médico – paciente que es factible y pertinente resolver en la atención primaria de salud.

Tabla 8 Resultados del test de adherencia terapéutica, de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con HTA.

| Ítems de adherencia terapéutica | Valores promedios | Intervalos de confianza (95%) |
|--|-------------------|-------------------------------|
| 1.- Toma los medicamentos en el horario establecido. | 0,79 | 0,51 a 0,99 |
| 2.- Se toma todas las dosis indicadas por su médico. | 0,80 | 0,58 a 1,02 |
| 3.- Cumple con las indicaciones relacionadas con la dieta. | 0,70 | 0,47 a 0,95 |

| | | |
|---|------|-------------|
| 4.- Asiste a las consultas de seguimiento programadas. | 0,51 | 0,23 a 0,75 |
| 5.- Realiza los ejercicios físicos indicados. | 0,83 | 0,66 a 1,14 |
| 6.- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria. | 1,53 | 1,24 a 1,86 |
| 7.- Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir. | 0,31 | 0,11 a 0,56 |
| 8.- Usted cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos. | 1,36 | 1,02 a 1,64 |
| 9.- Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos. | 0,86 | 0,58 a 1,26 |
| 10.- Utiliza recordatorios que facilitan la realización del tratamiento. | 1,24 | 1,08 a 1,48 |
| 11.- Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento. | 0,37 | 0,13 a 0,57 |
| 12.- Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento indicado. | 0,36 | 0,12 a 0,58 |

DISCUSION

Martínez de Murga García en su investigación encontró que el sexo más afectado es el masculino con 100 pacientes para 51% mientras que el grupo de edad más afectado son los mayores de 60 años para un (57,78 %).¹²

En La Habana, en la población del consultorio siete del Policlínico "Aleida Fernández Chardiet", se realizó un estudio longitudinal con todos los pacientes hipertensos

mayores de 18 años de edad; y encontraron que predominaron los pacientes con edad entre 40 y 59 años de edad, seguido de los pacientes mayores de 60 años (48,7% y el 32,6% respectivamente) y el sexo femenino (58,03%).¹³

Por su parte Reyes Caballero y sus colaboradores, en el consultorio médico de familia 17 del Policlínico Universitario “Chiqui Gómez Lubián” de Santa Clara, Villa Clara; encontraron que en los pacientes hipertensos estudiados se pudo determinar que el 31,7% se ubicaba entre 45 y 49 años; el resto: 68,3% tenía más de 55 años; en cuanto al sexo, la enfermedad se comportó con mayor número de casos en las féminas con 53 pacientes (64,6%) sobre el grupo masculino que fueron 29 (35,4%); estos resultados coinciden con lo planteado por el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial en cuanto a la prevalencia de la enfermedad en estos grupos de edades.¹⁴

Por otra parte recientemente, en un estudio descriptivo y transversal durante abril de 2019; de 210 pacientes hipertensos pertenecientes a 30 consultorios médicos de los municipios Santiago de Cuba, Contramaestre y San Luis; predominaron las féminas (64,8%) y los grupos de edades 65-79 años y 50-64 años (38,1% y 31,9%, respectivamente). La media de edad fue de 61,1 años con una desviación típica de 14,6.¹⁵

Relacionado con la escolaridad, Reyes Caballero y sus colaboradores encontraron en Santa Clara que el 43,9% son universitarios, seguido de los que tienen nivel preuniversitario (28%) y nivel secundario (20,7%). Según algunos autores la escolaridad no es un factor determinante en la aparición de esta enfermedad, con lo que coincidimos plenamente, pero se puede dejar de señalar la importancia de cierto nivel

cultural para asimilar los conocimientos sobre la enfermedad y las maneras más saludables de convivir con ella. ¹⁴

Ochoa González en el artículo “Caracterización de pacientes con hipertensión arterial no controlada en relación con la adherencia al tratamiento” plantea que en cuanto al nivel de escolaridad predominó el preuniversitario o técnico medio con 39,5% de los casos. ¹⁶

El nivel escolar orienta al médico en general sobre una problemática muy frecuente, como dirigirse con mayor precisión hacia sus pacientes para establecer una adecuada comunicación y lograr los efectos deseados en la acción a desarrollar. Bien es sabido que un mayor nivel cultural es directamente proporcional al nivel escolar, de lo que se desprende que podrán lograrse mejores resultados en aquellas personas con conocimientos más amplios en todas las esferas que viene aparejado al mayor tiempo de vinculación con la enseñanza.

Alba Alexandra Mejía Navarro observó que la mayoría de las personas se agrupaban en la categoría de trabajador por cuenta propia (12) para 2,9%. Gafas González y colectivo de autores encontraron un predominan el estado civil no casado donde incluye a los solteros, viudos y divorciados con 56,21% en comparación a las personas casadas para 43,78%. ^{17,18}

González Tabares y colaboradores encontraron que dentro de los factores de riesgo de la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad sobresalen. Representando el sobrepeso 44,5% y la obesidad 29,2%. ^{19,20}

La dificultad para lograr un buen control se debe a motivos diversos, atribuibles al médico o al paciente: falta de diagnóstico, retraso en el aumento o cambio de la medicación, satisfacción con moderadas reducciones de presión arterial (PA) ligada a la

falta de compromiso con el paciente, falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, socioeconómicos, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad que lleva a la suspensión de la medicación.¹³

Hay una diferencia significativa entre adherencia y cumplimiento. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud aclaró que la diferencia principal está dada por el hecho que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, mientras que el segundo término implica que el propósito de recetar es conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico. Se recomienda que los pacientes deban colaborar activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados.²¹

Una adherencia terapéutica deficiente da como resultado una salud deficiente y un incremento en los costos sanitarios. Se ha calculado que el 40% de los casos de infarto de miocardio grave o de derrame cerebral son atribuibles a la HTA y algunos estudios han demostrado que, a pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, menos del 25% de los pacientes con tratamiento alcanzan una presión arterial óptima.^{22,23}

Se debe ampliar el panorama y reconocer que la adherencia terapéutica sigue siendo un obstáculo que no permite mejorar la salud y calidad de vida de las personas. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados las tasas de adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%, dato que permite calificar la adherencia como “un problema mundial de gran magnitud”.²⁴

CONCLUSIONES

Es pertinente la atención de los determinantes sociales de la hipertensión arterial para lograr una adecuada adherencia terapéutica que permita un mejor control y evolución de la hipertensión arterial, para reducir la morbimortalidad por enfermedades crónicas asociadas a la hipertensión y disminuir los años de vida vividos con discapacidad y/o potencialmente perdidos.

REFERENCIAS

1. Fariñas Acosta L. Más allá de estadísticas: ¿Qué nos dice la Encuesta Nacional de Salud sobre la hipertensión arterial? Cubadebate [Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 11]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2022/07/21/cuba-se-enfoca-en-enfermedades-no-transmisibles-ministro-de-salud-presenta-estrategias-para-su-prevencion-y-control/#anexo-1708588>.
2. Colectivo de autores. Coordinación de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 11]. Disponible en: https://www.entrerios.gov.armsaludpage_id=11666.
3. Red de colaboración sobre la carga mundial de morbilidad. Global Burden of Disease Study [Internet]. 2020 [citado 2023 Mar 11]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
4. González Rodríguez R. Necesaria profundización de las investigaciones sobre las enfermedades no transmisibles. Revista Finlay de enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018 [citado 2023 Mar 11]; 08(2) Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/revfinlay/article/view/235>.

5. James PA, Oparil S, Carter BL. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2019 [citado 2023 Mar 11];311:507-20. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>.
6. Shunchao Kou, Xueqing Li, Blanco Aspiazu Miguel Ángel. El manejo de la hipertensión arterial como variable de investigación. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 Abr [citado 2023 Mar 04]; 17(2): 214-224. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2018000200007&lng=es.
7. Chávez Oyanadel C. Aplicación de Métodos Multivariados para el Estudio de la Asociación de Factores de Riesgo Cardiovascular y Determinantes Sociales: Evolución en el Tiempo en Chile. Santiago: Universidad de Chile [Internet]. 2019 [citado 2023 Mar 04]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181000>.
8. Cruz Betancourt A, Martínez García E, Lara Delgado E, Vargas Ramírez L, Pérez Pérez A. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. Correo Científico-Médico de Holguín [Internet]. 2020 [citado 2023 Mar 04]; 19(4): 656-667. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-4381X2015000400006&lng=es.
9. Martínez Pérez JR, Bermúdez Cordoví LL, Cruz Paz Zd. Hipertensión arterial y auriculoterapia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2020 [citado 2023 Mar 04]; 40(6): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/57>

10. Leyva León Á I, Pérez Concepción L M. Convención Internacional de Salud. Determinantes sociales asociadas a la Hipertensión Arterial Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Las Tunas 2015- 2016. [Internet]. 2018 [citado 2023 Mar 04]. Disponible en: www.convencionsalud.sld.cu.
11. Alfonso Martín Libertad, Bayarre Vea Héctor D, Grau Abalo Jotge A. Validación del cuestionario MGB (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 Mar [citado 2023 Mar 25], 34(1) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200801002
12. Martínez de Murga García Gustavo, Sujo Sid Maritza, Estevez Perera Abel. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2020 Mar [citado 2023 Mar 25], 36(1): e982. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125202000010002&lng=es..
13. Rivera Ledesma E, Junco Arévalo JV, Flores Martínez M, Fornaris Hernández A, Ledesma Santiago RM, Afonso Pereda Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2019 Jul-Sep [citado 2023 Mar 11]; 35(3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252019000300004
14. Reyes Caballero MC, Menéndez Gálvez L, Obregón Pérez JN, Núñez Rodríguez M, García Aguila EJ. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. EDUMECENTRO [serie en Internet]. 2021 Mar [citado 2023 Mar 11]; 13(1): 149-166

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000100149&lng=es

15. Soler Santana R, Brossard Cisnero M, Vaillant Rodríguez M, Rodríguez Yalisle O, Marin Mendez M. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [serie en Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Mar 11]; 24(2): 174-184 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192020000200174
16. Ochoa-González Y, Peña-García Y, Mola-Vega J. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial no controlada en relación con la adherencia al tratamiento. Revista Finlay [revista en Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 25]; 1 2(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1184>
17. Mejía Navarro Alba Alexandra, Mejía Navarro Juan Carlos, Melchor Tenorio Segundo. Frecuencia de hipertensión arterial en personas adultas del Barrio México, Puyo, Pastaza, Ecuador. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2020 Ago [citado 2023 Mar 25]; 22(2): e707. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181759962020000200008&lng=es.
18. Gafas González Carlos, Figueredo Villa Katuska, Salazar Granizo Yolanda Elizabeth, Brossard Peña Edgar, León Insuasti Mayra Carola, Pérez Columbié Reina Luisa. Caracterización de pacientes hipertensos del Distrito de Salud Chambo-Riobamba. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2019 Sep [citado 2023 Mar 25]; 35(3): e2611. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000300002&lng=es.

19. González-Tabares R, Acosta-González F, Trimiño-Galindo L, Guardarrama-Linares L. Factores de riesgo metabólico y enfermedad cardiovascular asociados a obesidad en una población laboralmente activa. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2020 [citado 25 Mar 2023]; 36 (1) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1040>
20. Geominia, Rodríguez Salvá Armando, Díaz Perreira Addys M., Londoño Agudelo Esteban, León Sánchez Milenia. Comportamiento epidemiológico de la Hipertensión arterial en un Policlínico cubano. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Mar 25]; 19(1): 69-77. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592020000100069&lng=es.
21. Jiménez Fernández L, Siverio Mota D, Chala Tandrón JM, Brito Ferrer Y, Armada Esmores Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. CorSalud [serie en Internet]. 2017 Ene-Mar [citado 2023 Mar 11]; 9(1): 10-18 Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/211>
22. Sabio R, Valdez P, Abuabara Turbay Y, Andrade Belgeri RE, Arbo Oze de Morvil GA, Arias C et al. Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [serie en Internet]. 2019 Mar [citado 5 enero 2021]; (1): 86-123 Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v6n1/2312-3893-spmi-6-01-86.pdf>
23. Rubio Guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta?. Med. interna Méx. [serie en Internet]. 2018 Abr [citado 2023

Mar 11]; 34(2): 299-303. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018648662018000200011&lng=es

24. López Mateus MC, Hernández Rincón EH, Correal Muñoz CA, Cadena Buitrago GP, Galvis Díaz IJ, Romero Prieto GE. Estrategia educativa que promueve los hábitos saludables en adultos mayores con hipertensión arterial en un municipio de Colombia: estudio de investigación-acción participativa. Medwave [serie en Internet]. 2017 Sep-Oct [citado 2023 Mar 11]; 17(8) Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2049258036&origin=inward&txGid=b3c83c2c7f7b74f8edba83e0dc51ce12>