

Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad?

Pharmacological adherence to the antihypertensive treatment, a challenge or a fact?

Medicação adesão à terapia anti-hipertensiva?
Desafio ou realidade?

*María Zoraida Rojas M.¹
Sandra Yamile Morales B.²*

RESUMEN

Problemas como el sedentarismo, tabaquismo, cambios de estilo de vida y dieta traen consigo la presencia de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y afecciones cardiovasculares que generan gran preocupación a las organizaciones de salud internacionales. De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, más de la mitad de las personas con hipertensión arterial en el mundo no tienen un tratamiento efectivo. Las principales causas de incumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos son: características de la enfermedad y de los pacientes; desconocimiento de la definición, secuelas y necesidades terapéuticas de la hipertensión; ausencia de síntomas; características del tratamiento; efectos adversos de la medicación; cronicidad del tratamiento, coste y complejidad de las pautas terapéuticas. Entre las intervenciones que los estudios analizados plantean como estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo se encuentran: simplificación del régimen farmacológico, información y educación del paciente, atención intensificada del paciente como recordatorio e intervenciones conductuales. Se destaca una mayor intervención centrada en el paciente con énfasis en la perspectiva y toma de decisiones compartidas con este.

Palabras clave: hipertensión, cumplimiento de la medicación.

ABSTRACT

Sedentary lifestyles, smoking, and changes in lifestyle and diet, lead to the development of chronic diseases such as diabetes, hypertension and cardiovascular diseases, causing great concern among World health organizations. A global survey reveals that more than half of people with hypertension lack effective treatment. Reasons for non-adherence to antihypertensive medication are: characteristics of the particular disease and patient; unfamiliarity with the definition; sequelae and therapeutic needs of hypertension; absence of symptoms; treatment

RESUMO

Problemas como sedentarismo, fumar cigarros e alterações de dieta e estilo de vida trazem a desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, pressão elevada (hipertensão) e doenças cardiovasculares quem causam grandes preocupações para as organizações de saúde em todo o mundo. A visão global é que mais da metade das pessoas com hipertensão não têm tratamento eficiente. As principais razões de não aderir o remédio em pacientes hipertensos são: características da doença e dos pacientes, falta de definição, consequências e necessidades terapêuticas da hipertensão, ausência de sintomas, características do tratamento, efeitos adversos de remédios, trata-

characteristics; adverse medication effects; a chronic nature of the treatment; expenses; and the complexity of treatment regimens. Intervention strategies to improve adherence to antihypertensive drug therapy revealed in the analyzed studies include: simplification of drug regimen, information and patient education, and enhanced patient care including reminders and behavioral interventions. Highlighted is the need for increased intervention with a patient-centered perspective through emphasis on shared decision-making.

Key words: hypertension, medication adherence.

mento crônico, o custo e a complexidade dos regimes de tratamento. Estratégias de intervenção que foram representados em os estudos analisados para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensão incluem: simplificação do regime de drogas, informações e a educação do paciente, assistência ao paciente melhorar e intervenções comportamentais. Também com foco era intervenção aumentada de perspectiva centrada no paciente por um ênfase na tomada de decisão.

Palavras-chave: hipertensão, adesão à medicação.

Recibido: 2013-05-15; aprobado: 2014-06-25

1. Enfermera, magíster en Ciencias - Farmacología, especialista en Docencia Universitaria y en Enfermería Cardiorrespiratoria. Profesora asistente, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: rojasmariaz@unbosque.edu.co
2. Enfermera, magíster en Ciencias - Farmacología (c), especialista en Docencia Universitaria y en Enfermería Cardiorrespiratoria. Profesional especializado, Unidad Cuidad Intensivo, Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

En el mundo en las últimas décadas se ha incrementado de forma importante la aparición de enfermedades crónicas estrechamente relacionadas con los cambios en los estilos de vida, tales como sedentarismo, trastornos alimenticios, estrés y tabaquismo. Esto las convierte en una amenaza creciente para la población. Al respecto, la Organización Mundial de Salud (OMS) afirma que “han remplazado las enfermedades transmisibles como la principal amenaza a la salud pública y a los presupuestos para la salud en todo el mundo” (1).

Las instituciones de salud junto con los profesionales reiteran la problemática alrededor de estas enfermedades, que no solo afectan a países en desarrollo sino a la mayoría de países desarrollados; estas condiciones patológicas se han convertido en una “epidemia” mundial (2). Las diferentes sociedades realizan diversos esfuerzos para contrarrestar sus efectos en la población. Entidades como la OMS han intervenido ante los entes gubernamentales de cada país para que incluyan dentro de sus políticas

proyectos y programas de salud de prevención, seguimiento, tratamiento y control de los pacientes que padecen este tipo de enfermedades.

En Colombia el panorama no es muy diferente del mundial. Según registros del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), citado por Robledo y Escobar (3), en 2009 las cinco causas principales de mortalidad eran: “enfermedad isquémica del corazón (28.650 casos), agresiones u homicidios (16.913 casos), enfermedad cerebrovascular (14.555 casos), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (11.479 casos) y diabetes mellitus (7.320 casos)”. La hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las enfermedades cardiovasculares, pero la HTA es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de la cardiopatía isquémica (2). Varela (4) refiere que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de la HTA entre la población mayor de

15 años es del 12,6%. Estas enfermedades cardiovasculares, a su vez, ocupan el segundo, tercero y cuarto nivel dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en el país.

A pesar de existir un sinnúmero de avances respecto a la detección, tratamiento y control de la HTA, esta continúa siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Su alta prevalencia, la morbimortalidad asociada y el costo de sus complicaciones señalan que los esfuerzos no han dado los frutos esperados. Los diferentes avances en las alternativas farmacológicas han permitido que en países desarrollados se administren tratamientos más efectivos para el control de la enfermedad; sin embargo, la baja adherencia a estos es uno de los principales factores que impiden un adecuado control, lo cual perpetúa el círculo vicioso en el inadecuado manejo de las enfermedades crónicas.

Para el control de la HTA es necesario, además, que los pacientes se adhieran a las recomendaciones sobre la modificación de sus estilos de vida, lo cual resulta aún más problemático dada la dificultad inherente a los cambios de comportamiento. Conocer las razones por las cuales un paciente no se adhiere al tratamiento resulta esencial; de esto depende que se puedan diseñar y reorientar las intervenciones que buscan mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (4).

Una de las principales causas del fallo terapéutico es la poca adherencia al tratamiento farmacológico, entendida como el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico o por el personal de salud, y constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular. El término adherencia o cumplimiento terapéutico incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes (5). Este artículo pretende describir las estrategias que recomienda la literatura para incrementar la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Estas intervenciones pueden desarrollarse desde la consulta en los diferentes servicios en donde se generen espacios de relación enfermera-paciente-médico.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura publicada desde octubre de 2011 hasta febrero de 2012 sin restricción de idioma en las bases de datos Cochrane, International Pharmaceutical Abstracts (IPA), PsychInfo, Pubmed, MEDLINE, EMBASE, Hinari, y las páginas de la OMS y la OPS. La estrategia de búsqueda se basó en la combinación de los términos adherencia, hipertensión arterial, fallo terapéutico, enfermedad crónica, morbimortalidad, prevalencia enfermedades crónicas, medición adherencia; términos en inglés: “Adherence AND treatment AND chronic disease”, “patient compliance AND intervention”. Se completó con “literatura gris” (referencias bibliográficas, opción “see related articles”) en PubMed y búsquedas manuales de artículos relacionados con adherencia en las colecciones personales de las autoras.

Tras el análisis de los títulos y resúmenes de todos los trabajos seleccionados en la búsqueda, se incluyeron todos aquellos estudios con resultados sobre la adherencia y la HTA. Para elaborar el documento se evaluaron y adaptaron las recomendaciones soportadas por la evidencia científica de acuerdo a la epidemiología local, prevalencia y disponibilidad de medicamentos, entre otros.

RESULTADOS

La hipertensión arterial, un problema de salud pública

Enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, dislipidemias y problemas cardiacos han despertado alarma global puesto que aportan un incremento importante en las tasas de mortalidad anual. El panorama para Latinoamérica no difiere del resto del mundo: “Las enfermedades crónicas son causa principal de muerte y discapacidad en la región; a ellas se atribuye más del 60% de las defunciones y la mayoría de los costos sanitarios” (6).

Para la OMS, la epidemia de las enfermedades crónicas constituye una grave amenaza para la vida y salud de millones de personas así como para la estabilidad económica de las naciones. “En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo

murieron debido a las enfermedades crónicas [...]; se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán 17% para 2015” (7).

La hipertensión arterial (HTA) constituye un importante problema de salud pública, que afecta a aproximadamente a un billón de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos, ajustados por discapacidad. En los países de Suramérica, su prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, en la población adulta (4).

Según informes de la OMS, “se prevé que para el año 2015, de los 64 millones de personas que fallecerán [...], 41 millones tendrán como causas de muerte enfermedades crónicas [...]”. Identifica esta problemática como la principal causa de morbi-mortalidad en adultos en el mundo. Además, reconoce que la hipertensión arterial tiene una seria repercusión en el avance económico y potencial desarrollo de los países” (8).

Al revisar el panorama mundial se encuentra que más de la mitad de las personas con hipertensión arterial no tienen un tratamiento efectivo. En las sociedades desarrolladas la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas es del 50%. Este valor disminuye de manera considerable en países en desarrollo, por sus condiciones de escasez, inequidad y limitación en servicios sanitarios (9). Esto convierte la baja adherencia al tratamiento en un asunto de salud pública mundial. En Colombia, los estudios al respecto son limitados: desarrollan instrumentos y se evalúan estrategias generales con grupos focales para incrementar la adherencia al tratamiento para la HTA (10-12).

Adherencia farmacológica

En el proyecto de la OMS Adherencia a los tratamientos a largo plazo publicado en 2004, Sabaté (13) propone que las enfermedades crónicas tienen las siguientes características: “son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un periodo largo de supervisión, observación atencional”. Ante estas enfermedades se requiere utilizar alternativas farmacológicas para su tratamiento.

No obstante ningún medicamento es efectivo en su acción si no tiene unos factores que permitan

la adaptación. Dentro de ellos se encuentra su adecuada utilización. Para esto, el paciente debe ser orientado y sensibilizado ante su uso, esperando que adopte las prácticas necesarias para modificar la condición fisiológica. De ahí la importancia de la adherencia o cumplimiento, entendida esta como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento. Se han descrito muchos motivos para que se produzca la no adherencia, como la presencia de efectos adversos, instrucciones mal dadas, mala relación entre el profesional sanitario y el paciente, falta de acuerdo en cuanto a la necesidad del tratamiento o dificultades para pagarlo (14).

Entre el 20-40% de los pacientes que toman medicamentos antihipertensivos no alcanzan los objetivos de presión arterial, situación que ha cambiado poco en los últimos treinta años. La apreciación se da ya que a pesar de la fuerte evidencia de los beneficios de los medicamentos antihipertensivos, no está claro cómo debe ser su uso seguro y eficaz y se dificulta la factibilidad para la organización y administración de los cuidados y el seguimiento de los pacientes hipertensos en atención primaria (15).

En el 2001 la OMS, citado por Sabaté (13), define a la adherencia como

El hecho por el cual el comportamiento de la persona, en términos de toma de medicación, seguimiento de una dieta, ejecución de cambios de estilo de vida, coincide con el consejo médico y de cuidado de la salud, teniendo en cuenta que la relación paciente y proveedor de cuidados de la salud sea de calidad, siendo ésta última fundamental en la adherencia al tratamiento y las recomendaciones.

Los temas centrales de este documento que fortalecen la importancia de la orientación y seguimiento en la adecuada utilización de los medicamentos se sintetizan en:

- › La mejora en la adherencia conlleva mayor seguridad para el paciente.
- › La adherencia terapéutica es un modificador importante en la efectividad del sistema de salud.
- › Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos.

- › La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud.
- › Los pacientes necesitan apoyo, no que se les culpe.
- › Los profesionales de la salud deben adiestrarse en adherencia terapéutica.
- › La familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes: un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica.

Implicaciones para la práctica diaria: estrategias para incrementar la adherencia al tratamiento antihipertensivo

Dado que cada vez más personas presentan un incremento en enfermedades crónicas prevenibles y que la adherencia es uno de los factores modificables que inciden directamente en los resultados del tratamiento, como profesionales de la salud, con frecuencia nos preguntamos cómo podemos aumentar la adherencia a tratamientos farmacológicos crónicos en condiciones patológicas como la hipertensión. Además vemos que cada vez existen mayores y costosas alternativas farmacológicas para estos tratamientos. Sin embargo, los pacientes pueden tener la mayor disposición de uso pero la orientación brindada puede ser muy limitada. Entonces, ¿qué se debe hacer para mejorar esta adherencia a los tratamientos? ¿Por qué los pacientes presentan dificultad en la adherencia a su tratamiento, si en la mayoría de los casos conocen las consecuencias que estas patologías podrían generarles?

La adherencia cobra importancia al comportarse como uno de los factores modificables que inciden directamente en los resultados del tratamiento. La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud (16).

Las principales causas de incumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos se resumen a continuación: características de la enfermedad y de los pacientes, desconocimiento de la definición,

secuelas y necesidades terapéuticas de la hipertensión, ausencia de síntomas, características del tratamiento, efectos adversos de la medicación, cronicidad del tratamiento y coste económico, y complejidad de las pautas terapéuticas en ocasiones, entre las principales (17). Las estrategias para incrementar la adherencia deben tener estas causas como punto de referencia.

A continuación se relacionan algunas de las intervenciones que los estudios analizados proponen como estrategias para incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, organizadas en cuatro categorías:

1. Simplificación del régimen farmacológico
 - › Reducir el número de las dosis diarias parece ser eficaz para aumentar el cumplimiento de la medicación para disminuir la presión arterial, y debe probarse como una estrategia de primera línea, aunque hay menos pruebas de un efecto sobre la reducción de la presión arterial
 - › Evitar cambios de régimen terapéutico en cada visita
2. Información/educación del paciente
 - › La sola educación de los pacientes parecía ser muy poco exitosa
 - › Explicar al paciente el objetivo del control de la hipertensión arterial
 - › Dar instrucciones claras y por escrito
 - › Preguntar sobre adherencia al tratamiento en cada visita
3. Atención intensificada del paciente como el recordatorio
 - › Los centros de atención primaria necesitan tener organizado un sistema normalizado para revisar seguimiento de los pacientes hipertensos y para introducir tratamientos de forma escalonada cuando no se alcanzan los objetivos de tensión arterial
 - › Pastillero especial recordador
 - › Incluir la toma de medicación en alguna rutina diaria

- › Facilitar el acceso del paciente al personal sanitario
- › Aumentar la observancia incrementando las visitas
- › Constatar que el paciente acude a las visitas programadas
- › Controlar a aquellos pacientes que pierden visitas
- › Sistema informático telefónico
- › Prestar especial atención a los grupos de alto riesgo
- › Establecer una buena relación médico-enfermera/paciente
- › La evidencia disponible sobre los beneficios clínicos de la aplicación de las tecnologías de la informática y comunicación (TIC) en el control de los problemas cardiacos es escasa y a corto plazo. Es evidente que la implementación de las TIC debe estar asociado a un sistema evaluativo de los nuevos procesos asistenciales desarrollados, la necesidad de cambios organizativos y una planificación adecuada de las tareas (18)
- › Visitas mensuales domiciliarias por parte del personal de salud
- › Atención en el lugar de trabajo por el médico de empresa

4. Intervenciones conductuales

- › Las sesiones de grupo
- › Campañas de sensibilización no solo en pacientes, sino en población general, dada la elevada prevalencia de este problema
- › Los contratos son un acuerdo verbal o escrito que un paciente realiza consigo mismo, con los profesionales de la salud o con los cuidadores, en los que los participantes se comprometen a seguir un conjunto de conductas relacionadas con el cuidado de un paciente (19)
- › Felicitar al paciente cuando consigue el objetivo

- › Motivar al paciente para que participe en su autocuidado
- › Medición realizada por el propio paciente del consumo de tabletas y automedición de la tensión arterial
- › Las dietas reducen modestamente el peso corporal y algunos factores de riesgo cardiovascular al cabo de un año (20).

Una mayor intervención centrada en el paciente con énfasis en la perspectiva y toma de decisiones compartidas con él puede llevar a respuestas más concluyentes cuando se buscan herramientas para alentarle a que tome la medicación (21). Cuando se utiliza más de una técnica aumenta el cumplimiento de 5% a 40% (22).

DISCUSIÓN

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países latinoamericanos se encuentran en un periodo de transición: “La mayoría de los países en desarrollo de América Latina se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, la cual se caracteriza por el cambio de enfermedades transmisibles a crónicas no transmisibles como fuentes principales de morbilidad y mortalidad [...], el cambio de los hábitos alimentarios tradicionales [...]. Los cambios en la forma de vida están asociados a las grandes migraciones del campo a la ciudad y al fenómeno de la globalización y la transculturización, entre otros” (23).

De acuerdo con la revisión desarrollada, gran parte de las intervenciones para incrementar la adherencia al tratamiento antihipertensivo efectivas en la atención a largo plazo son complejas e incluyen combinaciones de la atención más conveniente, información, recordatorios, automonitoreo, refuerzo, asesoría, terapia familiar y psicológica, intervención de crisis, seguimiento telefónico manual y atención de apoyo. Sin embargo las intervenciones más efectivas no condujeron a mejoras sustanciales en el cumplimiento y en los resultados del tratamiento (24).

Pese a las guías de práctica y al alto número de medicamentos antihipertensivos, el problema de la adherencia y la persistencia (el tiempo transcurrido desde el inicio hasta la finalización de la terapia prescrita, esto es, la adherencia a lo largo del tiempo) (25) son centrales para evaluar

la efectividad de las estrategias utilizadas. La baja adherencia y persistencia se han asociado a peores resultados y elevación de costos en salud (26).

Dada la importancia de evaluar estos dos factores, recientemente la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía y Evaluación de Resultados (ISPOR), citada por Robledo y Escobar (27), emitió un documento para normalizar el modo de análisis de estos parámetros. La valoración de la adherencia es difícil técnicamente (28) ya que no solo implica el control exacto de la cantidad de comprimidos tomados (29).

Es bien sabido que el esfuerzo de las instituciones de salud y de los profesionales se incrementa en los programas de aseguramiento de la adherencia farmacológica. Instituciones sanitarias comprometidas y con evidencia de logros han generado mayor disponibilidad de enfermeras para atender a los pacientes en su primer contacto con el sistema en las consultas de atención primaria. Sin embargo, se necesitan estudios más precisos para delimitar mejor la efectividad de este modelo asistencial y evaluar los resultados en unidades de salud en los que se disponga de este nuevo rol frente a aquellos que no lo hayan implementado. La Asociación Médica Británica (BMA), citada por Horrocks et al. (30), propone que las enfermeras realicen esa función. Este posicionamiento es un ejemplo de las posibilidades de mejora al incidir en la organización y en los roles profesionales desde una perspectiva estratégica (30).

En el análisis documental se encuentran limitaciones ya que en los métodos de medición de la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos se convierte en un desafío, desde el diseño mismo del estudio, los múltiples factores que condicionen el seguimiento terapéutico y los métodos confiables.

CONCLUSIONES

Resulta ciertamente paradójica la situación actual en el tratamiento de la hipertensión arterial. Por un lado, la enfermedad cardiovascular continúa como una de las primeras causas de mortalidad en países en desarrollo y en desarrollo, siendo la hipertensión arterial uno de sus más importantes factores,

al menos entre los modificables. Por otro lado, en los últimos años se ha desarrollado un completo arsenal terapéutico de eficacia demostrada. Sin embargo, no se alcanzan los logros esperados del tratamiento de la hipertensión arterial, al menos en términos poblacionales.

El desarrollo de múltiples fármacos cada vez mejor tolerados, las fórmulas médicas que alargan la vida media y las combinaciones fijas que simplifican el esquema terapéutico pueden contribuir, en gran medida, a incrementar el cumplimiento de este tipo de pacientes. Sin embargo, los costos son una barrera para poder acceder a estos.

Las causas del fallo terapéutico son complejas, entre ellas un inadecuado nivel de control tensional, sistemas de salud con pobre accesibilidad, cubrimiento de la población y alguna forma de incumplimiento terapéutico que puede oscilar entre el desconocimiento completo de la enfermedad y el olvido de las tomas de medicación.

Para detectar los aspectos que limitan la adherencia falta entender los factores que conducen al paciente por este camino, por ejemplo, influencia de sus creencias, la visión que este tenga de su enfermedad y tratamiento. Para esto se debe respetar su esquema mental y empezar a trabajar con herramientas más sólidas que permitan disminuir progresivamente esta problemática. Se recomienda evaluar la adherencia de manera independiente para cada persona, fortalecer los pilares no farmacológicos del tratamiento e implementar las acciones pertinentes para lograr mayores niveles de accesibilidad a estos tratamientos.

A pesar del intenso planteamiento de las causas y soluciones de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, su impacto para mejorar de la situación real parece mínimo. Aunque la eficacia de las medidas para incrementar la adherencia terapéutica parece bien demostrada, precisan un constante y considerable esfuerzo por parte del personal (31).

En definitiva, nos encontramos ante un problema de salud pública de primera magnitud, cuyas causas y soluciones están bien definidas; sin embargo, exigen el compromiso responsable de todos los implicados: gobierno, administración, personal de salud y pacientes, para avanzar en la aplicación

de las medidas necesarias en busca de una mejor calidad de vida para las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Noticiero mensual del programa de enfermedades crónicas de la OPS-OMS, Oficina Regional [Internet] marzo 2008 [consultado octubre de 2010]; 26(3). Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/Boletines/Cronicas/cronic-2008-2-3.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores. Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, eds. Washington, D.C.: OPS; 2011.
3. Robledo R, Escobar F. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Boletín del Observatorio en Salud. Rev Salud Pub. 2010; 3(4): 3.
4. Varela Arévalo MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento Psicológico [Internet] mayo 2010. [consultado febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673010>
5. Buitrago F. Therapeutic adherence. How difficult it is to comply Aten. Primaria [Internet] 2011 [consultado mayo 2012]; 43(7): 343-4. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v43n07a90023817pdf001.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Proyecto Plan Estratégico 2008-2012. Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., p. 25-29.
7. Organización Mundial de la Salud. Consejo Directivo 58. Sesión del Comité Regional; Washington, D.C., EUA. Septiembre 2006. p. 25-29.
8. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Comunicado 2005 [Internet] 2011 [consultado septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr47/es/>
9. Fung V, Huang J, Brand R, Newhouse JP, Hsu J Hypertension treatment in a medicare population: adherence and systolic blood pressure control. Clinical Therapeutics. 2007; 29(5): 972-84.
10. Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia. Rev. Colomb. Cardiología [Internet] 2009 [consultado mayo 2012]; 16(4): 143-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332009000400002&script>
11. Holguín L, Correa D et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol [Internet] 2006 [consultado octubre 2012]; 5(3): 535-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750309.pdf>
12. Stefano V, JaPcy M, Fernández H et al. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Informes Psicológicos [Internet] 2006 [consultado noviembre 2012]; 8: 89-106. Disponible en: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSIKOLOGIA/PGV2_M030040020110_REVISTA/PGV2_M030040020110020_REVISTA8/ARTICULO%20N8A06.PDF
13. Sabaté E. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra [Internet] 2004 [consultado noviembre 2012]; 27-32. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=18722&Itemid=
14. Álvarez M, Gómez de la F, Gallego P, Picón C. Estrategias eficaces para mejorar la adherencia a la prescripción de fármacos. Medifam [Internet] 2001 [consultado junio 2012]; 11(8): 57-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000800007&lng=es&nrm=iso
15. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organizational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. British Journal of General Practice [Internet] 2005 [consultado septiembre 2012] 55: 875-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570766/>
16. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial Univ. Psychol. Bogotá [Internet] 2006 [consultado diciembre 2012]. 5(3): 535-47. Disponible en: <http://www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/459/316>
17. Giorgi M, Volman S, Pereira L. Análisis de la persistencia de pacientes bajo tratamiento antihipertensivo en un programa de educación y administración de medicación. Hipertensión y riesgo vascular. 28 (4): 137-42. 2011. 28 (4): 137-42.
18. García L, Yanes L. Las tecnologías de la información y comunicación en los programas de gestión de la insu-

- ficiencia cardiaca crónica. Retos organizativos y estado de la evidencia. AETS - Instituto de Salud Carlos III. Madrid [Internet] 2009 [consultado diciembre 2012]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-6bc2895109>
19. Bosch-Capblanch X, Abba K, Pictor M, Garner P. Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes (Revisión Cochrane traducida) [Internet] 2008 [consultado diciembre 2012]. Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD004808>
 20. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction. A randomized trial. JAMA [Internet] 2005 [consultado noviembre 2012]. 293: 43-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15632335>
 21. Schedlbauer A, Schroeder K, Peters TJ, Fahey T. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación hipolipemiente (Revisión Cochrane traducida) [Internet] 2008 [consultado enero 2013]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004371>
 22. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios (Revisión Cochrane traducida) [Internet] 2008 [consultado enero 2013]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004804>
 23. Organización Panamericana de Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Villa Nueva, Guatemala [Internet] 2006 [consultado septiembre 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16709&Itemid=
 24. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). [Internet] 2008 [consultado enero 2013]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000011>
 25. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health [Internet] 2008 [consultado septiembre 2012]. 11: 44-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18237359>
 26. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence. Its importance in cardiovascular outcomes. Circulation [Internet] 2009 [consultado septiembre 2012]. 119: 3028-35. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/119/23/3028.full>
 27. Peterson AM, Nau DP, Cramer JA, Benner J, Gwadr-Shidar F, Nichol M. A checklist for medication compliance and persistence studies using retrospective databases. Value Health [Internet] 2008 [consultado enero de 2013]. 10: 3-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17261111>
 28. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medications. N Engl J Med. 2005;353: 487-497
 29. Urquhart J, Vrijens B. Patient adherence to prescribed drug dosing regimens in ambulatory pharmacotherapy. En: Strom BL, Kimmel SE, editores. Textbook of pharmacoepidemiology. 4th ed. Chichester UK; 2006. p. 368-82.
 30. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ [Internet] 2002 [consultado noviembre 2012]. 324: 819-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11934775>
 31. Campo Sien, C. Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en nuestro medio. Hypertensions [Internet] 2000 [consultado septiembre 2012]. 17: 1-3. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/hipertension--riesgo-vascular-67/cumplimiento-tratamiento-antihipertensivo-nuestro-medio-12004176-editoriales-2000>