

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

<https://doi.org/10.18004/rspp.2021.diciembre.35>**Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico**

Adherence to antihypertensive treatment in adults at Family Health Units in Paraguay: a multicenter study

Raúl Real Delor¹ , María Alejandra Gamez Cassera¹ , María Laurel Redes Zeballos¹ , Marilia Martínez Urizar¹ , Gladys Alicia Aguilera Iriarte¹ , Gemali Oviedo Velázquez¹ , Laura Belotto Galeano¹ , Gabriela Ullón Suárez¹ , Edgar Daniel Paredes Sánchez¹ , Verónica Villar Vázquez¹ , María Betharrám Báez Riveros¹ , Astrid Ortiz Galeano¹ ¹Universidad Privada del Este. Facultad de Medicina. Asunción, Paraguay**Correspondencia:** Raúl Real Delor, correo electrónico: raulmilioreal@gmail.com**Responsable editorial:** Dr. Ángel Ricardo Rolón**Cómo referenciar este artículo:** Real Delor R, Gamez Cassera MA, Redes Zeballos ML, Martínez Urizar M, Aguilera Iriarte GA, Oviedo Velázquez G, et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico. Rev. salud publica Parag. 2021; 11(2):35-41

Recibido el 30 de setiembre de 2021, aprobado para publicación el 02 de noviembre de 2021

RESUMEN**Introducción:** Existen múltiples factores que intervienen en la falta de control de la hipertensión arterial como la adherencia al tratamiento antihipertensivo.**Objetivos:** Hallar la frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo, describir el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y determinar los factores asociados a la falta de control de la presión arterial.**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en varones y mujeres, mayores de edad, portadores de hipertensión arterial, del área de influencia de tres Unidades de Salud Familiar de Paraguay entre mayo-noviembre 2019. Se determinó la adherencia al tratamiento antihipertensivo con el cuestionario ARMS-e y el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial con el cuestionario de Strelec et al. Se respetaron las normas éticas.**Resultados:** Ingresaron al estudio 171 sujetos, con edad media 59±11 años, con predominio del sexo femenino (68%). El estado nutricional más frecuente fue la obesidad grado 1 (35%). La diabetes mellitus fue la comorbilidad predominante (18%). Los fármacos más utilizados eran los inhibidores de la angiotensina 1 (56%). Se detectó adherencia al tratamiento antihipertensivo en 116 casos (68%) y conocimientos sobre la hipertensión arterial en 141 (82%). La presión arterial no controlada se halló en 83 sujetos (49%) y se asoció significativamente a la falta de adherencia a los antihipertensivos y la dependencia de un cuidador dentro de la familia.**Conclusiones:** La frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos de 3 Unidades de Salud Familiar de Paraguay en 2019 fue 68% y el nivel adecuado de conocimientos sobre la hipertensión arterial fue 82%.**Palabras clave:** Hipertensión arterial, antihipertensivos, cumplimiento y adherencia al tratamiento, conocimientos, actitudes y práctica en salud, atención primaria de salud**ABSTRACT****Introduction:** There are multiple factors that intervene in the lack of control of arterial hypertension such as adherence to antihypertensive treatment.**Objectives:** To find the frequency of adherence to antihypertensive treatment, to describe the level of knowledge about arterial hypertension and to determine the factors associated with the lack of blood pressure control.**Methodology:** An observational, prospective, multicenter study was carried out in men and women, of legal age, with arterial hypertension, from the area of influence of three Family Health Units in Paraguay between May-November 2019. Adherence to the antihypertensive treatment was determined with the ARMS-e questionnaire and the level of knowledge about arterial hypertension with the questionnaire by Strelec et al. Ethical standards were respected.**Results:** 171 subjects entered the study, with a mean age 59 ± 11 years, predominantly female (68%). The most frequent nutritional status was grade 1 obesity (35%). Diabetes mellitus was the predominant comorbidity (18%). The most commonly used drugs were angiotensin 1 inhibitors (56%). Adherence to antihypertensive treatment was detected in 116 cases (68%) and knowledge about arterial hypertension in 141 (82%). Uncontrolled blood pressure was found in 83 subjects (49%) and was significantly associated with lack of adherence to antihypertensive drugs and dependence on a caregiver within the family.**Conclusions:** The frequency of adherence to antihypertensive treatment in adult patients from 3 Family Health Units in Paraguay in 2019 was 68% and the adequate level of knowledge about arterial hypertension was 82%.**Key words:** Arterial hypertension, antihypertensives, compliance and adherence to treatment, knowledge, attitudes and health practice, primary health care

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una afección multisistémica que puede pasar asintomática por mucho tiempo, generando daño a diversos órganos y comprometiendo la sobrevida. Varios ensayos clínicos demuestran que la medicación antihipertensiva es capaz de reducir la incidencia de las complicaciones de la HTA: 35-40% de ictus, 20-25% el infarto de miocardio y 50% la insuficiencia cardiaca⁽¹⁾. Si bien estas medidas farmacológicas son eficientes, la falta de adhesión a los mismos oscila entre 25-50% a nivel mundial⁽²⁾.

Los factores que intervienen en el incumplimiento terapéutico a los antihipertensivos son múltiples, muchos están interrelacionados y varían según las regiones^(3,4). Según la OMS estos factores pueden agruparse en cinco dimensiones: 1) Factores socioeconómicos: nivel de educación e ingresos; 2) Factores relacionados con la atención médica: acceso a la Atención Primaria, relación médico paciente; 3) Factores relacionados con la condición o enfermedad del paciente: severidad de los síntomas, presencia de comorbilidades; 4) Factores relacionados con el tratamiento: efectos secundarios y complejidad del régimen farmacológico; 5) Factores relacionados con la autonomía del paciente: percepciones de la efectividad del tratamiento, mitos y creencias personales^(5,6).

Otro factor que influye en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo es el desconocimiento de esta afección. Existen cuestionarios que evalúan el nivel de conocimientos y son útiles siendo uno de 10 preguntas, ideado por Strelec et al, uno de los más usados^(2,7,8). Todos aportan información que puede ser estratégica para aplicar medidas educativas.

Existen diversos métodos para evaluar el grado de cumplimiento antihipertensivo⁽⁹⁾. El método directo consiste en el control de la presión arterial y el dosaje de los fármacos en los fluidos corporales^(10,11). Los métodos indirectos son el recuento de pastillas y el uso de cuestionarios de adhesión: Morisky Green, Haynes-Sackett, Brief Medication Questionnaire (BMQ), The Medication Adherence Report Scale (MARS), The Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale (Hill-Bone CHBPTS), Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS), etc. Todos se caracterizan por su simplicidad y aplicabilidad, pero el ARMS ha sido traducido y validado al castellano para ser entendido aún por personas con bajo nivel intelectual. Además, consta de preguntas que evalúan la administración y recogida de los medicamentos⁽⁹⁾. Si bien todos los cuestionarios de adherencia autorreferida tienen diversa fiabilidad, son más precisos que la percepción del médico^(12,13). Es común que el facultativo sobreestime el grado de cumplimiento de las indicaciones farmacológicas. En igual sentido, los pacientes también sobreestiman ese cumplimiento muchas veces con el fin de agradar al médico o evitar el deterioro de la relación médico-paciente^(3,14).

En las Unidades de Salud Familiar (USF) del Paraguay se ejecuta el Programa Nacional de Prevención Cardiovascular. Existe un constante desafío en lograr el control adecuado de la HTA a nivel de la Atención Primaria y retrasar o evitar las complicaciones propias de la misma. La prevalencia de HTA en el Paraguay

es elevada: 38,3% en mujeres y 52,9% en los varones por lo cual es un problema de salud pública⁽¹⁵⁾. Un estudio reciente demostró que en algunas USF el control adecuado de la HTA es apenas 55% pero no investigó la adherencia al tratamiento ni el nivel de conocimientos sobre esta afección por lo que no pudo recomendar la estrategia para solucionar esta situación⁽¹⁶⁾.

La educación de los pacientes no debe basarse solamente en los medios masivos de comunicación. El rol del personal de salud de la USF es crucial en este aspecto y puede ser evaluado indirectamente midiendo los conocimientos de los pacientes sobre la HTA⁽²⁾. Identificar los factores relacionados al incumplimiento terapéutico y los conocimientos sobre la HTA en las USF permitirá aplicar estrategias para modificarlos en forma dirigida pues los estudios de otras regiones no pueden aplicarse al ámbito de esta investigación^(3,5).

OBJETIVO

Describir las características demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y económico, presencia de un cuidador) y clínicas (presión arterial, IMC, comorbilidades, fármacos antihipertensivos), determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo con el cuestionario ARMS-e, describir el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial con el cuestionario de Strelec et al. y relacionar el control de la HTA con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el nivel de conocimientos, las características demográficas y clínicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se aplicó un diseño observacional, descriptivo, con componentes analíticos. La población de estudio se constituyó con varones y mujeres, mayores de edad, portadores de HTA, del área de influencia de las USF de Paraguay: Santa María (Luque), San Alfonso (Asunción), Cerro Poty (Lambaré) en periodo mayo-noviembre del 2019.

Los criterios de inclusión fueron estar en tratamiento medicamentoso antihipertensivo de al menos un año de duración y tener consentimiento informado firmado. Se excluyeron los casos de HTA gestacional, de incapacidad cognitiva, verbal y auditiva para responder una entrevista⁽¹⁷⁾.

Se utilizó un muestreo por conveniencia. Las variables medidas fueron las demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y económico, presencia de un cuidador), clínicas (presión arterial, IMC, comorbilidades, fármacos antihipertensivos), la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el nivel de conocimientos.

Se aplicaron las siguientes definiciones operacionales:

- HTA controlada: presión arterial sistólica ≤ 140 mm Hg y diastólica ≤ 90 mm Hg. En diabéticos los valores se fijaron en 130 y 80 mm Hg, respectivamente⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.
- Comorbilidades: presencia de diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, secuelas neurológicas ó hepatopatías crónicas, cardiopatías, artropatías

- Presencia de un cuidador: se refiere a toda persona encargada de administrar los medicamentos⁽²⁰⁾
- Fármacos antihipertensivos: diuréticos tiazídicos, alfa bloqueadores, beta bloqueadores, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina tipo II (ARA II)⁽¹⁸⁾
- Adherencia al tratamiento antihipertensivo: respuesta positiva por encima del percentil 80 del cuestionario ARMS-e (tabla 4).
- Nivel de conocimientos: respuesta positiva en al menos 70% de las preguntas del cuestionario de Strelec et al (tabla 5).

Para el reclutamiento se solicitó permiso a las autoridades sanitarias para realizar la investigación. Luego se procedió a contactar con los sujetos que reunían los criterios de inclusión. Personal sanitario capacitado procedió al registro de los datos demográficos de las personas que aceptaban participar del estudio, previa firma del consentimiento informado. Posteriormente se llenaron los datos demográficos, clínicos y los cuestionarios (tablas 4 y 5) aclarando las dudas en idioma nativo. Se controló además el IMC y la presión arterial siguiendo las recomendaciones del Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial⁽¹⁵⁾.

Los instrumentos de medición fueron la ficha técnica, el cuestionario ARMS-e y el cuestionario de Strelec.

Gestión de datos: las variables fueron registradas en una ficha técnica y transcritas a planilla electrónica. Posteriormente se sometieron a estadística descriptiva y analítica con el programa informático Epi Info 7[®]. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes mientras que las cuantitativas en medias y desvío estándar. El cuestionario de adherencia al tratamiento se dividió en adherencia/no adherencia en base al percentil 80⁽²⁾. El cuestionario del nivel de conocimientos se midió del 0-100%, siendo 0 la ausencia total de conocimientos y 100 el máximo nivel de conocimientos. Para fines analíticos, el conocimiento fue considerado satisfactorio con todo valor $\geq 70\%$ ⁽²⁾. Se realizó el análisis de los factores de riesgo asociados a la falta de control de la presión arterial (variable dependiente) utilizando las variables demográficas, clínicas y el nivel de conocimientos como variables independientes. Se utilizó la prueba chi cuadrado, se calculó el RR (IC 95%) y valor p. Se consideró significativa toda $p < 0,05$.

Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó el programa estadístico Epi Dat 3.1[®]. Se esperó una frecuencia de incumplimiento antihipertensivo del 30%⁽²⁾. Para una población de 300 adultos hipertensos de las tres USF, una precisión 5%, IC 95%, el tamaño mínimo a incluir fue 155 sujetos.

Aspectos éticos: se respetaron los Principios de la Bioética. Todos los pacientes fueron informados en su idioma nativo sobre los fines del estudio y si aceptaban participar firmaban

el consentimiento informado. No se hizo discriminación por ningún motivo ni se tomaron represalias con aquellos que se rehusaban a participar. Se mantuvo la confidencialidad de los datos personales. No existió riesgo de daño o maleficencia, tampoco se cobró por participar ni se pagó por las encuestas. Cuando se detectó falta de conocimiento sobre la HTA se les informó sobre la verdad referente a esta afección. Si se detectaba HTA no controlada se les recomendó asistir a la USF para evaluar su caso. Los resultados del estudio fueron entregados a la Dirección de la USF para la toma de decisiones. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Universidad Privada del Este.

RESULTADOS

Fueron contactados 196 sujetos de los cuales fueron excluidos 25 (gráfico 1). Predominó el sexo femenino (68%). La edad media fue 59 ± 11 años (rango 29-82 años). El nivel educativo más frecuente fue el primario (58%) y el estado civil predominante el casado o concubinado (66%).

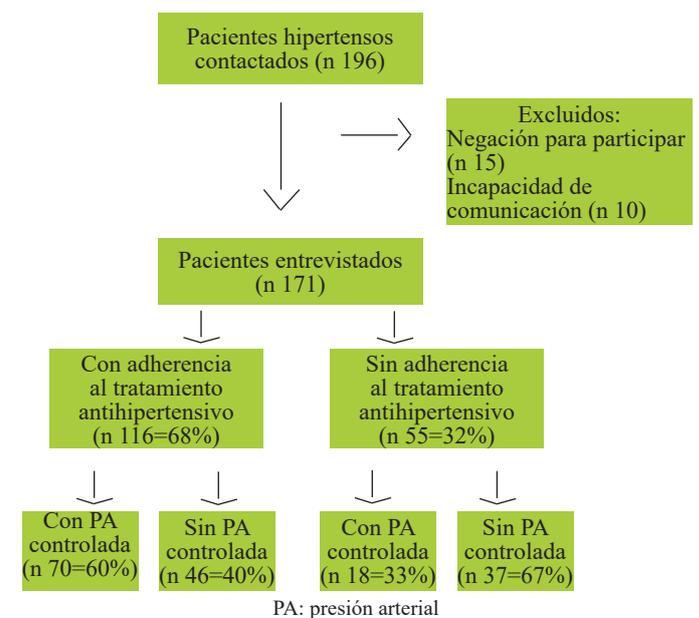


Gráfico 1. Flujograma de evaluación de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de Unidades de Salud Familiar, Paraguay, 2019

El estado nutricional más frecuente fue la obesidad grado 1 (Tabla 1).

Tabla 1. Estado nutricional de pacientes hipertensos en pacientes de Unidades de Salud Familiar, Paraguay, 2019 (n 171)

Estados nutricionales	Frecuencia	Porcentaje
desnutrición	2	1,17
normal	24	14,04
sobrepeso	44	25,73
obesidad grado 1	60	35,09
obesidad grado 2	22	12,87
obesidad mórbida	19	11,11

Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus y artropatías (Tabla 2).

Tabla 2. Comorbilidades de pacientes hipertensos en pacientes de Unidades de Salud Familiar, Paraguay, 2019 (n 171)

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	32	18,71
Artropatía	19	11,11
Tabaquismo	17	9,94
Ictus secuelear	11	6,43
EPOC	10	5,85
Cardiopatía	9	5,26
Etilismo	8	4,68
Nefropatía	8	4,68

Los antihipertensivos más frecuentemente utilizados, solos o combinados, fueron los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (Tabla 3).

Tabla 3. Fármacos utilizados en el tratamiento antihipertensivo en pacientes de Unidades de Salud Familiar, Paraguay, 2019 (n 171)

Fármacos	Frecuencia	Porcentaje
IECA	96	56,14
ARA II	68	39,77
Antagonistas del calcio	19	11,11
Diuréticos	19	11,11
Alfa bloqueantes	6	3,51

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II

Al aplicar el cuestionario de adherencia a la recogida y administración de la medicación, se obtuvo 32% de falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo (Tabla 4)

Con el cuestionario de Strelec se detectó falta de conocimientos sobre la HTA en 30 casos (17,54%). Predominó el desconocimiento de que la presión arterial alta también puede ser tratada sin medicamentos (Tabla 5).

La mediana de presión arterial sistólica fue 140 mm Hg (rango 80-220) mientras que de la diastólica fue 90 mm Hg (rango 54-121). Utilizando como punto de corte el valor 140 para la sistólica y 90 para la diastólica, excepto 120 y 80 para los diabéticos, se detectó que la hipertensión arterial estaba controlada en 88 casos (51,46%).

Relacionando la hipertensión controlada o no con diversos factores, se halló una asociación significativa con la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y a la dependencia de un cuidador (Tabla 6).

Tabla 4. Cuestionario de adherencia a la recogida y administración de la medicación antihipertensiva en pacientes de Unidades de Salud Familiar, Paraguay, 2019 (n 171)

Preguntas	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?	51,46%	39,18%	6,43%	2,92%
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?	64,33%	26,9%	5,85%	2,92%
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?	54,97%	32,75%	11,11%	1,17%
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?	40,35%	49,12%	9,36%	1,17%
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?	54,97%	35,67%	7,02%	2,34%
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?	68,42%	14,62%	11,7%	5,26%
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?	81,87%	11,11%	2,92%	4,09%
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?	48,54%	43,86%	6,43%	1,17%
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?	78,95%	12,87%	7,02%	1,17%
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?	61,4%	30,99%	7,6%	-
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?	47,95%	40,94%	9,36%	1,75%
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?	26,32%	31,58%	20,47%	21,64%

Tabla 5. Cuestionario del nivel de conocimientos de la hipertensión arterial en pacientes de Unidades de Salud Familiar, Paraguay, 2019 (n 171)

Preguntas	Verdadero	Falso
1. La presión alta es una enfermedad para toda la vida	73,1%	26,9%
2. La presión alta puede no sentirse	58,48%	41,52%
3. La presión es alta cuando pasa de 140/90	72,51%	27,49%
4. La presión alta puede traer problemas para el corazón, cerebro o riñones	85,38%	14,62%
5. El tratamiento para la presión alta es para toda la vida	74,85%	25,15%
6. La presión alta también puede ser tratada sin medicamentos	55,95%	44,44%
7. Los ejercicios físicos regulares ayudan a controlar la presión alta	87,13%	12,87%
8. Perder peso ayuda a controlar la presión alta en las personas obesas	86,55%	13,45%
9. Disminuir la sal en la comida ayuda a controlar la presión alta	92,98%	7,02%
10. Disminuir el nerviosismo ayuda a controlar la presión alta	91,81%	8,19%

Tabla 6. Factores de riesgo relacionados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes de Unidades de Salud Familiar, Paraguay, 2019 (n 171)

Factores de riesgo	HTA controlada (n 88)	HTA no controlada (n 83)	Odds ratio (IC 95%)	Valor p*
Falta de adherencia a medicación (n 55)	18 (33%)	37 (67%)	3,1 (1,5-6,1)	<0,001
Desconocimientos sobre HTA (n 30)	17 (57%)	13 (43%)	1,2 (0,5-2,8)	0,5
Dependencia económica (n 53)	29 (55%)	24 (45%)	1,2 (0,6-3,3)	0,5
Dependencia de un cuidador (n 40)	13 (32%)	27 (n 68%)	2,7 (1,3-5,8)	0,006
Educación primaria (n 99)	51 (52%)	48 (48%)	0,9 (0,5-1,8)	0,9

HTA: hipertensión arterial *test exacto de Fischer

DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica o cumplimiento es definida por la OMS como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Otros organismos las definen como “la medida en que el paciente toma la medicación tal y como le ha sido prescrita en dosis e intervalo posológico”^(9,12).

La falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo detectada en esta muestra (32%) se halla dentro de los valores registrados en otras series mundiales (25-50%). En un estudio en Brasil, la adhesión medicamentosa fue mayor en áreas rurales (38%) que en las áreas urbanas (36%). Los investigadores no pudieron explicar este fenómeno pues los hipertensos de áreas rurales refirieron, contradictoriamente, mayor dificultad de acceder a los centros de salud^(21,22).

La frecuencia de adherencia varía en la población mundial pero una amplia revisión sistemática de 367 estudios internacionales encontró una frecuencia de 74% de cumplimiento⁽¹⁰⁾. En varios centros sanitarios de España se halló que 56% de los pacientes en tratamiento crónico presentaron un nivel de adherencia total o perfecto⁽¹²⁾. En Colombia, la adherencia fue detectada en 52% y se encontró que 24% de los enfermos presentó algún efecto adverso por la medicación en los últimos tres meses⁽¹⁷⁾. En un centro de Atención Primaria del sur del Brasil, la frecuencia de falta de adherencia se detectó en 42% y los factores asociados fueron farmacoterapia compleja e insatisfacción con el servicio de salud. El conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad se detectó en 17,7% y fue también un factor de riesgo significativo de falta de adherencia. Los errores más comunes fueron desconocer que la HTA es silente y que puede ser también tratada con medidas no farmacológicas⁽²⁾. En Perú, la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue 50% y tuvo estrecha relación con la polimedición y la falta de conocimientos de la HTA, sobre todo en áreas rurales⁽²¹⁾. En una región metropolitana de Chile la adherencia se observó en 50%⁽¹³⁾.

En un hospital urbano del Paraguay la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo fue 60%. Si bien identificó a los

cumplidores como aquellos con menor tiempo de evolución de la HTA, mayor grado de conocimiento sobre la enfermedad, nivel de instrucción superior al primario, menor número de comorbilidades y menor consumo de otros medicamentos, no evaluó a los pacientes del nivel de la Atención Primaria pues todos eran pacientes del Seguro Social⁽²³⁾.

La mayoría de los pacientes de esta muestra padecía comorbilidades, lo que les obligaba a la polifarmacia. Debido a que la complejidad de los regímenes farmacológicos es un factor de incumplimiento terapéutico, la recomendación es preferir la monoterapia o terapia combinada de antihipertensivos en dosis única^(2,24). La polifarmacia se ha demostrado como factor de riesgo de falta de adherencia al tratamiento, además de aumentar las interacciones medicamentosas y potenciar los efectos colaterales⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, llamó la atención que esta muestra la dependencia de un cuidador resultó un factor de riesgo de mal control de la HTA. Esto podría explicarse por el descuido de los encargados de administrar los antihipertensivos en personas dependientes. Este fenómeno requiere investigaciones futuras, incluso con enfoque cualitativo, porque en otros países se ha demostrado que, ante la presencia de un cuidador permanente por dependencia severa del paciente, el porcentaje de cumplimiento fue muy superior al de los menos discapacitados e incluso que los no discapacitados. Este resultado es independiente del número de fármacos administrados^(6,20). La influencia de los factores psicosociales en la falta de adherencia fue demostrada en Atención Primaria en Chile. La mayoría de los pacientes incumplidores padecían estrés emocional, depresión y escaso apoyo social, además de tener bajo nivel educativo o académico⁽⁵⁾.

Otros factores de mal control de la HTA son la falta de conocimientos sobre la misma, las falsas creencias y mitos populares, la desmotivación y las bajas expectativas en el resultado del tratamiento pues influyen negativamente en la adhesión antihipertensivo⁽²¹⁾. Sin embargo, poseer el conocimiento adecuado no asegura la práctica correcta porque muchos pacientes no actúan de conformidad con ese conocimiento pues pueden estar influenciados por creencias, factores emocionales, sociales, biológicos y culturales^(2,7,17).

En esta muestra predominó la falsa creencia de que la HTA puede ser tratada sin medicinas. Ello puede deberse a la influencia de las creencias ancestrales sobre el efecto benéfico de las plantas medicinales. Este tema debe investigarse también en futuros estudios^(25,26). Conste que la educación del paciente en Atención Primaria es un factor importante en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, por lo que estos datos sobre falsas creencias aportan mucha información para futuras intervenciones^(27,28).

La baja frecuencia de HTA dentro de rangos normales detectada en esta muestra (51,46%) es ligeramente inferior a un estudio realizado en este mismo tipo de población donde se encontró 55% de control de la presión arterial⁽²⁸⁾. Es sabido que el control de la HTA es un desafío a nivel mundial⁽²⁷⁾.

Existen estrategias para tratar el incumplimiento del tratamiento: campañas educativas o informativas, medidas de apoyo y

supervisión, implantación de medidas sanitarias concretas, etc. (14,29). Revisiones sistemáticas demuestran que las intervenciones más eficaces son el asesoramiento al paciente, las estrategias de simplificación posológica y la potenciación de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente^(3,10,30). Pero, finalmente, cada estrategia dependerá de la situación local del problema.

CONCLUSIONES

La edad media fue 59±11 años. Hubo predominio del sexo femenino (68%). El estado nutricional más frecuente fue la obesidad grado I (35%). La diabetes mellitus fue la comorbilidad predominante (18%). Los fármacos más utilizados eran los inhibidores de la angiotensina I (56%). Se detectó adherencia al tratamiento antihipertensivo en 68% y conocimientos sobre la hipertensión arterial en 82%. La presión arterial no controlada se halló en 49% y se asoció significativamente a la falta de adherencia a los antihipertensivos y la dependencia de un cuidador dentro de la familia.

Financiamiento

La Universidad Privada del Este contribuyó con las impresiones y equipos de trabajo.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés comercial.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido con la concepción del estudio, la recolección y análisis de datos, la redacción y aprobación final del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanchis Doménech C, Vara González LA. Cumplimiento terapéutico y seguimiento del paciente hipertenso en atención primaria. *Med Clin*. 2012;139(3):126–30. doi: 10.1016/j.medcli.2011.11.020
2. Barreto M da S, Reiners AAO, Marcon SS. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):491–8. doi: 10.1590/0104-1169.3447.2442
3. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¿Qué difícil es cumplir! *Aten Primaria*. 2011;43(7):343–4. doi: 10.1002/14651858.cd004804
4. Lee S, Jiang L, Dowdy D, Hong Y, Ory M. Attitudes, beliefs, and cost-related medication nonadherence among adults aged 65 or older with chronic diseases. *Prev Chronic Dis*. 2018;15:E148. doi: 10.5888/pcd11.140340
5. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile. *Rev Med Chile*. 2014;142(10):1245–52. doi: 10.4067/S0034-

98872014001000003

6. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2425–41. doi: 10.2147/CIA.S182881
7. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr. D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(4):349–54. doi: 10.1590/s0066-782x2003001200002
8. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol*. 2012;25(4):322–9. Disponible en: <http://www.onlineijcs.org/sumario/25/pdf/v25n4a09.pdf>
9. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*. 2017;49(8):459–64. doi: 10.1016/j.aprim.2016.11.008
10. Espinosa García J, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés Gurrea D. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen*. 2012;38(5):292–300. doi: 10.1016/j.semg.2012.01.001
11. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev Calid Asist*. 2012;27(2):72–7. doi: 10.1016/j.cali.2011.09.008
12. Barrueta OI, Verdugo RM, Sola NR, Ventura JM, Navarro Aznarez H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la Adherencia” del 2013. *Farm Hosp*. 2015;39(2):109–13. doi: 10.7399/FH.2015.39.2.8554
13. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245–9. doi: 10.17843/rpmesp.2017.34.2.2206
14. Kini V, Ho PM. Interventions to Improve Medication Adherence. A review. *Jama*. 2018;320(23):2461–73. doi: 10.1001/jama.2018.19271
15. Ortellado Maidana J, Ramírez A, González G, Olmedo Filizzola G, Ayala de Doll M, Sano M, et al. Consenso Paraguayo de Hipertension Arterial 2015. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2016;3(2):11–57. doi: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(02)11-057
16. Torres P, Centurión R, Medina Cubilla R, Portillo González J. Control adecuado de la presión arterial en adultos con medicación antihipertensiva de dos Unidades de Salud Familiar de Luque y Fernando de la Mora, Paraguay, 2018. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2019;6(1):31–40. doi: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)31-040
17. Buendía JA. Actitudes, conocimientos y creencias del

- paciente hipertenso respecto a la medicación antihipertensiva. *Biomédica*. 2012;32(4). doi: 10.7705/biomedica.v32i4.421
18. Sicras Mainar A, Muñoz Ortí G, Font Ramos B, Majós Oró N, Navarro Artieda R, Ibáñez Nolla J. Relación entre la polimedicación y el control de la presión arterial: cumplimiento, persistencia, costes e incidencia de nuevos eventos cardiovasculares. *Med Clin*. 2013;141(2):53–61. doi: 10.1016/j.medcli.2012.04.026
 19. Sabio R, Valdez P, Abuabara Turbay Y, Andrade Belgeri R, Arbo Oze de Morvil G, Arias C, et al. Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2019;6(1):86–123. doi: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)86-123
 20. Galindo-Ocaña J, Ortiz-Camúñez MDLÁ, Gil-Navarro M V, Garrido Porras E, Bernabeu-Wittel M, Santos-Ramos B. La discapacidad como barrera a la adherencia terapéutica en pacientes pluripatológicos: papel del cuidador principal. *Rev Clin Española*. 2010;210(5):221–6. doi: 10.1016/j.rce.2009.11.015
 21. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):497–504. doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.2622
 22. Magnabosco P, Teraoka E, de Oliveira E, Felipe E, Freitas D, Marchi-Alves L. Análisis comparativo de la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial sistémica en población urbana y rural. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):20–7. doi: 10.1590/0104-1169.0144.2520
 23. Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2015;2(2):43–51. doi: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(02)43-051
 24. Rodríguez Del Río E, Martínez Agüero M, Arias Fernández L, Martín-Sánchez F. Intervención integral al paciente polimedicado. *Gac Sanit*. 2016;30(5):402. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.04.023
 25. Pérez Rosabal E, Soler Sánchez YM, Morales Ortiz L. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *Medisan*. 2016;20(1):3–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100002&lng=es.
 26. Milena Díaz Molina D, Yoanna Herrera Preval L, Matéu López L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Rev Cuba Farm [Internet]*. 2014;48(4):588–97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008&lng=es.
 27. Chow CK, Gupta R. Blood pressure control: a challenge to global health systems. *Lancet*. 2019;394(10199):613–5. doi: 10.1016/s0140-6736(19)31293-0
 28. Gomes B, Paes G, Traverso F. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. *Cuid é Fundam*. 2019;11(1):113–7. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.113-117
 29. Márquez Contreras E, Martel Claros N, Gil Guillén V, Martín De Pablos JL, De La Figuera Von Wichman M, Casado Martínez JJ, et al. Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertensión arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo. *Aten Primaria*. 2009;41(9):501–10. doi: 10.1016/j.aprim.2009.02.004
 30. González-Bueno J, Vega-Coca M, Rodríguez-Pérez A, Toscano-Guzmán M, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Atención Primaria*. 2016;48(2):121–30. doi: 10.1016/j.aprim.2013.01.017