

## Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia<sup>1</sup>

Mayckel da Silva Barreto<sup>2</sup>

Annelita Almeida Oliveira Reiners<sup>3</sup>

Sonia Silva Marcon<sup>4</sup>

**Objetivos:** identificar el nivel de conocimiento de personas con hipertensión arterial acerca de la enfermedad y verificar los factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia antihipertensiva. **Método:** estudio transversal realizado en 422 individuos. Los datos fueron recolectados en los domicilios, entre diciembre de 2011 y marzo de 2012, por medio de entrevistas utilizando los instrumentos: Cuestionario de Adhesión a Medicamentos (CAM-Q), Índice de Complejidad de la Farmacoterapia y un guión con preguntas relativas al perfil sociodemográfico, satisfacción con el servicio de salud y conocimiento sobre la enfermedad. **Resultados:** 42,6% no adherían a la farmacoterapia y 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad. Los factores asociados a la no adhesión fueron: farmacoterapia compleja, conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud. **Conclusión:** Los hallazgos refuerzan que prescripciones farmacológicas complejas, poco conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud influyen en el proceso de la no adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo.

**Descriptor:** Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Factores de Riesgo; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Enfermería.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "No adhesión a la terapéutica medicamentosa en individuos con hipertensión arterial en Maringá – Paraná" presentada a la Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 485807/2011-4.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Profesor, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari, Mandaguari, PR, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Correspondencia:

Mayckel da Silva Barreto  
Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari  
Rua Renê Táccola, 152  
Centro  
CEP: 86975-000, Mandaguari, PR, Brasil  
E-mail: mayckelbar@gmail.com

**Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) no controlada permanece como un importante problema médico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Inclusive conociendo la eficacia, efectividad y eficiencia de varias medidas preventivas y de control disponibles, los perjuicios de la enfermedad probablemente continuarán, por décadas, representando uno de los mayores desafíos sociales y de salud<sup>(1)</sup>.

La no adhesión al tratamiento antihipertensivo, así como el diagnóstico tardío y el curso prolongado y asintomático de la enfermedad, es descrita como uno de los principales desencadenadores de los perjuicios causado por la HAS, suscitando el desarrollo de estudios en el área<sup>(2-5)</sup>. Estimativas indican que el grado de no adhesión mundial a los tratamientos de Enfermedades Crónicas (EC) varía de 25% a 50%<sup>(6)</sup>.

La no adhesión al tratamiento medicamentoso en las EC, comúnmente verificada por la prueba de Morisky-Green-Levine<sup>(7)</sup>, es considerada un fenómeno complejo y de múltiples factores, asociado a bajos niveles socioeconómicos, prescripción de esquemas terapéuticos complejos e insatisfacción con el servicio de salud, factores que prevalecen en la población con HAS<sup>(4,8-11)</sup>.

Otra explicación para la elevada tasa de no adhesión es que muchos pacientes no comprenden la enfermedad y el tratamiento medicamentoso. El curso asintomático de la HAS contribuye para esa falta de entendimiento y así muchos individuos acaban creyendo que la enfermedad es intermitente y puede ser tratada exclusivamente con terapias no farmacológicas, como alivio del estrés o remedios caseros<sup>(10)</sup>.

La relación existente entre la no adhesión al tratamiento de la HAS y el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y el régimen terapéutico ha sido informada<sup>(4-6,10)</sup>. Sin embargo, esa relación todavía necesita de mayores evidencias<sup>(5,12)</sup>. Además, para que los profesionales de la salud puedan actuar de manera más eficaz, proponiendo e implementando acciones que atiendan a las reales necesidades de esta población, es necesario identificar a los pacientes que no adhieren al tratamiento, así como sus características y los motivos por los cuales esto ocurre.

Delante de lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivos: identificar el nivel de conocimiento de personas con hipertensión arterial acerca de la enfermedad y verificar los factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia antihipertensiva.

## Método

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en personas con HAS, en tratamiento en un ambulatorio de Atención Primaria a la Salud, en un municipio de la región sur de Brasil, el cual poseía en la ocasión de la recolección de datos 25 unidades básicas de salud (UBS) y 65 equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Para los objetivos de esta investigación, se utilizó, por conveniencia, el área de cobertura de las 23 UBS localizadas en el perímetro urbano.

El tamaño de la muestra fue calculado con base en el total de personas con HAS registradas en el municipio (40.073). Se consideró que 50% de los individuos podrían presentar la característica de interés (no adhesión)<sup>(6)</sup>; con un error de estimativa de 5% e intervalo de confianza de 95%. Fue acrecentado 10% a más por posibles pérdidas, resultando en una muestra de 422 individuos, seleccionados de forma aleatoria y estratificada, con distribución proporcional al número total de personas con HAS registradas en cada UBS de la zona urbana.

Como criterios de inclusión en el estudio se consideraron: edad igual o superior a 18 años y haber iniciado tratamiento medicamentoso hace, por lo menos, un año, ya que el abandono del tratamiento antihipertensivo ocurre con más intensidad en los primeros meses después de su inicio, siendo que de 11% a 22% de los casos ocurre en el primer año<sup>(6)</sup>. Fueron excluidas 17 personas, de las cuales dos mujeres que hicieron uso de fármacos antihipertensivos solamente durante la gestación y 15 individuos con diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental en fase aguda, ya que debido a las propias características de la enfermedad, estos tienden a no adherir a la terapéutica, además de que muchos dependen de otras personas para la correcta utilización de los medicamentos de uso continuo.

Para la recolección de los datos, primeramente, se obtuvo de la Secretaría Municipal de Salud una lista, dividida por UBS, con los datos de las fichas médicas de las personas con HAS, las cuales recibieron una numeración. Por medio de sorteo electrónico fueron determinadas aquellas que serían entrevistadas. En los casos en que la persona sorteada no atendía los criterios de inclusión o se negaba a participar de la investigación, automáticamente la próxima persona de la lista era convidada a participar del estudio, repitiendo esta operación por hasta tres veces.

Después del levantamiento de las direcciones y teléfonos de los individuos sorteados, lo que ocurrió en las UBS, se procedió a la recolección de datos propiamente dicha, realizada durante los meses de diciembre de 2011 a marzo de 2012, por medio de visita domiciliar, utilizándose

un gui3n semiestructurado – constituido por preguntas relacionadas al perfil sociodemogr3fico, acompa1amiento de la salud y conocimiento sobre la enfermedad – llenado por el investigador. La clase econ3mica fue definida con base en los Criterios de Clasificaci3n Econ3mica de Brasil (Asociaci3n Brasile1a de Empresas de Investigaci3n – ABEP) que tiene por referencia la escolaridad y los bienes de consumo y es utilizada para estimar el poder de compra de las personas y familias. En este estudio las ocho clases posibles (A1-A2-B1-B2-C1-C2-D-E) fueron agrupadas en dos tipos A/B y C/D/E.

### Procedimientos y an3lisis de los datos

La variable dependiente fue la no adhesi3n al tratamiento farmacol3gico antihipertensivo. Para medirla se utiliz3 un instrumento de evaluaci3n indirecta, el Cuestionario de No Adhesi3n de Medicamentos del Equipo Qualioids (CAM-Q), que fue desarrollado para abordar el acto (si el individuo toma y cuanto toma de sus medicamentos), el proceso (como 3l toma el medicamento), y el resultado de la adhesi3n (en este caso, si la PA estaba controlada)<sup>(13)</sup>.

El instrumento elaborado y validado<sup>(13)</sup> lleva en consideraci3n el relato del entrevistado como fuente de informaci3n y consta de tres preguntas, siendo las dos primeras basadas en los 3ltimos siete d3as, 1) 3En cu3les d3as de la semana usted no tom3 o tom3 a m3s por lo menos una pastilla de este remedio?; 2) 3En esos d3as, cu3ntas pastillas usted dej3 de tomar o tom3 a m3s?; 3) 3C3mo estaba su presi3n la 3ltima vez que usted se la midi3?. Cabe destacar que para esta 3ltima pregunta no hubo restricci3n de tiempo.

Las respuestas resultaron en una medida compuesta, en que fueron considerados adherentes solamente los individuos que relataron haber tomado de 80% a 120% de las dosis prescritas. Esos valores son obtenidos multiplicando el n3mero de pastillas consumidas por el n3mero de veces, dividido por el n3mero de pastillas prescritas multiplicado por el n3mero de veces. Por 3ltimo, el resultado es multiplicado por cien.

La adhesi3n tambi3n estuvo condicionada a la toma adecuada, o sea, sin “vacaciones” (no tomar el medicamento en cualquier un d3a); “cambio de horario” (tomar la dosis correcta, pero en horarios equivocados); “cambio de dosis” (aumentar o disminuir la cantidad del medicamento o entre los medicamentos); “toma err3tica” (dejar de tomar los medicamentos en d3as y horarios variados); “media adhesi3n” (tomar correctamente un medicamento y otro de manera incorrecta); “abandono parcial” (dejar de tomar uno o m3s medicamentos); “abandono” (no tomar ninguna dosis de todos los

medicamentos en los 3ltimos siete d3as) y; al relato de que la PA estaba normal en la 3ltima medici3n (resultado cl3nico).

Se opt3 por utilizar el CAM-Q por ser un instrumento amplio, que abarca tres diferentes dimensiones del constructo referentes a la adhesi3n (toma de la dosis, comportamiento en lo que se refiere a la medicaci3n y resultado cl3nico), presentar la misma efectividad del uso concomitante de otros instrumentos y posibilitar m3s facilidad y rapidez en la aplicaci3n<sup>(13)</sup>.

### Variables independientes

El conocimiento sobre la enfermedad fue verificado por intermedio de 10 preguntas, con respuestas dicot3micas (si/no)<sup>(8)</sup>. A partir del instrumento, los individuos que responden correctamente a todas las preguntas obtienen nota 10 (100%) y aquellos que se equivocan en todas obtienen nota 0 (cero). En esta investigaci3n, conforme usado en otro estudio<sup>(10)</sup>, el conocimiento fue considerado satisfactorio para aquellos con notas iguales o superiores a siete (70%) e insatisfactorio para los dem3s.

La complejidad del r3gimen terap3utico fue evaluada por medio del 3ndice de Complejidad de la Farmacoterapia (ICFT), instrumento validado<sup>(14)</sup> en el cual el puntaje final es obtenido por la suma de los puntos (puntajes) de las tres secciones – A, B y C – siendo que cuanto m3s alta es la puntuaci3n, m3s compleja es la farmacoterapia<sup>(14)</sup>. La primera secci3n contiene informaci3n sobre formas de dosificaciones; la segunda, sobre frecuencias de dosis; y la tercera, informaci3n adicionales, como, por ejemplo horarios espec3ficos, partir o triturar la pastilla y uso concomitante con alimentos.

La satisfacci3n del usuario con el servicio de salud fue estimada a partir de ocho preguntas, siendo dos referentes a la estructura y acceso al servicio; tres a la atenci3n, tratamiento y cuidado de los profesionales de la UBS, dos a la satisfacci3n con el tratamiento y con el m3dico y una a la satisfacci3n general. La escala de puntuaci3n de las respuestas es del tipo Likert con cuatro alternativas posibles, siendo uno la m3xima satisfacci3n y cuatro totalmente insatisfecho. Despu3s de la obtenci3n de los puntajes promedio, la mediana dividi3 la muestra en los grupos de los “m3s satisfechos” y los “menos satisfechos”, conforme utilizado en otro estudio<sup>(4)</sup>.

Las informaci3n fueron introducidas en una planilla Excel (Windows 2007<sup>®</sup>) y posteriormente analizadas estad3sticamente con auxilio del programa *Statistical Analysis System – SAS*<sup>®</sup>. Las variables de inter3s fueron dicotomizadas. En la regi3n log3stica del tipo *Stepwise Backward Elimination*, fueron inseridas todas las variables y despu3s de aplicar las pruebas, se mantuvieron en

el modelo ajustado solamente las variables que eran estadísticamente significativas con  $p < 0.20$ . Para verificar la medida de la asociación, fue calculado el Riesgo Relativo (RR) de las variables que al nivel de 5% de significancia, permanecieron en el modelo final de la regresión logística.

El estudio observó las directrices de la Resolución 196/96, del Consejo Nacional de Salud, y su Proyecto fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en

Investigación con Seres Humanos de la Universidad Estatal de Maringá (Resolución 631/2011).

## Resultados

A partir de la medida combinada del CAM-Q, se constató que 180 (42,65%) individuos fueron considerados no adherentes al tratamiento medicamentoso antihipertensivo (Tabla 1).

Tabla 1 - Análisis univariado de la asociación de la no adhesión a la farmacoterapia con factores biosocioeconómicos y de acompañamiento de la salud de pacientes con hipertensión arterial. Maringá, PR, Brasil, 2012

Variables	Adhesión				Total		p
	No		Si		n	%	
	n	%	n	%			
Género							0,14
Femenino	98	23,22	153	36,26	251	59,48	
Masculino	82	19,43	89	21,09	171	40,52	
Edad							0,64
< 60 años	67	15,99	87	20,76	154	36,76	
≥ 60 años	111	26,49	154	36,75	265	63,25	
Etnia							0,33
Blanco	115	27,25	181	42,89	296	70,14	
No Blanco	65	15,41	61	14,45	126	29,86	
Estado civil							0,64
Con cónyuge	117	27,73	174	41,23	291	68,96	
Sin cónyuge	63	14,93	68	16,12	131	31,04	
Escolaridad							0,52
≤ 08 años	126	29,86	142	33,65	268	63,51	
> 08 años	54	12,79	100	23,70	154	26,49	
Clase económica*							0,91
A/B	47	11,13	72	17,06	119	28,19	
C/D/E	133	31,52	170	40,29	303	71,81	
Tiempo de diagnóstico							0,64
≤ 10 años	102	24,17	135	31,99	237	56,16	
> 10 años	78	18,49	107	25,35	185	43,84	
Enfermedades concomitantes							0,40
Si	108	25,60	150	35,54	258	61,14	
No	72	17,06	92	21,80	164	38,86	
Índice de Complejidad de la Farmacoterapia							0,02†
Baja	91	21,56	155	36,73	246	58,29	
Alta	89	21,09	87	20,62	176	41,71	
Satisfacción con servicio de salud							0,00†
Satisfecho	70	17,81	156	39,70	226	57,51	
Insatisfecho	98	24,94	69	17,55	167	42,49	
Conocimiento satisfactorio							0,00†
Si	123	29,14	224	53,09	347	82,23	
No	57	13,51	18	4,26	75	17,77	

\*Basada en los Criterios de Clasificación Económica de Brasil de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación (ABEP)  
†p-valor significativo en el modelo de regresión logística *Stepwise Backward Elimination*

En relación a las características, la mayoría de los individuos en estudio era del género femenino (59,48%), anciana (63,25%), de color blanca (70,14%), casada (68,96%), con bajo nivel educacional (63,51%), con

baja renta familiar (71,81%), menos de 10 años de diagnóstico de HAS (56,16%), pero ya presentaba enfermedades concomitantes (61,14%). Sin embargo, ninguna de esas características presentó asociación

significativa con el resultado de interés ( $p < 0,05$ ) (Tabla 1).

A su vez, los individuos con HAS que presentaron poco conocimiento sobre su enfermedad ( $p = 0,00$ ); farmacoterapia compleja ( $p = 0,02$ ) e insatisfacción con el servicio de salud ( $p = 0,00$ ) tuvieron respectivamente 2,1 (IC: 1,7-2,7), 1,4 (IC: 1,1-1,7) y 1,9 (IC: 1,51-2,39) veces más probabilidades de no adherir al tratamiento medicamentoso.

Los datos de la Tabla 2 muestran que la mayoría de los individuos con HAS poseía conocimiento satisfactorio sobre la enfermedad, ya que ocho preguntas presentaron porcentaje de acierto superior a 70,0%. Sin embargo, llama la atención el bajo índice de acierto en relación a

dos preguntas: solamente 59,50% de los adherentes y 49,44% de los no adherentes sabían que en la mayoría de las veces, la HAS es una enfermedad silenciosa, y 39,66% de los adherentes y 28,33% de los no adherentes sabían que la enfermedad también puede ser tratada sin el uso de medicaciones.

De las 10 preguntas aplicadas para evaluar el conocimiento de los entrevistados, siete presentaron asociación estadísticamente significativa con la no adhesión a la farmacoterapia. El cálculo del RR mostró que, de modo general, el poco conocimiento sobre la HAS y su tratamiento aumenta de 1,3 a 2,1 veces la probabilidad del individuo con HAS de no adherir correctamente al tratamiento medicamentoso propuesto.

Tabla 2 – Distribución de las personas con hipertensión arterial adherentes y no adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo de acuerdo con las actitudes positivas en relación al conocimiento de la enfermedad, Maringá, PR, Brasil, 2012

Pregunta sobre el conocimiento de la enfermedad	Adherentes (242)		No adherentes (180)		p	Riesgo relativo	Intervalo de Confianza
	n	%	n	%			
¿La presión alta es una enfermedad para toda la vida?	192	79,33	141	78,33	0,80	-	-
¿Quién tiene presión alta, en la mayoría de las veces, no siente nada diferente?	144	59,50	89	49,44	0,03*	1,3	1,01-1,57
¿La presión es alta cuando es $\geq$ que 14/9?	197	81,40	137	76,11	0,18	-	-
¿La presión alta puede traer problemas para el corazón, cerebro y riñones?	212	87,60	157	87,22	0,90	-	-
¿El tratamiento para presión alta es para toda la vida?	219	90,49	137	76,11	0,00*	1,7	1,31-2,19
¿La presión alta también puede ser tratada sin remedios?	96	39,66	51	28,33	0,01*	1,4	1,06-1,73
¿Los ejercicios físicos regulares ayudan a controlar la presión alta?	219	90,49	143	79,44	0,00*	1,6	1,19-2,05
¿Para quién es obeso, perder peso ayuda a controlar la presión alta?	230	95,04	159	88,33	0,01*	1,6	1,11-2,19
¿Disminuir la sal en la comida ayuda a controlar la presión alta?	241	99,58	173	96,11	0,00*	2,1	1,20-3,66
¿Disminuir el nervosismo ayuda a controlar la presión alta?	237	97,93	166	92,22	0,00*	1,8	1,19-2,69

\*p-valor significativo en el prueba de Chi-Cuadrado de Pearson

## Discusión

La prevalencia de individuos no adherentes al tratamiento farmacológico identificada en este estudio (42,65%) es inferior al encontrado en una investigación realizada en otro municipio brasileño también de la región Sur, el cual utilizando el mismo instrumento (CAM-Q), encontró prevalencia de 53,1% de no adherentes<sup>(4)</sup>. Esa diferencia, superior a 10%, tal vez proviene de las distintas características presentadas por las muestras. En el presente estudio, por ejemplo, hubo un número mayor de personas casadas, con más de ocho años de estudio y de clase económica A y B, lo que influye positivamente en el proceso de adhesión<sup>(2,9)</sup>. Sin embargo, la prevalencia de individuos no adherentes a la farmacoterapia en otros estudios que utilizaron las pruebas de Morisky-Green-Levine y Batalla<sup>(7,15)</sup> y el conteo de manual de pastillas<sup>(16)</sup> es menor que la encontrada en este estudio, en torno de 30%<sup>(7,15-16)</sup>.

Las características biológicas y socioeconómicas como género, edad, estado civil, escolaridad, clase económica y etnia, en otros estudios fueron descritas como factor predictivo de la adhesión/no adhesión al tratamiento de la HAS<sup>(17-18)</sup>. Sin embargo, en la presente investigación ninguna de esas variables fue estadísticamente significativa en el resultado de interés. En parte, tal vez eso pueda ser explicado por la diferencia de métodos utilizados para medir la no adhesión a la terapéutica.

Un factor que viene siendo estudiado conjuntamente con el proceso de adhesión/no adhesión al tratamiento medicamentoso es la complejidad del régimen terapéutico. En la presente investigación, la alta complejidad de la farmacoterapia puede ser evidenciada en 41,71% de los entrevistados, siendo más prevalente y de forma significativa entre los no adherentes. Sin embargo, la existencia de una relación entre la complejidad del régimen terapéutico y la adhesión a la farmacoterapia no es siempre tan directa o fácilmente observada.

De cualquier modo, semejantemente a los resultados de este estudio, una investigación realizada en un municipio de la región sureste, en Brasil, en 120 ancianos con HAS, verificó una fuerte correlación entre mayor complejidad de la farmacoterapia y baja adhesión al tratamiento<sup>(11)</sup>, por otro lado un estudio aleatorio realizado, en Japón, en 207 individuos con HAS demostró que no hubo diferencia significativa en la adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo entre el grupo que consumía apenas una pastilla y el grupo control, que consumía dos<sup>(19)</sup>.

Sin embargo, mismo sin un consenso en la literatura, algo que en la práctica viene apareciendo como impactante sobre la adhesión a la farmacoterapia es la simplificación del régimen terapéutico. Un estudio de revisión de la literatura demostró que la utilización de medicamentos combinados en una única dosis diaria, en comparación con la combinación libre de las drogas tomadas en horarios diferentes mostró asociación con un aumento significativo en la adherencia al tratamiento<sup>(17)</sup>.

En lo que se refiere a la relación al conocimiento del individuo frente a la enfermedad, los datos disponibles parecen más consolidados, en los cuales se observa que la falta de conocimiento, las creencias y mitos que los pacientes tienen sobre su patología, la desmotivación para controlarla, la inhabilidad para asociar su comportamiento con el manejo de situaciones adversas y las bajas expectativas en el resultado del tratamiento, influyen negativamente en la adhesión<sup>(3)</sup>.

En la presente investigación fue observado que la mayoría de las personas con HAS poseía un conocimiento satisfactorio sobre la enfermedad, siendo que apenas dos preguntas presentaron un porcentaje de acierto inferior a 70,0%, coincidiendo con otros estudios brasileños<sup>(8,10)</sup>. El bajo índice de acierto, cuando ocurre, puede estar asociado al propio nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad o a otros factores, como la aceptación de la EC, la motivación para aprender las informaciones e inclusive el grado de escolaridad<sup>(10)</sup>.

Una investigación realizada en Sao Paulo (SP) con 511 pacientes, acompañados por una Sociedad de Hipertensión, observó elevados índices de conocimiento sobre las formas no medicamentosas de tratamiento de la enfermedad, ya que más de 80,0% de ellos conocían la influencia benéfica de la cesación del tabaco, la reducción del peso, la práctica de ejercicios físicos y la reducción de la ingestión de bebidas alcohólicas, lo que influenciaba positivamente en la adhesión al tratamiento<sup>(20)</sup>. Del mismo modo, un estudio realizado en Paquistán en 447 individuos con HAS demostró que aquellos con adecuado control de los niveles de tensión eran justamente los que presentaban más conocimientos sobre la enfermedad<sup>(21)</sup>.

El hecho de que los individuos con HAS presentan un conocimiento satisfactorio sobre la enfermedad es bastante positivo y se constituye, por lo menos, en un indicativo de que estas personas están teniendo más acceso a informaciones, sea por iniciativa propia, por mayor divulgación en los vehículos de comunicación de masas, o hasta mismo por una mejor actuación de los profesionales de la salud, en especial, de los equipos de la ESF. Siendo así, es posible inferir que este nivel de asistencia viene alcanzando sus propósitos, ya que uno de los pilares del tratamiento de la HAS en la atención básica, es la educación en salud, con el objetivo de modificar el estilo de vida, adhesión a los fármacos cuando indicados y prevención de los perjuicios provenientes del descontrol de la enfermedad.

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento, se puede constatar que cuanto mayor es el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, mayor es el compromiso con el autocuidado y la adhesión al tratamiento. Sin embargo, el problema de la adhesión es más complejo, porque el acceso a las informaciones sobre la HAS, no implica necesariamente en una mayor adhesión a las medidas de control<sup>(1)</sup>. Dentro de esta perspectiva, un estudio aleatorio desarrollado en España en 996 individuos con HAS, demostró que las intervenciones educativas no impactaron significativamente sobre la adhesión de los pacientes a la medicación<sup>(5)</sup>.

Esto ocurre porque existe una incongruencia entre tener información al respecto de la enfermedad y adherir al tratamiento medicamentoso y controlar la PA. Así, existe una diferencia esencial entre conocimiento y práctica, o sea, a pesar de conocer lo que debe ser hecho, los pacientes no actúan de conformidad con ese conocimiento, ya que en cuanto el conocimiento es racional, la adhesión es un proceso multifactorial influenciado por factores emocionales, sociales, biológicos y culturales<sup>(1)</sup>.

En este sentido, no se puede negar que la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud, proporcionada por la implantación de la ESF, mejoró el acceso de la población a la asistencia primaria, permitiendo, entre otros avances, la creación de vínculos entre los usuarios y el equipo de la ESF, lo que tiende a favorecer el acompañamiento sistemático y el incremento de las actividades de promoción de la salud y prevención de perjuicios<sup>(22)</sup>. Sin embargo, se debe tratar de que no exista – por parte de los equipos de salud, principalmente del enfermero – apenas la simple transferencia de informaciones, evitándose el surgimiento de un vacío entre la orientación ofrecida por el profesional y su efectiva aplicación.



Así, una de las principales funciones del enfermero al asistir al paciente con HAS y a su familia en la atención básica es buscar prevenir los perjuicios y promover la salud. Por lo tanto, durante las consultas de enfermería y en los grupos del Programa Hiperdia, el profesional debe realizar acciones de educación para la salud, incentivando el autocuidado apoyado, de modo que individuos, familias y grupos puedan desarrollar competencias que les permita actuar de manera consciente en relación a los factores de riesgo modificables, entre ellos la adhesión al tratamiento medicamentoso<sup>(2)</sup>.

Llevando esto en consideración, la calidad del trabajo desarrollado por los enfermeros en los servicios de salud es fundamental, ya que los cuidados innovadores de salud en grupos con EC y sus familiares, en una UBS, son esenciales para sensibilizarlos, de modo que juntos – enfermo, familiares y profesionales – elaboren las directrices del tratamiento<sup>(23)</sup>.

Para la planificación conjunta de la asistencia, con el objetivo de obtener la adhesión a la farmacoterapia y el control de la presión es esencial la presencia del paciente en la UBS. El diálogo con los profesionales incentiva la motivación individual y ésta, a su vez, conduce a ciertas actitudes que contribuyen para la reducción de la PA. Encuentros/consultas frecuentes propician una mejor monitorización de los niveles de presión, así como la oportunidad de tener más acceso a las informaciones, pudiendo servir de base para el cumplimiento de las orientaciones delante del tratamiento medicamentoso y no medicamentoso<sup>(7)</sup>.

Dentro de esta perspectiva, el acceso al sistema de salud, ha sido apuntado como relevante en la adhesión al tratamiento antihipertensivo. Por tanto, las políticas de salud vigentes, la facilidad de acceso del paciente a los servicios de salud y al riesgo del trabajo desarrollado por los profesionales y gestores influyen directamente en el proceso de la adhesión<sup>(17)</sup>. De esta forma, las investigaciones actuales confirman la fuerte correlación entre la satisfacción con los servicios de salud y la problemática de la adhesión/no adhesión<sup>(4,11)</sup>.

A respecto de algunas limitaciones metodológicas, como el hecho de que los participantes del estudio fueron seleccionados a partir de aquellos registrados en el Programa Hiperdia y que realizaban tratamiento medicamentoso, hace por lo menos un año, resultó en una muestra constituida principalmente por mujeres y ancianos, y también debido a los diferentes métodos posibles para identificación de la no adhesión a la farmacoterapia, lo que dificulta la comparación de los resultados encontrados, se puede afirmar que la prevalencia de personas que no adhieren al tratamiento

para HAS en la Atención Primaria, en el local del estudio, es elevado y no difiere mucho de lo que ha sido encontrado en otras localidades brasileñas. Esas preguntas, por tanto, constituyen un desafío para el sector de la salud en ciudades con diferentes tamaños de población y localizadas en las más diversas regiones del país.

## Conclusión

Los resultados evidenciaron que 42,6% de los individuos con HAS, en este estudio, fueron considerados no adherentes al tratamiento medicamentoso y que a pesar de que solamente 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad, este se constituyó en un factor asociado a la no adhesión al tratamiento medicamentoso. Otros factores asociados a la no adhesión al tratamiento fueron: farmacoterapia compleja e insatisfacción con el servicio de salud.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de que los profesionales de la atención básica de la salud – en especial el enfermero profesional que cotidianamente actúa junto a los individuos con HAS – deben continuamente estudiar la problemática de la no adhesión con el objetivo de simplificar el esquema terapéutico, crear un mayor vínculo con la población y a partir de esto desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de perjuicios, con la transmisión de informaciones y sensibilización de la población con HAS de su área de influencia, acerca de la importancia de adherir correctamente al tratamiento antihipertensivo acordado con el proveedor de la salud.

## Referencias

1. Silva LOL, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(1):227-42.
2. Reiners AAO, Nogueira MS. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(1):59-65.
3. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion-Junior D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(1):38-43.
4. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saude Pública*. 2010; 26(12):2389-98.
5. Guirado EA, Ribera EP, Huergo VP, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011;25(1):62-7.

6. Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo-Branco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res.* 2010;(4):196-202.
7. Dosse C, Cesarino, CB, Martin JFV, Castedo MCA. Factors associated to patients' non-compliance with hypertension treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(2):201-6.
8. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion-Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):43-8.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95 Supl1:1-51.
10. 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.
11. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Pelloso SM, Marcon SS, Cuman RKN. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande. *Rev Cienc Farm Basica Apl.* 2010;31(3):229-33.
12. Osamor PE, Owumi BE. Factors Associated with treatment compliance in hypertension in Southwest Nigeria. *J Health Popul Nutr.* 2011; 29(6):619-28.
13. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saude Pública.* 2008;42(4):764-7.
14. Melchior AC, Correr CJ, Llimos FF. Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):210-8.
15. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(7):1885-92.
16. Garcia JE, Claros NM, Ruiz AL, Gurrea DFB. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial: Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen: Medic Famil.* 2012;38(5):292-300.
17. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, Safety, and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents: A Meta-Analysis. *Hypertension.* 2010;55(2):399-407.
18. Veras RFS, Oliveira JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev RENE.* 2009;10(3):132-8.
19. Matsumura K, Arima H, Tominaga M, Oshtsubo T, Sasaguri T, Fujii K, et al. Does a combination pill of antihypertensive drugs improve medication adherence in Japanese? A randomized controlled trial. *Circ J.* 2012;76(6):1415-22.
20. Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):658-64.
21. Almas A, Godil SS, Lalani S, Samani ZA, Khan AH. Good Knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension a multicenter cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes.* 2012;5:579.
22. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(2):623-33.
23. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Cienc Cuid Saúde.* 2009;8 Supl:11-22.

Recibido: 22.8.2013  
Aceptado: 13.3.2014