



## CLÍNICA

### Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial

Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial

Factors determining non-adherence to hypertension treatment

\*Moura, André Almeida \*\*Godoy, Simone de \*\*\*Cesarino, Cláudia Bernardi  
\*\*\*\*Mendes, Isabel Amélia Costa

\*Máster por el Programa de Enfermería Fundamental de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto Universidad de São Paulo E-mail: [andalmo@usp.br](mailto:andalmo@usp.br) \*\*Profesora Doctora del Departamento de Enfermería General de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería \*\*\*Profesora Adjunta del Curso de Enfermería de la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto \*\*\*\*Profesora Libre-docente de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación em Enfermería. Brasil.

Palabras clave: Hipertensión; Atención primaria a la salud; Cooperación del paciente

Palavras chave: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Cooperação do paciente.

Keywords: Hypertension; Primary Health Care; Patient compliance.

### RESUMEN

El presente estudio tiene como **objetivo** identificar factores determinantes de la no adhesión al tratamiento de los hipertensos en municipio brasileño. Estudio de corte transversal, descriptivo y de enfoque cuantitativo, en el periodo de noviembre de 2012 a abril de 2013. Participaron 138 pacientes hipertensos, siendo 65,9% de sexo femenino, con media de edad de 60,5 años (DP=11,32), 71% con la escolaridad de primer grado incompleto y renta individual de 1 a 2 salarios mínimos. En relación a la ocupación, 39,9% eran jubilados y 21,7% estaban en casa. Entre los factores que contribuyen a la no adhesión al tratamiento 70,3% dos pacientes refirieron aspectos personales. La adhesión fue de 15,9% para el tratamiento no farmacológico y 21% para tratamiento farmacológico. Percibimos la necesidad de nuevas investigaciones en la atención primaria con pacientes hipertensos y desarrollar acciones multiprofesionales que busquen estimular la adhesión al tratamiento de los hipertensos asistidos en el municipio estudiado.

### RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido com o **objetivo** de identificar fatores determinantes da não adesão ao tratamento dos hipertensos em município brasileiro. Estudo de corte transversal, descritivo e de

abordagem quantitativa, no período de novembro de 2012 a abril de 2013. Participaram 138 pacientes hipertensos, sendo 65,9% do sexo feminino, com média de idade de 60,5 anos (DP=11,32), 71% com a escolaridade primeiro grau incompleto e renda individual de 1 a 2 salários mínimos. Em relação à ocupação, 39,9% eram aposentados e 21,7% eram do lar. Entre os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento 70,3% dos pacientes referiram aspectos pessoais. A adesão foi de 15,9% para o tratamento não farmacológico e 21% para tratamento farmacológico. Percebemos a necessidade de novas pesquisas na atenção primária com pacientes hipertensos e desenvolver ações multiprofissionais que busquem estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos assistidos no município estudado.

## ABSTRACT

This study was developed to identify determinant factors of non-adherence in the treatment of hypertensive individuals in a Brazilian municipality. This cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach was conducted from November 2012 to April 2013. A total of 138 hypertensive patients participated, 65.9% were female, aged 60.5 years old (SD=11.32) on average, 71% had incomplete primary/middle school and an individual income of 1 to 2 times the minimum wage. In regard to occupation, 39.9% were retired and 21.7% were homemakers. Among the factors contributing to non-adherence to treatment, 70.3% reported personal reasons. Adherence was at 15.9% for non-pharmacological treatment and 21% for pharmacological treatment. We verified the need for new studies within the primary health care sphere conducted with hypertensive patients and also the need for multidisciplinary actions intended to encourage treatment adherence among hypertensive patients cared for in the municipality under study.

## INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se configura como una enfermedad de gran magnitud en Brasil, estimándose que cerca de 30 millones de individuos sean portadores de hipertensión arterial, lo que corresponde al 36% de la población masculina adulta y al 30% de las mujeres adultas. En consonancia con esa elevada prevalencia, destacan los altos costos generados por las hospitalizaciones de pacientes con complicaciones de la HAS, además de ser factor de riesgo para varias enfermedades como infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral y enfermedad renal crónica <sup>(1)</sup>

HAS se define como una condición clínica multifactorial caracterizada por niveles elevados y sostenidos de presión arterial (PA), con una línea demarcatoria que considera valores de Presión Arterial Sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg y/o de Presión Arterial Diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg validados por medidas repetidas, en condiciones correctas, en al menos tres ocasiones <sup>(1)</sup>.

El tratamiento medicamentoso de la HAS está compuesto por grupos de medicamentos de acciones diversas cuyo objetivo mayor es la reducción de la morbimortalidad cardiovascular. Este beneficio es observado, independientemente de la clase de medicamento utilizado. Se destaca que el tratamiento no implica solo la utilización de medicamentos, es preciso también invertir en la modificación del estilo de vida. Así, son necesarios cambios en algunos hábitos y costumbres, en relación a la alimentación, al consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, así como la práctica de ejercicios físicos. Cambiar el hábito de vida implica cambios en la forma de vivir y en la propia idea de salud que tiene el individuo <sup>(2-3)</sup>.

La adhesión es definida y caracterizada por el grado de concordancia entre lo que fue prescrito por el médico y el comportamiento del individuo, en términos medicamentosos, nutricionales y cambios en el estilo de vida <sup>(1)</sup>.

La problemática de la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se debe a causas multifactoriales, siendo un desafío para los que la experimentan: pacientes y profesionales de salud, principalmente en el contexto de la atención básica. Así, es importante para el profesional el desarrollo de estudios para que pueda conocer la realidad donde trabaja y trazar estrategias de intervención que tengan éxito, para que puedan ser reproducidas a un mayor número de hipertensos, visto que el número de artículos sobre adhesión de hipertensos en la atención primaria todavía es escaso <sup>(4)</sup>.

Por tanto, es imprescindible que cada profesional de salud intente identificar, en su población de trabajo, cuáles son las variables implicadas y asociadas al abandono del tratamiento o al no cumplimiento de las orientaciones terapéuticas, considerando la estructura disponible para la atención de aquella población y la necesidad del desarrollo de estudios que evalúen la implementación de estrategias para enfrentar el problema de la no adhesión al tratamiento <sup>(5)</sup>.

El objetivo de este trabajo fue identificar factores determinantes de la no adhesión al tratamiento de los hipertensos en municipio brasileño.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio de corte transversal, descriptivo, desarrollado en el municipio de Santa Helena de Goiás, Brasil. La colecta de datos comprendió el periodo de noviembre de 2012 a abril de 2013 y se dividió en dos fases.

En el periodo de noviembre de 2012 a enero de 2013, buscamos los pacientes hipertensos registrados en el Sistema de Gestión Clínica de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de la Atención Básica (SISHIPERDIA) de cada Unidad de Salud de la Familia (USF) del municipio de Santa Helena de Goiás.

Para la identificación e inclusión de los participantes en el estudio, fueron evaluados los registros de los pacientes teniendo como referencia los siguientes criterios: tener edad superior a 18 años, ambos sexos, tener el diagnóstico de hipertensión arterial por lo menos un año antes de la fecha de la colecta de datos; estar registrado en el SISHIPERDIA, no presentar otra dolencia crónica no transmisible y tener algún registro en el fichero de valores de presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, en cualquier consulta dos años de 2011 y 2012.

A continuación, los datos del SISHIPERDIA fueron confrontados con las fichas B-HA del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) que son utilizadas por los agentes comunitarios de salud de cada unidad. Este procedimiento se hizo para identificar si los pacientes permanecían en el área de cobertura de cada USF.

Del total de pacientes identificados en cada USF, se listaron solo los que tenían registro tanto en el SISHIPERDIA como en el SIAB.

Así, en el periodo de febrero a abril de 2013, por medio de una visita domiciliaria los pacientes listados fueron invitados, por el propio investigador a participar en la investigación. En esta visita, eran aclarados los objetivos de la investigación y caso de que el paciente aceptase participar, firmaba el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) y, cuando posible, la entrevista era realizada. En las situaciones en que el paciente refería no tener disponibilidad para la entrevista en aquel

momento, era agendado un horario para retorno del investigador o para que el paciente fuese hasta la USF más accesible.

Para las entrevistas se utilizó un formulario adaptado del utilizado por Dosse et al. (2009), donde la primera parte se refiere a la caracterización sociodemográfica y socioeconómica (sexo, edad, escolaridad, ocupación, renta individual y familiar, tipo de casa, número de individuos que usan la renta familiar) <sup>(6)</sup>. La segunda parte del instrumento está compuesta de seis preguntas cerradas, donde las dos primeras son relativas al tratamiento no medicamentoso y clasifican los participantes en 5 grupos: Grupo 0 - aquellos que mantienen hábitos saludables; Grupo 1 – aquellos que mantienen, al menos, un hábito no saludable; Grupo 2 – aquellos que mantienen dos hábitos no saludables; Grupo 3 – aquellos que mantienen tres hábitos no saludables, y Grupo 4 – aquellos que no tienen hábitos saludables. Se considera no adherente al tratamiento no farmacológico aquellos que tuvieran al menos un hábito de vida no saludable. Las cuatro últimas preguntas clasifican la adhesión al tratamiento medicamentoso por el Test de Morisky-Green (TMG), donde es considerado adherente el participante que alcanza 4 puntos y no adherente aquel con puntuación igual o inferior a 3 puntos, las preguntas del test son: 1) ¿Usted, a veces, tiene problemas en acordarse de tomar su medicación? 2) ¿Usted, a veces, se descuida de tomar su medicamento? 3) ¿Cuando se está sintiendo mejor, usted a veces deja de tomar su medicamento? 4) ¿A veces, si usted se siente peor al tomar la medicación, usted deja de tomarla?.

Las entrevistas fueron conducidas por el investigador que señalaba las opciones indicadas como respuesta por el paciente. Al final, los datos fueron doblemente digitados en una planilla del programa Excel, y los análisis descriptivos con cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes fueron procesados con la ayuda del programa estadístico SSPS (Statistical Package for the Social Science), versión 16.0.

Cabe destacar que la investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto bajo nº 131.710 conforme determinaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, y no hay conflictos de interés entre implicados en la investigación.

## **RESULTADOS**

Durante el periodo de colecta de los datos, se localizaron 254 pacientes y entrevistados 138. De estos, la mayoría 91 (65,9%) era de sexo femenino y 47 (34,1%) de sexo masculino. La media de edad entre los participantes fue de 60,5 años (DP=11,32), siendo que la menor edad encontrada fue de 26 años y la mayor de 82 años.

A continuación presentamos la caracterización de los participantes en relación a los datos socioeconómicos (Tabla 1).

**Tabla 1** – Distribución de los pacientes hipertensos (n=138) en relación a las características socioeconómicas. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad</b>		
1º grado completo	8	5,8
1º grado incompleto	98	71,0
2º grado completo	12	8,7
2º grado incompleto	2	1,4
3º grado completo	1	0,7
3º grado incompleto	1	0,7
Especialización	1	0,7
Sin alfabetización	15	10,9
<b>Ocupación</b>		
Jubilado	55	39,9
Pensionista	7	5,1
En casa	30	21,7
Sirviente/albañil	2	1,4
Auxiliar de coordinación escolar	2	1,4
Motorista	4	2,9
Comerciante	5	3,6
Autónomo	9	6,5
Operador de máquinas	3	2,2
Auxiliar de servicios generales	3	2,2
Auxiliar de producción	2	1,4
Desempleado	3	2,2
Asistente y doméstica	4	2,9
Otros (reciclaje, peluquero, carpintero, profesor, empleado de gasolinera, vigilante, portero, costurera, vaquero)	9	6,5
<b>Renta Individual</b>		
< 1 salario mínimo	35	25,4
1 a 2 salarios mínimos	98	71,0
3 a 4 salarios mínimos	5	3,6
<b>Renta Familiar</b>		
< 1 salario mínimo	7	5,1
1 a 2 salarios mínimos	101	73,2
3 a 4 salarios mínimos	28	20,3
5 a 6 salarios mínimos	2	1,4
<b>Número de individuos que viven de la renta familiar</b>		
1	19	13,8
2	54	39,1
3	35	25,4
4	17	12,3
5	11	8,0
6	1	0,7
8	1	0,7
<b>Vivienda</b>		
Propia	123	89,1
Cedida	4	2,9
Arrendada	8	5,8
Otra (financiada)	3	2,2

La mayoría de los pacientes n=98 (71%) refirió la escolaridad “primer grado incompleto” y renta individual de 1 a 2 salarios mínimos. En relación a la ocupación 55 (39,9%) eran jubilados y 30 (21,7%) estaban en casa. En cuanto a la renta familiar, 101 (73,2%) hipertensos referieron de 1 a 2 salarios mínimos, siendo que viven con esa renta de dos 54 (39,1%) a tres personas 35 (25,4%). Respecto al tipo de vivienda 123 (89,1%) refirieron vivir en casa propia.

Los datos relacionados con la adhesión al tratamiento no medicamentoso y medicamentoso están presentes en las Tablas 2, 3 y 4.

**Tabla 2** – Distribución de las respuestas en relación a la opinión de los pacientes en cuanto a los factores que interfieren en el descontrol de la presión arterial. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

<b>Factores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Socioeconómicos</b>		
Baja condición socioeconómica	10	7,2
Desempleo	3	2,2
Alto coste del medicamento	1	0,7
Abastecimiento de los medicamentos	2	1,4
<b>Personales</b>		
Edad	13	9,4
Conocimiento inadecuado del tratamiento	2	1,4
Desconocer costos/beneficios del tratamiento	3	2,2
Cuestiones culturales	4	2,9
Poco apoyo familiar	19	13,8
Otros (estrés/ ansiedad, alteraciones en el patrón de sueño, genética, síndrome de la bata blanca, etc.)	97	70,3
<b>Relacionados con el equipo y sistema de salud</b>		
Demora en la atención	1	0,7
Otros	1	0,7
<b>Relacionados con el tratamiento y terapéutica</b>		
Eventos adversos causados por la medicación	6	4,3
Horario de tomar los medicamentos	3	2,2
Frecuencia y número de fármacos a ser tomados	3	2,2
Dificultades en la aceptación y adaptación a las modificaciones en el estilo de vida	58	42
Otros	16	11,6
<b>Factores relacionados con la enfermedad</b>		
Ausencia de señales y síntomas	3	2,2
Cronicidad de la enfermedad	11	8
Otros	1	0,7

La baja renta se configura como factor importante en la adhesión al tratamiento y fue referida por 10 pacientes (7,2 %), en cuanto a a edad fue referida por 13 (9,4%) pacientes.

Una parte de los pacientes del municipio de Santa Helena de Goiás refirieron desconocer los beneficios o tenían conocimiento inadecuado sobre el tratamiento (n=5; 3,6%). Poco apoyo familiar fue indicado por 19 (13,8 %) de los hipertensos participantes en el presente estudio.

Entre los factores personales que interfieren en el descontrol de la presión arterial mencionados por los pacientes de este estudio están los factores psicológicos/estrés/alteraciones en el patrón de sueño y también dificultades de adaptación a las modificaciones en el estilo de vida n= 97 (70,3%).

Las alteraciones en el patrón del sueño y la genética también fueron relatadas por los participantes de esta investigación como factores que interfieren en la adhesión al tratamiento de la hipertensión.

El efecto de la bata blanca, referido por algunos entrevistados en nuestra investigación, es un síndrome que no tiene determinantes conocidos y es definido por la diferencia de presión obtenida entre la medida en el consultorio y fuera de él, desde que esa diferencia sea igual o superior a 20 mmHg en la presión sistólica y/o de 10 mmHg en la presión diastólica <sup>(1)</sup>.

El tiempo de espera fue relatado por un paciente en el presente estudio como factor que interfiere en la adhesión.

La presencia de efectos adversos fue relatada por 6 (4,3%) de los hipertensos de esta investigación. Sobre la terapéutica, tres pacientes (2,2%) refirieron el horario como factor para no adhesión al tratamiento. Otros tres hipertensos indicaron la frecuencia/número de fármacos a ser tomados como factor que interfiere en la adhesión.

Otro punto importante relatado por los pacientes entrevistados en nuestra investigación fue la dificultad en la aceptación y adaptación del estilo de vida n=58 (42%). Así como la asintomatología y cronicidad de la enfermedad, condiciones estas, referidas por 14 (10,2%) pacientes en la presente investigación.

En cuanto a la adhesión de los pacientes hipertensos a los hábitos de vida relacionados con el tratamiento no medicamentoso, encontramos que 22 (15,9%) pacientes hipertensos relataron tener hábitos saludables y 116 (84,1%) relataron no mantenerlos (Tabla 3).

**Tabla 3** – Distribución de las respuestas de los hipertensos (n=138) en relación al mantenimiento de hábitos de vida saludables. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

<b>Hábitos de vida relacionados con el tratamiento no farmacológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Adherentes</b>	22	15,9
<b>No adherentes</b>	116	84,1
<b>Fumar</b>		
Fumador	21	15,2
No fumador	117	84,8
<b>Ingestión de bebida alcohólica</b>		
Sí	30	21,7
No	108	78,3
<b>Práctica de ejercicios regularmente</b>		
Sí	50	36,2
No	88	63,8
<b>Sigue dieta hiposódica</b>		
Sí	93	67,4
No	45	32,6

El porcentaje de la no adhesión al tratamiento no farmacológico fue de 84,1%, dato este que cuando analizado conjuntamente con factores que influyen en la PA, como la dificultad en la aceptación y adaptación a las modificaciones en el estilo de vida n=58 (42%) de la Tabla 2 muestran que los pacientes encuentran barreras en los cambios de los hábitos de vida.

La adhesión de los hipertensos al tratamiento farmacológico de acuerdo con el TMG, mostró que 40 pacientes (29%) son adherentes al tratamiento medicamentoso, mientras que 98 (71%) tuvieron puntuación menor o igual a 3, caracterizándolos como no adherentes (Tabla 4).

**Tabla 4–** Distribución de las respuestas de los hipertensos (n=138) en relación a la adhesión al tratamiento farmacológico. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

<b>Adhesión al tratamiento farmacológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adherentes	40	29
No adherentes	98	71
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

## DISCUSIÓN

En relación al género y a la edad, los datos encontrados en el presente estudio coinciden con el que es presentado en la literatura. La HAS es la condición crónica más común entre la población anciana. Estudios señalan que su prevalencia en esa población es superior a 60% y que, por tanto, el diagnóstico correcto y la persistencia de los pacientes en el acompañamiento se hace necesario para obtener las metas ideales del tratamiento y reducir la morbimortalidad cardiovascular <sup>(7-9)</sup>.

En cuanto al género, encontramos estudio sobre adhesión en el que 82% de los participantes eran mujeres hipertensas <sup>(10)</sup>. Sin embargo, un estudio que investigó la adhesión al tratamiento entre portadores de hipertensión arterial internados en un hospital privado en el interior paulista encontró 79,2% de los pacientes del sexo masculino <sup>(11)</sup>.

Algunos datos encontrados en la presente investigación se asemejan a los de estudios sobre adhesión al tratamiento de hipertensión, realizados en Ceará y en el interior de Pernambuco, donde 90% de la muestra de las poblaciones estudiadas residían en casa propia y más de 60% poseían enseñanza básica completa o incompleta <sup>(10, 12)</sup>.

En ese sentido, la HAS se da en los individuos independientemente de sus niveles socioeconómicos y escolaridades diferentes. La baja condición socioeconómica tiene papel fundamental e interfiere sobre otras condiciones de salud como el acceso a los servicios de salud, grado de información, comprensión sobre la enfermedad y adhesión al tratamiento <sup>(13)</sup>.

En relación a la ocupación, la jubilación es la ocupación más frecuentemente encontrada en los estudios sobre adhesión al tratamiento de la hipertensión <sup>(4, 8, 11)</sup>.

En un levantamiento bibliográfico se constató que, entre varios factores relacionados co el paciente, la baja condición económica es bastante crucial en la adhesión al

tratamiento de la hipertensión, así como factores culturales, el acceso a los servicios de salud y el grado de conocimiento sobre la enfermedad <sup>(14)</sup>.

Con relación a la edad, destaca que el enfoque de la adhesión debe ser diferente en cada grupo de edad, valorando de manera atenta las necesidades y dificultades presentadas por estos pacientes hipertensos. Además, los ancianos hipertensos pueden ayudar en la difusión del conocimiento sobre la HAS a las generaciones más jóvenes de su familia, proporcionando las informaciones para la mejora del autocuidado, recordando los aspectos estructurales y familiares <sup>(15)</sup>.

Las creencias comportamentales, las costumbres sobre las prácticas de salud, los valores y las percepciones del paciente en relación a su enfermedad y al tratamiento difieren de los pensados por los profesionales, teniendo en cuenta que son dos grupos socioculturales, lingüísticos y psicológicos distintos <sup>(14)</sup>.

En trabajo desarrollado en Teresina, capital del estado de Piauí, también en Brasil, los resultados obtenidos demostraron que hubo falta de información para la mayoría de los entrevistados acerca de su dolencia y de su tratamiento y consecuentemente, la no adhesión al tratamiento <sup>(16)</sup>.

En cuanto al poco apoyo familiar, cabe resaltar el papel de las familias que deben ser involucradas directamente en la atención a los pacientes hipertensos, pues el cambio de hábito requiere un compromiso muy grande por parte de todos los implicados <sup>(12)</sup>.

Los resultados de este estudio se asemejan a otros dos trabajos que señalaron los factores emocionales, psicológicos y alteraciones en el control de la HAS como los más citados y que dificultan la adhesión al tratamiento <sup>(6, 17)</sup>.

Desde hace cinco décadas, la relación entre estrés e hipertensión viene siendo estudiada y asumió papel importante como factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad arterial coronaria. Actualmente, se cree que el compuesto de emociones y afectos de modulaciones negativas puede desencadenar el estrés, no sólo la rabia y la hostilidad, sino también el miedo, vergüenza y culpa <sup>(18)</sup>.

Se sabe que algunas disfunciones en el sueño pueden contribuir al descontrol y/o a la aparición de la HAS, como fue relatado por algunos pacientes de la investigación <sup>(19)</sup>.

La contribución de la genética para la aparición de la HAS está bien establecida en la población. Por ello, no existen, hasta el momento, variantes genéticas que sean utilizadas para predecir el riesgo de cada individuo de desarrollar HAS <sup>(1)</sup>.

El tiempo dispensado para las consultas, la duración de la terapéutica y el régimen terapéutico influyen en el comportamiento de los pacientes <sup>(20)</sup>. Así como los efectos adversos, visto que un estudio desarrollado en el interior paulista que investigó la relación entre los efectos adversos y la adhesión al tratamiento obtuvo que todos los pacientes que refirieron presencia de efectos adversos de la medicación no eran adherentes al tratamiento de la HAS <sup>(21)</sup>.

En relación a los aspectos: horario, frecuencia y cantidad de medicamentos un estudio bibliográfico describe como herramienta de adhesión al tratamiento la comodidad farmacológica que está basada en la estrategia de simplificación de dosis <sup>(14)</sup>.

En estudio sobre los motivos del abandono del seguimiento médico, solo un tercio de los pacientes relataron cambios en el estilo de vida teniendo en cuenta el control de la HAS. Las modificaciones en el estilo de vida implican cambios comportamentales que no deben ser considerados como opciones libres y descontextualizadas <sup>(22)</sup>.

La asintomatología y cronicidad de las enfermedades fueron dificultades señaladas como causas para los fracasos terapéuticos y el abandono del uso de medicamentos en estudio desarrollado en Brasil <sup>(16)</sup>.

Con relación al tratamiento no farmacológico, es importante orientar sobre la adopción de estilos de vida saludables como la no ingesta de bebida alcohólica, abolir el consumo de tabaco, realizar planificación alimentaria con la dieta hiposódica e hipocalórica, manejo de situaciones de estrés y actividad física regular, deben formar parte de la asistencia dirigida a los hipertensos. A medida que se adopta un estilo de vida saludable proporciona una mejora de la calidad de vida e interfiere de forma positiva en el control de la hipertensión arterial <sup>(4)</sup>.

El documento VI Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial traza una relación de los beneficios en las cifras tensionales frente a los cambios de hábitos de vida, como por ejemplo: los cambios en el patrón alimentario como adopción de la dieta Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH), que puede reducir de 8 a 14 mmHg la presión arterial Sistólica; la reducción del consumo de sal de un máximo 2 gramos diarios reduce de 2 a 8 mmHg la PAS; moderación del consumo de alcohol en el valor de 2 a 4 mmHg y la práctica de 30 minutos de ejercicio físico por día durante 3 x semana, baja 4 a 9 mmHg <sup>(1)</sup>.

Seguir la dieta hiposódica fue condición referida por, aproximadamente, 64% de los hipertensos investigados, porcentaje muy próximo al de investigación desarrollada en el interior paulista, en que 60% de los pacientes entrevistados relataron restricción de sal en la alimentación <sup>(22)</sup>.

El número de hipertensos fumadores en la investigación fue de 21 individuos (15,2%) – diferentemente del estudio que presentó porcentaje menor: 7,4% de los pacientes refirieron ser fumadores en la investigación desarrollada en la ciudad de Januária, Minas Gerais, Brasil <sup>(3)</sup>.

Se encontró que 63,8% de los individuos no practican ejercicio físico regularmente, lo que va al encuentro de un estudio desarrollado en el municipio de Ribeirão Preto, donde las tasas de no adhesión a las actividades físicas regulares están por encima de la mitad de los individuos investigados, incluso recibiendo consejo para ello <sup>(7)</sup>.

En relación al tratamiento farmacológico, se discute que debido a la baja adhesión al tratamiento, los porcentajes de control de la presión arterial son bajos, incluso con evidencias de que el tratamiento anti-hipertensivo sea eficaz en disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular <sup>(1)</sup>.

Trabajos que utilizaron el TMG encontraron en la población valores entre 72 a 86% de pacientes no adherentes al tratamiento medicamentoso propuesto <sup>(6, 8, 23)</sup>.

Con relación a la adhesión la terapia farmacológica del tratamiento de la HAS, estudios que incluyen pacientes, que ingieren medicamento de forma regular, pueden ocasionalmente perder algunas dosis, causando impacto sobre el efecto anti-

hipertensivo y riesgo de enfermedad cardiovascular. Por tanto, los anti-hipertensivos con eficacia sostenida más allá de un periodo de 24 horas pueden minimizar las dosis omitidas durante el tratamiento <sup>(2)</sup>.

Ante los resultados presentados, resaltamos que la falta de adhesión es multifactorial y consecuentemente diversas medidas deben adoptarse para mantenerla. Esas medidas deben basarse en evidencias clínicas y asociadas a la movilización en su tratamiento <sup>(20)</sup>.

Una práctica ampliamente utilizada es la educación en salud dirigida a combatir el autocuidado, estimulando la autopercepción de la dolencia y corresponsabilización del individuo con su propio cuidado, de manera que alcance el mejor nivel de salud y calidad de vida posible. A través de una revisión en la literatura nacional, sobre acciones de educación en salud con pacientes hipertensos desarrolladas por la enfermería entre los años 1990 a 2010, cerca de casi 50% de los artículos abordaron la educación en salud como herramienta en la adhesión al tratamiento. Aliado a esto, los artículos indican siempre la práctica multiprofesional de educación en salud, constituyendo una parte integrante no solamente de la práctica profesional de la enfermería, sino de todos los que prestan cuidados al paciente hipertenso <sup>(12, 24)</sup>.

Además, es preciso el desarrollo de políticas públicas e institucionales que involucren a los profesionales que cuidan de los pacientes con la finalidad de mejora de la adhesión, teniendo como consecuencia, mejor pronóstico para los pacientes <sup>(25)</sup>.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La hipertensión arterial es una enfermedad cardiovascular de gran repercusión en la Atención primaria de salud, de causas multifactoriales y principal factor de riesgo de infarto, accidente vascular cerebral y enfermedad renal crónica.

Ante los resultados encontrados, observamos que todavía es preciso desarrollar nuevas investigaciones, para conocer los factores de la no adhesión al tratamiento de la HAS.

La población estudiada presenta como características: ser en su mayoría del sexo femenino, con edad media de 60,5 años, baja escolaridad, presentando bajos índices de adhesión al tratamiento y refiriendo como causa de esa no adhesión al tratamiento los factores de origen psicosociales o estrés y la dificultad en cambios en el estilo de vida.

Destacamos la elaboración y ejecución de proyectos para esa población con acciones multiprofesionales que busquen estimular la adhesión al tratamiento de los hipertensos. Mejorar tecnologías existentes y/o concebir el uso de nuevas promoviendo la adhesión de los pacientes con relación al tratamiento y proporcionar capacitaciones para los profesionales del Núcleo de Apoyo de la Salud de la Familia del municipio investigado, generando mejoras en la asistencia prestada a ese grupo específico.

Por tanto, son relevantes los esfuerzos a ser dispensados en la atención primaria, con acciones de promoción, y prevención de los perjuicios de la HAS, contribuyendo a la reducción de los gastos públicos, ingresos hospitalarios por complicaciones clínicas y permitiendo mejora de la calidad de vida para esa población.

## REFERENCIAS

- (1) Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão. 2010; 17 (1): 1-65.
- (2) Mion Jr. D, Ortega KC. Adesão ao tratamento de acordo com os medicamentos utilizados. In: Nobre F, Mion Jr., D (Org.). Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.
- (3) Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes OS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento da hipertensão arterial. Acta Paulista de Enfermagem. 2013; 26(2): 179-84.
- (4) Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 Suppl 1: S1389-400.
- (5) Reineirs AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13 Suppl 2: S2299-306.
- (6) Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009; 17 (2): 201-6.
- (7) Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB; Nobre F; Ueta J; Lima NKC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 99 (1): 636-41.
- (8) Cavallari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Revista de Enfermagem da UERJ. 2012; 20(1): 67-72.
- (9) Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (6): 1763-72.
- (10) Bezerra DS, Silva AS, Carvalho ALM. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2009; 30 (1): 69-73.
- (11) Calixto AATF. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado no interior paulista [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010. 109 p.
- (12) Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem multidisciplinar. Texto & Contexto Enfermagem. 2005; 14 (3): 332-40.
- (13) Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2008. 127 p.
- (14) Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagens. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2013; 11 (1): 55-61.
- (15) Lima NKCL. Adesão ao tratamento nas diversas faixas etárias. In: Nobre F, Mion Jr D (Org.). Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

- (16) Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (7): 1885- 92.
- (17) Fonseca FCA, Coelho RZ, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Silva Filho HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009; 58 (2): 128-34.
- (18) Pereira AAM. Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão. In: Nobre F, Mion Jr D (Org.). *Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial*. São Paulo: Leitura Médica, 2013.
- (19) Duarte RLM, Silva RZM, Silveira FJM. Ronco: diagnóstico, consequências e tratamento. *Pulmão RJ*. 2010; 19 (3-4): 63-67.
- (20) Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2006; 13 (1): 47-50.
- (21) Palota L. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010. 96 p.
- (22) Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2603-10.
- (23) Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, Cesarino EJ, Marchi Alves LM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Internet]. 2013 [acesso em: 29 abril 2014]; 15(2): 362-7. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15599/14787>
- (24) Moura AA, Nogueira MS. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2013; 4 (1): 36-41.
- (25) NOBRE F. Fatores envolvidos e consequências da não adesão ao tratamento. In: NOBRE, F.; MION Jr., D (Org.). *Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial*. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

Recibido: 4 de febrero de 2015; Aceptado: 18 abril de 2015

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia