

Artículo original

Adherencia al tratamiento para control de la hipertensión arterial en el Hospital General Cabinda

Adherence to treatment of the control of arterial hypertension at Cabinda General Hospital

Yanet Acosta Piedra^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9735-3325>

Zenia Velázquez Martín¹ <https://orcid.org/0009-0005-4650-6079>

Marta Antonia Dias Dos Santos Domingos¹ <https://orcid.org/0009-0008-5907-8036>

¹Hospital General de Cabinda. República Popular de Angola.

*Autor para la correspondencia: yacostap69@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades no transmisibles representan una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo socioeconómico. En el África subsahariana, la hipertensión arterial tiene un alto nivel de incidencia en la población que no mejora, aunque tenga indicado un tratamiento, ya sea por no mantenerlo (adherencia terapéutica) o por problemas económicos relacionados con el nivel de pobreza.

Objetivo: Describir el comportamiento de la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos después de realizada la consulta de medicina interna.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, con componente analítico de cohorte. El universo estuvo constituido por 679 pacientes hipertensos con cifras de presión por encima de 140/90 mmhg.

Resultados: Predominó el sexo femenino con 55 % y el grupo etario de 45 a 64 años con un 55 %. El 88 % de los pacientes no tenían adherencia al tratamiento en la primera consulta, y existió una reducción del factor de riesgo de 51 %, más evidente en el grupo de 64 a 74 años que logró reducirla en un 92 %. Existe asociación entre la no adherencia al tratamiento y la descompensación de la hipertensión con RR 8,1.

Conclusiones: La no adherencia al tratamiento es muy frecuente en los pacientes hipertensos. Es más frecuente en las mujeres y los pacientes en edad laboral activa, y se encuentra asociada con la descompensación. Constituye un factor de riesgo previsible y evitable.

La educación para la salud y la indicación de tratamientos individualizados acompañados del seguimiento sistemático a los pacientes, influye en aumentar la adherencia al tratamiento, y el control de la enfermedad lo que puede evitar complicaciones.

Palabras clave: adherencia terapéutica; control-hipertensión arterial; tratamiento - hipertensión arterial.

ABSTRACT

Introduction: Non-communicable diseases represent one of the greatest threats to health and socioeconomic development. In sub-Saharan Africa, arterial hypertension has a high level of incidence in the population, and does not improve even if treatment is indicated, either due to non-maintenance (therapeutic adherence) or due to economic problems related to the level of poverty.

Objective: To describe the behavior of adherence to treatment in hypertensive patients after the Internal Medicine consultation.

Methods: A descriptive observational study was carried out, with an analytical cohort component. The Universe of work was 679 hypertensive patients, with BP figures above 140/90 mmHg.

Results: The female sex predominated with 55% and the age group from 45 to 64 years, 55%. 88% of the patients did not adhere to the treatment in the first consultation, there was a reduction of the risk factor of 51%, more evident in the group of 64 to 74 years who managed to reduce 92%. There is association between non-adherence to treatment and decompensation of hypertension, with RR 8.1.

Conclusions: Non-adherence to treatment is a very frequent phenomenon in hypertensive patients, more frequent in women and patients of working age. Non-adherence to treatment is associated with decompensation, it constitutes a predictable and avoidable risk factor. Health education and the indication of individualized treatments, plus systematic follow-up of patients, influences increasing adherence to treatment and disease control, avoiding complications.

Keywords: therapeutic adherence; control of arterial hypertension; treatment of hypertension.

Recibido: 15/09/2023

Aprobado: 21/11/2023

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan una de las mayores amenazas para la salud, el desarrollo económico y social, especialmente en los países en vías de desarrollo. Para controlar la epidemia de las ENT a nivel mundial, se requiere intervenciones costo/efectivas, que permitan aumentar la cobertura sanitaria entre aquellos sujetos que enfrentan barreras en el acceso, e incrementar la adherencia de los pacientes que se encuentren en tratamiento, toda vez que la enfermedad arterial hipertensiva es una afección crónica y silente, con complicaciones graves que ponen en riesgo la vida de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda aplicar intervenciones costo/efectivas de demostrada eficacia ya que significarían para el 2030 un "retorno" aproximado de 7,00 USD por persona por cada dólar invertido.⁽¹⁾ Recientemente *The Lancet Taskforce on NCDs and Economics*, reveló una estrecha relación entre el crecimiento económico, y el control de las enfermedades no transmisibles.^(2,3)

Según la OMS, la hipertensión (HTA) o comúnmente llamada tensión arterial alta, es un trastorno grave que incrementa, de manera significativa, el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades, como infarto agudo de miocardio, falla renal y pérdida de la visión.

Se estima que a nivel mundial 1,130 millones de personas sufren la enfermedad arterial hipertensiva (EAH) y aproximadamente dos tercios viven en países de ingresos bajos y medianos. Según las últimas proyecciones, la prevalencia de la EAH en adultos se incrementará en 2025 a 1,56 billones. La hipertensión causa 9,4 millones de fallecimientos, y el 7 % de la carga de morbilidad (expresada en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)).^(2,4)

La mayoría de las personas con EAH no presentan síntomas, por ello se le conoce como el "asesino silencioso," y es la causa de al menos un 45 % de las muertes por cardiopatía isquémica, y del 51 % de las muertes por accidente cerebrovascular. Se prevé que durante el período 2011-2025 la pérdida acumulada de producción (asociada con las enfermedades no transmisibles) en los países de ingresos bajos y medianos será de US\$ 7,28 billones,⁽⁵⁾ y la pérdida anual aproximadamente USD 500,000 millones a causa de las principales enfermedades no transmisibles, lo que representa alrededor del 4 % del producto interno bruto en esos países. Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son responsables de alrededor de la mitad de dichos gastos.⁽⁶⁾

La hipertensión es una de las principales causas de muerte prematura en el mundo. Según los últimos datos de OMS publicados el 2020, las muertes causadas por la

hipertensión en Angola, llegaron a 3,667 (1,75 % de todas las muertes). La tasa de mortalidad por edad es de 41,41 por cada 100 000 habitantes.

La República de Angola ocupa el lugar número 21 en el mundo. Se conoce que los pacientes de piel negra, sobre todo del África subsahariana, suelen presentar hipertensión arterial “refractaria”, probablemente por problemas relacionados con la situación socioeconómica. y la falta de adherencia terapéutica.^(6,7)

Según [el primer análisis mundial exhaustivo](#) confeccionado por el *Imperial College* de Londres, y la OMS, [sobre las tendencias de la prevalencia, la detección, el tratamiento, y el control de la hipertensión](#), el número de adultos con hipertensión (entre 30 y 79 años) ha aumentado de 650 millones a 1280 millones en los últimos treinta años, y casi la mitad de estas personas no sabían que tenían hipertensión.⁽⁵⁾

Lo que nos planteó un problema científico: ¿conocer cómo influyó la consulta médica en lograr la adherencia al tratamiento, y en el control de la HTA en el Hospital General de Cabinda (HGC)?.

Por lo que el objetivo del estudio fue describir el comportamiento de la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos después de realizada la consulta de medicina interna.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con componente analítico de cohorte sobre el comportamiento de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, que fueron atendidos en la consulta externa de medicina interna del HGC por descompensación de la enfermedad (se presentó cifras de tensión por encima de las establecidas como normales).

El estudio que comenzó en el mes de mayo, tenía seguimiento cada tres y seis meses. Se definió como “descompensación de la enfermedad de base” a los pacientes que a pesar del tratamiento médico mantenían cifras de HTA por encima

de las establecidas como normales (139/89 mmhg). Se definió como “no adherencia al tratamiento” al abandono del procedimiento médico indicado antes de acudir a la consulta del HGC.

El universo de trabajo estuvo constituido por 679 pacientes hipertensos, con cifras de HTA por encima de 140/90 mmhg, con diagnóstico previo de la enfermedad, y tratamiento indicado por su médico.

Se distribuyó por grupos según la edad y el sexo.

Se analizó si tenían tratamiento regular (adherencia) y tratamiento irregular o ausencia de tratamiento (no adherencia), o sí estaban compensados o no. Se les realizó charlas educativas y reajustes de la medicación en la primera consulta.

Después fueron revalorados en consulta de seguimiento a los 3 y 6 meses.

Para estimar el efecto de la atención en la consulta externa se calculó la reducción porcentual de la no adherencia al tratamiento mediante la siguiente fórmula:

$$\text{reducción porcentual de la no adherencia al tratamiento} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{adherencia final}}{\text{N}^{\circ} \text{adherencia inicial}} \times 100$$

Se conformó (retrospectivamente) dos cohortes de individuos:

1. la expuesta a riesgo: hipertensos sin adherencia al tratamiento
2. la no expuesta: los casos de hipertensos con tratamiento regular

Esto permitió estimar la asociación de la exposición/riesgo con la descompensación de la enfermedad, a través del valor del Riesgo Relativo (RR) ≥ 2 , con los intervalos de confianza al 95 %.

Operacionalización de las variables

- sexo: se clasificó como cualitativo nominal dicotómico, que toma los valores de masculino o femenino.
- edad: se clasificó en cuantitativa continua. Se conformaron cinco grupos de grupos de edades: 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 y 75 y más años.
- adherencia al tratamiento: se clasificó en cualitativa nominal, dicotómica. Se expresó en Sí y No.
- compensación: se clasificó en cualitativa nominal, dicotómica. Se expresó en Sí y No. Se consideró compensado el paciente con cifras de tensión inferiores a 139/89 mmhg, y descompensado con HTA de 140/90 mmhg y más.

Criterios

- criterios de inclusión: pacientes con hipertensión arterial esencial con mal control, y que acudieron a las tres consultas programadas para este estudio.
- criterios de exclusión: los pacientes que:
 - acudieron solo a la primera consulta
 - con HTA secundaria
 - hipertensos controlados (con cifras inferiores a 139/89 mmhg)

Técnicas y procedimientos

Para la recolección de los datos: se extrajo la información de las Historias Clínicas, y de la consulta externa de medicina interna.

Para el procesamiento de la información: empleó de una base de datos en Excel. Se verificó en cada variable registrada que no existieran valores extremos, inconsistentes o perdidos.

El análisis estadístico descriptivo: se realizó con el paquete estadístico SPSS 23 y se representó en tablas de frecuencias absolutas (números) y relativas

(porcentajes). Se empleó una computadora Pentium 5, con Microsoft Word 2016 como procesador de texto. La evaluación fue comparándolos con diversos estudios nacionales e internacionales.

Sesgos: pueden existir sesgos de información, y de memoria porque los datos fueron tomados de historias clínicas, y del interrogatorio a los pacientes que no tenían conocimiento amplio de su enfermedad, ni de su tratamiento.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Consejo Científico del Hospital, y se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki.

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para participar en la investigación. Se respetó el anonimato, la confidencialidad, y el uso de la información necesaria solo con fines científicos. Se cumplió con los aspectos éticos de la investigación científica.

Resultados

La hipertensión arterial es la patología que más frecuente se atiende en la consulta externa de Medicina Interna del HGC. Del total de 679 pacientes en 6 meses de estudio se pudo observar que el grupo etario más afectado fue de 45 a 64 años (ambos sexos con 55 %) y el sexo predominante fue el femenino (también con 55 %) lo que coincidió con estudios internacionales⁽⁹⁾ (tabla 1).

Tabla 1 – Caracterización de los pacientes hipertensos de la consulta externa de medicina interna del HGC, según grupo etario y sexo

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 24	5	2	4	1	9	1
25 - 44	64	21	74	20	138	20
45 - 64	160	52	211	57	371	55
65 - 74 s	60	19	64	17	124	18
>= 75	19	6	18	5	37	5
Total	308	45	371	55	679	100

Fuente: Consulta externa de Medicina interna.

En la primera consulta médica de los pacientes hipertensos descompensados, la mayoría (88 %) no tenían adherencia al tratamiento (tabla 2).

Tabla 2 – Comportamiento de la adherencia al tratamiento en la primera consulta médica de los pacientes con HTA

Edad (años)	Con adherencia				Total		Sin adherencia				Total	
	M		F		#	%	M		F		#	%
	#	%	#	%			#	%	#	%		
15 - 24	0	0	1	1	1	1	5	1	3	0,5	8	1
25 - 44	11	13	10	12	21	25	53	9	64	11	117	20
45 - 64	12	14	19	23	31	37	148	25	192	32	340	57
65 - 74 s	11	13	12	14	23	28	49	8	52	9	101	17
>= 75	3	4	4	5	7	8	16	3	14	2	30	5
Total	37	12	46	12	83	12	271	88	325	88	596	88

Fuente: Consulta externa de Medicina interna.

Se pudo apreciar que después de 6 meses de haber realizado la consulta médica, aumento el número de pacientes con adherencia al tratamiento (57 %). Se observó el incremento en ambos sexos con 44 % en los hombres y 56 % en las mujeres (tabla 3).

Tabla 3 – Comportamiento de la adherencia al tratamiento en la última consulta médica a los 6 meses de los pacientes con HTA

Edad (años)	Con adherencia				Total		Sin adherencia				Total	
	M		F		#	%	M		F		#	%
	#	%	#	%			#	%	#	%		
15 - 24	3	1	2	0,5	5	1	2	1	2	1	4	1
25 - 44	35	9	43	11	78	20	29	10	31	11	60	21
45 - 64	87	22	126	32	213	55	73	25	85	29	158	54
65 - 74 s	35	9	35	9	70	18	25	9	29	10	54	19
>= 75	11	2,8	12	3	23	6	8	3	6	2	14	5
Total	171	44	218	56	389	57	137	47	153	53	290	43

Fuente:

Consulta externa de Medicina interna.

En el curso de los seis meses de seguimiento se logró una reducción porcentual de la no adherencia al tratamiento de un 51 %. Resaltó el grupo etario de 65 a 74 años con 92 % de reducción (tabla 4).

Tabla 4 – Reducción porcentual de la no adherencia al tratamiento en 6 meses en la consulta externa de Medicina Interna según grupo etario

Grupos de edades (años)	Mayo		Noviembre		Reducción porcentual (%) Mayo-Noviembre
	Casos	%	Casos	%	
15 - 24	8	1	4	1	50
25 - 44	117	20	60	21	49
45 - 64	340	57	158	54	53
65 - 74 s	101	17	54	19	92
>= 75	30	5	14	5	53
Total	596	88	290	43	51

Fuente: Consulta externa de Medicina interna.

Se observó que existe una fuerte asociación entre la no adherencia al tratamiento y la descompensación de la HTA con RR 8,1 (tabla 5).

Tabla 5 – Asociación de la no adherencia al tratamiento con la descompensación de la enfermedad. Consulta externa de Medicina Interna

Exposición (No adherencia)	Descompensado	Compensado	Total	RR (IC 95%)	Valor de p
Sí	249	41	290	8,15	0,00
No	40	340	380		

Fuente: Consulta externa de Medicina interna

Discusión

Según *The National Health and Nutrition Survey* (NHANES) se observa un mayor porcentaje de HTA en los hombres (hasta los 45 años) que en las mujeres. Posteriormente entre los 45 y 64 años se iguala, y después de esta edad, es mayor el porcentaje de las mujeres con HTA.

Su prevalencia de acuerdo con la edad llega hasta un 38 % en las personas entre 50-59 años. Entre 60-69 años (51 %), y en los mayores de 70 años (66%), y (75% en mujeres). Este fenómeno se encuentra relacionado que con los cambios fisiológicos de la menopausia la mujer tiene mayor gasto cardíaco (10 % más alto), y una mayor tendencia a la obesidad, entre otros factores.⁽⁹⁾

La mayoría de los pacientes (88 %) no tenían adherencia al tratamiento. Esto fue común en todos los grupos etarios, aunque esta situación está reportada en la literatura como lo más frecuente a nivel mundial. Más de la mitad de los hipertensos desconocen que padecen la enfermedad, y solo el 20 % de los que lo saben están controlados, lo que es uno de los factores principales en el descontrol.^(5,6,7)

Según el criterio de diferentes autores la falta de adherencia al tratamiento es la causa más frecuente de descontrol de la hipertensión arterial.⁽⁸⁾

Después de la consulta médica se observó un incremento en la adherencia al tratamiento. Este resultado avala la importancia de la educación para la salud, el tratamiento regular individualizado, y del seguimiento de los pacientes para garantizar que tengan un mejor control de la enfermedad.^(6,7,9)

El incremento de la adherencia al tratamiento predominó en los ancianos, lo que demuestra que se presta mayor atención a este grupo de pacientes por parte de la familia, lo que contribuye a un mejor control de la enfermedad en esta edad. Esto es muy importante porque tanto en África como en el cualquier otra parte del mundo existe cada vez un mayor envejecimiento poblacional. Los nuevos estilos de vida, y las enfermedades crónicas no transmisibles (tan frecuentes en esa edad), así como sus complicaciones, han desplazado a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, y de discapacidad.^(10,11)

Los pacientes que no tienen adherencia al tratamiento tienen un riesgo 8,1 veces mayor de descompensación de la HTA que los que llevan tratamiento regular, o sea, que la no adherencia al tratamiento es efectivamente un factor de riesgo importante y previsible para la aparición de crisis hipertensivas.^(12,13)

Los pacientes refieren como causa mas frecuente de abandono al tratamiento: el olvido y sentirse bien sin tratamiento.⁽¹⁴⁾

La repercusión de la enfermedad hipertensiva en todo el aparato cardiovascular está directamente vinculada con la falta de adhesión al tratamiento.⁽¹⁵⁾

Conclusiones

La no adherencia al tratamiento es un fenómeno muy frecuente en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta de Medicina Interna. Es más frecuente en las mujeres, y en los pacientes en edad laboral activa. Está muy relacionada con la descompensación de la HTA, lo que constituye un factor de riesgo previsible, y evitable. La educación para la salud, y la indicación de tratamientos individualizados y asequibles para la población, junto a un seguimiento sistemático de los pacientes en la consulta de Medicina Interna, influye de manera positiva en elevar la adherencia al tratamiento y con ello el control de la enfermedad, lo que evita así sus complicaciones.

Referencias bibliograficas

1. Lárez C, Rojano-Rada J, Hernández P. Caracterización de los pacientes con hipertensión arterial esencial y diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de un servicio de medicina interna. Revista Digital de Postgrado. Universidad Central de Venezuela. 2021 [acceso 24/03/2023];10(2) Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/22771
2. Mijares R, Rincón E, Azpurua L, Rodríguez Y, Herrera H. La hipertensión arterial en Venezuela y sus factores determinantes. Rev. Salud Pública. 2017 [acceso 24/03/2023];19(4):562-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000400562
3. Bloch M. Worldwide prevalence of hypertension exceeds 1.3 billion. Am J Hypertens. 2018 [acceso 24/03/2023];10(10):753-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27660007/>
4. Rojas M, Rosales Y, Guerrero N, Morillo J, Añez R, Bermúdez V. Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en individuos adultos del municipio San Cristóbal del estado Táchira, Venezuela. Rev. Latinoam. Hipertens, 2016 [acceso 24/03/2023];11(1):1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170247129001>
5. Mills [K T, D Bundy](#). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies from 90 Countries. 2016 [acceso 24/03/2023];134(6):441-50 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502908/>
6. Medina G R, Rojas M J, Vilcachagua C JE. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general. Tesis de grado. Perú 2016 [acceso 24/03/2023]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/775>

7. Solís A, Bergonzoli-Peláez G, Contreras-Rengifo A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. Univ. Salud. 2022 [acceso 24/03/2023];24(1) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072022000100095
8. Urrea J K, Hipertensión arterial en la mujer. Cardiología en la Mujer. 2018 [acceso 24/03/2023];25(S1):13-20 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-hipertension-arterial-mujer-S0120563317302590>
9. Martínez de Murga GG, Sujo SM, Estévez PA. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2020 [acceso 30/01/2023];36(1) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/982>
10. Martí Carvajal A. Significado de la razón de posibilidades (Odds ratio), Gac Méd Caracas. 2006 [acceso 24/03/2023];114(1) Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622006000100002
11. Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev. méd. Chile 2013;141(10) DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000014>
12. Salazar FP. Estudios de cohortes. 1ª parte. Descripción, metodología y aplicaciones. Rev. Cir. 2019;71(5) DOI: <https://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005431>
13. Ojji DB, Mayosi B, Francis V. Comparison of Dual Therapies for Lowering Blood Pressure in Black Africans. N Engl J Med. 2019 [acceso 24/03/2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30883050/>
14. Hernández QL, Crespo FDA, Trujillo CL, Hernández QLM, Azcuy PM. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay. 2021 [acceso 29/01/2023];11(3) Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973>

15. Formentin-Zayas M, Carbajales-León EB, Medina-Fuentes G, Formentin-Zayas DM. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero.”. Rev Inf Cient. 2021 [acceso 29/01/2023];100(4):e3444. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3444>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Yanet Acosta Piedra y Zenia Velázquez Martín.

Curación de datos: Yanet Acosta Piedra, Zenia Velázquez Martín y Marta Antonia Dias Dos Santos Domingos.

Metodología: Yanet Acosta Piedra.

Administración del proyecto: Yanet Acosta Piedra.

Investigación: Yanet Acosta Piedra, Zenia Velázquez Martín y Marta Antonia Dias Dos Santos Domingos.

Redacción – borrador original: Yanet Acosta Piedra, Zenia Velázquez Martín y Marta Antonia Dias Dos Santos Domingos.

Redacción – revisión y edición: Yanet Acosta Piedra, Zenia Velázquez Martín y Marta Antonia Dias Dos Santos Domingos.