



Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención

Adherence factors to hypertension treatment in primary care services

Aicardo Solís¹ orcid.org/0000-0001-6226-3541

Gustavo Bergonzoli-Peláez^{2,3} orcid.org/0000-0001-9728-5329

Adolfo Contreras-Rengifo^{4*} orcid.org/0000-0002-0848-659X

1. Consultor independiente en Salud. Cali, Colombia.
2. Fundación para la Producción y Gestión del Conocimiento. Cali, Colombia.
3. Director del Grupo de Gestión del Conocimiento e Innovación (GECOI). Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe. Tuluá, Valle del Cauca, Colombia.
4. Grupo de Medicina Periodontal, Escuela de Odontología, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Fecha de recepción: Marzo 09 - 2020

Fecha de revisión: Octubre 16 - 2020

Fecha de aceptación: Diciembre 20 - 2021

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;24(1):95-101. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.222401.261>

Resumen

Introducción: La enfermedad arterial hipertensiva no controlada (EAHNC), se asoció en 2008 con alta mortalidad por enfermedad cardiovascular que genera 9,4 millones de fallecimientos y 7% de la carga de enfermedad expresada en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Un 50% de los pacientes no se adhieren al tratamiento EAH y se desconoce sobre las causas en el nivel básico de atención en Colombia. **Objetivo:** Identificar factores asociados con la adherencia al tratamiento de EAH en una Empresa Social del Estado (E.S.E), pública de un municipio colombiano. **Materiales y métodos:** Estudio de casos y controles, 75 casos y 75 controles seleccionados aleatoriamente a partir de una base de pacientes del programa de control de hipertensión arterial. **Resultados:** La edad mayor a 50 años fue el único factor asociado con falta de adherencia al tratamiento, sujetos entre 50-59 años con un OR=3,18 (Intervalo al 95% de confianza) IC95% 1,01-10,00; y entre 60-69 años OR=3,70 IC95% 1,17-11,60 tienen mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento. **Conclusiones:** Los mayores de 50 a 69 años de edad presentaron la más alta probabilidad de no adherencia al tratamiento de la EAH. Se requieren reforzar medidas de seguimiento para mejorar su adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Hipertensión; adherencia al tratamiento; estudios de casos y controles; regresión logística. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: In 2008, uncontrolled hypertensive arterial disease (UHAD) was associated with a high cardiovascular mortality that caused 9.4 million deaths and 7% of the disease burden expressed as Disability-Adjusted Life Years (DALYs). The reasons why 50% of the patients treated in primary care facilities in Colombia do not adhere to UHAD treatment are unknown. **Objective:** To identify factors associated with UHAD treatment adherence in a Public Health Care institution from a Colombian city. **Materials and methods:** A case-control study with 75 cases and 75 controls randomly selected from a patient database of the arterial hypertension control program. **Results:** Being older than 50 years was the only factor associated with lack of adherence to treatment. Participants who were 50-59 (OR=3.18; IC95% 1.01-10.00) and 60-69 (OR=3.70; IC95% 1.17-11.60) are less likely to adhere to treatment. **Conclusions:** Patients who are 50-69 years old had the highest probability of non-adherence to UHAD treatment. Follow-up measures are necessary to improve this figure.

Keywords: Hypertension; treatment adherence and compliance; case-control studies; logistic models. (Source: DeCS, Bireme).

*Autor de correspondencia

Adolfo Contreras Rengifo

e-mail: adolfo.contreras@correounivalle.edu.co

En Suecia, un estudio evaluó la asociación entre el capital social, definido como el grado de interacción social entre los individuos de una familia/comunidad, y la gestión de la hipertensión en diferentes países. El principal hallazgo se relaciona con el aumento de la probabilidad de adherirse al tratamiento cuando se tiene capital social, este hallazgo sólo fue positivo en estratos de bajo ingreso, lo que, según los autores, podría estar significando una sustitución de la gestión de los servicios de salud, debido a su debilidad institucional⁽²¹⁾.

Existe una experiencia de promoción de salud en Holanda, que utilizó la estrategia de dos tomas de presión arterial en casa, mediante el uso del instrumento *Home Blood Pressure Measurement* (HBPM) (por su sigla en inglés), que demostró ser adecuado en la identificación del 62,5% de los hipertensos que no sabían que lo eran. Este hallazgo es una evidencia a tener en cuenta, máxime que entre el 20% y 50% de las personas hipertensas, en la comunidad, desconocen su condición⁽²²⁾.

Otros hallazgos que se esperaban en relación a la literatura revisada sobre no adherencia⁽¹⁹⁻²¹⁾, como el nivel socio económico, raza y sexo, no presentaron significancia estadística en este estudio, donde la población es socioeconómicamente similar por tratarse de un municipio relativamente rural y pobre.

Limitaciones/fortalezas

Comparar los resultados de este estudio con otros no es fácil, puesto que no siempre se utiliza la misma definición de caso, además de la omnipresente variación aleatoria. Este estudio, identificó algunos factores asociados a la adherencia al tratamiento de las variables registradas en la base de datos, y en ese sentido pueden haber quedado por fuera variables importantes en la adherencia.

Una fortaleza está dada por la ausencia del sesgo de memoria, definido como “el estímulo diferencial de la memoria”⁽²³⁾, puesto que los sujetos no fueron interrogados al usar los datos registrados en la base. El hecho de utilizar datos registrados por otras razones, generalmente administrativas, reduce también la probabilidad del sesgo de mala clasificación diferencial y en el peor escenario sería de mala clasificación no diferencial, cuya dirección hacia la hipótesis nula es reconocida.

Otra fortaleza es el control del sesgo de selección/participación y de no respuesta, pues se

utilizó una muestra mediante un procedimiento aleatorio basada en todos los sujetos registrados en la base que tuvieran el 85% o más de los datos requeridos. De todas formas, es esperable la existencia de un sesgo residual, debido, principalmente, a la ausencia de algunas variables clave ausentes en la base de datos.

Conclusiones

Los pacientes de la E.S.E Hospital Santa Margarita mayores de 50 a 69 años de edad presentaron la más alta probabilidad de no adherencia al tratamiento de la EAH.

Recomendaciones

El enfoque de riesgo permitiría priorizar a los pacientes mayores de 50 años a través del trabajo que desarrollan los miembros del equipo de salud, especialmente los extramurales focalizados en la atención primaria en salud, con el fin de realizar seguimiento personalizado en casa, para evaluar el grado de la adherencia al tratamiento prescrito, dada la reconocida vulnerabilidad biológica y social de los pacientes mayores.

Agradecimientos

A la E.S.E Hospital Santa Margarita, del municipio de La Cumbre, a los pacientes que permitieron realizar este trabajo, a la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, por la asistencia técnica.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Es Hora de Actuar: Informe de La Comisión Independiente de Alto Nivel de La OMS Sobre Enfermedades No Transmisibles. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua=1>
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rodahi H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2224-60. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre La Situación Mundial de Las Enfermedades No Transmisibles 2014: “Cumplimiento de Las Nueve Metas Mundiales Relativas a Las Enfermedades No Transmisibles: Una Responsabilidad Compartida”. Ginebra; 2014. 16 p. Disponible en:

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1
4. Organización Mundial de la Salud. Información General Sobre a Hipertensión en el Mundo: Una Enfermedad Que Mata en Silencio, Una Crisis de Salud Pública Mundial; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=79F9E3F46F94214E22710B1701DCD9DA?sequence=1
 5. World Health Organization, World Economic Forum. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Geneva; 2011. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf
 6. Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Washington. Las Dimensiones Economicas de Las Enfermedades No Transmisibles En America Latina y El Caribe. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 7. Organización Panamericana de la Salud. Salud En Las Américas+, Edición Del 2017. Resumen: Panorama Regional y Perfiles de País. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
 8. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación La Enfermedad Renal Crónica, La Hipertensión Arterial y La Diabetes Mellitus En Colombia – 2018. Colombia; 2018. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2018/>
 9. ESE Hospital Santa Margarita. Perfil Epidemiológico de La E.S.E Hospital Santa Margarita. Información Del Departamento de Estadística Relacionado Hipertensión Arterial y Factores Asociados. 2012.
 10. IBM Corporation. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. 2016. Disponible en: <http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg21476197>
 11. Schlesselman J. Case-Control Studies: Design, Conduct, Analysis. Oxford University Press; 1982. Disponible en: <https://global.oup.com/academic/product/case-control-studies-9780195029338?cc=co&lang=en>
 12. Ryan T. Sample Size Determination and Power. En: John Wiley & Sons, Inc. 2013. DOI: 10.1002/9781118439241.
 13. Kleinbaum D, Klein M. Logistic Regression: A Self-Learning Text. 2nd ed. Springer; 2002. DOI: 10.1007/b97379.
 14. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 2nd ed. En: John Wiley & Sons, Inc. 2000. DOI: 10.1002/0471722146.
 15. Prga I, Radman I, Leppée M, Culig J, Maric-Bajs M. The role of SMS reminders to increase the hypertensive patients' adherence to medication: Marcel Leppée. *Eur J Public Health*. 2016;26(Suppl 1):ckw174.111. DOI: 10.1093/eurpub/ckw174.111.
 16. Teshome DF, Bekele KB, Habitu YA, Gelagay AA. Medication adherence and its associated factors among hypertensive patients attending the Debre Tabor General Hospital, northwest Ethiopia. *Integr Blood Press Control*. 2017;10:1-7. DOI: 10.2147/IBPC.S128914.
 17. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-Risk). Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. *The Lancet*. 2019;394(10199):639-51. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31145-6.
 18. Sandoval D, Nazzari C, Romero T. Clinical, Socioeconomic, and Psychosocial Factors Associated with Blood Pressure Control and Adherence: Results from a Multidisciplinary Cardiovascular National Program Providing Universal Coverage in a Developing Country. *Int J Hypertens*. 2018;2018:5634352. DOI: 10.1155/2018/5634352.
 19. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124-40. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.
 20. Woodham N, Taneepanichskul S, Somrongthong R, Auamkul N. Medication adherence and associated factors among elderly hypertension patients with uncontrolled blood pressure in rural area, Northeast Thailand. *J Heal Res*. 2018;32(6):449-58. DOI: 10.1108/JHR-11-2018-085.
 21. Palafox B, Goryakin Y, Suhrcke M, Balabanova D, Yusuf S, McKeet M. Can social capital overcome barriers to effective management of hypertension. Study in 17 countries: Martin McKee. *Eur J Public Health*. 2016;26(Suppl 1):ckw164.068. DOI: 10.1093/eurpub/ckw164.068.
 22. Niessen MAJ, van der Hoeven NV, van den Born B-JH, van Kalken CK, Kraaijenhagen RA. Home blood pressure measurement as a screening tool for hypertension in a web-based worksite health promotion programme. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):776-81. DOI: 10.1093/eurpub/ckt144.
 23. Bergonzoli G. Epidemiología y Estadística: 1001 Preguntas [Lo Que No Se Atrevio a Preguntar, Pero Siempre Quiso Saber]. IMPRETICS E.I.C.E. 2019.