

## ARTÍCULO ORIGINAL

## FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHESIÓN A LA TERAPIA EN PERSONAS HIPERTENSAS QUE BUSCAN ASISTENCIA POR EMERGENCIAS

### ASPECTOS DESTACADOS

1. El 36% de las personas que recurrieron a servicios de Emergencia no cumplía con la terapia.
2. No adhesión a la terapia se asoció con tener menos de 60 años de edad.
3. Recurrir frecuentemente a servicios de Emergencia se asoció con no adhesión a la terapia.
4. Tener vínculos con profesionales de Atención Primaria de la Salud se asoció con no adhesión a la terapia.

Patrícia Chatalov Ferreira<sup>1</sup> 

Elen Ferraz Teston<sup>2</sup> 

Brígida Gimenez Carvalho<sup>3</sup> 

Joice Lourenço da Silva<sup>1</sup> 

Pamela dos Reis<sup>4</sup> 

Robson Marcelo Rossi<sup>1</sup> 

Sonia Silva Marcon<sup>1</sup> 

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar factores asociados a la no adhesión a la terapia en personas con Hipertensión Arterial que asisten a servicios de urgencia por emergencias y/o complicaciones derivadas de la hipertensión. **Método:** estudio transversal realizado entre diciembre de 2019 y octubre de 2020 con 238 residentes en un municipio de mediano porte del sur de Brasil, utilizando la Escala de Adherencia Terapéutica de 8 ítems de *Morisky*. En el análisis se utilizó Regresión Logística Múltiple. **Resultados:** se consideró que 86 (36,1%) participantes no cumplían con la terapia. Se observó una mayor probabilidad de no adhesión en personas menores de 60 años (*Odds Ratio*=2,04), que buscaron asistencia en los servicios de urgencia en los tres años en estudio (*Odds Ratio*=5,08) y que tenían una relación con profesionales de Atención Primaria de la Salud (*Odds Ratio*=1,96). **Conclusión:** reconocer los factores asociados a la no adhesión a la terapia permitirá que los profesionales realicen intervenciones educativas y asistan a las personas con hipertensión arterial según sus necesidades, previniendo/posponiendo complicaciones.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Hipertensión; Adhesión a la Medicación; Atención Primaria de la Salud; Servicios Médicos de Emergencia.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Ferreira PC, Teston EF, Carvalho BG, Silva JL da, Reis P dos, Rossi MR, et al. Factors associated with therapeutic non-adherence among hypertensive individuals who seek emergency care. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.90796>.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

<sup>4</sup>Faculdade Adventista Paranaense, Ivatuba, PR, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

Se estima que 1130 millones de personas padecen Hipertensión Arterial (HA), la mayoría en países de bajos y medianos ingresos, y que solo uno de cada cinco de ellas tienen la enfermedad controlada<sup>1</sup>. A pesar de las diversas políticas públicas, su prevención y control siguen siendo un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo (alta prevalencia y costos elevados)<sup>2</sup>, siendo considerado el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad para enfermedades cardiovasculares y renal crónica<sup>3</sup>. A ello contribuyen el envejecimiento poblacional<sup>4</sup>, la dificultad para realizar el diagnóstico<sup>5</sup> y hacer un seguimiento adecuado de estas personas, además de la no adhesión a las acciones de autocuidado y al tratamiento prescrito<sup>6</sup> por parte de la mayoría de las personas afectadas.

La no Adhesión a la Farmacoterapia (AFT) – tomar un medicamento en la dosis y/u horario incorrectos – es uno de los principales motivos del no control de la presión arterial<sup>7</sup>. Por lo tanto, es un proceso complejo<sup>8</sup> y continuo que presenta obstáculos correlacionados con las coyunturas sociodemográficas, el esquema posológico, los sistemas de salud, la persona y la condición misma<sup>3,9</sup>.

El comportamiento de no adhesión es común, incluso entre individuos que son conscientes de su importancia<sup>8</sup>, de lo cual se desprende la necesidad de explorar e identificar tempranamente los factores que pueden influenciarlo<sup>3</sup>. Eso podrá mitigar la morbimortalidad cardiovascular, la cantidad de internaciones y el surgimiento y avance de complicaciones, favoreciendo así la calidad de vida de las personas afectadas<sup>10</sup>.

Los estudios que tratan la no AFT en personas con HA comúnmente se realizan en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS)<sup>7-9,11-15</sup>. No se localizaron estudios con personas que deben acudir a los servicios de salud por agudización o complicaciones de la enfermedad y la posible relación con la adhesión o no a la farmacoterapia. Sin embargo, en el caso de las enfermedades crónicas, el grado de adhesión y el mantenimiento o no de hábitos de vida saludables se relacionan con descompensación y también con la aparición de complicaciones. De esta manera, investigar el nivel de AFT en personas con descompensación o complicaciones derivadas de HA y los factores involucrados en este tema puede favorecer la identificación de información única para sustentar la elaboración de estrategias e intervenciones más efectivas en la prevención de enfermedades cardiovasculares<sup>3,9-10</sup>.

Dado lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar los factores asociados a la no adhesión a la terapia en personas con HA que asisten a servicios de urgencia por emergencias y/o complicaciones derivadas de la hipertensión.

## MÉTODO

Estudio exploratorio y analítico realizado con personas con HA que acudieron a uno de los tres servicios públicos de urgencia y emergencia en un municipio de mediano porte del sur de Brasil, por falta de control de la presión arterial o por complicaciones de la enfermedad. La población estimada del municipio era de 430 000 habitantes, el 85% con cobertura de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Para la atención de la salud, la red pública cuenta con 34 Unidades Básicas de Salud (UBS), dos hospitales (municipal y universitario), dos Unidades de Atención de Urgencias (*Unidades de Pronto Atendimento*, UPA) municipales y la Unidad de Atención de Urgencias del Hospital Universitario (*Pronto Atendimento*, PA-HU).

La investigadora principal tuvo a su cargo recolectar los datos entre diciembre de 2019 y octubre de 2020. Inicialmente se identificaron todas las consultas realizadas entre enero

de 2018 y febrero de 2020 en los tres servicios de AU y aquellas cuyos motivos hacían referencia a alguno de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) previamente establecidos. Los códigos CIE considerados para inclusión en el estudio estuvieron relacionados con HA (I10, I15 y I15.9), con HA y Diabetes Mellitus (DM) (de E10 a E10.9; de E11 a E11.9; de E13 a E13.9; de E14 a E14.9; R73.9) y con complicaciones (I11; I11.0; I11.9; I12; I12.0; I12.9; I13; I13.0; I13.1; I13.2; I13.9; G45; G45.8; I64; I21; I21.0; I21.1; I21.2; I21.3; I21.4; I21.9; O11; I20; I20.8; I20.9).

Los criterios de elegibilidad para el estudio fueron los siguientes: tener al menos 18 años de edad, vivir en el municipio y, durante el período de estudio, haber registrado dos o más ingresos motivados por condiciones relacionadas con los códigos previamente establecidos. A su vez, no se incluyeron los casos de muerte y de usuarios que no usaron medicación antihipertensiva; también se excluyó a los que no devolvieron el cuestionario completado o lo respondieron en forma incompleta (más de tres preguntas sin contestar) y a quienes no contestaron las llamadas telefónicas tras al menos cinco intentos en días y horarios diferentes.

El tamaño de la muestra se definió en función del total de personas (N=962) que acudieron a la UPA en dos o más ocasiones por complicaciones agudas de HA (850 personas) o HA y DM asociadas (112 personas), considerando una variabilidad máxima de 50%, error de estimación del 6% y poder de confianza del 95%, lo cual, más un 10% por posibles pérdidas, derivó una muestra mínima de 221 personas.

Para identificar a los posibles participantes se elaboró un listado único en Microsoft Office Excel 2021® con la siguiente información: nombre de los usuarios en orden alfabético, fecha de nacimiento, número de historia clínica, servicio de salud buscado, fecha y hora de las consultas y el CIE respectivo. Posteriormente, se identificaron los elegibles. Se seleccionó un total de 296 personas como posibles participantes y, de ellos, 22 no respondieron las llamadas telefónicas, 17 informaron no usar medicamentos antihipertensivos y 14 no aceptaron participar en el estudio. De las 243 personas que aceptaron, tres no devolvieron el cuestionario respondido y dos lo hicieron con respuestas incompletas, derivando así en una muestra efectiva de 238 sujetos estudiados.

Al seleccionar los participantes se adoptó la técnica de muestreo aleatorio proporcional por *cluster*, considerando el año de la consulta y la unidad de salud a la que se recurrió. Subsiguientemente, accediendo al sistema de gestión del municipio, se consultaron las historias clínicas electrónicas y se recolectaron datos sobre domicilio y teléfono, UBS de referencia, situación familiar de vivienda, nivel de estudios, color de piel, estado civil y religión.

Las invitaciones para participar en el estudio se realizaron por contactos telefónicos entre junio y octubre de 2020. En esta ocasión, a raíz de la pandemia del coronavirus, se ofrecieron dos posibilidades de participación: responder y enviar el formulario vía WhatsApp® y una entrevista telefónica a realizar el día y hora de preferencia del participante. Las entrevistas duraron un promedio de 15-20 minutos y todas estuvieron a cargo de la misma investigadora.

Se realizó un total de 167 entrevistas por llamadas telefónicas y 71 usuarios respondieron los cuestionarios mediante el enlace enviado por medio de la aplicación de mensajes.

El instrumento utilizado para recolectar los datos constaba de dos partes: la primera abordaba las características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, ingreso familiar mensual, color de piel, ocupación, estado civil y situación familiar de vivienda); perfil de salud (diagnóstico de HA establecido; tiempo desde el diagnóstico, comorbilidades; cantidad de medicamentos de uso continuo; frecuencia de control de la presión arterial; presencia de alguien que ayude a controlar la presión); uso de los servicios de salud (cantidad de ingresos en los servicios de AU; año de los ingresos; diagnóstico al momento de la consulta; asistir a una consulta en la UBS; participar del Programa de Hipertensión y

Diabetes (HIPERDIA) en Atención Primaria; tener un vínculo con un profesional de la UBS; haber consultado a un cardiólogo en los últimos 12 meses, y tener un plan de salud).

La segunda parte del instrumento consistió en la Escala de Adhesión Terapéutica de 8 Ítems de Morisky (MMAS-8), validada para portugués<sup>16</sup>, que tiene ocho preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No), considerando AFT como desenlace. Una puntuación de ocho puntos indica "nivel de adhesión elevado", entre seis y siete corresponde a "nivel de adhesión moderado" e inferior a seis significa "nivel de adhesión bajo"<sup>4,16</sup>. En el análisis se consideró que los usuarios con "nivel de adhesión bajo" (AFT < 6) era no adherentes mientras que los que presentaron los niveles moderado o elevado (AFT ≥ 6) fueron considerados como adherentes.

Los datos se ingresaron, organizaron y categorizaron en una planilla de Microsoft Office Excel 2021® y se los analizó en el programa R por medio de Regresión Logística Múltiple. Para seleccionar variables incluidas en el modelo se utilizó el método *Forward-Backward Stepwise*. La medida de asociación entre las variables explicativas fue *Odds Ratio* (OR), considerando como resultado la variable aleatoria con distribución binomial de nombre Y: Adhesión a la Farmacoterapia (AFT) – Si la puntuación fue ≥ seis, hubo AFT; o si fue < 6, no hubo AFT (riesgo).

Para verificar la calidad del modelo de regresión final ajustado se utilizó la prueba de Hosmer y Lemeshow (H-L), además de obtener una medida del área bajo la curva ("area under the ROC curve", AUC) *Receiver Operating Characteristic* (ROC) y una verificación gráfica del comportamiento de los residuales por medio de una envolvente simulada de la distribución binomial.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (Número de opinión 4 609 444/2021).

## RESULTADOS

La puntuación media de AFT obtenida fue de 5,92 puntos (Desviación Estándar: 1,93), donde 86 (36,1%) personas fueron consideradas no adherentes a la farmacoterapia. Entre los 152 (63,9%) adherentes, solo 41 (26,9%) presentaron nivel de adhesión elevado, las otras 111 (73,1%) personas alcanzaron el nivel moderado.

Se destaca que la muestra en estudio estuvo mayoritariamente conformada por personas del sexo femenino, de raza blanca, con más de ocho años de estudio, con pareja y sin vínculos de empleo. En cuanto a las condiciones de salud, más de la mitad (123 [51,9%] personas) tienen diagnóstico de HA desde hace más de diez años y la mayoría presenta comorbilidades, usa más de tres medicamentos diarios y rara vez se controla la presión arterial (Tabla 1).

**Tabla 1** – Variables sociodemográficas y clínicas según adhesión o no adhesión a la farmacoterapia entre las personas que acudieron a los servicios de urgencia por intensificación y/o complicaciones derivadas de Hipertensión Arterial Sistémica. Maringá, PR, Brasil, 2020

Variables	Adhesión a la Farmacoterapia		
	No	Sí	Total
	n (%)	n (%)	n (%)

Sexo (n=238)			
Masculino	33 (13,9)	53 (22,3)	86 (36,1)
Femenino	53 (22,3)	99 (41,6)	152 (63,9)
Raza/Color de piel (n=237)			
Blanca	61 (25,6)	112 (47,1)	173 (72,7)
No blanca	25 (10,5)	39 (16,4)	64 (26,9)
Edad (n=238) (años)			
18 - 59	47 (19,7)	60 (25,2)	107 (45,0)
≥60	39 (16,4)	92 (38,7)	131 (55,0)
Nivel de estudios (n=238) (años)			
≤8	35 (14,7)	66 (27,7)	101 (42,4)
>8	51 (21,4)	86 (36,1)	137 (57,6)
Ingresos familiares por mes (en salarios mínimos) (n=227)			
≤1	10 (4,4)	14 (6,2)	24 (10,6)
>1	72 (31,7)	131 (57,7)	203 (89,4)
Ocupación (n=230)			
No activo/Desempleado	46 (20,0)	96 (41,7)	142 (61,7)
Activo/Con empleo	40 (17,4)	48 (20,9)	88 (38,3)
Estado civil (n=238)			
Con pareja	55 (23,1)	86 (36,1)	141 (59,2)
Sin pareja	31 (13,0)	66 (27,7)	97 (40,8)
Situación familiar de vivienda (n=238)			
Vive solo(a)	11 (4,6)	14 (5,9)	25 (10,5)
Vive con alguien	75 (31,5)	138 (58,0)	213 (89,5)
Diagnóstico establecido (n=238)			
No	4 (1,7)	4 (1,7)	8 (3,4)
Sí	82 (34,5)	148 (62,2)	230 (96,6)
Tiempo desde el diagnóstico en años (n=237)			
≤10	45 (19,0)	69 (29,1)	114 (48,1)
>10	40 (16,9)	83 (35,0)	123 (51,9)
Comorbilidades (n=237)			
No	12 (5,1)	13 (5,5)	25 (10,5)
Sí	73 (30,8)	139 (58,6)	212 (89,5)
Cantidad de medicamentos de uso continuo (n=238)			
≤2	34 (14,3)	40 (16,8)	74 (31,1)
≥ 3	52 (21,8)	112 (47,1)	164 (68,9)
Periodicidad del control de la presión arterial (n=238)			
Semanal	27 (11,3)	60 (25,2)	87 (36,6)
Muy pocas veces	59 (24,8)	92 (38,7)	151 (63,4)

Otra persona ayuda a controlar la presión arterial (n=238)			
No	43 (18,1)	70 (29,4)	113 (47,5)
Sí	43 (18,1)	82 (34,5)	125 (52,5)

Fuente: Los autores (2020).

Nota: En el total de cada variable solo se consideraron las respuestas válidas.

En la Tabla 2 puede observarse que 143 (60,1%) participantes tuvieron dos ingresos en los servicios de emergencia. Esto ocurrió con mayor frecuencia en el mismo año, en personas que no tenían su condición de "hipertensión" registrada en la UBS, que consultaron a un cardiólogo en el último año, que tienen algún vínculo con los profesionales de la UBS y que tienen un plan de salud.

**Tabla 2** – Adhesión a la terapia y caracterización de las consultas en los servicios de salud entre las personas que buscaron atención de urgencia por intensificación y/o complicaciones derivadas de la Hipertensión Arterial Sistémica. Maringá, PR, Brasil, 2020

Variables	Adhesión a la Farmacoterapia		
	No	Sí	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Motivo de los ingresos (n=238)			
Hipertensión primaria y/o secundaria	69 (29,0)	110 (46,2)	179 (75,2)
Complicaciones derivadas de la hipertensión	17 (7,1)	42 (17,6)	59 (24,8)
Cantidad de ingresos (n=238)			
2	55 (23,1)	88 (37,0)	143 (60,1)
≥3	31 (13,0)	64 (26,9)	95 (39,9)
Año(s) en el/los que se registraron los ingresos (n=238)			
Solo en un año	47 (19,7)	88 (37,0)	135 (56,7)
En dos años	33 (13,9)	59 (24,8)	92 (38,7)
En los tres años	6 (2,5)	5 (2,1)	11 (4,6)
Diagnóstico de hipertensión registrado en la UBS (n=238)			
No	53 (22,3)	77 (32,1)	130 (54,6)
Sí	33 (13,9)	31,3 (31,3)	108 (45,4)
Ya asistió a una consulta en la UBS (n=238)			
No	6 (2,5)	15 (6,3)	21 (8,8)
Sí	80 (33,6)	137 (57,1)	217 (91,2)
Ya participó en HIPERDIA (n=237)			
No	64 (27,0)	106 (44,7)	170 (71,7)
Sí	22 (9,3)	45 (19,0)	67 (28,3)
Vínculo con profesionales de la UBS (n=238)			

No	22 (9,2)	54 (22,7)	76 (31,9)
Sí	64 (26,9)	98 (41,2)	162 (68,1)
Consultó a un cardiólogo en el último año (n=238)			
No	34 (14,3)	55 (23,1)	89 (37,4)
Sí	52 (21,8)	97 (40,8)	149 (62,6)
Tiene un plan de salud (n=238)			
No	41 (17,2)	70 (29,4)	111 (46,6)
Sí	45 (18,9)	82 (34,5)	127 (53,4)

Fuente: Los autores (2020).

UBS: Unidad Básica de Salud

Nota: En el total de cada variable solo se consideraron las respuestas válidas.

La Tabla 3 indica que las personas de menos de 60 años de edad y las que recurrieron al servicio de AU los tres años del estudio tuvieron dos y cinco veces más probabilidades de no presentar AFT, respectivamente. Incluso así, no tener relación con los profesionales de la UBS fue un factor protector para la no adhesión, ya que las personas que tuvieron contacto con profesionales de la UBS presentaron aproximadamente el doble de probabilidades de no presentar AFT.

**Tabla 3** - Significancia, *Odds Ratio* y respectivos intervalos de confianza del 95% correspondientes a los factores asociados con el desenlace: No Adhesión a la Farmacoterapia, considerando el modelo final ajustado (n=223). Maringá, PR Brasil, 2020

Variables	OR* (IC 95%)	Valor p
Edad (años)		
≥60	0,49 (0,27-0,903)	0,022
<60	-	-
Ingreso (años)		
En los tres	5,08 (1,22-26,06)	0,031
En dos	-	0,537
Solo en uno	-	-
Cantidad de medicamentos		
≥3	-	0,087
<3	-	-
Vínculo con un profesional de la Unidad Básica de Salud		
No	0,51 (0,26-0,97)	0,045
Sí	-	-

Fuente: Los autores (2020).

\*OR: *Odds Ratio*, 95% IC: Intervalo de Confianza del 95%.

## DISCUSIÓN

La proporción más elevada de los niveles bajo y medio de AFT entre los participantes del estudio corrobora un metaanálisis que solamente incluyó estudios en los que se empleó MMAS-8 e identificó que más del 45% de las personas con HA no adhirió a la terapia<sup>8</sup>. Un ensayo clínico que evaluó la efectividad de la orientación para el alta y los contactos telefónicos descubrió, 90 días después, que menos del 20% de los participantes tenían alta adherencia a la farmacoterapia<sup>17</sup>.

El problema de no ATM se hace presente en diferentes partes del mundo. En África subsahariana, por ejemplo, la prevalencia de los niveles de adhesión bajo y medio fue del 64,4%<sup>12</sup>, en Nepal fue del 72,0%<sup>19</sup> y 72,5% en China<sup>4</sup>. Estos resultados reiteran la amplitud de los desafíos asistenciales frente a la planificación de estrategias que favorezcan el control y las acciones para fomentar la adhesión dirigidas a las personas con HA.

La literatura nacional indica datos discordantes sobre la prevalencia de AFT, además de diferentes clasificaciones según el instrumento de medición utilizado. Por ejemplo, en el Noreste, el 12,8% de las 421 personas con hipertensión monitoreadas por la ESF demostraron niveles de adhesión elevado<sup>7</sup>; sin embargo, en otro estudio realizado en esta misma región, los autores consideraron que la tasa de adhesión era insatisfactoria<sup>18</sup>, mientras que en el Sudeste fue considerada satisfactoria<sup>11</sup>.

Haber identificado una relación inversa entre la edad y la no adhesión corrobora los resultados de un estudio de cohorte realizado en Corea<sup>10</sup>. También en el la región Centro-Occidental de Brasil, un estudio realizado con 1548 pacientes monitoreados en un Servicio Multidisciplinario para el Tratamiento de la Hipertensión encontró menor adhesión a la terapia entre las personas menores de 60 años de edad<sup>20</sup>. Es posible que los adultos mayores, así como las personas que no trabajan, tengan más tiempo para dedicarse al control de la patología e incluso a recurrir a los servicios de salud<sup>9</sup>, ya que se han identificado mejores niveles de AFT en personas inactivas o desempleadas<sup>7</sup>.

Incluso así, es probable que entre los adultos mayores, la AFT sea un reflejo de un mayor tiempo de haber vivido con HA, mejor conocimiento sobre la afección y sus riesgos, y miedo a complicaciones más graves o incluso a la muerte, ya que han sufrido las consecuencias de la no adhesión<sup>4</sup>. Además, al comienzo de la enfermedad, especialmente en personas más jóvenes, existe la posibilidad de que no se presenten síntomas, especialmente aquellos que limitan las actividades diarias<sup>19</sup>. Esto hace que estas personas no se reconozcan como portadoras de una patología crónica, llevándolos a no seguir correctamente el tratamiento o incluso a abandonarlo.

En cuanto a las variables relacionadas con los equipos y el sistema de salud y la adhesión a la terapia, es importante considerar que las consultas y acciones educativas en los servicios de salud tienen lugar en horario comercial, coincidiendo con la jornada laboral de gran parte de la población en edad productiva<sup>9</sup>. Por lo tanto, no trabajar, situación que es más común en los ancianos, favorece el acceso a las acciones y a los servicios de salud, además de mayor disponibilidad para manejar la patología crónica, lo que puede influir en el nivel de adhesión al tratamiento antihipertensivo.

El hecho de que los resultados del presente estudio demuestren una asociación significativa entre el vínculo de usuarios con profesionales de la salud y la no AFT es, cuanto menos, instigador. Sin embargo, aunque los profesionales de la salud desempeñan un rol importante con personas que padecen enfermedades crónicas – informando, aclarando dudas, apoyando y estimulando el autocuidado–, la adecuada adhesión a la terapia es responsabilidad de quienes sufren la enfermedad. Esto representa un desafío para los gestores y profesionales de la salud para que busquen formas que puedan contribuir solucionar este problema. En este sentido, destacamos la importancia de que los profesionales valoren más los momentos de interacción con los usuarios para identificar, con mayor propiedad, los factores que, en mayor o menor medida, pueden interferir en



esta adhesión y, sobre la base de esta información, establecer, junto con los usuarios, prioridades y metas que se puedan lograr a corto, mediano y largo plazo.

Un trabajo de investigación realizado con 270 personas con HA internadas por complicaciones cardiovasculares, verificó mejor adhesión entre quienes no acudieron al servicio de emergencia o que, en el período de dos años, lo hicieron sol una vez<sup>21</sup>. Otros estudios también verificaron niveles de adhesión bajos en usuarios con HA que mencionaron haber tenido alguna emergencia hipertensiva en el último año<sup>7</sup>, así como mayor riesgo de complicaciones y aumento en la cantidad de internaciones<sup>13</sup>.

También en este contexto, la AFT demostró ser un predictor del control de la presión arterial, ya que un tercio de los participantes con HA que cumplieron con el tratamiento no mantuvieron los niveles de presión arterial bajo control<sup>11</sup>. En pacientes de edad avanzada, la no AFT se asoció con polifarmacia, presencia de DM y reingresos tempranos<sup>22</sup>. Haber verificado que las personas que recurrieron a servicios de AU durante los tres años tienen aproximadamente cinco veces más probabilidades de no AFT evidencia la relación entre la no adhesión y el no control de la patología, corroborando lo que se indica en la literatura.

En el sur de Brasil también se identificó que quienes no habían asistido a consultas en APS presentaron mayores probabilidades de no adherir a la farmacoterapia y de no tener su presión arterial bajo control<sup>23</sup>. Cabe destaca que el no control de la presión arterial requiere mayor demanda de los servicios de salud, lo que constituye una oportunidad de vinculación entre usuarios y profesionales. Sin embargo, estos últimos deben aprovechar estos contactos a fin de, a través de una atención diferenciada, identificar los factores que dificultan el control de la hipertensión.

Un estudio realizado con 270 pacientes internados por complicaciones cardiovasculares tampoco identificó ninguna asociación entre AFT y estar registrado en Hiperdia. Sin embargo, si detectó mejor adhesión entre quienes asistían entre cuatro y seis consultas de Enfermería al año y habían recibido orientación en salud en los últimos seis meses<sup>21</sup>. Se observa que, aunque se conciben y recomienden acciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de problemas de salud<sup>3</sup>, aún constituyen un importante desafío para la atención integral y la Red de Atención actual<sup>24</sup>.

Un seguimiento continuo y centrado en el paciente favorece la AFT y la mejoría del cuadro clínico. Un ensayo clínico verificó que la proporción de AFT fue tres veces mayor en el Grupo Intervención que en el de control<sup>17</sup>. Es interesante observar que, en cierta medida, ese resultado es contrario a lo descubierto en este estudio, ya que el vínculo con los profesionales de la UBS no derivó en una mayor adhesión a la terapia.

Para que las personas con hipertensión puedan tomar decisiones conscientes sobre los hábitos necesarios para el control de la afección, es necesario que estén motivadas, informadas y debidamente capacitadas sobre la enfermedad, las posibles complicaciones y los tratamientos, así como sobre los métodos de prevención<sup>14</sup>. Esto se debe a que numerosos factores pueden ejercer un efecto significativo sobre la conducta relacionada con el uso de medicamentos, entre los que se encuentran presencia de efectos secundarios, dificultades para administrarlos y restricciones económicas<sup>25</sup>.

En el presente estudio, el nivel de estudios no se asoció con el nivel de AFT, lo que difiere de lo que se encuentra frecuentemente en la literatura<sup>4,7,9,26</sup>. Un bajo nivel de estudios interfiere con la alfabetización en salud<sup>9</sup> – la capacidad de una persona para leer e interpretar información escrita<sup>14</sup> en prospectos y recetas médicas e incluso para comprender cómo manejar la patología, con base en los planes de atención establecidos.

En este sentido, un estudio realizado con 500 personas con HA y DM en Colombia verificó que no poder leer información escrita sobre el manejo de la patología y no recibir información sobre los beneficios de los medicamentos recetados fueron identificados como la causa de los bajos niveles de adhesión encontrados, que a su vez estuvieron fuertemente relacionados con el nivel de estudios y de conocimiento<sup>14</sup>. Por lo tanto, es

necesario considerar los diferentes factores que pueden influir en la AFT, especialmente los relacionados con toda la información proporcionada por los profesionales de la salud e incluso el nivel de comprensión de los pacientes.

En cuanto a las condiciones de la enfermedad, se observó que los participantes que usaban tres o más medicamentos también tenían mejores niveles de AFT, como se indica en otros estudios<sup>7,10,12</sup>. Quizás esto se deba a que la persona cree que cuanto mayor sea la cantidad de medicamentos, mayor será la gravedad de la enfermedad y, por lo tanto, se vuelve más atenta y dedica más tiempo a manejar su estado de salud, con el objetivo de restaurar su bienestar y calidad de vida<sup>10</sup>.

Sin embargo, se pone en evidencia que cuanto mayor es la cantidad de medicamentos de uso continuo, mayor es la dificultad para tomarlos correctamente, lo que deriva en un nivel de AFT más bajo, justificando así el movimiento contra la polifarmacia y el fomento de la monoterapia<sup>27</sup>. En este sentido, una revisión con metaanálisis demostró la importancia de la monoterapia en una mejor adhesión y desenlace clínico (con reducción de consultas externas y de emergencia e internaciones) en personas con HA<sup>26</sup>. Cabe destacar que un estudio realizado a partir de las historias clínicas de 135 personas hipertensas monitoreadas en una UBS del sur de Brasil constató que la proporción de individuos con descompensación de su estado de salud era menor entre los que se encontraban en monoterapia que entre aquellos con terapia doble<sup>28</sup>.

Se destaca que la alta proporción de pacientes sin AFT, la recurrencia de complicaciones agudas de HA y la escasa o nula influencia de los servicios de salud sobre estas condiciones, evidencian la urgente necesidad de innovar en la atención a las personas con HA en APS. Los servicios de Telemonitoreo y enviar mensajes a través del teléfono móvil son posibilidades de intervenciones a ser consideradas<sup>18</sup> e incluso son sugeridas en la última Directriz Brasileña sobre Hipertensión. Ya demostraron ser efectivas en diferentes países y patologías<sup>17,29-30</sup>, pero aún son poco utilizadas en Brasil.

En el contexto de APS, los enfermeros participan en la gestión organizativa y mediación del trabajo de otras categorías profesionales, además de ser responsables de muchas otras actividades. Sin embargo, por tener capacidad técnica y ser los profesionales más accesibles a la población, especialmente para las personas con patologías crónicas<sup>21</sup>, la relación/vínculo con el usuario y la educación en salud deben ser foco prioritario de su trabajo. Es fundamental facilitar a estas personas el acceso a asistencia de Enfermería centrada en la atención integral, favoreciendo la AFT. Además, la integración entre los diferentes puntos de la red de Atención a la Salud puede favorecer la identificación temprana de la población que busca los servicios de AU por complicaciones agudas derivadas de HA, permitiéndoles ser atendidos en forma diferenciada en APS.

Las limitaciones del estudio están relacionadas con el diseño transversal, ya que no permite establecer relaciones causales, además del hecho de que toda la información clínica fue obtenida por autoinformes y, por lo tanto, está sujeta al sesgo de la memoria. Además, el hecho de que las entrevistas se realizaran por contactos telefónicos pudo haber comprometido algunas respuestas, pero era la estrategia posible en ese momento debido a las medidas de distanciamiento social impuestas para reducir la propagación de la pandemia provocada por SARS-CoV-2.

## CONCLUSIÓN

La no adhesión a la farmacoterapia en personas que buscaron servicios de AU por crisis y/o complicaciones hipertensivas se asoció con edad menor de 60 años, tener un vínculo con profesionales de APS y buscar servicios de AU en los tres años de estudio.

Los resultados encontrados pueden sustentar debates entre gestores y profesionales

de la salud, especialmente enfermeros, que en ocasiones actúan como líderes de equipo, sobre la importancia de implementar intervenciones educativas y asistenciales y acciones de seguimiento enfocadas en la no adhesión a la terapia como estrategia de prevención de factores de riesgo y complicaciones derivadas de la hipertensión. En ese sentido, se destaca la importancia de establecer indicadores y metas a ser alcanzadas con los usuarios con HA que viven en el territorio de cobertura de cada UBS/Estrategia Salud de la Familia.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamiento 001.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Detail. Hypertension. Key facts. [Internet]. 2021 [cited on 2022 mar 10]. Available in: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Pluta A, Sulikowska B, Manitius J, Posieczek Z, Marzec A, Morisky DE. Acceptance of illness and compliance with therapeutic recommendations in patients with hypertension. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 oct 12]; 17(18):6789. Available in: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186789>.
3. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa DM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet]. 2021 [cited on 2021 dec 14]; 116(3):516-658. Available in: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
4. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2019 [cited on 2020 oct 27]; 98(27):e16116. Available in: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000016116>.
5. Hertz JT, Sakita FM, Manavalan P, Madut DB, Thielman NM, Mmbaga BT, et al. The burden of hypertension and diabetes in an emergency department in northern Tanzania. *Ethn Dis*. [Internet]. 2019 [cited on 2020 oct 27]; 29(4):559-66. Available in: <https://doi.org/10.18865/ed.29.4.559>.
6. Freitas O da S, Matta SR, Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Use of health services and medicines by hypertensive and diabetic patients in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited on 27 oct 2020]; 23(7):2383-92. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21602016>.
7. Nascimento M do O, Bezerra SMM da S. Adherence to antihypertensive medication, pressoric control and associated factors in Primary Health Care. *Texto contexto enferm*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 dec 4]; 29:e20190049. Available in: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0049>.
8. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2017 [cited on 2020 sep 08]; 96(4):e5641. Available in: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000005641>
9. Silva GF da, Magalhães PSF, Silva Junior VR, Moreira TMM. Adherence to antihypertensive treatment and occurrence of Metabolic Syndrome. *Esc. Anna. Nery*. [Internet]. 2021 [cited on 2021 dec 14]; 25(2):e20200213. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0213>.
10. Kim SJ, Kwon OD, Han EB, Lee CM, Oh SW, Joh HK, et al. Impact of number of medications and age on adherence to antihypertensive medications: a nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2019 [cited on 2020 sep 08]; 98(49):e17825. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>

[articles/PMC6919523/](#).

11. Guimarães MCDLP, Coelho JC, Silva GV, Drager LF, Butcher RCGS, Butcher H, et al. Blood pressure control and adherence to drug treatment in patients with hypertension treated at a specialized outpatient clinic: a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. [Internet]. 2021 [cited on 2022 jan 10]; 15:2749-61. Available in: <https://doi.org/10.2147/PPA.S336524>.
12. Terline DM, Kramoh KE, Diop IB, Nhavoto C, Balde DM, Ferreira B, et al. Poor adherence to medication and salt restriction as a barrier to reaching blood pressure control in patients with hypertension: cross-sectional study from 12 sub-Saharan countries. *Arch Cardiovasc Dis*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 sep 29]; 113(6-7):433-42. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2019.11.009>.
13. Christinelli HCB, Gonçalves CB, Costa MAR, Spigolon DN, Teston EF, Stevanato KP, et al. Factors related to adherence to pharmacological treatment by seniors in primary health care. *Cienc Cuid Saúde*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 feb 10]; 19:e48105. Available in: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v19i0.48105>
14. Paschoa DTP, Marim F de A, Filho LAR, Frias DFR. Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em Jales, São Paulo. *Rev Univap*. [Internet]. 2021 [cited on 2021 dec 12]; 27(53). Available in: <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2505/1645>.
15. Parra DI, Romero Guevara SL, Rojas LZ. Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2019 [cited on 2021 sep 29]; 37(3):e02. Available in: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/340119/20794915>.
16. Oliveira-Filho Ade, Morisky DE, Neves SJ, Costa FA, Lyra Júnior DP. The 8-item Morisky medication adherence scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm*. [Internet]. 2014 [cited on 2019 nov 10]; 10(3):554-61. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.006>.
17. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Discharge guidance and telephone follow-up in the therapeutic adherence of heart failure: randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2019 [cited on 2021 feb 26]; 27:e3159. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2484.3159>.
18. Roka T, Ghimire M. Medication adherence among hypertensive patients attending a tertiary care hospital in Nepal. *J Nepal Health Res Counc*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 feb 26]; 17(4):521-7. Available in: <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v17i4.2337>.
19. Carvalho BL de, Palmeira CS, Macêdo TTS de. Adesão ao uso dos anti-hipertensivos avaliada pela escala de Morisky-Green. *REVISIA*. [Internet]. 2021 [cited on 2021 dec 10]; 10(2):400-10. Available in: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p400a410>.
20. Jardim TV, Souza ALL, Barroso WKS, Jardim PCB. Controle da pressão arterial e fatores associados em um serviço multidisciplinar de tratamento da hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 feb 26]; 115(2):174-181. Available in: <https://doi.org/10.36660/abc.20180384>.
21. Albuquerque NLS de, Oliveira ASS de, Silva JM da, Araújo TL de. Association between follow-up in health services and antihypertensive medication adherence. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited on 2020 may 27]; 71(6):3006-12. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0087>.
22. Vicente-Sánchez S, Olmos-Jiménez R, Ramírez-Roig C, García-Sánchez MJ, Valderrey-Pulido M, Rubia-Nieto A. Treatment adherence in patients older than 65 years who suffer early readmissions. *Farm Hosp*. [Internet]. 2018 [cited on 2019 nov 10]; 42:147-51. Available in: <https://doi.org/10.7399/fh.10907>.
23. Barreto M da S, Mendonça R de D, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited on 2019 nov 10]; 23(3):795-804. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016>.
24. Sousa AS de J, Moreira TM, Machado ALG, Silva ZS da. Association between antihypertensive treatment adherence and comprehensive nursing care. *Rev enferm UERJ*. [Internet]. 2018 [cited on 2019 nov 10];

26:e25250. Available in: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.25250>.

25. Kulkarni S, Rao R, Goodman JDH, Connolly K, O'Shaughnessy KM. Nonadherence to antihypertensive medications amongst patients with uncontrolled hypertension: a retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2021 [cited on 2022 jan 10]; 9.100(14):e24654. Available in: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024654>.

26. Weisser B, Predel HG, Gillessen A, Hacke C, Vor dem Esche J, Rippin G, et al. Single pill regimen leads to better adherence and clinical outcome in daily practice in patients suffering from hypertension and/or dyslipidemia: results of a meta-analysis. *High blood press cardiovasc prev.* [Internet]. 2020 [cited on 2021 feb 26]; 27(2):157-64. Available in: <https://doi.org/10.1007/s40292-020-00370-5>.

27. Omezzine RG, Akkara A, Koubaa AA, Sriha AB, Rdissi A, Amamou K. Predictors of poor adherence to hypertension treatment. *Tunis Med* [Internet]. 2019 [cited on 2022 mar 10]; 97(4):564-571. Available in: <https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie.php?article=3543>.

28. Machado C, Jukoski FA, Oliveira. TKF de. Controle dos níveis pressóricos em hipertensos. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2021 [cited on 2022 apr 28]; 19(1):7-13. Available in: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361680/7-13.pdf>.

29. Kassavou A, Mirzaei V, Brimicombe J, Edwards S, Massou E, Prevost AT, et al. A highly tailored text and voice messaging intervention to improve medication adherence in patients with either or both hypertension and type 2 diabetes in a UK primary care setting: feasibility randomized controlled trial of clinical effectiveness. *J Med Internet Res*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 feb 26]; 22(5):e16629. Available in: <https://doi.org/10.2196/16629>.

30. Gong K, Yan YL, Li Y, Du J, Wang J, Han Y, et al. Mobile health applications for the management of primary hypertension: a multicenter, randomized, controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 feb 26]; 99(16):e19715. Available in: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019715>.

## FACTORS ASSOCIATED WITH THERAPEUTIC NON-ADHERENCE AMONG HYPERTENSIVE INDIVIDUALS WHO SEEK EMERGENCY CARE

### ABSTRACT:

**Objective:** to analyze factors associated with therapeutic non-adherence among individuals with Arterial Hypertension who seek emergency care and/or assistance due to hypertensive complications. **Method:** this is a cross-sectional study conducted from December 2019 to October 2020 with 238 people living in a medium-sized municipality from southern Brazil using Morisky's 8-Item Medication Adherence Scale. Multiple Logistic Regression was used in the analysis.

**Results:** a total of 86 (36.1%) participants were considered as non-adherent. A higher change of non-adherence was observed in people younger than 60 years of age (Odds Ratio=2.04), who sought emergency services in the three years under study (Odds Ratio=5.08), and who had a bond with Primary Health Care professionals (Odds Ratio=1.96).

**Conclusion:** acknowledging the factors associated with non-adherence to the therapy will allow professionals to conduct educational interventions and assist people with hypertension according to their needs, thus preventing/postponing complications.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Hypertension; Adherence to Medication; Primary Health Care; Emergency Medical Services.

Recibido en: 25/05/2022

Aprobado en: 09/12/2022

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

### Autor correspondiente:

Patrícia Chatalov Ferreira

Universidade Estadual de Maringá

Avenida Colombo, 5790, Bloco 2, Sala 1, Zona 7, Maringá, PR, Brasil.

E-mail: pattychatalov@gmail.com

### Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Ferreira PC, Rossi RM, Marcon SS**; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Ferreira PC, Teston EF, Carvalho BG, Silva JL da, Reis P dos, Marcon SS**; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Ferreira PC, Marcon SS**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).