



Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de hipertensión arterial en dos centros de salud del estado Mérida, Venezuela 2024

Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of arterial hypertension in two health centers in the state of Mérida, Venezuela 2024

RANGEL, MARÍA¹; SOSA, JOSELYN¹

¹Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Autor de correspondencia

dramarialejandrangel@gmail.com

Fecha de recepción

03/01/2025

Fecha de aceptación

06/02/2025

Fecha de publicación

28/02/2025

Autores

Rangel, María

Médico Cirujano, Universidad de Los Andes

Correo: dramarialejandrangel@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9524-6966>

Sosa, Joselyn

Médico Cirujano, Universidad de Los Andes

Correo: joselynsosa30@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0783-8495>

Citación:

Rangel, M. y Sosa, J. (2025). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de hipertensión arterial en dos centros de salud del estado Mérida, Venezuela 2024. *GICOS*, 10(1), 91-105

DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2025.10.01.06>



RESUMEN

Objetivo: determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de hipertensión arterial en pacientes entre 30 a 85 años que acudieron a la consulta externa en dos centros de salud del estado Mérida, julio-septiembre de 2024. **Metodología:** estudio observacional descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 37 usuarios, distribuidos en 17 del Ambulatorio Consultorio Popular Tipo III (CPT III) de Chiguará, municipio Sucre, y 20 del Ambulatorio Rómulo Gallegos (CPT III), municipio Alberto Adriani. Se aplicó el instrumento TAQPH (treatment adherence questionnaire for patients with hypertension). **Resultados:** se observó predominio de sexo femenino (64,86%), nivel educativo de bachiller (32,43%) mientras que el 21,62% contaban con educación universitaria así mismo el rango de edad con mayor predominio fue el comprendido entre 41-60 años representado por el 51.35%. El punto de corte del instrumento es de 84 puntos, obteniendo un 91,9% de los encuestados, mostrando no adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** La no adherencia al tratamiento tanto farmacológico y no farmacológico en la hipertensión arterial representa un problema de salud pública, demostrando el poco éxito en control de la hipertensión arterial, considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de otras entidades como son: síndrome coronario, enfermedad cerebrovascular entre otros. Se asocia con aumento de ingreso hospitalario, costos sanitarios, morbimortalidad y comprometiendo la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: hipertensión arterial, antihipertensivos, cumplimiento y adherencia al tratamiento, encefalopatías.

ABSTRACT

Objective: to determine adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of high blood pressure in patients between 30 to 85 years old who attended two health centers in the state of Mérida, July – September 2024. **Methodology:** a descriptive, cross-sectional observational study. The sample was made up of 37 individuals, distributed in 17 individuals from Chiguará's Ambulatory located in Sucre Municipality and 20 individuals from Rómulo Gallegos's Ambulatory located in Alberto Adriani Municipality. The TAQPH instrument (Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension) was applied. **Results:** a predominance of female sex was observed in 64.86% of the individuals. With a high school education level (32.43%). Only 21.62% possess a university education, and the age range with the highest predominance was between 41-60 years, represented by 51.35%. The cut-off point of the instrument is 84 points, obtaining 91.9% of the respondents, showing non-adherence to the treatment. **Conclusions:** non-adherence to both pharmacological and non-pharmacological treatment in patients with high blood pressure represents a public health problem, demonstrating the lack of success in controlling this entity. High blood pressure is considered a risk factor for the development of other pathologies such as: coronary syndrome, cerebrovascular disease, among others. It is associated with increased hospital admission, healthcare costs, morbidity and mortality, and compromising patients' quality of life.

Keywords: arterial hypertension, antihypertensives, compliance and adherence to treatment, encephalopathies.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica no transmisible más común, siendo una importante causa de defunción temprana en todo el mundo, afecta a más de uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), estimándose que 1280 millones de personas en el mundo con edades comprendidas entre 30 a 79 años sufren de hipertensión (Parada et al., 2024). Por lo que esta enfermedad aumenta significativamente los riesgos de padecer cardiopatías, encefalopatías, nefropatías entre otras enfermedades (OMS, 2023).

En relación con la prevalencia, está asociada a países de bajos y medianos ingresos donde se registran las dos terceras partes de los casos, debido, en gran medida, al incremento de los factores de riesgo entre esas poblaciones en las últimas décadas (Carbo y Berrones, 2022). En cuanto a los factores de riesgo se dividen en modificables como son el estrés, obesidad, tabaco, alcohol, drogas, alimentación con un excesivo consumo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de hortalizas y frutas siendo estas últimas unas medidas las cuales tomadas en cuenta pueden optimizar y convertirse en medidas de prevención y control en su tratamiento. Por otro lado, los factores de riesgo no modificables son la genética, raza, edad superior a los 65 años y ciertas patologías como diabetes mellitus o nefropatías (OMS, 2023).

Con respecto a su clasificación, actualmente se presenta una nueva estratificación para la presión arterial:

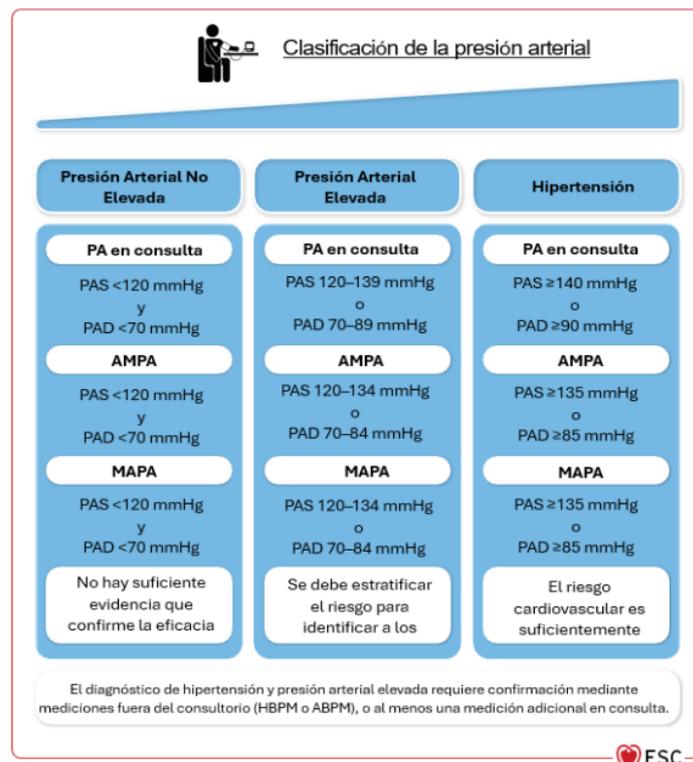


Figura 1.

(Adaptado y modificado de Guías ESC HTA2024) Categorías de presión arterial. MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; MAPA: monitorización domiciliar de la presión arterial; PAS: presión arterial sistólica (McEvoy et al., 2024).

Esta clasificación (figura 1) busca identificar a pacientes en riesgo antes de que desarrollen hipertensión franca

(McEvoy et al. 2024).

La HTA no suele presentar síntomas por lo que el diagnóstico se hace la mayoría de las veces de manera casual, cuando el paciente acude a consulta médica por otro motivo por lo que, al detectar estos pacientes, se debe confirmar el diagnóstico de HTA usando preferiblemente, mediciones de tensión arterial fuera de la consulta médica con automonitoreo de presión arterial ó AMPA. (McEvoy et al., 2024).

Una vez se confirma el diagnóstico de HTA se debe colocar tratamiento tomando en cuenta el riesgo cardiovascular del paciente. Además, es necesario implementar cambios en el estilo de vida como, por ejemplo, realizar ejercicio físico, cambios en la dieta, abandonar hábitos tabáquicos y/o alcohólicos; e iniciar tratamiento farmacológico.

Por lo que el tratamiento no farmacológico se basa principalmente en los siguientes puntos Flaño (2018): a) Pérdida de peso/grasa corporal, se estima que, por cada kilogramo de peso perdido, disminuye hasta 5 mmHg la presión arterial en pacientes hipertensos; b) Dieta saludable, consumir verduras frescas, frutas, granos, lácteos descremados con bajo contenido en grasas saturadas. Se estima que, siguiendo una dieta saludable, la presión arterial puede disminuir hasta 11 mmHg. Además, se asocia con una disminución del 20% de riesgo de eventos cardiovasculares; c) Disminuir el consumo de sal/ sodio en la dieta, con un consumo de menos de 1500mg/día, preferiblemente menos de 1000 mg/día en adultos, disminuyendo la presión arterial 5-6 mmHg; d) Se recomienda un total de 90-150 minutos semanales de ejercicio aeróbico con un aumento de la frecuencia cardíaca máxima entre 65-75%, pudiendo disminuir la presión arterial entre 6-8 mmHg. De hecho, los ejercicios de resistencia dinámica y de resistencia isométrica son recomendados, idealmente 2-3 veces por semana como complemento del ejercicio aeróbico; e) Abandono de hábitos nocivos como lo son el alcohol y el tabaco.

Además, se recomienda aumentar el consumo de potasio con una ingesta de 3.5 gr/día ya que esto se asocia con un descenso del riesgo cardiovascular, sin embargo, se debe individualizar cada caso ya que en aquellos pacientes con enfermedad renal crónica avanzada la ingesta diaria de potasio debe ser menor a 2.4 gr/día (McEvoy et al., 2024)

Por otro lado, el tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial se basa en la combinación de distintos fármacos siguiendo una serie de pasos. Los principales fármacos para el tratamiento de la HTA son Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), Antagonistas del Receptor de Angiotensina II (ARA), Bloqueadores de los canales de calcio y tiazida like como tratamiento de primera línea. Los betabloqueantes se utilizan preferiblemente en casos de insuficiencia cardíaca, angina o posterior a infarto agudo al miocardio ya que estos tienen menor efectividad para prevención de eventos cardiovasculares y más efectos secundarios. La última actualización de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de presión arterial elevada e hipertensión realizada en 2024 (McEvoy et al. 2024) recomienda el esquema de tratamiento:

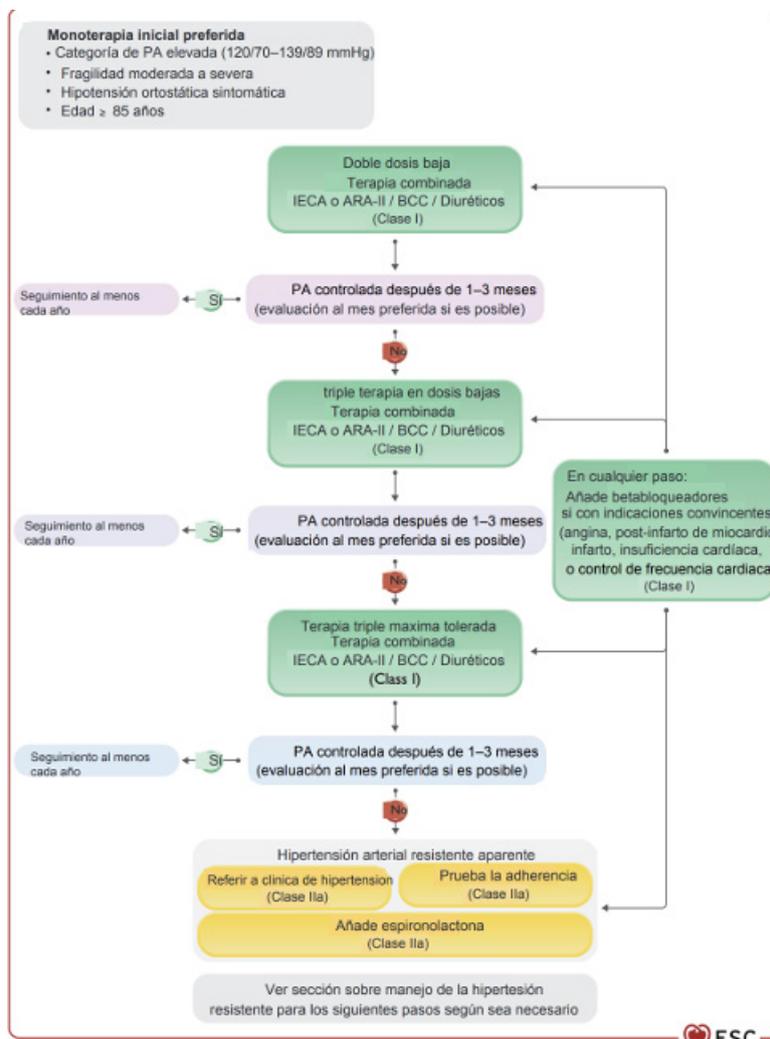


Figura 2

(Adaptado y modificado de Guías ESC HTA 2024). Algoritmo práctico para la reducción farmacológica de la presión arterial. IECA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; ARA II, bloqueador del receptor de angiotensina; PA, presión arterial; BCC, bloqueador de los canales de calcio; SE: seguimiento (McEvoy et al., 2024).

Los antagonistas de receptores de mineralocorticoides (ARM) especialmente la espironolactona está indicada en casos de HTA resistente al tratamiento farmacológico, siempre que se haya comprobado una buena adherencia al tratamiento.

Otros fármacos que se recomiendan son los inhibidores del cotransportador sodio/glucosa tipo 2 (SGLT2), en pacientes con enfermedad renal crónica, así como pacientes que cursan con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Los inhibidores de neprilisina del receptor de angiotensina (ARNI) para pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida que ameriten tratamiento antihipertensivo (McEvoy et al. 2024).

Por lo que se concretiza que tanto las intervenciones no farmacológicas como el tratamiento farmacológico son importantes para el manejo de pacientes hipertensos y se debe valorar la adherencia a ambos tipos.

La OMS define la adherencia al tratamiento como el grado en el que el comportamiento de una persona (tomar

el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida), se corresponden con las recomendaciones dadas por un prestador de atención sanitaria (Ortega et al., 2018).

Se describen situaciones que se pueden agrupar en cuatro grandes dimensiones que intervienen directamente en el grado de adherencia al tratamiento, que son: el paciente, la patología, el tratamiento y el equipo de salud. Diversos estudios revelan que menos del 25% de pacientes logran una presión arterial óptima. Las tasas de adherencia varían entre el 50-70% dependiendo de los grupos de estudio, la duración del seguimiento y el régimen terapéutico implementado (Conte et al., 2020).

Sabiendo que el no cumplimiento del tratamiento antihipertensivo puede causar efectos adversos como los mencionados al inicio del texto, es de gran importancia saber cuáles son los factores que inciden en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

El trabajo realizado por Solorzano (2015) tuvo como objetivo responder a la pregunta ¿cuáles son los factores relacionados al cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta y servicios de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Dr. Enrique Tejera de Valencia? Con una muestra total de 110 personas, el 35% mostraron adherencia al tratamiento con control de presión arterial en el 41%. El 71.8 % de los encuestados no contaban con los recursos económicos para costear el tratamiento. La causa más frecuente de mala adherencia fue por olvido en un 72% y las reacciones adversas al medicamento representan el 43% de las causas de abandono. 69% de los encuestados refirieron buena comunicación con el proveedor de salud. El 20.3% se encontró en alto riesgo por no poseer los conocimientos necesarios para la continuidad del tratamiento.

En 2020, el estudio realizado por Conte et al. (2020) en el servicio de salud pública de España, demuestra que el 40% de los pacientes encuestados han olvidado en algún momento la toma del medicamento, el 10% señaló que abandona el tratamiento al notar mejoría de los síntomas.

En el trabajo realizado por Garcés et al. (2020), realizaron una revisión bibliográfica concluyendo que, en Ecuador, el nivel de adherencia al tratamiento es de 50.86% y que entre las principales causas de la no adherencia al tratamiento se encuentran falta de conocimiento sobre la enfermedad, no seguir las instrucciones dadas por el médico tratante y la ausencia de síntomas de la enfermedad.

La adherencia al tratamiento es un indicador de éxito en el control de pacientes hipertensos, por lo que se debe valorar en cada paciente que acude a consulta. La mayoría de los estudios revisados tratan de valorar la adherencia al tratamiento farmacológico, pero también se debe valorar la adherencia a las modificaciones en el estilo de vida ya que estas juegan un papel crucial en el control de las cifras de presión arterial, complementándose con el tratamiento farmacológico.

El objetivo del presente trabajo es determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de hipertensión arterial en pacientes entre 30 a 85 años de edad que acudieron a la consulta externa en dos centros de salud del estado Mérida, durante julio y septiembre del 2024.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 37 usuarios, distribuidos en 17 del Ambulatorio Consultorio Popular Tipo III (CPT III) de Chiguará, municipio Sucre y 20 del Ambulatorio Rómulo Gallegos (CPT III), municipio Alberto Adriani, ambos del estado Mérida; los sujetos de estudio, cumplieron con los criterios hombres o mujeres con edades comprendidas entre 30 a 85 años, que contaran con diagnóstico de HTA de al menos 6 meses y con tratamiento antihipertensivo indicado por personal de salud; que acudieron a la consulta externa de los centros de salud ya mencionados. Por limitaciones de tiempo y recursos, se hizo un muestreo no probabilístico a conveniencia.

Las variables que se estudiaron fueron sexo, edad, nivel educativo, ocupación y adherencia al tratamiento. Además, se aplicó el instrumento TAQPH (Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension o Cuestionario para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Hipertensión) como instrumento de recolección de datos, el cual se divide en seis dimensiones (dimensión I= medicación, dimensión II= dieta, dimensión III= estimulantes, dimensión IV= ejercicio, dimensión V= control de peso corporal y dimensión VI= manejo del estrés) y consta de cuatro opciones de respuesta (nunca=1, algunas veces =2, la mayoría de las veces =3 y todo el tiempo =4). Según Esquivel y Díaz (2019), este cuestionario tiene una confiabilidad de 0.74, una validez de contenido de 0.91 y punto de corte para determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de 84 puntos. Además, las autoras realizaron validación de contenido por juicio de expertos, considerando tres médicos especialistas en Medicina Interna y Cardiología y dos traductores, obteniendo un valor del Coeficiente de Validez de Contenido de 0,9865, lo cual indica que es un instrumento excelente para medir lo que pretende medir.

La recolección de datos tuvo lugar entre julio y septiembre de 2024, se realizó un consentimiento informado a cada paciente para cumplir con las normas éticas y se le aplicó el instrumento. El análisis de datos se realizó con el software Microsoft Excel 2019, calculando para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes, y a las variables cuantitativas, media y desviación estándar, también se aplicó un contraste de hipótesis se usó la prueba de Chi-cuadrado. Al momento de aplicar el instrumento, se le explicó a cada participante las pautas de las sociedades internacionales de salud para el cumplimiento de una dieta ideal en pacientes con hipertensión arterial.

RESULTADOS

En la tabla 1 se expresan las variables sociodemográficas estudiadas donde se observa que el 65% de los encuestados pertenece al sexo femenino. En cuanto al nivel educativo, el 32% finalizó sus estudios de bachillerato mientras que el 30% de los encuestados solo tienen educación primaria. Por otro lado, respecto a la variable edad, el mayor porcentaje de los encuestados (51%) se encuentra entre los 41 a 60 años, seguidos por el grupo de 61 a 80 años (35%) de los encuestados. Obteniendo como edad media 62 años con una desviación estándar de 12.94. Por último, la variable ocupación se dividió en profesional (médicos, enfermeras, educadores, psicopedagogos) con 10.81% de los encuestados y en no profesionales (obreros, agricultores,

choferes, aseadores, oficios del hogar, vigilantes) que representó el 89.18% de los encuestados.

Tabla 1.

Variables sociodemográficas de los sujetos de investigación.

N=37	N°	%
Sexo		
Masculino	13	35,13
Femenino	24	64,86
Nivel educativo		
Ninguno	2	5,40
Primaria	11	29,72
Secundaria	4	10,81
Bachiller	12	32,43
Universitario	8	21,62
Edad		
21-40	1	2,70
41-60	19	51,35
61-80	13	35,13
Más 80	4	10,81
Media (DE)	62 (12,94)	
Ocupación		
Profesional	4	10,81
No profesional	33	89,18

Fuente: Cálculos propios.

En la tabla 2 se observa la adherencia al tratamiento antihipertensivo en ambos centros de salud, obtenido por la aplicación del cuestionario TAQPH. Con este instrumento, el punto de corte es 84 puntos, representando una buena adherencia al tratamiento igual o más de 84 puntos y una mala adherencia menos de 84 puntos. En la tabla se observa que apenas el 8.10% (n=3) de los encuestados muestra adherencia al tratamiento antihipertensivo (farmacológico y no farmacológico), este porcentaje se divide en 66.66% (n=2) en pacientes del Ambulatorio CPT III de Chiguará y 33.33% (n=1) en pacientes del Ambulatorio CPT III Rómulo Gallegos.

Tabla 2.

Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con HTA. Ambulatorio CPTIII Chiguará, Municipio Sucre y Ambulatorio CPT III Rómulo Gallegos, Municipio Alberto Adriana. Estado Mérida. 2024

Variable	N°	%
Adherencia al tratamiento	3	8.1
No adherencia al tratamiento	34	91.9
Total	37	100%

Fuente: Cálculos propios.

En la tabla 3, se desglosan las seis dimensiones estudiadas las cuales son: dimensión I (medicación), dimensión II (dieta), dimensión III (estimulantes), dimensión IV (ejercicio), dimensión V (control de peso), dimensión VI

(manejo del estrés). Se analizaron las seis dimensiones obteniendo como resultados lo siguiente:

Dimensión I que abarca las preguntas 1 –9 sobre adherencia a la medicación, valora la misma al interrogar sobre el cumplimiento de las indicaciones dadas por el médico en cuanto a frecuencia, horarios, dosis y continuidad del tratamiento a largo plazo. En esta dimensión cabe destacar que la pregunta número 2 ¿ha tomado los medicamentos según la dosis indicada por el médico?, obtuvo el mayor porcentaje positivo con el 81.08% para la respuesta “todo el tiempo”. Así mismo, las preguntas 1, 3, 5 y 6 obtuvieron respuestas positivas con más del 50% de los encuestados. Cabe mencionar que en el ítem 8 ¿Ha suspendido los medicamentos cuando ha sentido que los síntomas han mejorado?, se obtuvo un porcentaje del 59.45% para la opción “nunca” lo que sugiere una adherencia a la obtenida en la tabla 2.

La dimensión II, abarca la pregunta 10 - 18 relacionada a la dieta, valora parte del tratamiento no farmacológico. Toma en cuenta los cambios hechos en la alimentación diaria como la disminución del consumo de sal, dulces y azúcares, grasas y el aumento de fibra, frutas y verduras frescas. Se observa que, en los primeros dos ítems, la respuesta “todo el tiempo” fue seleccionada por el 21.62% de los encuestados, la respuesta “la mayoría de las veces” por el 27.02%, la opción “algunas veces” el 27.02% para el ítem 10 y el 35.13% para el ítem 11 y la respuesta “nunca” 24.32% para el ítem 10 y el 16.21% para el ítem 11. Por el contrario, en el ítem 13 el 43.24% de los encuestados seleccionaron la opción “algunas veces”. Cabe destacar que el mayor porcentaje de respuestas de esta dimensión, se observa en la respuesta “algunas veces”, sobre todo el ítem 14 con el 64.86%. Por otro lado, el ítem 18 obtuvo un mayor porcentaje de respuestas (62.16%) para la respuesta “nunca”.

La dimensión III valora el uso de estimulantes en las preguntas 19 – 21, como el consumo de café para el cual el 45.94% nunca ha disminuido el consumo de este, lo cual es un alto porcentaje de la muestra. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas ha sido restringido por el 48.64% de los pacientes. Por último, esta dimensión valora el abandono del tabaco o cigarrillo para el cual, el 67.56% refiere no consumir el mismo.

El ejercicio físico se valora en la dimensión IV con las preguntas 22 y 23, observando que el 51.35% nunca realiza el objetivo de actividad física semanal y el 48.64% nunca cumple el objetivo de tiempo semanal empleado para realizar ejercicio, lo cual representa un alto porcentaje de la muestra que no integra la actividad física como parte del tratamiento no farmacológico para la hipertensión arterial.

El control del peso corporal es valorado a través de las preguntas 24 y 25 en la dimensión V, el 45.94% de los encuestados refiere que la mayoría de las veces puede controlar la cantidad de comida que consume y el 35.13% controla el peso corporal todo el tiempo o la mayoría de las veces.

La última dimensión valora el manejo del estrés, el 43.24% de los pacientes encuestados, algunas veces reserva tiempo para relajarse, el 35.13% encuentra maneras para relajarse algunas veces. También, el 35.13% puede controlarse algunas veces emocionalmente ante eventos repentinos.

Tabla 3

Adherencia del tratamiento a través instrumento TAQPH en los sujetos de la muestra.

Dimensión I. Medicación	Todo el tiempo		La mayoría de las veces		Algunas veces		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. ¿Se ha tomado los medicamentos según la frecuencia indicada en la formula dada por el medico?	24	64.86	6	16.21	4	10.81	3	8.1
2. ¿Se ha tomado los medicamentos según la dosis?	30	81.08	4	10.81	3	8.1	0	0
3. ¿Ha tomado los medicamentos según el horario indicado por el medico?	21	56.75	7	18.91	9	24.32	0	0
4. ¿Se ha tomado los medicamentos por un largo plazo sin interrupciones según indicaciones dadas por el medico?	18	48.64	7	18.91	9	24.32	3	8.1
5. ¿Se ha tomado los medicamentos según indicaciones del médico, sin aumentar ni disminuir las dosis?	27	72.97	4	10.8	3	8.1	3	8.1
6. ¿Se ha seguido tomando los medicamentos así no haya presentado síntomas de hipertensión?	24	64.86	3	8.1	5	13.51	5	13.51
7. ¿Ha olvidado tomar sus medicamentos?	2	5.4	5	13.5	18	48.64	12	32.43
8. ¿Ha suspendido los medicamentos cuando ha sentido que los síntomas han mejorado?	5	13.51	1	2.70	9	24.32	22	59.45
9. ¿Ha mantenido el uso de los medicamentos a pesar de sentir que los síntomas han empeorado?	18	48.64	9	24.3	7	18.91	3	8.1
Dimensión II. Dieta								
10. ¿Ha cumplido una dieta baja en sal?	8	21.62	10	27.02	10	27.02	9	24.32
11. ¿Ha cumplido con una diara baja en grasa? Reducir el consumo de preparaciones fritas, salsas, aderezos, embutidos (fiambres – mortadela – comidas rápidas en general)	8	21.62	10	27.02	13	35.13	6	16.21
12. ¿Ha cumplido con una dieta baja en colesterol? Reducir el consumo de carnes rojas, piel de pollo, huevos, salsas (mayonesa – salsa de tomate- vinagretas industriales), aceite, manteca de cerdo y mantequilla	6	16.21	6	16.21	16	43.24	9	24.32
13. ¿ha disminuido el consumo de azucares y dulces?	1	2.70	15	40.54	19	51.35	2	5.40
14. ¿Ha aumentado el consumo de fibra? Tales como: papaya, piña, guanábana, durazno, pera y manzana; también cereales como avena, quinua y afrecho.	6	16.21	4	10.81	24	64.86	3	8.10
15. ¿Ha aumentado el consumo de verduras frescas?	8	21.62	9	24.32	17	45.94	3	8.10
16. ¿Ha aumentado el consumo de frutas frescas?	4	10.81	8	21.62	20	54.05	5	13.51
17. ¿Ha aumentado el consumo de granos? Incluye frijol, garbanzo, lentejas, arvejas. Además de frutos secos como maní, almendras y nueces	7	18.91	8	21.62	18	48.64	4	10.81

Continuación de la Tabla 3*Adherencia del tratamiento a través instrumento TAQPH en los sujetos de la muestra.*

Dimensión I. Medicación	Todo el tiempo		La mayoría de las veces		Algunas veces		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
18. ¿Ha aumentado el consumo de productos lácteos bajos en grasa? Por ejemplo, leche descremada, yogurt y queso bajo en grasa	1	2.70	5	13.51	8	21.62	23	62.16
Dimensión III. Estimulantes								
19. ¿Ha disminuido el consumo de café?	7	18.91	5	13.51	8	21.62	17	45.94
20. ¿Ha disminuido el consumo de bebidas alcohólicas?	18	48.64	5	13.51	9	24.32	5	13.51
21. ¿Ha dejado de fumar?	25	67.56	6	16.21	0	0	6	16.21
Dimensión IV. Ejercicio								
22. ¿Ha realizado ejercicio físico al menos 5 veces a la semana?	4	10.81	4	10.81	10	27.02	19	51.35
23. Al realizar ejercicio físico ¿le ha dedicado al menos 30 minutos?	4	10.81	4	10.81	11	29.72	18	48.64
Dimensión V. Control de peso								
24. ¿Ha podido controlar la cantidad de comida que consume?	9	24.32	17	45.94	11	29.72	0	0
25. ¿Ha mantenido bajo control su peso corporal?	13	35.13	13	35.13	8	21.62	3	8.10
Dimensión VI. Manejo del estrés								
26. ¿Ha reservado diariamente un tiempo de relajación para sí mismo?	4	10.81	9	24.32	16	43.24	3	8.10
27. ¿Ha recurrido a algunas formas para aliviar el estrés o la tensión?	5	13.51	10	27.02	13	35.13	9	24.32
28. ¿Se ha controlado emocionalmente ante eventos repentinos?	8	21.62	10	27.02	13	35.13	6	16.21

Fuente: Cálculos propios.

La tabla 4 representa un resumen por cada dimensión y el número y porcentaje de respuestas para cada opción del cuestionario. Para la dimensión I, el 50.71% de los pacientes respondió con la opción todo el tiempo, seguido del 20.11% con la opción algunas veces. En la dimensión II, el mayor porcentaje de pacientes dado por el 43.54% respondió algunas veces, seguido del 22.51% que respondió la mayoría de las veces. En la dimensión III, el 45.04% de encuestados respondió todo el tiempo y el 24.21% respondió nunca. En cuanto a los resultados de la dimensión IV, el 50% contestó con la opción nunca y el 28.37% algunas veces. Para la dimensión V, la mayoría de encuestados dado por 40.54% escogió la opción la mayoría de las veces, seguido por la opción todo el tiempo con el 29.72%. Por último, la dimensión VI, el 37.83% señaló la opción algunas veces y el 26.10% la mayoría de las veces.

Tabla 4

Resumen por dimensión

<i>Dimensión</i>	<i>Todo el tiempo</i>		<i>La mayoría de las veces</i>		<i>Algunas veces</i>		<i>Nunca</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
I. Medicación	18,78	50.71	5.11	13.80	7.44	20.11	5.66	15.31
II Dieta	5.44	14.70	8.33	22.51	16.11	43.54	7,11	19.21
III Estimulantes	16.66	45.04	5.33	14.40	5.66	15.29	9.33	24.21
IV Ejercicio	4	10.81	4	10.81	10.50	28.37	18.50	50.00
V Control de peso	11	29.72	15	40.54	9.5	26.67	1.5	4.05
VI Manejo del estrés	5.66	15.31	9.66	26.10	14	37.83	6	16.21

Es importante resaltar que se cruzaron todas las dimensiones del instrumento utilizado TAQPH (Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension) con cada una de las variables sociodemográficas sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas, ya que el resultado fue de $p > 0,005$ el cual se realizó a través de la prueba de chi cuadrado a un nivel de confianza de 95%.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue medir la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes que acudieron a los centros de salud mencionados, aplicando el cuestionario TAQPH, a partir del cual se estudió la adherencia de 37 sujetos. Se observó que solamente 8.10% de la muestra presenta adherencia al tratamiento con un punto de corte mayor o igual a 84 puntos, lo que difiere de los resultados obtenidos por Hernández y Madarriaga (2022), quienes obtuvieron una adherencia al tratamiento del 47.1%, aunque la muestra utilizada por las autoras mencionadas fue mucho más grande sigue siendo una diferencia significativa. Así mismo, los resultados obtenidos por los autores Herrera, Tejada y Barrocal (2023) en los cuales se evidencia una adherencia al tratamiento del 46.5%, representan una gran diferencia con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación. La mala adherencia al tratamiento antihipertensivo en la muestra de sujetos estudiada es un claro indicador del fracaso en el manejo de la hipertensión arterial, lo que se puede asociar al nivel educativo de los sujetos, además del poco acceso a medicamentos que hay en el sistema de salud venezolano.

En cuanto a los resultados de la dimensión I (medicación), el 64.51% de los encuestados respondió positivamente (opción todo el tiempo o la mayoría de las veces) y el 35.42% lo hizo de manera negativa (opción “nunca” o algunas veces), sin embargo, se debe recordar que el ítem 8 de esta dimensión toma como respuesta positiva a la adherencia la opción nunca por lo que el porcentaje final de adherencia puede variar. Estos resultados pueden compararse con los obtenidos por Rivero (2021), quien obtiene en esta dimensión, 77% de respuestas positivas y 2.1% de respuestas negativas.

En la dimensión II (dieta), se obtuvo que el 37.21% de los encuestados cumple todo el tiempo o la mayoría de las veces con las pautas dietéticas para pacientes hipertensos en comparación con los resultados de Rivero (2021) donde el 82.7% de la muestra cumple una dieta baja en sal, el 81.3% disminuyó la ingesta de grasas, el 49% disminuyó el consumo de azúcar y el 33% aumentó el consumo de fibra y solo el 5% consume productos

lácteos bajos en grasas. Sin embargo, se observa una disminución en los porcentajes de respuestas positivas, por lo que la mala adherencia al tratamiento no farmacológico, específicamente los cambios dietéticos, será mayor a la del tratamiento farmacológico.

En cuanto a la dimensión III (estimulantes), hay diferencia entre las respuestas para cada ítem observando mayor número de respuestas positivas para la pregunta 21 con el 67.56% de los encuestados, sin embargo, para las preguntas 19 y 20 se obtuvieron respuestas positivas con menos del 50% de los encuestados. Si se compara esto con los resultados obtenidos por Hernández y Madarriaga (2022) para esta dimensión, se observa que hay mayor adherencia en la muestra estudiada por las autoras, con un 90 y 98% de respuestas positivas para las preguntas 20 y 21.

Los resultados de la dimensión IV relacionados al ejercicio físico demuestran que un porcentaje bajo de la muestra cumple con la actividad física sugerida para el control de las cifras tensionales. Solo el 10.81% de los encuestados cumple todo el tiempo con la actividad física y el 10.81% lo hace la mayoría de las veces. Al comparar los resultados de esta dimensión con en el trabajo de Rivero (2021) se ve cierta similitud, ya que en este caso los resultados para la adherencia al ejercicio físico demuestran que solo el 30.3% de la muestra realiza la actividad física sugerida y el 40% realiza el tiempo sugerido.

En la dimensión V (control de peso corporal), el mayor porcentaje lo obtuvo la respuesta “la mayoría de las veces”, pudiéndose considerar como una respuesta positiva. El porcentaje en este caso fue del 40.54% de los encuestados. Esto coincide con los resultados de Hernández y Madarriaga (2022) quienes obtuvieron porcentajes similares para esta dimensión de estudio, observando que el control de peso en los pacientes con hipertensión no es exitoso, lo cual demuestra poca adherencia al tratamiento no farmacológico.

Por último, la dimensión VI (manejo del estrés), se observa similitud entre las diferentes respuestas. El mayor porcentaje lo obtuvo la opción “algunas veces” con el 37.83%. En el trabajo realizado por Hernández y Madarriaga (2022), la mayoría de la muestra para esta dimensión escogió la respuesta de “la mayoría de las veces” con más de un 50% de respuestas, mostrando una mejor adherencia en esta dimensión que la obtenida en el presente trabajo.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento antihipertensivo es un indicador de éxito en el manejo de esta patología, además disminuye el riesgo cardiovascular de los pacientes, así como de padecer complicaciones secundarias a un mal control farmacológico como son los síndromes coronarios agudos, accidentes cerebro vasculares, entre otros. Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian el predominio de la no adherencia al tratamiento farmacológico en 34 pacientes de 37 de la población encuestada, lo cual los expone a la aparición de complicaciones ya mencionadas. En el mismo orden de ideas, los resultados obtenidos a la adherencia de tratamiento no farmacológico evaluados a través de las dimensiones II, III y IV fueron bajos en comparación con los diferentes estudios. Por tanto, se concluye que la no adherencia al tratamiento tanto farmacológico

y no farmacológico en la HTA representa un problema de salud pública, el cual se asocia con un incremento de ingreso hospitalario, costos sanitarios, morbimortalidad y compromete la calidad de vida de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se requiere realizar investigaciones que abarquen mayor cantidad de centros de salud y que permitan hacer una generalización de los resultados encontrados con un muestreo que logre establecer resultados confiables pudiéndose agregar variables como la cantidad y tipo de fármacos antihipertensivos tomados para controlar patología y factores que influyen en la no toma de los mismos como costo de fármacos, olvido, efectos secundarios provocados por medicamentos o dificultad para cumplir con la dieta. También sería útil conocer el peso y talla de los participantes para obtener el índice de masa corporal como marcador del control de peso en estos pacientes. Además los cambios de actitud hacia la concientización y conocimientos sobre esta enfermedad por parte de la población es vital y prioritaria, donde se logren conductas más sanas, cambios de estilos de vida no saludables; tomando esto como una estrategia terapéutica para dicha patología, lo cual se puede obtener generando campañas educativas para que así las personas realicen una mejor adherencia al tratamiento y se puedan disminuir sus complicaciones, ya que se trata de una enfermedad crónica.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no poseer ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Carbo, G., Berrones, L. (2022). Riesgos modificables relacionados a la hipertensión arterial. *Más Vita*, 4(2), 196–214. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0117>
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., y Toro, J. (2020). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL*, 30(4), 313-323. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400011>
- Esquivel, N., & Díaz, L. (2019). Validity and Reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *Invest. Educ. Enferm.* 37(3), e09. DOI: 10.17533/udea.iee.v37n3e09.
- Flaño, J. (2018). *Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial*. <https://medicina.uc.cl/publicacion/tratamiento-no-farmacologico-la-hipertension-arterial-esencial/>
- Garcés, J., Quillupangui, S., Delgado, P., Sarmiento, S., Samaniego, X., Garcia, G., Zapata C., Chuqui, S., Pañi, D., Peralta, D., & Pañi, J. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, (15)5, 322-329. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>
- Hernández, A., Madarriaga, N. (2022). *Adherencia al tratamiento en personas inscritas en un programa de control de hipertensión arterial en una institución de salud de Montería-Córdoba, 2022* [Trabajo de grado, Universidad de Córdoba]. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/entities/publication/0ac2eff4-519b-457e-bc8e-8236646089d8>
- Herrera, E., Berrocal, N., Tejada, B. (2023) Adherencia al tratamiento y creencias sobre los medicamentos en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 41(2), 93311. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n2.93311>
- McEvoy, J., McCarthy, P., Bruno, R., Brouwers, S., Canavan, M., Ceconi, C., Christodorescu, R., Daskalopoulou, S., Ferro, C., Gerdts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R., Molloy, G., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G., Sandset, E., Scheenaerts, B., Staessen, J., Uchmanowicz, I., Volterrani, M. y Touyz, R. (2024). Lineamientos ESC para el manejo de presión arterial elevada e

hipertension arterial: Desarrollada por el grupo de trabajo sobre el manejo de presión arterial elevada e hipertension arterial de la Sociedad Europea de Cardiología y reforzada por la Sociedad Europea de Endocrinología y la Sociedad Europea de Ictus. *Revista Europea del Corazón*, 45(38), 3912–4018, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Hipertensión. Datos y cifras*. https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1

Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, O., Ortega, J., (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es

Parada, F., Sotomayor, A., y Aguirre, D. (2024). *Guía para el manejo de la presión arterial alta y de la hipertensión arterial*. Congreso de Cardiología 2024 de la Sociedad Interamericana de Cardiología. <https://www.siacardio.com/wp-content/uploads/2015/01/Guia-ESC-2024-Hipertension-Arterial-1.pdf>

Rivero, J (2021). *SopORTE familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas inscritas en un programa de control de hipertensión arterial. Córdoba, 2021* [Trabajo de grado, Universidad de Córdoba]. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/3f3e18ac-1458-4bcb-9fa9-7ffa6ac3f71/content>

Solorzano, M (2015). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero- mayo 2015* [Trabajo de grado, Universidad de Carabobo]. <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2506/msolorzano.pdf?sequence=>