

Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en pacientes mayores de 40 años en una Unidad de Atención Primaria Unidad de Atención Primaria en República Dominicana

Adherence to treatment of arterial hypertension in patients over 40 years of age in a Primary Care Unit in Dominican Republic

Gil Mateo, Harold Junior

Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana
haroldgil163@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-1751-3247>

Figueroa Espaillat, Joan

Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana
<https://orcid.org/0009-0008-3270-392X>

Recibido: 2024/04/16 - Publicado: 2025/03/10

CÓMO CITAR:

Gil, H. & Figueroa, J. (2025). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en pacientes mayores de 40 años en una Unidad de Atención Primaria en República Dominicana. *La Barca de Teseo*, 3(1), pp. 1-17. <https://doi.org/10.61780/bdet.v3i1.50>

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA), identificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como principal factor de riesgo cardiovascular, exige una gestión efectiva para prevenir complicaciones graves. La adherencia es desafiada por factores socioeconómicos, especialmente en países en desarrollo como República Dominicana. El objetivo planteado fue describir las causas de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial; identificar la edad con mayor adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial; evaluar la adherencia al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial según el sexo; establecer la relación entre la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y el nivel educativo. Este estudio fue de tipo observacional, prospectivo, de corte transversal, analítico-descriptivo. Se siguieron los criterios de la guía STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology). En El Llano, Baní, los pacientes mayores de 60 años lideraron la adherencia al tratamiento de HTA con un 60%, y las mujeres representaron el 59.12% del total adherente. El olvido y las limitaciones económicas fueron las principales barreras identificadas para la adherencia. La educación primaria predominó entre los pacientes más adherentes. Mayores de 60 años, en particular mujeres y con educación primaria, mostraron mayor adherencia.

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial, adherencia, Hill-bone compliance scale, Morisky Green test, atención primaria

ABSTRACT

Arterial hypertension (HTN), identified by the World Health Organization (WHO) as the main cardiovascular risk factor, requires effective management to prevent serious complications. Adherence is challenged by socioeconomic factors, especially in developing countries such as the Dominican Republic. The objective was to describe the causes of non-adherence to treatment for arterial hypertension; identify the age with the highest adherence to treatment for arterial hypertension; evaluate adherence to drug treatment for arterial hypertension according to sex; and establish the relationship between non-adherence to treatment for arterial hypertension and educational level. This study was observational, prospective, cross-sectional, analytical-descriptive. The criteria of the STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) guide were followed. In El Llano, Baní, patients over 60 years of age led adherence to HTN treatment with 60%, and women represented 59.12% of the total adherents. Forgetfulness and economic limitations were the main barriers identified for adherence. Primary education predominated among the most adherent patients. Patients over 60 years of age, particularly women and those with primary education, showed greater adherence.

KEYWORDS

Hypertension, adherence, Hill-Bone Compliance Scale, Morisky Green Test, primary care

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la presión arterial alta igual o por encima de 140/90 mmHg”, y “el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular”. Se considera un problema de salud pública de gran magnitud, debido a su elevada prevalencia, así como por el importante aumento de la morbimortalidad cardiovascular que conlleva. Se ha estimado que la HTA está relacionada con el 46,4% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares, el 42% de las muertes coronarias y el 25,5% de las muertes totales (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Según la OMS, se estima que cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta al 20-40% de la población adulta de la región, esto significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico crónico es un problema de salud pública muy prevalente. Además, debido al aumento de la esperanza de vida de la población, se prevé que este problema siga incrementándose (Ramírez et al., 2020). La relevancia de mantener una buena adherencia al tratamiento en casos de HTA es crítica, considerando que esta condición representa una de las enfermedades crónicas más comunes y un factor determinante para el incremento del riesgo de mortalidad y discapacidad, así como enfermedades cardíacas isquémicas y cerebrovasculares. La HTA afecta a un amplio rango de la población mundial, con tasas de prevalencia estimadas entre el 30% y el 45%, sin distinción significativa por ubicación geográfica o estrato socioeconómico de los países. Este fenómeno hace hincapié en la importancia universal de la hipertensión como un desafío de salud pública global, destacando la necesidad crítica de estrategias efectivas de manejo y adherencia al tratamiento (Navas Santos et al., 2016). Los beneficios de esta investigación incluyen el aporte de información crucial sobre la adherencia al tratamiento de la hipertensión, la mejoría en la gestión de la hipertensión, reducción de complicaciones asociadas, empoderamiento de los pacientes, entre otros.

En países en vía de desarrollo, como República Dominicana, la poca adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial es frecuente y prevalece en la población, debido tanto a la pobreza como principal factor socioeconómico responsable, como al desconocimiento acerca de la importancia de la medicación (Garcés Ortega et al., 2020). Es esa problemática la que lleva a la siguiente incógnita en formato PIO: ¿Cuáles son las principales causas asociadas a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 40 años en la Unidad de Atención Primaria de la

comunidad El Llano, Baní, durante el periodo de febrero a marzo de 2024? Partiendo de esto, se planteó el siguiente objetivo general: describir las causas de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

Los objetivos específicos que surgen de esta pregunta son: (1) Identificar la edad con mayor adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. (2) Evaluar la adherencia al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial según el sexo. (3) Establecer la relación entre la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y el nivel educativo.

METODOLOGÍA

Esta investigación fue de tipo observacional, debido a que los investigadores se limitaron a medir las variables sin intervenir en ningún momento; de corte transversal, porque las variables fueron medidas en una sola ocasión sin darle seguimiento en el tiempo; de carácter prospectivo, ya que los datos fueron recolectados de fuentes primarias; analítico – descriptivo, ya que se buscó una relación entre las variables sociodemográficas y el nivel de adherencia, y asimismo, se describieron las causas de la no adherencia en la población. Este estudio se realizó bajo los criterios de la guía STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

La población estudiada fueron habitantes mayores de 40 años de El Llano, Baní, Peravia, República Dominicana, con fichas en la Unidad de Primer Nivel.

Se utilizó la calculadora de muestra Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) en la cual se utilizó una población finita ($N=337$), intervalo de confianza de 95%, alfa de 5% y proporción esperada de la población de 50%. Este último parámetro obtenido de la información recolectada de las fichas familiares actualizadas de la Unidad de Atención Primaria El Llano, dando el resultado de una muestra de 180 personas. Pero a pesar de eso se realizó con 181 personas. También se realizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Nz_{\alpha}^2pq}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2pq}$$

Se utilizó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se seleccionaron aquellos sujetos que se encontraban en sus hogares en el horario de la recolección de datos de los investigadores.

Los criterios de inclusión para la investigación fueron: (1) mayor de 40 años; (2) diagnosticado de hipertensión arterial según el criterio médico y documentados en su historial clínico (3) habitante

permanente de la comunidad El Llano, Baní, Peravia (4) haber iniciado el tratamiento farmacológico de hipertensión arterial al menos 6 meses antes de iniciar el estudio. En cuanto a los criterios de exclusión para la investigación se establecieron los siguientes: (1) pacientes con enfermedades o condiciones graves (cáncer, demencia, enfermedades psiquiátricas no controladas) concomitantes limitando la adherencia al tratamiento; (2) pacientes que hayan iniciado un nuevo tratamiento o hayan tenido un cambio significativo en su régimen de tratamiento en los últimos 3 meses; (3) pacientes con limitaciones cognitivas o legales que les impida firmar el consentimiento.

Para el cuestionario se utilizaron variables sociodemográficas, categóricas nominales (edad, sexo, dirección, número de teléfono, estado civil y nivel educativo), así como cualitativas continuas como los ingresos mensuales, tiempo de padecimiento hipertensión arterial, tiempo de uso del fármaco, y variables nominales como el motivo de no adhesión de antihipertensivos. El cuestionario se aplicó verbalmente a cada participante.

El motivo de no adherencia al tratamiento antihipertensivo fue uno de los parámetros principales de la investigación, donde se utilizó un cuestionario que abarcó los siguientes motivos: poca accesibilidad, olvida tomar el tratamiento, abandono del tratamiento por mejoría de salud o falta de síntomas, por decisión, falta de recursos y efectos secundarios.

Como herramientas de recolección de datos fueron utilizadas escalas y test estandarizados, como el Hill-Bone Compliance Test, creado por los doctores John D. Piette y Marshall H. Becker y aplicado en el estudio titulado “Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale” (anexo #1) (Uchmanowicz et al., 2016); el Test de Morisky Green, creado por Donald Morisky y sus colegas (anexo #2). Se añadieron preguntas hechas por los colaboradores para determinar factores sociodemográficos de los pacientes, el tiempo padeciendo hipertensión arterial y el tiempo que se le prescribió el medicamento por última vez.

La recolección de datos inició el 19 de febrero del 2024 y finalizó el 12 de marzo del mismo año. Este se realizó de lunes a viernes, en horario matutino, específicamente desde las 9 de la mañana hasta las 12 del mediodía, partiendo desde el Centro de Atención Primaria del Llano, el cual fue denominado el punto de partida de los investigadores hacia las viviendas de los pacientes en donde se suministró un consentimiento informado y se entrevistaron de manera individual por uno de los investigadores.

Se utilizó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) para comparar las variables cualitativas de independencia y dependencia entre los factores sociodemográficos y el nivel de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial debido a la naturaleza categórica de los factores evaluados. Esta se utilizó para determinar si se aceptaban o no las hipótesis nulas de las variables a medir. Según la hipótesis nula de

cada variable, no había ninguna conexión entre la adherencia y cada una de ellas. Para el cálculo de las escalas se utilizaron la media \pm desviación estándar ($M \pm DE$) (anexos #1 y #2). Para presentar los cálculos de manera más completa y congruente, se utilizaron tablas. Los resultados fueron tabulados y graficados mediante el programa Microsoft Excel 365 versión 16.82 (2402-1116). Para fines de tabulación y análisis de resultados, solo se utilizaron aquellos formularios que fueron contestados completamente.

Antes de la aplicación del cuestionario, los investigadores se presentaron y se proporcionó a todos los participantes un consentimiento informado, donde se garantizó la confidencialidad de la información recopilada y el respeto al derecho de participar o no en el estudio. Se evaluó cuidadosamente cualquier riesgo potencial frente a los beneficios. Este enfoque garantizó la integridad de nuestro estudio y la confianza en los resultados obtenidos. Luego, se procedió a realizar el cuestionario que consistió en 34 preguntas que abarcaban características sociodemográficas y preguntas específicas de la escala Hill-Bone Compliance Scale y test de Morisky Green.

Varios sesgos se eliminaron en el estudio. El sesgo de procedimiento, que es la tendencia de los procedimientos de recopilación de datos a distorsionar los resultados, se redujo con el uso de KoboToolBox. Esto se logró al estandarizar la recopilación de datos y reducir la intervención humana. Además, se utilizaron las escalas de conformidad de Morisky-Green y Hill-Bone para reducir el sesgo de recuerdo, que es la tendencia de los participantes a recordar eventos pasados de manera inexacta o sesgada. Estas escalas contribuyeron a la recopilación de datos objetivos sobre el cumplimiento del tratamiento. Con el uso de herramientas estandarizadas, también se abordó el sesgo de información, que es la tendencia de los participantes a dar respuestas sesgadas. Se establecieron criterios específicos de inclusión y exclusión, y se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, para evitar el sesgo de selección, que es la tendencia de los investigadores a seleccionar ciertos tipos de participantes.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

TABLA 1.

Características sociodemográficas (n=181)

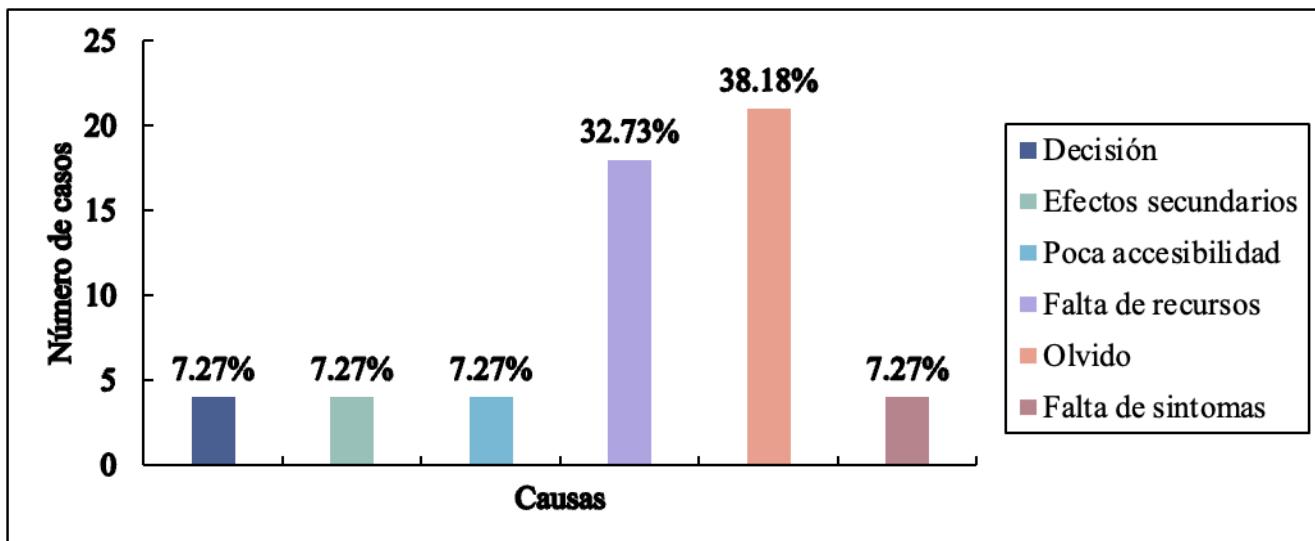
Características sociodemográficas (n=181)	Números de casos totales	% del total
Edad		
40 a 44 años	5	2.76%
45 a 49 años	9	4.97%
50 a 54 años	23	12.71%
55 a 59 años	31	17.13%
60+ años	113	62.43%
Total	181	100%
Sexo		
Masculino	74	40.88%
Femenino	107	59.12%
Total	181	100%
Procedencia		
Llano Arriba	68	37.57%
Llano Abajo	113	62.43%
Total	181	100%
Ingresos mensuales		
0 a 5,000 DOP	34	18.78%
5,000 a 10,000 DOP	43	23.76%
10,000 a 15,000 DOP	42	23.20%
15,000 a 25,000 DOP	32	17.68%
25,000 a 50,000 DOP	25	13.81%
50,000+ DOP	5	2.76%
Total	181	100%

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión a los pacientes dentro de un régimen de tratamiento para la hipertensión arterial, se obtuvo 337 habitantes, de los que se extrajo la muestra que resultó en 180. Sin embargo, se encuestaron 181 personas, cuando la edad más prevalente fue mayor de 60 años. El sexo predominante fue el femenino con una totalidad de 107 pacientes, representando un 59.12% de la población total, siendo el 40.88% restante (74 pacientes) de sexo masculino. En cuanto a la procedencia, se dividieron en Llano Arriba, siendo esto el 37.57% de los sujetos de estudio y Llano Abajo siendo el 62.43% restante. En cuanto a los ingresos mensuales, el 18.78 % afirmó tener un ingreso mensual de 0 a 50.000 DOP, el 23.76 % afirmó tener un ingreso mensual de 50.000 a 10.000

DOP, similarmente, el 23.20 % afirmó tener un ingreso mensual de 10.000 a 15.000 DOP, un 17.68 % afirmó tener un ingreso mensual de 15.000 a 25.000 DOP, mientras que el 13.81 % y un 2.76 % afirmó tener un ingreso mensual de más de 50.000 DOP.

FIGURA 1.

CAUSAS DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (N=181)



Entre las causas de no adherencia, 55 de 181 sujetos que afirmaron que en los últimos 6 meses han dejado de tomar su medicación por algún motivo, en la que se observó que un 38,18 % de los sujetos de estudio no son adherentes porque se olvidan, el 32,73 % afirmó que no son adherentes por falta de recursos, mientras que el resto afirmaron que no lo son por decisión, efectos secundarios, poca accesibilidad y falta de síntomas, representando el 7.27% cada uno.

TABLA 2.

Adherencia según la edad (n=181)

E.N	Adherente	Poco adherente	No adherente	Total	Chi Calculado
Grupo etario					
40 a 44 años	3	2	0	5	
45 a 49 años	8	1	0	9	21.39825279
50 a 54 años	15	8	0	23	
55 a 59 años	24	7	0	31	
60+ años	106	6	1	113	
Total	156	24	1	181	

La hipótesis de que la edad no influye en la adherencia fue rechazada porque los hallazgos demostraron que la mayoría de los pacientes adherentes (156 de 181) tenían más de 60 años. Demostrando que la edad es un factor importante en la adherencia al tratamiento, los pacientes con poca adherencia se distribuyeron principalmente entre los 50 y 59 años, con un solo paciente no adherente de 60 años o más.

TABLA 3.**Adherencia según el sexo (n=181)**

E.N	Adherente	Poco adherente	No adherente	Total	Chi Calculado
Sexo					
<i>Masculino</i>	70	4	0	74	7.541813201
<i>Femenino</i>	86	20	1	107	
Total	156	24	1	181	

En la comunidad El Llano, se planteó la hipótesis nula de que esta variable no estaba relacionada con la adherencia al tratamiento de la hipertensión. Sin embargo, la hipótesis nula fue rechazada porque se descubrió una correlación e impacto de la variable en la adherencia del paciente. Se destaca que, entre los que se adhirieron al esquema, el sexo predominante fue el femenino, con 86 pacientes en los 156 evaluados en esta categoría, y los 70 restantes fueron masculinos. Asimismo, dentro de los pacientes con poca adherencia la mayor parte correspondió al sexo femenino, siendo estos 20 pacientes de los 24 evaluados, mientras que solo 4 pacientes pertenecieron al sexo masculino. Además, el único paciente que no se adhirió al tratamiento fue del sexo femenino. De los 181 participantes evaluados, 107 pacientes fueron de sexo femenino y 74 pacientes fueron de sexo masculino.

TABLA 4.**Adherencia según el nivel educativo (n=181)**

E.N	Adherente	Poco adherente	No adherente	Total	Chi Calculado
Nivel educativo					
<i>Ninguno</i>	10	6	0	16	
<i>Primaria</i>	112	9	0	121	25.74126276
<i>Secundaria</i>	16	4	1	21	
<i>Bachiller</i>	11	5	0	16	
<i>Universitario</i>	7	0	0	7	

Total	156	24	1	181
-------	-----	----	---	-----

Se planteó una hipótesis nula de que esta variable no guardaba relación con la adherencia al tratamiento de la hipertensión en la comunidad El Llano. Sin embargo, se obtuvo una correlación e influencia del nivel académico en la adherencia del paciente, por lo cual la hipótesis nula fue rechazada. Se observa que 156 pacientes resultaron ser adherentes. Se distribuye la mayoría en primaria con 112 pacientes, seguido de secundaria con 16; luego, bachiller con 11; los que afirmaron no tener nivel académico resultaron ser 10 y, por último, los universitarios con 7 pacientes. Sin embargo, aquellos que resultaron ser poco adherentes, se distribuyen en 9 en nivel primario, 6 en ningún nivel académico, 5 en bachilleres y 4 en secundaria. También se destaca que el único nivel académico en el que no hay adherencia es en la secundaria, resultando 1 paciente no adherente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación actual ha revelado aspectos importantes sobre la aceptación del tratamiento para la hipertensión arterial (HTA) en la comunidad de El Llano, Baní. Una muestra de 181 personas de la población estudiada, compuesta por 337 personas que recibieron tratamiento para la HTA, demostró que la HTA es más común entre las personas mayores de 60 años. Es notable que el mayor porcentaje de esta población son mujeres; esto podría reflejar diferencias de género en la prevalencia o la disposición a recibir tratamiento.

El análisis socioeconómico muestra variaciones en los ingresos mensuales de los pacientes, lo cual podría afectar su accesibilidad al tratamiento y, por lo tanto, su adherencia. Según los resultados, un significativo 38,18% de los pacientes tiende a olvidar tomar su medicación y un 32,73% enfrenta dificultades financieras que impiden una adherencia completa. Estos elementos destacan la importancia de llevar a cabo planes que involucren educación sanitaria y financiamiento para mejorar la adherencia al tratamiento en la comunidad.

Los grupos etarios más jóvenes han disminuido, aunque la mayoría de los pacientes mayores de 60 años muestran una alta tasa de adherencia. Este patrón indica que la percepción de la gravedad de la HTA o la necesidad de seguir el tratamiento aumenta con la edad. Aunque las mujeres son la mayoría de los pacientes adherentes, son la mayoría con poca adherencia, lo que demuestra la complejidad del comportamiento de adherencia entre las mujeres y la necesidad de enfoques diferentes para intervenir. Por último, aunque se ha determinado que el nivel educativo guarda relación con la adherencia, se ha

determinado que este no tuvo un impacto significativo en esta investigación, ya que la mayoría de los adherentes son personas con educación primaria.

En esta investigación el 38.18% de los sujetos estudiados señalaron que el olvido fue el motivo más frecuente de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, seguido de la falta de recursos con un 32.73%. Mientras que, en un estudio titulado "*Predictors of non-adherence to antihypertensive medications: A cross-sectional study from a regional hospital in Afghanistan*", "Stanikzai et al." (8), los investigadores señalaron que la falta de recursos como ingreso mensual fue el motivo de no adherencia más frecuente. Asimismo en otro estudio titulado "*Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia*" (Asgedom, Atey, & Desse, 2018). Estos resultados destacan la importancia de implementar estrategias que mejoren la memoria y el acceso a medicamentos y, por lo tanto, mejorar el control de la hipertensión a nivel mundial.

En esta investigación 106 pacientes mayores de 60 años resultaron ser más adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial, similar a la investigación titulada "*La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general*" (Conte et al., 2020), donde la edad promedio fue 65.3 años. El análisis específico por grupos etarios en este estudio enfatiza la importancia de estrategias de intervención adaptadas a diferentes segmentos de la población, a pesar de que ambos estudios reconocen la importancia de la adherencia para un manejo efectivo de la hipertensión.

En este estudio las mujeres representaron un 55.13% del sexo mayor con mayor adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Por lo que, la investigación titulada "*Predictors of medication nonadherence among hypertensive clients in a Ghanaian population: Application of the Hill-Bone and Perceived Barriers to Treatment Compliance Scale*" (Woode et al., 2022), y este estudio resaltan similitudes en la adherencia al tratamiento de la hipertensión según el género, con una tendencia hacia una mayor adherencia entre las mujeres. Ambos estudios sugieren que, aunque las mujeres son más propensas a adherirse al tratamiento, también representan un porcentaje significativo entre los de baja adherencia, al igual que en el estudio titulado Assessing "*Adherence to Antihypertensive Therapy in Primary Health Care in Namibia: Findings and Implications*" (Nashilongo et al., 2017), indicando la complejidad de los factores que influyen en la adherencia y la necesidad de enfoques diferenciados para mejorarlala en ambos sexos.

La investigación titulada "*Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale*" (Uchmanowicz et al., 2016), muestra una notable similitud con este estudio sobre la adherencia al tratamiento de la hipertensión, particularmente en

términos de ingesta de sodio, asistencia a citas médicas y toma de medicamentos, lo que indica patrones de adherencia similares entre diferentes poblaciones. Este paralelismo destaca la importancia de evaluar y mejorar comportamientos de salud específicos para tratar la hipertensión de manera efectiva.

La comparación entre la Escala de Hill-Bone y el test de Morisky Green muestra diferencias en la evaluación de la adherencia que son distinguibles en este estudio (anexo #3), indicando que mientras los pacientes tienden a seguir sus regímenes de medicación con cuidado, hay aspectos como la dieta y la asistencia a citas que requieren atención. Partiendo del estudio titulado “*Métodos para medir la adherencia terapéutica*” (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018), en este estudio se aplicaron estas dos herramientas que ofrecen una imagen compleja de la adherencia, destacando la importancia de estrategias integrales para tratar la hipertensión que tomen en cuenta todos los aspectos del comportamiento de salud del paciente.

RECOMENDACIONES

Se aconseja involucrar a familiares cercanos en el proceso de tratamiento para brindar apoyo y fomentar la responsabilidad compartida en hogares con familias polinucleares. De igual forma, educar al paciente sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable, reducir la ingesta de comidas saladas, incluida una dieta equilibrada, ejercicio regular, control del estrés y evitar el consumo de tabaco y alcohol. Proporcionar al paciente información sobre cómo obtener medicamentos de manera fácil y oportuna, ya sea a través de programas de asistencia para medicamentos o servicios de entrega a domicilio. Por último, ofrecer al paciente orientación sobre la obtención conveniente y oportuna de medicamentos, ya sea mediante programas de asistencia farmacéutica o servicios de entrega a domicilio.

REFERENCIAS

- AlGhurair, S. A., Hughes, C. A., Simpson, S. H., & Guirguis, L. M. (2012). A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the World Health Organization multidimensional adherence model. *Journal of Clinical Hypertension*, 14(12), 877-886. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2012.00699.x>
- Asgedom, S. W., Atey, T. M., & Desse, T. A. (2018). Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Res Notes*, 11(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3139-6>
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124-1140. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
- Centers for Disease Control and Prevention. (s.f.). *Epi InfoTM*. Obtenido de https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_index.html
- Chow, C. K., Teo, K. K., Rangarajan, S., Islam, S., Gupta, R., Avezum, A., ... & Yusuf, S. (2013). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*, 310(9), 959-968. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.184182>
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., et al. (2020). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Rev. OFIL·ILAPHAR*, 30(4), 313-323. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000400009. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400011>
- de Souza, W. K. S. B., Jardim, T. S., Brito, A. A. O., & Jardim, P. C. B. V. (2021). Medication adherence in hypertensive patients and associated factors: A systematic review. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 117(3), 495-507. <https://doi.org/10.36660/abc.20200083>
- Garcés Ortega, J. P., et al. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(5). <https://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>
- Gupta, P., Patel, P., Štrauch, B., Lai, F. Y., Akbarov, A., Marešová, V., ... & Sattar, N. (2017). Risk factors for nonadherence to antihypertensive treatment. *Hypertension*, 69(6), 1113-1120. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08729>
- López-Jaramillo, P., Sánchez, R. A., Díaz, M., Cobos, L., Bryce, A., Parra-Carrillo, J. Z., ... & Lanas, F. (2017). Latin American consensus on hypertension in patients with diabetes and metabolic syndrome. *Journal of Hypertension*, 35(8), 1529-1545. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001373>

- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
- Nashilongo, M. M., Singu, B., Kalemeera, F., Mubita, M., Naikaku, E., Baker, A., ... Kibuule, D. (2017). Assessing adherence to antihypertensive therapy in primary health care in Namibia: Findings and implications. *Cardiovasc Drugs Ther*, 31(5-6), 565-578. <https://doi.org/10.1007/s10557-017-6756-8>
- Navas Santos, L., Nolasco Monterroso, C., Carmona Moriel, C. E., López Zamorano, M. D., Santamaría Olmo, R., & Crespo Montero, R. (2016). Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos. *Enfermería Nefrológica*, 19(1). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100003
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Hipertensión*. SCIELO. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*, 59(4), 251-258. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*, 59(3), 163-172. Obtenido de <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7387>
- Ramírez, P. A. R., Ramírez, P. J. F., & Borrell, Z. J. C. (2020). Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. *Rev. Cubana Farm.*, 53(1), 1-19.
- Stanikzai, M. H., Wafa, M. H., Tawfiq, E., Jafari, M., Le, C. N., Wasiq, A. W., ... Suwanbamrung, C. (2023). Predictors of non-adherence to antihypertensive medications: A cross-sectional study from a regional hospital in Afghanistan. *PLoS One*, 18(12), e0295246. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295246>
- Tedla, Y. G., & Bautista, L. E. (2016). Drug side effects as predictors of non-adherence to antihypertensive medication in a primary care setting. *International Journal of Hypertension*, 2016, Article 8562391. <https://doi.org/10.1155/2016/8562391>
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Chudiak, A., Szymańska-Chabowska, A., & Mazur, G. (2016). Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *BMC Cardiovasc Disord*, 16, 87. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0270-y>
- Woode, E., Boakye-Gyasi, E., Obirikorang, Y., Adu, E. A., Obirikorang, C., Acheampong, E., ... Odame-Anto, E. (2022). Predictors of medication nonadherence among hypertensive clients in a

Ghanaian population: Application of the Hill-Bone and Perceived Barriers to Treatment Compliance Scale. *Health Sci Rep*, 5(3), e584. <https://doi.org/10.1002/hsr2.584>

World Health Organization. (s.f.). *Hypertension*. Obtenido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

ANEXOS

Anexo 1. . Hill-Bone Compliance Scale

Pregunta		M ± DE	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre
1	¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva?	1.48 ± 0.70	62.43%	28.18%	8.29%	1.10%
2	¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación antihipertensiva?	1.23 ± 0.64	86.19%	7.73%	3.31%	2.76%
3	¿Con qué frecuencia ingiere comida salada?	1.98 ± 1.11	44.75%	30.39%	7.18%	17.68%
4	¿Con qué frecuencia añade sal o hierbas aromáticas a su comida antes de ingerirla?	1.61 ± 0.88	58.56%	29.28%	4.97%	7.18%
5	¿Con qué frecuencia come comida rápida?	1.57 ± 0.68	53.04%	38.12%	7.73%	1.10%
6	¿Con qué frecuencia coge la siguiente visita antes de salir del centro médico?	2.31 ± 1.38	46.41%	13.26%	2.76%	37.57%
7	¿Con qué frecuencia no acude a las citas programadas?	1.75 ± 1.04	58.01%	21.55%	8.29%	12.15%
8	¿Con qué frecuencia sale del dispensario sin obtener su medicación prescrita?	1.90 ± 0.90	39.78%	35.91%	18.78%	5.52%
9	¿Con qué frecuencia se queda sin medicación?	1.46 ± 0.73	65.19%	25.41%	7.18%	2.21%
10	¿Con qué frecuencia toma la medicación antihipertensiva de otra persona?	1.02 ± 0.18	98.34%	1.10%	0.55%	0.00%
11	¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se preocupa menos de ello?	1.34 ± 0.68	75.69%	17.13%	4.97%	2.21%
17.65 ± 8.91						

La puntuación media de ingesta de sodio entre los pacientes estudiados fue $M = 5.16$ puntos (desviación estándar $DE = 2.67$ puntos). La puntuación media de asistencia a las citas en el grupo fue $M = 4.06$ puntos (desviación estándar $DE = 2.42$ puntos). La puntuación media de toma de medicamentos fue $M = 8.43$ puntos (desviación estándar $DE = 3.83$ puntos) (7).

Anexo 2. Morisky Green Test

Pregunta		M ± DE	Si	No		
1	¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	0.53 ± 0.50	53.04%	46.96%		
2	Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	0.78 ± 0.41	21.55%	78.45%		
3	¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	0.85 ± 0.36	14.92%	84.53%		
4	¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	0.66 ± 0.47	33.70%	66.30%		
5	¿Se tomó sus medicinas ayer?	0.14 ± 0.35	86.19%	13.81%		
6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	0.83 ± 0.38	17.13%	82.32%		
7	Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	0.77 ± 0.42	23.20%	76.80%		
8	¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	0.90 ± 0.17	67.40%	25.97%	4.97%	1.66%
5.46 ± 1.61						

En el test de Morisky Green, aunque la mayoría de los pacientes informan de tomar sus medicamentos todos los días (ítem 5), la media global de 5.46 (desviación estándar DE = 1.61) indica que los pacientes están en el límite entre una adherencia media y baja.

Anexo 3. Hill-Bone Compliance Scale Vs Morisky Green

Hill-Bone Vs Morisky Green (n=181)	Numeros de casos totales	% del total
Hill-Bone Compliance Scale		
Adherente	156	86.19%
Poco adherente	24	13.26%
No adherente	1	0.55%
Morisky Green Test		
Adherencia alta	3	1.66%
Adherencia media	94	51.93%
Adherencia baja	84	46.41%
Total	181	100.00%

En esta tabla de comparación entre las escalas Hill-Bone Compliance Scale y Morisky Green es evidente la gran diferencia y discordancia entre las mismas, destacando que, ambas fueron realizadas a los mismos sujetos de estudio sin distinción alguna. Se observa que el 86.19% de los pacientes fueron adherentes en la escala de Hill-Bone, mientras que solo un 1.66% tuvieron una adherencia alta en el Morisky Green Test. Sin embargo, en el test de Morisky Green el 51.93% de los pacientes presentaron una adherencia media, mientras que en el Hill-Bone Compliance Scale el 13.26% presentaron poca adherencia. Esto podría deberse a que el test de Morisky Green es más subjetivo.