

Análisis comparativa de la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial sistémica en población urbana y rural¹

Patricia Magnabosco²
Eliana Cavalari Teraoka³
Edward Meirelles de Oliveira⁴
Elisangela Aparecida Felipe⁵
Dayana Freitas⁶
Leila Maria Marchi-Alves⁷

Objetivo: evaluar los índices y los principales factores asociados a la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial sistémica entre área urbana y rural. Método: estudio analítico basado en investigación epidemiológica desarrollada con una muestra de 247 hipertensos moradores del área rural y urbana, con aplicación de un cuestionario sociodemográfico, económico y evaluación de la adhesión. Fue utilizado la prueba chi-cuadrado de Pearson y calculado el odds ratio (OD) para análisis de los factores relacionados a la no adhesión. Resultados: la prevalencia de la no adhesión correspondió a 61,9%, siendo mayor en el área urbana (63,4%). Los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa con la no adhesión fueron: género masculino (OR=1,95; IC95% 1,08-3,50), rango de edad entre 20 a 59 años (OR=2,51; IC95% 1,44-4,39), clase económica baja (OR=1,95; IC95% 1,09-3,47), etilismo (OR=5,92; IC 95% 1,73-20,21), tiempo corto de diagnóstico de hipertensión (OR=3,07; IC95% 1,35-6,96) y no procurar el servicio de salud para consultas de rutina (OR=2,45; 1,35-4,42). Conclusión: las características sociodemográficas/económicas, hábitos de vida y el modo de relacionar con los servicios de salud fueron los factores que mostraron asociación con la no adhesión independientemente del local de residencia.

Descriptores: Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Población Urbana; Población Rural.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Hipertensión arterial sistémica en la población urbana y rural de Sacramento/MG: prevalencia y no adhesión al tratamiento medicamentoso", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Asistente, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ Estudiante de doctorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ Asistente Social, Escola Eurípedes Barsanulfo, Sacramento, MG, Brasil.

⁶ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermera, UBS/PSF Gilberto Arthur Abate, Prefeitura Municipal de Frutal, Frutal, MG, Brasil.

⁷ PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Patrícia Magnabosco
Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina
Av. Pará, 1720
Bairro: Umarama
CEP: 38400-902, Uberlândia, MG, Brasil
E-mail: magnabosco@famed.ufu.br, patimagnabosco@usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La no adhesión al tratamiento medicamentoso representa un problema mundial porque reduce los resultados terapéuticos, especialmente de enfermedades crónicas, y aumenta los costes de los sistemas de salud⁽¹⁾.

Conceptualmente, la no adhesión debe ser asumida como un constructo de múltiples dimensiones. Está relacionada no solamente a tomar o no medicamentos, pero a como el paciente "administra" su tratamiento: comportamiento respecto a la dosis, horario, frecuencia y duración⁽²⁾.

Existen pocos estudios en Brasil y en el mundo que describen índices de adhesión entre los pacientes hipertensos, principalmente en áreas rurales. La mayoría de las investigaciones ha sido orientada a la evaluación en centros urbanos. Estos datos no pueden ser extendidos para áreas rurales, ya que las poblaciones tienen características demográficas, hábitos alimentares y culturales, tipos de ocupación y acceso a la atención médica bastante distintos⁽³⁾.

La literatura muestra que la prevalencia de no adhesión de las personas con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) al tratamiento medicamentoso es muy variada⁽⁴⁾. Investigaciones desarrolladas con hipertensos en ambulatorios de hospitales brasileños mostraron un porcentaje de no adhesión de 86,7% en São José do Rio Preto (SP)⁽⁵⁾ y de 12,7% en Ribeirão Preto (SP)⁽⁶⁾. En la atención primaria de una pequeña ciudad del estado de Rio Grande do Sul, la tasa de no adhesión correspondió al 34,3%⁽⁷⁾. En Teresina (PI), la no adhesión fue de 26,8%⁽⁸⁾; en Maringá (PR), fue igual al 64,0%⁽⁹⁾.

Estudios en áreas rurales de diferentes países también han mostrado índices variados de no adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS. Fueron constatados 66,0% en Turquía⁽¹⁰⁾ y 60,1% en Estados Unidos⁽¹¹⁾. En Brasil, un estudio desarrollado en el estado de Minas Gerais encontró índice de no adhesión del 28%⁽¹²⁾.

Un informe mundial muestra que esta variabilidad observada en la frecuencia de la no adhesión depende de la metodología empleada para su estimación, de las características de la población investigada y del tamaño de la muestra⁽¹⁾.

Respecto a los factores que influyen la adhesión al tratamiento, investigadores indican las múltiples causas, o sea, la adhesión depende de la enfermedad (cronicidad, ausencia de síntomas y consecuencias tardías), del tratamiento (medicamento consumidos),

de características y creencias de las personas (sexo, edad, etnicidad, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico), de los hábitos de vida, de los aspectos culturales (no percepción de la seriedad de la enfermedad, desconocimiento, la enfermedad en el contexto familiar y autoestima) y del modo como las personas con HAS se relacionan con el servicio de salud⁽¹⁾.

Así, ante la diversidad de los contextos entre moradores de áreas urbanas y rurales, la finalidad de este estudio es evaluar los índices y los principales factores asociados a la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS entre área urbana y rural de un municipio brasileño.

Método

El estudio fue conducido en un municipio situado en el Triângulo Mineiro, región del Alto Paranaíba del Estado de Minas Gerais, Brasil, que tiene una población de 23.880 habitantes, siendo 19.278 residentes en el área urbana y 4.602 en el rural. La población de 20 años o más de edad corresponde a 14.217 personas, siendo 12.974 en el área urbana y 1.243 en el rural⁽¹³⁾.

La cobertura de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en el municipio es igual al 85,9% y incluye seis equipos, siendo una con actuación exclusivamente rural que abarca aproximadamente 700 familias, distribuidas en seis micro áreas. Las grandes distancias y las condiciones de tránsito y locomoción difíciles entre las áreas son algunos de los principales retos para la interacción con las comunidades rurales, históricamente relegadas a un segundo plano.

Para este estudio, fue utilizada la población de 1.243 adultos catastrados en la ESF rural y 4.690 personas insertadas en dos equipos de la ESF, en el área urbana. La determinación del tamaño de la muestra fue basada en la estimativa de la proporción poblacional, empleando un índice de prevalencia de HAS igual al 44%, valor máximo según estudios desarrollados en Brasil⁽¹⁴⁾. Los individuos fueron seleccionados mediante muestreo aleatorizado que incluyó los 5.933 habitantes adultos residentes en las áreas rural y urbana, con corrección para población finita y compensación por recusa de 20%, respectándose la densidad poblacional de cada zona. El intervalo de confianza fue determinado en 95% y el error de diseño en 2,5%.

Para cada área de cobertura de los equipos de la ESF fue estimada una muestra, correspondiente a 563 participantes del área urbana y 153 del área rural. Para el procedimiento de recolecta de datos, la muestra fue

sorteada en cuatro estadios. Las unidades de la muestra del primer estadio fueron por áreas de cobertura del PSF de las zonas urbana y rural del municipio.

En el área urbana, el segundo estadio incluyó muestreo por calles, el tercero por domicilios, y el cuarto mediante la elección de un morador. Para mantener y garantizar la característica aleatoria de la muestra, fue determinada que la selección de los sujetos incluiría el primer cumpleaños, a partir de la fecha de la entrevista, entre los moradores de la residencia sorteada.

Los participantes del área rural fueron elegidos por sorteo aleatorio a partir del catastro numérico de las familias en la ESF, registradas en el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) de la Secretaría Municipal de Salud. Para seleccionar los sujetos fue empleado el criterio válido para la población urbana.

Preliminarmente, los individuos fueron informados sobre los objetivos y procedimientos de la investigación y, a seguir, invitados a participar voluntariamente del estudio. Los datos fueron recolectados tras la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Fueron incluidos en la muestra los individuos con 20 años o más de edad que refirieron sufrir de HAS y excluidas las gestantes y personas con enfermedades psiquiátricas graves o incapacidad mental informada por algún familiar. Tales criterios determinaron el alcance del estudio en 247 individuos hipertensos (194 en el área urbana y 53 en el área rural).

Los datos fueron recolectados entre los meses de enero y agosto del 2013, mediante aplicación de cuestionario semiestructurado y instrumentos que permitieron evaluar variables sociodemográficas y económicas, factores de riesgo para HAS, conocimiento de la condición de hipertenso, medicamentos en uso, acceso al servicio de salud y motivos por los cuales los participantes buscan la atención.

La variable dependiente tratada fue la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS y las variables independientes de interés fueron: género; rango de edad (joven/adulto o anciano); color de la piel referida según impresión del sujeto (blanca o no blanca); años de estudio (< 8 años o ≥ 8 años); clase económica (clasificada con base en los Criterios de Clasificación Económica de Brasil según la Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽¹⁵⁾, que usa como referencia la escolaridad y los bienes de consumo, donde la variación ocurre entre la clase A, que representa el mejor estrato, hasta la clase E, con las condiciones más desfavorables); sedentarismo (no práctica de actividad física al menos 3 veces/semana con duración de al menos 30 minutos/

día); tabaquismo (consumo de al menos 1 cigarro/día); etilismo (consumo superior a 30g etanol/día para hombres y 15 g/día para mujeres)⁽¹⁴⁾; tiempo de diagnóstico de HAS (hasta 3 años o ≥ 3 años), según criterio adoptado por los autores del instrumento de medida de no adhesión utilizado en este estudio⁽¹⁶⁾; dificultad de acceso al servicio de salud; tipo de servicio de salud utilizado (convenio/particular o SUS); motivo para búsqueda del servicio de salud (solamente en casos de urgencias, para consultas de rutina – al menos 1 consulta médica a cada 6 meses⁽¹⁴⁾ – o para buscar medicamentos) y cantidad de comprimidos anti-hipertensivos prescritos por día.

Para evaluar la no adhesión al tratamiento de la HAS, fue utilizado el instrumento "Cuestionario de Adhesión a Medicamentos – Qualiaids" (QAM-Q), elaborado y validado en Brasil⁽²⁾. El cuestionario fue desarrollado para tratar del acto (si el individuo toma y lo cuanto toma de sus medicamentos), el proceso (como toma el medicamento en el período de siete días, si omite, si toma de modo incorrecto, si hace "días festivos") y el resultado de adherir (en este caso si su presión estaba controlada).

Para clasificar el entrevistado como no-adherente, fue construida una medida compuesta, en la cual la presencia de una de esas condiciones era suficiente: o no tomar la cantidad correcta (80% - 120% de las dosis prescritas), o no tomar de modo correcto (sin "días festivos", "tomada errática", abandono o "media-adhesión"), o relatar que su presión arterial estaba alterada⁽²⁾.

Para analizar la asociación entre la variable dependiente (no adhesión al tratamiento de la HAS) y variables sociodemográficas y económicas, clínicas/tratamiento/estilo de vida y acceso al servicio de salud, fue utilizada la prueba chi-cuadrado de Pearson. Fue calculado el odds ratio (OD) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% para cada variable estudiado. El nivel de significancia adoptado fue de $\alpha=0,05$. Fue utilizado el programa SPSS Windows *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versión 17.0.

Esta investigación recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP-USP), bajo protocolo n° 188/2012.

Resultados

La prevalencia de no adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS según medida combinada del

QAM-Q fue de 153 (61,9%), siendo mayor en el área urbana 123 (63,4%) que en el área rural 30 (56,6%). No fue encontrada asociación entre local de residencia y no adhesión al tratamiento (OD= 1,32; IC95% 0,71-2,46).

La distribución de la frecuencia de las características sociodemográficas y económicas, clínicas/tratamiento/ estilo de vida y acceso al servicio de salud de la población urbana y rural son demostradas en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1 – Distribución de los hipertensos según variables sociodemográficas/económicas y estilo de vida de la población urbana y rural. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variable estudiada %	Rural (n=53) %	Urbana (n=194) %	Población total (n=247)
Género			
Femenino	56,6	72,7	69,2
Masculino	43,4	27,3	30,8
Rango de Edad (años)			
≥ 60 años	39,6	66,0	60,3
Hasta 59 años	60,4	34,0	39,7
Color de la piel			
Blanca	92,5	73,2	77,3
No blanca	7,5	26,8	22,7
Escolaridad			
< 8 años de estudio	84,9	71,6	74,5
≥ 8 años de estudio	15,1	28,4	25,5
Clase económica*			
A/B	13,2	29,4	25,9
C/D/E	86,8	70,6	74,1
Tabaquismo†			
No	84,9	85,6	85,4
Sí	15,1	14,4	14,6
Etilismo‡			
No	88,7	90,2	88,7
Sí	11,3	9,8	11,3

* Clase económica A/B (más favorable) y C/D/E (menos favorable)

† Tabaquismo (consumo de al menos 1 cigarro/día)

‡ Etilismo (consumo superior a 30g etanol/día para hombres y 15 g/día para mujeres).

Tabla 2 – Distribución de los hipertensos según variables clínicas/tratamiento y acceso al servicio de salud de la población urbana y rural. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variable estudiada %	Rural (n=53) %	Urbana (n=194) %	Total (n=247)
Tiempo de diagnóstico (Hipertensión Arterial Sistémica)			
Más de 3 años	77,4	77,8	83,0
Hasta 3 años	22,6	22,2	17,0
Comprimidos/día			
1 a 2	48,1	53,8	52,3
≥ 3	51,9	46,2	47,7
Tipo de Servicio			
Convenio/Particular	3,8	22,7	23,9
Sistema Único de Salud	96,2	77,3	76,1

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Variable estudiada %	Rural (n=53) %	Urbana (n=194) %	Total (n=247)
Dificultad de acceso			
No	60,4	68,8	66,4
Sí	39,6	32,0	33,6
Motivo de búsqueda del servicio de salud			
Consulta de rutina*	62,3	64,4	63,6
Obtener medicamento	5,7	7,6	3,6
Solamente urgencia	32,1	28,8	32,8

* Consulta de rutina (al menos 1 consulta médica a cada 6 meses)

La no adhesión medida por la proporción de dosis consumidas del QAM-Q correspondió a 53 (27,3%) en la población urbana y 16 (30,2%) en la rural. Respecto al proceso de toma del medicamento medido con el QAM-Q, 82 (42,3%) personas fueron consideradas no adherentes en el área urbana y 21 (39,6%) en el rural; de estos, 12 (6,2%) en el área urbana y tres (5,7%) en el área rural relataron tomar los medicamentos en horarios cambiados; 10 (5,2%) personas del área urbana hacían "días festivos" en el uso de los anti-hipertensivos, pero ninguno entre los hipertensos del área rural; 20 (10,3%) tomaban de manera equivocada en el área urbana y seis (11,3%) en el rural; 15 (7,7%) practicaban media adhesión en el área urbana y siete (13,2%) en el rural; seis (3,1%) cambiaban cantidades de dosis en el área urbana e uno (1,9%) en el rural; tres (1,5%) abandonaron parcialmente el tratamiento medicamentosos en el área urbana y ningún hipertenso en el rural; 21 (10,8%) abandonaron totalmente los medicamentos en la población urbana y cinco (9,4%) en la rural. Respecto al deshecho referido, 87 (44,8%) moradores del área urbana y 20 (37,7%) en el rural relataron que su presión arterial estaba alterada la última vez en que fue medida.

La distribución de la frecuencia y asociación de la no adhesión y las variables en estudios son mostradas en las Tablas 3 y 4.

Los motivos relatados por los hipertensos respecto a la no adhesión al tratamiento medicamentoso fueron: ausencia de síntomas (51,3%), efectos colaterales (21,8%), olvido (16,8%), factores económicos (5,9%) y otros (4,2%).

Los factores que perjudicaron el acceso al servicio de salud fueron: distancia con relación al local de atención (77,6%) y falta de plazas (15,6%), según los moradores del área rural e indisponibilidad de plazas (46,0%) y dificultad de locomoción (44,4%) según la población.

Tabla 3 – Análisis univariado de la asociación de no adhesión y características sociodemográficas/económicas y estilo de vida. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variable estudiada	No adhesión (%)			Odds Ratio	Intervalo de Confianza (95%)	p*
	Rural (n=53)	Urbano (n=194)	Total (n=247)			
Género					(1,08-3,50)	0,025‡
Femenino	50,0	58,9	57,3	1		
Masculino	65,2	75,5	72,4	1,95		
Rango de edad (años)					(1,44- 4,39)	0,001‡
≥ 60 años	47,6	54,7	53,7	1		
Hasta 59 años	62,5	80,3	74,5	2,51		
Color de la piel					(0,74-2,62)	0,301
Blanca	59,2	60,6	60,2	1		
No blanca	25,0	71,2	67,9	1,39		
Escolaridad					(0,66-2,17)	0,553
< 8 años de estudio	55,6	62,6	60,9	1		
≥ 8 años de estudio	62,5	65,5	65,1	1,19		
Clase económica†					(1,09-3,47)	0,023‡
A/B	42,9	50,9	50,0	1		
C/D/E	58,7	68,6	66,1	1,95		
Tabaquismo‡					(0,90-4,51)	0,081
No	55,9	60,8	59,7	1		
Sí	62,5	78,6	75,0	2,02		
Etilismo§					(1,73-20,21)	0,002‡
No	53,2	60,6	58,4	1		
Sí	83,3	89,5	89,3	5,92		

* Prueba Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0,05$)

† Clase económica A/B (más favorable) y C/D/E (menos favorable)

‡ Tabaquismo (consumo de al menos 1 cigarro/día)

§ Etilismo (consumo superior a 30g etanol/día para hombres y 15 g/día para mujeres)

Tabla 4 - Análisis univariado de la asociación de no adhesión y características clínicas/tratamiento y acceso al servicio de salud. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variable estudiada	No adhesión (%)			Odds Ratio	Intervalo de Confianza (95%)	p*
	Rural (n=53)	Urbano (n=194)	Total (n=247)			
Tiempo diagnóstico					(1,35- 6,96)	0,005
Más de 3 años	53,7	58,3	58,0	1		
Hasta 3 años	66,7	81,4	81,0	3,07		
Comprimidos/día					(0,67-1,91)	0,632
1 a 2	40,0	63,6	58,5	1		
Más de 3	70,4	58,8	61,6	1,13		
Tipo de Servicio					(0,92-3,01)	0,089
Convenio Particular	50,0	50,0	52,5	1		
Sistema Único de Salud	56,9	67,3	64,9	1,67		
Dificultad de acceso					(0,41-1,22)	0,222
No	53,1	67,4	64,6	1		
Sí	61,9	54,8	56,6	0,71		
Motivo de búsqueda del servicio de salud					(0,44-0,84) (1,35-4,42)	0,003
Consulta rutina†	48,5	56,0	54,1	1		
Recibir remedios	100,0	59,3	77,8	2,20		
Solamente urgencia	64,7	78,1	75,3	2,45		

* Prueba Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0,05$)

† Consulta de rutina (al menos 1 consulta médica a cada 6 meses)

Discusión

El índice de no adhesión al tratamiento de la HAS mostrado en este trabajo está dentro de los límites porcentuales indicados en otros estudios desarrollados en Brasil^(2,5,7-9).

Entre los tres parámetros de medida de la no adhesión utilizados por el instrumento QAM-Q, nuestros hallazgos indican que el proceso de toma de los medicamentos fue el mayor responsable por la no adhesión al tratamiento entre los hipertensos del área rural; en la población urbana, se destacó el “desfecho referido”. La utilización del “desfecho referido” como siendo una variable de no adhesión al tratamiento puede representar una limitación o sesgo del estudio, ya que el relato de elevación en la presión arterial no necesariamente significa que el participante no adhirió al tratamiento medicamentoso. La alteración en los índices de tensión puede estar relacionada al manejo clínico inadecuado (posología insatisfactoria, droga ineficaz) o medida incorrecta o insuficiente de la presión arterial (única medida en un solo día).

En el área rural prevalecieron personas más jóvenes y que usan más de tres comprimidos al día. Sin embargo, los valores porcentuales relacionados a algunas características sociodemográficas, económicas, clínicas, relacionadas al estilo de vida y al acceso al servicio de salud, pueden ser más expresivos para una o otra población (Tablas 1 y 2).

Tanto en el área rural como en el urbana, más de la mitad de los hipertensos no adhiere al tratamiento medicamentoso de la HAS. Sin embargo, se observa una diferencia de aproximadamente siete puntos porcentuales entre los índices de adhesión, con destaque al área urbana. De acuerdo con nuestros resultados, un estudio desarrollado en el Estado de Minas Gerais (Brasil) encontró un índice de no adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS seis por ciento mayor en el área urbana en comparación con el área rural⁽¹²⁾. Algunos investigadores creen que el hecho pueda ser atribuido a la influencia de aspectos socioeconómicos y culturales⁽¹⁷⁾.

Todas las seis variables que mostraron asociación estadística con la no adhesión (género masculino, rango de edad hasta 59 años, clase económica baja, etilismo, menor tiempo de HAS y motivo de búsqueda del servicio de salud – solamente en casos de urgencia) están más prevalentes entre hipertensos moradores del área urbana (Tablas 3 y 4).

Nuestros hallazgos indicaron que hipertensos del género femenino adhirieron más al tratamiento, tanto en el área urbana como en el rural. El género masculino mostró riesgo 1.95 mayor de no adhesión comparado al género femenino, con diferencia estadísticamente significativa (Tabla 3). Estudiosos ya subrayaron que las mujeres perciben y relatan su problemas de salud de manera más contumaz que los hombres, y también buscan con mayor frecuencia los servicios de salud y consecuentemente siguen mejor la prescripción⁽¹⁶⁾.

Respecto al rango de edad, diversos estudios también han mostrado la baja adhesión entre no ancianos^(9,14,18), tanto en el área rural como en el urbana, donde encontramos que personas de 20 a 59 años mostraron riesgo 2,51 veces mayor en no adherir al tratamiento medicamentoso cuando comparados con los participantes de 60 años o más. Fue previamente discutido que la característica asintomática de la HAS puede acarrear cierta despreocupación en los más jóvenes respecto al control de la enfermedad, aumentando riesgos de complicaciones graves y mortalidad por enfermedades cardiovasculares⁽⁹⁾.

También identificamos que individuos de menor nivel económico, pertenecientes a las clases C, D o E, mostraron riesgo 1,95 mayor de no adhesión al tratamiento, comparados a aquellos pertenecientes a las clases A o B. Este evento ya fue relatado por otros investigadores^(2,18), para quienes la situación socioeconómica influye fuertemente la adhesión, estando no solamente relacionada al poder de compra de medicamentos, pero también a los aspectos educacionales, culturales y sociales⁽²⁾.

Aunque algunas investigaciones constaten que, mayor el grado de instrucción, mayor será el nivel de adhesión al tratamiento medicamentoso^(10,19), en este estudio no fue observada esta relación.

El etilismo parece estar asociado a la no adhesión al tratamiento de la HAS, sea en el área rural o urbana. Según nuestros hallazgos, aquellos que consumen alcohol mostraron un riesgo de no adhesión casi seis veces mayor que los hipertensos que no consumen bebidas alcohólicas. El recelo de los posibles efectos indeseables causados por la asociación de medicamentos anti-hipertensivos con bebida alcohólica fue uno de los principales relatos presentados en un estudio trasversal con 401 pacientes, conducido en diferentes centros del estado de Bahía con objeto de analizar los motivos que llevan a los pacientes a no adherir al tratamiento de la HAS⁽²⁰⁾.

De manera divergente a lo que indica la literatura, donde se discute que el mayor número de medicamentos utilizados tiende a disminuir la adhesión^(16,21), nuestros resultados no mostraron asociación entre la polifarmacia y la adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS.

Dados de la presente investigación indican que individuos hipertensos con menor tiempo de diagnóstico de HAS (hasta tres años) mostraron índices de no adhesión mayores que aquellos con mayor tiempo (más de tres años) (Tabla 4). Resultados de otro estudio con personas hipertensas subrayan que, menor el tiempo de enfermedad y de tratamiento farmacológico, mayor el índice de no-adhesión⁽¹⁶⁾.

Según los hipertensos que integraron nuestra muestra, el principal motivo para la no adhesión al tratamiento medicamentoso, tanto en el área rural como en el urbana, fue la "ausencia de síntomas". Para muchos investigadores^(10,16), la característica asintomática de la enfermedad y la necesidad de tratamiento por toda la vida son eventos distintivos que contribuyen a la no adhesión al tratamiento. Estudio⁽²²⁾ desarrollado con 353 pacientes de un hospital universitario del Estado de São Paulo estacó que el hecho de la HAS ser asintomática contribuyó al 36% de no adhesión al tratamiento.

También encontramos que la mayoría de la población, sea del área urbana o rural, relató utilizar el Sistema Único de Salud (SUS). La dificultad de acceso al sistema de salud fue mencionada por participantes de ambas áreas, pero prevaleció entre los moradores del área rural, para los cuales la distancia a ser recorrida es el elemento que contribuye de forma imperativa a esta restricción. Aquellos que procuraron el servicio para consultas de rutina adhirieron más al tratamiento que aquellos que lo buscaron solamente para adquirir medicamentos o en caso de urgencias, tanto en el área rural como en el urbana (Tabla 4).

La asiduidad a las consultas es determinante para el control de la hipertensión, ya que trae motivación individual y, esa, a su vez, lleva a determinadas actitudes que favorecen la reducción de la presión arterial, tales como la adhesión al tratamiento medicamentoso⁽⁵⁾. Un estudio desarrollado con 245 hipertensos atendidos en el ambulatorio de un hospital universitario reveló que, entre los 220 pacientes hipertensos asiduos, o sea, los pacientes que estuvieron presentes en las consultas hasta 30 días de la fecha previamente marcada para su regreso, 200 (90,9%) decían que estaban tomando la medicación de acuerdo con la prescripción médica⁽⁶⁾.

Subrayamos además que, a pesar de la gran distancia geográfica entre las áreas rurales y servicios de

salud relatada por los participantes de nuestro estudio, no fue detectada asociación entre la dificultad de acceso y la no adhesión, lo que puede ser explicado por la atención prestado por la ESF rural. Este equipo está presente una vez por semana en cada pueblo y en todos ellos existe un servicio de salud con presencia diaria del agente comunitario y del auxiliar de enfermería, viabilizando, aunque de forma incipiente, el contacto con el servicio de salud. A pesar de una serie de dificultades en el ámbito político-administrativo y financiero, la gran expansión de la atención primaria de salud en Brasil mediante la ESF ha causado impactos positivos en la situación sanitaria y de salud de la población⁽²³⁾.

Sin embargo, según la Organización Mundial de Salud⁽¹⁾, edad, género, educación, ocupación, estado civil, religión, etnicidad y vida urbana *versus* rural no han sido asociados a la adhesión de forma definitiva. Algunos autores⁽¹⁶⁾ relatan que la no adhesión al tratamiento de la HAS está más fuertemente relacionado a problemas de no-reconocimiento de la enfermedad, por ser asintomática, que a la dificultad de acceso al servicio de salud, hecho también observado en este estudio.

Conclusión

Nuestros hallazgos revelaron altos índices de no adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS en las áreas urbana y rural, siendo más expresivos para la población urbana. Género masculino, rango de edad entre 20 y 59 años, clase económica baja, etilismo, tiempo corto de diagnóstico y la no búsqueda del servicio de salud para consultas de rutina fueron los factores que mostraron asociación con la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la HAS. El hecho de vivir en área urbana o rural no influyó en la adhesión al tratamiento de la HAS. Por otro lado, los factores relacionados a las características y creencias personales, a los hábitos de vida y al modo como los hipertensos se relacionan con los servicios de salud revelaron asociación con la no adhesión. El conocimiento de los principales grupos vulnerables de la comunidad es de gran valía para orientar la planificación de las políticas de salud, posibilitando la prevención de complicaciones y evitando el comprometimiento de la salud de la población.

Referencias

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2003. 199 p.

2. Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):764-7.
3. Balieiro HM, Osugue RK, Rangel SP, Brandão R, Balieiro TL, Bernardes S, et al. Perfil clínico-demográfico e indicadores de qualidade da insuficiência cardíaca em uma área rural. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):687-91.
4. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med*. 2012;125(9):882-7.
5. Dosse C, Cesarino CB, Vilela Martin JF, Castedo, MCA. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2):201-6.
6. Coelho EB, Neto MM, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilate TJM, Nobre F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(3):157-61.
7. Grezzana GB, Stein AT, Pellanda LC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(4):355-61.
8. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(7):1885-92.
9. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):27-34.
10. Karakurt P, Kasikçi M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *J Vasc Nurs*. 2012;30(4):118-26.
11. Martin MY, Kohler C, Kim Y, Kratt P, Schoenberger YM, Mark S, et al. Taking Less Than Prescribed: Medication Nonadherence and Provider-Patient Relationships in Lower-Income, Rural Minority Adults With Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2010;12(9):706-13.
12. Monteiro CN, Farias RE, Alves MJM. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. *Rev APS*. 2009;12(1):48-53.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010 [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315690&idtema=1&search=minas-gerais|sacramento|censo-demografico-2010>.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010;13(4):260-312.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014 [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/codigosConduas.aspx>
16. Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf-Neto J. Evaluation of care provided for people with arterial hypertension in family health strategy services. *Saúde Soc*. 2010;19(3):614-26.
17. McDonald MV, Pezzin LE, Peng TR, Feldman PH. Understanding the complexity of hypertensive african american home care patients: challenges to intervention. *Ethn Dis*. 2009;19(2):148-53.
18. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek, RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. *Clin Med Res*. 2013;11(2):54-65.
19. Vitor AF, Monteiro FP, Morais HC, Vasconcelos JD, Lopes MV, Araújo TL. Survey of the follow-therapeutic patients with hypertension. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(2):251-60.
20. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(4):375-84.
21. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM, ADIEHTA Group. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011;25(1):62-7.
22. Mion Jr D, Pierin AMG, Ignez EC, Marcondes M. Non-pharmacological treatment: low level of awareness in a developing country. *Am J Hypertens*. 1996;9(4):170A.
23. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;348:g4014.

Recibido: 20.3.2014

Aceptado: 5.11.2014