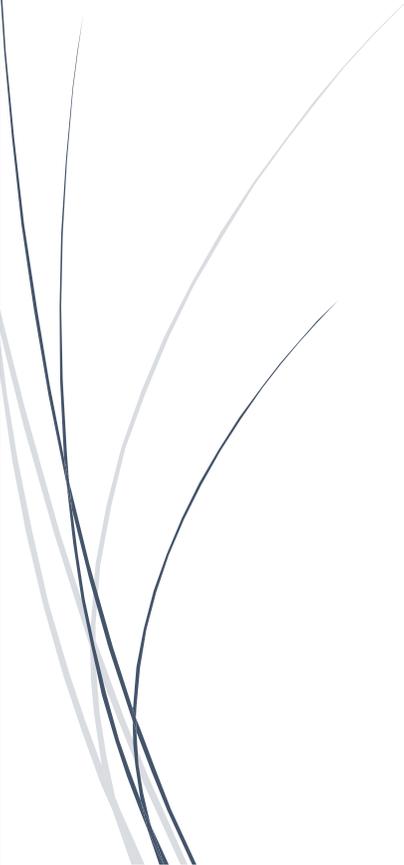


Revisión Bibliográfica



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

TEMA:

**AUTOCONOCIMIENTO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DEL
PACIENTE HIPERTENSO EN AMERICA LATINA**

REVISION BIBLIOGRAFICA PARA PODER OPTAR AL TITULO DE DOCTORADO
DE LA CARRERA DE MEDICINA.

PRESENTADO POR:

Garcia Melendez, Isela Guadalupe
Landaverde Flores, Hermes Rafael
Martinez Artiga Lesly Alexandra

San Salvador, 22 de Noviembre de 2020

Lic. César Emilio Quinteros

Rector

Dra. Cristina de Amaya

Vice Rector Académico

Dr. Darío Chávez Silfizar

Vice Rector de Investigación y Proyección Social

Ing. Sonia Rodríguez

Secretaria General

Dr. Carlos Monchez

Decano Facultad de Medicina

Dr. Alexis Castro Pérez

Asesor

San Salvador, 22 de Noviembre de 2020

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN.....	V
INTRODUCCION	1
MÉTODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
CONCLUSIONES	12
RECOMENDACIONES.....	13
FUENTES DE INFORMACION CONSULTADAS.....	14
ANEXOS.....	18

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresamos agradecimientos a la Universidad Evangelica de El Salvador por el conocimiento aportado durante los ocho años de formación academica.

Al Dr. Alexis Castro Perez, nuestro asesor, por transmitirnos sus conocimientos, experiencia investigativa y orientación en el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Ruth Salinas, Jefe del Plan de Desarrollo de Talleres de Investigacion, quien con su experiencia aportó al mejoramiento de esta investigación.

RESUMEN

La Hipertensión Arterial, es un problema de salud mundial por lo que es factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas y degenerativas como enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterioesclerótica y enfermedad renal. Esta patología se define como el aumento crónico de la presión arterial (sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg); cuando se desconoce la causa específica se define como hipertensión esencial. **Objetivos:** Investigar el autoconocimiento, adherencia y control que tienen los hipertensos en Latinoamérica. **Métodos:** esta revisión bibliográfica es de tipo descriptiva y se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos como: *PubMed, MedLine, Cochrane Library, Hinari, Google Scholar, UptoDate* entre otras fuentes de investigación. **Resultados:** En diferentes países que se realizaron estudios se pudo identificar el grado de conocimiento que tienen los hipertensos, el cual presenta el 39% son mujeres con estudios universitarios y de área urbana, también se verifica que el 60.95% asisten a sus controles, toma de presión arterial y tiene adherencia al tratamiento. Sin embargo el 30.46% tiene practicas inadecuadas. **Conclusiones:** los diferentes estudios que se verificaron permiten determinar que de acuerdo a características sociodemográficas se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes hipertensos son sexo femenino, residente de área urbana y con estudios universitarios; Existen pacientes hipertensos con bajos status socioeconómico por lo que la baja escolaridad afectar el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento empezando por el cambio de estilo de vida o restricciones para evitar complicaciones a futuro.

Palabras Claves: autoconocimiento, adherencia, tratamiento, arterioesclerótica, antihipertensivos.

INTRODUCCION

Por su alta morbilidad-mortalidad la Hipertensión Arterial (HTA), es un problema de salud pública en el mundo y en nuestro país, siendo el factor de riesgo para enfermedades crónicas ⁽¹⁾ . La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que se define como valores de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 milímetros de mercurio (mmHg) o de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg. Según American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA), el 33% de las personas adultas tienen hipertensión arterial con unos grados de conocimiento (60%) y control global (25%) muy bajos ⁽²⁾. La HTA es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV) ⁽³⁾.

Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren, tales como: dieta con alto contenido de sal, grasa o colesterol, además de las condiciones crónicas (problemas renales y hormonales, diabetes *mellitus* y colesterol alto), antecedentes familiares de la enfermedad, falta de actividad física, vejez (mientras mayor sea la persona existe más probabilidad de padecerla), sobrepeso, obesidad, color de la piel, algunos medicamentos anticonceptivos, estrés y consumo excesivo de tabaco o alcohol ⁽⁴⁾.

Factores como las cifras de presión arterial, el incremento de la presión arterial relacionado con la edad y la prevalencia de hipertensión, varían con el país y la subpoblación dentro del mismo. La hipertensión está presente en todas las poblaciones, salvo en un pequeño número de sujetos que viven en países desarrollados. En sociedades industrializadas, la presión arterial aumenta en forma lenta y sostenida en los primeros dos decenios de la vida. En niños y adolescentes acompaña al crecimiento y la maduración. La presión arterial aumenta en forma gradual con el transcurso del tiempo en niños, adolescentes y adultos jóvenes. La prevalencia de hipertensión es de 33.5% en sujetos de raza negra sin ascendientes latinoamericanos; de 28.9% en sujetos caucásicos sin ascendientes latinoamericanos, y de 20.7% en descendientes de

latinoamericanos. La posibilidad de hipertensión aumenta con el envejecimiento y en sujetos que tienen mayor o igual a 60 años, la prevalencia es de 65.4% ⁽⁵⁾.

La valoración inicial de un hipertenso debe incluir la anamnesis y la exploración física completas para confirmar el diagnóstico de hipertensión, identificar otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y causas secundarias de hipertensión, detectar consecuencias cardiovasculares de la hipertensión y otras enfermedades intercurrentes, valorar el modo de vida proveniente de la presión arterial y conocer las posibilidades de intervención ⁽⁶⁾. Los criterios recomendados para el diagnóstico de hipertensión con base en la medición seriada de la presión arterial durante 24 horas son: promedio de presión arterial con sujeto consciente mayor o igual a 135/85 mmHg y presión arterial con el sujeto dormido mayor o igual 120/75 mmHg ⁽⁷⁾. Los niveles recién señalados son muy cercanos a la cifra de 140/90 mmHg de la presión medida en una clínica ⁽⁸⁾.

Técnica de toma de presión arterial. Debido a los múltiples factores que influyen en las cifras de PA, la técnica es trascendental, ganando fiabilidad si se siguen algunas recomendaciones, que quedan recogidas en la tabla 1.

Tabla 1. Recomendaciones para la toma y lectura adecuada de la presión arterial.

Recomendación	Repercusión
Preparación: evitar cafeína/tabaco/ejercicio físico en los 30 min previos, sentado y relajado al menos 5 min antes de medirla	
Primera medición en ambos brazos, posteriormente se debe seguir tomando siempre en el brazo con la medida más elevada	
Tamaño adecuado de manguito	<i>Si es pequeño aumenta de 2 a 10 mmHg</i>
Manguito sobre el brazo desnudo	<i>Sobre ropa aumenta de 5 a 50 mmHg</i>
Brazo apoyado y a la altura del corazón	<i>No apoyado aumenta 10 mmHg</i>
Espalda y piernas apoyadas	<i>No apoyada/s aumenta 6 mmHg</i>
Piernas no cruzadas	<i>Cruzadas aumenta de 2 a 8 mmHg</i>
Vejiga vacía	<i>Llena aumenta 10 mmHg</i>
No debe hablar/escuchar atentamente durante la medición	<i>Conversando aumenta 10 mmHg</i>
Usar el promedio basado en ≥ 2 lecturas (separadas 1-2 min entre ellas) obtenidas en ≥ 2 ocasiones (días distintos)	

Fuente: Artículo especial: Sobrediagnóstico y sobretratamiento en el ámbito cardiovascular: factores de riesgo, no enfermedades ⁽⁹⁾.

La premisa fundamental para tratar a los pacientes con hipertensión arterial debe ser individualizar el tratamiento. En algunos casos la normalización de la presión arterial se

obtiene solo con modificar el estilo de vida; en otros, es necesario indicar la terapia medicamentosa, pero en ambas situaciones es primordial la educación del paciente ⁽¹⁰⁾.

Tratamiento no farmacológico o modificaciones del estilo de vida. Las intervenciones relativas a modificar estilos de vida constituyen el eje central de la prevención de la HTA y forman parte indisoluble del tratamiento integral del paciente hipertenso ⁽¹¹⁾. Todos los hipertensos deben realizar modificaciones en el estilo de vida, estas tienen un impacto positivo tanto en el control de la PA como en el tratamiento con fármacos antihipertensivos; su principal cuestionamiento radica en la inestable adherencia a largo plazo. Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en personas no hipertensas, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Las modificaciones en el estilo de vida se resumen en: a) Reducción y control del peso corporal; b) Reducción de la ingesta de sal; c) Realizar ejercicios físicos regularmente; d) Dejar de fumar; e) Limitar la ingestión de bebidas alcohólicas; f) Otras sugerencias en la dieta ⁽¹²⁾. (Ver Tabla 2).

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Los medicamentos hipotensores más usados universalmente por haber resistido las pruebas terapéuticas, según estudios metacéntricos efectuados, y considerados de primera línea son los diuréticos, beta bloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y más recientemente, los antagonistas de los receptores de la angiotensina II ⁽¹³⁾. Otros medicamentos como los alfa bloqueadores, los simpaticolíticos centrales, los antagonistas adrenérgicos periféricos y los vasodilatadores directos, se consideran de segunda o tercera línea y algunos son reservados para situaciones muy específicas ⁽¹⁴⁾.

Tabla 2. Recomendaciones en base a medicina basada en evidencia sobre el tratamiento no farmacológico de la Hipertensión Arterial.

Recomendaciones	Clase	Nivel
Se recomienda reducción del peso corporal (aproximadamente 5 kg) en pacientes sobrepeso y obesos.	I	A
Se recomienda un patrón alimentario que enfatice en la ingestión de vegetales, frutas, granos enteros, con poca grasa, y granos refinados, carne de aves de corral, pescado, aceites vegetales y legumbres y limitar la ingesta de dulces, bebidas azucaradas y carnes rojas.	I	A
Se recomienda en adultos restringir la ingesta de sal a 5 g diarios, lo equivale a una cucharadita de postre rasa de sal per cápita /día y en niños restringir el consumo de sodio diario a 1,2 g/día para niños de 4 a 8 años de edad y 1,5 g/día para niños mayores.	I	A
Se recomienda la práctica sistemática de ejercicio, al menos 30 min de ejercicio dinámico moderado 3 o 5 días por semana.	I	A
Se recomienda que a todos los fumadores se les aconseje dejar de fumar.	I	A
Se recomienda eliminar el consumo de alcohol, si es necesario, limitarse a menos de 1 onza de etanol (20 mL), lo que significa: 12 onzas (350 mL) de cerveza o 5 onzas (150 mL) de vino o 1 1/2 onzas (45 mL) de ron. En las mujeres y en personas de bajo peso el consumo debe limitarse a menos de 15 mL por día, pues son más susceptibles a sus efectos negativos.	I	A

Fuente: Revista Cubana de Medicina, vol. 56, La Habana. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial⁽¹²⁾.

Entre los países de bajos ingresos, muchos son los factores de riesgo asociados a una mayor prevalencia de HTA, tales como: edad mayor de 65 años, personas sin educación formal, pacientes obesos con sobrepeso, pacientes en poblaciones urbanas, sexo femenino y consumo de alcohol⁽¹⁵⁾. Asimismo, algunos autores han sugerido que aspectos relacionados con la deficiente salud perinatal en países del tercer mundo y problemas relacionados con los sistemas de salud son factores asociados a la alta prevalencia, así como al pobre control, no adherencia al tratamiento y desconocimiento de la enfermedad.

En El Salvador, así como otros países de América Latina, con una alta prevalencia de los factores de riesgo mencionados para el desarrollo y pobre control de la HTA, sumado al bajo nivel educativo y consecuente pobre nivel de conocimiento de la enfermedad, las implicaciones que esto tiene al tratamiento, constituyen un alto riesgo para el desarrollo y evolución de la misma ⁽¹⁵⁾.

Como enunciado del problema se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control del paciente hipertenso en América Latina? Ya que se considera que el conocimiento, práctica en el autocuidado y adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos, es de gran importancia para el cuidado de la salud y la preservación de la vida.

En ese sentido, el objetivo del presente artículo es desarrollar una revisión narrativa de cuál es el autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control que tienen los pacientes hipertensos en América Latina, poder identificar los conocimientos que tienen estos pacientes sobre su enfermedad, describir la adherencia al tratamiento antihipertensivo, y determinar las ventajas y desventajas del control que llevan estos pacientes, de tal forma que los hallazgos puedan servir a los tomadores de decisión a orientar las intervenciones en salud pública hacia los puntos que la evidencia nacional muestre mayores deficiencias.

MÉTODOS

Para la realización de la presente revisión bibliográfica, de tipo descriptiva, se revisaron un total de veinticinco artículos sobre hipertensión arterial crónica y su relación con el autoconocimiento del paciente y el consiguiente control de la enfermedad. Los artículos se clasificaron de acuerdo con los países en los que se recogió la información que en total fueron 7 de América Latina, además se describe el tipo de estudio realizado en cada país los cuales son prospectivos.

Dichos artículos fueron encontrados a través de los siguientes motores de búsqueda, entre ellos plataformas, base de datos y portales sanitarios: *PubMed, MedLine, Cochrane Library, Hinari, Google Scholar, UptoDate, Scielo, Intramed* entre otras fuentes de

información relacionados a investigaciones en el contexto de salud. Para eso, se utilizaron los siguientes descriptores: Hipertensión arterial, autoconocimiento, control. apoyándonos también en el uso de los operadores booleanos *AND*, *NOT*, y *OR* para facilitar la búsqueda de los artículos científicos y así la recopilación de información. Se han combinado las palabras clave con los conectores para poder encontrar artículos válidos para el objetivo del trabajo.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (A) el artículo o revista debía ser sobre hipertensión arterial, conocimiento de la enfermedad y su control; (B) debía incluir resultados tablas y gráficos que comparen el autoconocimiento de la enfermedad con el autocontrol de la misma; (C) la fecha de publicación de los artículos debía tener una antigüedad no mayor a cinco años; (D) el idioma de publicación debía ser español o inglés. La mayoría de los artículos consultados eran estudios retrospectivos, de cohorte, entre otros. La búsqueda bibliográfica fue realizada por todos los miembros del grupo de investigación. En el caso de encontrar un artículo repetido en varias publicaciones se eliminó o se tomó el que haya sido publicado más recientemente. La revisión de los documentos seleccionados y la decisión de incluirlos se llevó a cabo por parte de todos los integrantes de la investigación.

RESULTADOS

PERÚ. El autoconocimiento de la hipertensión arterial (HTA) es una tarea pendiente en esta población. Los resultados de los estudios que han evaluado este tema, reportan en la mayoría de los casos que este es menor al 50%, valores inferiores que los reportados en otras ciudades de Latinoamérica ⁽¹⁶⁾.

En el 2016 una muestra de participantes del CRONICAS Cohort Study ⁽¹⁷⁾, estudio que incluyó 3601 personas de Tumbes, Puno y Lima. Se encontró que de 717 pacientes con HTA, el 28% sabía de su condición de hipertenso. El desconocimiento de su estatus de hipertenso era mayor en Tumbes (41%) que en Lima (31%) y mucho menor tanto en el área rural de Puno (21%) y en área rural de la misma ciudad (7%). Asimismo, era menor en pacientes con bajo estatus socioeconómico (39%) que entre los de ingresos medios

y altos (29 y 31% respectivamente). En el reporte del CRONICAS Cohort Study⁽¹⁷⁾ en el 2016, el 30% de los participantes sabían de su condición de hipertensos, pero no estaban tratados. A los 15 meses de seguimiento el 56,9% recibían tratamiento y solo el 25,4% estaban controlados. Los factores predictores positivos para recibir tratamiento fueron la edad y la historia familiar de enfermedades crónicas⁽¹⁷⁾. En cuanto al tratamiento, evaluaron a 969 individuos mayores de 80 años de edad en la ciudad de Lima y la provincia constitucional del Callao. En esta población, el 87% se encontraba en tratamiento farmacológico, 65% de los cuales estaban controlados. En el grupo de pacientes hipertensos que no utilizaban tratamiento farmacológico, un 56% tenía un control de la HTA⁽¹⁷⁾.

Respecto a la adherencia al tratamiento, al igual que en los estudios mostrados en las áreas temáticas previas, hay heterogeneidad en la forma en que fue evaluada. Se encuestó a 115 pacientes atendidos en el Hospital Cayetano. La edad promedio fue de 62,7% y 77 (67%) eran de sexo femenino. Ciento dos (88,7%) venían siendo tratados por más de 6 meses, con uno a dos medicamentos (47,8%) y con tres a más (52,2%). Se encontró una baja adherencia a la medicación según los resultados, predominantemente en jóvenes y en aquellos a quienes se les habían prescrito más de dos medicamentos⁽¹⁷⁾.

COLOMBIA. Los resultados indicaron que de los pacientes encuestados el 71,86% tenían conocimiento de la enfermedad y del régimen terapéutico. Se encontró que la mayoría de los pacientes conocían de la dieta que deben llevar por ser hipertensos, de sus complicaciones, así como del control farmacológico de la enfermedad. Sin embargo, se presentó desconocimiento en relación a las cifras normales de tensión arterial, la definición de HTA y la suspensión del tratamiento cuando se presentan cifras normales de tensión arterial. (Ver anexo 3). Los resultados mostraron que los pacientes hipertensos presentaron 60,95% prácticas positivas en el manejo de la hipertensión arterial y el régimen terapéutico, el 30,46% tuvieron prácticas negativas y el 8,58% realizaban prácticas neutras. El 98,4% de los pacientes presentaron prácticas positivas al cumplir con las citas de control y seguimiento programadas, el 98,8% ante signos de alarma asistían de forma inmediata al centro de salud y/o hospital y el 97,6% manifestó

que la información que recibieron del personal de salud suficiente para comprender el tratamiento ⁽¹⁸⁾.

MEXICO. En un estudio prospectivo efectuado de julio a diciembre de 2018, en el que se aplicó una encuesta sobre hipertensión arterial sistémica a población en general en el sur de la Ciudad de México, se realizaron 340 encuestas, de las que se retiraron 66 por diferentes motivos, dejando para nuestro estudio 274 encuestas de personas de todas las edades y en varios lugares de la región sur y diferentes estratos socioeconómicos. Al separar la información por género, se reporta lo siguiente: Se encuestaron 121 personas de género masculino. El 56% del grupo de edad de 60 a 75 años se conocía hipertenso y fue el grupo con la mayor tasa de autoconocimiento de la enfermedad. El 67% del grupo de 75 años o más no tenía conocimiento de la hipertensión, lo que revela un alto índice de personas ancianas que no conocen la enfermedad en sí. Asimismo, del grupo de 45 a 60 años, 80% sí conocía esta enfermedad. Del grupo de 75 años o más, el 100% se había tomado la presión en el último año, a pesar de la desinformación que existe en el mismo grupo en cuanto a la hipertensión. El grupo en el que el mayor número de personas (34%) no se había tomado la presión en el último año fue el de 30 a 45 años ⁽¹⁹⁾. (Ver Resultados en Anexo 4).

ARGENTINA. El estudio RENATA ⁽²⁰⁾ actualizó los datos de prevalencia, conocimiento y tratamiento de la HTA en siete ciudades de la Argentina. Se realizaron 4.150 encuestas de las cuales 144 fueron descartadas por presentar datos incompletos. La tasa de respuesta a la encuesta fue del 80%. En relación con los hipertensos, el 37,2% desconocían su enfermedad (el 44,6% de los hombres y el 25,9% de las mujeres), mientras que el 6,6% conocían su condición de hipertensos, pero no estaban tratados (6,9% en hombres y 6% en las mujeres). El 56,2% de los hipertensos conocidos estaban tratados con diferentes drogas antihipertensivas; pero sólo el 26,5% tenía un buen control de la PA (< 140/90 mm Hg); el control fue mejor en las mujeres con el 36,8% que en los hombres con 19,8%. Los pacientes más jóvenes son los que mayormente desconocen su enfermedad ⁽²⁰⁾.

PANAMA. Se realiza la aplicación de encuesta poblacional sobre la adherencia medicamentosa a 1.200 personas en las 4 ciudades de mayor población y crecimiento económico en Panamá y otra encuesta a pacientes hipertensos atendidos en centros de atención primaria de la Seguridad Social, durante los meses de septiembre a octubre del 2016. Del total de personas que participaron en la encuesta, 671 tomaban medicamentos, 54% eran mujeres y 54% con estudios universitarios. Por lo tanto, el 55.9% se considera que se encuentran controlados. El 91% manifestaron padecer algún tipo de enfermedad y uso de diversos medicamentos. El 55% contestó que alguna vez había olvidado tomar el medicamento. Fueron 176 pacientes encuestados en los centros de atención primaria, 67% mujeres, 42% con grado universitario. El 97% eran hipertensos, 48% diabéticos. El 80% de los hipertensos tomaban diversos medicamentos. De acuerdo a los resultados de la encuesta, los pacientes mostraron tener un gran conocimiento sobre su enfermedad ⁽²¹⁾.

EL SALVADOR. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. A través de un diseño muestral probabilístico por conglomerados, se obtuvo una muestra representativa de docentes de primaria de centros escolares del Ministerio de Educación (MINED) y profesionales de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud (MINSAL). Se estudiaron 505 personas utilizando un cuestionario sobre hábitos y conductas en salud, mediciones físicas-antropométricas, pruebas bioquímicas sanguíneas y de orina. En cuanto a los resultados del estudio, la prevalencia de hipertensión arterial por ministerio se encontró una menor prevalencia en el MINSAL, con 27.0 por ciento (IC95% 21.3 - 33.6), que corresponde a 287 personas y en el MINED con 32.3 por ciento (IC95% 27.3 - 37.8), equivalente a 2 mil 623 personas (ver Tabla 22). En relación al sexo, se encontró que son similares entre en ambos ministerios. Del total de la población hipertensa se encontró que el 22.9 por ciento tiene tratamiento y se encuentra controlada; el 3.1 por ciento tiene tratamiento y no está controlada y el 0.3 por ciento se encuentra sin tratamiento, mientras que el 5.1 por ciento no sabía que era hipertensa ⁽²²⁾. (Ver figura 1).

Figura 1. Prevalencia de Hipertensión arterial según lugar de trabajo y sexo.

Institución		n	Prevalencia		
			%	Intervalo de confianza	
MINSAL	Femenino	39	26.5	20	34.3
	Masculino	15	28.3	17.8	41.8
	Total	54	27	21.3	33.6
MINED	Femenino	72	32	26.2	38.4
	Masculino	26	33.3	23.8	44.5
	Total	98	32.3	27.3	37.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos, EDUSALUD 2016. ⁽²²⁾

CHILE. Se realizó un estudio transversal en 276 pacientes, quienes llenaron un cuestionario con características generales, para evaluar la asociación entre las variables independientes con la adherencia al tratamiento y con la alfabetización en salud. Se encuestó a 276 pacientes, encontrándose que el 67% (184) eran mujeres y que el 69% (191) tenían 60 años o más. Con respecto al grado de instrucción, el 48,2% tenían secundaria completa y el 42,0% tenían primaria completa. En cuanto a los aspectos sociales: el 50% (138) de los pacientes eran jefes de familia, el 57% (156) tenían pareja y el 61% (168). Se encontró que el 35,9% (99) de los pacientes presentó una inadecuada alfabetización en salud y que la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes que conformaron la muestra fue del 15,2% (42) Asimismo, el 87% (241) de los pacientes presentaban comorbilidades. Esto significaría que, al mejorar la alfabetización en salud los pacientes lograrían comprender mejor la prescripción médica y estarían más dispuestos a cambiar sus estilos de vida ⁽²³⁾.

Tabla 3. Datos comparativos sobre autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la enfermedad, a partir de los resultados obtenidos por cada país investigado.

PAIS	AUTOCONOCIMIENTO	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CONTROL DE LA ENFERMEDAD
PERU	Se estima que es <50% de la población, desde un 7% hasta un 41% dependiendo del estado socioeconómico.	De 88,7% de personas que se encontraban en tratamiento se encontró baja adherencia en un 47.8%	De 969 individuos mayores de 80 años el 87% se encontraba en tratamiento, de los cuales 65% estaban controlados
COLOMBIA	71,86% tenían conocimiento de la enfermedad y del régimen terapéutico	60,95% de la población estudiada tenía adherencia al tratamiento.	El 98,4% de los pacientes presentaron practicas positivas al cumplir con las citas de control y seguimiento programadas
MEXICO	El 56% del grupo de edad de 60 a 75 años se conocía hipertenso. El 67% del grupo de 75 años o más no tenía conocimiento de la hipertensión.	34% fue el grupo de personas no asistian a seguimientos y con mala adherencia al tratamiento.	El 56% del grupo de edad de 60 a 75 años se encontraban controlados.
ARGENTINA	En una encuesta de 4.150 personas el 37,2% desconocían su enfermedad (el 44,6% de los hombres y el 25,9% de las mujeres).	El 56,2% de los hipertensos seguían su tratamiento antihipertensivo	solo el 26,5% tenía un buen control de la presión arterial.
PANAMA	El 91% manifestaron conocimiento de hipertensión, otras comorbilidades y uso de diversos medicamentos (alto grado de los encuestados tenían estudios universitarios).	El 80% de los hipertensos encuestados tenían buena adherencia al tratamiento.	55.9%de los hipertensos se considera que se ecuentran controlados.
EL SALVADOR	Un total de 59.3% de encuestados conocen de su enfermedad (MINSAL Y MINED combinados), mientras que el 5.1 % no sabia que era hipertensa.	22.9 % tiene adherencia al tratamiento y se encuentra controlada.	3.1 % tiene tratamiento y no está controlada y el 0.3% se encuentra sin tratamiento.
CHILE	87% de los pacientes conocían su enfermedad y comorbilidades	la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes fue del 15,2%	Se considera que el 84.8% de los pacientes no están controlados adecuadamente.

Fuente: Elaboracion propia.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de diferentes artículos realizados en los países de América Latina, se puede concluir que de acuerdo a características sociodemográficas se ha evidenciado que el mayor porcentaje de pacientes hipertensos son del sexo femenino, residente de área urbana y con estudios universitarios; Aunque existen pacientes hipertensos con bajos status socioeconómico por lo que la baja escolaridad tiende a afectar el conocimiento de la enfermedad y su adherencia al tratamiento empezando por el cambio de estilo de vida o restricciones para evitar complicaciones a futuro. También los antecedentes familiares juegan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión arterial y comorbilidades como diabetes mellitus y obesidad mórbida.

Tras encontrar que más del 50% de pacientes tiene una adherencia inadecuada al tratamiento, se han hecho importantes recomendaciones como: aumentar el tiempo de consulta para instruir mejor al paciente, responder sus dudas de forma adecuada, ganar una mayor confianza con el médico y lograr un mejor control de la enfermedad.

El tratamiento y el control de la HTA han mejorado en los últimos años, aunque estos aún son deficientes y muy por debajo del promedio de los países de altos ingresos y otros países latinoamericanos. El trasfondo de estos datos evidencia un importante problema de salud y la necesidad de establecer mejoras respecto con: a) tratamiento de las personas hipertensas no tratadas, previa detección y concienciación y b) mejor seguimiento de las que ya están en tratamiento, para conseguir o mantener el control, no demorando el uso de politerapia cuando sea necesaria.

RECOMENDACIONES

Se hace necesario reconsiderar desde el campo de las ciencias de la salud y las de otras ciencias afines, la necesidad de educar a las personas que sufren hipertensión arterial, para que puedan adoptar comportamientos saludables que propicien el cuidado y mantenimiento de su salud, potenciando de esta manera la adherencia terapéutica, aspecto que pese a ser muy abordado científica y popularmente no se educa ni en la familia, ni en la escuela, ni en los centros laborales y que, como demuestran las evidencia científicas y asistenciales, presenta grandes dificultades.

Realizar acercamientos o visitas domiciliarias para evaluar pacientes con hipertensión arterial y verificar si aplican las practicas adecuadas para evitar complicaciones; explicando el cambio de estilo de vida que es necesario para tener mayor control de la enfermedad y educar al paciente para que tenga una mejor adherencia al tratamiento. Es importante que el personal de salud haga claridad a los pacientes con hipertensión la importancia de no suspender el tratamiento cuando se tiene cifras de tensión normales, además el personal de programas debe tener en cuenta hacer el seguimiento de la toma de los medicamentos.

Promover a través de instituciones gubernamentales y no gubernamentales como escuelas o iglesias cambios en estilos de vida, alimentación adecuada, controles preventivos para mejorar percepción de la población hacia la prevención de factores de riesgo de Hipertensión Arterial.

FUENTES DE INFORMACION CONSULTADAS.

1. Pomares Avalos, A; Vasquez Nunez, M; Ruiz Dominguez, A. Adherencia Terapeutica en pacientes con Hipertension Arterial. Revista Finlay. 2017 Septiembre.
2. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiologia(ESC) y European Society of Hypertension (ESH). Revista Española de Cardiologia. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. [Online].; 2018 [cited 2020 abril]. Available from: <https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-guia-esc-esh-2018-sobre-articulo-S0300893218306766?referer=buscador>.
3. World Health Organization (OMS). Enfermedades Cardiovasculares. [Online].; 2017 [cited 2020 Octubre 21. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
4. World Health Organization (OMS). Informacion general sobre hipertension arterial. Una enfermedad que mata en silencio. [Online].; 2016 [cited 2020 Octubre 22. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
5. Kasper, DL; Hauser, SL; Jameson, JL; Fauci, AS; Longo, DL; Loscalzo, J. Harrison Principios de Medicina Interna 19 Edicion. In Parte 10. Trastornos del aparato cardiovascular. Vasculopatía Hipertensiva. United States of America: Mc Graw-Hill Education.; 2015. p. 1612- 1627.
6. P. Giorgini; A.B Weder; E.A Jackson; R.D Brook. A review of blood pressure measurement protocols among hypertension trials: implication for evidence-based clinical practice. Journal of The American Society of Hypertension: jash,8. 2014 August.

7. Tagle, R. ScienceDirect: Diagnostico de Hipertension Arterial. [Online].; 2017 [cited 2020 Octubre 21]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300099>.
8. Sellen Crombet, J; Barroso Pacheco, L. Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Invest Biomed [Online].; 2015 [cited 2020 Octubre 21]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001&lng=es.
9. Castillo Sanchez, M; Galera Morcillo, L; Sanchez Sanchez, Juan Antonio. Sobrediagnostico y sobretratamiento en el ambito cardiovascular: Factores de riesgo, no enfermedades. ELSEVIER. 2018 Septiembre.
- 10 Muñoz Retana, Carlos. GeoSalud. Hipertension arterial y sus complicaciones. . [Online].; 2016 [cited 2020 Octubre 21]. Available from: https://www.geosalud.com/hipertension/hta_complicaciones.htm.
- 11 Abbasi J. Medical Students fall Short on Blood pressure check challenge. JAMA. . 2017 April; 318.
- 12 Pérez Caballero, M; León Álvarez, J; Dueñas Herrera, A. Guía cubana de . diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cubana med. [Online].; 2017 [cited 2020 Octubre 17]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es.
- 13 Zanchetti, C; Thomopoulos, G; Parati, A. Effects of blood pressure-lowering . treatment on cardiovascular outcomes and mortality. In Effects of different classes of antihypertensive drugs in older and younger patients. United States of America; 2018. p. 1,627-1,647.
- 14 Berenguer Guarnaluses, Lazaro Jorge. MEDISAN. Algunas consideraciones sobre . la hipertensión arterial. [Online].; 2016 [cited 2020 Octubre 16]. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es.

- 15 Herrera Añezco, P; Pacheco Mendoza, J; Valenzuela Rodriguez, G; Malaga G. . Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 25]. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2622>.
- 16 Instituto Nacional de estadística e Informática de Lima, Peru. Hipertensión arterial. . Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. [Online].; 2017 [cited 2020 Octubre 22]. Available from: https://www.inei.gob.pe/biblioteca_virtual/.
- 17 Segura Vega, L; Regulo Agustí, C; Ruiz Mori, Enrique. La Hipertension Arterial en el . Peru. Estudio de factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Revista Peruana de Cardiología. 2015 Abril.
- 18 Gomez Cuellar, C; , Orozco Coneo, B; Suarez Camargo, M; Rivera Cuellar, A; Castro . Betancourth, D. Conocimientos, actitudes y practicas del paciente hipertenso. Florencia, Colombia. R. F. S. Revista Facultad de SALUD. 2015 Enero- Junio.
- 19 Baglietto Hernandez, J; Mateos Bear, A; Nava Sanchez, J; Rodriguez Garcia, P. . Nivel de conocimiento en hipertension arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de Mexico. Med Int Mex. 2020 Enero-Febrero.
- 20 Marcos JM; Fabreguez, G; Rodriguez, P; Diaz, M; Paez, O. Registro Nacional de . Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. Revista Argentina de Cardiología. 2015 Marzo- Abril.; 80 n2.
- 21 Conte, E; Morales, Y; Nino, C; Zamorano, C; Benavides, M; Donato, M; Gomez, B; . "et al.". ILAPHAR. Revista de la Ofil. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 28]. Available from: <https://www.revistadelaofil.org/la-adherencia-a-los-medicamentos-en-pacientes-hipertensos-y-en-muestra-de-la-poblacion-general/>.

- 22 Instituto Nacional de Salud (INS). Prevalencia de Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en educadores de primaria y profesionales de salud que laboran en el sector publico del departamento de San Salvador. San Salvador: EDUSALUD, San Salvador; 2016.
- 23 Rosas Chavez, G; Romero Vissurraga, C; Ramirez Guardia, E. El grado de alfabetizacion en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertension arterial en un hospital nacional de Lima, Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019 Febrero.
- 24 Rodriguez Abt, J; Solis Visscher, R; Rogic Valencia, S; Roman, Y; Reyes Rocha, M. Asociacion entre conocimiento de hipertension arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Peru. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 55-60. 2015 Abril.
- 25 Cols, Cesar G. Gomez. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PACIENTE HIPERTENSO. Ministerio de la Proteccion Social, Colombia. 2015 Septiembre-Diciembre.

ANEXOS.

Anexo 1. Características de los pacientes hipertensos de los consultorios de cardiología del HNERM.

Características		n	%
Género	Mujer	153	50.7%
	Hombre	149	49.3%
Edad	Media \pm σ	69.8	10.2
Estado civil	Sin pareja	108	35.8%
	Con pareja	194	64.2%
Grado de instrucción	Primaria	44	14.6%
	Secundaria	104	34.4%
	Superior	154	50.9%
Años de hipertensión *	<5 años	76	25.2%
	5-10 años	58	19.2%
	>10 años	168	55.6%
Información sobre hipertensión †	Sí	213	70.5%
	No	89	29.5%
Diabetes <i>mellitus</i> 2	Sí	80	26.5%
	No	222	73.5%
Enfermedad renal	Sí	35	11.6%
	No	267	88.4%
Tiempo en consultorio	<10 minutos	74	24.5%
	10-15 minutos	160	52.9%
	>15 minutos	68	22.5%
Resultado de conocimientos de hipertensión	Alto conocimiento	206	68.2%
	Bajo conocimiento	96	31.8%
Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Adherencia parcial	161	53.3%

σ : desviación estándar.

* Años desde el diagnóstico de hipertensión.

† Si recibió información de hipertensión por parte de su médico.

Fuente: Rev. Fac. Med 2017, Artículo original realizado en Hospital Nacional Edgardo Reblagiati Martins, Lima, Peru ⁽¹⁷⁾.

Anexo 2. Adherencia al tratamiento antihipertensivo según las características de la población.

Características		Adherencia parcial (n=161)	%	Adherencia total (n=141)	%	p
Género	Masculino	78	52.4	71	47.7	0.74
	Femenino	83	54.3	70	45.8	
Edad	Media	70		69.5		0.30
Estado civil	Sin pareja	56	51.9	52	48.2	0.70
	Con pareja	105	54.1	89	45.9	
Grado de instrucción	Primaria	27	61.4	17	38.6	0.49
	Secundaria	55	52.9	49	47.1	
	Superior	79	51.3	75	48.7	
Años de hipertensión *	<5 años	47	61.8	29	38.2	0.02
	5-10 años	36	62.1	22	37.9	
	>10 años	78	46.4	90	53.6	
Información sobre hipertensión †	Sí	101	47.4	112	52.6	<0.01
	No	60	67.4	29	32.6	
Diabetes mellitus 2	Sí	42	52.5	38	47.5	0.86
	No	119	53.6	103	46.4	
Enfermedad renal	Sí	16	45.7	19	54.3	0.86
	No	145	54.3	122	45.7	
Tiempo en consultorio	<10 minutos	51	68.9	23	31.1	<0.01
	10-15 minutos	86	53.8	74	46.3	
	>15 minutos	28	35.3	44	64.7	
Resultado de conocimientos de hipertensión	Alto conocimiento	96	46.6	110	53.4	0.01
	Bajo conocimiento	65	67.7	31	32.3	

* Años desde el diagnóstico de hipertensión.

† Si recibió información de hipertensión por parte de su médico.

Fuente: Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento, estudio realizado en Lima, Perú ⁽²⁴⁾.

Anexo 3. Porcentaje de respuesta por pregunta de la variable conocimientos.

N°	Conocimientos Enunciado	%	
		SÍ	NO
1	La hipertensión arterial es el aumento de la tensión por encima de 120/80 mmHg	74	26
2	La hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida.	83,2	16,8
3	Las cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg se consideran normales	16,8	83,2
4	Una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial.	97,2	2,8
5	El consumo de cigarrillo, alcohol aumenta la presión arterial	93,6	6,4
6	La tensión alta trae complicaciones al cerebro, corazón, riñón	96,8	3,2
7	Se puede suspender el tratamiento cuando las cifras de presión arterial se encuentren dentro de límites normales.	40,4	59,6
8	La presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos.	96,0	4,0
9	Cuando sube la tensión arterial aparecen síntomas como dolor de cabeza, ruidos en los oídos, palpitaciones, dolor en el pecho, calor en la cara.	88,4	11,6
10	La hipertensión arterial se puede controlar con medicamentos	94,4	5,6
11	Se puede aumentar o disminuir las dosis y horario de los medicamentos, si controla su tensión arterial, sin consultar con el personal de salud.	46,8	53,2
12	Si la persona es hipertensa y se siente bien, es necesario acudir al médico.	82,8	17,2

Fuente: Revista Medica de Salud, Colombia ⁽²⁵⁾.

Anexo 4. Representación de los resultados obtenidos en la encuesta realizada en la Ciudad de Mexico.

	¿Se sabe hipertenso?	¿Sabe qué es la hipertensión?	¿Conoce los riesgos de tener hipertensión?	¿Lleva una bitácora de su presión arterial?	¿Tiene antecedentes heredo-familiares de hipertensión arterial?	¿Realiza alguna acción para prevenir o controlar la presión arterial?	¿Fuma?	¿Es diabético?	¿Tiene colesterol elevado?	¿Tiene los triglicéridos elevados?	¿Tiene cefaleas frecuentes?	¿Tiene cardiopatía isquémica?	¿Toma medicamentos antihipertensivos?	¿Ingiere alimentos ricos en sal?	¿Ingiere alimentos ricos en grasa?
Mujeres															
Sí	36	122	108	24	94	67	25	12	35	27	56	2	31	61	69
No	118	29	43	130	37	87	127	142	119	127	94	152	123	93	81
Hombres															
Sí	23	87	80	11	59	64	35	8	21	22	29	7	22	65	67
No	98	31	39	110	32	55	86	113	99	98	91	114	99	56	52
Total sí hombres y mujeres	59	209	188	35	153	131	60	20	56	49	85	9	53	126	136
Total no hombres y mujeres	216	60	82	240	69	142	213	255	218	225	185	266	222	149	133

Fuente: Artículo Original, Med Int Mex, Nivel de conocimiento en hipertension arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de Mexico ⁽¹⁹⁾.