



Artículo original

Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial en un hospital universitario de Colombia

Javier O. Barón Barón ¹, Daniel. G. Fernández-Ávila ^{2,3}, Sara Cárdenas Guio ², Edwin Leonardo Duitama González ⁴, Tatiana Vanesa Calderón Cerquera ⁴, Leyder Andrés Romero Trillos ⁴, Jonathan Danilo Mesa Aponte ⁴, Juan Pablo Castillo Correa ⁴, David Santiago Chinchilla Pérez ⁴ y Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez ^{2,4}

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Tunja, Colombia

²División de Investigaciones, Hospital Universitario San Rafael, Tunja, Colombia

³Departamento de Reumatología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁴Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia

Cómo citar: Barón Barón JO, Fernández-Ávila DG, Cárdenas Guio S, Duitama González EL, Calderón Cerquera TV, Romero Trillos LA, *et al.* Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial en un hospital universitario de Colombia. Rev. Colomb. Nefrol. 2025; **12**(1), e806. <https://doi.org/10.22265/acnef.12.1.806>

Resumen

Contexto: la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo modificables más prevalentes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Para un adecuado control de esta enfermedad, es indispensable que los pacientes tengan una buena adherencia al tratamiento, sin embargo, el incumplimiento terapéutico es un problema frecuente en la actualidad.

Objetivo: caracterizar sociodemográficamente la adherencia al tratamiento farmacológico y determinar los factores relacionados con el no cumplimiento terapéutico, en los pacientes con hipertensión arterial en un hospital universitario de Colombia.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia a los medicamentos, estilo de vida, enfermedad crónica, morbilidad, mortalidad, aseguradora.

Recepción:

11/Dic/2023

Aceptación:

26/Mar/2024

Publicación:

19/May/2025

✉ **Correspondencia:** Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez, carrera 11 #27-27, Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Tunja, Colombia. Correo-e: lejovaro@gmail.com



Métodología: estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se incluyó a toda la población con diagnóstico de hipertensión arterial que recibió atención en el periodo comprendido entre el 01 de abril hasta el 31 de mayo de 2021. Para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó la escala de Morisky (MMAS-8).

Resultados: se incluyeron 400 pacientes, de los cuales el 56 % eran hombres. El 14 % de los pacientes eran adherentes al tratamiento farmacológico versus 86 % que manifestaban no adherencia al mismo. La causa más frecuente de no adherencia estuvo dada por el no suministro de medicamentos por parte de las aseguradoras de salud (49 %).

Conclusiones: la no adherencia al tratamiento farmacológico continúa siendo una gran barrera para lograr un control adecuado de las enfermedades crónicas, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares en los pacientes.

Adherence to treatment of patients with arterial hypertension in a University Hospital in Colombia

Abstract

Background: Arterial hypertension is one of the most prevalent who did not modifiable risk factors for cardiovascular disease. For an optimal control of this disease, it is important that patients have a good adherence to treatment, however, non compliance with treatment is still a frequent problem.

Purpose: To characterize sociodemographically adherence to pharmacological treatment and identify the factors associated with therapeutic non-compliance in patients with arterial hypertension attending in a university hospital of Colombia.

Methodology: This was an observational, descriptive, cross-sectional study. The entire population with a diagnosis of arterial hypertension who received care between April 1 and May 31, 2021 was included. The Morisky scale (MMAS-8) was used to assess adherence to pharmacological treatment.

Results: 400 patients were included, of wich 56 % were men. 14 % of the patients were adherent to pharmacological treatment versus 86 % who did not. The most frequently cause of non-adherence was the failure of the health insurers to supply medicines (49 %).

Conclusions: Non- adherence to pharmacological treatment remains a major barrier to achieving adequate control of chronic diseases.

Keywords: hypertension, medication, nonadherence, lifestyle, chronic disease, eligibility, insurance.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, caracterizada por el incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias [1]. El diagnóstico de esta enfermedad se basa en una correcta medición de la presión arterial y se considera que un paciente es hipertenso cuando presenta cifras tensionales mayores o iguales a 140/90 mmHg repetidamente [1,2]. Las guías de la Organización Mundial de la Salud recomiendan que el diagnóstico de la HTA esté basado en múltiples mediciones de presión arterial efectuadas en días distintos [2].

La HTA constituye uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo y con mayor impacto en la mortalidad cardiovascular prematura [2–4], motivo por el cual es considerada como un problema importante de salud pública a nivel global, que ha generado un aumento en la morbilidad y mortalidad de la población y un incremento en los costos de atención en salud, por lo tanto, actualmente trabajar en promoción y prevención para evitar el desarrollo de la enfermedad es una prioridad [5].

Se estima que hay aproximadamente 1280 millones de adultos entre 30 y 79 años con hipertensión arterial en el mundo, de los cuales cerca de dos tercios viven en países de bajos y medianos ingresos, y el 46 % desconocen que padecen la enfermedad [1].

En Colombia, diversos estudios realizados entre 2015 y 2017 revelaron que un 49 % de los ataques cardíacos y un 62 % de los trastornos cerebrovasculares se deben a HTA [6], por otra parte, un estudio recientemente publicado reportó una prevalencia de HTA en nuestro país del 28,14 % en mayores de 60 años para los años 2013-2017, con una relación mujer:hombre de 1,78:1, donde las relaciones con prevalencia mayor al 10 % fueron Risaralda, Caldas Boyacá, Antioquia y Sucre [7]. La adherencia al tratamiento farmacológico se refiere al grado en el que los pacientes siguen las instrucciones de su médico frente a la terapia designada [8] y esta es considerada como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, ya que ayuda a disminuir las cifras de prevalencia de las enfermedades crónicas, lo que permite obtener mejores condiciones de salud [9].

Muchos pacientes con hipertensión arterial no realizan los cambios en el estilo de vida necesarios y no tienen una adherencia adecuada al tratamiento farmacológico, lo cual impide que tengan un control efectivo de la enfermedad [5]. De hecho, las investigaciones sobre adherencia terapéutica e hipertensión arterial ofrecen resultados poco alentadores y algunos estudios confirman que la cifra de pacientes no adherentes alcanza el 40 % para el tratamiento médico-farmacológico y entre el 60-90 % para el tratamiento médico no farmacológico [10].

El objetivo de este estudio fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial en un hospital universitario de Colombia.

Metodología y variables de interés

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte trasversal, que incluyó a población con hipertensión arterial de un hospital universitario, atendida durante el periodo comprendido entre el 01 de abril hasta el 31 de mayo de 2021, con el fin de estudiar la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico y los factores de riesgo desencadenados

por la no adherencia al mismo. Este es un estudio de muestreo aleatorio simple, con una población aproximada de 179 pacientes, prevalencia del 55,8 %, un intervalo de confianza al 95 % y un margen de error del 5 %.

Los criterios de inclusión para tener en cuenta fueron todos los pacientes mayores de edad hospitalizados que aceptaron cooperar con la investigación, atendidos por el servicio de Medicina Interna, en el periodo comprendido entre el 01 de febrero hasta el 10 de junio de 2021, que tuvieran un diagnóstico previo de hipertensión arterial, que contaran con historia clínica completa y que se encontraran medicados para la hipertensión por un profesional en salud. En los criterios de exclusión se encontraron los pacientes con información incompleta, de acuerdo con las variables establecidas, y pacientes con diagnóstico de trastorno mental.

La recolección de datos estuvo a cargo de seis investigadores, los cuales contaban con una encuesta que incluía las variables relevantes para el estudio y la aplicaron personalmente a cada paciente, posterior a la aprobación del consentimiento informado. Esta encuesta incluyó variables sociodemográficas, variables de autocuidado y estilos de vida, y variables de adherencia.

Para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico, se utilizó la versión traducida y validada al español de la escala de Morisky (MMAS-8) [11], y se evaluaron los estilos de vida que favorecen la clínica del paciente y la aparición de la enfermedad. La información se registró en una base de datos del *software* Excel, versión 2016.

Análisis estadístico

El análisis univariado se realizó por medio de un estadístico descriptivo determinando frecuencias absolutas y relativas en las variables categóricas, mientras que en el caso de las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central (media, mediana) y las medidas de dispersión (desviación estándar y rango intercuartil).

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, esta se consideró como una investigación sin riesgo y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el artículo 6 de dicha resolución.

Resultados

Características de la población

La tabla 1 muestra la caracterización de la población encuestada. De los 400 pacientes, el 56 % (n = 224) eran de sexo masculino, el 54 % de los pacientes residía en zonas rurales (n = 184) y el 46 % (n = 160) en zonas urbanas. Con respecto a su estratificación social, la mayoría de los pacientes eran estrato 1 y 2 con un 40 % (n = 160) cada uno. En cuanto a la escolaridad, un 60 % (n = 240) había completado solamente básica primaria frente a un 9 % (n = 9) que contaba con estudios universitarios.

Tabla 1. Características de la población encuestada

Características de la población		Adherente al tratamiento						Chi ²
		No (n = 344)	%	Sí (n = 56)	%	Total (n = 400)	%	
Género	Femenino	144	36,00	32	8,00	176	44,00	0,033
	Masculino	200	50,00	24	6,00	224	56,00	
Procedencia	Rural	184	46,00	32	8,00	216	54,00	0,611
	Urbano	160	40,00	24	6,00	184	46,00	
Estrato	1	144	36,00	16	4,00	160	40,00	0,047
	2	128	32,00	32	8,00	160	40,00	
	3	56	14,00	8	2,00	64	16,00	
	4	12	3,00	0	0,00	12	3,00	
	5	4	1,00	0	0,00	4	1,00	
Religión	Ateo	4	1,00	0	0,00	4	1,00	0,021
	Católico	300	75,00	52	13,00	352	88,00	
	Cristiano	32	8,00	0	0,00	32	8,00	
	Evangélico	8	2,00	4	1,00	12	3,00	
Escolaridad	Analfabeta	52	13,00	0	0,00	52	13,00	0,001
	Básica primaria	192	48,00	48	12,00	240	60,00	
	Básica secundaria	56	14,00	4	1,00	60	15,00	
	Posgrado	4	1,00	0	0,00	4	1,00	
	Pregrado	28	7,00	4	1,00	32	8,00	
	Técnico/tecnólogo	12	3,00	0	0,00	12	3,00	
Estado laboral	Empleado	80	20,00	8	2,00	88	22,00	0,115
	No empleado	220	55,00	36	9,00	256	64,00	
	Pensionado	44	11,00	12	3,00	56	14,00	

Fuente: elaboración propia.

Estilos de vida de la población

En cuanto a los estilos de vida de la población, se observó que entre los pacientes no adherentes al tratamiento, el 55 % (n = 220) no realizaba actividad física regular, sin embargo, el 73 %

(n = 292) de los pacientes tenían una dieta baja en sal, el 68 % (n = 272) una dieta baja en grasa, el 80 % (n = 320) no consumía cigarrillos y el 72 % (n = 288) no consumía bebidas alcohólicas (tabla 2).

Tabla 2. Estilos de vida de la población encuestada

Estilos de vida		Adherente al tratamiento						Chi ²
		No (n = 344)	%	Si (n = 56)	%	Total (n = 400)	%	
¿Hace ejercicio por 30 minutos, por lo menos 3 veces a la semana?	No	220	55,00	32	8,00	252	63,00	0,328
	Sí	124	31,00	24	6,00	148	37,00	
¿Tiene una dieta baja en sal?	No	52	13,00	24	6,00	76	19,00	0,000
	Sí	292	73,00	32	8,00	324	81,00	
¿Tiene una dieta baja en grasas?	No	72	18,00	16	4,00	88	22,00	0,201
	Sí	272	68,00	40	10,00	312	78,00	
¿Fuma?	No	320	80,00	56	14,00	376	94,00	0,041
	Sí	24	6,00	0	0,00	24	6,00	
¿Consume bebidas alcohólicas?	No	288	72,00	40	10,00	328	82,00	0,026
	Sí	56	14,00	16	4,00	72	18,00	
¿Cuántas horas duerme al día?	<6 horas	84	21,00	16	4,00	100	25,00	0,773
	>8 horas	124	31,00	20	5,00	144	36,00	
	6-8 horas	136	34,00	20	5,00	156	39,00	
Nivel de estrés	Alto	104	26,00	8	2,00	112	28,00	0,000
	Bajo	96	24,00	32	8,00	128	32,00	
	Moderado	144	36,00	16	4,00	160	40,00	

Fuente: elaboración propia.

Motivos de pobre adherencia

Del total de la muestra, solo el 14 % (n = 56) de los pacientes manifestaban ser adherentes al tratamiento farmacológico indicado por su médico para el control de la HTA, mientras que el 86 % (n = 344) restante no era adherente al mismo; de estos, el 49 % (n = 196) indicó que la causa de la no adherencia estaba dada directamente al no acceso a los medicamentos por las aseguradoras de salud (empresas promotoras de salud o EPS), el 27 % (n = 8) debido a la duración del tratamiento y el 22 % (n = 88) por el número de dosis diarias y efectos secundarios de los medicamentos (tabla 3).

Discusión

La hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple con daño vascular sistémico y de alta morbilidad y mortalidad [12], además que continúa siendo la principal causa de muerte en el mundo y el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares [13].

Tabla 3. Motivos de la pobre adherencia en la población encuestada

Estilos de vida		Adherente al tratamiento						Chi2
		No (n = 344)	%	Si (n = 56)	%	Total (n = 400)	%	
¿Por efectos secundarios de los fármacos?	No	256	64,00	52	13,00	308	77,00	0,002
	Sí	88	22,00	4	1,00	92	23,00	
¿Por el número de dosis diarias?	No	256	64,00	52	13,00	308	77,00	0,002
	Sí	88	22,00	4	1,00	92	23,00	
¿La EPS no le entrega los medicamentos?	No	148	37,00	44	11,00	192	48,00	0,001
	Sí	196	49,00	12	3,00	208	52,00	
¿Por la duración del tratamiento?	No	236	59,00	48	12,00	284	71,00	0,009
	Sí	108	27,00	8	2,00	116	29,00	

Fuente: elaboración propia.

Actualmente, existen terapias farmacológicas, que en conjunto con un adecuado estilo de vida, han demostrado gran eficacia en el control de la HTA, es por esto que existe una gran necesidad de que los pacientes tengan una adecuada adherencia al tratamiento, ya que es un factor determinante para lograr una real efectividad en el mismo [14], sin embargo, el incumplimiento terapéutico, es un problema prevalente en la práctica clínica, especialmente en el marco de enfermedades crónicas como la HTA. Se estima que de un 20 % a un 50 % de los pacientes no toma sus medicamentos según lo prescrito y no cumplen con el tratamiento indicado por su médico tratante, esto conduce a peores resultados clínicos, mayores tasas de hospitalización y mayores costos en la atención médica [15], por lo que es claro, entonces, que para el control de la enfermedad, la decisión terapéutica es importante, pero la adherencia es indispensable [12].

El presente estudio reconfirma las cifras mencionadas anteriormente, ya que según la escala de Morisky (MMAS-8) , tan solo el 14 % de la población era adherente al tratamiento y este resultado es análogo al obtenido por Guarín-Loíza *et al.* [16], quienes reportaron un porcentaje de adherencia terapéutica de solo el 31,4 % en un hospital de Bogotá, Colombia, coincidiendo de esta manera en la necesidad de mejorar las medidas de seguimiento en pacientes crónicos en el país, para aumentar su porcentaje de adherencia y, por ende, alcanzar un mejor pronóstico de su enfermedad. En contraste a lo anterior, estudios realizados en otros países como Chile, España y Canadá, reportaron cifras de adherencia más altas (54 %, 64 % y 77,4 %, respectivamente) [17–19], esto está posiblemente relacionado con el tipo de tratamiento, seguimiento y nivel de atención recibida por los pacientes, especialmente en países desarrollados como Canadá y España (tabla 4).

Tabla 4. Comparación entre la adherencia farmacológica reportada en cuatro estudios descriptivos

Nombre del estudio	Año de publicación	País de publicación	Número de pacientes incluidos en el estudio	Método para establecer la adherencia	Porcentaje de adherencia
Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension	2013	Nueva Escocia, Canadá.	527 pacientes	Test de Morisky-Green	El 77,4 % de los pacientes reportaron una alta adherencia, el 20,9 % una adherencia moderada y un 1,7 % baja adherencia.
Magnitude of pharmacological nonadherence in hypertensive patients taking antihypertensive medication from a community pharmacy in Spain	2014	España	419 pacientes	"Pill count", test de Haynes-Sackett y Morisky-Green	Los porcentajes de no adherencia variaron de acuerdo con el método utilizado para evaluarla: con el método del recuento de medicación sobrante fue del 62,8 %, con el test de Haynes-Sackett fue del 3,1 % y con el test de Morisky-Green fue del 36 %.
Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la región metropolitana	2015	Chile	310 pacientes	Test de Morisky-Green	La adherencia al tratamiento antihipertensivo reportada fue del 54 %.

Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014	2015	Bogotá, Colombia	242 pacientes	Test de Morisky-Green	El 31.4 % de los pacientes tanto hospitalizados como de control ambulatorio eran adherentes.
--	------	------------------	---------------	-----------------------	--

Fuente: elaboración propia.

Un estudio realizado en Cuba por Díaz Molina *et al.*, mostró que existe una mayor adherencia terapéutica en mujeres, especialmente por parte de aquellas que tienen edades comprendidas entre los 70 y 79 años [14], lo anterior coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio, donde se pudo observar que del total de la muestra, el 50 % de los pacientes de género masculino no eran adherentes al tratamiento, comparado con tan solo un 36 % de no adherencia en las mujeres; a pesar de que no existen muchos datos en la literatura acerca de la adherencia con relación al género, algunos estudios han mostrado que con mayor frecuencia el incumplimiento en el tratamiento se ve más en hombres que en mujeres [14,20]. Así mismo, la adherencia requiere de una amplia variedad de conductas y habilidades con diferentes grados de complejidad [21], la escolaridad es un factor que influye en una adecuada adherencia terapéutica, donde el 73 % de los pacientes de este estudio eran analfabetas o solo habían completado estudios de básica primaria, cifra directamente proporcional al porcentaje de no adherencia que se mencionó anteriormente; esto es análogo al resultado obtenido por Castaño-Castrillón *et al.*, quienes encontraron que la proporción de pacientes con nivel educativo hasta básica primaria en su muestra era del 59,5 %, lo cual estaba relacionado con el conocimiento de la patología y, por ende, con la adherencia al tratamiento de la misma [22]. Por otra parte, dos estudios realizados por Rosas Chávez *et al.* y Jorge Kunert, hallaron una asociación entre el grado de alfabetización y la adherencia al tratamiento, ya que las poblaciones de sus estudios tenían un menor grado de instrucción, lo que posiblemente afectaba su adherencia terapéutica [23,24].

Es claro que aún existen numerosas barreras en Colombia para un adecuado y completo acceso a los diferentes servicios de salud, lo que conlleva a que los pacientes no tengan un suministro apropiado de los medicamentos prescritos y ello conduce inevitablemente a que no logren una adecuada adherencia terapéutica y que, de esta forma, aumente el riesgo de que desarrollen complicaciones propias de la enfermedad, de hecho, la falta de entrega de los medicamentos, por parte de las aseguradoras de salud, es el motivo más frecuente por el cual

la población de este estudio no fue adherente al tratamiento (52 %) ($P = 0,001$). Un estudio realizado en Perú encontró que casi la mitad de los pacientes (46 %) debía financiar el costo de su enfermedad, este factor estuvo relacionado con su bajo porcentaje de adherencia y continuidad al tratamiento [23], a diferencia de esto, un estudio realizado en Canadá, reportó una adherencia farmacológica en pacientes con HTA de casi el 80 %, donde se señaló que una de las razones que explicaba este alto porcentaje era que la mayoría de los pacientes contaba con seguro de salud y que el costo de los medicamentos no constituía una barrera importante [19].

Otros motivos de pobre adherencia en nuestro estudio estaban dados por la duración del tratamiento (29 %), el número de dosis diarias del medicamento (23 %) y con el mismo porcentaje de este último, los efectos secundarios de los fármacos. Una posible explicación para la diferencia que existe en los porcentajes de adherencia entre diferentes fármacos son los efectos secundarios según la clase del medicamento, en este sentido, se han observado mayores tasas de persistencia terapéutica en los pacientes tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) debido a su buena tolerabilidad [20]. Un estudio realizado por Fernandez-Arias *et al.*, encontró que el 57,4 % de su muestra no era adherente al tratamiento, y que la mayoría de los pacientes con baja adherencia eran adultos jóvenes o aquellos que tenían más de dos medicamentos prescritos [25]. La polifarmacia es, entonces, otra de las grandes causas de no adherencia en pacientes con enfermedades crónicas; en la muestra del presente estudio, las causas de no adherencia relacionadas directamente con los fármacos no fueron las más prevalentes.

Un metaanálisis realizado en Brasil, mostró que el manejo no farmacológico mejoró la calidad de vida y el estado físico de las personas con hipertensión arterial [25], sin embargo, aún sigue siendo frecuente la falta de cumplimiento de las recomendaciones sobre los estilos de vida en los pacientes, especialmente en aquellos que padecen de enfermedades crónicas. Un estudio realizado por Rodríguez López *et al.* mostró que solo el 9,4 % de los pacientes de la muestra eran adherentes al manejo no farmacológico, con una prevalencia de inactividad física del 75,4 %, de consumo de tabaco del 44,4 % y de alcohol del 21,2 %, sin embargo, el porcentaje de pacientes que consumían dietas ricas en sal era del 19,1 % y tan solo el 11,1 % consumía dietas bajas en grasa [26], lo cual coincidió con este estudio, ya que se pudo observar que los pacientes en su gran mayoría seguían gran parte de las recomendaciones alimentarias como consumo de dieta baja en sal (81 %), en grasas (78 %) y de disminución de consumo de tabaco (6 %) y alcohol (18 %), pero al igual que lo encontrado por Rodríguez López *et al.*, existe un déficit en la práctica de actividad física regular, ya que tan solo el 37 % de los pacientes manifestaban realizarla, coincidiendo también con lo reportado por DiMatteo *et al.*, quienes

encontraron en su estudio que el 80 % de los pacientes con enfermedades crónicas fallaron con las restricciones alimentarias, las recomendaciones de actividad física y la disminución de consumo de tabaco y alcohol [27].

Una de las limitaciones de este estudio estuvo dado por el sesgo relacionado con el tipo de población estudiada, ya que al ser realizado en un hospital público, se limitó el resultado de algunas variables relacionadas con la procedencia, el nivel de educación y el suministro de la medicación por afiliación a las aseguradoras de salud. Por lo anterior, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras poblaciones diferentes a la incluida.

Conclusiones

Actualmente, la falta del cumplimiento terapéutico sigue siendo una brecha muy grande para permitir un control adecuado de las patologías crónicas, especialmente en los países en vías de desarrollo.

La adherencia al tratamiento antihipertensivo hallada fue del 14 %, el factor con mayor relación a esta baja adherencia y con una relación estadísticamente significativa fue el no acceso a los medicamentos por incumplimiento del suministro por parte de las aseguradoras de salud, otros factores con valor estadísticamente significativo fueron el género, con una mayor adherencia en mujeres; la escolaridad, con un mayor porcentaje de inadherencia en aquellos pacientes con menor grado de escolaridad y los factores relacionados con los fármacos, como los efectos secundarios, el número de dosis diarias o la duración del tratamiento; al contrario, factores como la procedencia y el estado laboral no tuvieron significancia estadística.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

Declaración de fuentes de financiación

Los autores declaran que la presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial ni con ánimo de lucro.

Contribución de los autores

Javier O. Barón Barón: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Daniel. G. Fernández-

Ávila: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Sara Cárdenas Guio: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Edwin Leonardo Duitama González: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Tatiana Vanesa Calderón Cerquera: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Leyder Andrés Romero Trillos: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Jonathan Danilo Mesa Aponte: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Juan Pablo Castillo Correa: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); David Santiago Chinchilla Pérez: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección).

Referencias

- [1] Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *Medisan*. 2016;20(11):2434. [↑Ver página 2, 3](#)
- [2] Tagle R. Diagnóstico de la hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Condes*. 2018;29(1):12-20. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.12.005> [↑Ver página 2, 3](#)
- [3] Wyss F, Valdez O, Camafort M, Coca A. Abordaje terapéutico integral de la hipertensión arterial. Recomendaciones para Centroamérica y el Caribe. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2023;40(1):40-7. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.05.004> [↑Ver página 3](#)
- [4] Lear SA, Hu W, Rangarajan S, Gasevic D, Leong D, Iqbal R, *et al.* The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *Lancet*. 2017;390(10113):2643-54. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31634-3) [↑Ver página 3](#)
- [5] Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, *et al.* 2020 International Society of Hypertension. Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-57. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.120.15026> [↑Ver página 3](#)

- [6] Guerra MG. Hypertensive Patient Adherence To Treatment: the Use of Therapeutic Communication Associated With Technology Educational in Health Promotion. 2017;(DI):23- 5. <https://app.dimensions.ai/details/grant/grant.4477194> ↑Ver página 3
- [7] García-Peña ÁA, Ospina D, Rico J, Fernández-Ávila DG, Muñoz-Velandia Ó, Suárez-Obando F. Prevalence of arterial hypertension in Colombia according to data from the Comprehensive Social Protection Information System (SISPRO). *Rev Colomb Cardiol*. 2022;29(1):29-35. <https://doi.org/10.24875/rccar.m22000114> ↑Ver página 3
- [8] Zurique-Sánchez MS, Zurique-Sánchez CP, Camacho-López PA, Sánchez-Sanabria MS, Hernández-Hernández SC. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia: revisión sistemática y metaanálisis. *Acta Méd Colomb*. 2019;44(4). <https://doi.org/10.36104/amc.2019.1293> ↑Ver página 3
- [9] Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM, Aysa HA, *et al*. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: a cross-sectional study. *Int J Cardiol*. 2013;168(3):2981-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.04.105> ↑Ver página 3
- [10] Holguín Palacios LE, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol*. 2006;5(3):511-48. ↑Ver página 3
- [11] Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluation of Morisky medication adherence scale (MMAS-8) in older adults of a primary health care center in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(2):245-9. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206> ↑Ver página 4
- [12] Suárez-Argüello J, Blanco-Castillo L, Perea-Rangel JA, Villarreal-Ríos E, Vargas-Daza ER, Galicia-Rodríguez L, *et al*. Disease belief, medication belief and adherence to treatment in patients with high blood pressure. *Arch Cardiol Mex*. 2022;92(3):327-33. <https://doi.org/10.24875/acm.21000026> ↑Ver página 6, 7
- [13] Delucchi A, Marín M, Páez O, Bendersky M, Rodríguez P. Principales conclusiones del Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2019;36(2):96-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2019.01.001> ↑Ver página 6
- [14] Díaz Molina M, Herrera Preval Y, Matéu López L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Rev Cubana Farm*. 2014;48(4):588-97. ↑Ver página 7, 9

- [15] Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2007;167(6):540-50. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.6.540> ↑Ver página 7
- [16] Guarín-Loaiza GM, Pinilla-Roa AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev Fac Med.* 2016;64(4):651. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.52217> ↑Ver página 7
- [17] Varleta P, Akel C, Acevedo M, Salinas C, Pino J, Opazo V, *et al.* Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. *Rev Méd Chile.* 2015;143(5):569-76. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500003> ↑Ver página 7
- [18] Perseguer-Torregrosa Z, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Pita-Fernandez S, Carratalá-Munuera C, Pallares-Carratalá V, *et al.* Magnitude of pharmacological nonadherence in hypertensive patients taking antihypertensive medication from a community pharmacy in Spain. *J Manag Care Spec Pharm.* 2014;20(12):1217-25. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.12.1217> ↑Ver página 7
- [19] Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K, Lawson KB, Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Can Fam Physician.* 2013;59(2):e93-100. ↑Ver página 7, 10
- [20] Caro JJ, Speckman JL, Salas M, Raggio G, Jackson JD. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: The importance of actual practice data. *CMAJ.* 1999;160(1):41-6. ↑Ver página 9, 10
- [21] Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PLoS ONE.* 2014;9(12): e112875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112875> ↑Ver página 9
- [22] Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora Á, Melo-Parra J, Meza-Orozco GA, *et al.* Treatment adherence of hypertensive patients' being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. *Rev Fac Med.* 2012;60(3):179-97. ↑Ver página 9
- [23] Rosas-Chavez G, Romero-Visurraga CA, Ramirez-Guardia E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arte-

- rial en un hospital de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(2):214-21. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279> ↑Ver página 9, 10
- [24] Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2015;2(2):43-51. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02\(02\)43-051](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(02)43-051) ↑Ver página 9
- [25] Al-Noumani H, Wu JR, Barksdale D, Sherwood G, AlKhasawneh E, Knafl G. Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. *Patient Educ Couns*. 2019;102(6): 1045-1056. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.022> ↑Ver página 10
- [26] Rodríguez López MR, Varela MT, Rincón-Hoyos H, Velasco MM, Caicedo DM, Méndez F, *et al*. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(2):192-9. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06> ↑Ver página 10
- [27] DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002;40(9):794-811. <https://doi.org/10.1097/00005650-200209000-00009> ↑Ver página 11