

## Hipertensión Arterial Sistémica en el Servicio de Emergencia: adherencia al tratamiento medicamentoso y conocimiento de la enfermedad

Cássia Regina Vancini-Campanharo<sup>1</sup>

Gabriella Novelli Oliveira<sup>2</sup>

Thaís Fernanda Landim Andrade<sup>3</sup>

Meiry Fernanda Pinto Okuno<sup>4</sup>

Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes<sup>5</sup>

Ruth Ester Assayag Batista<sup>6</sup>

Objetivo: identificar el perfil epidemiológico, el conocimiento sobre la enfermedad y la tasa de adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica ingresados en el servicio de emergencia. Métodos: estudio transversal, realizado con 116 pacientes ingresados en el Servicio de Emergencia de un Hospital Universitario, de ambos géneros y edad superior a 18 años, en el periodo de marzo a junio de 2013. Las variables estudiadas fueron los datos sociodemográficos, la comorbilidad, la actividad física y el conocimiento sobre la enfermedad. La adherencia del paciente al tratamiento y la identificación de las barreras fueron evaluadas por la prueba de Morisky y el Brief Medical Questionnaire, respectivamente. Resultados: la mayoría de los pacientes eran mujeres (55%), color de piel blanca (55%), casadas (51%), jubiladas o pensionistas (64%) y con baja escolaridad (58%). La adherencia al tratamiento, en la mayor parte de las veces (55%), fue moderada y la barrera de adherencia más prevalente fue el olvido (67%). Cuando la adquisición del medicamento era integral, hubo mayor adherencia al tratamiento. Conclusión: los pacientes de este estudio presentaron moderado conocimiento sobre la enfermedad. La alta correlación entre el número de fármacos utilizados y la barrera del olvido sugiere la monoterapia como opción para facilitar la adherencia al tratamiento y disminuir la tasa de olvido.

Descriptorios: Hipertensión; Terapéutica; Cumplimiento de la Medicación; Conocimiento; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería de Urgencia.

<sup>1</sup> Estudiante de doctorado, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de maestría, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Enfermera, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermera, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> MSc, Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Gabriella Novelli Oliveira  
Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem  
Rua Napoleão de Barros, 754  
Vila Clementino  
CEP: 04024-002, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: novellioliveira@gmail.com

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 Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un problema de salud pública y tiene como característica la alta prevalencia y la baja tasa de adherencia al tratamiento, siendo uno de los principales factores de riesgo modificables para las Enfermedades Cardiovasculares (ECV). El objetivo principal del tratamiento HAS es la reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovasculares<sup>(1)</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 17,3 millones de personas murieron por EVC en 2008, y las complicaciones decurrentes de la HAS fueron responsables por 9,4 millones de muertes en dicho periodo. Además, se estima que más de 23 millones de personas morirán a causa de las DCV hasta 2030<sup>(2-3)</sup>.

Uno de los factores más importantes para el control efectivo de la Presión Arterial (PA) es la adherencia al tratamiento, siendo que del 40% a 60% de los pacientes con HAS no hacen uso de los medicamentos<sup>(4)</sup>. Estudios demuestran que la no adherencia al tratamiento medicamentoso, asociada a los costes de los medicamentos y a las condiciones sociodemográficas de los pacientes, es una de las razones principales del uso frecuente de los servicios de emergencia<sup>(5)</sup>.

Muchos factores pueden determinar la no adherencia al tratamiento de la HAS, lo que hace de éste un fenómeno complejo y multideterminado<sup>(2)</sup>. Frecuentemente, estos pacientes presentan menor renta salarial, dificultades de acceso a los servicios, mayor consumo de bebidas alcohólicas y acompañamiento médico irregular<sup>(2,6)</sup>. De esa forma, la identificación de la no adherencia al tratamiento anti-hipertensivo, bien como los factores relacionados con esa condición, pueden posibilitar la elaboración de un plan de intervención, con vistas a aumentar la adherencia al tratamiento, disminuyendo las complicaciones causadas por la HAS y el número de ingresos hospitalarios, lo que podrá reducir los gastos relativos al sistema de salud.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar el perfil epidemiológico, el conocimiento de la enfermedad y las barreras para la no adherencia al tratamiento de pacientes con HAS ingresados en el servicio de emergencia de un hospital universitario de referencia.

## Métodos

Se trata de un estudio transversal, realizado en el periodo de marzo a junio de 2013, en el Servicio de

Emergencia del Hospital São Paulo. El Hospital São Paulo es el hospital universitario de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) y atiende diariamente a, aproximadamente, 1.000 pacientes en el Servicio de Emergencia.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones de la UNIFESP, bajo el número CAEE 13513713.0.0000.5505. Los pacientes fueron incluidos en el estudio tras lectura y firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

La muestra intencional no probabilística se compuso de 116 pacientes ingresados por más de 24 horas en el Servicio de Emergencia, con cualquier diagnóstico clínico o quirúrgico y con antecedente personal de HAS, en tratamiento medicamentoso desde hacía, al menos, un mes, de ambos géneros, edad superior a 18 años y sin déficit cognitivo.

La colecta de datos se realizó por la investigadora por medio de un cuestionario. La investigadora le hacía la lectura de los cuestionarios al paciente, en un único momento, con duración media de 25 minutos por entrevista.

Las variables estudiadas fueron: edad, género, color de piel, renta personal y familiar, presencia de enfermedades asociadas, nivel de actividad física, peso, altura, circunferencia abdominal, consumo de bebidas alcohólicas y conocimiento sobre la enfermedad.

El individuo fue clasificado como activo físicamente cuando refería práctica de actividad física aeróbica, como: caminata, carrera, ciclismo, danza, natación, con una frecuencia de 3 a 5 veces a la semana, con duración mínima de 30 minutos<sup>(1)</sup>.

El peso y la altura fueron referidos por el paciente y la circunferencia abdominal se midió con una cinta métrica en la línea umbilical.

El consumo de bebidas alcohólicas se consideró excesivo cuando superó 30g alcohol/día<sup>(1)</sup>.

El conocimiento sobre HAS fue evaluado por medio de las siguientes preguntas: ¿Usted cree que la tensión alta es una enfermedad grave?; ¿Sigue otros tipos de tratamientos, además de los medicamentos, para tensión alta?; ¿Usted cree que la tensión alta trae complicaciones a la salud? y ¿Cuáles factores usted cree que pueden estar relacionados a la presión alta?

Para evaluar la adherencia del paciente al tratamiento, se utilizó la prueba de Morisky, que está formada por cuatro preguntas: 1) ¿Usted tiene, a veces, problemas para acordarse de tomar su medicación? 2) ¿Algunas veces se descuida en tomar su medicación? 3) ¿Cuándo se siente mejor, usted deja, a veces, de tomar

su medicación? 4) ¿Algunas veces, si se siente peor al tomar la medicación, deja de tomarla? Se clasifica el paciente en alto grupo de adherencia, cuando las respuestas a las cuatro preguntas son negativas; cuando una o dos respuestas son positivas, se le clasifica en el grupo de baja adherencia<sup>(7)</sup>.

Para identificar las barreras a la adherencia al tratamiento, desde la perspectiva del paciente, se utilizó el *Brief Medical Questionnaire*, un instrumento que cuenta con tres dominios: el primero evalúa el comportamiento del paciente respecto a la adherencia al régimen del tratamiento prescrito; el segundo evalúa la creencia del paciente acerca de la eficacia del tratamiento y las opiniones sobre los efectos adversos; y el tercer dominio identifica problemas de dificultad para recordar la toma de las medicinas. La presencia de respuesta afirmativa en cada uno de los dominios identifica barrera al régimen de tratamiento prescrito, a la creencia en el tratamiento y/o al hecho de recordar la toma de los medicamentos<sup>(8)</sup>.

Para las variables edad, género, color de piel, renta personal y familiar, presencia de enfermedades asociadas, nivel de actividad física, peso, altura, circunferencia abdominal, consumo de bebidas alcohólicas y conocimiento sobre la enfermedad, se realizó el análisis descriptivo de los datos. La frecuencia y el porcentaje se utilizaron para las variables categóricas. El número de observaciones válidas (n), la media, la mediana, la Desviación Estándar (DE) y los valores mínimo y máximo se presentaron para las variables numéricas continuas.

Para comparar las variables continuas con la tasa de adherencia y las barreras para la no adherencia al tratamiento de los pacientes, se utilizó la prueba de Variancia (ANOVA). Para comparar las variables categóricas a la tasa de adherencia y las barreras para la no adherencia al tratamiento, se utilizó la prueba chi-cuadrado, y cuando necesario se utilizó la prueba exacta de Fisher o el test de la razón de verosimilitud. El nivel de significancia considerado fue el de  $p < 0,05$ .

## Resultados

La media de edad de los pacientes fue de 61,5 años, la mayor parte era de mujeres (55%), piel blanca (55%), casadas (47%) y jubiladas o pensionistas (63%). Cuanto a la escolaridad, la mayoría (59%) tenía enseñanza fundamental incompleta y una renta de entre uno y tres salarios mínimos (76%).

Las comorbilidades más frecuentes relacionadas por los pacientes fueron: dislipidemia (40%) y *diabetes mellitus* (34%). El número de medicamentos de diversas clases utilizados por los pacientes en el tratamiento de la HAS estuvo entre 1 y 5.

Las características sociodemográficas y comorbilidades de los pacientes de este estudio están presentadas en la Tabla 1.

Tabla 1 – Distribución de los pacientes hipertensos, según las características sociodemográficas y comorbilidades. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Características	N*=116 (%)
Edad (años)	
Media (dp <sup>†</sup> )	61,5 (14,8)
Género	
Masculino	52 (45)
Femenino	64 (55)
Color de piel	
Blanca	64 (55)
No blanca	52 (45)
Estado civil	
Casado	55 (47)
Soltero	18 (16)
Viudo	24 (21)
Separado	15 (13)
Otros	4 (3)
Ocupación	
Empleado/autónomo	26 (23)
Desempleado	8 (7)
Hogar	8 (7)
Jubilado/pensionista	74 (63)
Escolaridad	
No letrado	8 (7)
Enseñanza fundamental incompleta	68 (59)
Enseñanza fundamental completa	12 (10)
Enseñanza media incompleta	6 (5)
Enseñanza media completa	12 (10)
Superior incompleta	3 (3)
Superior completa	7 (6)
Renta familiar (salarios mínimos) <sup>‡</sup>	
<1	9 (8)
1 a 3	88 (76)
3 a 5	(14)
>5	3 (2)

\* Número total de pacientes.

† Desviación estándar.

‡ Salario mínimo, en 2014, R\$724,00, Brasil.

Cuanto a los niveles presóricos encontrados en los pacientes, la media de la presión sistólica fue de 126,3 ( $\pm 28,8$ ) mmHg y la de la presión diastólica fue de 81,2 ( $\pm 19,3$ ) mmHg. La media de la frecuencia del pulso fue 79,2 ( $\pm 17,7$ ) bpm. La circunferencia abdominal media encontrada fue de 97,3 ( $\pm 15,4$ ) cm.

Los factores de riesgo para HAS más reconocidos por los pacientes fueron la ingestión de sal (94%), el exceso de peso (89%) y la inactividad física (88%).

En la Tabla 2, están demostradas las tasas de adherencia del paciente al tratamiento y las barreras para esa adhesión, evaluadas por la prueba de Morisky y el *Brief Medical Questionnaire*, respectivamente.

La mayoría de los pacientes (56%) presentó adherencia moderada al tratamiento, siendo que la principal barrera para esa adherencia fue el olvido del uso del medicamento, encontrado en el 67% de los pacientes.

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes y las variables de la prueba de Morisky.

Cuando se analizó la adquisición de medicamentos, los pacientes a los cuales se les suministró integralmente el medicamento presentaron mayor porcentual de adherencia al tratamiento. Los pacientes con dislipidemia presentaron mayor porcentual de media adherencia,

mientras los que no presentaban dislipidemia presentaron mayor porcentual de baja adherencia.

En la Tabla 4 se presentan las correlaciones entre las variables sociodemográficas clínicas del paciente y el conocimiento sobre la enfermedad y las variables del *Brief Medication Questionnaire* (BMQ).

Cuando comparado el dominio régimen a las variables categóricas, se identificó mayor porcentual de adherencia al tratamiento en pacientes blancos y en aquellos que creían que la HAS es una enfermedad grave.

Respecto al dominio creencia, pacientes con valores mayores de frecuencia de pulso durante la evaluación, pacientes del hogar, jubilados/pensionistas o desempleados e inactivos físicos presentaron barreras de creencia acerca de la eficacia del tratamiento y sus efectos adversos.

Cuánto la dificultad para recordar, los pacientes que utilizaban más medicamentos presentaron mayores porcentuales de dificultad.

Tabla 2 – Tasas de adherencia del paciente al tratamiento y los tipos de barreras para esa adherencia, según la prueba de Morisky y el *Brief Medical Questionnaire*, respectivamente. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Tasa de adherencia/tipos de barrera	n (%)
Prueba de Morisky	
Adherencia alta	34 (30)
Adherencia moderada	65 (56)
Adherencia baja	17 (14)
Brief Medication Questionnaire	
Barrera de régimen	43 (37)
Barrera de creencia	26 (22)
Barrera de olvido	78 (67)

Tabla 3 – Correlación entre la prueba de Morisky y las variables sociodemográficas y clínicas. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Variables sociodemográficas y clínicas	Prueba de Morisky				p-valor
	Alta adherencia N* (%)	Mediana adherencia N (%)	Baja adherencia N (%)	Total N (100%)	
Adquisición del medicamento					
Ofrecido integralmente	28 (38,4)	35 (47,9)	10 (13,7)	73 (62,9)	0,0409
Asume el gasto total	2 (14,3)	11 (78,6)	1 (7,1)	14 (12,1)	
Asume parcialmente	4 (13,8)	19 (65,5)	6 (20,7)	29 (25)	
Total de pacientes	34 (29,3)	65 (56)	17 (14,7)	116 (100)	
Dislipidemia					
Sí	15 (31,9)	30 (63,8)	2 (4,3)	47 (40,5)	0,0322
No	19 (27,5)	35 (50,7)	15 (21,7)	69 (59,5)	
Total de pacientes	34 (29,3)	65 (56)	17 (14,7)	116 (100)	

\* N=número total de pacientes.

Tabla 4 – Correlación entre los dominios del *Brief Medication Questionnaire* y las variables sociodemográficas, clínicas y el conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes del estudio. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Variable sociodemográfica	BMQ* - Dominio régimen			p-valor
	Adherencia N† (%)	Potencial no adherencia N (%)	Total N (100%)	
Color Blanca				
Sí	46 (71,9)	18 (28,1)	64 (55,1)	0,0269
No	27 (51,9)	25 (48,1)	52 (44,8)	
Total de pacientes	73 (62,9)	43 (37,1)	116 (100)	
¿Usted cree que la enfermedad es grave?				
Sí	69 (67,0)	34 (33)	103 (88,8)	0,0152
No	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (11,2)	
Total de pacientes	73 (62,9)	43 (37,1)	116 (100)	
Variable clínica Sin barrera	BMQ* - Dominio creencia			p-valor
	Sin barrera	Con barrera	Total	
Pulso				
Media (dp‡)	77,3 (16,3)	85,0 (21,1)	79,2 (17,7)	0,0317
Mediana (mínimo-máximo)	80,0 (44-130)	82,0 (60-140)	80,0 (44-140)	
Total de pacientes	90	26	116	
Ocupación				
Empleado	14 (93,3)	1 (6,7)	15	0,0379
Desempleado	6 (75,0)	2 (25,0)	8	
Autónomo	11 (100)	-	11	
Jubilado/pensionista	54 (73,0)	20 (27,5)	74	
Hogar	05 (62,5)	3 (37,5)	8	
Total de pacientes	90 (77,6)	26 (22,4)	116	
Actividad física				
Activo	13 (100)	-	13	0,0387
Inactivo	77 (74,8)	26 (25,2)	103	
Total de pacientes	90 (77,6)	26 (22,4)	116	
Conocimiento de la enfermedad Sin barrera	BMQ* - Dominio olvido			p-valor
	Sin barrera	Con barrera	Total	
¿Cuántos medicamentos?				
Media (dp)	1 (0)	2,06 (0,8)	1,75	<0,0001
Mediana (mínimo-máximo)	1 (1-1)	2 (1-5)	1,5 (1-5)	
Total de pacientes	38	78	116	

\* *Brief Medication Questionnaire*.

† Número total de pacientes.

‡ Desviación estándar.

## Discusión

En este estudio, la mayor parte de los pacientes era del sexo femenino, con edad media de 61,5 años y baja escolaridad, perfil de demanda del servicio de emergencia similar a otros estudios con pacientes hipertensos en Urgencias<sup>(4,9)</sup>. La HAS en más encontrada en hombres de hasta 50 años<sup>(10)</sup>; sin embargo, cuando se observan más mujeres con diagnóstico de HAS, se puede asociar al hecho de que las mujeres acuden más a los servicios de salud, determinando el diagnóstico de la enfermedad<sup>(11)</sup>.

Las comorbilidades *diabetes mellitus* y dislipidemia estaban presentes, respectivamente, en el 34% y 40% de

los entrevistados en este estudio. La presencia de otras comorbilidades (además de la HAS) en los pacientes de este estudio puede estar asociada a los malos hábitos respecto a la alimentación y a la actividad física, lo que puede predisponer al surgimiento de diversas enfermedades crónicas, muchas veces asintomáticas. El tratamiento médico asociado al cambio de estilo de vida es la mejor forma de reducir y prevenir los daños generados por esas enfermedades crónicas<sup>(1)</sup>.

Cuanto a los niveles presóricos encontrados en este estudio, la media de la presión sistólica fue 126,3mmHg y el de la presión diastólica 81,2mmHg. Esos datos fueron inferiores a los encontrados en la literatura. Un estudio similar evidenció niveles presóricos más elevados,

media de 174mmHg de presión sistólica y 109mmHg de diastólica, además de haber mostrado que los pacientes atendidos en Urgencias relataron ingestión controlada de sal como medida no medicamentosa para el control de la HAS<sup>(9)</sup>. Pese al relato de la ingestión controlada de sal, el estudio no describió cómo el paciente realizaba el control de la sal en la alimentación<sup>(9)</sup>. El hecho de que la media de la tensión arterial haya sido inferior en este estudio puede estar asociado a la internación por más de 24 horas en el servicio de emergencia, con acompañamiento de terapia anti-hipertensiva y restricción alimentar de sodio por la dieta hiposódica, que según la OMS es de 5g de sal de cocina por día o 2g de sodio<sup>(1)</sup>.

La prueba de Morisky ha clasificado la mayor parte de los pacientes entrevistados en el grupo de media adherencia (56%). La tasa de adherencia encontrada en este estudio se acerca a las tasas encontradas en la literatura<sup>(15-16)</sup>.

Respecto a las barreras para la no adherencia al tratamiento, el 67% de los pacientes presentó barrera en el dominio olvido del BMQ, lo que fue significativo ( $p < 0,0001$ ) cuando el paciente utilizaba más de una medicación, de cualquier tipo, para el control de la presión. Ese dato corrobora otro estudio que apuntó como principal razón para la no adherencia el olvido de los pacientes cuanto a la utilización de los medicamentos<sup>(17)</sup>. Esos resultados apuntan a que la dificultad de acordarse de tomar los medicamentos es directamente proporcional al número de medicamentos que deben ser tomados. Ese contexto sugiere que la monoterapia es una buena estrategia para favorecer la adherencia al tratamiento anti-hipertensivo<sup>(17)</sup>. Otro estudio, llevado a cabo en la red básica de salud de la Región Sur del país, indicó que la farmacoterapia compleja del tratamiento de la HAS es uno de los factores asociados a la no adherencia al tratamiento medicamentoso, seguido de la insatisfacción con el servicio de salud<sup>(18)</sup>.

La mayor parte de los entrevistados (88%) relató tener conocimiento de que la hipertensión es una enfermedad grave. Correlación significativa ( $p = 0,0152$ ) fue encontrada entre el conocimiento de la gravedad de la enfermedad y mayor porcentual de adherencia en el dominio régimen del BMQ, lo que puede indicar que pacientes que no creen en la gravedad de la HAS pueden tener menor porcentual de adherencia en ese dominio.

Se observó en este estudio que, cuando el medicamento era ofrecido íntegramente al paciente, había mayor porcentual de adherencia al tratamiento. Esto puede estar relacionado al nivel socioeconómico

bajo de la población estudiada, que presenta dificultad en arcar con los gastos del tratamiento. Uno de los factores relatados por pacientes para el abandono del tratamiento es el alto coste del medicamento asociado a la falta de renta para comprarlo, seguido del olvido respecto a su utilización<sup>(9)</sup>. Hay que estimular la adherencia al tratamiento propuesto y también concienciar cuanto a los costes de la no adherencia al tratamiento y al impacto para el sistema de salud.

Pacientes sin dislipidemia presentan mayor porcentual de baja adherencia al tratamiento, mientras aquellos con dislipidemia presentan mayor porcentual de adherencia moderada ( $p = 0,0322$ ). La asociación entre alimentación no equilibrada, consumo exagerado de sodio, carbohidratos y alcohol, sedentarismo y tabaquismo son factores de riesgo para el apareamiento de HAS y dislipidemia; ese conjunto de factores, relacionado a las condiciones de salud del individuo, contribuyen para esos resultados<sup>(1,20)</sup>.

Los individuos con ocupaciones en el hogar, jubilados/desempleados ( $p = 0,0379$ ) e inactivos físicos ( $p = 0,0387$ ) presentaron mayor porcentual de barreras de creencia respecto al tratamiento medicamentoso. Ese resultado es similar al de otros estudios, en los que se encuentra baja adherencia al tratamiento medicamentoso relacionada a los hábitos de vida, convivencia con las limitaciones de la enfermedad, condiciones financieras y las condiciones de acceso a los servicios de salud<sup>(17)</sup>.

La presencia de HAS es más frecuente con el aumento de la edad entre hombres y mujeres de baja escolaridad, siendo más elevada para los hombres hasta los 50 años de edad, dos veces más prevalentes entre los no blancos con predominio de mujeres negras en relación a las blancas<sup>(1,21)</sup>.

## Conclusión

Pacientes hipertensos ingresados en el servicio de emergencia eran, en su mayoría, del sexo femenino, de baja renta y escolaridad. Presentaban moderado conocimiento sobre la enfermedad y obtuvieron moderada adherencia al tratamiento, siendo la principal barrera a esa adherencia el olvido respecto al uso del medicamento. Cuando se les ofrecieron los medicamentos íntegramente, los pacientes presentaron mayor porcentual de adherencia al tratamiento. Hubo alta correlación ente el número de fármacos utilizados y la barrera de olvido, lo que sugiere que la monoterapia sea una opción para facilitar la adherencia al tratamiento

y, en casos en los que eso no sea posible, es necesario que el equipo busque estrategias junto al paciente para disminuir la tasa de olvido.

No hay consenso en la literatura sobre el mejor método para evaluar la adherencia al tratamiento medicamentoso. Métodos directos, como dosificaciones séricas, son onerosos y de difícil ejecución, y los indirectos, como la aplicación de cuestionarios, pueden ser considerados y los resultados obtenidos comparados a estudios que utilizaron otras estrategias. Ningún método es considerado excelente, siendo muchas veces necesaria la utilización de abordajes combinados.

## Referencias

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95 supl 1:1-51.
2. V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA V) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA III). Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia. Arq Bras Cardiol. 2011;97 Supl 3:1-24.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-60.
4. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):35-8.
5. Davis DP, Jandrisevits MD, Iles S, Weber TR, Gallo LC. Demographic, socioeconomic, and psychological factors related to medication non-adherence among emergency department patients. J Emergency Med. 2012;43(5):773-85.
6. Castro VD, Car MR. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(3):294-304.
7. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública. 2012;46(2):279-89.
8. Dewulf NLS, Monteiro, RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. Rev Bras Cienc Farm. 2006;42(4):575-84.
9. Cristiane SG, Pierin AMG, Junior DM. Comparação dos perfis de pacientes hipertensos atendidos em Pronto Socorro e em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(1):90-8.
10. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365(9455):217-23.
11. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). Rev Saúde Pública. 2004;38(5):637-42.
12. Rajpura J, Nayak RJ. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. JMCP. 2014;19(1):58-65.
13. Giroto E, Andrade SMA, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(6):1763-72.
14. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. J Hum Hypertens. 2004;18(9):607-13.
15. 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.
16. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(2):487-94.
17. Guedes MVC, Araujo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1038-42.
18. Barretos MS, Reiners AAO, Marcon SS. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(3):484-90.

19. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005;43(6):521-30.
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101 Supl.1:1-22.
21. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):98-106.