

Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance

Laura Alejandra Parra-Gómez,¹ Luis Galeano,¹ María Chacón-Manosalva¹ y Paul Camacho¹

Forma de citar

Parra-Gómez LA, Galeano L, Chacón-Manosalva M, Camacho P. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e26. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.26>

RESUMEN

Objetivo. Agrupar las barreras para el conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en pacientes de América Latina mediante una revisión de alcance.

Métodos. Se realizó una revisión de alcance de acuerdo con el marco metodológico de Arksey y O'Malley y las directrices para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). Se efectuó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual de Salud y Scopus. La selección se realizó de manera independiente y en ciego en el aplicativo RAYYAN QCRI®. Por último, se abordaron los resultados de los estudios seleccionados de manera narrativa.

Resultados. Se incluyeron ocho estudios cualitativos y cuantitativos que se adecuaban a nuestra pregunta de investigación. Las barreras descritas con más frecuencia son las propias del sistema que dificultan el acceso integral y equitativo a la atención médica y los medicamentos, la ausencia de programas educativos e intervenciones personalizadas que mejoren la adherencia a tratamientos y los cambios en el estilo de vida. El factor económico es crítico en América Latina e impide el acceso al sistema de salud y modificar el estilo de vida debido a los costos del transporte, las citas médicas y los medicamentos.

Conclusiones. Las barreras detectadas afectan todas las dimensiones para la adherencia al tratamiento; entre ellas se destacan la falta de educación y posicionamiento de los tomadores de decisiones en la atención de la hipertensión.

Palabras clave

Hipertensión; cumplimiento y adherencia al tratamiento; barreras; América Latina.

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo prevenible de enfermedad cardiovascular y la principal causa de mortalidad (31%) y morbilidad a nivel mundial. Afecta aproximadamente a 1,3 billones de personas en el mundo, sobre todo en países de ingresos medianos y bajos (1-3). La HTA se relaciona con el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, muerte prematura, aumento de los años de vida perdidos por discapacidad e incremento de los costos en salud (2).

El control adecuado de la HTA disminuye la mortalidad y la morbilidad cardiovascular (4, 5). La modificación de los

estilos de vida y la adherencia al tratamiento son una alternativa segura y costo-efectiva para controlar la HTA (5). La mayoría de las personas con HTA no tiene diagnóstico ni tratamiento adecuado e, incluso cuando cuentan con ambos, aproximadamente un tercio no logra controlar la enfermedad (6-9).

En Colombia, existen barreras para el acceso al sistema de salud, como el costo del transporte, el copago de medicamentos y largas esperas para la atención (10). Los países de bajos y medianos ingresos presentan barreras del sistema, como malas estrategias de diagnóstico, tratamiento y control, que

¹ Subdirección de Investigación, Innovación y Educación, Clínica FOSCAL, Floridablanca, Colombia. ✉ Laura Alejandra Parra Gómez, Lparra221@unab.edu.co

imposibilitan el acceso integral a la salud y control de las enfermedades crónicas (11).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cinco dimensiones afectan la adherencia al tratamiento de las enfermedades: factores sociales y económicos, factores propios del individuo, factores relacionados con el tratamiento, presencia de comorbilidades y factores intrínsecos del sistema (12). Pocos estudios abordan las barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la HTA; aún menos en países de ingresos medios y bajos (10, 11). Nuestro objetivo es agrupar las barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la HTA en pacientes de América Latina mediante una revisión de alcance, de acuerdo con las dimensiones que afectan la adherencia al tratamiento según la OMS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Esta revisión de alcance se fundamentó en función del marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley (13), y las directrices para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA, por su sigla en inglés) en su extensión de revisión de alcance (14).

La revisión se centró en la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las barreras para el conocimiento, tratamiento y control de la HTA en las personas adultas con hipertensión en América Latina?

La búsqueda sistemática de la literatura se hizo en las bases de datos PubMed (MEDLINE), Biblioteca Virtual de Salud (BIREME, que incluye Scielo, LILACS, LiSSa, Epistemonikos, Observatorio regional de recursos humanos en saúde, Campus Virtual de Saúde Pública y CARPHA) y Scopus para identificar los artículos más relevantes en torno la pregunta de investigación. Se definió los términos de búsqueda en función a los Medical Subject Headings (MeSH), los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y términos libres para español, inglés, portugués y francés: "hipertensión", "barreras de salud", "barreras", "América Latina", "Perú", "Ecuador", "Argentina", "Bolivia", "Brasil", "Chile", "Colombia", "Costa Rica", "Cuba", "El salvador", "Guatemala", "Honduras", "México", "Nicaragua", "Nicaragua", "Paraguay", "Panamá", "República Dominicana", "Uruguay" y "Venezuela", combinado con los operadores OR y AND para aumentar la sensibilidad y mantener la especificidad; en el título, el resumen y las palabras clave. La estrategia de búsqueda detallada en las bases de datos está disponible como material suplementario.

Dos autores (LAPG y MACM) revisaron, de manera independiente, los documentos identificados hasta el 2 de diciembre del 2021, para su selección primaria por título y resumen mediante el aplicativo web RAYYAN QCRI® (15). Las discrepancias se resolvieron en consenso y por un tercer investigador (PACL). Luego, se seleccionaron los artículos que versaran sobre la pregunta de interés, cualquiera fuera el método, en personas adultas de América Latina; no se excluyeron artículos por idioma de publicación. Luego de la selección inicial, se revisaron los artículos completos y se excluyeron los que no abordaban la pregunta de investigación.

Con una matriz electrónica de extracción de datos mediante Google Sheets®, de manera independiente y en ciego, se extrajeron datos generales (título, año de publicación y apellido del primer autor), datos metodológicos (diseño de investigación,

tamaño de muestra y objetivo) y conclusiones. La creación del diagrama de PRISMA se realizó de acuerdo con las directrices (16).

Según el método de investigación, los artículos se clasificaron en cuantitativos y cualitativos; así como por país de realización, con el objetivo de resumir de manera adecuada los resultados de los diferentes tipos de estudio. Los resultados presentaron de acuerdo con las dimensiones que afectan la adherencia según la OMS (12).

RESULTADOS

Proceso de selección de los artículos

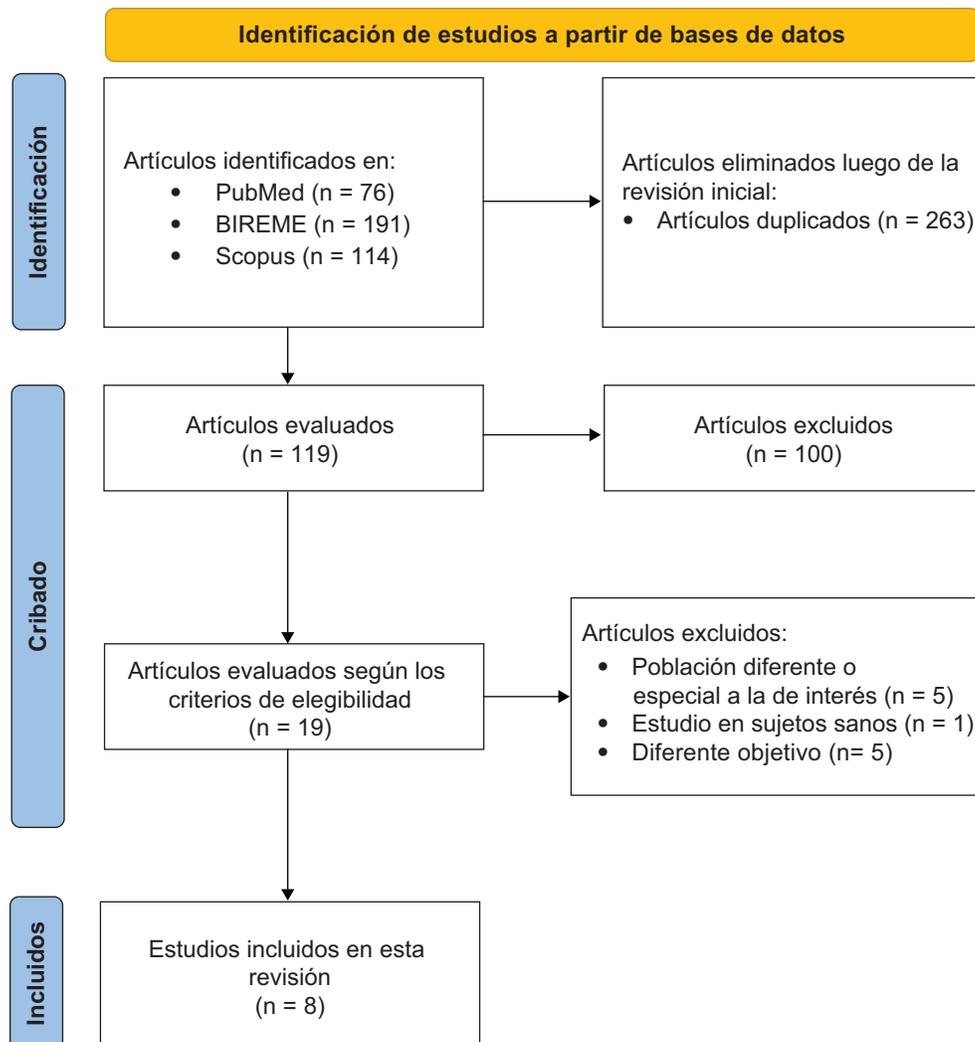
Se identificaron 381 publicaciones en la búsqueda primaria. Las búsquedas se fusionaron en el aplicativo web RAYYAN QCRI®, se eliminaron los duplicados y se seleccionaron 119 estudios para evaluación por título y resumen. De estos, se encontraron 19 artículos para la revisión de texto completo y elegibilidad. A su vez, de este último grupo se excluyeron cinco por tener una población diferente a la de interés, un estudio era en sujetos sanos y cinco tenían un objetivo diferente; por último, se incluyeron ocho artículos en esta revisión. En la figura 1 se muestra el diagrama de PRISMA.

Características de los estudios incluidos y sus participantes

En el cuadro 1 se resumen las características principales de los estudios. De los artículos incluidos, en dos de ellos se utilizaron métodos cuantitativos; en tres, métodos mixtos y, en el resto, métodos cualitativos. La técnica de recopilación más utilizada fueron los grupos focales (5 estudios), y dos de los estudios cualitativos utilizaron dos técnicas de manera simultánea. En la figura 2 se muestran las barreras agrupadas detectadas en los diferentes países.

En Argentina, Soriano et al. (17) realizaron un estudio de triangulación de datos en pacientes con hipertensión de 65 años o más en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Indagaron las necesidades y barreras percibidas, las creencias sobre el tratamiento y la experiencia con el programa de salud. Del total de participantes, 75% recibe tratamiento acorde a lo recomendado en las guías clínicas; solo 35,7% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 24,8 - 48,1%) tenía HTA controlada. Los pacientes tienen creencias diferentes sobre la HTA y su tratamiento, baja percepción de la gravedad de la enfermedad (reconocen que tienen la enfermedad, pero no saben qué medicamentos toman) y dificultad para mantener la dieta prescrita. Refieren dificultades para acceder a los medicamentos y que se ven en la obligación de comprarlos (no todos tienen recursos para esto). El personal de salud intenta realizar acciones pedagógicas adaptadas para lograr una mejor adherencia; ante la falta de medicamentos en las instituciones, en las que pasan meses sin recibir medicamentos, muchos pacientes no pueden acceder a ellos. En conclusión, existe bajo grado de control de la enfermedad, aun cuando la prescripción es adecuada, debido a diversas barreras para acceder al tratamiento (17).

Por su parte, también en Argentina, Belizan et al. (18), realizaron un estudio cualitativo en personas hipertensos con o sin diabetes asociada y en el personal de salud para identificar las barreras para la prevención, la detección y el control de las

FIGURA 1. Diagrama de flujo PRISMA 2021 del proceso de selección de artículos sobre las barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en personas adultas en América Latina

Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

enfermedades cardiometabólicas en el nivel de atención primaria de salud. La principal barrera es la falta de tiempo para la atención de las enfermedades crónicas, con inversión de pocos recursos para el tratamiento de las enfermedades crónicas del adulto y falta de medicamentos, que obliga a los pacientes a comprarlos. Entre las barreras del sistema, se detectó una pobre interacción entre las instituciones, y falta de acceso a las citas, exámenes o cuidados. Se identificó también la falta de capacitación sistemática y adecuada para el personal de salud sobre los tratamientos en el largo plazo y poca adherencia a las guías de manejo. Desde el punto de vista de los pacientes, hay falta de conocimiento en el diagnóstico y tratamiento, y creen que el tratamiento causa "dependencia"; con respecto a los controles, dejan de asistir cuando están asintomáticos. Muestran falta de información sobre la HTA, su causa y consecuencias; así como sobre dietas saludables, además de la imposibilidad para costearlas y el consumo de tiempo adicional. Con la actividad física, la situación es similar ya que, a pesar de "conocer" su importancia, no la realizan. Además, el apoyo familiar puede

constituir un soporte negativo o positivo para el mantenimiento de hábitos (18).

En Brasil, Cavalcante et al. (19), en un estudio de corte transversal con 246 pacientes de entre 38 y 89 años de un programa de control para la HTA, identificaron que entre las barreras está la falta de condiciones financieras, la administración de muchos medicamentos, la falta de actividad física, la imposibilidad de tener un tratamiento continuo, de recibir ayuda y de tener la comprensión de la familia. Otros expresaron que toman medicamentos sin tener síntomas, los efectos secundarios que se presentan con algunos medicamentos antihipertensivos, la falta de medicamentos en el puesto de salud, mantener una dieta con poca sal y grasas, no consumir bebidas alcohólicas, dejar de fumar y comer siempre fuera de casa debido al poco acceso a un menú saludable (19).

En el mismo país, Fontanella et al. (20) realizaron un estudio transversal en pacientes de una unidad de salud que participan de un modelo de atención de las enfermedades crónicas. Se incluyeron 55 participantes con hipertensión de entre 31 y 89

CUADRO 1. Características principales de los estudios incluidos sobre las barreras para el conocimiento, el tratamiento y control de la hipertensión en personas adultas en América Latina, 2011-2022

Autores	Año, país	Objetivo	Número de participantes	Método	Conclusiones
Calvacante et al. (19)	2011, Brasil	Describir las barreras detectadas en las personas para no cumplir con el tratamiento y el control de la HTA.	246	Cuantitativo, de corte transversal	Las barreras para el tratamiento antihipertensivo se mostraron en diferentes aspectos: el tratamiento continuo agotador; tomar medicamentos y hacer dieta sin tener síntomas. Las barreras para el cambio del estilo de vida son un impedimento para la adherencia al tratamiento. Esto repercute en otros aspectos de la vida de las personas, como el aumento de la obesidad.
Fontanella et al. (20)	2019, Brasil	Identificar las barreras y las prácticas para la realización de actividad física en el tiempo libre en una muestra de pacientes con HTA.	55	Cuantitativo, de corte transversal	Las dimensiones físicas, fisiológicas, psicológicas, comportamentales y ambientales son las barreras más prevalentes para la práctica de actividad física en el tiempo libre en las personas con HTA.
Soriano et al. (17)	2011, Argentina	Describir el tratamiento de las personas con hipertensión de ≥ 65 años beneficiarias de un programa de atención primaria; determinar el grado de control de la HTA, la adecuación a las guías y comprender las necesidades y barreras para la atención médica.	19 pacientes y 11 miembros del personal de salud	Cuantitativo (triangulación de datos), de corte transversal, y cualitativo (entrevistas a profundidad)	Existe bajo grado de control de la presión arterial, aun con prescripción adecuada; diversas barreras para acceder al tratamiento y una tendencia a concentrar los beneficios en una minoría, con aumento de la inequidad. Sostener la cobertura, calidad y continuidad es una medida que favorece la inclusión social; lograr una mayor integración disminuiría las barreras de exclusión.
Sousa et al. (21)	2014, Brasil	Analizar las condiciones para el acceso integral a la red de salud, desde el diagrama de flujo que describe el camino recorrido y considerar la atención en una unidad de salud familiar hasta la atención especializada.	19	Cuantitativo y cualitativo (triangulación de datos y grupos focales)	El camino que realiza el usuario desde la atención básica hasta la especializada tiene múltiples obstáculos, como el acceso restrictivo y sin acompañamiento, el exceso de demanda y la ausencia de personal médico en la atención básica; insuficiencia en la oferta de consultas y exámenes especializados; intervalos prolongados entre la atención básica y la atención especializada; y ausencia de comunicación con otros servicios.
Ávila-Sansores et al. (22)	2013, México	Explorar la percepción de las barreras personales y sociales hacia el tratamiento de personas con enfermedades crónicas (diabetes e HTA).	9 pacientes	Cualitativo (descriptivo y grupo focal)	Es necesario diseñar y evaluar intervenciones que incrementen la percepción sobre la gravedad de la enfermedad y la susceptibilidad hacia ella. Las barreras percibidas nos señalan los caminos para la acción, las intervenciones deben contemplar las creencias, las causalidades y las preocupaciones de las personas.

(Continúa)

CUADRO 1. (Cont.)

Autores	Año, país	Objetivo	Número de participantes	Método	Conclusiones
Fort et al. (23)	2013, México y Costa Rica	Presentar cómo las personas con diabetes, hipertensión o ambas enfermedades perciben su papel en el manejo de su enfermedad, y resumir los principales factores facilitadores y barreras.	70 pacientes	Cualitativo (grupos focales)	Las personas con diabetes e HTA están dispuestas a hacerse cargo del tratamiento. Las barreras y los factores facilitadores difieren de acuerdo con el estado en el que se encontraron los pacientes. Los proveedores de atención primaria de salud pueden trabajar para apoyar el autocuidado teniendo en cuenta las barreras, facilitadores y la situación de cada paciente.
Legido-Quigley et al. (10)	2015, Colombia	Abordar la brecha en la prevención, la detección, el manejo y el control de la hipertensión, con generación de evidencia sobre cómo los pacientes con HTA buscan, obtienen y se adhieren a la atención necesaria en un país de ingresos medios.	26 pacientes hipertensos y 4 miembros de la familia	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas y grupos focales)	Varios problemas que deben ser tenidos en cuenta por el gobierno e intervenidos para mejorar el manejo de la HTA en Colombia, como la capacitación para el personal de salud sobre cómo dar información a los pacientes y cómo interactuar con ellos, la importancia de la adherencia al tratamiento, evitar que le falten medicamentos a los pacientes, mejorar la información sobre la cobertura, la reducción o la eliminación de los copagos, considerar las necesidades particulares de los pacientes y explorar soluciones innovadoras para reducir el costo de transporte, sobre todo en zonas remotas.
Belizan et al. (18)	2020, Argentina	Identificar las principales barreras para la prevención, la detección y el control de las enfermedades cardiometabólicas en los centros de salud de atención primaria.	72 pacientes, 9 autoridades de salud pública y 40 proveedores de salud	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas y grupos focales)	Evaluar las barreras del sistema de salud desde una perspectiva económica comportamental puede ayudar a encontrar intervenciones más efectivas y mejorar en el soporte del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas. Se recomiendan otras estrategias que tienen como objetivo lograr la participación de los pacientes y empoderarlos.

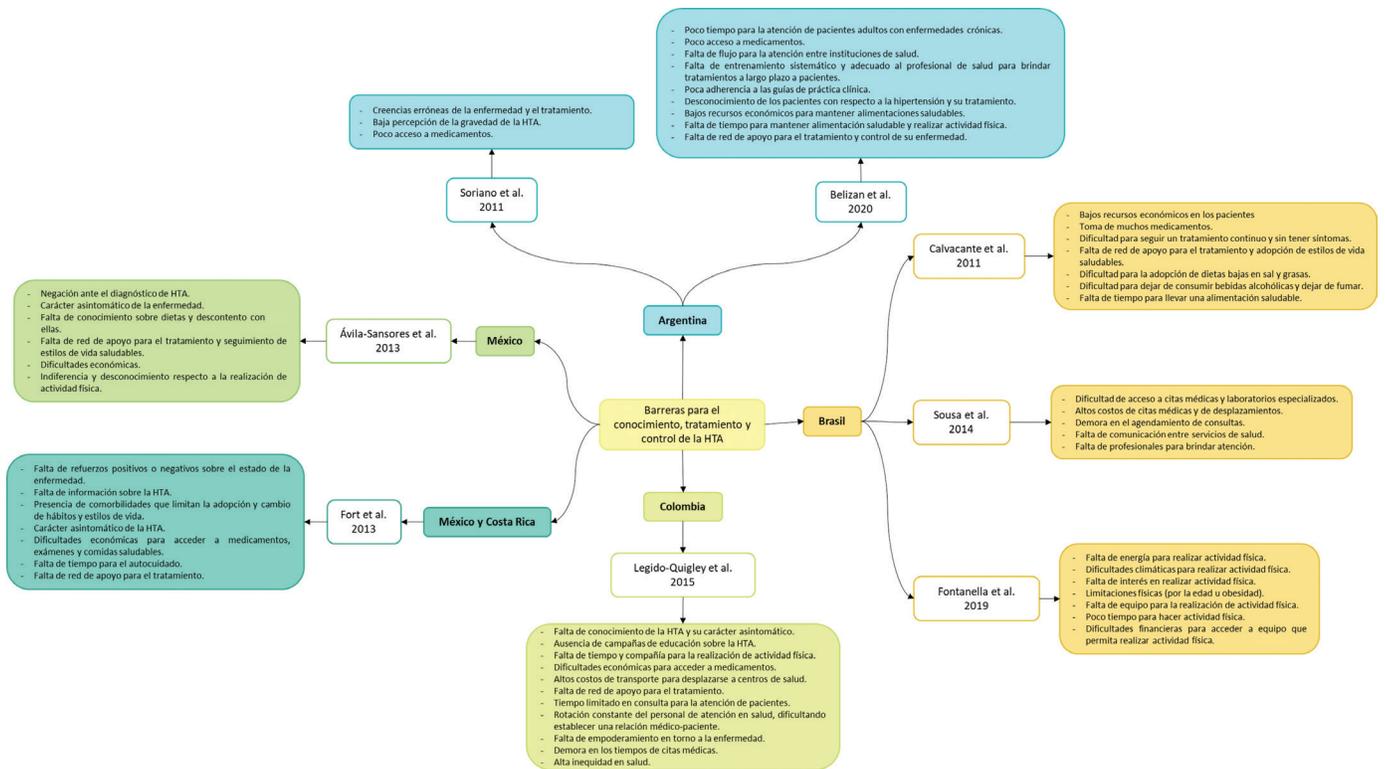
Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

años, en su mayoría mujeres (69,1%); para identificar las barreras existentes para la realización de actividad física. La falta de energía o cansancio fue la barrera más prevalente en esta población (54,5%), seguida de la falta clima adecuado (47,3%), falta de interés (41,6%), la presencia de dolores y malestar (37%), compromisos familiares (34,5%) y falta de equipo de ropa adecuada para su realización (32,7%). Las barreras eran más frecuentes en personas con hábitos sedentarios por falta de espacio, equipo, recursos financieros, estado de ánimo, miedo a lesionarse, limitaciones físicas y falta de energía.

Sousa et al. (21), también en Brasil, analizaron las condiciones para el acceso integral de la red asistencial con un estudio de triangulación de datos mediante un diagrama de flujo que describe el recorrido desde que el paciente con HTA busca la

atención en salud, hasta que recibe atención especializada. Existen múltiples barreras para la atención integral, al inicio hay “una puerta estrecha y sin recepción”; con dificultad para acceder a citas médicas y laboratorios especializados, baja oferta de consulta y laboratorios especializados, altos costos y desplazamientos. Se detecta un “exceso de oferta y demanda disminuida en atención especializada” por falta de médicos, atención especializada y una gran cantidad de pacientes. Una vez que la persona con hipertensión accede a la atención especializada, se presentan “obstáculos en la continuidad del cuidado” por demora en el agendamiento de consultas, con la consiguiente pérdida de continuidad y de posibilidad de atención integral. Otro punto es la ausencia de comunicación entre los servicios y los profesionales, con fragmentación de la

FIGURA 2. Principales barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión en personas adultas, por países



HTA, hipertensión arterial.
Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

atención integral y, en ocasiones, con indicaciones contradictorias para el paciente.

El punto de vista del personal de salud revela la gran cantidad de obstáculos que presenta la población para acceder a los servicios de salud, lo cual pone en evidencia la necesidad de ampliación y calificación de la oferta, además de la creación de flujos asistenciales para lograr acceso universal y equitativo de la atención en salud (21).

En Colombia, Legido-Quigley et al. (10) hicieron un estudio cualitativo para evaluar la brecha en la prevención, la detección, el manejo y el control de la HTA, y describieron cómo los pacientes buscan, obtienen y se adhieren a la atención en salud Colombia. Se evaluaron cinco dimensiones en 18 mujeres y 12 hombres con HTA confirmada o en estudio. La primera refiere al estado prediagnóstico, conocimiento de la HTA y la experiencia. Detectaron poco conocimiento de la enfermedad, desconocimiento del carácter asintomático y suspensión del tratamiento al normalizar la presión arterial, con una falsa percepción de "curación". Los participantes resaltan la ausencia de campañas de educación sobre HTA. La segunda dimensión aborda factores relacionados con la dieta y ejercicio, los pacientes refieren comer platos tradicionales de la región, de acuerdo a los ingresos económicos. El consumo de alcohol y tabaco es un factor común en los hombres; en cuanto a la actividad física, existen barreras como la falta de tiempo y compañía. La tercera y cuarta dimensión abordan la respuesta del servicio de salud a las necesidades de los pacientes, las barreras geográficas y familiares, y las que existen entre el personal de salud y el paciente. El acceso a medicamentos genéricos es gratis para algunos

regímenes de salud, y para los que no, deben realizar copagos de acuerdo con el nivel de cotización o ingresos; sin embargo, muchos pacientes refieren dificultades para acceder a estos por la lejanía de los lugares de dispensación, a los que deben concurrir todos los meses y en los cuales a veces no hay medicamentos disponibles. La relación entre el personal de salud y los pacientes presenta una dicotomía, con médicos comunicativos y agradables, y otros distantes con falta de interés por brindar información, tiempo limitado para la consulta y cambio de profesionales en cada visita. Todos estos factores dificultan el empoderamiento de los pacientes en torno a su enfermedad (10). La quinta dimensión aborda las creencias de los pacientes sobre lo que se debería mejorar, con referencia a la necesidad de acceso más rápido a la consulta y otros cuidados, acceso gratis a medicamentos de buena calidad (en relación con el supuesto de que los medicamentos genéricos son de mala calidad) y disminución del costo de transporte principalmente en áreas rurales. Existe mucha inequidad en el sistema de salud, ocasionado por la corrupción y problemas sociales del país.

En México, Ávila-Sansores et al. (22) exploraron la percepción de barreras personales y sociales para el tratamiento de personas con HTA con o sin diabetes a través de un método cualitativo. Detectaron negación del diagnóstico por su naturaleza asintomática, subestimación de la enfermedad con respecto a otras y disminución de la probabilidad de adherencia al tratamiento. Con respecto a la modificación de estilos de vida y a la adherencia al tratamiento, se detecta que los hábitos adquiridos se interrumpen cuando se nota mejoría de síntomas. Además, existen barreras relacionadas con las creencias y conocimientos

sobre el tratamiento, dietas o descontento con estas, falta de apoyo familiar, dificultades económicas e indiferencia y desconocimiento sobre los beneficios de la actividad física.

En un estudio conjunto realizado en México y Costa Rica, Fort et al. (23) realizaron un estudio cualitativo en 70 pacientes con hipertensión con o sin diabetes en centros de atención primaria con el objetivo de resumir los principales factores y barreras para el manejo de su enfermedad. En las barreras para la adherencia, se encuentran una falta de refuerzos para el mantenimiento adecuado del tratamiento antihipertensivo, la naturaleza asintomática de la enfermedad y ausencia de información sobre el control de la HTA. La presencia de comorbilidades limita el cambio de hábitos y estilos de vida y existen dificultades financieras por los costos de los medicamentos, los exámenes y la comida saludable. Debido al contexto social, las mujeres presentan limitaciones en el autocuidado.

Principales barreras identificadas

En la figura 3 se resumen los factores que afectan el conocimiento, tratamiento y control de la HTA en personas adultas en América Latina, según las cinco dimensiones de la OMS (12). En los estudios latinoamericanos predominan las barreras relacionadas con factores sociales y económicos, así como factores intrínsecos del sistema. La falta de refuerzos y de educación sobre la HTA son las más mencionadas, seguidas de la falta de recursos financieros, que limita el autocuidado, el tratamiento y los desplazamientos para procurar atención médica. Esto ocasiona una cascada de eventos que se origina en la falta de conocimiento y la dificultad para el acceso a atención integral y culmina con personas con HTA no controlada, poca adherencia al tratamiento y falta de empoderamiento de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Este estudio es el primero en América Latina que resume las barreras para el adecuado conocimiento, tratamiento y control de la HTA en personas adultas, con base en las dimensiones propuestas por la OMS. Las múltiples brechas existentes afectan de manera directa e indirecta a las personas con HTA e impiden el manejo adecuado de la enfermedad.

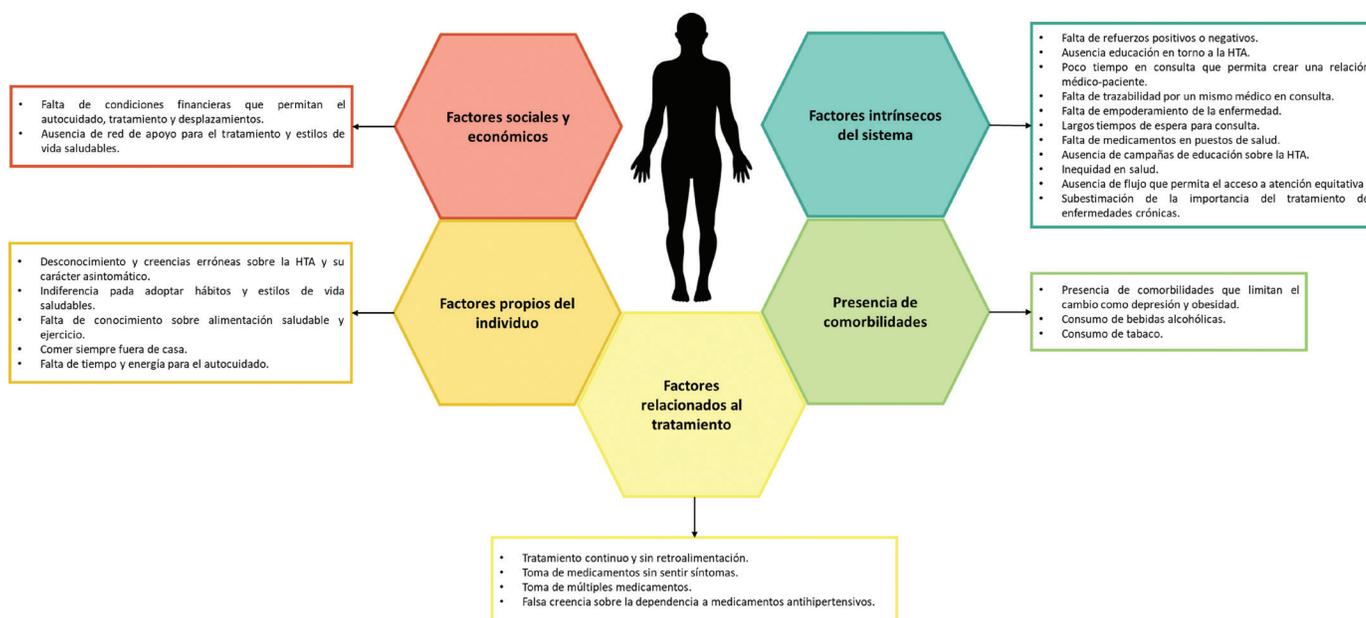
Para fines del análisis se han agrupado las barreras en factores sociales y económicos, factores propios del individuo, factores relacionados con el tratamiento, presencia de comorbilidades y factores asociados con el sistema.

Factores sociales y económicos

El principal factor identificado en esta dimensión fue la falta de recursos financieros, que dificulta el autocuidado de la salud y el acceso equitativo a medicamentos, citas médicas y desplazamientos a los centros de atención. Según la clasificación del Banco Mundial, en América latina hay países de ingresos económicos muy bajos, medios-bajos, medios-altos y altos (24), con índices elevados de desigualdad (índice de Gini >40) (25). Esto se relaciona con grandes dificultades para el acceso a servicios básicos como la salud y la alimentación.

Así mismo, la ausencia de red de apoyo es una barrera importante en las personas hipertensas. Fort et al. señala que la fe y la familia pueden ser facilitadores para el cuidado de la salud (23). El estudio HOPE-4 demuestra que involucrar personas del entorno familiar o social de la persona hipertensa y el empoderamiento de ambos actores en el tratamiento y la modificación y el mantenimiento de los hábitos es una estrategia efectiva para ayudar a mejorar los índices de adherencia y control de la enfermedad (26).

FIGURA 3. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la HTA en personas adultas en América Latina de acuerdo con las cinco dimensiones descritas por la Organización Mundial de la Salud que pueden afectar el tratamiento a las enfermedades



HTA, hipertensión arterial.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Siendo necesario diseñar intervenciones que mejoren la percepción de la gravedad de las enfermedades de manera individualizada y enfocada en creencias y preocupaciones económicas, educativas, laborales, sociales y familiares; para mejorar la conciencia de la enfermedad, la adopción de estilos de vida y adherencia al tratamiento (22,23).

Factores propios del individuo

La HTA exige cambios del estilo de vida y conductas para el control; lograr esto requiere una decisión del individuo. Diversos factores pueden influir en el mantenimiento de la decisión para lograr el control de la enfermedad (19). El desconocimiento sobre la HTA, los hábitos y los estilos de vida saludable fueron la principal barrera identificada que imposibilita introducir cambios. En una revisión sistemática y metaanálisis sobre estudios de intervenciones educativas en salud para personas mayores con hipertensión, se demostró que estas intervenciones en temas de salud y control de la hipertensión son efectivas para mejorar el control de la enfermedad (27). Sin embargo, en América Latina estas intervenciones son escasas y originan una cascada de desinformación desde el prediagnóstico hasta el tratamiento, con falta de adherencia al tratamiento y de cambios en los hábitos y estilos de vida.

Factores relacionados con el tratamiento

El tratamiento continuo sin retroalimentación del personal de salud, tomar múltiples medicamentos y las falsas creencias sobre estos son un desafío para el personal de salud para lograr la adherencia al tratamiento. El personal de salud no es solo el que formula medicamentos, sino que informa al paciente de qué se tratan, cómo se desarrolla su enfermedad y desmiente los mitos acerca de esta y del tratamiento. El paciente debe ser un actor activo en su tratamiento, y su autonomía debe tenerse en cuenta para tomar decisiones mediante una comunicación efectiva, educación sobre la toma de medicamentos, sus posibles efectos adversos y cambios de dosis, y las consecuencias de tener HTA no controlada. Es fundamental mantener una adecuada relación médico-paciente, con el fin de lograr una buena adherencia y control de la HTA con la menor cantidad de medicamentos posible (28).

Una revisión sistemática buscó evaluar las intervenciones para aumentar la adherencia farmacológica en personas hipertensas; se identificaron 7 estudios que evaluaban diferentes intervenciones. Entre las intervenciones demostradas como efectivas, se encuentran las intervenciones educativas, los grupos de apoyo y las llamadas de recordatorios (29). Sin embargo, estas condiciones no se cumplen en la mayoría de los países de América Latina debido a sus altos índices de pobreza y desigualdad, con distribución inadecuada de los recursos en salud.

Presencia de comorbilidades

La presencia de comorbilidades y de hábitos de consumo que causan dependencia afecta de manera directamente el cambio de hábitos y es un factor difícil de superar. En personas mayores con HTA y obesidad se destacan barreras fisiológicas y físicas, siendo importante el tratamiento integral por profesionales en educación física de la mano con el personal de salud (20). Así mismo, involucrar al paciente de forma activa en el proceso es

una estrategia costo-efectiva y sostenible en el tiempo, en la que el paciente recibe recomendaciones personalizadas al paciente con el acompañamiento del personal de salud médico y no médico, lo cual facilita el proceso de transición de estilos de vida y le permite mantener objetivos tangibles y así evitar la frustración y el abandono del tratamiento (30-32).

Factores intrínsecos del sistema

Desde el sistema, las estrategias de diagnóstico, tratamiento y control de la HTA en países de bajos y medianos ingresos presentan bastantes limitaciones. Estas son la falta de información, falta de enfoques sistemáticos para la detección de la enfermedad; el poco tiempo disponible en la consulta para documentar los datos, y analizar y educar al paciente; la existencia de algoritmos de enfoque inicial poco prácticos; la ausencia de flujo en la atención para el acceso equitativo; la falta de acceso a medicamentos e insumos en los puestos de salud, calidad y acceso a servicios de salud; la escasa atención que se presta a los factores de riesgo concomitantes; la falta de esfuerzos sistemáticos para mejorar la adherencia y educar a pacientes y familiares; la ausencia herramientas eficaces de monitoreo de profesionales e instituciones (10, 32).

En América Latina, es necesario lograr una cobertura, calidad y continuidad de los programas de salud con inclusión social e integración de las poblaciones menos beneficiadas para disminuir las barreras en el control de la HTA (17). Los gobernantes locales y los tomadores de decisiones deben atender estas brechas mediante la capacitación para los profesionales en educación para la salud, el acceso y la cobertura de salud, la eliminación de los copagos y creación de soluciones innovadoras para garantizar el acceso integral; sobre todo en las zonas rurales (10). Es importante evaluar las barreras del sistema, desde un enfoque económico-comportamental, para brindar información que permita ejecutar acciones efectivas y superarlas.

La principal limitación de este estudio es que no se realizó la evaluación de riesgo de sesgos y un metaanálisis, debido a que es una revisión de alcance. Su fortaleza es que sirve como un inicio para identificar las barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la HTA, las cuales deberán ampliarse con futuros estudios.

Conclusiones

La mayoría de las barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la HTA en América latina surgen por la falta de posicionamiento de los tomadores de decisiones en la atención de enfermedades crónicas, donde el paciente no es un actor activo de su enfermedad. Estas barreras afectan todas las dimensiones para la adherencia al tratamiento.

Se requieren enfoques sistemáticos y cambios contundentes en la atención de pacientes crónicos para empoderar al paciente en su enfermedad y facilitar el flujo de atención entre los actores con el fin de adaptar las recomendaciones a sus entornos personales, sociales y culturales.

Contribución de los autores. LAPG y PAC concibieron el estudio original, planificaron la metodología del estudio, analizaron e interpretaron los resultados, y revisaron el manuscrito. LAPG y MAC recopilaron los datos y contribuyeron en la escritura del manuscrito. LJG contribuyó en la escritura del manuscrito e

interpretación de los resultados. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento. El estudio fue financiado por el Ministerio de Ciencia, tecnología e Innovación de Colombia, convocatoria N.º 874-2020. La fuente de financiamiento de este estudio no

tuvo influencia sobre el diseño de la revisión integrativa, extracción de datos, análisis y escritura de los resultados.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista Panamericana de Salud Pública* o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Ginebra: OMS; 2018.
- Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol.* 2020;16(4):223-37.
- Yoon SS, Gu Q, Nwankwo T, Wright JD, Hong Y, Burt V. Trends in blood pressure among adults with hypertension. *Hypertension.* 2015;65(1):54-61. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04012> Acceso el 6 de febrero del 2022.
- Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* 2016;387(10022):957-67.
- Leong DP, Joseph PG, McKee M, Anand SS, Teo KK, Schwalm JD, et al. Reducing the global burden of cardiovascular disease, part 2. *Circ Res.* 2017;121(6):695-710.
- Egan BM, Zhao Y, Axon DRN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA.* 2010;303(20):2043-50. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1859537>.
- Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens.* 2019;37(9):1813-21.
- Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA.* 2013;310(9):959-68. Disponible en <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1734702>
- Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation.* 2016;134:441-50. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>
- Legido-Quigley H, Lopez PAC, Balabanova D, Perel P, Lopez-Jaramillo P, Nieuwlaat R, et al. Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management, and control of hypertension in Colombia: a qualitative study. *PLoS One.* 2015;10(4):e0122112.
- López-Jaramillo P, Sánchez RA, Díaz M, Cobos L, Bryce A, Parra-Carrillo JZ, et al. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Acta Médica Colombiana.* 2013;38(3):154-72.
- Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682> Acceso el 6 de febrero del 2022.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. Disponible en: https://docs.google.com/document/u/0/d/14xrkymOgc0lXa2AGJ19g1pNPCEhUqcesbIyuGfnjAUQ/edit?usp=embed_facebook Acceso el 18 de enero del 2022.
- Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *medRxiv.* 2021;2021.07.14.21260492. Disponible en: <http://medrxiv.org/content/early/2021/07/15/2021.07.14.21260492.abstract>
- Soriano ER, Dawidowski AR, Pereiro N, Aliperti VI, Aragone S, Abramovich I, et al. Brechas entre la prescripción de antihipertensivos y el control de la hipertensión en adultos mayores de los CAPS del conurbano bonaerense. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.* 2011;68(4).
- Belizan M, Alonso JP, Nejamis A, Caporale J, Copo MG, Sánchez M, et al. Barriers to hypertension and diabetes management in primary health care in Argentina: qualitative research based on a behavioral economics approach. *Transl Behav Med.* 2020;10(3):741-50.
- Cavalcante Guedes MV, de Araujo TL, de Oliveira Lopes MV, de Fatima da Silva L, de Freitas MC, de Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2011;64(6):1038-42.
- Fontanella FO, da Silva DF, Mazur CE, Federizzi M, Bennemann GD. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física no tempo livre em pacientes com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.* 2019;24:1-9.
- Sousa F de OS, de Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, de Albuquerque PC. Do normativo à realidade do sistema único de saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciencia e Saude Coletiva.* 2014;19(4):1283-93.
- Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan.* 2013;13(3):373-86.
- Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Mendoza Montano C, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC Fam Pract.* 2013;14.
- Grupo Banco Mundial. World Bank country and lending groups [Internet]. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>
- Grupo Banco Mundial. Índice de Gini [Internet]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?end=2019&start=1967&view=map>.
- Schwalm JD, McCready T, Lopez-Jaramillo P, Yusuf K, Attaran A, Lamelas P, et al. A community-based comprehensive intervention to reduce cardiovascular risk in hypertension (HOPE 4): a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet.* 2019;394(10205):1231-42.
- Chen Y, Li X, Jing G, Pan B, Ge L, Bing Z, et al. Health education interventions for older adults with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nurs.* 2020;37(3):461-9.
- Mariampillai JE, Eskás PA, Heimark S, Larstorp ACK, Fadl Elmula FEM, Høiegggen A, et al. Apparent treatment-resistant hypertension-patient-physician relationship and ethical issues. *Blood Press.* 2017;26(3):133-8.
- Guzman-Tordecilla DN, Bernal García A, Rodríguez I. Interventions to increase the pharmacological adherence on arterial

- hypertension in Latin America: a systematic review. *Int J Public Health*. 2020;65:55-64. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01317-x>
31. Galekop MMJ, Uyl-de Groot CA, Ken Redekop W. A systematic review of cost-effectiveness studies of interventions with a personalized nutrition component in adults. *Value in Health*. 2021;24(3):325-35.
32. Minich DM, Bland JS. Personalized lifestyle medicine: relevance for nutrition and lifestyle recommendations. *Scientific World Journal*. 2013;2013.
33. López-Jaramillo P, Barbosa E, Molina DI, Sanchez R, Diaz M, Camacho PA, et al. Latin American Consensus on the management of hypertension in the patient with diabetes and the metabolic syndrome. *J Hypertens*. 2019;37(6):1126-47.

Manuscrito recibido el 7 de marzo del 2022. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 26 de setiembre del 2022.

Barriers to knowledge, treatment, and control of hypertension in Latin America: a scoping review

ABSTRACT

Objective. Group the barriers to knowledge, treatment, and control of hypertension in patients in Latin America through a scoping review.

Methods. A scoping review was conducted in accordance with the Arksey and O'Malley methodological framework and the PRISMA guidelines for systematic reviews and meta-analyses. Searches were carried out in the PubMed, Virtual Health Library, and Scopus databases. Blind and independent selection was conducted in the RAYYAN QCRI application. Finally, the results of the selected studies were addressed narratively.

Results. Eight qualitative and quantitative studies that fit the research question were included. The most frequently described barriers are systemic barriers that hinder comprehensive and equitable access to health care and medication, as well as a lack of educational programs, personalized interventions to improve adherence to treatments, and lifestyle changes. Economic factors are critical in Latin America, hindering access to the health system and changes to lifestyles due to the costs of transportation, medical appointments, and medicines.

Conclusions. The detected barriers affect all dimensions of adherence to treatment; among the most important barriers are decision makers who lack education and positioning with respect to care of hypertension.

Keywords

Hypertension; treatment adherence and compliance; barriers to access of health services; Latin America.

Barreiras ao conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial na América Latina: uma revisão de escopo

RESUMO

Objetivo. Compilar as barreiras ao conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial em pacientes da América Latina por meio de uma revisão de escopo.

Métodos. Foi realizada uma revisão de escopo de acordo com a estrutura metodológica de Arksey e O'Malley e as diretrizes PRISMA para revisões sistemáticas e metanálises. Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e Scopus. A seleção foi realizada de forma independente e cega no aplicativo RAYYAN QCRI[®]. Por último, os resultados dos estudos selecionados foram abordados de forma narrativa.

Resultados. Foram incluídos oito estudos qualitativos e quantitativos que se enquadravam na nossa questão de pesquisa. As barreiras mais frequentemente descritas são aquelas próprias do sistema que dificultam o acesso integral e equitativo a atendimento médico e medicamentos, a ausência de programas educativos e intervenções personalizadas que melhorem a adesão ao tratamento e as mudanças no estilo de vida. O fator econômico é crítico na América Latina e impede o acesso ao sistema de saúde para modificar o estilo de vida devido aos custos de transporte, consultas médicas e medicamentos.

Conclusões. As barreiras detectadas afetam todas as dimensões da adesão ao tratamento, entre as quais se destaca a falta de capacitação e posicionamento dos tomadores de decisão sobre o cuidado da hipertensão.

Palabras-chave

Hipertensão; cooperación e adesão ao tratamento; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; América Latina.