Cuaderno de odontología. Revista científica
Vol. 5(especial7), 555-563, 2026
https://doi.org/10.62574/mztcrcxz

Adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial en comunidades rurales: revisión sistemática

Treatment adherence among people with hypertension in rural communities: a systematic review

César Paúl Cervantes-García
cesarcg02@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0004-5264-370X

Daniela Alejandra Mideros-Sánchez
danielaams59@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-9317-8813

María José Castillo-Castillo
mariajcc64@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-9982-3224

Carlos Alejandro Troya-Altamirano
docentetp51@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-5341-0212

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre la magnitud, los factores asociados y las intervenciones de la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial, con énfasis en contextos rurales y de ingresos bajos y medianos. **Método:** revisión sistemática con síntesis narrativa en PubMed y SciELO (2012-2025); se incluyeron 15 estudios. **Resultados:** la falta de adherencia afectó a cerca de la mitad de los pacientes y su estimación varió según el método de medición. Se asoció con costos, acceso limitado, creencias, efectos adversos y depresión. Las intervenciones digitales y multicomponente mejoraron la adherencia y el control. **Conclusión:** la baja adherencia limita el control de la hipertensión en comunidades rurales y requiere intervenciones adaptadas al contexto.

Descriptores: hipertensión; cumplimiento y adherencia al tratamiento; cumplimiento de la medicación; población rural; antihipertensivos. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on the magnitude, associated factors and interventions of treatment adherence in people with hypertension, with emphasis on rural and low- and middle-income settings. **Method:** systematic review with narrative synthesis in PubMed and SciELO (2012-2025); 15 studies were included. **Results:** nonadherence affected about half of the patients and its estimate varied according to the measurement method. It was associated with costs, limited access, beliefs, adverse effects and depression. Digital and multicomponent interventions improved adherence and control. **Conclusion:** low adherence limits hypertension control in rural communities and requires context-adapted interventions.

Descriptors: hypertension; treatment adherence and compliance; medication adherence; rural population; antihypertensive agents. (DeCS).

Recibido: 15/09/2026. Revisado: 05/10/2026. Aprobado: 30/10/2026. Publicado: 20/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica. En América Latina, el estudio de Rubinstein et al. en el Cono Sur mostró una prevalencia elevada y una proporción todavía insuficiente de personas que conocen su diagnóstico, reciben tratamiento y alcanzan el control de la presión arterial (1). Esta brecha entre el diagnóstico y el control tiene consecuencias directas sobre la mortalidad cardiovascular de la región.

En las zonas rurales, la situación se agrava por la distancia a los servicios de salud, la menor disponibilidad de medicamentos y las condiciones socioeconómicas desfavorables. Raban advirtió que las fuentes de datos para medir el gradiente socioeconómico de la hipertensión en poblaciones rurales de los países de ingresos bajos y medianos son escasas, lo que limita la planificación de los programas (2).

Dentro de los factores que explican el control insuficiente, la adherencia terapéutica ocupa un lugar central. La Organización Mundial de la Salud la define como el grado en que la conducta de una persona, en cuanto a tomar la medicación, seguir un régimen alimentario y modificar su estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. En el Ecuador, donde una parte importante de la población reside en comunidades rurales, no se dispone de síntesis que reúnan la evidencia sobre la adherencia en este contexto.

En consecuencia, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre la magnitud, los factores asociados y las intervenciones de la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial, con énfasis en contextos rurales y de ingresos bajos y medianos.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática con síntesis narrativa orientada por la pregunta: ¿qué proporción de personas con hipertensión arterial no se adhiere al tratamiento, qué factores se asocian con ello y qué intervenciones la mejoran, en particular en contextos rurales y de ingresos bajos y medianos? La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO para el periodo 2012-2025, en español, inglés y portugués.

Se emplearon descriptores DeCS y MeSH combinados con operadores booleanos: («hypertension» OR «antihypertensive agents») AND («medication adherence» OR «treatment adherence and compliance» OR «patient compliance») AND («rural population» OR «developing countries» OR «Latin America»). Se completó la búsqueda con los términos «hipertensión arterial», «adherencia terapéutica» y «zona rural».

Se incluyeron revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, estudios transversales y estudios de intervención en adultos con hipertensión arterial o con enfermedades crónicas que incluyeran la hipertensión. Se excluyeron los estudios sobre hipertensión en el embarazo, los realizados exclusivamente en población pediátrica y los documentos sin revisión por pares.

Dos revisores seleccionaron los documentos de forma independiente por título, resumen y texto completo, y resolvieron los desacuerdos por consenso. De cada estudio se extrajeron el diseño, el contexto, la población, el método de medición de la adherencia y el hallazgo principal. Se incluyeron 15 estudios.

RESULTADOS

En cuanto a la magnitud del problema, la revisión sistemática de Abegaz et al. estimó que alrededor del 45 % de los pacientes no se adhería al tratamiento antihipertensivo (3). En los países de ingresos bajos y medianos, el metaanálisis de Nielsen et al., que reunió a más de 92 000 personas, confirmó una proporción

elevada de falta de adherencia (4), y Lemstra y Alsabbagh describieron tanto la proporción de pacientes no adherentes como los indicadores de riesgo asociados (5).

Respecto a la medición, la estimación depende del método empleado. Khoiry et al. señalaron que muchos instrumentos de autorreporte no se han validado en países de ingresos bajos y medianos y requieren adaptación cultural y lingüística (6). Las pruebas químicas de adherencia, que detectan los fármacos en sangre u orina, mostraron una prevalencia considerable de falta de adherencia (7), especialmente en personas con hipertensión no controlada (8).

En relación con los factores asociados, la revisión de Chauke et al. identificó en los países de ingresos bajos y medianos barreras económicas, problemas de acceso a los servicios y a los medicamentos, creencias sobre la enfermedad, efectos adversos y conocimientos insuficientes (9). Al Ghobain et al. describieron factores asociados con la falta de adherencia en consultas de medicina general (10). Además, Lemstra et al. documentaron la falta de adherencia primaria, es decir, la no retirada de la primera prescripción (11). Entre las comorbilidades, Weidenbacher et al. relacionaron los síntomas depresivos con la falta de adherencia a la medicación antihipertensiva (12), y Grant et al. la observaron en adultos con alto riesgo de apnea obstructiva del sueño (13).

Por último, en cuanto a las intervenciones, Ogungbe et al. revisaron las estrategias para mejorar la adherencia a la medicación cardiovascular en países de ingresos bajos y medianos, y describieron intervenciones educativas, de recordatorio y multicomponente (14). El metaanálisis de Boima et al. mostró que las intervenciones de salud digital mejoraron el control de la presión arterial, los hábitos de vida y la adherencia a la medicación en estos países (15). La Tabla 1 resume los estudios principales.

Tabla 1. *Estudios incluidos sobre adherencia terapéutica en hipertensión arterial*

Autor (ref.)	Diseño y contexto	Población	Hallazgo principal
Rubinstein et al. (1)	Poblacional, Cono Sur de América Latina	Adultos	Prevalencia elevada y control insuficiente
Abegaz et al. (3)	Revisión sistemática y metaanálisis	Pacientes con hipertensión	Falta de adherencia cercana al 45 %
Nielsen et al. (4)	Revisión sistemática y metaanálisis, países de ingresos bajos y medianos	Más de 92 000 personas	Proporción elevada de falta de adherencia
Khoiry et al. (6)	Revisión de alcance	Instrumentos de autorreporte	Aplicabilidad limitada sin adaptación cultural
Chauke et al. (9)	Revisión de alcance, países de ingresos bajos y medianos	Enfermedades crónicas	Barreras económicas, de acceso y de conocimiento
Weidenbacher et al. (12)	Transversal, Estados Unidos	Veteranos	Asociación con síntomas depresivos
Boima et al. (15)	Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos	Pacientes con hipertensión	La salud digital mejora el control y la adherencia

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos (2026).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la falta de adherencia afecta aproximadamente a la mitad de las personas con hipertensión arterial (3,4) y constituye una de las principales causas del control insuficiente de la presión arterial en América Latina (1). Esta magnitud coincide entre revisiones de distintos ámbitos, lo que indica que el problema no es exclusivo de un sistema de salud, aunque su intensidad aumenta en los países de ingresos bajos y medianos (4,5).

Sin embargo, existe una contradicción metodológica relevante. Las estimaciones basadas en el autorreporte y las basadas en pruebas químicas no son equivalentes (6-8), y los instrumentos de autorreporte rara vez se han validado en poblaciones rurales o con baja escolaridad (6). En comunidades rurales del Ecuador, donde coexisten distintas lenguas y niveles de alfabetización, esta limitación puede conducir a sobrestimar la adherencia real.

En cuanto a los factores asociados, los hallazgos sugieren que la adherencia depende tanto del paciente como del sistema de salud. Las barreras económicas y de acceso (9), la falta de retirada de la primera prescripción (11) y la depresión (12) se combinan en las zonas rurales con la distancia a los servicios y la irregularidad del abastecimiento de medicamentos (2). Por ello, las intervenciones que se centran solo en la educación del paciente pueden ser insuficientes si no se garantiza el acceso continuo al tratamiento.

Las intervenciones multicomponente y digitales mostraron resultados favorables (14,15), aunque su aplicación en comunidades rurales depende de la conectividad, de la disponibilidad de agentes comunitarios de salud y de la integración con la atención primaria. Las comorbilidades, como la apnea del sueño (13) y la depresión (12), deberían valorarse en el seguimiento de los pacientes no adherentes (10).

Desde la perspectiva de la atención primaria, estos hallazgos respaldan la incorporación de la evaluación sistemática de la adherencia en cada control de la persona con hipertensión. Preguntar de forma abierta por las dificultades para tomar la medicación, revisar la retirada efectiva de los fármacos y simplificar los esquemas terapéuticos, por ejemplo mediante combinaciones en una sola toma diaria, son medidas de bajo costo que pueden aplicarse en los puestos de salud rurales. Asimismo, la participación de la familia y de las organizaciones comunitarias puede favorecer el mantenimiento del tratamiento a largo plazo, aunque su efecto no se evaluó de forma específica en los estudios incluidos.

Esta revisión presenta limitaciones. Pocos estudios se realizaron específicamente en comunidades rurales y ninguno de los incluidos se llevó a cabo en el Ecuador, por lo que la extrapolación debe hacerse con cautela. Los métodos de medición de la adherencia son heterogéneos, la síntesis fue narrativa y no se realizó un metaanálisis.

CONCLUSIÓN

La falta de adherencia terapéutica afecta aproximadamente a la mitad de las personas con hipertensión arterial y es más frecuente en los países de ingresos bajos y medianos, donde se asocia con barreras económicas, problemas de acceso a los servicios y a los medicamentos, creencias sobre la enfermedad, efectos adversos y depresión.

En las comunidades rurales, mejorar la adherencia requiere garantizar el acceso continuo a los medicamentos, emplear instrumentos de medición validados localmente e implementar intervenciones multicomponente y digitales integradas en la atención primaria, con participación de agentes comunitarios de salud.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Rubinstein AL, Irazola VE, Calandrelli M, Chen CS, Gutierrez L, Lanas F, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Southern Cone of Latin America. Am J Hypertens. 2016;29(12):1343-52.

2. Raban MZ. Data sources for measuring the socioeconomic gradient of hypertension in rural populations of low- and middle-income countries. Int J Epidemiol. 2015;44(5):1743-6.

3. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs. Medicine (Baltimore). 2017;96(4):e5641.

4. Nielsen JØ, Shrestha AD, Neupane D, Kallestrup P. Non-adherence to anti-hypertensive medication in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of 92443 subjects. J Hum Hypertens. 2016;31(1):14-21.

5. Lemstra M, Alsabbagh W. Proportion and risk indicators of nonadherence to antihypertensive therapy: a meta-analysis. Patient Prefer Adherence. 2014:211.

6. Khoiry QA, Alfian SD, van Boven JFM, Abdulah R. Self-reported medication adherence instruments and their applicability in low-middle income countries: a scoping review. Front Public Health. 2023;11:1104510.

7. Highton PJ, Funnell MP, Lane D, Vigneswara V, Jenkins S, Kacha G, et al. Chemical adherence testing for assessing adherence to antihypertensive medications: a systematic review and meta-analysis of prevalence of nonadherence. Behav Med. 2025;51(4):265-79.

8. Kulkarni S, Rao R, Goodman JDH, Connolly K, O'Shaughnessy KM. Nonadherence to antihypertensive medications amongst patients with uncontrolled hypertension. Medicine (Baltimore). 2021;100(14):e24654.

9. Chauke GD, Nakwafila O, Chibi B, Sartorius B, Mashamba-Thompson T. Factors influencing poor medication adherence amongst patients with chronic disease in low-and-middle-income countries: a systematic scoping review. Heliyon. 2022;8(6):e09716.

10. Al Ghobain M, Alhashemi H, Aljama A, Bin Salih S, Assiri Z, Alsomali A, et al. Nonadherence to antihypertensive medications and associated factors in general medicine clinics. Patient Prefer Adherence. 2016;10:1415-9.

11. Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. Patient Prefer Adherence. 2018;12:721-31.

12. Weidenbacher H, Beadles C, Maciejewski M, Reeve B, Voils C. Extent and reasons for nonadherence to antihypertensive, cholesterol, and diabetes

medications: the association with depressive symptom burden in a sample of American veterans. Patient Prefer Adherence. 2015:327.

13. Grant AB, Williams NJ, Pandi-Perumal SR. Nonadherence to antihypertensive medications in adults with high risk for obstructive sleep apnea. J Clin Hypertens (Greenwich). 2017;19(5):540-2.

14. Ogungbe O, Byiringiro S, Adedokun-Afolayan A, Seal SM, Dennison Himmelfarb CR, Davidson PM, et al. Medication adherence interventions for cardiovascular disease in low- and middle-income countries: a systematic review. Patient Prefer Adherence. 2021;15:885-97.

15. Boima V, Doku A, Agyekum F, Tuglo LS, Agyemang C. Effectiveness of digital health interventions on blood pressure control, lifestyle behaviours and adherence to medication in patients with hypertension in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. EClinicalMedicine. 2024;69:102432.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/