



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ASOCIADA A LA
POLIFARMACIA EN LA UMF 20**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

BLANCA JENIFER MONTES DE OCA LÓPEZ

TUTORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

GENERACIÓN:

2015-2018



CIUDAD DE MÉXICO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS
ASOCIADA A LA POLIFARMACIA EN LA UMF 20**

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS
ASOCIADA A LA POLIFARMACIA EN LA UMF 20**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS
ASOCIADA A LA POLIFARMACIA EN LA UMF 20**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por brindarme la vida, y cada día permitirme ser y estar aquí, por ser El proveedor de todo lo necesario para poder realizar cada proyecto en mi vida, y mi gran inspiración para siempre enfocar mi actuar y forma de vivir en la vocación de servir y amar.

A MIS PADRES

Por estar siempre conmigo al cuidado de todas mis necesidades, por todo su amor incondicional, por inculcarme los valores necesarios para formar mi carácter, por todos sus consejos y enseñanzas de vida para saber reconocer mi vocación, así como saber encaminarme hacia mi felicidad y realización personal, por siempre apoyarme en todas las decisiones y respetarme en las que no son de su parecer, por darme el apoyo en todos los sentidos para poder realizar esta especialidad.

A MIS HERMANOS

Por su apoyo incondicional en todos los sentidos para cada momento a lo largo de esta etapa y de mi vida, por sus buenos consejos y enseñanzas, por todas sus muestras de amor y cariño, por mostrarme y enseñarme a forjar mi camino, a luchar y esforzarme por las cosas que quiero y por ser siempre un ejemplo de vida para mi, por estar conmigo en todo este camino hacia la realización de mi especialidad, por creer en mi y apoyarme para poder llegar al final.

A MI TUTORA

Por aceptar participar en la realización de mi proyecto, por su paciencia al dirigirme en la elaboración, por compartir sus conocimientos, por su dedicación y tiempo brindado, por apoyarme y darme ánimo para perseverar y mantenerme en el camino.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
TÍTULO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS.....	17
HIPÓTESIS.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
RESULTADOS.....	30
DISCUSIONES.....	39
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS	49

RESUMEN

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ASOCIADA A LA POLIFARMACIA EN LA UMF 20.

Dra. Montes de Oca-López Blanca Jenifer¹, Dra. Vega-Mendoza Santa².

1.- Residente de tercer año. Especialización en Medicina Familiar. UMF20 IMSS

2.- Médica Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación. UMF20 IMSS.

Introducción: La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) provoca la muerte de 7.5 millones de personas. Se estima el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70% **Objetivo:** Determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con polifarmacia en la UMF 20. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico a 241 pacientes hipertensos mayores de 40 años de la UMF 20, de 6 meses o más de evolución, a quienes, previo consentimiento informado se les aplicó un cuestionario sobre perfil sociodemográfico, tiempo de diagnosticada la enfermedad, número de consultas recibidas en los últimos 6 meses, número y tipo de medicamentos por día y el cuestionario de Morisky-Green para determinar la adherencia terapéutica. **Análisis estadístico:** Se utilizará estadística descriptiva y RM con IC al 95%. **Resultados:** La edad media fue de 67 ± 9.789 años. No se encontró asociación significativa entre características sociodemográficas y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Se encontró una mala adherencia terapéutica en un 72.2% y un 27.8% (67) con adherencia, dos terceras partes de los pacientes con 6 a 15 años de evolución presentaron mala adherencia y los medicamentos mayormente asociados a la polifarmacia fueron los anti-ácidos, AINES y polivitamínicos. **Conclusiones:** Los pacientes hipertensos de la UMF 20 que presentan polifarmacia, tienen mala adherencia terapéutica hasta en dos terceras partes, presentar comorbilidades y mayor tiempo de evolución, así como mayor número de consultas se asocian directamente con menor adherencia.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Hipertensión Arterial Sistémica, Polifarmacia.

SUMARY

THERAPEUTIC ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS ASSOCIATED WITH POLYMARMACY AT THE UMF 20.

MD. Montes de Oca-López Blanca Jenifer¹, MD. Vega-Mendoza Santa².

1. Medical resident of the third year, UMF20 IMSS.
2. Family Doctor UMF20 IMSS, Teacher in Educational Sciences, UMF20 IMSS.

Introduction: Systemic Hypertension (HAS) causes the death of 7.5 million people. The degree of pharmacological noncompliance is estimated in figures ranging between 30% and 70%. **Objective:** To determine therapeutic adherence in hypertensive patients with polypharmacy in the FMU 20. **Material and methods:** Analytical cross-sectional study of 241 hypertensive patients over 40 years of age of the UMF 20, of 6 months or more of evolution, to those who, prior informed consent, were given a questionnaire on sociodemographic profile, time of diagnosis of the disease, number of consultations received in the last 6 months, number and type of medications day and the Morisky-Green questionnaire to determine therapeutic adherence. Statistical analysis: Descriptive statistics and MRI with 95% CI will be used. **Results:** The mean age was $67 \pm 9,789$ years. No significant association was found between sociodemographic characteristics and the therapeutic adherence of hypertensive patients. A poor adherence was found in 72.2% and 27.8% (67) with adherence, two thirds of the patients with 6 to 15 years of evolution had poor adherence and the drugs mostly associated with polypharmacy were anti-acids, NSAIDs and polyvitamins. **Conclusions:** The hypertensive patients of the FMU 20 who present polypharmacy, have poor therapeutic adherence in up to two thirds, present comorbidities and a longer evolution time, as well as a greater number of consultations are directly associated with less adherence.

Key words: Therapeutic adherence, Systemic Arterial Hypertension, Polypharmacy.

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS
ASOCIADA A LA POLIFARMACIA EN LA UMF 20**

FOLIO DE REGISTRO CLIEIS: F-2017-3404-2

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que la HAS provoca la muerte de 7.5 millones de personas. En México contribuye con un 12.8 % del total mundial de muertes⁽¹⁾.

La HAS como un padecimiento crónico, representa un alto riesgo de complicaciones si no se llevan a cabo las indicaciones del tratamiento correctamente, ya que un elemento insustituible para el control y manejo de la hipertensión arterial sistémica es un adecuado seguimiento del tratamiento⁽¹⁾.

En el paciente la falta de adherencia causa descontrol de su padecimiento con la presencia de complicaciones a órganos blanco, colocándolo en una situación de riesgo, tales como recaídas más intensas, un efecto rebote, un sobreuso de los medicamentos, riesgos de dependencia, desarrollo de resistencia al tratamiento y toxicidad. Cabe mencionar que una buena adherencia terapéutica es la clave para abordar los procesos crónicos⁽²⁾.

En 2001 la OMS lanzó como iniciativa mundial un Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a Largo Plazo y en el 2004 elaboró un informe denominado “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción”, en el cual se establece que “la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud”, más aún en los países en desarrollo como el nuestro, en los que la adherencia no alcanza al 50% de los tratamientos crónicos prescritos⁽³⁾.

Mediante el conocimiento del papel que juega la polifarmacia en el logro de la adherencia a su tratamiento es posible replantear estrategias adicionales destinadas para el buen manejo de los medicamentos, la simplificación de tratamientos, sin dejar de tener una atención integral y logrando un control óptimo en los pacientes con Hipertensión arterial sistémica.

MARCO TEÓRICO

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que las enfermedades crónicas eran la principal causa de muerte en el mundo y que aproximadamente 17 millones de personas morían cada año a causa de enfermedades tales como cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes o VIH SIDA⁽¹⁾.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) provoca la muerte de 7.5 millones de personas⁽¹⁾.

La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (HAS), define la hipertensión arterial sistémica como el padecimiento multifactorial caracterizado por el aumento sostenido de los valores de la presión arterial mayores o iguales a 140/90 mmHg, ya sea únicamente sistólica, diastólica o ambas. Cuando coexiste acompañado de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus u obesidad, se vuelve un problema de salud grave, ya que conforme avanza la enfermedad pueden presentarse complicaciones como infarto al miocardio, cardiomegalia, trombosis o embolia⁽²⁾.

En México en sólo cuatro años (de 2000 a 2004) la proporción de mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares se elevó de 24.9 a 28.7% en los hombres y de 33.7 a 37.8% en las mujeres. Así, desde el año 2000 estas enfermedades crónicas son las dos causas de muerte más frecuentes en México ⁽¹⁾.

En México la HAS contribuye con un 12.8% del total mundial de muertes. Por otra parte, la mitad de la población que la padece lo ignora, solo del 13.4% al 22.7% del total de pacientes han sido diagnosticados, en tanto solo el 20% llevan a cabo su tratamiento para controlar sus valores de presión arterial⁽³⁾.

En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HAS incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%)⁽⁴⁾.

La prevalencia actual de HAS en México es de 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2- 21.0), y en adultos con diabetes (65.6%; IC 95% 60.3-70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1-29.2). Además, durante la ENSANUT 2012 se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HAS⁽⁴⁾.

La tendencia de la HAS en los últimos seis años (2006- 2012) se ha mantenido estable tanto en hombres (32.4 vs 32.3%) como en mujeres (31.1 vs. 30.7%) y la proporción de individuos con diagnóstico previo no aumentó en los últimos seis años, paso indispensable para lograr un control temprano a través de medidas de estilo de vida y tratamiento en la población. También se han conservado diferencias entre las prevalencias de los grupos de mayor y menor edad, por ejemplo, en 2012 la distribución de la prevalencia de HAS fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad ($p < 0.05$) que en el grupo de 70 a 79 años⁽⁴⁾.

Existen diferencias en las prevalencias de HAS al categorizar por institución a la que se encuentran afiliados los adultos: ISSSTE 34.4%, Secretaria de Salud 45.4%, IMSS 46.6%, e instituciones privadas 54.0%⁽⁴⁾.

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, con respecto a tomar la medicación o seguir una recomendación dietética o de cambio de estilo de vida, concuerda con las prescripciones del profesional sanitario consensuadas con el paciente⁽⁵⁾.

La definición de Haynes y Sackett puede que sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico⁽²⁾.

Se considera buena adherencia la toma de al menos el 80% de los comprimidos. Algunos autores consideran el criterio del 90% y hay estudios que utilizan éste punto de corte, pero el más empleado es el anterior⁽⁶⁾.

La falta de adherencia terapéutica es mayor entre los individuos de mayor edad, mujeres y en los pacientes que viven solos o con depresión ⁽⁷⁾.

La buena adherencia se asocia a un 20% de disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular y un 38% de disminución de mortalidad por cualquier causa⁽⁶⁾.

Es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos⁽⁸⁾.

La falta de adherencia puede deberse a una combinación de variables que, a su vez, podrá ser voluntaria o intencionada, o involuntaria o no intencionada⁽⁷⁾.

Las causas más frecuentes de la falta de adherencia en opinión de pacientes y expertos son: el olvido de la toma de medicación (22,6-73,2%), el desconocimiento (32-39,8%), la desmotivación (14,6-16%) y los efectos adversos (2-13,3%). Así mismo, existe una proporción importante de pacientes que no es capaz de dar un motivo que explique su falta de adhesión (0-35,8%)⁽⁷⁾.

Sin embargo los problemas de la adherencia no se pueden reducir a esta perspectiva del paciente; hace falta tener en cuenta los relacionados con el sistema sanitario (problemas de acceso, costo de la medicación), al tipo de tratamiento y a la relación médico-enfermo⁽⁷⁾.

Otros factores estudiados para la no adherencia, se encuentran edad igual o mayor a 66 años; tratamiento con varios fármacos; horarios diferentes para la toma de los fármacos; no contar con los medicamentos completos; sin que estadísticamente sean significativos⁽⁹⁾.

De los factores inherentes al paciente, que tienen mayor influencia en la mejora de la adherencia, y por tanto en la reducción de costos sanitarios, es la sencillez del tratamiento prescrito. Sirva como ejemplo la triple terapia en HAS que supone mejores resultados y mejora de la adherencia sin aumentar los costos sanitarios⁽¹⁰⁾.

Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, asma bronquial, etc. También son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costos sanitarios y no sanitarios, etc.⁽²⁾.

Los resultados a nivel mundial muestran que el 39,4% de los pacientes abandonan los medicamentos indicados por el médico de familia y el 22,4% en el caso de especialistas⁽⁶⁾. En otros estudios esta cifra oscila entre el 7,1% y el 55,2% en hipertensión arterial (HAS), entre el 16,8% y el 46,7% en dislipidemias y hasta en el 40% en enfermos con diabetes⁽⁷⁾.

Según la OMS la no adherencia a la farmacoterapia para la hipertensión varía entre 30 y 50 %; en el tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo las tasas son mayores⁽⁹⁾.

En un estudio en Norteamérica, con 83.267 pacientes tratados con antihipertensivos se determinó que los pacientes con buena adherencia al tratamiento presentaban una reducción en el riesgo relativo de sufrir un evento coronario. Los pacientes tratados con antihipertensivos que no interrumpen el tratamiento, en comparación con los no cumplidores, presentan un 37% menos de eventos cardiovasculares. La adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo de ictus en un 8-9% y el riesgo de muerte en un 7%⁽¹¹⁾.

En mayores de 65 años la falta de adherencia condiciona un porcentaje importante de ingresos hospitalarios e incrementa el costo sanitario que en Canadá se estima, excede los 3.5 billones de dólares⁽⁹⁾.

En México, estudios realizados mencionan que solo el 44% de los pacientes con HAS presentan una adherencia⁽¹²⁾.

En México la Secretaría de Salud menciona que solamente de 4 a 12% de los pacientes con problemas de especialidad siguen de forma impecable el tratamiento farmacológico ante un diagnóstico correcto ⁽¹²⁾.

El término polifarmacia se refiere a la utilización constante de múltiples fármacos por una persona⁽¹³⁾.

La Organización Mundial de la Salud la define como el uso simultáneo de más de tres fármacos⁽¹⁴⁾.

El factor desencadenante de este fenómeno es la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, cuyos principales representantes son las enfermedades del corazón (40.2 %), la diabetes mellitus (24.2 %), la artrosis (3.3 %) y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (2 %)⁽¹⁵⁾.

El panorama se torna aún más crítico si se considera que la mayor parte de la población tiene dos o más enfermedades crónicas degenerativas, ya que a mayor cantidad de patologías existe un mayor consumo de recursos, lo cual se refleja en la cantidad de medicamentos consumidos por persona⁽¹⁴⁾.

Se han identificado muchos factores de riesgo para la polifarmacia; comúnmente se agrupan en factores demográficos, del estado de salud y del acceso a los servicios de salud. Entre los demográficos, se hallan la edad avanzada, el sexo femenino y el bajo nivel educativo⁽¹⁶⁾.

Una hospitalización reciente, el estado de fragilidad, múltiples comorbilidades y la depresión son marcadores del estado de salud que se asocian con mayores tasas de

polifarmacia. La participación de múltiples prescriptores y la mayor utilización de los servicios en la atención a la salud son características importantes que aumentan el riesgo de polifarmacia⁽¹⁶⁾.

El uso de medicamentos cardiovasculares, antiasmáticos y psicofármacos aumenta el riesgo de utilización de otros medicamentos determinando así la aparición de polifarmacia; esto puede producir cambios fisiológicos significativos. Asimismo, cinco o más consultas anuales a los Servicios de Atención Primaria también han sido identificados como factores de riesgo para presentar polifarmacia⁽¹⁷⁾.

Se ha encontrado mayor prevalencia de la polifarmacia en el sexo femenino en las últimas décadas, quizás asociado al incremento de los factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, estrés, además de disminución de estrógenos, que conducen a la pérdida del efecto protector de éstos sobre los lípidos, con lo que se produce un incremento de las LDL, y con ello mayor susceptibilidad a estas enfermedades⁽¹⁸⁾.

El grupo etario más susceptible para la polifarmacia son los adultos mayores, debido a la polipatología secundaria, a los múltiples cambios fisiológicos propios del envejecimiento, que se acompaña del incremento de la demanda de los servicios de salud, lo cual genera que las instituciones de salud presenten una capacidad limitada de respuesta⁽¹⁹⁾.

Habitualmente, los fármacos más consumidos de manera crónica en los ancianos son los correspondientes al aparato cardiovascular, coincidiendo con varios autores, quienes afirman que éstos son los causantes de polifarmacia en el adulto mayor⁽²⁰⁾.

La prescripción de fármacos en el adulto mayor reviste características propias que lo diferencian de los adultos jóvenes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 65 al 90% de los adultos mayores consumen más de tres medicamentos en forma simultánea (polifarmacia), el 25% de los adultos entre los 65 años y más presentan reacciones adversas a medicamentos, siendo ésta una de las formas más frecuentes

de iatrogenia, lo que repercute en la salud, economía, integración social y calidad de vida en este grupo de edad⁽¹³⁾.

La polifarmacia se asocia con un mayor riesgo de reacciones adversas a los medicamentos, eventos adversos de los medicamentos, prescripción inadecuada de medicamentos, uso inadecuado de los medicamentos, hospitalización, mortalidad y otros resultados negativos importantes en los adultos mayores. Se relaciona con mayor morbilidad, mortalidad y uso de recursos sanitarios, elevando los costos hasta los 7.2 billones de dólares anuales en EE.UU ⁽²¹⁾.

En un estudio en Norteamérica se evaluó la información sobre el tratamiento a partir de lo que refería el paciente sobre la cantidad de medicamento que el médico le dijo debía consumir en cada toma y la frecuencia en el día; 4 personas respondieron equivocadamente a las preguntas corroboradas con la prescripción; 3 de ellas no se adhirieron 75%⁽⁹⁾.

Un estudio en Cuba encontró la presencia de polifarmacia en 24.4% y las reacciones adversas por medicamentos estuvieron presentes en 7.4% de los pacientes, siendo el nifedipino y el ácido acetilsalicílico los que con mayor frecuencia los ocasionaron⁽²²⁾.

En la Habana, en una investigación de 103 pacientes hipertensos de un universo de 109, el 52.4% cumplían con las indicaciones médicas, el 47.6% no se adhirió a la terapéutica prescrita. Este incumplimiento es superior si se compara con lo reportado en estudios internacionales realizados por DiMatteo (1989), Claus y Epstein (1985) y similares a los reportados por Crespo y colaboradores en España (1999)⁽⁹⁾.

En un estudio en el IMSS en unidad de medicina familiar acerca de la polifarmacia en pacientes con enfermedades crónicas se llegó a la conclusión de que el costo de la polifarmacia es elevado en una institución de seguridad social con un alto poder de mercado que le permite acceder a costos bajos de compra⁽¹⁴⁾.

En México la polifarmacia es más frecuente en sujetos que presentan múltiples patologías crónicas, las principales enfermedades identificadas son la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus tipo 2⁽²⁰⁾.

Además en nuestro país la mayoría de los medicamentos pueden obtenerse sin receta médica, lo que constituye un grave peligro para el adulto mayor, ya que éste generalmente se equivoca, olvida o ignora algunas recomendaciones importantes como la dosis e intervalos correctos para su aplicación, por lo que se debe tener presente que el medicamento equivocado o administrado en dosis incorrectas puede ocasionar alteraciones más graves que la enfermedad misma⁽²³⁾.

La tendencia nacional en México, en cuanto al uso de medicamentos es que de 25 a 50% de los adultos mayores de 65 años utiliza cinco o más medicamentos⁽²⁰⁾.

Se ha encontrado que la polifarmacia ocasiona problemas en la adherencia al tratamiento e incrementa la probabilidad de que existan interacciones fármaco-fármaco y prescripción en cascada⁽³⁾.

Son distintas las investigaciones en este sentido, destacando por su número los estudios que comparan pautas de tratamiento con distinto número de tomas diarias o incluso la toma diaria con la semanal o la reducción del tiempo de duración del tratamiento. Otras investigaciones hablan sobre estrategias que podríamos considerar como simplificadoras o facilitadoras del tratamiento como aquellas que evalúan el impacto de envases monodosis o la utilización de pastilleros con recordatorios electrónicos⁽²⁾.

Un meta-análisis de 76 estudios de valoración de la adherencia mediante monitores electrónicos mostró que la adherencia disminuía con un mayor número de comprimidos; la adherencia de los pacientes con 4, 3 ó 2 comprimidos al día era significativamente menor que con una sola toma diaria⁽²⁴⁾.

En otra revisión, la adherencia de los pacientes diabéticos fue un 10-13% mayor con una sola toma al día que con varias dosis, incluso se observó menor consumo de recursos sanitarios, menores costos y mejora de la esperanza de vida⁽²⁵⁾.

El estudio FOCUS comparó el uso de tres fármacos a dosis fijas (AAS, IECA y estatina) administradas en un comprimido único, denominado polypill, con el de los tres fármacos en forma de tres comprimidos independientes. La polypill aumentó un 22% la proporción de pacientes adherentes (el 50,8 frente al 41%) tras 9 meses de seguimiento⁽²⁶⁾.

Las terapias polypill tienen el potencial de facilitar el control de los factores de riesgo CV y disminuir la epidemia global de enfermedad cardiovascular simplificando la prescripción, con lo que mejora el costo-efectividad de esta, la adherencia terapéutica y la adherencia a las guías clínicas⁽²⁷⁾.

Se cuentan con varios instrumentos de medición para valorar la adherencia terapéutica entre ellos están:

- Métodos de medida directos

Observación directa de la ingesta de la medicación, medida de niveles en sangre, marcador biológico.

- Métodos de medida indirectos

Preguntas al paciente mediante cuestionarios, medicación dispensada en la oficina de farmacia mediante receta, evaluación clínica de la respuesta a la terapia, dispositivos electrónicos, recordatorios diarios, recuento de comprimidos⁽⁷⁾.

Los métodos basados en la entrevista clínica son los más empleados en los estudios de investigación. El profesional sanitario (médico, farmacéutico o enfermero) entrevista al paciente, que responde a una o varias preguntas estructuradas relacionadas con la

toma de la medicación o con la enfermedad en general. Ofrecen unos resultados de concordancia y validez variables entre diferentes estudios de validación⁽⁶⁾.

Los siguientes son los instrumentos indirectos más utilizados:

Test de Haynes-Sackett

Test de Batalla (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

Test de Prochaska-Diclemente

Test de Hermes

Test de Herrera Carranza⁽⁷⁾.

Los más empleados son el test de cumplimiento declarado de Haynes-Sackett y el test de Morinsky-Green. Este posee una versión más antigua de cuatro ítems y otra más reciente de ocho, denominada Morisky Medication Adherence Scale de ocho ítems (MMAS-8)⁽²⁸⁾.

El recuento de comprimidos suele ser el método de referencia (gold standard) en la medición de la adherencia terapéutica. Requiere mayor dedicación de tiempo, pues precisa al menos dos visitas, la primera para conocer la medicación que el paciente posee previamente y hacer la nueva prescripción para poder sumar los comprimidos prescritos más los que el paciente ya tenía, y una segunda para contar los comprimidos consumidos⁽⁶⁾.

El cuestionario de **Morisky-Green** probablemente sea el más utilizado en estudios de investigación para medir la adherencia. En el año 1986 se publicó el cuestionario de cuatro ítems.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?

4. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?

Total de preguntas correctas

Mala adherencia: contesta mal a una de las cuatro preguntas;

Buena adherencia: contesta correctamente a las cuatro preguntas. Correctas: 1, no; 2, sí; 3, no; 4, no⁽⁶⁾.

En 2008 se publicó el nuevo cuestionario de ocho ítems, que al parecer presenta mejores indicadores de validez y actualmente es el método más empleado en los estudios de investigación⁽²⁹⁾.

En un estudio sobre hipertensión arterial, Haynes y Sackett efectuaron por primera vez una pregunta directa al paciente para valorar su adherencia terapéutica, realizada con empatía, asumiendo las dificultades que la mayoría de los pacientes tienen para tomar un tratamiento crónico: “Los pacientes a menudo tienen dificultades en tomar los comprimidos todos los días, ¿tiene Ud. dificultad en tomar los suyos?” La respuesta positiva es diagnóstica de mala adherencia. La respuesta negativa se debe completar con otros métodos⁽²⁸⁾.

Otro estudio, también en pacientes hipertensos, validó seis métodos de medición: Haynes- Sackett, juicio médico, Morisky, conocimientos de la enfermedad, asistencia a citas y grado de control. La pregunta de Haynes-Sackett documentó la mejor especificidad (96,7%), mientras que los conocimientos del paciente sobre la enfermedad presentaron la mejor sensibilidad (83,3%)⁽³⁰⁾.

Otro estudio en pacientes con hipertensión arterial, validó cuatro métodos indirectos de medición: Haynes-Sackett, Morisky, conocimientos de la enfermedad y grado de control. La pregunta de Haynes-Sackett objetivó la mejor especificidad (96,7%) y la sensibilidad más baja (13,7%) y el grado de conocimiento de la enfermedad presentó la mejor sensibilidad (79,5%)⁽³¹⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo de las enfermedades crónicas, compromete gravemente la efectividad del tratamiento.

Es un hecho suficientemente contrastado que el control real de la hipertensión arterial logrado dista mucho de ser óptimo.

La hipertensión como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados con la toma de fármacos, pues la falta de adherencia al tratamiento representa uno de los factores determinantes que se han relacionado con el mal control de la enfermedad, siendo éste el principal objetivo en la prevención primaria y secundaria de los trastornos cardiovasculares.

La importancia desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a los pacientes con hipertensión arterial sistémica de lograr una adherencia terapéutica viene dada por dos aspectos fundamentales; la repercusión en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida.

De acuerdo con las anteriores consideraciones es pertinente examinar si existe adherencia a los tratamientos farmacológicos en personas con hipertensión arterial así como el reconocimiento de uno de los múltiples factores que influyen en el apego a estos tratamientos como es la polifarmacia trayendo como consecuencia alteración de la calidad de vida del paciente, es por eso que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ASOCIADA A LA POLIFARMACIA EN LA UMF 20

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos asociada a la polifarmacia en la UMF 20.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grado de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos
- Identificar las características sociodemográficas de la población hipertensa en estudio.
- Identificar características clínicas y sociales del paciente hipertenso: tiempo de evolución de la hipertensión, comorbilidades, tipología familiar, número de consultas médicas.
- Identificar los medicamentos asociados a la polifarmacia y el grado de adherencia terapéutica.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO H1

Existe adherencia terapéutica en pacientes hipertensos asociada a la polifarmacia en la UMF 20.

HIPÓTESIS NULA (H0)

No existe adherencia terapéutica en pacientes hipertensos asociada a la polifarmacia en la UMF 20.

MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO

Se realizó el estudio en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de edad mayores de 40 años, sexo indistinto, que acuden a control en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual otorga atención de primer nivel, y se encuentra ubicada en Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas, Del Gustavo A. Madero. CDMX.

PERIODO DE ESTUDIO:

Diciembre 2017 a Enero 2018

DISEÑO:

ESTUDIO TRANSVERSAL ANALÍTICO

Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio:
TRANSVERSAL

Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: ANALÍTICO
De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:
OBSERVACIONAL

CRITERIOS DE ESTUDIO.

Criterios de inclusión:

- Pacientes hipertensos derechohabientes de la UMF. 20.
- Pacientes de sexo indistinto con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de 6 meses o más de evolución.

- Pacientes con una edad de 40 años o mayor.
- Pacientes con un control de su enfermedad de al menos tres visitas subsecuentes en los últimos 6 meses.
- Pacientes hipertensos con polifarmacia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alguna discapacidad mental o deterioro cognitivo que les impida llenar el cuestionario.
- Que presentarán alguna enfermedad aguda por la cual estuvieran tomando algún medicamento.
- Que no firmarán la carta de consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- Pacientes hipertensos que no llenaran el cuestionario de manera adecuada y/o completa.
- Pacientes que al decidir participar posteriormente no desearan continuar en el estudio.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se determinó una n de 240 pacientes obtenida por medio de la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas, la cual, se despliega a continuación:

$$n = \frac{(N * (Z\alpha^2) * p * q)}{((d^2) * (N - 1)) + ((Z\alpha^2) * p * q)}$$

Donde:

n = Tamaño de la Población

N = Total de la población (Pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica mayores de 40 años en la UMF 20)

$Z\alpha$ = nivel de confianza 1.96 al cuadrado (Si la seguridad es del 95%)

p = Proporción esperada (En este caso, 20% = 0.20)

q = $1 - p$ (En este caso, $1 - 0.20 = 0.80$)

d = Precisión (En investigación, se usará 5% = 0.05)

$$n = \frac{(13000 * (1.96^2) * 0.20 * 0.80)}{((0.05^2) * (13000 - 1)) + ((1.96^2) * 0.20 * 0.80)}$$

$$n = \frac{(7987.2)}{((32.4975) + (0.6144))}$$

$$n = \frac{(7987.2)}{(33.1119)}$$

$$n = 241.2$$

Tamaño de la Población = 241 pacientes

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia

Los pacientes fueron captados conforme asistían a solicitar algún servicio a la UMF 20 y que deseaban participar durante el periodo de estudio (Diciembre del 2017-Enero2018).

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variables de interés (dependiente): Adherencia terapéutica

Variable descriptora (independiente): polifarmacia, hipertensión arterial, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tipología familiar, tiempo de evolución, comorbilidades.

ADHERENCIA TERAPEUTICA

DEFINICION CONCEPTUAL: Se considera al nivel de acción activa y voluntaria del sujeto con cifras tensionales altas en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el profesional de la salud en relación al cumplimiento de la toma de medicamentos.

DEFINICION OPERACIONAL: Para fines de este estudio se tomó como grado de adherencia terapéutica a lo reportado por el propio paciente en la encuesta que incluyó el instrumento de Morisky Green

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

ESCALA DE MEDICION: nominal, dicotómica.

UNIDAD DE MEDICION: 1= con adherencia, 2= sin adherencia

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DEFINICION CONCEPTUAL: La Hipertensión Arterial Sistémica es un Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg.

DEFINICION OPERACIONAL. Para fines de este estudio se tomó como paciente hipertenso quien tuviera medicamentos prescritos para dicha enfermedad desde hace más de 6 meses.

TIPO DE VARIABLE Cualitativa

ESCALA DE MEDICION: Nominal

UNIDAD DE MEDICION: 1= CON HIPERTENSION ARTERIAL DE MAS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN

POLIFARMACIA

DEFINICION CONCEPTUAL: es el uso concomitante de tres o más medicamentos.

DEFINICION OPERACIONAL: Se preguntó en el cuestionario cuales son los medicamentos q consume para corroborar la polifarmacia.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

ESCALA DE MEDICION: nominal,

UNIDAD DE MEDICION: 1 = con polifarmacia.

EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se cuestionó en pregunta abierta la edad del paciente al momento actual.

TIPO DE VARIABLE: cuantitativa,

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal, continua de intervalo.(edad en años).

UNIDAD DE MEDICION: 1=40-45 2=46-50 3= 51-55 4= 56-60 , 5=61-65 Y 6= 66 años y más.

SEXO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición orgánica determinada por el genotipo y expresada en fenotipo, que distingue entre macho (hombre) y hembra (mujer) en los seres humanos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se preguntó al paciente si es masculino o femenino en el cuestionario

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal dicotómica.

UNIDAD DE MEDICION: 1= Masculino, 2= Femenino.

ESTADO CIVIL

DEFINICION CONCEPTUAL: Situación civil del individuo

DEFINICION OPERACIONAL: se planteó en el cuestionario cuál era su estado civil al momento de la entrevista.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

ESCALA DE MEDICION: nominal, politómica.

UNIDAD DE MEDICION: 1= soltero, 2= casado, 3= viudo, 4= separado y 5= unión libre

ESCOLARIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Grado de escolaridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se preguntó dentro del cuestionario cuál era el grado escolar al momento actual del paciente.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal.

UNIDAD DE MEDICION: 1= Analfabeta, 2= Primaria, 3= secundaria, 4= bachillerato, 5= Licenciatura y 6= posgrado.

OCUPACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Actividad, acción, cargo, oficio o profesión en la que la persona emplea su tiempo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: se preguntó en el cuestionario cuál era la ocupación al momento de la entrevista.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa.

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal, dicotómica.

UNIDAD DE MEDICION: 1= Empleado y 2 = desempleado.

TIPOLOGIA FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL: Grupo familiar con quien vive la persona.

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos, **Extensa:** conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad, **Extensa compuesta:** los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.).

DEFINICION OPERACIONAL: Se cuestionó al paciente con quien vivía al momento de la entrevista.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa.

ESCALA DE MEDICION: nominal politómica

UNIDAD DE MEDICION: 1= nuclear, 2= extensa, 3= extensa compuesta 4= otra

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de la enfermedad hasta la fecha actual.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se cuestionó el tiempo que tenía con el diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: discreta de intervalo

UNIDAD DE MEDICIÓN: 1= menos de 1 año, 2= 1 a 5 años, 3= 6 a 10 años, 4= 11 y más.

CONSULTAS RECIBIDAS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Total de consultas recibidas por un paciente dentro del IMSS

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se cuestionó el número de consultas recibidas en los últimos 6 meses de valoración de la hipertensión.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal, continua.

UNIDAD DE MEDICIÓN: 1, 2, 3,...

COMORBILIDADES

DEFINICION CONCEPTUAL: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se preguntó abiertamente cuáles eran las enfermedades que padecía el paciente además de la Hipertensión arterial sistémica.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal politómica

UNIDAD DE MEDICION: 1= DM2 2= DISLIPIDEMIA 3 = OTRAS

DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Al término del protocolo del estudio y aceptación por el comité de investigación se solicitó a las autoridades de la UMF 20 permiso para recabar la información en pacientes hipertensos con polifarmacia que acudan a la asistencia médica u otro servicio de la unidad. Previo consentimiento informado, se les informó a los pacientes el motivo del estudio, al desear participar y cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión se les aplicó un cuestionario a los participantes en donde se recabaron datos relacionados a aspectos sociodemográficos, y el test de Morisky-Green, así como características clínicas de su enfermedad. Al término se les agradeció por su participación y se procedió al análisis de la información en el programa SPSS.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Test de **Morisky-Green**, el cual fue elaborado por Green y Levine, posee un valor de alpha de cronbach de 0.61, especificidad de 94%, y sensibilidad de 91.6%. El paciente es clasificado como adherente con 0 puntos, y como no adherente con puntaje ≥ 1 y consta de 4 ítems para determinar la adherencia terapéutica, que se detalla a continuación:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?

Total de preguntas correctas

Mala adherencia: contesta mal a una de las cuatro preguntas;

Buena adherencia: contesta correctamente a las cuatro preguntas.

Correctas: 1, no; 2, sí; 3, no; 4, no.

El tiempo estimado para la aplicación del instrumento de recolección de datos fue de

20 minutos aproximadamente, la información obtenida se concentró en un formato electrónico mediante el programa Excel 2010 de Windows para posteriormente realizar el análisis y aplicarse las pruebas estadísticas correspondientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 23 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), RM con IC al 95%, y chi cuadrada para variables cualitativas politómicas.

RESULTADOS

En los 241 pacientes hipertensos estudiados de la UMF 20, una edad media de 67 años, con una desviación estándar de 9.789 y una mediana de 70 con un rango mínimo de 41 y un máximo de 84, siendo predominante el grupo de edad de 66 y más años en 45.6%(110); sexo femenino en un 65.6 % (158); casados con 73 % (176); desempleados en un 75.9% (183); con familias nucleares en un 45.2 % (109) y con escolaridad de primaria en un 39.8% (96). (Tabla 1).

En cuanto a las características clínicas de los pacientes hipertensos se encontró un predominio en tiempo de evolución de 6 a 10 años con 52.7 % (127), con 6 consultas en los últimos 6 meses con 66% (159), y predominio con DM2 como comorbilidad con 42.3% (102). (Tabla 2).

De los medicamentos asociados a polifarmacia se encontró los hipoglucemiantes con un 41.9 %, AINES con 46.1%, antiácidos 46.1%, hipolipemiantes 46.1%, polivitaminas 46.1%, anticoagulante 11.6% y otros en un 11.6% (Tabla 3).

Se encontró adherencia terapéutica en un 27.8% (67) de los pacientes hipertensos y sin adherencia terapéutica en un 72.2% (174). (Tabla 4).

Dentro del grupo de pacientes hipertensos con polifarmacia y que presentan adherencia fueron con edad de 66 o más años en el 46.3% (31); sexo femenino 61.2%(41); nivel de estudios primaria el 37.3% (25), casados 67.2% (45), desempleados en un 74.6 (50)% y con familias nucleares un 53.7% (36). (Tabla 5)

En cuanto a las características clínicas de los pacientes hipertensos con adherencia se encontraron con tiempo de evolución de 6 a 10 años 58.2% (39); con 6 o más consultas recibidas en 6 meses en un 53.7%(36) y con DM2 como comorbilidad en un 31.3% (21). (Tabla 6)

En el grupo de los pacientes hipertensos con polifarmacia sin adherencia terapéutica, se encontró a los de 46 a 50 años en 11.5% (20), el sexo masculino en 32.8% (57), divorciados con un 2.9% (5), analfabeto(a)s un 1.1% (2), con empleo en un 23.6% (41) y con familia extensa compuesta 2.9% (5). (Tabla 5)

En cuanto a las características clínicas de los pacientes hipertensos con polifarmacia tuvieron menor adherencia el grupo de 1 a 5 años de tiempo de evolución en un 2.3% (4), con 2 consultas recibidas en un 2.3%(4), y con dislipidemia como comorbilidad en un 9.8% (17). (Tabla 6)

En cuanto al tipo de medicamentos asociados a la polifarmacia con adherencia terapéutica los antihipertensivos en un 27.8% (67), hipoglucemiantes con 50.7% (34), AINES 56.7% (38), anti-ácidos con 56.7% (38), polivitaminas 56.7% (38), anticoagulantes se encontró un 17.9% (12), hipolipemiantes con 56.7% (38). (Tabla 7) Y sin adherencia terapéutica para los antihipertensivos un 72.19% (174), hipoglicemiantes un 38.5% (67), AINES un 42% (73), antiácidos un 58% (101), mientras que las polivitaminas mostraron un 42% (73) sin adherencia terapéutica. con los anticoagulantes se encontró un 9.2% (16), y con los hipolipemiantes se obtuvo un 42% (73) de no adherencia terapéutica. (Tabla 7).

No se encontró asociación significativa entre características sociodemográficas y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. (Tabla 5).

Se encontró asociación directa entre las características clínicas de la hipertensión y la adherencia terapéutica en cuanto al tiempo de evolución (p 0.004), número de consultas recibidas (p 0.021), y comorbilidades (0.030), (tabla 6); así como también en cuanto al tipo de medicamentos que se asocian a la polifarmacia encontrando los hipoglicemiantes (p .057), AINES (p 0.028), anti-ácidos (0.028), polivitaminas (p 0.028), anticoagulantes (0.051), hipolipemiantes (0.028). (Tabla 7).

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS CON POLIFARMACIA

SOCIODEMOGRAFICOS		N	%
EDAD	40 - 45 años	2	.8
	46 - 50 años	28	11.6
	51- 55 años	32	13.3
	56 - 60 años	27	11.2
	61 - 65 años	42	17.4
	66 o más años	110	45.6
SEXO	Masculino	83	34.4
	Femenino	158	65.6
ESCOLARIDAD	Analfabeta	4	1.7
	Primaria	96	39.8
	Secundaria	67	27.8
	Bachillerato	40	16.6
	Licenciatura	34	14.1
ESTADO CIVIL	Soltero	18	7.5
	Casado	176	73
	Unión libre	14	5.8
	Divorciado	7	2.9
	Viudo	26	10.8
OCUPACION	Empleado	58	24.1
	Desempleado	183	75.9

TIPOLOGIA FAMILIAR	Nuclear	109	45.2
	Extensa	125	51.9
	Extensa compuesta	7	2.9

FUENTE: ENCUESTAS A PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

CARATERÍSTICAS		N	%
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	6 meses – 1 año	4	1.7
	1 - 5 años	6	2.5
	6 – 10 años	127	52.7
	11 - 15 años	104	43.2
CONSULTAS RECIBIDAS	2 consultas	6	2.5
	3 consultas	7	2.9
	4 consultas	13	5.4
	5 consultas	56	23.2
	6 consultas	159	66
COMORBILIDADES	DM 2	102	42.3
	Dislipidemia	21	8.7
	Otras	118	49

FUENTE: ENCUESTAS A PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

TABLA 3. PRINCIPALES MEDICAMENTOS ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS

MEDICAMENTOS		N	%
ANTIHIPERTENSIVOS	Si	241	100
	No	0	0
HIPOGLICEMIANTES	Si	101	41.9
	No	140	58.1
AINES	Si	111	46.1
	No	130	53.9
ANTI-ÁCIDOS	Si	111	46.1
	No	130	53.9
POLIVITAMINAS	Si	111	46.1
	No	130	53.9
ANTICOAGULANTES	Si	28	11.6
	No	213	88.4
HIPOLIPEMIANTES	Si	111	46.1
	No	130	53.9
OTROS	Si	28	11.6
	No	213	88.4

FUENTE: ENCUESTAS A PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

TABLA 4. ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS.

ADHERENCIA	N	%
SI	67	27.8
NO	174	72.2

FUENTE: ENCUESTAS A PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

TABLA 5. ASOCIACIÓN DE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

SOCIODEMOGRAFICOS		ADHERENCIA TERAPÉUTICA				P
		Con adherencia		Sin adherencia		
		N	%	N	%	
EDAD	40 - 45 años	2	3.0	0	0	0.292
	46 - 50 años	8	11.9	20	11.5	
	51 - 55 años	10	14.9	22	12.6	
	56 - 60 años	6	9	21	12.1	
	61 - 65 años	10	14.9	32	18.4	
	66 o más años	31	46.3	79	45.4	
SEXO	Masculino	26	38.8	57	32.8	0.231
	Femenino	41	61.2	117	67.2	
ESCOLARIDAD	Analfabeta	2	3.0	2	1.1	0.800
	Primaria	25	37.3	71	40.8	
	Secundaria	19	28.4	48	27.6	
	Bachillerato	10	14.9	30	17.2	
	Licenciatura	11	16.4	23	13.2	
ESTADO CIVIL	Soltero	5	7.5	13	7.5	0.880
	Casado	45	67.2	131	75.3	
	Unión libre	2	3	12	6.9	
	Divorciado	2	3	5	2.9	
	Viudo	13	19.4	13	7.5	
OCUPACION	Empleado	17	25.4	41	23.6	0.440
	Desempleado	50	74.6	133	76.4	
TIPOLOGIA FAMILIAR	Nuclear	36	53.7	73	42	0.246
	Extensa	29	43.3	96	55.2	
	Extensa compuesta	2	3	5	2.9	

FUENTE: ENCUESTAS A PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

TABLA 6. ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

CARACTERISTICAS CLINICAS		ADHERENCIA TERAPÉUTICA				P
		Con adherencia		Sin adherencia		
		N	%	N	%	
		TIEMPO EVOLUCIÓN DE	6 meses – 1 año	4	6.0	
1 - 5 años	2		3	4	2.3	
6 – 10 años	39		58.2	88	50.6	
11 - 15 años	22		32.8	82	47.1	
CONSULTAS RECIBIDAS	2 consultas	2	3	4	2.3	0.021
	3 consultas	5	7.5	2	1.1	
	4 consultas	6	9	7	4	
	5 consultas	18	26.9	38	21.8	
	6 consultas	36	53.7	123	70.7	
COMORBILIDADES	DM 2	21	31.3	81	46.6	0.030
	Dislipidemia	4	6	17	9.8	
	Otras	42	62.7	76	43.7	

FUENTE: ENCUESTAS A PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

TABLA 7. MEDICAMENTOS FRECUENTES EN POLIFARMACIA EN PACIENTES HIPERTENSOS.

MEDICAMENTOS		ADHERENCIA TERAPÉUTICA				P
		Con adherencia		Sin adherencia		
		N	%	N	%	
ANTIHIPERTENSIVOS	Si	67	27.8	174	72.19	NA
	No	0	0	0	0	
HIPOGLICEMIANTES	Si	34	50.7	67	38.5	0.057
	No	33	49.3	107	61.5	
AINES	Si	38	56.7	73	42	0.028
	No	29	43.3	101	58	
ANTI-ÁCIDOS	Si	38	56.7	73	42	0.028
	No	29	43.3	101	58	
POLIVITAMINAS	Si	38	56.7	73	42	0.028
	No	29	43.3	101	58	
ANTICOAGULANTES	Si	12	17.9	16	9.2	0.051
	No	55	82.1	158	90.8	
HIPOLIPEMIANTES	Si	38	56.7	73	42	0.028
	No	29	43.3	101	58	
OTROS	Si	38	56.7	73	42	0.028
	No	29	43.3	101	58	

FUENTE: ENCUESTAS A PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

DISCUSIONES

La falta de adherencia terapéutica a los medicamentos es una causa importante de fracaso al tratamiento; según la OMS la no adherencia a la farmacoterapia para la hipertensión varía entre 30 y 50 %⁽⁹⁾. **Cabrera Jimenez y cols**¹² en un estudio realizado sobre la *adherencia terapéutica de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica y factores coadyuvantes* en el 2013 en la Ciudad de México evaluaron el grado de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos encontrando un 69% de adherencia, contrastando con las cifras porcentuales de México las cuales indican un 44% de adherencia terapéutica, lo cual es muy alto a lo encontrado en este estudio en el que se encontró únicamente un 27.8% de adherencia en los pacientes hipertensos.

Por otro lado en el estudio de **Martínez Reyes**⁽⁹⁾ del 2007 *Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos del Hospital "José Carrasco Arteaga" del IESS* en el cual se determinó la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos aleatoriamente y variables asociadas se encontró una prevalencia de no adherencia del 79,57%, y como variable asociada la polifarmacia, lo cual es casi similar a nuestro estudio en el cual se encontró no adherencia del 72.2% cuando hay polifarmacia.

Así también un estudio realizado por **Alsowaida y cols**⁽³⁷⁾ *Medication adherence, depression and disease activity among patients with systemic lupus erythematosus* donde evaluaron la falta de adherencia terapéutica y el estado de ánimo deprimido en pacientes con lupus, observaron una falta de adherencia terapéutica en el 62.1% de los casos; sin embargo en nuestro estudio la falta de adherencia fue mayor con un 72.2%, cabe mencionar que en nuestro estudio los pacientes presentaban comorbilidades, las cuales hacen que requieran más medicamentos favoreciendo la polifarmacia y con ello la no adherencia.

En el estudio de **Wright y cols**⁽³³⁾, en Canada *Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. Canadian Medical Association*, se manifiesta que la complejidad del régimen fármaco terapéutico (frecuencia de la dosificación, número de

fármacos concurrentes y los cambios en los medicamentos antihipertensores) es otra causa para que exista una adherencia deficiente.

En el estudio de **Orueta**⁽³⁾ *Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas*, se considera que en los sujetos mayores de 65 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos condiciona un importante porcentaje de ingresos hospitalarios, lo cual deja ver problemas en el cumplimiento; en el presente trabajo la no adherencia en el grupo de 66 años y más, es del 45.6% y 46.3% de si adherencia, observándose una diferencia no significativa.

Según el estudio de **Sabate E**⁽³²⁾ del 2003 en Ginebra *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, establece que algunos de los factores que aumentan la posibilidad de apego al tratamiento son: tener un muy alto valor de presión arterial, ser del sexo femenino, tener una mayor escolaridad e ingresos económicos y ser casado⁽³²⁾, factores que también se encontraron con mayor adherencia terapéutica en nuestro estudio, agregándose también pacientes con familias nucleares.

La OMS refiriendo al estudio de **Flack JM**⁽³⁴⁾ *Benefits of adherence to antihypertensive drug therapy*, manifiesta que en el primer año de tratamiento, del 16 al 50% de los pacientes interrumpen sus medicamentos antihipertensores; en nuestro estudio se encontró que los pacientes que se encontraban entre 6 y 15 años de evolución de la enfermedad tenían una menor adherencia.

La alta prevalencia de comorbilidades son factor determinante de la polifarmacia siendo las principales las enfermedades del corazón (40.2 %), la diabetes mellitus (24.2%), la artrosis (3.3%) y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (2%)⁽¹⁵⁾, en nuestro estudio se encontró la DM2 como comorbilidad de los pacientes hipertensos en un 42.3% y la dislipidemias en un 8.7%.

En el estudio de **Ainhoa Ozamiz**⁽³⁵⁾ *Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos con hipertensión arterial* de España en 2013 se encontró el grupo de antiácidos dentro de los fármacos que se asocian con polifarmacia en pacientes hipertensos, así como los hipolipemiantes, lo cual también se reporto en nuestro estudio, encontrándose los antiácidos sumados a los AINES, en primer lugar, y los hipolipemiantes en segundo lugar .

Por otro lado, un estudio **V Fung**⁽³⁸⁾, *Patient-reported adherence to statin therapy, barriers to adherence, and perceptions of cardiovascular risk*, publicado en el Public Library of Science, donde determinaron la adherencia terapéutica a las estatinas en pacientes dislipidémicos, encontraron un 59% de pacientes con adherencia, porcentaje muy similar al encontrado en nuestro estudio con un 56.7% de adherencia con los hipolipemiantes.

Fue realizado un estudio de **Y Mohammad, et al**⁽³⁶⁾, *Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients* en 2016, donde se evaluó la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos libaneses, a los cuales les aplicaron un cuestionario validado, y dilucidaron una alta adherencia en el 50.5%, adherencia media en el 27.1% y adherencia baja en el 22.4%, así también encontraron que los bloqueadores de canales de calcio se asociaron con una mayor adherencia, lo cual contrasta con nuestro estudio en el que se encontró una adherencia del 27.8% a los medicamentos antihipertensivos, cuando se encuentran asociados a otro tipo de medicamentos como los antiácidos y AINES.

CONCLUSIONES:

Se encontró una mala adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos asociado a la polifarmacia, hasta en dos terceras partes del total de la población estudiada.

Se lograron determinar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos siendo en mayor frecuencia el sexo femenino, el grupo de edad de 66 años y más, con estado civil casado, desempleado(a)s, con familias nucleares y con escolaridad primaria.

Se presentó mejor adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos con polifarmacia con un tiempo de evolución de 6 a 10 años, teniendo 6 consultas en los últimos 6 meses y con mayor frecuencia de DM2 como comorbilidad.

Se logró determinar los medicamentos que nos llevan a la polifarmacia en los pacientes hipertensos siendo los AINES, los antiácidos los más frecuentes y quedando en segundo lugar los hipoglicemiantes y los hipolipemiantes, y con mayor adherencia terapéutica los pacientes con hipoglicemiantes.

RECOMENDACIONES

El incumplimiento terapéutico es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención una vez detectado.

Es necesario hacer que los pacientes con hipertensión arterial sistémica se comprometan con el control de su padecimiento lo cual debe ser desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad para con ello disminuir los índices de descontrol, y así también retrasar y/o evitar complicaciones inherentes a su enfermedad.

El origen del incumplimiento es un proceso complejo de origen multifactorial, por lo que parece lógico pensar que la combinación de varias intervenciones puede obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas. Por lo que es importante inicialmente determinar cuáles son las causas en cada paciente por las que no está presentando adherencia terapéutica, y partiendo de esto buscar las estrategias que puedan mejorarla.

La simplificación del tratamiento es una estrategia eficaz ya que la mayoría de los estudios encuentran mejoras significativas en la tasa de adherencia y en el control del proceso cuando se lleva a cabo; una forma de hacerlo puede ser reducir el número de fármacos pautados (“tantos como sean necesarios, pero tan pocos como sean suficientes”)

Es necesario tomar en cuenta las comorbilidades que presenta cada paciente para establecer tratamiento simplificados, seleccionar el tipo de medicamento y apoyarse con las medidas no farmacológicas para evitar emplear más fármacos.

Deben realizarse monitoreos constantes acerca de la adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes, con mediciones periódicas a fin de determinar las fallas y poder ajustar y adaptar los medicamentos.

El presente estudio hace referencia exclusivamente a la adherencia farmacológica y que, especialmente en patologías crónicas, existen otros tipos de incumplimiento como son la falta de adherencia a los cambios de estilos de vida propuestos por el profesional o la falta de asistencia a citas concertadas de control, por lo que es posible también realizar estudios sobre otros tipos de adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soria R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, y Saavedra Vázquez K; Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos; Revista de Psicología. 2011; 17(2): 223-230
2. Shore S, Jones PG, Maddox TM, Bradley SM, Stolker JM, Arnold SV, et al. Longitudinal persistence with secondary prevention therapies relative to patient risk after myocardial infarction. Heart, 2015; (101): 800-7.
3. Orueta Sánchez R Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas; Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 2005; 29 (2): 40-48
4. Ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HypertensionArterialAdultos
5. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C y Gil-Guillén V; Mejorar la adherencia: una de las acciones más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol Supl. 2015; 15(E):12-18
7. Conthe P, Márquez CM, Aliaga PA, Barragán GB, Fernández de Cano M, González JA, Ollero BM y Pinto JL. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro; Rev Clin Esp. 2014; 214(6): 336-344.
8. La Rosa, y col; Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cub Med General Integral, 2007; 23(1): 51-57.
9. Martínez RF., Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos del Hospital "José Carrasco Arteaga" del IESS. Revista de la facultad de ciencias médicas. 2007; 82-94.
10. Panjabi S, Lacey M, Bancroft T, Cao F. Treatment adherence, clinical outcomes, and economics of triple-drug therapy in hypertensive patients; Journal of the American Society of Hypertension, 2013; 7: 46-60.

11. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Merlino L, Cesana G, et al. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens*. 2011; 29: 610-18.
12. Cabrera JM et al; Adherencia terapéutica de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica y factores coadyuvantes; *Revista especializada en Ciencias de la Salud*. 2013; 16(2): 62-68.
13. Martínez-Arroyo JL, Gómez-García A y Saucedo-Martínez D. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares; *Gaceta Médica de México*. 2014; 150 (1): 29-38
14. Santibáñez-Beltrán S, Villarreal-Ríos E, Galicia-Rodríguez L, Martínez-González L, Rosa Vargas-Daza E, Ramos-López JM; Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención; *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(2):192-9
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Entorno demográfico y epidemiológico y otros factores de presión sobre el gasto médico. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2010-2011. México: IMSS; 2011.
16. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT; Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007; 5(4): 345-51
17. Velázquez-Portillo MG L, Gómez-Guerrero R; Frecuencia y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias; *Archivos de Medicina de Urgencia de México*. 2011;3 (2): 49-54
18. Medeiros-Souza P et al. Polypharmacy in the elderly; *Rev Saú de Pública*. 2007; 41 (6): 1049-53.
19. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist; *Drugs Aging*. 2003; 20(11): 817-32.
20. Luna-Medina MA, *et al*. Prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento crónico degenerativo; *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51(2):142-9

21. Dimitrow M, Airaksinen MS, Kivela SL, Lyles A, Leikola SN. Comparison of prescribing criteria to evaluate the appropriateness of drugs treatment in individuals aged 65 and older: a systemic review; *J. Am geriatric Soc.* 2011; 59(8): 15421-30.
22. Ramos L, González Y, Acosta SL. Evaluación de la relación beneficio/riesgo en la terapéutica de pacientes geriátricos; *Rev. Cubana Farm* 2002; 36(3): 170-5.
23. Sánchez-Gutiérrez R, Flores-García A, Aguiar-García P, Ruiz-Bernés S, Sánchez-Beltran CA. Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores; *Revista Fuente.* 2012; 4 (10): 70-74.
24. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance; *Clin Ther.* 2001; 23(1): 296-310
25. Hutchins V, Zhang B, Fleurence RL, Krishnarajah G, Graham J. A systematic review of adherence, treatment satisfaction and costs, in fixed-dose combination regimens in type 2 diabetes; *Curr Med Res Opin.* 2011; 27: 1157-68.
26. Castellano JM, Sanz G, Peñalvo JL, Bansilal S, Fernández-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project; *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64:2071-82.
27. Castellano JM, Sanz G, Fernandez Ortiz A, Garrido E, Bansilal S, Fuster V. A polypill strategy to improve global secondary cardiovascular prevention: from concept to reality; *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64:613-21.
28. Pandey, Ambarish, MD; Raza, Fayez, MD. Comparison of Morisky Medication Adherence scale with therapeutic drug monitoring in apparent treatment-resistant hypertension; *Journal of the American Society of Hypertension.* 2015; 9(6): 420-426.
29. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting; *J Clin Hypertens.* 2008; 10: 348-54.
30. Márquez-Contreras E, Gutiérrez-Marín C, Jiménez-Jerez C, Franco-Rubio C,

- Baquero-Sánchez C, Ruiz-Bonilla R. Therapeutic observance in arterial hypertension. Reliability of indirect methods assessing therapeutic compliance; *Aten Primaria*. 1995; 16: 496-500.
31. Gil VF, Belda J, Muñoz C, Martínez JL, Soriano JE, Merino J. Validity of four indirect methods which evaluate therapeutic compliance for arterial hypertension; *Rev Clin Esp*. 1993; 193: 363-7.
 32. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action; World Health organization. 2003; 14-29.
 33. Wright, J. Lee, C. Chambers, G. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 2000. 162: 190-19.
 34. Flack, J. Novikov, S. Ferrario CM. Benefits of adherence to antihypertensive drug therapy. *European Heart Journal*, 1999, 17; 16-20
 35. Ozamiz, GA. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos con hipertensión arterial. *Rev Clin Esp*. 2015; 89; 237-47.
 36. Y Mohammas, et al. Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 2016, 6; 157-167.
 37. N Alsowaida, M Alrasheed, A Mayet, A Alsuwaida and MA Omair. Medication adherence, depression and disease activity among patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2018; 27, 327-332
 38. V Fung, L Graetz, M Reed, Jaffe M. Patient-reported adherence to statin therapy, barriers to adherence, and perceptions of cardiovascular risk. *Plos ONE*, 2018; 13(2).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos asociada a la polifarmacia en la UMF 20"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México a _____ de _____ del _____
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La adherencia deficiente al tratamiento de la hipertensión es un problema mundial y de alarmante magnitud, en nuestro país la adherencia no alcanza el 50% de los tratamientos crónicos prescritos. El objetivo del estudio es determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos asociado a polifarmacia en la UMF 20.
Procedimientos:	Usted responderá un cuestionario con datos sociodemográficos, características de la hipertensión arterial sistémica y unas preguntas dirigidas a la toma de su medicamento.
Posibles riesgos y molestias:	Al contestar esta encuesta se me ha explicado que no tengo ningún riesgo que afecte mi salud o enfermedad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted al responder el cuestionario no recibirá ningún beneficio, los datos que se recabarán serán utilizados para establecer nuevas estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Posterior a realizar el cuestionario, si usted desea recibir los resultados, se otorgará un número de folio y a partir del mes de febrero de 2018 se proporcionará la información acerca de los resultados obtenidos de manera confidencial y segura para usted.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **Dra. Santa Vega Mendoza correo: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx Teléfono 55 331100 ext. 15320**

Colaboradores: **Dra Blanca Jenifer Montes de Oca López correo: jeniferml1@hotmail.com Teléfono 55 331100 ext. 15320**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013