



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 198.

**"ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN URGENCIAS"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

BARRANCO ROJAS GRISELDA

TUTOR DE TESIS:

DRA. MARIA EUGENIA SILVA GUTIERREZ

COACALCO, ESTADO DE MEXICO. 2013



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.

A U T O R I Z A C I O N E S :

Dr. TITO FABRICIO LÓPEZ BAZÁN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN URGENCIAS Y ASESOR DEL TEMA DE TESIS
HOSPITAL REGIONAL DE ZONA No 72

DRA. MARIA EUGENIA SILVA GUTIERREZ
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA/ REUMATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL DE ZONA No 72

DR.FRANCISCO DAVID TRUJILLO GALVÁN
JEFE DE ENSEÑANZA

ESTADO DE MÉXICO, 2013

“ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN URGENCIAS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

GRISELDA BARRANCO ROJAS

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre a mi lado.

A mí esposo Felipe, a mí hija Carolina y a mí nieto Alejandro, centros de mi universo.

A mí madre, quien en realidad ha sido la autora y guía de cada uno de los pasos que he dado en mi vida.

A mí padre quien a pesar de ya no estar conmigo, sigue en de mi corazón.

Así mismo a mis hermanos Norma, Omar, Ana María. y Gerardo a quienes quiero y admiro.

De una manera muy especial a mí profesor Tito Fabricio López Bazán por todo su tiempo, apoyo y enseñanzas académicas que me ha brindado, mil gracias. Mi sincero e infinito agradecimiento.

A la Dra. Karla Haydee Martínez Martínez, por su paciencia y amistad durante todo este tiempo, así como por haberme apoyado siempre.

A mí asesora de tesis Dra. Ma. Eugenia Silva Gutiérrez por su ayuda y colaboración en este proyecto de investigación para la realización de esta tesis.

A todos, quienes con su amor y paciencia me han hecho crecer y ayudado a llegar a ser quien soy. A ellos, que de cierta forma son también autores de esta tesis, mi más profundo agradecimiento.

ÍNDICE

I.- Índice general.....	5
II.- Marco teórico	8
III.- Planteamiento del problema.....	16
IV.- Justificación.....	17
V.- Objetivos.....	18
- General.....	18
- Específicos.....	18
VI.- Metodología.....	19
- Tipo de estudio.....	20
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	20
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	20
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	21
- Información a recolectar (variables a recolectar).....	22
- Método o procedimiento para captar la información.....	26
- Consideraciones éticas.....	27
VII.- Resultados.....	29
- Descripción de los resultados.....	29
- Tablas y gráficas.....	29
VIII.- Discusión de los resultados encontrados.....	44

IX.- Conclusiones.....	46
X.- Referencias bibliográficas.....	48
XI.- Anexos.....	51

RESUMEN

Introducción: El tratamiento de las enfermedades crónicas exige una correcta adherencia al tratamiento, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia, especialmente en el manejo de los pacientes hipertensos.

Planteamiento del Problema ¿Cuál es la adherencia terapéutica en los pacientes adultos que ingresan por hipertensión arterial al servicio de Urgencias en un primer nivel de atención?

Objetivo: Identificar el grado de adherencia terapéutica en pacientes adultos que ingresan con diagnóstico de hipertensión arterial al servicio de Urgencias.

Método: Se realizó una encuesta descriptiva, con una población de pacientes hipertensos entre 30 y 70 años de edad, de 1 año o más de diagnóstico con tratamiento farmacológico, que asisten a la UMF/UMAA No. 198, área de urgencias en Coacalco, Estado de México. Para el cálculo de tamaño de muestra se usó la fórmula para proporciones simples, que arrojó un tamaño de 202 pacientes. Se usó muestreo aleatorio. Para la evaluación de la adherencia terapéutica se aplicaron los cuestionarios MBG (Martín– Bayarre–Grau) y el Test de Morisky-Green-Levine, En el análisis estadístico se calcularon frecuencias simples, porcentajes, se evaluó la correlación entre variables como medida de asociación la X^2 , en la evaluación del riesgo la RM con IC 95%, con valor de $p=0.05$

II. MARCO TEÓRICO

La Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y/o seguridad, de acuerdo con los consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por arriba de 139 mm/hg, o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mm/hg, están asociadas con un aumento medible de riesgo de aterosclerosis y por lo tanto se considera como una hipertensión clínicamente significativa.(1)

Se considera a la hipertensión como el proceso hemodinámico en el cual las resistencias al flujo sanguíneo se encuentran elevadas. En la actualidad se define como la pérdida del tono de vasodilatación del sistema circulatorio. Las cifras de TA normal están definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité para la Detección Evaluación y Tratamiento de los Institutos de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (CDETH). Son: < 90 mm/Hg como diastólica y sistólica inferior a 140 mm/Hg, y constituye hipertensión arterial, valores por arriba de los normales, registrados por lo menos en dos determinaciones en días distintos. También dichos organismos clasifican a la hipertensión arterial (2)

Mexicano	CDETH		OMS		Consenso	
	Sistólica (mm/Hg)	Diastólica (mm/Hg)	Sistólica (mm/Hg)	Diastólica (mm/Hg)	Sistólica (mm/Hg)	Diastólica (mm/Hg)
Óptima	< 120	< 80				
Normal	< 130	< 85	< 140	< 90	< 140	< 90
Normal alta	130-139	< 85-89			140-180	90-105
Hipertensión arterial						
Estadio I	140-159	90-99	140-180	90-105	>180	> 105
Estadio II	160-179	100-109	> 180	> 105	140-160	90-95
Estadio III	> ó =180	> ó =180	> 160	< 90		
Estadio IV			140-159	< 90		
Subgrupo limítrofe			140-160	90-95		
HSA			> 160	< 90		
HSA limítrofe			140-159	< 90		

Desde la década de los 50's se sabe que la Hipertensión Arterial (HTA) interviene en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, fueron los estudios realizados en las décadas de los 60's y 70's los que claramente mostraron la relación entre hipertensión y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos blanco: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos

En la República Mexicana las enfermedades crónicas, representaron 10% de la mortalidad en 1950 y 45% en 1991. De éstas, las enfermedades del corazón entre las cuales se incluye la HTA pasaron del cuarto lugar como causa de defunción en 1980, al primero desde 1990 a la fecha. En el contexto epidemiológico, la HTA se sitúa en un lugar relevante por su condición de enfermedad crónica, prevalente en un 10 a 20% de la población mundial. Además de ser asintomática en sus inicios y a pesar de tener un diagnóstico fácil y tratamientos efectivos, sigue siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados y en vías de desarrollo al constituirse un factor de riesgo mayor e independiente para enfermedad vascular coronaria, cerebral y nefropatía (3)

Se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de hipertensión arterial en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Cada año alrededor del 1.5% de toda la población hipertensa mueren por causas directamente relacionadas. En México aproximadamente 15.2 millones de personas tienen hipertensión arterial sistémica (HAS). Uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años es portador de HTA. El 61% de las personas con HAS lo ignoran. Del 49% de personas con diagnóstico previo de HTA menos del 50% están bajo tratamiento médico-farmacológico. El 14.6% de la población con HTA se encuentra en control (< 140/90 mm / Hg). En el año 2000 se estimaron 194,000 muertes relacionadas directamente con la hipertensión, es decir más de una muerte cada 3 minutos (4)

Más de un 30% de pacientes, cuando buscan atención médica por HTA o son detectados por el equipo de salud , ya presentan complicaciones y daño de los órganos blanco, lo que explica la ausencia de sintomatología en sus fases iniciales, de ahí su connotación de asesino silencioso (5)

El Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) refiere que durante el período 2004 - 2010 de la población general en México existieron 3 738 174 casos de Hipertensión arterial, registrándose más casos en el 2004 con 558,139 y una incidencia de (529.80) por cada 100 mil habitantes, en segundo lugar fue el 2009 con 552,530 (720.90). El 2010 con 539,078 (691.95). (6)

Alrededor de 15.1 millones de mexicanos tienen algún grado de hipertensión arterial (ENSA 2000). Aunado a lo anterior el aumento de la esperanza de vida y la elevada frecuencia de los factores de riesgo determinan el incremento de la prevalencia de esta enfermedad y sus complicaciones

Esto implica que la hipertensión arterial (HTA), constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna, por su extraordinaria prevalencia, es probablemente el problema de salud pública más importante en países desarrollados y subdesarrollados, puede afirmarse, que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial. (7)

La relevancia de la hipertensión en la actualidad no reside en las características que presenta como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades altamente letales; por lo tanto, controlarla significa disminuir la morbimortalidad. (8)

La incidencia y prevalencia se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud, la búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y el estudio de los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia. Una HTA mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente, de su familia e incluso puede llevarlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, incluso podrían alargar su vida aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida (8)

Estudios epidemiológicos indican que cuánto más alta es la tensión más alta es la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular (Acosta, Debs, de la Noval y Dueñas, 2005; Kannel, 2000). Actualmente se dispone de tratamientos

sencillos y eficaces que convierten a la HTA en un factor de riesgo teóricamente modificable (Ross *et al.*, 2004). Sin embargo, es un hecho suficientemente contrastado que el control real de la HTA logrado dista mucho de ser óptimo (Chobanian, 2001; De la Figuera, Arnau y Brotons, 2002; He y MacGregor, 2003). Uno de los factores determinantes que se han relacionado con el mal control de la enfermedad y sus consecuencias es el bajo cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, conocido como falta de adherencia al plan de tratamiento (9)

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC 1993), menciona que la prevalencia de hipertensión (cifras iguales o superiores a 140 y/o 90 mm/Hg) fue de 26.6%. (7,11) Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 30.05%, en el sexo masculino la prevalencia es de 34.20% y en el femenino es de 26.30%. En esta encuesta el control de la hipertensión se estima en una tasa de hipertensos conocidos del 14.3%, sin tratamiento 30.4% y una tasa de hipertensos controlados del 36%. Se señala además que sólo el 29% de los hipertensos esenciales mexicanos, tratados farmacológicamente, se encuentran óptimamente controlados (Encuesta Nacional de Salud 2000. Secretaría de Salud. México, 2000.)(10-11)

Las causas de morbilidad y mortalidad están en transición a nivel mundial, pasando de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles y crónicas, como las enfermedades cardiovasculares (Organización Panamericana de la Salud 2007). Dentro de las enfermedades cardiovasculares se encuentra la hipertensión arterial (HTA) la cual es una de las principales causas de consulta y una de las enfermedades con más riesgo de desarrollar trastornos cardio-cerebrovasculares (Méndez & Roxero 2007). (12)

La adherencia terapéutica, 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 (13,14,15).

La definición de cumplimiento ha recibido la crítica de algunos estudiosos, que la catalogan de unidimensional y reduccionista, al no considerar aspectos

psicológicos y sobre todo motivacionales del paciente, en la elaboración de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento. En este caso el paciente cumple de manera pasiva lo indicado. Sin embargo en la literatura se emplean indistintamente dos términos para referirse a este fenómeno: el primero es el cumplimiento y el otro la adherencia (16, 17, 18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004, planteó una definición de la adherencia al tratamiento prolongado, fusiona definiciones de autores como *Haynes y Rand*, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesionales como requisito esencial para una práctica terapéutica eficiente. El proyecto de la OMS considera a la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria(OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004.)

Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión, algunos estudios han informado que entre el 24 y el 30 % de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza. Resultados de una revisión de la literatura llevada a cabo por *Merino y Gil* en 2001, se encontraron porcentajes de incumplimiento de las prescripciones farmacológicas que oscilan entre el 15,7 % y el 66 %. (19)

Se estudiaron 1.784 paciente. (999 mujeres) bajo tratamiento no menor de 6 meses, de los cuales el 48,15% fue adherente y el 51,85% no-adherente. Concluyendo que la falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control de la Presión arterial, estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT) (20)

La adherencia puede ser afectada por factores relacionados con la frecuencia de la dosis, las creencias sobre la salud, estatus socioeconómico, la depresión, el abuso, débil apoyo social y pobre relación entre paciente y médico. Al ser abordados a través de estrategias específicas, estos factores pueden facilitar la adherencia al tratamiento y disminuir el abandono (W Choo et al. 2001, Palacín et al. 2002, Bardorf et al. 2006, La Rosa et al. 2007).

Rodríguez, Molero y Acosta (2004), en una muestra de 8862 pacientes encontraron que el 31,70% no seguía regularmente el tratamiento y, entre las variables asociadas a la falta de adherencia, se encontró la falta de síntomas en el 28,85% de los pacientes no adherentes. Esto indica que un tercio de los incumplimientos se asocian a la ausencia de «síntomas», indicadores de que la presión arterial está alta, lo que induce a los pacientes a relajarse con el tratamiento en la creencia de que su tensión arterial no estaba elevada. (21)

Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y/o cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares, entre los que se incluyen: el test de Haynes-Sackett, test de Morinsky-Green, test de Prochaska-DiClemente, test de Batalla, entre otros. (22)

En el presente proyecto se aplicó el test de Morinsky-Green y el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) (23)

El cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) es un auto reporte, corto y sencillo de fácil aplicación y una vía rápida para evaluar el nivel de adhesión o no adhesión que tiene el paciente al tratamiento médico indicado. (Anexo 1)

Se validó a través de la metodología propuesta por *Moriyama*. La evaluación de la confiabilidad interna y validez de construcción lógica del MBG en pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico, mayores de 20 años, en la Habana.

La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach correspondiendo a ,889. Da una opción de respuestas en escala de Licker. Las cuales van desde siempre hasta nunca así como recolectar datos higiénico dietéticos y tratamiento farmacológico

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asigna el valor de 0 a Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

Los ítems en forma de 12 afirmaciones recorren la definición operacional de adherencia terapéutica, son definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera:

- Cumplimiento del tratamiento (CT).
- Implicación personal (IP).
- Relación transaccional (RT)

Los ítems con las categorías propuestas son:

- CT: ítems 1, 2, 3, 4.
- IP: ítems 5,6, 8, 9 y 10.
- RT: ítems 7, 11 y 12.

El Test de Morisky-Green-Levine: es un método indirecto, fue validado en la población española, originalmente desarrollado para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión y patologías crónicas

Inicialmente se denominó "the Medication Adherent Questionnaire" (MAQ) (Cuestionario de adherencia a la medicación). Desde que fue introducido ha sido usado en la valoración de la adherencia en diferentes patologías. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Presenta una especificidad de 99 %. y alto valor predictivo del auto informe sobre adherencia con capacidad para predecir el control en la presión arterial. Se basa en el auto informe del paciente con un índice de seguridad de entre el 52% y el 76 %. por lo cual puede ser una buena alternativa para identificar grupos de riesgo de no cumplimiento en atención primaria, ya que es un cuestionario corto, de fácil aplicación, y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión

Valora si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor. Por otra parte, presenta la ventaja de que nos puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, en función de las respuestas incorrectas

La consistencia interna de este instrumento es valorar si es o no cumplido el apego al tratamiento

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: No/ Sí/ No/ No. Existe otra variante en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea "no", y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: No/ No/ No/ No.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su papel como causa de mayor morbimortalidad cardiovascular. Su complejidad, a la luz de los últimos estudios, convierten lo que aparentemente es sólo una elevación anormal de unos valores hemodinámicos, en una enfermedad de muy difícil manejo en determinadas circunstancias, más aún cuando de acuerdo a recientes estadísticas, la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante en la génesis de la enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad cerebrovascular y en muchos individuos la primera manifestación clínica es la aparición de un evento agudo el cual puede llevar a la muerte al paciente

De ahí que la intención de ubicar la adherencia al tratamiento como una de las principales causas del descontrol tensional y tratar mediante ello, la reducción de las más graves y mortales complicaciones de la HTA, sea el objetivo del proyecto actual.

IV. JUSTIFICACIÓN

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales, aquél orientado a los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. Ambas partes del tratamiento son coadyuvantes y por lo tanto es necesaria la adherencia en ambos. La actual investigación se centra en describir sólo uno de estos pilares, que es la adherencia al tratamiento farmacológico.

Producto de esto se ha determinado que el incumplimiento del tratamiento farmacológico es un fenómeno complejo, constituido por múltiples variables que determinan esta condición, tales como factores individuales, demográficos, socioeconómicos y culturales, así como también factores relacionados con la enfermedad misma, el sistema de salud y el tratamiento.

La adopción responsable del tratamiento con antihipertensivos es fundamental para el control adecuado de las cifras tensionales y la prevención de complicaciones e inclusive de la muerte. En las últimas décadas se han realizado estudios de investigación, con el fin de determinar la magnitud del problema y poder desarrollar mejores estrategias para adherencia ya que Burt y col. Refieren que alrededor de 26.6 % de la población de 20 a 69 años la padece y cerca de 60 % de los individuos afectados desconocen su enfermedad y una vez diagnosticada abandonan el tratamiento en los primeros seis meses sin lograrse un apego a este. Por lo que se decidió trabajar con este rango de edades para el presente estudio. Se pretendió además conocer la adherencia terapéutica que tienen los pacientes en urgencias con hipertensión en base al Cuestionario de adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau) y al Test Morisky-Green-Levine pretendiendo fueran complementarios uno del otro y así evaluar el apego con dos diferentes test.

V.- OBJETIVOS

GENERAL

Identificar el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes adultos que ingresan con diagnóstico de hipertensión arterial al servicio de Urgencias, con de 2 diferentes cuestionarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los aspectos sociodemográficos de los pacientes hipertensos que ingresan a urgencias de primer nivel

Identificar si la múltiple terapéutica antihipertensiva está asociada con la adherencia terapéutica

Identificar si el tiempo de evolución de la hipertensión se relaciona con el apego

VI. METODOLOGÍA

a) TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo

b) POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial a partir de 1 año de evolución con edades de 30 a 70 años

c) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para determinar el tamaño de la muestra será para una proporción de la población de pacientes hipertensos

El muestreo, incluyo pacientes hipertensos de ambos turnos en la UMF/UMAA 198 que acudieron al servicio de urgencias

Se aplicó la siguiente formula

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

- N = Total de la población (5.680)
- $Z_{\alpha} = 1.962$ (seguridad del 95%)
- p = proporción esperada (5% = 0.05)
- q = 1 – p (1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (3%).

$$\frac{5.680 \times 1.962^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 \times (5.680 - 1) + 1.96^2 \times 0,05 \times 0.95}$$

$$0.03^2 \times (5.680 - 1) + 1.96^2 \times 0,05 \times 0.95$$

Total 202

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión XXI

d) CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con hipertensión
- Que firmaron consentimiento informado
- Ambos sexos
- Entre 30 a 70 años
- Procedentes de la consulta de primer nivel o de su domicilio con diagnóstico previo de hipertensión arterial
- Con tratamiento farmacológico previo
- Derechohabientes del IMSS

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Síndrome coronario agudo
- Secuela neurológicas que les impidiera contestar el cuestionario
- Pacientes con diagnóstico de:
 - 1) Angor Hemodinámico asociado a descontrol tensional
 - 2) Evento Vascular Cerebral de tipo Hemorrágico o Isquémico directamente asociado a descontrol tensional
 - 3) Insuficiencia Cardíaca Severa o Moderada
- Pacientes que no aceptaron participar en la investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Paciente que durante el tiempo de estancia en urgencias presentaron en forma súbita afección a órgano blanco. (AVC, IAM, Edema agudo pulmonar)
- Pacientes que no concluyeron el llenado de los cuestionarios
- Pacientes que ingresaron a urgencias con descontrol hipertensivo de reciente diagnóstico y sin tratamiento previo (debut)
- Pacientes que durante el llenado del cuestionario decidieron retirarse

e) VARIABLES

-Independiente.

Adherencia

- Dependientes

Hipertensión

f) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables sociodemográficas:

Variable: Edad.

Definición de variable:

- a) Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.
- b) Definición operacional: Número de años cumplidos del paciente en el momento de la consulta.

Tipo de variable: Cuantitativa de tipo discreta.

Unidades de medición: Años en números.

Estadística analítica: - 30 a 40 = 1
- 41 a 50 = 2
- 51 a 60 = 3
- 61 a 70 = 4

Se tomaron rangos de 10 años para valorar cada grupo, quedando 4 grupos en total ya que únicamente se tomaron pacientes de la tercera a séptima década

Estadística descriptiva: Promedio, desviación estándar

Variable: Sexo

Definición de variable:

- a) Definición conceptual: Condición anatómica, morfológica y social que distingue al hombre de la mujer.
- b) Definición operacional: Se refiere al género que este asentado en la historia clínica psiquiátrica.

Tipo de variable: Cualitativa de tipo nominal dicotómica.

Unidades de medición: Femenino/Masculino

1. Femenino: Sexo que denota físicamente que es mujer y biológicamente está dotado de órganos reproductores femeninos.
2. Masculino: Género que denota físicamente que es hombre y biológicamente está dotado de órganos reproductores masculinos

Variable: Escolaridad

Definición de variable Grado máximo de estudios escolares cursados

Tipo de variable Cualitativa ordinal

Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura

Primaria= 1

Secundaria= 2

Preparatoria=3

Licenciatura= 4

Frecuencias y proporciones

Variable: Adherencia

a) Definición conceptual:

La adherencia se refiere a si se cumple con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como observancia o cumplimiento terapéutico. Incluye su buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron.

b) Definición operacional

Puntuación obtenida en el Cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG) Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca,

Cumplimiento del tratamiento (CT): Es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas. Ítems 1,2,3,4

Implicación personal (IP): Es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios . Ítems 5, 6, 8, 9 y 10

Relación transaccional (RT) : Es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos. Ítems 7, 11 y 12.

La puntuación obtenida por cada paciente se asigna el valor de 0 a Nunca 1 a Casi nunca, 2 para a Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar

Indicador: Adheridos Totales de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos entre 0 y 17.

Tipo de variable: cualitativa

Unidad de medición: nominal

Test de Morisky-Green-Levine

Este test consta de cuatro preguntas (Anexo 3)

Tipo de variable: cualitativa, dicotómica

Unidades de medición: Si o No.

Adherencia..... No, Si, No, No.

No adherencia: todas las variables diferentes a adherencia

Variable. Hipertensión

a) Definición conceptual

Es la Presión que ejerce la sangre en las paredes arteriales, como consecuencia de la contracción del corazón, medida en mm/Hg.

b) Definición operacional

Se trabajó únicamente con pacientes en etapa 1 de acuerdo a la clasificación "Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII)

Por encontrarse en los criterios de selección, excluyendo a los demás del estudio

- HTA etapa 1	140-159 mm/Hg	90-99 mm/Hg
---------------	---------------	-------------

Cuantitativa. Nominal

Unidades de medición: mm/Hg

g) PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se presentó el investigador con el paciente que acudió al servicio de urgencias con diagnóstico de hipertensión arterial, siendo valorados de manera inicial para ver si cumplían con los criterios de inclusión, Una vez que cumplieron con dichos criterios, se le considero como parte de estudio.

Se procedió a tomar cifras presión arterial para valorar el grado de hipertensión que presente en ese momento, con la siguiente técnica:

- Se colocó el brazo izquierdo a la altura del corazón, apoyándolo en una mesa o el brazo del sillón. Posteriormente el manguito alrededor del brazo desnudo, entre el hombro y el codo.
- Se Identificó y palpo el latido del “pulso braquial” (se localiza a dos centímetros por encima del pliegue del codo, en la cara interna del brazo).
- Sobre este latido, se apoyó la campana del estetoscopio
- Al Identificar y palpar el latido del pulso radial en el mismo brazo se realizó la medición.
- Se bombeo la pera con rapidez hasta que la presión alcance 30 mm Hg más de la máxima esperada o bien lo que es más certero, 30 mm Hg por encima del momento en que desapareció el pulso radial que estábamos palpando.
- A continuación se desinflo el manguito lentamente observando la escala del tensiómetro, haciendo que la presión disminuya 2 a 3 mm Hg por segundo.
- En el momento que se ausculto el primer latido, se observó el nivel que registra el menisco de mercurio
- A partir de ese momento seguiremos desinflando el manguito y fuimos escuchando los latidos que primero crecen en intensidad y luego decrecen.
- En el determinado momento en que dejamos de auscultar los latidos, realizamos una nueva lectura sobre la escala del tensiómetro y en ese momento estableceremos la presión diastólica.

Posteriormente se inició el control de la presión arterial. Una vez estable el paciente, se le informo e invito a formar parte del estudio. Informandole sobre el beneficio de conocer su apego al tratamiento. Recibiendo una orientación profesional acerca de cuáles son las medidas que debe tomar para disminuir el riesgo de presentar eventos secundarios o complicaciones de su enfermedad. Se le explicó que no existen riesgos alguno durante la entrevista ya que unicamente se recopilará información sobre su enfermedad y su apego al tratamiento. Asi como su derecho a meditar su decisión de aceptar participar o no en el proyecto de investigación y su respuesta, teniendo la libertad de realizar todas las preguntas que deseara de esta investigación, los datos relacionados con la privacidad fueron tratados en forma confidencial.

Se le dio a leer el consentimiento informado (anexo 1) mismo que firmó y se procedió a la aplicación del cuestionario y test (anexo 2 y 3)

Los pacientes con discapacidad para el llenado del cuestionario fueron asistidos por el familiar acompañante

Posteriormente se recabaron los datos en hoja de recolección. Se realizó la recopilación de datos, mismos que fueron vaciados para realizar su análisis y finalmente tener un reporte de resultados

h) CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del presente trabajo, atiende a los aspectos éticos que garantizan la dignidad y bienestar del sujeto a investigación, ya que no conlleva riesgo alguno para el paciente de acuerdo al reglamento de la ley General en salud en materia de investigación para la salud, y de acuerdo al artículo 17 de éste mismo título.

Nuestra investigación cumplió con los principios básicos de la Declaración de Helsinki, y va de acuerdo a La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, la cual, compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica, el cual, declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

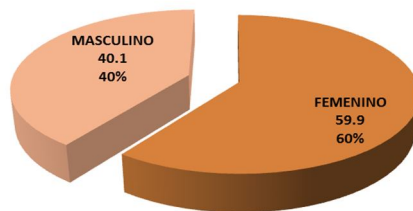
La investigación que se planteo fue posible realizarla respetando los principios éticos - médicos, puesto que la información recabada fue proveniente del cuestionario aplicado en atención médica continua de la UMF/UMAA 198, obteniendo la información ya especificada anteriormente, respetando en todo momento la confidencialidad del paciente.

El riesgo a que se sometió el paciente fue mínimo, puesto que no se realizaron maniobra que pusieran en riesgo su vida.

VIII.- RESULTADOS

a) Análisis estadístico

Fueron analizados 202 pacientes de quienes se valoró su adherencia terapéutica al medicamento con el que se tratan; el 60% fueron del sexo femenino



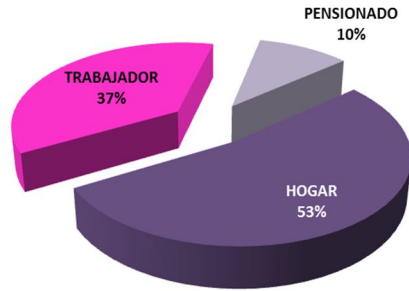
Gráfica No. 1
Adherencia de los pacientes al tratamiento antihipertensivo

La edad de los pacientes relacionada con su sexo, fue como se presenta en la tabla; en ambos sexos, predominaron aquellos pacientes de 51 años en adelante, en el caso de las mujeres en el 84% y en el de los hombres 73%

EDAD	SEXO			
	FEMENINO	%	MASCULINO	%
30 a 40	13	10.7	10	12.3
41 a 50	24	19.8	12	14.8
51 a 60	42	34.7	27	33.3
61 a 70	42	34.7	32	39.5
TOTAL	121	100.0	81	100.0

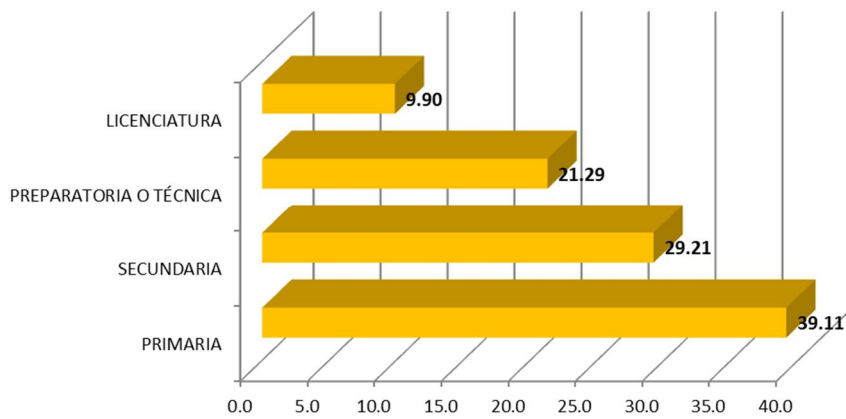
Cuadro No. 1
Distribución por edad y sexo de los pacientes estudiados

La ocupación de los pacientes estudiados en más de la mitad de los casos es el hogar, mientras poco más de un tercio de ellos son trabajadores



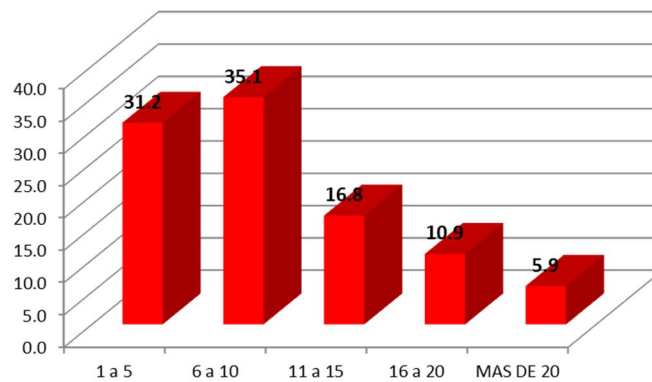
Gráfica No. 2
Distribución porcentual de los pacientes según ocupación

En cuanto a su escolaridad, 4 de cada 10 pacientes solo contaban con la primaria y 3 de cada 10 habían completado la secundaria. Con licenciatura solo se detectó al 10% de ellos.



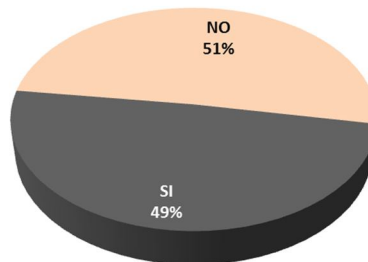
Gráfica No. 3
Distribución porcentual de los pacientes según escolaridad

El grupo estudiado tenía diferente tiempo de haber sido diagnosticado con la patología de origen, un tercio de ellos tenía entre 6 y 10 años, seguido por aquellos que tenían menos de 5 años a partir de su diagnóstico; solo el 6% del grupo fueron pacientes con más de 20 años con la enfermedad.



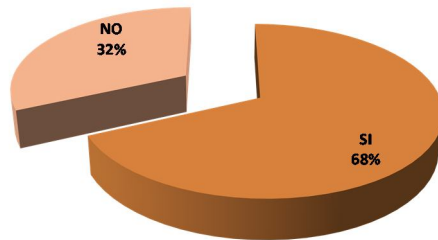
Gráfica No. 4
Distribución porcentual de los pacientes según años de haber sido diagnosticados

Con respecto a la dieta que consumían y otras medidas adicionales relacionadas con su estilo de vida, se les preguntó en primera instancia quienes contemplaban como parte de su tratamiento el consumo de dieta hiposódica, detectándose que solo el 49% seguía tal recomendación.



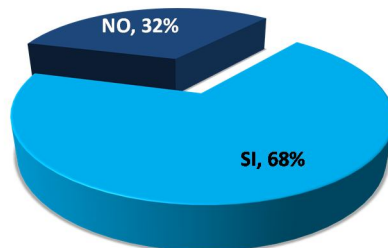
Gráfica No. 5
Distribución porcentual de los pacientes según consumo de dieta hiposódica

En segundo lugar se indagó acerca del consumo de grasa no animal en la dieta, ante lo cual se detectó que solo el 32% de ellos seguían tal recomendación.



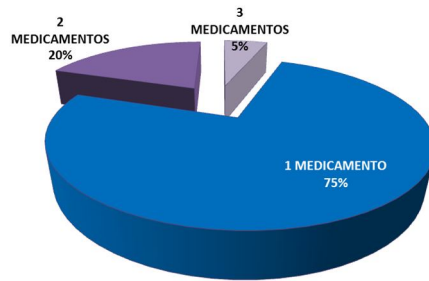
Gráfica No. 6
Distribución porcentual de los pacientes según consumo de grasa no animal

Finalmente, con respecto al hecho de practicar ejercicio, se detectó que 7 de cada 10 de ellos, dicen hacerlo de manera rutinaria.



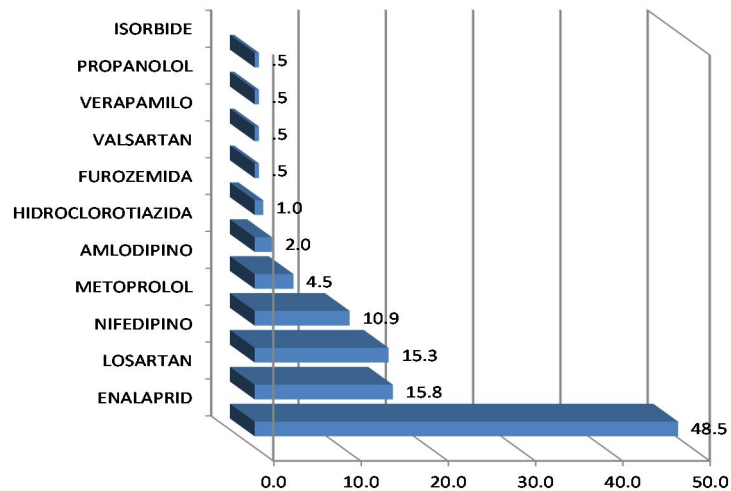
Gráfica No. 7
Distribución porcentual de los pacientes según la realización de ejercicio

Por cuanto a su tratamiento farmacológico, el 75 % de ellos le ha sido prescrito un solo medicamento y al resto, se le ha indicado un tratamiento compuesto por dos o tres medicamentos.



Gráfica No. 8
Tratamiento de los pacientes según la cantidad de medicamentos que les son prescritos

Los fármacos utilizados en los distintos tratamientos. Pueden observarse en orden de frecuencia de uso en la gráfica inferior en donde es posible observar que los tres medicamentos más utilizados son: Enalapril en 5 de cada 10 casos y Losartan y Nifedipino en dos de cada 10 casos respectivamente.



Gráfica No. 9
Diversos antihipertensivos usados como monoterapia y su porcentaje

En el caso de tratamientos en los que se prescribieron dos fármacos, los esquemas utilizados son los que se observan en el cuadro inferior, siendo la asociación más frecuente Nifedipino / Losartan, en el 30%, seguida por Metoprolol / Losartan, en el 18% de los casos.

	NIFEDIPINO	METOPROLOL	HIDROCLORO TIAZIDA	LOSARTAN	AMLODIPINO	PRAZOCINA	VALSARTAN	FELODIPINO
ENALAPRID	2	5	3	3				
NIFEDIPINO			2	12				
METOPROLOL			2	7				
HIDROCLOROTIAZIDA				2			1	
FUROSEMIDA				1	1			
LOSARTAN					2			1
AMLODIPINO			1			1		

Cuadro No. 2

Esquemas de tratamiento utilizados en pacientes que consumen dos fármacos antihipertensivos en su tratamiento

En aquellos casos en los que fueron utilizados tres fármacos, los esquemas se presentan en el cuadro inferior, el más común Nifedipino/ Metoprolol y Losartan, en un tercio de los pacientes.

MEDICAMENTO 1	MEDICAMENTO 2	MEDICAMENTO 3	FRECUENCIA
NIFEDIPINO	METOPROLOL	LOSARTAN	3
ENALAPRID	NIFEDIPINO	LOSARTAN	1
METOPROLOL	ENALAPRID	AMLODIPINO	1
METOPROLOL	HIDROCLOROTI AZIDA	ISOSORBIDE	1
METOPROLOL	LOSARTAN	PRAZOCINA	1
HIDROCLOROTIA ZIDA	LOSARTAN	AMLODIPINO	1
LOSARTAN	AMLODIPINO	FUROSEMIDA	1
LOSARTAN	AMLODIPINO	CLORTALIDONA	1

Cuadro No. 3

Esquemas de tratamiento utilizados en pacientes que consumen tres distintos fármacos como tratamiento

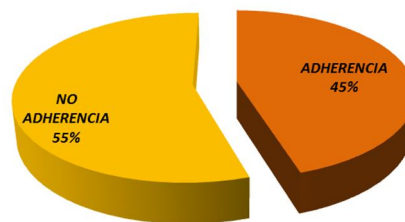
La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indica en realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completarlos estudios de laboratorio o pruebas solicitadas; en este contexto, a fin de evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes, les fueron aplicados dos test:

- **Test de Morisky-Green**
- **Test de Martin – Bayarre-Grau**

TEST DE MORISKY – GREEN

Este test consta de cuatro preguntas, cuyo resultado se espera sean negativas en la pregunta 1,3,4 y respuesta positiva en la pregunta 2., concluyendo de esa manera que existe adherencia al tratamiento.

En resumen, los resultados globales del **Test de Morisky – Green** nos indican que hay adherencia en el 55% de los pacientes, como puede observarse en la gráfica inferior.



Gráfica No. 10
Resultados generales del Test de Morisky - Green

TEST DE MARTIN – BAYARRE - GRAU

Este test consta de 12 ítems, en los que se evalúan tres dimensiones en la adherencia del tratamiento, mediante una escala de Likert:

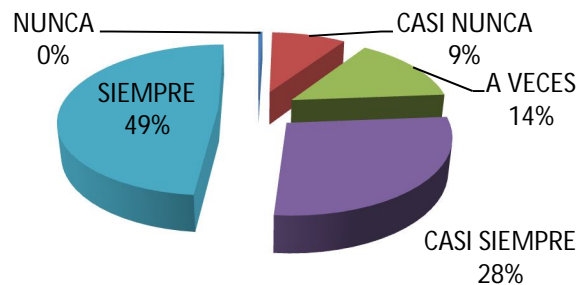
- *Cumplimiento del tratamiento:* en términos de la observación de las indicaciones por parte del paciente
- *Implicación personal:* evalúa el interés y esfuerzo personal del paciente por el cumplimiento de las indicaciones médicas
- *Relación transaccional:* evalúan la relación establecida entre el médico y el paciente para lograr el objetivo del cumplimiento del tratamiento.

A continuación, se presentarán las respuestas de cada ítem, mencionando el aspecto que evalúan y la respuesta en términos porcentuales.

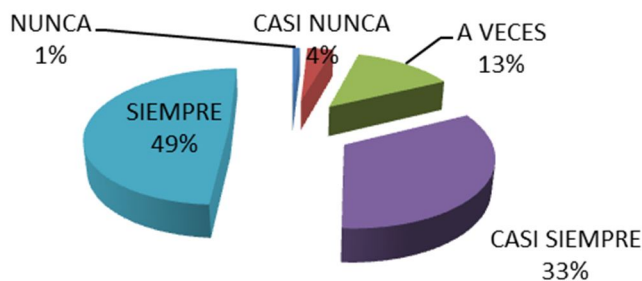
Cumplimiento de tratamiento

En esa sección se consideran las respuestas de las preguntas 1 a 4, que fueron como sigue:

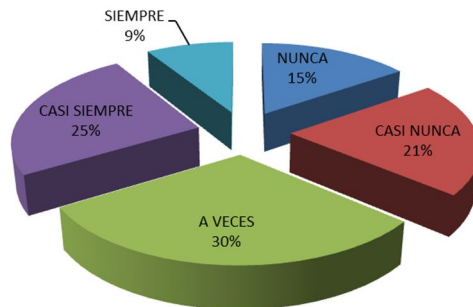
1.-Toma los medicamentos en el horario establecido



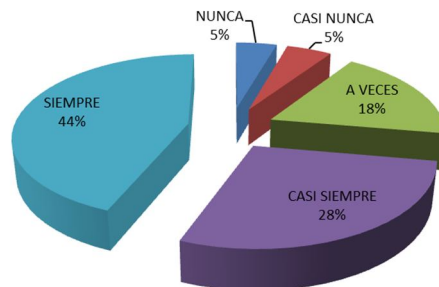
2.- Toma toda la dosis indicada



3.-Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta



4.-Asiste a las consultas de seguimiento programadas

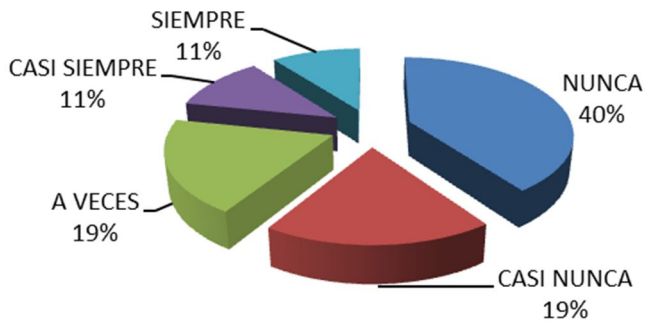


En esta sección, prácticamente tres cuartas partes de los pacientes dicen cumplir siempre o casi siempre las indicaciones médicas, con excepción de aquellas relacionadas con la dieta en las que un tercio de los pacientes las cumplen casi nunca o nunca.

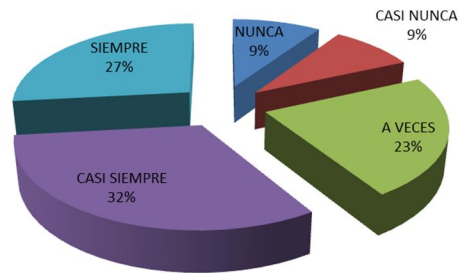
Implicación personal

En esta sección, se consideran las preguntas 5,6,8,9 y 10, cuyas respuestas fueron las siguientes:

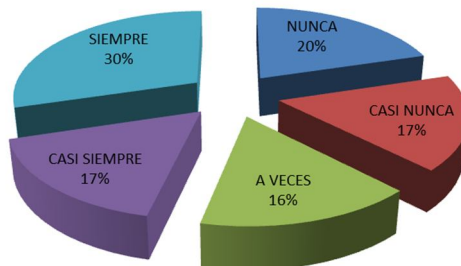
5.-Realiza los ejercicios indicados



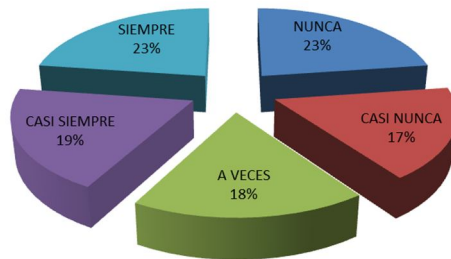
6.-Acomoda los horarios del medicamento a sus actividades diarias



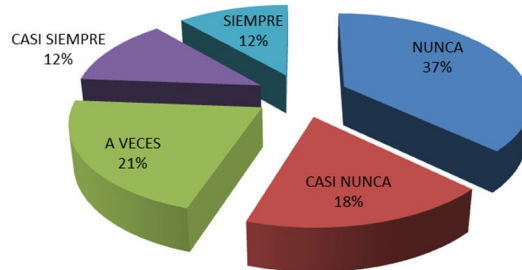
8.-Cumple el tratamiento sin supervisión alguna



9.-Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos



10.-Utiliza recordatorios que le faciliten la realización del tratamiento

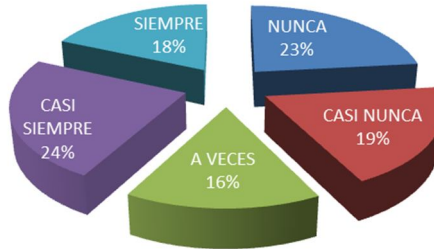


En relación a las implicaciones personales, el cumplimiento es aceptable en dos tercios de los pacientes en casi todos los aspectos, excepto en lo relacionado al ejercicio, en donde esto no se cumple en casi el 60% de los pacientes, así como en el hecho de utilizar recordatorios para la realización del tratamiento, aspecto solo una cuarta parte de los pacientes.

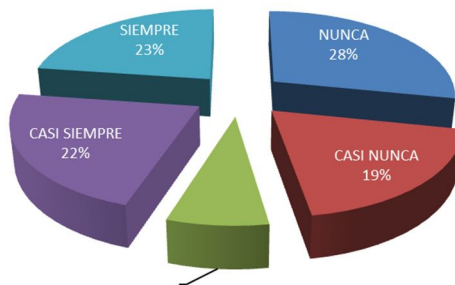
Relación transaccional

Finalmente, en esta sección, se consideran las preguntas 7, 11 y 12, siendo las respuestas:

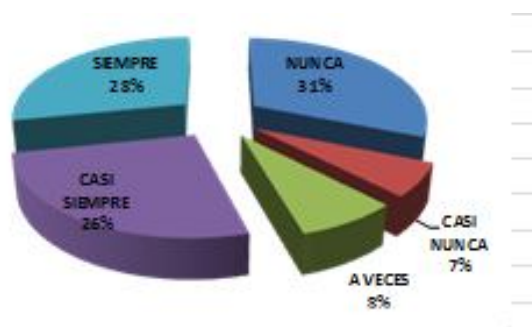
7.-El médico y el paciente deciden conjuntamente el tratamiento a seguir



11.-El médico y el paciente analizan conjuntamente como cumplir el tratamiento



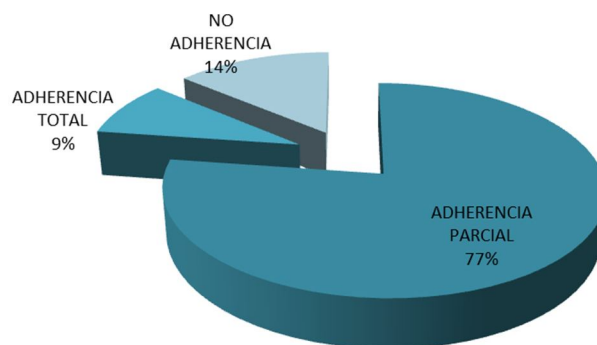
12.-Tiene la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento que le ha prescrito su medico



En este último aspecto, las respuestas no muestran ninguna tendencia específica de respuesta, es decir, es muy pareja la respuesta en todos los aspectos

En resumen, los resultados globales los 202 pacientes estudiados del Test de Martin – Bayarre - Grau nos indican que:

- No hay adherencia en el 14% de los pacientes
- Fue detectada adherencia en el 66% de los pacientes restantes, de los cuales:
 - El 77% fue adherencia solamente parcial y
 - Solo en el 9% la adherencia es total

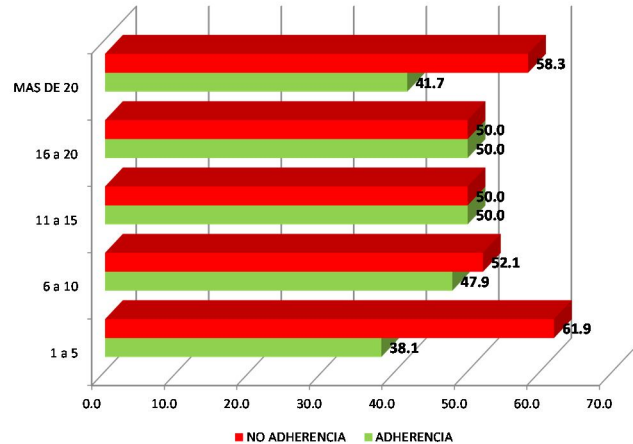


Gráfica No. 11
Resultados generales del Test de Martin Bayarre – Grau

Resulta de interés analizar si los años de haberse hecho el diagnóstico se asocian a la adherencia al mismo; para ello, fueron confrontados los datos de años de diagnóstico con los resultados globales de la prueba Morisky, observándose que en apariencia, la no adherencia está presente casi en las mismas proporciones en cada uno de los grupos.

Para corroborar estadísticamente si se relacionan estos hechos, fue realizada una prueba Ji cuadrada, con un 95% de confianza, la que nos indica que estadísticamente no se detecta asociación entre los años de diagnóstico y la adherencia al tratamiento ($X^2=2.072$, $gl=4$, $p>0.05$)

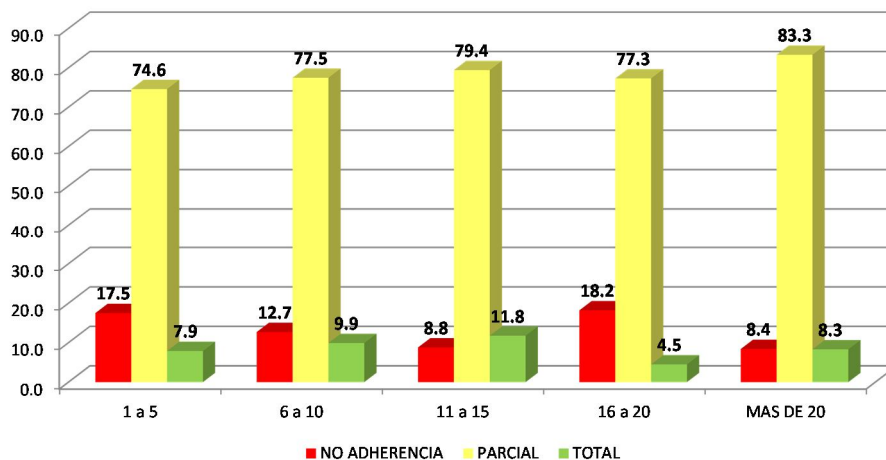
“ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN URGENCIAS”



Gráfica No. 12

Adherencia al tratamiento según Morisky – Green - Levine según años de haber sido diagnosticada la HTA

Lo mismo fue evaluado desde la perspectiva de la prueba de Martin- Bayarre – Grau observándose resultados similares a los anteriores, es decir, no hay un incremento de la adherencia a medida que aumentan los años de diagnóstico.



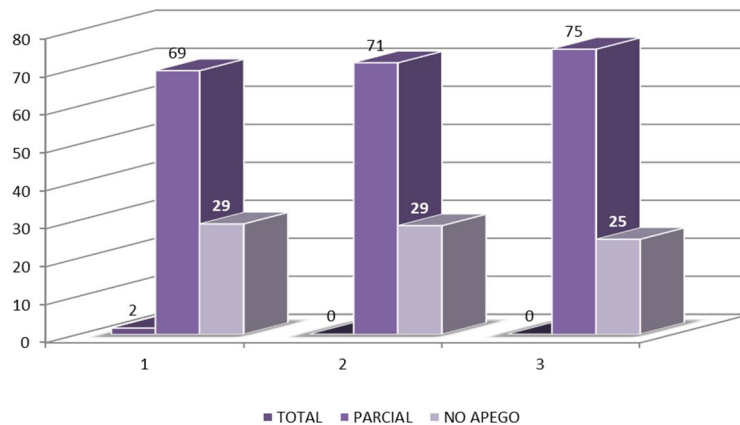
Gráfica No. 13

Adherencia al tratamiento según Martin - Bayarre - Grau según años de haber sido diagnosticada la HTA

De la misma manera, se corroboró este hecho estadísticamente mediante una prueba Ji cuadrada, con un 95% de confianza, la que nos indica que

estadísticamente no se detecta asociación entre los años de diagnóstico y la adherencia al tratamiento ($X^2=2.904$, $gl=8$, $p>0.0$)

Finalmente, el apego según el número de medicamentos con los que es tratado un paciente, se puede observar en la gráfica siguiente, en donde es notorio que no hay diferencia en el apego si los pacientes toman uno, dos o tres medicamentos.



Gráficas No. 18

Nivel de Apego a partir del Test de Martin - Bayarre - Grau según el número de fármacos con los que son tratados los pacientes.

Para verificar lo anterior, fue realizada una prueba Ji cuadrada con 95% de confianza en donde se prueba que no existe diferencia en el apego según el número de medicamentos con los que se trata el paciente. ($x^2=.334$, $gl=4$, $p>0.05$)

X. DISCUSIÓN

La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran trascendencia que debe ser abordado desde el punto de vista preventivo e intervencionista una vez diagnosticada la enfermedad esto incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta. Sin embargo, se requiere la adopción permanente de estas acciones.

Teniendo en cuenta que en el apego influyen diferentes condiciones sociodemográficas, además de las relacionadas propiamente con el entorno familiar, el control de las principales variables fueron pareados por edad, género, duración de la enfermedad, escolaridad y estado civil. Por otro lado, hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a ocupación, tipo de tratamiento médico.

En el presente estudio se observó que el 84 % de las mujeres y el 73% de los hombres son mayores de 51 años y que el 31% de los pacientes estudiados tienen de 6 a 10 años de diagnóstico.

Fueron confrontados los datos de años de diagnóstico con los resultados globales del test Morisky-Green-Levine y el test Martín-Bayarre-Grau no detectando asociación entre los años de diagnóstico y la adherencia al tratamiento, demostrando que no hay un incremento de apego a medida que aumentan los años de diagnóstico. No coincidiendo con otros estudios los cuales reportan que alrededor de los 6 meses de tratamiento disminuye la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica puede estar relacionada con el uso de varios medicamentos y en horarios diferentes, relación ya bien documentada a nivel mundial en estudios de apego al tratamiento donde la complejidad del régimen se ha identificado como una causa posible de adherencia deficiente sin embargo en el presente estudio encontramos que no existe diferencia en el apego según el número de medicamentos con los que se trata el paciente, ya que el 75% toman un fármaco lo que se apoya la sugerencia de Esposti, LD (27). En su estudio de simplificar los esquemas terapéuticos, siendo el más prescrito en este estudio los IECA y solo el 1% toma diurético tipo tiazida lo que sugiere que hay una falta de apego a las guías clínicas de hipertensión arterial en el paciente adulto, las cuales

mencionan que el tratamiento inicial de primera línea debe ser con diurético o un calcio antagonista en pacientes mayores de 55 años y solo el 4.5 % toman beta bloqueador siendo este el segundo fármaco sin que se combine con un calcio antagonista como lo marcan las guías. (Guías clínicas 2010. IMSS)

En general se demostró con el test de Morisky-Green-Levine que el 45% no presentaron apego al tratamiento siendo similar a los reportado en el (ENSAT) (28) el cual reporto que menos de la mitad de los pacientes tiene una buena adherencia al tratamiento y en el test de MARTIN – BAYARRE – GRAU reporto una adherencia de 66%, correspondiendo a apego parcial el 77%. Lo cual es similar a los reportados en el estudio que realizaron Merino y Gil en el 2001 quienes encontrando incumplimiento al tratamiento entre el 15.7 y el 66%.

XI.-CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento antihipertensivo se manifestó en tres niveles: total, parcial y no adherencia, los cuales expresan diferentes porcentajes alcanzados por la misma; aunque predominó el nivel de adherencia parcial con respecto a los demás su magnitud se considera insuficiente en relación con su importancia para esta enfermedad.

La adherencia al tratamiento en hipertensos es un proceso conformado por tres componentes que reflejan su estructura: relación transaccional entre el paciente y el médico, la implicación personal y el cumplimiento del tratamiento. El componente que presentó mayor dificultad resultó ser el desapego a la dieta y el ejercicio así como la relación entre profesionales y pacientes el cual expresa la posibilidad de negociar la estrategia del tratamiento.

Se sugiere implementar en el programa de control de HTA el monitoreo de la adherencia terapéutica y estrategias que permitan mejorar el impacto del programa. Debido a los altos porcentajes de pacientes con falta de apego al tratamiento que se encontraron en este estudio, es importante evaluar el tratamiento farmacológico de cada una de las personas, así como hacer los ajustes necesarios de acuerdo con lo establecido en las guías actuales para el adecuado control de la presión arterial.

Si se tiene en cuenta que el 77% de los personas presentan únicamente Adherencia parcial se recomienda tener especial cuidado en el manejo de los estilos de vida, como hábitos dietéticos y actividad física.

Se recomienda realizar una búsqueda activa para identificar pacientes con no adherencia al tratamiento antihipertensivo que aún no lo hayan realizado.

Considerando que la actividad física y los hábitos dietéticos fueron los componentes en que se presentó menor cumplimiento por parte de los pacientes, resulta necesario un grupo interdisciplinario que comprenda médicos, enfermeros y nutriólogos que impartan instrucciones precisas sobre el cambio de los hábitos dietéticos – cómo disminución del consumo de sodio aumento del consumo de

frutas, verduras y pescado, productos bajos en grasas, disminución de carnes rojas así como reemplazar unos alimentos por otros y acomodar las dietas según el poder adquisitivo del paciente, siendo estos individualizados, además de estrategias educativas novedosas para garantizar la comprensión de todos los elementos implicados en el programa

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vigilancia Epidemiológica Semana 22, 2011.
- 2.- Guerra RA. *Temas de Medicina Interna “Hipertensión Arterial”*. Tomo I. México. Ed. Interamericana McGraw-Hill 1995: 3-20.
- 3.- Sánchez TG. *Seguimiento de la Hipertensión Arterial en México*. México. Ed. Arch Inst Cardiol 1990: 60-227.
- 4.- Rosas PM, Velásquez MO, Pastelín HG, Lara EA, Tapia CR, Attie F. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (análisis por consolidación conjuntiva). *Rev Archivos de Cardiología de México* 2004; 2(74): 164-178.
- 5.- Sánchez TG. *Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares en México*. México. Ed. Piensa S.A 1992: 37-55.
- 6.- Anuarios de morbilidad 2004-2010. Secretaría de Salud. Dirección Adjunta de Epidemiología. Sandra Illiani Padilla Salcedo Dirección de Información Epidemiológica Dirección General de Epidemiología Secretaría de Salud
- 7- Declaración de la OMS/SIH sobre el manejo de la hipertensión. Grupo de Redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de hipertensión 2003.p. 1-3.
- 8.-. Acosta M, Debs, G de la Noval R, Dueñas. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*. 2005; 21: 1-8.
- 9.-. Guiseppe M. Hipertensión arterial: mal conocida y peor tratada. Madrid: Doyma; 2002.p. 14-5.
- 10.- Miller, 1997; Svensson, Kjellgren, Ahlner y Saljo, 2000; Thrall, Lip y Lane, 2004; Wogen, Kreilick, Livornese y Frech, 2001, habiéndose convertido en una importante temática de investigación.
- 11.- (Encuesta Nacional de Salud 2000. (Información preliminar). Secretaría de Salud. México, 2000.)
- 12.-Bonada C, Guarner MA, Antó JM, Mata JM, Monrabá M, Traveria M. Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1985; 2: 167- 171.

- 13.-Griffith SA review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribe medicines. *B J Gen Pract* 1990; 40: 114-116.
- 14.-Kaplan RM, Simon HJ. Compliance in medical care of self-predictions. *Ann Behav Med* 1990; 12: 66-71.
- 15.- Guiseppe M. Hipertensión arterial: mal conocida y peor tratada. Madrid: Doyma; 2002.p. 14-5.
16. Martín AL. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*. 2004; 30(4):350-2.
17. Granados Gámez G, Gil Roales-Nieto J. Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2005; 5: 165-206.
18. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005; 29 (2).
- 19,- Ingaramo RA, Vita N. Bendersky M. Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento. *Rev Federación Argentina Cardiología*. 2005;34:104-11.)
- 20.-Roberto A. INGARAMO Y COL. Vol 34 N° 1 Enero-Marzo 2005)
- 21.-Granados *et al*. Creencias y adherencia en pacientes hipertensos *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 7, N° 3
- 22.- Macía D, Méndez FX. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, editores. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI; 1996
- 23 Métodos de medida del cumplimiento terapéutico E. Márquez Contreras
Distrito Sanitario Huelva. Centro de Salud la Orden. Huelva Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. vol. 1. núm. 1. Abri 2004
- 24.- Urquhart J. Patient non-compliance with drug regimens: measurements, clinical correlates, economic impact. *Eur Heart J* 1996; 17(SupplA): 8-15.
- 25.-Pita FS. Determinacion del tamaño muestral Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. 1996; 3: 138-14. Actualización 2006

26.- Milton JS, Tsokos JO. Estadística para biología y ciencias de la salud. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2001.

27. Espositi.LD. Di Martino M, Saragoni S, et al. La adherencia a los medicamentos antihipertensivos y los resultados de salud entre las pacientes hipertensas recién tratadas. 2011; 3:47-54. doi: 10.2147/CEOR.S15619. E pub 2011 Mar

28.- Roberto A. Ingaramo, Nestor Vita. Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT) Revista de la Federación Argentina de Cardiología Vol 34 N° 1 Enero-Marzo 2005 pag 104.111

XII.- ANEXOS



**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

Lugar y Fecha: UMAA No. 198, Coacalco, Estado de México, a _____ de _____ de 2013.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN URGENCIAS

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: 1402

El objetivo del estudio es: Identificar si hay adherencia terapéutica en pacientes que ingresan con hipertensión arterial al servicio de Urgencias.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: realizar cuestionario donde se investiga cumplimiento a mi tratamiento hipertensivo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Respeto y garantía de confidencialidad

El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo

Nombre y Firma del Participante

Nombre, Firma y matrícula del investigador



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO DE MÉXICO

Anexo II

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre -Grau)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

- A)** De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

- B)** Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

“ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN URGENCIAS”

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

Anexo III

Test Morisky-Green-Levine

- "¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?"

(Si) (No)

- "¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?" (Si) (No)

- "Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?" (Si) (No)

- "Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?" (Si) (No)