



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA DE URGENCIAS
UNIDAD ACADEMICA**



**INTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL ZONA Y UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR/ZONA NO.1
PACHUCA HIDALGO**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SISTEMICA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS EN EL HGZ MF No 1**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA

ANDRÉS ROMERO ARTEAGA

ASESOR CLINICO

DR. LUIS ALBERTO CAMARGO CERVANTES

ASESOR METODOLOGICO

DRA. DAFNE CRYSTAL GUZMÁN SERRANO

PACHUCA HIDALGO

2017



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1
PACHUCA HIDALGO**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SISTÉMICA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS EN EL HGZ MF No 1**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA

ANDRÉS ROMERO ARTEAGA

**DRA. DAFNE CRYSTAL GUZMÁN SERRANO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DR. LUIS ALBERTO CAMARGO CERVANTES
ASESOR TEMÁTICO DE TESIS**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SISTÉMICA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS EN EL HGZ MF No 1

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

PRESENTA

ANDRES ROMERO ARTEAGA

AUTORIZACIONES:

DR. LUIS ALBERTO CAMARGO CERVANTES

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PACHUCA, HGO. _____

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LOPEZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION EN INVESTIGACION
EN SALUD. HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No.1 DEL IMSS _____

DR. JOSE ARTURO ALVARADO GOMEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS GENERALES
DEL IMSS. HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS _____

ASESORES DE TESIS

DR. LUIS ALBERTO CAMARGO CERVANTES

ASESOR DE TESIS _____

DRA. DAFNE CRYSTAL GUZMAN SERRANO

ASESOR DE TESIS _____

Dedicatoria

**LE DOY GRACIAS DIOS POR SER EL FORJADOR DE MI CAMINO
EL QUE ME ACOMPAÑA Y SIEMPRE ME LEVANTA.
A MI PAPÁ QUE SIEMPRE ME ACOMPAÑA
CON SUS ORACIONES Y CON CONSEJOS.
A MI ESPOSA E HIJOS QUE SON MI FUENTE
DE INSPIRACIÓN PARA SEGUIR SUPERANDOME.
A MIS HERMANOS Y TÍAS PORQUE HAN COLABORADO HAN
ACOMPAÑADO Y APOYADO EN EL TRANCURSO DE MI VIDA.
A MIS PROFESORES GRACIAS POR COMPARTIR SUS ENSEÑANZAS
EXPERIENCIAS Y TUTORIA PARA MI FORMACION, POR ACONSEJARME
Y DARME SU APOYO Y COMPRENSIÓN EN LOS MOMENTOS DIFICILES.**

INDICE

Página

1. TITULO.....	1
2. IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES	2
3. RESUMEN	3
4.- MARCO TEORICO	4
5. JUSTIFICACIÓN	14
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
7 OBJETIVOS	16
8. HIPÓTESIS.....	17
9.- MATERIAL Y METODOS	17
10. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	18
11. ASPECTOS ETICOS	24
12. CRONOGRAMA.....	23
13. RESULTADOS.....	24
14. ANALISIS	31
15. CONCLUSIONES	32
16.-.BIBLIOGRAFIA.....	33

I.TITULO DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
AREA ACADEMICA DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN HIDALGO
HGZ MF No 1 PACHUCA, HGO

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Presenta.

ANDRES ROMERO ARTEAGA

Asesor Metodológico

Dra. Dafne Crystal Guzmán Serrano

Asesor clínico

Dr DR. LUIS ALBERTO CAMARGO CERVANTES

Pachuca, Hidalgo Septiembre de 2017

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

TESISTA

Dr. Andrés Romero Arteaga

Médico General

Alumno del Curso de especialización en Medicina de Urgencias para Médicos Generales de bases del IMSS

Adscrito a la UMF No 15 Apan, Hgo.

Dirección: Juventino Rosas 604 Colonia Cuauhtémoc Pachuca, Hgo

Teléfono: 7712197859

e-mail: naders_romero72hotmail.com

TUTOR TEORICO

Dr. Luis Alberto Camargo Cervantes

Urgenciólogo

Adscrito al Hospital de Zona con Medicina Familiar No 1

Dirección: Prolongación avenida Madero # 405, Col Nueva Francisco I. Madero, Pachuca, Hgo.

Tel: 7712206281

e-mail: lacamcer@hotmail.com

TUTOR METODOLOGICO

Dra. Dafne Crystal Guzmán Serrano

Adscrita al Hospital General de Zona No. 1

Dirección: Prolongación Avenida Madero No 405. Col Nueva Francisco I. Madero

Teléfono: 5544748779

Correo Electrónico: medur_crm@Yahoo.com.mx

III. RESUMEN

TITULO: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HGZ MF No 1

Antecedentes: La situación en el tratamiento de la hipertensión arterial, por un lado, la enfermedad cardiovascular continua como la primera causa de mortalidad en países industrializados, siendo la hipertensión arterial uno de sus más importantes factores de riesgo, al menos entre los modificables. Por otro lado, en los últimos años se ha desarrollado un completo arsenal terapéutico de eficacia demostrada. Sin embargo, no se alcanzan los logros esperados del tratamiento de la hipertensión arterial, al menos en términos poblacionales. Las causas de esta situación son variables, entre ellas un inadecuado nivel de control tensional, pero comparten como situación ultima alguna forma de incumplimiento terapéutico que puede oscilar entre el desconocimiento completo de la enfermedad al olvido de las tomas de medicación. Todos los autores convienen en reconocer al incumplimiento como uno de los grandes desafíos en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes con crisis hipertensivas mayores de 18 años en el servicio de urgencias en el HGZ MF No 1 en un periodo de cuatro semanas, posterior a la autorización del protocolo.

Material y Métodos: Se realizara un estudio descriptivo, observacional, analítico. (Prolectivo) en Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial que desarrollan crisis hipertensiva; en paciente que ingresan al servicio de urgencias que hayan desarrollado crisis hipertensiva en un periodo de cuatro semanas; dicho estudio se llevar acabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1 Pachuca, posterior a la autorización del protocolo de investigación.

Recursos e infraestructura: El estudio es factible se trabajara con expedientes y con la aplicación del Test de Morisky-Green-Levine en pacientes mayores de 18

años que acudan al servicio de urgencias con diagnóstico de crisis hipertensiva. El financiamiento correrá con recursos propios de investigador y asesores.

Experiencia de grupo y tiempo a desarrollarse: El grupo que participa en esta investigación cuenta con experiencia en el área de medicina de urgencias y enfermedades crónicas. El estudio se llevara a cabo en un periodo de 4 semanas posterior a la aprobación del protocolo de investigación.

IV. MARCO TEORICO

A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes (OMS, 2013^a), lo que preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual (1). El control de la HTA reduce la incidencia de accidentes cerebrovasculares en un 40 %, infartos de miocardio en un 25 % e insuficiencia cardíaca en un 50 % (2)

En tan solo 6 años entre el 2000 al 2006, la prevalencia de HTA incremento 19%, al grado de afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos. (3)

De 2006 al 2011, se incrementó la tasa de mortalidad observada por enfermedades hipertensivas en población de 15 años y más (de 17.67 por cada 100 000 personas a 23.06) (1)

En 2010, la población de 80 años y más concentra la tasa más alta de morbilidad hospitalaria por hipertensión esencial o primaria (312 hombres y 390 mujeres por cada 100 000 habitantes de cada sexo) (4).

Las mujeres embarazadas de 20 a 24 años presentaron la tasa de morbilidad hospitalaria más alta por preeclamsia durante 2010 (188 casos de cada 100 000 mujeres de este grupo de edad) (4). Latinoamérica está pasando por una transición epidemiológica y nutricional caracterizada por la adquisición de un estilo de vida urbano industrial típicamente asociado con un aumento de la incidencia y la

prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el tabaquismo, lo cual causa las tres cuartas partes de la mortalidad en el mundo. (5)

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN HIDALGO 2013

Las principales causas de defunción en Hidalgo en el primer semestre del 2013 son: ocupando el primer lugar las enfermedades cardiacas con 105 710 defunciones, en sexto lugar enfermedades cerebro vasculares con 31 235 defunciones, en noveno insuficiencia renal 11 977 defunciones. (1)

La Presión Arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias, la cual se mide en milímetro de mercurio (mmHg). La misma se compone de presión sistólica, que es el valor máximo que registra el sistema circulatorio, cuando el corazón se contrae para bombear la sangre a las arterias para llevarla a todo el organismo; y la diastólica, que representa el valor mínimo que registra la arteria cuando el corazón se relaja para llenarse de sangre nuevamente (OMS 2002) (4).

De acuerdo a la OMS los parámetros, internacionales para considerar hipertensión son presión sistólica mayor a 140 mmHg y diastólica superior a 90 mmHg; y refiere que entre algunos grupos de edad, el riesgo de enfermedad cardiovascular se duplica por cada 20/10 mmHg de Incremento en la presión sanguínea, para tomar como presión alta desde 115/75 mmHg (OMS, 2013b) (4).

FACTORES DE RIESGO VASCULAR

Cifras de Presión Arterial sistólicas y Diastólicas, cifras Presión diferencial (en ancianos), edad > de 55 años en varones, edad > de 65 años en mujeres, tabaquismo ; dislipidemias: colesterol Total > 190 mg/dl o colesterol-LDL > 115 mg/dl o C-HDL < 40 mg/dl en hombres y < 46 mg/dl en mujeres o triglicéridos > 150 mg/dl, glucemia en ayunas 102 – 105 mg/dl, prueba de sobrecarga de glucosa anormal, obesidad abdominal (perímetro de la cintura > 102 cm [varones], > 88 cm

[mujeres]), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (varones a una edad < 55 años, mujeres a una edad < 65 años) (6)

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA se define por la presencia mantenida de cifras de Presión Arterial sistólica iguales o superiores a 140 mmHg; Presión Arterial Diastólica de 90 mmHg o superior, o ambas (6). La presión sistólica fue determinada por el inicio de la fase 1 de Korotkoff, la presión diastólica fue más controversial porque previamente se consideraba la fase IV de Korotkoff, sin embargo la American Heart Association estableció la fase V de Korotkoff como la presión arterial diastólica en todas las edades (7).

Objetivos del tratamiento antihipertensivo: Reducir la mortalidad y morbilidad cardiovasculares asociadas al aumento de la presión. Evitar la progresión y conseguir la regresión del daño orgánico subclínico (6). Otro de los objetivos del tratamiento, es la recuperación de la esperanza y calidad de vida de los hipertensos. (8)

Beneficios del Tratamiento:

El tratamiento antihipertensivo disminuye la morbimortalidad cardiovascular tanto en pacientes jóvenes con Hipertensión arterial sistólica y diastólica, como en pacientes de edad avanzada con hipertensión arterial sistólica aislada (5). El tratamiento debe de estar dirigido a todos los paciente, con mayor énfasis que empiecen a presenta un riesgo, que este depende de la combinación de las cifras de presión arterial, se su antigüedad, de la asociación con otros factores de riesgo, con la presencia de daño subclínico o establecido y de Diabetes Mellitus. (8)

Tratamiento no farmacológico.

Las medidas no farmacológicas van dirigidas a cambiar el estilo de vida y deben instaurarse no sólo en todos los pacientes hipertensos, sino también en aquellos con Presión arterial normal-alta, bien como tratamiento de inicio, bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. El propósito de

dichas medidas es reducir la presión arterial y prevenir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (6).

CRISIS HIPERTENSIVAS:

La Emergencia Hipertensiva fue descrita por Volhard y Fahr en 1914 en pacientes con hipertensión severa que presentaban lesión vascular a corazón, cerebro, riñón y retina. En 1933 es cuando se publica el primer estudio a gran escala acerca de la historia natural de las emergencias Hipertensivas, donde se señalaba que esta patología no tratada tenía una mortalidad a un año del 79%. (9)

En 1948, comienza el *Framingham Heart Study*, un estudio epidemiológico longitudinal en una población general para determinar la prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Entre sus méritos más sobresalientes debe señalarse que constituye el primer estudio que destacó la naturaleza multifactorial de la enfermedad. (10)

La Crisis Hipertensiva se define como la elevación aguda de la presión arterial, que puede producir alteraciones estructurales o funcionales sobre los órganos diana. Según la presentación o no de esta afectación, se clasifica en emergencia hipertensiva o urgencia hipertensiva. Cabe mencionar que esta definición no hace mención de la sintomatología acompañante. (11) (12) (13)

Las Cifras para definir las crisis hipertensivas según las recomendaciones publicadas en el Joint National Committee (JNC) 8 son: Presión arterial sistólica igual o mayor de 180 mmHg y una Presión arterial diastólica igual o mayor de 110 mmHg (11) (12).

La Hipertensión severa aguda puede desarrollarse de novo o puede complicar la hipertensión esencial subyacente o secundaria. La rapidez de inicio sugiere un factor desencadenante sobrepuesto a una hipertensión preexistente. El reconocimiento y evaluación oportunos de la Crisis Hipertensiva tanto de la

Urgencia como de la Emergencia nos permitirá adecuar un tratamiento óptimo y oportuno, para prevenir o reducir el daño a órganos blancos. Se cree que puede ser iniciada por un incremento abrupto de las resistencias vasculares sistémicas probablemente relacionadas a vasoconstrictores humorales, el aumento subsecuente genera un stress mecánico y lesión endotelial que lleva al aumento de la permeabilidad, activando la cascada de coagulación y plaquetas y depósito de fibrina. Con la elevación severa sobreviene lesión endotelial y necrosis fibrinoide de las arteriolas; este proceso resulta en isquemia y liberación de mediadores vasoactivos, culminando con la hipoperfusión de órganos blanco, que sufren de isquemia y disfunción, que son la manifestación de la Emergencia Hipertensiva. La anomalía primaria de los pacientes con Crisis Hipertensiva es el deterioro de la capacidad de autorregulación. (9)(14)

Presentación Clínica

Desde 1993 con el JNC 5 se clasifica en Crisis Hipertensiva y Emergencia Hipertensiva. (15)

La evaluación inicial consiste en la medición de la Presión Arterial en ambos brazos, el paciente sentado con la espalda apoyada, el brazo a la altura del corazón. El esfigmomanómetro debe estar validado y calibrado, el manguito debe cubrir el 80 % de la circunferencia braquial, el estándar hasta de 32 centímetros; los aparatos electrónicos no son óptimos en sujetos con arritmias. Una vez confirmada la situación de la Crisis Hipertensiva la historia clínica debe sujetarse en tres pilares fundamentales: anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias. La atención médica se dirige a la evolución de la hipertensión y el tratamiento recibido, control previo, adherencia a los medicamentos, tiempo desde la última dosis, uso de otra sustancia (anfetaminas, cocaína, inhibidores de la monoaminoxidasa). (15)

Las manifestaciones clínicas de las crisis hipertensivas se relacionan a la disfunción de un órgano blanco, por lo que el cuadro clínico es variable. Se han reportado como los signos más frecuentes en una emergencia hipertensiva el dolor torácico (27%), disnea (22%) y déficit neurológico (22%). La disfunción de órganos no es

común con una presión arterial diastólica menor de 130 mmHg (excepto en niños y en la gestación) (16).

Presentación en urgencias:

La Crisis Hipertensiva constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios y de atención primaria, con una clara tendencia al aumento de su incidencia en los últimos años. (15)

En la Emergencia Hipertensiva hay precepción de compromiso vital del paciente, aun que es fundamental corroborar la elevación de las cifras tensionales, la gravedad de la situación debe ser valorada por afectación de órganos diana, y no por las cifras tensionales exclusivamente. (12)

Principales situaciones de emergencias hipertensivas:

Encefalopatía hipertensiva, accidente cerebro vascular: isquémico, hemorrágico, subaracnoideo, traumatismo craneoencefálico o medular, disección de Aorta, síndrome coronario agudo: Infarto agudo de miocardio o angina inestable, edema agudo de pulmón con insuficiencia respiratoria, patología renal aguda, eclampsia, crisis de feocromocitoma, son efectos de ataque a órgano diana (14).

Los medicamentos para el tratamiento de la Emergencia Hipertensiva deben de tener las siguientes características: a) administración por vía parenteral, b) acción rápida, C) efecto progresivo y sostenido, d) facilidad en la dosis, e) semivida corta, f) que carezca de efectos adversos. Las cifras tensionales deben ser disminuidas al 10% de la Presión Arterial Media (PAM) en la primera hora, 15% en la segunda a tercer hora. (14)

Urgencia hipertensiva

La elevación sin que exista daño progresivo del órgano diana en pocas ocasiones requiere un tratamiento antihipertensivo urgente. Estos pacientes evolucionan de manera favorable si se disminuye la presión arterial de manera gradual, y así se evita el riesgo de isquemia cardiaca o cerebral que conlleva el descenso rápido de

la presión arterial. El objetivo a corto plazo es reducir la Presión arterial dentro de las primeras 24 a 72 horas (14) (16).

Incumplimiento del tratamiento médico:

Haynes define el incumplimiento como “el grado en el cual la conducta de una persona -en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida- no coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias”. El incumplimiento terapéutico da lugar a una serie de repercusiones clínicas, económicas y socio sanitarias. (17).

Cumplimiento del tratamiento médico tiene gran trascendencia en el momento actual debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, que las personas que reciben una prescripción médica, pongan en práctica las recomendaciones terapéuticas o de salud que se le indican, aspecto que no siempre se realiza de forma correcta (18).

Adherencia Terapéutica:

Se define, como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa para lograr el resultado esperado. Dentro de los factores que determinan la adherencia terapéutica son: La característica de la enfermedad, interacción con el personal sanitario, características del régimen terapéutico, variables psicológicas y sociales. (18)(19)

La OMS la define como el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas. Es un concepto dinámico que no se limita a las indicaciones terapéuticas,

sino que incluye la asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificaciones del estilo de vida. (20)

Distintos estudios han encontrado relaciones positivas entre adherencia terapéutica en diferentes áreas de la salud y creencias relacionadas con la salud, expectativas, actitudes, apoyo social, factores relacionados con la memoria. (19)

Falta de adherencia Terapéutica:

Es cuando el paciente no comience el tratamiento, lo abandone o altere las prescripciones. (21)

Dentro de los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, en estudios realizados, se encontró que el sexo masculino adhirió menos (71%), que el sexo femenino (28.27%) que a mayor escolaridad menor adherencia (66.25%) al igual con la soledad con (63.91%), los pacientes no adherentes presentan más complicaciones, la terapia combinada (60%) dificultó la adherencia, y la subvaloración de la enfermedad (63.04%) fue el factor psicológico más determinante de la no adherencia(21).

Los porcentajes de incumplimiento son muy variables del 30 % al 60 %, otras de las causas de incumplimiento terapéutico son: la ausencia de síntomas, efectos adversos de la medicación, cronicidad del tratamiento, coste económico, complejidad de las pautas terapéuticas, ausencia de los beneficios constatables. (22)

La adherencia al tratamiento es el vínculo fundamental para la eficacia de un fármaco o un proceso educativo, demostrada en las condiciones ideales de un estudio experimental, se convierte en efectividad cuando se utiliza en las condiciones reales de la práctica clínica y social. (23)

Dentro de los factores relacionados a la refractariedad ante el tratamiento antihipertensivo son: la pobre adherencia al plan terapéutico, el fracaso en las modificaciones del estilo de vida, incluyendo la ganancia de peso corporal la ingesta de cantidades elevadas de alcohol, el uso de fármacos que incrementan la presión arterial: cocaína glucocorticoides, AINES; apnea obstructiva del sueño (24)

Una forma sencilla de clasificar la no adherencia terapéutica en: Primaria, cuando la prescripción no llega a retirarse de la farmacia; Secundaria, alteraciones de la dosis correcta, cambios en los intervalos de la dosificación o aumento en la frecuencia de la dosis, suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado. (25)

La hipertensión no debe ser considerada como un problema aislado de cifras superiores a la normotensión, por lo que el paciente hipertenso debe ser abordado bajo la visión del riesgo vascular global, y se deben realizar intervenciones destinadas a modificar sus hábitos dietéticos, así como otros factores modificables que permitan una mejor adherencia al tratamiento. (26)

Por su trascendencia la falta de adherencia al tratamiento ha llegado a ser una de las líneas de investigación predominantes, tanto de un punto de vista médico, como del de la psicología de la salud. La medida en la cual la conducta de una persona (en términos del consumo de fármacos y cambio en el estilo de vida) coincide con los consejos del médico o del personal sanitario. Los factores determinantes de la adherencia se han clasificado en las siguientes categorías: los relativos a la calidad de la relación médico-paciente, las características del tratamiento o régimen terapéutico, las características de la enfermedad, y las relacionadas con el propio paciente y su entorno social. (27)

Algunas otras variable en relaciona la no adherencia consiste en la apatía y pesimismo por parte del paciente, en no reconocer que se está enfermo, la falta de apoyo social. (28)

La OMS considera la falta de adherencia al tratamiento como un problema de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracaso terapéutico, mayores tasas de hospitalización, y aumento de los costes sanitarios. Se estima que en general un 20 a 50 % de los pacientes no toman su medicación como esta prescrita. Se recomienda explicar claramente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos; conocer que espera el paciente de su tratamiento; hablar y escuchar la paciente si juzgar sus preferencias; ayudar al paciente a tomar sus decisiones basadas en los posibles riesgos y beneficios; procurar que el paciente o el cuidador tenga una lista actualizada de la medicación que toma. (29)

Para facilitar la valoración del cumplimiento, se dispone de una serie de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se le pregunta al enfermo sobre su cumplimiento; estos poseen alto valor predictivo positivo; pero al compararlos con otros métodos más exactos, se observa que hay un número importante de pacientes que mienten, por tal motivo los profesionales de la salud e investigadores aplican otros métodos incorporados a la práctica. Métodos como el Test Morisky-Green, está validado para varias enfermedades crónicas, el cual fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuestas dicotómicas sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad, si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja que proporciona información sobre la causa del incumplimiento. (30)

V. JUSTIFICACION.

Justificación Clínica:

Justificación Metodológica:

A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes (OMS, 2013), lo que preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual.

La hipertensión arterial tiene una elevada repercusión sobre la esperanza y calidad de vida, porque muchas veces no se diagnostica de modo oportuno y cursa asintomática hasta que aparecen una o más complicaciones. Su control requiere de la modificación de los factores de riesgo conocidos, en conjunto con una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico, de ahí su importancia.

Investigaciones realizadas muestran que el grado de incumplimiento farmacológico en el tratamiento antihipertensivo oscila entre el 7.1 % y el 66.2 % lo que repercute sobre el mal control del proceso nosológico y el aumento de los costos sanitarios y no sanitarios.

Trabajos consultados muestran que cerca del 50 % de los pacientes hipertensos son incapaces de cumplir un régimen higiénico – sanitario y de llevar de forma correcta un tratamiento con fármacos, en especial, cuando se extiende por más de un año.

Aproximadamente el 20% de la población mundial padece de Hipertensión Arterial y se estima que solo el 3 % y el 34 % controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo.

El cumplimiento del tratamiento médico tiene gran trascendencia en el momento actual debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, que las personas que reciben una prescripción médica, pongan en práctica las recomendaciones terapéuticas o de salud que se le indican, aspecto que no siempre se realiza de forma correcta.

La adherencia terapéutica se considera el término más adecuado para describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo.

En el caso particular de la Crisis Hipertensiva, la importancia de conocer la adherencia terapéutica y de establecer las estrategias para llevarla a cabo radica, en que esta, es el principal factor de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón y del cerebro. Al menos entre los modificables.

Justificación Institucional:

Este es el primer registro que se hace sobre el apego al manejo antihipertensivo en pacientes de urgencias con crisis hipertensas y da pie a campañas para el apego al manejo, y disminución de internamientos en urgencias disminución en costo de internamiento e insumos hospitalarios por esta causa a mediano plazo.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial esencial (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25%¹ y en la población rural varía de 13% al 21%.

En un estudio realizado en Durango, México, en 1999-2000 para determinar la asociación entre apoyo familiar (AF) y apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial (HAS). No hubo diferencias entre los grupos respecto a las variables sociodemográficas, modalidad de tratamiento ni conocimiento que el enfermo tenía sobre su enfermedad. Tenían control de la presión arterial 31 (77.5%) pacientes con apego y 11 (27.5%) sin apego, $p= 0.003$. El apoyo familiar se asoció de manera independiente con apego al tratamiento, RM 6.9, IC 95%. El mayor grado de apego se observó en lo correspondiente a la ingesta de medicamentos, mientras que el menor en lo referente a las indicaciones de ejercicio.

En estudios realizados en México en 1999 -2000 no hubo No hubo diferencias entre los grupos respecto a las variables sociodemográficas, modalidad de tratamiento ni conocimiento que el enfermo tenía sobre su enfermedad.

En el caso del Hospital General de Zona No 1 del no se cuenta con estudios que nos indique la frecuencia de la adherencia al tratamiento a la hipertensión arterial, por lo que es necesario conocer el grado de adherencia en nuestra población y los grupos con mayor vulnerabilidad para realizar estrategias que permitan mejorar dicho grado de adherencia.

De lo anterior surge la interrogante de conocer:

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿EXISTE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN PACIENTES ADULTOS QUE DESARROLLAN CRISIS HIPERTENSIVA. EN HGZ MF No 1?

VII. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes con crisis hipertensivas mayores de 18 años en el servicio de urgencias en el HGZ MF No 1

Objetivos Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes que ingresan con crisis hipertensiva.
- Determinar el esquema terapéutico del paciente para el control de la HTAS
- Determinar el tiempo de diagnóstico y años en tratamiento de HTAS
- Determinar las patologías asociadas en los pacientes con crisis hipertensiva

VIII. HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO: Los pacientes con crisis hipertensiva no tiene adherencia al tratamiento antihipertensivo.

HIPOTESIS NULA: Los pacientes con crisis hipertensiva si tiene adherencia al tratamiento antihipertensivo.

IX. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño metodológico:

Tipo de estudio: descriptivo, observacional, analítico. (Prolectivo)

Universo de trabajo: Pacientes con Hipertensión arterial que desarrollan crisis hipertensiva

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Criterios de inclusión:

- Pacientes hipertensos que acuden al servicio de urgencias presentando crisis hipertensiva que pueda responder el cuestionario o en su caso al familiar responsable.

- Mayores de 18 años hipertensos con crisis hipertensiva.

- Pacientes que acepten participar en el estudio, firmando el consentimiento informado

- Criterios de exclusión:

- Pacientes que por condición clínica no puedan responder y que no cuenten con familiar.

- Criterios de eliminación:

- Aquellos pacientes que no completen la encuesta que se aplique.

DEFINICION DE VARIABLES:**VARIABLE DEPENDIENTE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Se considera el término más adecuado para describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo	Para determinar la adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial se utilizó el que in Test de Morisky-Green-Levine incluye cuatro preguntas.	Cualitativo	Test de Morisky-Green-Levine Se considerara que el paciente es adherente si contesta negativamente a las cuatro preguntas, y no lo es si contesta afirmativamente al menos una de ellas.	4 preguntas – cumplidor 2 a 3 preguntas – incumplidor

VARIABLE INDEPENDIENTE: CRISIS HIPERTENSIVA

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DIMESIONES
Se define como el aumento agudo de la presión arterial, que puede producir alteraciones estructurales o funcionales sobre los órganos diana	Las Cifras para definir las crisis hipertensivas según las recomendaciones publicadas en el Joint National Committee (JNC) 8 son: Presión arterial sistólica igual o mayor de 180 mmHg y una Presión arterial	Cuantitativo	Presión arterial sistólica igual o mayor de 180 mmHg y una Presión arterial diastólica igual o mayor de 110 mmHg	Presión arterial sistólica igual o mayor de 180 mmHg y una Presión arterial diastólica igual o mayor de 110 mmHg

	diastólica igual o mayor de 110 mmHg			
--	--------------------------------------	--	--	--

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Edad

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha en que se realiza la encuesta	Se preguntara al paciente su edad cumplida en años	De razón	Cuantitativa	Años cumplidos

Sexo

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales que establecen diferencias entre el hombre y la mujer	Se preguntara al paciente si es hombre o mujer	Dicotómica	Cualitativa	a) Hombre b) Mujer

Escolaridad

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Se preguntara al paciente el grado de escolaridad que tiene	Ordinal	Cualitativa	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatorio Licenciatura

Estado Civil

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Situación o manera de estar en un individuo respecto a sus relaciones en la sociedad desde el punto de vista legal	Se preguntara al paciente su estado civil	Nominal	Cualitativa	Soltero Casado Unión Libre Divorciado

Ocupación

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Acción o función que se desempeña para ganar el sustento	Se preguntara al paciente que tipo de ocupación desempeña	Dicotómica	Cualitativa	1) Trabaja 2) No trabaja

Nivel socio-económico

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Jerarquía que tiene una persona o un grupo respecto al resto medido por su ingreso económico	Se determinara por las condiciones generales del paciente de acuerdo a su ingreso económico	Dicotómica	Cuantitativa	a) Si b) No

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizara un estudio descriptivo, observacional, analítico. (Prolectivo) en Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial que desarrollan crisis hipertensiva; con paciente que ingresan al servicio de urgencias con el diagnóstico de crisis hipertensiva en un periodo de cuatro semanas. El estudio se llevara a cabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1 Pachuca, en el servicio de urgencias, durante un periodo de seis meses, posterior a la autorización del protocolo de investigación. Lugar donde se realizará el estudio: Se llevará acabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1 Pachuca, en el servicio de urgencias, durante un periodo de cuatro semanas.

Población de estudio: Derechohabientes mayores de 18 años con crisis hipertensiva (hombres y mujeres) derechohabientes del Hospital General de Zona No 1 Pachuca, Hgo. Que acuden al servicio de urgencias por presentar Crisis Hipertensiva.

TAMAÑO DE MUESTRA: muestreo no probabilístico a conveniencia, con los pacientes que ingresen al servicio de urgencias con el diagnostico de crisis hipertensiva en un periodo de cuatro semanas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se realizara con el paquete estadístico informativo SPSS, incluyendo los datos de la aplicación del Test de Morisky-Green-Levine, para valoración de las diferentes estadísticas, y del riesgo analizado mediante Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza con un nivel del confianza del 95%.

FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO:

El presente estudio se llevara a cabo por revisión de expediente y cedula que se le realizaran a los paciente

X. RECURSOS DE FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

- Un Médico Residente de Medicina de Urgencias.
- Un Asesor Metodológico.
- Un Asesor Clínico Especialista en Urgencias.
- Un encuestado

Recursos Materiales:

- Hojas de papel Bond
- Lápices
- Computadora
- Impresora
- Esfigmomanómetro

Recursos Financieros

- No se requieren para el estudio.

XI. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación cumple con las normas establecidas en el reglamento de la Ley General De Salud en materia de investigación para la salud en México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifíco como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el título segundo, capítulo 1, artículo 17, investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modifican intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran

cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El estudio no representará riesgo alguno para el paciente, y se conservarán los principios de respeto a la persona, beneficencia y justicia. Los resultados permitirán conocer mejor la relación que existe entre la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes con Crisis Hipertensivas en adultos mayores que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hgo.

XII. CRONOGRAMA

	Enero 2015	Feb 2015	Marzo 2015	Abril Mayo 2015	Jun Agosto 2015	Sep-Oct 2015	Nov 2015	Nov 2015	Nov 2015	Dic 2015	Enero 2016	Feb 2016	Feb 2016
Delimitación del tema a estudiar													
Recuperación, revisión y selección de la bibliografía													
Elaboración del protocolo													
Corrección del Protocolo													
Presentación al comité local de investigación (CLI)													
Corrección con base en observaciones CLI													
Aplicación del instrumento													
Captura de base de datos													
Análisis de resultados													
Discusión de resultados													
Conclusiones													
Presentación de tesis													

XIII. RESULTADOS

Análisis estadístico.

En la investigación se incluyeron un total de 27 pacientes los cuales cumplieron los criterios de inclusión para el estudio, sobre la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con Hipertensión Arterial que desarrollaron crisis hipertensiva

CUADRO NO. 1

PACIENTES QUE PRESENTARON CRISIS HIPERTENSIVA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	18	66.7%
CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	9	33.3 %
TOTAL	27	100 %

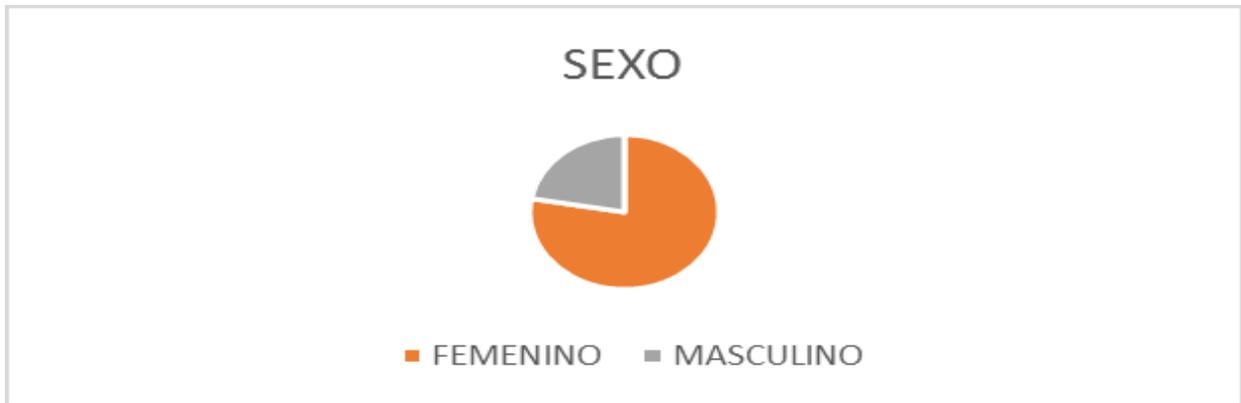


Observando en el gráfico del total de pacientes hipertensos que presentaron Crisis Hipertensiva hubo predominio del 66.7 % de pacientes que no presentan adherencia al tratamiento antihipertensivo, con respecto al número de pacientes que si tienen adherencia al mismo con el 33.3%(cuadro No. 1)

Del total de los 27 pacientes que presentaron Crisis hipertensiva la evidencia fue que el 77.7 % fueron del género Femenino, y el 22.3 % del género masculino (cuadro No. 2)

CUADRO No. 2

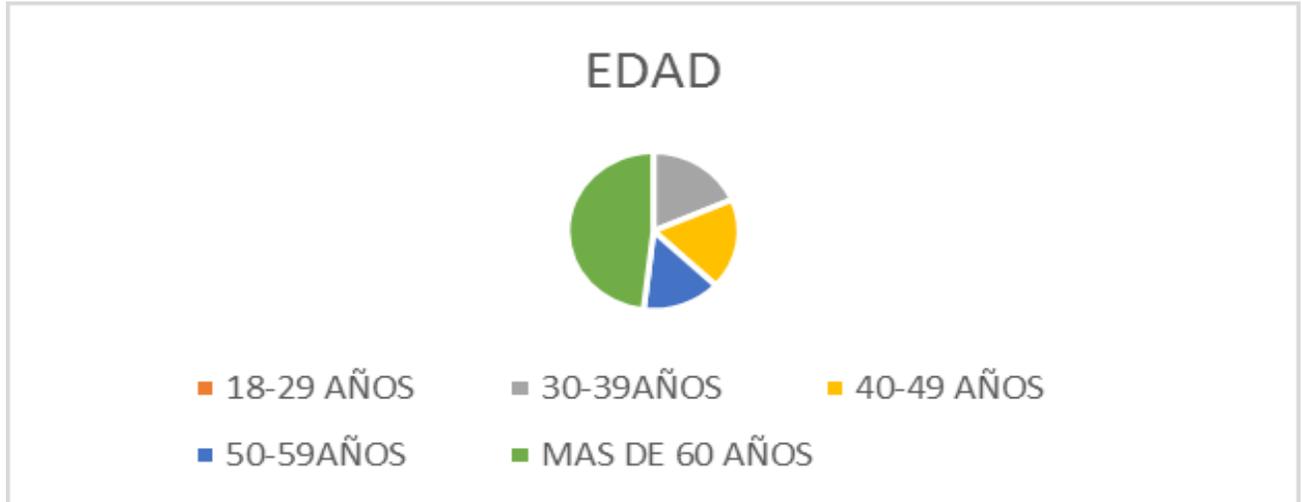
PACIENTES QUE PRESENTARON CRISIS HIPERTENSIVA CON RELACIÓN AL SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PACIENTES FEMENINOS	21	77.7 %
PACIENTES MASCULINOS	6	22.3 %
TOTAL	27	100 %



Con respecto a pacientes que presentaron Crisis Hipertensiva de acuerdo a grupo etarios predomino el grupo de mayores de 60 años, en relación con los otros grupos, con el 48.2 %, el grupo de 20 a 39 años y los de 40 a 49 años con el 18.5% respectivamente, el grupo de 50 a 59 años con el 14.8% y el grupo de 18 a 29 años con el 0%(cuadro No. 3)

CUADRO No. 3

PACIENTES QUE PRESENTARON CRISIS HIPERTENSIVA EN RELACION A LA EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
18 – 29 AÑOS	0	0 %
20 – 39 AÑOS	5	18.5 %
40 – 49 AÑOS	5	18.5 %
50 – 59 AÑOS	4	14.8 %
MÁS DE 60 AÑOS	13	48.2%
TOTAL	27	100 %

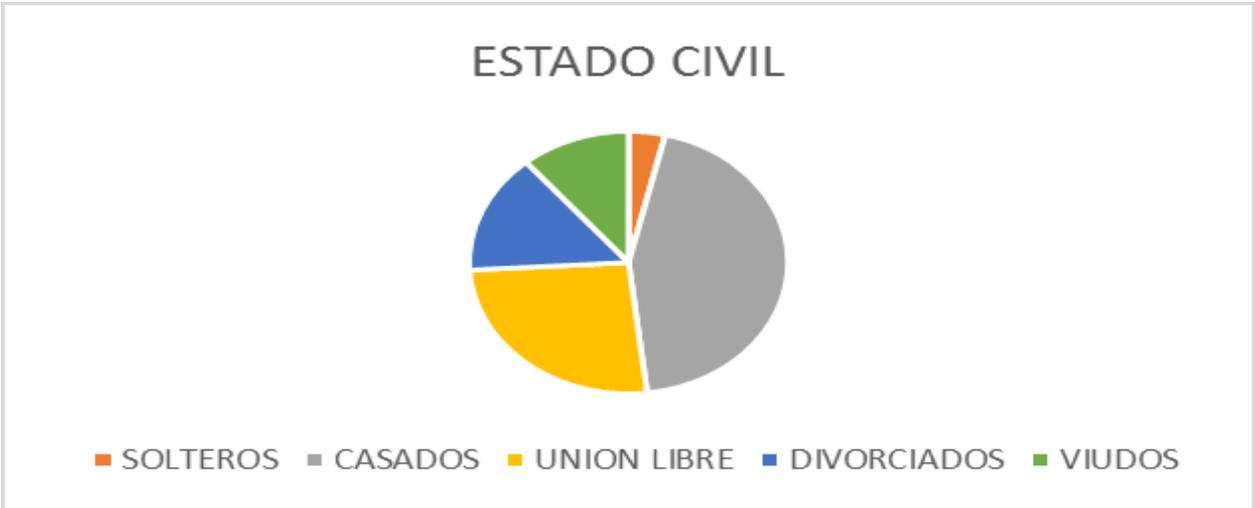


De acuerdo al estado civil, de los pacientes estudiados, se observa un porcentaje mayor en pacientes casados con el 44.4 %, con respecto a los otros estados civiles, el 26 % en unión libre, 14.8 % divorciados, 11.1 % viudos, 3.7 % solteros (cuadro No. 4)

CUADRO No. 4

PACIENTES QUE PRESENTARON CRISIS HIPERTENSIVA EN RELACION AL ESTADO CIVIL	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE

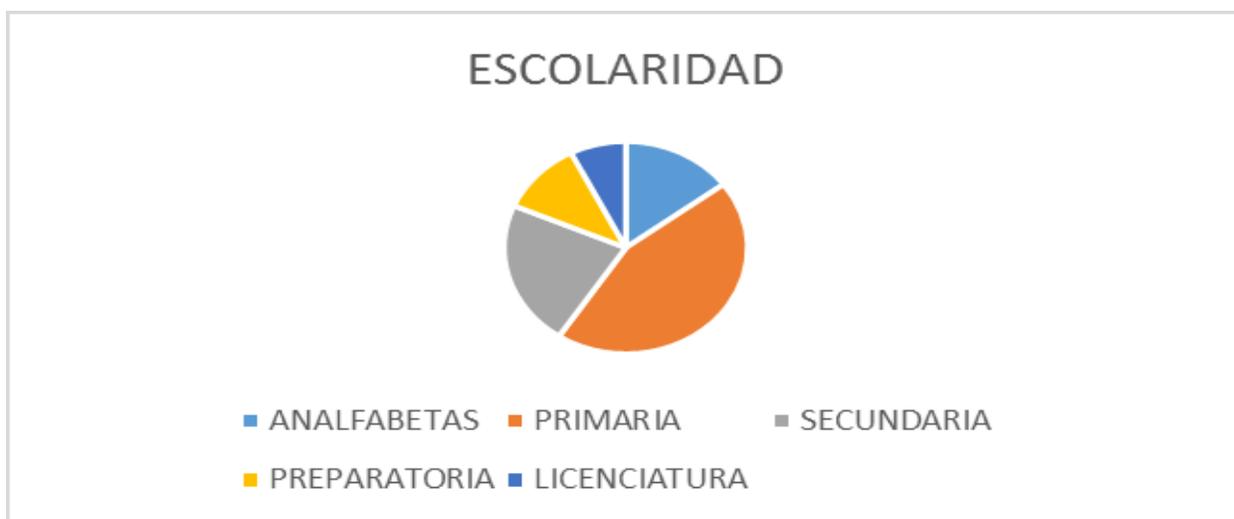
SOLTEROS	1	3.7 %
CASADOS	12	44.4 %
UNIÓN LIBRE	7	26 %
DIVORCIADOS	4	14.8 %
VIUDOS	3	11.1 %
TOTAL	27	100 %



En los paciente de acuerdo a su grado de escolaridad, el mayor porcentaje fue en el grupo de pacientes con estudios básicos con el 44.4 %, seguido con el 22.2 % con secundaria, el 14.8 % analfabetas, 11.1 % con preparatoria, el 7.5 % con licenciatura (cuadro No. 5)

CUADRO No. 5

PACIENTES QUE PRESENTARON CRISIS HIPERTENSIVA EN RELACION A LA ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ANALFABETAS	4	14.8 %
PRIMARIA	12	44.4 %
SECUNDARIA	6	22.2 %
PREPARATORIA	3	11.1 %
LICENCIATURA	2	7.5 %
TOTAL	27	100%



En paciente que presentaron crisis hipertensiva, se vio el mayor porcentaje en pacientes que no laboran con el 70.4 % y los que si laboran con el 29.6 % (cuadro No. 6)

CUADRO No. 5

PACIENTES QUE PRESENTARON CRISIS HIPERTENSIVA EN RELACION A LA OCUPACIÓN	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
TRABAJA	8	29.6 %
NO TRABAJA	19	70.4 %
TOTAL	27	100 %



XIV. ANALISIS

Los resultados sobre la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con Hipertensión Arterial que desarrollaron crisis hipertensiva, no son concordantes con los resultados estadísticos en la literatura , YA QUE EN ESTA SE COMENTA QUE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE EL PROMEDIO DE LOS PACIENTES ES DEL 55%, SIN EMBARGO EN NUESTRO ESTUDIO Y NUESTRA POBLACION ENCONTRAMOS QUE LA ADHERENCIA ES EN PROMEDIO DEL 30%.

Con respecto al sexo predominante fue el femenino con un , la escolaridad,

Consideramos que con los datos obtenidos en éste proyecto, sobre la falta de adherencia, se deberían implementar medidas de retroalimentación a los pacientes, ya que como observamos la principal cusa de la falta de adherencia fue el olvido o la mala interperetacion de lo pacientes al entender las indicaciones emitidas por los médicos.

XV. .CONCLUSIONES

A partir de estos resultados se reafirma la importancia sobre la necesidad de un adecuado apego al tratamiento por parte de los pacientes con Hipertensión Arterial, el mantener un adecuado apego impacta directamente en el pronóstico del paciente así como su calidad de vida, ya que de un adecuado control se evitaran complicaciones prematuras, la adherencia es un factor fundamental en el adecuado control, y por lo tanto el médico de primer nivel deberá reforzar la comunicación efectiva con los pacientes para que estos comprendan la importancia de mantener una adherencia al tratamiento y con ello evitar complicaciones cardiovasculares, neurológicas, renales, etc. Y que condicionan además ingresos frecuentes a los servicios de urgencia por mal control desarrollando crisis hipertensiva.

XVI. BIBLIOGRAFIA:

1. Geografía, I. N. (abril 2013). anuario de estadísticas por entidad federativa, anuario del estado. perspectiva estadística de hidalgo 2013.
2. Marcos J Marín, G. F. (marzo-abril 2012). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. estudio RENATA. *Hipertensión arterial*, 121-129.
3. 2012, E. N. (2012). Hipertensión arterial en adultos Mexicanos: importancia de mejorar el diagnostico oportuno y el control. 1-4.
4. Celso Mendoza González. Elevación extrema de la presión arterial (crisis hipertensiva): recomendaciones para su abordaje clínico-terapéutico. 2008 Vol. 78 supl 2; abril-jun:S2,74-
5. Palmira Pramparo, c. B. (2011). Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Revista Argentina de Cradiología*, 377-382.
6. Sierra, A. d. (2008). Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en España. *Med.Clin (barc)*, 104-116.
7. Lomeli, C. (2008). Hipertensión sarterial sistémica en el niño y adolescente. *Archivos de Cardiología de México*, 82-93.
8. Hernández y Hernández, H. C. (2011). Guía de tratamiento Farmacológico y control de la Hipertensión arterial Sistémica. *revista mexicana de Cardiología*, 1-21.
9. Celso Mendoza González, M. R. (2008). Crisis Hipertensiva: recomendaciones para su abordaje clínico.terapéutico. *Archivos de Cardiología de México*, 74-81.

10. Dra. Bessy Aimeé Rodríguez Leyva. Artículo de Revisión. Enfoque diagnóstico y terapéutico de las crisis hipertensivas en los servicios de urgencias. Santiago de Cuba. *Medisan* 2010; 14(8):2047
11. Blanco, C. A. (2014). Crisis Hipertensivas: pseudocrisis, urgencia y emergencias. *Hipertension Y riesgo Vascular*, 1-11.
12. Guixa, M. R. (2014). Apartir de un signo. *Crisis Hipertensivas*, 35-40.
13. (2014). *Guías Basadas en la evidencia para el manejo de la presión arterial elevada en los adultos 2014 (JNC 8)*.
14. Marini, M. R. (2012). Crisis Hipertensiva. *Rev Med Hondur*, 114-125.
15. Bernardo, D. C. (2008). Crisis Hipertensivas. *Clin Med Fam*, 235-243.
16. Peter Rosen: Medicina de urgencias Conceptos y práctica clínica. Tomo II. Sexta edición. Cap. 79: 1158-1171
17. Dr. Pedro Conthe, D. E. (s.f.). Una aproximación multidisciplinaria al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas.
18. Millán, L. A. (2012). Cumplimiento del tratamiento Farmacológico en Hipertensos. *Panorama Cuba*.
19. Tejero, N. c. (2000). Factores Moduladores de la adherencia farmacologica en la hipertensión arterial. *Hipertensión* , 4-8.
20. Fernández, G. (s.f.). Validez y fiabilidad de los instrumentos de medida en adherencia terapéutica. *Junta de Csstilla y León*, 3-34.
21. Granados, G. (2006). Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 705-718.
22. Sien, C. c. (2000). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en nuestro medio. *Hipertensión*, 1-3.

23. Martínez, J. W. (2011). Validación al cuestionario de adherencia al tratamiento antihipertensivo Martín Bayarre Grau. *Revista Médica de Risaralda*, 101-105.
24. Segura, D. J. (s.f.). Factores asociados a la refractariedad ante el tratamiento antihipertensivo. *Hipertensión Arterial resistente o refractaria*, 39-56.
25. adherencia terapéutica. Estrategias practicas de mejora. (2006). *Notas Farmacoterapéuticas*, 31-38.
26. Ferrera, N. V. (2010). Hipertensión Arterial. implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un centro de atención primaria. *Rev. fed. argentina*, 194- 203.
27. Ortíz, G. R. (2011). Caapacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y salud*, 79-90.
28. Jiménez, M. C. (2013). Adherencia Terapéutica de los pacientes con Hipertensión. *revista especializada en ciancias de la salud*, 62-68.
29. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. (2011). *INFAC*, 1-10.
30. Rodríguez, M. A. (2008). Revisión de Test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la practica clinica. *Atención primaria*, 40-48.