

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO



FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS

“LA ADHESION AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES  
CON HIPERTENSION ARTERIAL”

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

MARILU DEL CARMEN SUAREZ JAIME

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. CLEOTILDE GARCIA REZA

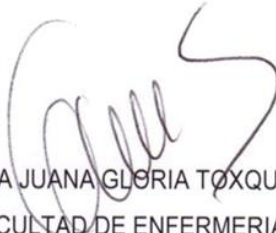


TOLUCA, MÉXICO, NOVIEMBRE 2013.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
TESIS

"LA ADHESION AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES  
CON HIPERTENSION ARTERIAL"

AUTORIZADO POR:



M.EN ASS. MARIA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO  
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

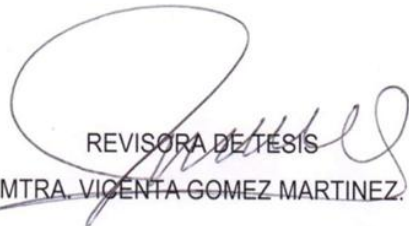


MTRA. EN ECOL. MICAELA OLIVOS RUBIO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION Y GRADO ACADEMICO



DRA CLEOTILDE GARCIA REZA

DIRECTORA DE TESIS



REVISORA DE TESIS

MTRA. VICENTA GOMEZ MARTINEZ

## AGRADECIMIENTO\*

Quiero dar gracias a DIOS porque a pesar de que hubo muchas pruebas y obstáculos tanto en mi vida personal, como en mi carrera profesional nunca me dejó sola y siempre estuvo conmigo bendiciendo mi camino, para lograr todos mis objetivos y para levantarme cada vez que yo caía.

Quiero agradecer a mis padres:

Porque sin ellos no hubiera concluido esta etapa de mi vida, gracias a su apoyo incondicional, a que día con día recibía una palabra de aliento por su parte, que me motivaba para seguir adelante, para ser una mejor persona, sin ellos no lo hubiera logrado.

Quiero agradecerles a mi esposo y a mi hijo:

Que me apoyaron siempre por sobre todas las cosas y aun que parte del tiempo que tenía que ser para ellos yo lo ocupaba para la escuela, siempre recibí su apoyo, su paciencia y sobre todo su amor. Los amo.

A mi hijo "fer" quiero agradecerle por cada sonrisa y palabra que me dan fuerza para seguir adelante, él es mi ejemplo de vida, mi fortaleza, mi esperanza.

A mi Directora de tesis:

Quiero agradecerle a la Dra. Cleotilde García Reza por todo su apoyo, paciencia y dedicación, también quiero agradecerles a la Maestra Vicenta Gómez Martínez y a la Maestra Matiana Morales Del Pilar por su apoyo, comprensión y porque gracias a ellas logre concluir esta etapa de mi vida. GRACIAS.

## CONTENIDO

INTRODUCCION.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVOS.....	15
MARCO DE REFERENCIA.....	16
<i>CAPITULO I: ADHERENCIA TERAPEUTICA.....</i>	<i>16</i>
1.1 LO ÚLTIMO EN LA MEDICION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	18
2.1 LA MAGNITUD DEL PROBLEMA MUNDIAL DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEFICIENTE.....	21
3.1 MODO EN QUE LA ADHERENCIA DEFICIENTE INFLUYE SOBRE LOS FORMULADORES DE POLITICAS Y LOS GERENTES DE SALUD.....	22
4.1 COMO MEJORAR LAS TASAS DE ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	23
4.2 LOS PACIENTES NECESITAN APOYO NO SER CULPADOS.....	23
4.3 LAS CONSECUENCIAS DE LA ADHERENCIA DEFICIENTE A LOS TRATAMIENTO A LARGO PLAZO SON MAGROS RESULTADOS DE SALUD Y MAYORES COSTOS.....	25
4.4 LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TAMBIEN AUMENTA LA SEGURIDADDE LOS PACIENTES.....	26

5.1 DIMENSIONES INTERACTUANTES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	28
5.2 FACTORES SOCIECONOMICOS.....	29
5.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO O EL SISTEMA DE ASISTENCIA.....	31
5.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD.....	31
5.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO .....	32
5.6 FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE.....	33
5.7 INTERVENCION EN LAS DIMENSIONES.....	34
 <i>CAPITULO II: HIPERTENSION Y SUS NIVELES DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN BENEFICIOS DE SALUD Y ECONOMICOS.....</i>	
6.1 HIPERTENSIÓN.....	39
6.2 CLASIFICACIÓN DE LOS VALORES DE LA PRESION ARTERIAL.....	50
6.3 FACTORES DE RIESGO.....	51
6.4 SINTOMAS.....	54
6.5 CAUSAS.....	55
6.6 DIAGNOSTICO.....	56
6.7 ESTILO DE VIDA.....	57
6.8 EL CUIDADO DE LA PERSONA QUE VIVE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	59

METODOLOGIA.....	61
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.....	66
DISCUSION.....	72
CONCLUSIONES.....	78
SUGERENCIAS.....	80
FUENTES DE INFORMACION.....	81
ANEXOS.....	88

## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos decenios hemos presenciado varias fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes con hipertensión sigan el tratamiento de las enfermedades crónicas durante períodos largos. Al principio, se pensó que el paciente era la causa del “problema de cumplimiento”.

Posteriormente, se abordó también la función del personal asistencial. En la actualidad, se reconoce que se tiene la idea del cumplimiento que también se asocia estrechamente con la culpa, ya sea del personal de salud o de los pacientes, y el concepto de la adherencia terapéutica es una mejor manera de captar los cambios necesarios de muchos individuos durante períodos prolongados.

Esperamos que los usuarios reconozcan que no es posible un enfoque simplista para mejorar la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial. Lo que se necesita, es un enfoque reflexivo que comience con la revisión del modo en que se capacita y son recompensados los profesionales de la salud para el abordaje sistemático de las diversas barreras de encuentro con los pacientes y sus familiares en sus esfuerzos diarios para mantener la salud óptima.



Para la adherencia terapéutica es necesario un análisis y soluciones, pero también reconoce en forma crítica la verdad de lo que ya sabemos, pero no aplicamos. Los posibles beneficios para los pacientes y las sociedades de abordar la adherencia a los tratamientos a largo plazo son grandes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) insita a que las instituciones de salud trabajen con medida para que materialicen los beneficios.

Todos los pacientes que padecen esta enfermedad deben saber que es muy importante seguir las indicaciones médicas, ya que es una enfermedad que es controlada con medicamentos y sobre todo con actitud para el autocuidado del paciente, así como el llevar a cabo una buena alimentación.

Se espera que los usuarios conozcan más sobre su enfermedad, y sobre cómo llevar un mejor tratamiento para así prevenir todo tipo de complicaciones ocasionadas por llevar un mal control de la hipertensión y un cuidado ineficiente en su salud.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un problema de salud que afecta a más mil millones de personas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011, calcula para el año 2025 más de un 1,500 millones de personas padecerán hipertensión. Esto significa; uno de cada tres adultos mayores de 25 años, presentará uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2010).

La falta de adhesión al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un factor de riesgo que aumenta la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ello representa un problema de índole económico y social para los sistemas de salud a escala nacional y mundial. Medir la adherencia al tratamiento representa un desafío para el profesional de enfermería, si persiste en la idea de mejorar el cuidado terapéutico (Morisky, 1986).

La carga de Hipertensión Arterial está aumentando a causa de una población que está envejeciendo y cambios del estilo de vida. Los países tienen una capacidad limitada para responder a la carga de morbilidad crónica. Por otro lado, los países han emprendido un tema principal de enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial y la promoción de la salud, por ejemplo, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay y

países centroamericanos y del Caribe. Han logrado aumentar la conciencia y la movilización de la Organización para responder de una manera integral.

La adherencia al tratamiento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), engloba cumplimiento de dosis, forma de administración, persistencia en la duración del tratamiento prescrito, así como las recomendaciones dados por el médico o el equipo de salud, tanto de hábitos en el estilo de vida y tratamiento farmacológico, así como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional de enfermería y el cumplimiento del paciente (OMS, 2010).

La adhesión al tratamiento a largo plazo en los países desarrollados alcanza sólo el 50 %, es incluso menor en los países en vías de desarrollo, es decir, uno de cada tres pacientes sigue las indicaciones médicas, la adherencia es mayor para la toma de medicamentos y menores para ejercicio y dieta (Barros, 2005).

En México del total de los pacientes con HAS, sólo el 39% tiene diagnóstico médico confirmado y 61% lo ignora, es decir, no sabe que sufre esta grave enfermedad. A su vez, los pacientes con un diagnóstico médico señalado, sólo 46.9% está con tratamiento médico, mientras 53.1%, aún de estar al tanto de su enfermedad, no

toma tratamiento. De los pacientes con hipertensión con tratamiento farmacológico 23.9 % están controlados (Rosas, 2007).

Con la creciente necesidad de medir la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), se ha utilizado instrumentos fiable y válido, es la escala fácil de administrar, el Test de Morisky De Green, se aplica para evaluar a los pacientes de baja adherencia y en riesgo de presión arterial no controlada. Una causa atribuible de gran peso, cada vez más reconocido es el impacto socioeconómico, pues representa conflictos para el tratamiento de larga duración (Morisky, 1986).

La condición socioeconómica se caracteriza por bajos salarios, baja escolaridad, y el tipo de ocupación, circunstancias responsables de daños a la salud, debido al desempleo, la miseria y la falta de información. En los escenarios de las personas con un nivel socioeconómico desfavorable es evidente el incremento del problema a la no adhesión cuando el paciente no se acuerda o bien ha olvidado tomar algún medicamento, unas veces por falta de tiempo y la relacionada con la dosis, el horario, los efectos colaterales, el costo elevado, la dieta específica y el ejercicio (Noguez, 2007).

Es evidente la necesidad del profesional de enfermería de conocer el contexto económico y social en el cual actúa para mejorar la adhesión al tratamiento de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), como parte del trabajo cotidiano de los profesionales de enfermería, se destaca la orientación con educación para la salud, de forma sistematizada para una mayor adhesión al tratamiento de las personas con hipertensión, ciertamente una mejor adhesión torna al paciente más saludable.

En consideración a estos antecedentes nos formulamos la siguiente pregunta:

**¿CUÁL ES LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL?**

## JUSTIFICACIÓN

Esta investigación permite reconocer que solo una parte de los pacientes realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema de salud para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población.

Las consecuencias médicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas, recaídas, aparición de complicaciones y secuelas, que traen consigo una carga de sufrimiento físico, que pudieran evitarse así como limitaciones irreversibles y progresivas que afecten la calidad de vida del paciente.

El mejoramiento de la adherencia terapéutica a los tratamientos y la prevención de la aparición y progresión de los factores de riesgo, son objetivos que demandan un cambio sostenido en las conductas de las personas frente al cuidado de su salud. En la atención de los pacientes hipertensos se ha observado deficiencia en la adherencia al tratamiento médico establecido por los profesionales de salud, reflejado en el aumento de consultas médicas, hospitalizaciones y en general por la utilización de hospitales.

La enfermedad genera transformaciones en la vida del paciente y la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial es una de los principales cambios para lograr el éxito en prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares originadas por la hipertensión arterial, complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta joven y adulta mayor, elevando la calidad de vida de este grupo poblacional.

La carga de enfermedades aumenta rápidamente a causa de una población que está envejeciendo, el cambio del modo de vida e intervenciones esporádicas, es necesario empezar a hacer que las enfermedades crónicas y la promoción de la salud sean un tema de los profesionales de enfermería, aumentando la conciencia y la movilización para responder de una manera integral. La adherencia al tratamiento engloba cumplimiento de dosis, forma de administración, persistencia en la duración del tratamiento prescrito.

## OBJETIVOS

### GENERAL:

Describir la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial de un centro de salud del Estado de México.

### ESPECIFICOS:

1. Identificar el Índice económico de los adultos mayores con Hipertensión Arterial.
2. Enunciar el grado de escolaridad de los pacientes con Hipertensión Arterial.
3. Mencionar el grado de atención a su salud que tienen los pacientes con hipertensión Arterial en cuanto a su enfermedad



MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO I

ADHERENCIA TERAPEUTICA

Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS (Sebate, 2001).

La adherencia terapéutica es “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. La palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento, se reconoció que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro, buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado de la hipertensión el régimen

alimentario inadecuado y la actividad física escasa son ejemplos de comportamientos terapéuticos.

El paciente y el prestador de asistencia de salud (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. En la bibliografía, la calidad de la relación de tratamiento se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica. Para las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento.

La adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, como el grado del comportamiento de una persona al tomar el medicamento, al seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida al corresponder con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia de salud (Cruz,2002).

Se observa un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia: La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones.

Creemos que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

### 1.1 LO ACTUAL EN LA MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos, eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Indiscutiblemente, no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica (OMS, 2010).

Un enfoque de medición es solicitar a prestadores y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia. Sin embargo, cuando los prestadores evalúan el grado en que los pacientes siguen sus recomendaciones sobreestiman la adherencia (García, 2008).

El análisis de los informes subjetivos de pacientes ha sido asimismo problemático. Los pacientes que revelan no haber seguido las recomendaciones terapéuticas tienden a describir su comportamiento con exactitud, mientras que los que niegan el no haberlas seguido informan sobre su comportamiento inexactamente.

Otros medios subjetivos para medir la adherencia terapéutica son los cuestionarios estandarizados administrados por los pacientes (Morisky, 1986).

Las estrategias típicas han evaluado las características de pacientes o los rasgos de “personalidad” globales, pero estos resultaron ser factores predictivos del comportamiento de adherencia. No existe factor (es decir, rasgo) estable alguno que prediga de manera fiable la adherencia terapéutica. Sin embargo, los cuestionarios que evalúan comportamientos específicos que se relacionan con recomendaciones médicas específicas (por ejemplo, los cuestionarios sobre frecuencia de consumo de alimentos para medir el comportamiento alimentario y mejorar el tratamiento de la obesidad) pueden ser mejores factores predictivos del comportamiento de adherencia terapéutica (OMS, 2010).

Con independencia de la técnica de medición empleada, los umbrales que definen la “buena” y “mala” adherencia terapéutica se usan ampliamente a pesar de la falta de pruebas que los apoyen. En la práctica, quizá no exista en realidad la “buena” y “mala” adherencia terapéutica porque el fenómeno dosis respuesta es una función continua.

En situaciones de la vida real es difícil construir curvas dosis-respuesta, pues la dosificación, el horario y otras variables quizá sean diferentes de las probadas en los ensayos clínicos, pero son necesarias para tomar decisiones de política sólidas al definir los umbrales de adherencia operativa para diferentes tratamientos.

La medición bioquímica es un tercer enfoque para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. Los marcadores biológicos no tóxicos pueden agregarse a los medicamentos y su presencia en la sangre o la orina puede aportar pruebas de que un paciente recibió recientemente una dosis del medicamento en estudio. Esta estrategia de evaluación no está exenta de inconvenientes, pues los resultados pueden ser desorientadores y son influidos por una variedad de factores individuales como: régimen alimentario, absorción y tasa de excreción (Bogden, 1998).

## 2.1 LA MAGNITUD DEL PROBLEMA MUNDIAL DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEFICIENTE.

En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%, Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud (Guerrero, 1998).

En China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. En los países desarrollados, como los Estados Unidos, solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito (OMS, 2007).

Una imagen completa de la magnitud del problema es fundamental para crear políticas de respaldo efectivos para los esfuerzos encaminados a mejorar la adherencia terapéutica.

En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, y resulta mucho menor en los países en desarrollo.

### 3.1 MODO EN QUE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEFICIENTE INFLUYE SOBRE LOS FORMULADORES DE POLITICAS Y LOS GERENTES SANITARIOS.

Existen pruebas fehacientes de que muchos pacientes con enfermedades crónicas, como hipertensión arterial tienen dificultad para adherirse a los regímenes recomendados. Esto da lugar a un tratamiento y control de la enfermedad que dista de ser óptimo. La adherencia terapéutica deficiente es la principal razón del beneficio clínico subóptimo (Palmero, 2000).

Causa complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes y desperdicia los recursos de atención de salud. En conjunto, estas consecuencias directas menguan la capacidad de los sistemas de asistencia de todo el mundo para alcanzar las metas de salud de la población.

Los problemas de adherencia terapéutica se observan siempre que se requiere autoadministrar el tratamiento, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud. Puede parecer un tema sencillo, pero son muchos los factores que contribuyen a causar los problemas de adherencia. Aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente,

también influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios.

#### 4.1 COMO MEJORAR LAS TASAS DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

Durante los últimos cuarenta años, los profesionales de las ciencias de la salud, del comportamiento y sociales han acumulado conocimientos respecto de la prevalencia de la adherencia deficiente, sus determinantes y las intervenciones.

La adherencia al tratamiento constituye un intento de integrar los diversos resultados surgidos de varias enfermedades para que todos los sectores se percaten sobre la magnitud y la repercusión que tiene la adherencia deficiente a los tratamientos para las enfermedades crónicas, de modo de catalizar el debate e identificar metas específicas para la investigación adicional y la intervención y que han surgido o han sido reforzadas por los estudios científicos.

#### 4.2 LOS PACIENTES Y EL APOYO, PARA NO SER CULPADOS

A pesar de las pruebas en contrario, aún se tiende a centrar en los factores relacionados con el paciente las causas de los problemas con la adherencia, y se descuidan relativamente el personal asistencial y los determinantes vinculados con el sistema de salud. Estos últimos factores constituyen el ambiente de asistencia en



el cual los pacientes reciben atención y ejercen un considerable efecto sobre la adherencia terapéutica.

Urge llevar a cabo intervenciones orientadas a los factores pertinentes en el ambiente de la atención de salud.

Los pacientes también pueden frustrarse si no se recaban ni tienen en cuenta sus preferencias respecto de las decisiones terapéuticas (Webb, 2001).

La adherencia se relaciona con la manera en la cual los individuos juzgan la necesidad personal de un medicamento en relación con sus temores por los posibles efectos adversos. Horne y colaboradores propusieron un marco sencillo de necesidad-temores para ayudar a los médicos a recabar y abordar algunas de las creencias claves que influyen en la adherencia de los pacientes a la medicación.

Las creencias sobre la necesidad y los temores constituyen una sumatoria evaluativa de lo que para el individuo representa lo fundamental de los posibles inconvenientes y beneficios o los pros y contras del tratamiento (Horne, 1999).

#### 4.3 LAS CONSECUENCIAS DE LA ADHERENCIA DEFICIENTE A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO SON RESULTADOS DE SALUD Y MAYORES COSTOS.

La adherencia es un determinante primario de la efectividad del tratamiento, porque si es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar, observar un comportamiento sexual seguro, y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos. También afecta la prevención secundaria y las intervenciones de tratamientos de enfermedades (García, 2009).

Se ha identificado la adherencia terapéutica deficiente como la causa principal del control insatisfactorio de la presión Arterial. Se ha demostrado que la buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de la hipertensión (Palmero, 2000).

Además de su repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con hipertensión arterial, las tasas de adherencia terapéutica altas brindan beneficios económicos, estos mecanismos incluyen ahorros directos generados por el menor

uso de los servicios de salud complejos y costosos necesarios en los casos de exacerbación de la enfermedad, la crisis y la recaída. Los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejoría de, o la preservación de, la calidad de vida y de las funciones sociales y vocacionales de los pacientes.

Existen pruebas fehacientes que sugieren que los programas de autocuidados ofrecidos a los pacientes con Hipertensión Arterial mejoran el estado de salud y reducen la utilización y los costos. Cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se han observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades. Además, tales programas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias (Arroyo, 2005).

#### 4.4 MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA AUMENTA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Dado que la mayor parte de la atención necesaria para la Hipertensión Arterial se basa en el autocuidado de los pacientes que por lo general requiere politerapias complejas, empleo de tecnología médica para el monitoreo y cambios en el modo

de vida del paciente, estos enfrentan varios riesgos potencialmente mortales si no observan las recomendaciones de salud como fueron prescritas. A continuación, se enumeran algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a sus tratamientos como corresponde (Norma Oficial Mexicana, 1999).

- Las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente a la medicación prescrita pueden ser más graves que las que ocurren mientras el medicamento se toma como fue recomendado, de modo que la adherencia deficiente persistente puede empeorar el curso general de la enfermedad y, con el tiempo, hacer que exista menos probabilidad de que los pacientes respondan al tratamiento (Arroyo,2005).
- Muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si son tomados incorrectamente (García, 2009).
- Cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posible daño (Rosas, 2003).
- En el caso de sobreuso de medicamentos (un tipo de falta de adherencia terapéutica), los pacientes enfrentan un mayor riesgo de toxicidad,

especialmente de los medicamentos con farmacodinamia acumulativa o un bajo umbral de toxicidad. En particular, esto se verifica con los pacientes ancianos (farmacodinamia alterada) y los afectados por trastornos mentales (Arroyo, 2005).

- Muchos medicamentos deben tomarse junto con cambios del modo de vida que son una medida preventiva contra el mayor riesgo de accidentes, que se sabe son un efecto colateral de ciertos medicamentos. Buenos ejemplos son aquellos que requieren abstenerse del alcohol (metronidazol) o precauciones especiales al manejar (sedantes e hipnóticos).

## 5.1 DIMENSIONES INTERACTUANTES SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

Las cinco dimensiones se tratan brevemente a continuación. El grado en que se extiende la exposición sobre cada dimensión refleja la cantidad de datos existentes, que son sesgados por la errónea concepción tradicional de que la adherencia es un problema impulsado por el paciente. Por ende, el tamaño de la sección no refleja su importancia (Maciel, 2001).

## 5.2 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos o los padres que los cuidan (García, 2009).

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales

cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención.

En los ancianos se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médico, el tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de causar complicaciones innecesarias, lo que conduce a una discapacidad y muerte prematura (Oviedo, 2007).

La adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Sin embargo, la prevalencia de deficiencias cognoscitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente. Las múltiples morbilidades y los regímenes médicos complejos comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia (Guerrero, 1998).

### 5.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE ASISTENCIA

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas, como la Hipertensión Arterial proveedores de asistencia recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla ( Rose,2000).

### 5.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional),



la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica (Rubio, 1997).

## 5.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

## 5.6 FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la

enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento asesoramiento ,a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad (Horne, 1999).

## 5.7 INTERVENCIÓN EN LAS DIMENSIONES

La capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima se ve comprometida con frecuencia por más de una barrera. Las intervenciones para promover la adherencia requieren varios componentes para superar estas barreras y los profesionales de la salud deben seguir un proceso sistemático para evaluar todas las barreras posibles.

Dado que se cuenta con intervenciones, ¿por qué ha persistido el problema de la adherencia terapéutica? Una explicación trata su ejecución. Ha habido una tendencia a centrarse en los factores unidimensionales (principalmente factores relacionados con el paciente). Las cinco dimensiones (factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo y los sistemas de atención sanitaria, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con la enfermedad), deben considerarse en una exploración sistemática de los factores que influyen sobre la adherencia y las intervenciones dirigidas a mejorarla.

Se ha demostrado que muchas intervenciones (por ejemplo, la educación en el autocuidado; los programas de gestión de farmacias; los protocolos de intervención para enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales no médicos de la salud; la orientación; las intervenciones comportamentales; el seguimiento y los recordatorios, entre otros), son efectivas para mejorar significativamente las tasas de adherencia terapéutica, pero se ha tendido a emplearlas solas. Cabría prever que un enfoque unifactorial tenga una efectividad limitada si los factores que determinan la adherencia interactúan y potencian sus influencias recíprocamente, como es probable que lo hagan (Castro, 2004).

Se ha observado que los enfoques más efectivos son los de múltiples niveles, que enfocan más de un factor con más de una intervención. Varios programas que recurrieron a enfoques de equipo de múltiples niveles han logrado buenos resultados. De hecho, existen pruebas adecuadas para apoyar el uso de equipos del sistema de atención de la salud innovadores, modificados, en lugar de la práctica tradicional independiente de médicos y sistemas mínimamente estructurados (OMS, 2010).

## CAPITULO II

### HIPERTENSION Y SUS NIVELES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA, BENEFICIOS DE SALUD Y ECONOMÍA.

En los pacientes con hipertensión, la adherencia a las recomendaciones de tratamiento tiene una repercusión principal sobre los resultados de salud y los costos de la atención. Algunos de los determinantes mejor reconocidos de la adherencia al tratamiento antihipertensor se relacionan con la farmacoterapia, como la tolerabilidad del medicamento y la complejidad del régimen. Por lo tanto, los efectos colaterales reducidos, las dosis diarias menos frecuentes de antihipertensores, las monoterapias y la menor frecuencia de cambios en los medicamentos antihipertensores se asociaron todos con mejor adherencia terapéutica (Mendoza, 2009).

En un estudio sin precedentes realizado por Morisky, los pacientes se asignaron a tres intervenciones que promueven la adherencia: la orientación del médico, el apoyo familiar para vigilar la toma de la medicación, las sesiones de grupo con un asistente social o en un grupo de control. El análisis a los cinco años demostró un efecto positivo continuo sobre el cumplimiento de las entrevistas, el control de peso y el control de la presión arterial en los grupos de intervención. La tasa de

mortalidad por todas las causas de la tabla de vida fue 57,3% menor para el grupo de intervención que para el grupo testigo y la tasa de mortalidad relacionada con hipertensión fue 53,2% menor. Los resultados de este estudio longitudinal aportan las pruebas para apoyar el uso de las intervenciones que mejoran la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión.

Otro estudio empleó un programa educativo para recalcar la importancia del tratamiento adecuado. En los grupos de intervención, la presión arterial sistólica y diastólica tanto de los hombres como de las mujeres disminuyó a pesar del aumento de cinco años en la edad; es más, la hipertensión se controló mejor después del programa (24,8% al inicio del estudio; 39,7% al final del estudio) y se informaron disminuciones sustanciales en las defunciones por enfermedad cardiovascular (Rubio, 1997).

Otra intervención que ha mostrado resultados prometedores es el registro domiciliario de la presión arterial. Por ejemplo, un estudio reveló que en quienes mostraron inicialmente una observancia deficiente, hubo un aumento del cumplimiento de 0 a 70% después de que se introdujo la automedición de la presión arterial. Los autores llegaron a la conclusión de que el autorregistro de la

presión arterial puede ser de valor cuando existen respuestas de presión arterial insatisfactoria en pacientes en quienes se sospecha observancia deficiente.

Otros estudios han revelado que la atención de los pacientes por profesionales de enfermería especialmente adiestradas dio lugar a mayor adherencia y las pruebas irrefutables sobre la efectividad de la orientación conductual breve administrada por profesionales de enfermería provienen de un estudio de 883 pacientes de médicos en Gran Bretaña. Otro estudio también reveló que la adherencia al tratamiento de la hipertensión se beneficiaría con la intervención de los profesionales de enfermería (Molina, 2006).

Por último, Bogden pusieron a prueba el efecto que sobre los pacientes con hipertensión no controlada tienen los médicos y los farmacéuticos trabajando en equipo. En un ensayo aleatorio, controlado, 95 pacientes adultos con hipertensión (los del grupo de intervención superaron en más de dos veces a los del grupo testigo) lograron el control de la presión arterial (Rosas, 2003).

## 6.1 HIPERTENSION

Los ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento de la hipertensión leve a moderada puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular de 30 a 43% y de infarto del miocardio 15%. Otras consecuencias costosas de la hipertensión no



tratada también pueden prevenirse o reducirse al mínimo mediante el tratamiento eficaz. Los beneficios del tratamiento son la reducción del riesgo de insuficiencia cardíaca, la disminución de la incidencia de demencia, la preservación de la función renal y la prevención de la ceguera en pacientes diabéticos con hipertensión (Barros, 2005).

Tradicionalmente, el término observancia se empleó para significar el grado en que el paciente, al tomar un medicamento, cumple con el asesoramiento del médico y sigue el régimen. Sin embargo, la nueva era de la atención orientada al paciente ha conducido al cuestionamiento del uso de este término y se han sugerido términos alternativos, como adherencia, persistencia y concordancia (Rodríguez, 2005).

Además de la terminología confusa en el área de la adherencia, ha habido polémica sobre el uso de 80% como punto de corte para distinguir la adherencia de la no adherencia. En la mayoría de los estudios, se ha considerado que la no adherencia ocurre cuando los pacientes no toman  $\geq 80\%$  de sus medicamentos antihipertensivos prescritos. Independientemente de la definición, la adherencia deficiente al tratamiento es la causa más importante de la presión arterial no controlada y solo de 20 a 80% de quienes reciben tratamiento para la hipertensión en situaciones de la vida real se consideran “buenos observantes”(Mendoza, 2006).

Es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7 y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial y, en Venezuela, solo 4,5% de los tratados lo presentaba. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. En un estudio, los pacientes que no se adhirieron al tratamiento con betabloqueantes presentaron 4.5 veces más probabilidades de tener complicaciones de la cardiopatía coronaria que los que sí lo hicieron. El mejor cálculo disponible es que la adherencia deficiente al tratamiento contribuye a la falta de buen control de la presión arterial en más de dos tercios de los hipertensos (OMS,2010).

Teniendo en cuenta que en muchos países la presión arterial mal controlada representa una carga económica importante (por ejemplo, en los Estados Unidos, el costo de la atención de salud relacionada con esta enfermedad y sus complicaciones representó 12,6% del gasto total en atención de salud en 1998), mejorar la adherencia podría representar para ellos una posible fuente importante de mejoramiento sanitario y económico, desde el punto de vista social, institucional y de los empleadores (OMS,2010).

La Hipertensión Arterial se caracteriza por niveles tensionales elevados, asociados a alteraciones metabólicas, hormonales y a fenómenos nutricionales(Sociedad Brasileiras de Hipertensão; Sociedad Brasileira de Cardiología; Sociedad Brasileira de Nefrología,2006)

Se trata de una enfermedad que posee alta prevalencia y es uno de los principales factores de riesgo para las EVC(Enfermedad Vascul ar Cerebral), siendo cada vez más reconocida como entidad clínica de grande impacto socioeconómico (Marroni,2005)

La falta de control terapéutico adecuado de la Hipertensión Arterial es reflejo de la adhesión incipiente al tratamiento antihipertensivo, generalmente la EAC (Enfermedad Arterial Coronaria) es la más común y letal(Izzo,2003).

Las EVC, en 1997 causaron aproximadamente 30 % de todas las muertes ocurridas en el mundo, que corresponde a 15 millones de muertes por año siendo la mayoría provenientes de países en desarrollo (Brandão, 2000).

Las EVC cuando no son letales, frecuentemente llevan al individuo a la incapacidad total o parcial, además de producir grandes repercusiones no solamente en la persona afectada sino también en la familia y la sociedad (Brasil, 1988).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) formulo estrategias para el control de las EVC, con la finalidad de reducir la mortalidad, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud(OMS, 2010).

La Hipertensión Arterial es una enfermedad de alta prevalencia que constituye un problema de salud pública no solo para países desarrollados, sino también para aquellos en desarrollo, se trata de un cuadro clínico de naturaleza multifactorial caracterizado por niveles de Presión Arterial elevados y sostenidos, aumenta el

riesgo de daños en glóbulos blancos, como corazón, riñones, cerebro y vasos. Se estima que 10 % de la población adulta tiene su expectativa de vida limitada como consecuencia de afecciones renales, cerebrales y coronarias, debido a la Hipertensión Arterial (Torales, 2006).

La Hipertensión Arterial se caracteriza por Presión Arterial superior a 130/89 mmhg, con los brazos apoyados a la altura del corazón, el individuo sentado y utilizando el esfigmomanómetro de mercurio, aneroide o electrónico calibrado con el brazalete compatible con la circunferencia del brazo del paciente .La HAS consiste en valores de Presión Arterial Sistólica iguales o mayores a 140 mmhg y de Presión Arterial Diastólica igual o mayores a 90 mmhg, sin el uso de medicamentos antihipertensivos (Maciel,2001).

El control de la Presión Arterial en niveles debajo de 140/90 mmhg produjo reducción en la morbilidad y mortalidad atribuidas a la Hipertensión Arterial, disminución del 53 % en el número de individuos afectados por EVC y aumento en la expectativa de vida de aproximadamente 60 %. De acuerdo con la etiología, la Hipertensión Arterial es reconocida como primaria o esencial cuando no se conoce la causa específica, y, secundaria cuando está acompañada de una causa asociada.

La Hipertensión Arterial Primaria es la más prevalente, ya que afecta a cerca del 90% de los portadores de HAS, es sintomática, con evolución crónica, afectando a lo largo de los años órganos blancos como: cerebro, riñones, corazón, retina etc., por esta razón es denominada “asesino silencioso” (Pérez Riera,2000).

La HAS contribuye en mucho al desarrollo de arterosclerosis, cardiopatía isquémica y evento vascular cerebral que son causas importantes de morbilidad y mortalidad en el mundo. Estudios prospectivos indican que un individuo hipertenso con Presión Arterial Sistólica de 160 mmhg y Presión Arterial Diastólica de 105 mmhg o más ,corre un riesgo diez veces mayor de presentar AVC y cinco veces de eventos coronarios , con uno elevado de neuropatía (Torales, 2006)

Se estima que existen 691 millones de personas hipertensas, de las cuales 420 millones viven en países en desarrollo. Se calcula que 15 millones de Hipertensos mueren cada año; la prevalencia de hipertensión es más elevada en mujeres que en hombres especialmente en la fase más avanzada de la vida entre los 45 y 50 años, el envejecimiento propicia diversas alteraciones físicas en el sistema cardiovascular. El tratamiento no farmacológico de la Hipertensión Arterial forma parte de la terapia antihipertensiva inicial, como: restricción de la sal en la dieta, reducción de peso en pacientes obesos, reducción de consumo de bebidas

alcohólicas y tabaquismo, además del control de otros factores de riesgo como la dislipidemia, sedentarismo y estrés (Pierin, 1985)

El compromiso de los pacientes es variable , incluye el abandono del tratamiento, se indica que la no adhesión a la terapéutica antihipertensiva, especialmente entre los asintomáticos, es de aproximadamente 60 %. Para que se pueda mejorar la adhesión es fundamental la interacción de un equipo multiprofesional, sobre todo su papel educativo, en la orientación del paciente para el autocuidado con posibilidad de disminución de las tasas de abandono (Ferreira,2000).

El profesional de enfermería necesita adoptar conductas específicas para obtener mayor adhesión de los hipertensos al tratamiento, se destaca la orientación sistematizada de enfermería abordando aspectos relacionados a la terapéutica medicamentosa, tales como son la dosis y horario de la medicación, efectos colaterales, dieta específica; como composición, cantidad de calorías y de sal, hábitos de vida, uso de cigarro, consumo de bebidas alcohólicas, realización de actividad física, entre otros (Pierin,1985).

El educar al portador de Hipertensión Arterial implica desarrollar estrategias de enseñanza para un adulto que adquiere conocimientos a partir de su experiencia y como medio de enfrentar sus problemas.

En estudios epidemiológicos mexicanos se demostró que la prevalencia de Hipertensión Arterial entre mayores de 60 años es bastante elevada semejante a la observada en el resto del mundo. De las variables que influyen en la ocurrencia de HAS, la obesidad es una de las más importantes, debido a su alta prevalencia, especialmente en el área urbana y entre las mujeres, en la población rural, la frecuencia de la obesidad es baja corresponde al 9.4 % de la población total (Cruz,2002).

La HAS no tiene causa específica y conocida, posee en su historia una serie de indicadores de riesgo que pueden ser explicados o no y presentan fuerte asociación con la enfermedad, entre ellos, el sexo, la edad, la historia familiar, la obesidad, el sedentarismo, la sensibilidad al sodio, la baja ingestión de potasio, el estrés, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus (Cruz, 2002).

Para el éxito del control de la Hipertensión Arterial en millones de pacientes, es indispensable hacer modificaciones en los estilos de vida, con lo que se consiguen



reducciones importantes de Presión Arterial, a lo que contribuye claramente la pérdida de peso; además de la posibilidad de reducción de la dosis de fármacos antihipertensivos (Appel,2006).

El sedentarismo es un factor de riesgo modificable, con el ejercicio físico aeróbico y la hidrogimnasia; el individuo puede tener su Presión Arterial controlada si practica ejercicio supervisado por un profesional, el ejercicio físico previene los efectos secundarios de las enfermedades crónicas para proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes, y lograr la reducción del costo en el tratamiento (Araujo,2001).

El estrés es otro factor de riesgo para HAS, al ser la manifestación emocional del paciente hipertenso, debido a que afecta de manera importante su presión Arterial; en individuos con niveles de estrés discreto, moderado o severo, se manifiestan emociones de preocupación, rabia, tristeza, ansiedad o insomnio inciden en el aumento de los niveles tensionales (Barros,2005).

La dieta del paciente hipertenso es otro aspecto a ser controlado reconociendo principalmente que la reducción de sal en los alimentos disminuye las cifras de

presión Arterial. La industria alimenticia, busca reducir los niveles de sodio contenidos en los alimentos industrializados en por lo menos 50 %(Barros, 2005).

La mayoría de los hipertensos asesorados por un médico, aun no llevan a cabo cambios suficientes en el estilo de vida, no toman medicamento o no hacen uso de medicamento suficiente para desarrollar un control adecuado de su padecimiento, existe una alto porcentaje de pacientes que no siguen ningún tipo de control y, ni siquiera están conscientes de las repercusiones de la misma.

Por esta razón se deben intensificar aún más las medidas educativas de asesoramiento teniendo en perspectiva mejorar el escaso o nulo cumplimiento del tratamiento de estos pacientes, los grupos de convivencia son importantes tanto para los pacientes, como para los profesionales de salud (Silva, 2006).

Se debe considerar las cuestiones socioculturales y las condiciones reales que viven la mayoría de los hipertensos, así como las innumerables dificultades detectadas en los pacientes para llevar a cabo el tratamiento, es preciso considerar la condición de salud y la necesidad del control de la presión Arterial, el acceso a los servicios de salud para cumplir con el tratamiento antihipertensivo, y la concientización de que el tratamiento es para toda la vida, a fin de que se pueda atender y mantener los niveles tensionales controlados (Marroni,2005).

## 6.2 CLASIFICACIÓN DE LOS VALORES DE LA PRESION ARTERIAL.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) de acuerdo con los niveles de presión Arterial, la hipertensión Arterial puede ser clasificada; en optima, normal, normal alta, hipertensión grado 1(leve), hipertensión grado 2 (moderada), hipertensión grado 3 (severa), e hipertensión sistólica aislada, conforme se presenta en la tabla 1.

Clasificación de la presión arterial de acuerdo con las V directrices Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) y el Joint National Commmitteon Prevention, Deteccion, Evaluation and Treatment of Blood Pressure- JNC-6° (1997).

<b>Categoría</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>
<b>Optima</b>	<b>&lt;120</b>	<b>&lt;80</b>
<b>Normal</b>	<b>120–129</b>	<b>80–84</b>
<b>Normal alta</b>	<b>130–139</b>	<b>85–89</b>
<b>Grado 1 de hipertensión</b>	<b>140–159</b>	<b>90–99</b>
<b>Grado 2 hipertensión</b>	<b>160–179</b>	<b>100–109</b>
<b>Grado 3 hipertensión</b>	<b>180</b>	<b>110</b>
<b>Hipertensión sistólica aislada</b>	<b>140</b>	<b>&lt;90</b>

### 6.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la enfermedad hipertensiva pueden ser clasificados en: no modificables, que comprenden edad, sexo, raza, y la historia familiar, y aquellos que son plausibles de modificación como la ingesta excesiva de sal, la obesidad, ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de cigarro y otros factores relacionados al trabajo y clase social (Brazil, 1993).

Factores de riesgo no modificables:

Están relacionados con la biología humana y se refieren a la herencia genética, al sexo, la edad y la raza (Dever, 1988).

- Herencia: presentan mayor predisposición para el desarrollo de la HAS, los hijos de padres con Hipertensión; se desconoce el mecanismo exacto de esta ocurrencia, entretanto la experiencia acumulada ha mostrado que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos aumenta la posibilidad de desarrollar HAS en el futuro (Frías, 2000).
- Sexo: los hombres tienen mayor predisposición para desarrollar HAS que las mujeres; estas presentan tendencia aumentada en la menopausia; a partir de la prevalencia en ambos sexos se iguala (Dantas, 1999).

- Edad: influye sobre las cifras de presión Arterial, evidentemente existen mayor número de hipertensos entre los individuos con edad más avanzada (Palmero, 2000).
- Raza: la Hipertensión es más frecuente entre los negros, los cuales, en comparación con los blancos poseen el doble de posibilidades de desarrollar HAS (Maciel, 2001).

Factores de riesgo modificables:

- Obesidad: la HAS se asocia con la obesidad, debido al aumento de gasto cardiaco y su relación con el aumento de riesgo de muerte súbita o angina de pecho. El exceso de peso contribuye un mayor trabajo cardiaco, y la disminución del peso favorece la disminución de la presión Arterial (Gutiérrez, 2001).
- Ingesta de sal: las necesidades diarias de sal están alrededor de 6 gramos al día, lo que equivale a una ingesta debajo de 30 meq / día.  
  
La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y favorece el aumento de la presión Arterial (Silva, 2000).

- Sedentarismo: la falta de ejercicio favorece el aumento de la obesidad, que a su vez aumenta la presión Arterial, el ejercicio debe ser realizado de acuerdo con la edad de cada persona, con duración mínima entre 30 y 45 minutos , 2 o 3 días por semana (Garcia,2008).
- Alcoholismo y tabaquismo: el uso de tabaco acelera la aterosclerosis en personas con HAS de la misma forma el uso excesivo de bebidas alcohólicas puede contribuir para el desarrollo de la Hipertensión (Maciel, 2001).
- Estrés: sensación de amenaza física o psicológica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida que puede provocar HAS, a través de elevaciones tensionales, repetidas, determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras (Frías, 2000).
- Medicamentos: se debe considerar que ciertos medicamentos promueven vasoconstricción aumentando la resistencia vascular periférica a través de la retención de líquidos, elevando la presión Arterial.

## 6.4 SINTOMAS

- Ansiedad
- Confusión
- Fatiga
- Cefalea
- Náuseas
- Vómito
- Dolor precordial
- Epistaxis
- Alteración de la visión
- Irritabilidad
- Zumbido de oídos
- Diaforesis excesiva
- Nicturia
- Hemiparesia
- Ritmo respiratorio irregular
- Mareo

La presión puede cambiar de un momento a otro, dependiendo de la actividad, estados de ánimo, con cambios de posición, con ejercicio o durante el sueño. Los

individuos con presión alta no tiene que ser exageradamente ansiosa, compulsiva o nerviosa.

## 6.5 CAUSAS

La probabilidad de un individuo de presentar al enfermedad así como para establecer el pronóstico de la calidad de vida, y el tratamiento a seguir, se han utilizado indicadores denominados factores de riesgo, los cuales se han dividido con base en la posibilidad de modificar o no la enfermedad (Villaroel,2006).

La Hipertensión Arterial esencial o primaria, que es la más frecuente ya que ocurre en 90 a 95 % de los casos y la cual no hay una causa específica o conocida. La hipertensión arterial esencial puede tener más de una causa, una combinación de diversos cambios en el corazón y en los vasos sanguíneos produce el incremento de la presión Arterial.

La hipertensión secundaria ocurre entre un 5 a 10 % de los casos, en la cual existe una alteración orgánica o fisiológica específica y potencialmente susceptible, incluye enfermedades renales. Entre 1 y 2 % tienen origen en trastornos hormonales y uso de fármacos, como anticonceptivos orales (Merck,2007).



## 6.6 DIAGNÓSTICO

El paciente que durante la detección sea identificado con sospecha de Hipertensión Arterial deberá acudir a la confirmación diagnóstica sin la toma de medicación antihipertensiva y sin cursar con alguna enfermedad aguda en el momento del estudio.

El diagnóstico de la Hipertensión debe estar basado por lo menos en promedio de dos mediciones, tomadas en dos visitas posteriores a la toma de presión en la que fue identificado como Hipertenso.

Cuando la presión sistólica y diastólica se ubica en diferentes etapas de la hipertensión, se utiliza el valor más alto para su clasificación.

Aquellos pacientes con sospecha de Hipertensión Arterial en lo que aún no se ha confirmado el diagnóstico de hipertensión, serán orientados para mantener estilos de vida saludables.

Las personas con presión arterial que caen en la clasificación normal alta, deberán seguir el manejo no farmacológico con la finalidad de reducir los niveles de presión arterial a las cifras normales u óptimas

A los individuos con presión arterial normal alta está indicado dar la orientación para los cambios de estilo de vida correspondientes para disminuir las cifras de presión arterial y se indicara efectuarse anualmente la toma de presión arterial (Oviedo, 2007).

## 6.7 ESTILO DE VIDA

Lalonde y Dever, mencionan que los riesgos autogenerados pueden dividirse en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, modelos de consumo y ocupacionales. La división del modelo epidemiológico incluye el grado de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se tiene mayor o menor control. Las decisiones incorrectas dan como resultados modos de vida destructivos que contribuyen a un mayor nivel de enfermedad (Dever, 1991).

- Riesgos inherentes al ocio: modos de autodestrucción. La falta de ejercicio agrava las enfermedades coronarias, causa obesidad y lleva a una total falta de estado físico (Dever, 1991).
- Actividad física: cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal. La actividad física que se necesita depende de los objetivos

individuales de estado físico, de si la persona está o no tratando de bajar de peso (Rojo, 2008).

El ejercicio físico planeado ayuda a bajar de peso, disminuye el estrés y está demostrado que reduce la mortalidad por infarto al miocardio.

Las cifras de presión arterial en reposo y durante el ejercicio máximo suelen ser menores en el sujeto entrenado, que quien vive una vida sedentaria o solo hace ejercicio físico ocasional.

El ejercicio ayuda a disminuir el estrés por que la persona que hace ejercicio tiene menos tiempo para pensar en los problemas cotidianos y de esa forma descargar la tensión nerviosa.

El ejercicio en el hipertenso moderado o severo, que no se controla con medicamentos, puede ser peligroso, especialmente cuando es intenso. Se eleva la presión arterial, sobre todo la presión sistólica, y existe riesgo de que ocurra un accidente vascular cerebral o un infarto al miocardio (García, 2009).

## 6.8 EL CUIDADO DE LA PERSONA QUE VIVE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

El autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que los individuos realizan para mantener su vida, salud y bienestar.

El concepto de cuidado del individuo ha tenido innumerables facetas, pero principalmente alude a una mayor conciencia en la necesidad de realizar actividad física, disciplinar la dieta, el control del estrés y en forma general cuidar el estilo de vida individual. El cuidado individual debe transformarse en un bienestar que forme parte de la vida diaria, colocando el énfasis principal en la salud y no en la enfermedad, hacer un cambio en los programas de salud dedicados a la enfermedad.

En lugar de prevenir riesgo en el hipertenso, diabéticos y otros, requerimos aumentar la necesidad de cuidar la salud en individuos aparentemente sanos; el cuidado mediante los grupos de convivencia propicia un crecimiento individual en el proceso de enseñar y aprender (Orem, 1993).

El cuidado es encaminado para el tratamiento; por tratarse de una enfermedad crónica como Hipertensión arterial, la actuación de los profesionales de la salud necesita ser dirigida para la prevención, control y terapia medicamentosa, muchas

veces los portadores de la hipertensión abandonan los cuidados necesarios y no están conscientes de las repercusiones de la enfermedad y la importancia del control, se pretende que el paciente sea el protagonista de su propio cuidado (Silva, 2006).

## MÉTODOLOGIA

Se trata de un estudio descriptivo transversal

### MUESTRA

La colecta de datos se realizó en 161 pacientes con hipertensión arterial que acuden a tres centros de salud del Estado de México, fueron seleccionados de forma circunstancial. Participaron 141 mujeres y 20 hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial. Posterior a la información del objetivo de la investigación, los individuos aceptaron participar y firmaron el consentimiento libre e informado.

### RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos fue durante el periodo de marzo a septiembre de 2012, se utilizó un cuestionario que contenía ítems para evaluar la condición económica, a partir de eso se elaboró el índice socioeconómico. Para su cálculo fueron consideradas la escolaridad, ingreso mensual y la ocupación. Se construyeron tres indicadores; años de escolaridad, ingreso y ocupación. Ambos indicadores son ordinales, es decir, toman tres valores que señalan un nivel socioeconómico.

Construimos el indicador nivel uno, tomo el valor de nivel bajo, cuando los pacientes se clasificaron en esa categoría, fueron los que poseían un ingreso bajo, con menos de cinco años de escolaridad, con menos de tres salarios mínimos mensuales, y la ocupación fue desempleado, amas de casa, y comerciante ambulante; el nivel dos, tomo el valor de nivel medio, cuando los pacientes se clasificaron en esa categoría fueron los que poseían un ingreso medio, es decir de seis a ocho años de escolaridad, con ingreso mensual de cuatro a seis salarios mínimos y su ocupación fue comerciante, obrero, campesino; el nivel tres, tomo el valor de nivel alto, cuando los pacientes se clasificaron en esa categoría, tuvieron un ingreso alto, es decir tenían una cifra mayor a nueve años de escolaridad con más de ocho salarios mínimos mensuales, su ocupación fue profesor, empleado y comerciante, de ese modo se construyó el índice socioeconómico.

## INDICE ECONOMICO

El nivel ingreso mensual fue clasificado en:

Bajo: ingreso mensual menos de tres salarios mínimos mensuales; Medio: ingreso mensual de cuatro a seis salarios mínimos mensuales; Alto: ingreso mensual mayor a ocho salarios mínimos mensuales.

La escolaridad fue clasificada según García (2009):

Escolaridad baja: cuando el individuo posee menos de cinco años de escolaridad (analfabeto, y primaria incompletos); Nivel medio posee de seis a ocho años de escolaridad (primaria completa, secundaria incompleta y preparatoria incompleto); Nivel alto más de nueve años de escolaridad (curso técnico o universitario).

Para medir la adhesión al tratamiento se aplicó el test de Morisky y Green, escrito originalmente en inglés, el instrumento fue validado en el idioma español en España, se trata de un cuestionario de forma autorreferida el de Morisky-Green validado en su versión española por Val Jiménez y cols. Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA.

#### INSTRUMENTO DE COLECTA DE DATOS

El test compuesto por cuatro preguntas, descritas, con respuestas; Si o No, en que Si = 0 y No = 1. El paciente es considerado adherente al tratamiento cuando la puntuación sea de cuatro puntos, y no adherente cuando obtenga tres o menos puntos.



Estas preguntas se plantearon para saber si es cumplidor quien responde correctamente.

¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para la hipertensión?

¿Los toma a la hora indicada?

¿Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar el medicamento?

¿Si alguna vez los medicamentos le hacen sentirse mal deja Ud. de tomarlos?

## PROCEDIMIENTO

Así mismo se evaluó la Presión arterial, por medio de la auscultación, utilizando un baumanómetro anaeróbico, previamente calibrado, el brazalete con circunferencias compatibles de acuerdo a la circunferencia braquial del individuo. Primero se palpó el latido arterial braquial para colocar adecuadamente el estetoscopio en ese sitio. Para medir la presión se ajustó la velocidad de deflación para que cada ruido coincidiera con las líneas de la escala de la columna. Se consideró la presión arterial sistólica y diastólica. La Presión Arterial se midió indicando a los participantes permanecer en reposo por 5 minutos, sentados cómodamente y tan relajados como fuera posible. El procedimiento de medida de presión arterial siguió las recomendaciones de la NOM-030-1999 de Hipertensión arterial.

Para realizar este estudio, previamente fue autorizado por las autoridades del centro de salud del municipio, institución responsable del análisis y aprobación del proyecto, una vez aceptado y considerando que la investigación no tiene riesgo para los participantes, se les informó sobre los objetivos y sus beneficios, su participación de manera voluntaria, sin generar ningún riesgo en su persona, la confidencialidad y privacidad de sus datos durante la recolección de los datos, para ello se solito el consentimiento libre y esclarecido a cada uno de los participantes, atendiendo a los preceptos de La Ley General de Salud mexicana en su Título segundo, Artículo 14, fracción II.

Todos los datos fueron procesados en el sistema SPSS versión 16. La relación entre las variables fue evaluada con fuentes de información, para luego presentar los resultados y la discusión a partir de la relación con la literatura consultada.

## DESCRIPCION DE RESULTADOS

La población de este estudio estuvo formada por 161 pacientes con hipertensión arterial, cuyas edades promedio de 56 años, con una desviación estándar de 14 años. El 45 % de ellos tienen entre 40 y 49 años y el 54 % de más de 60 años. El 89% eran mujeres dedicadas a las labores propias del hogar (ama de casa), 17% eran comerciantes, el 10% jubilada, 4% empleada doméstica. El 11% hombres, 3% obrero; de acuerdo con estado civil el 46% eran casadas, el 54 % solteros, entre estos habían viudos, en unión libre y separados en el momento de la entrevista. Encontramos en las variables de ocupación y el índice económico una relación estadísticamente significativo  $p = 0.0001$ .

En cuanto a la procedencia se observó la mayoría eran originarios del medio urbano 67%, en cambio los que venían del medio rural 33%, estas personas eran referidas de alguna comunidad. Entre los pacientes con diagnóstico médico de HAS, solamente 92% están recibiendo tratamiento antihipertensivo, de estos, apenas 13% tienen su Presión Arterial controlada, y el 87% no estaba controlada.

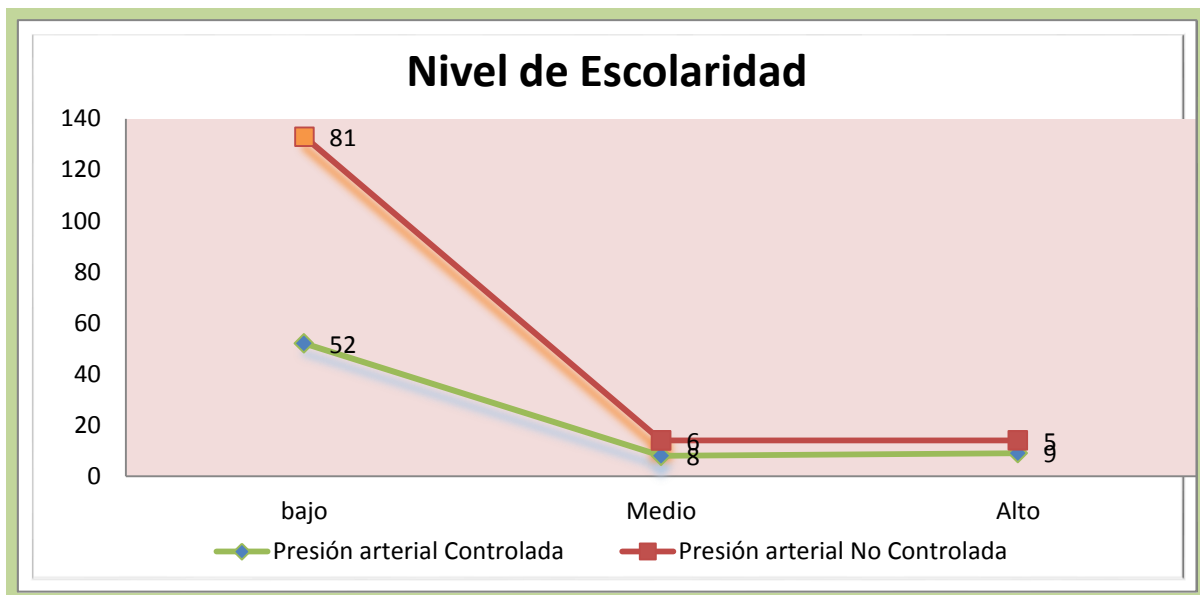
La variable de las condiciones de la habitación de los pacientes que viven con HAS, el 98% manifestó poseer casa propia, con los servicios de agua potable,

servicio de electricidad y drenaje. El medio de transporte de mayor uso para esta población fue el transporte colectivo, referido por 70% de los pacientes y 30% indicaron poseer carro propio.

El nivel de escolaridad de los pacientes con Hipertensión Arterial, el 82.2 % indicó tener un nivel de escolaridad bajo, es decir con menos de cinco años de estudio, seguido de aquellos de nivel escolaridad media 8.9%, indicaron poseer de seis a ocho años de escolaridad (primaria completa, secundaria incompleta) y el 8.9% con nivel alto, es decir más de nueve años de estudio (curso técnico o universitario). De los 161 pacientes con hipertensión arterial el 42.8 % estaban con la Presión Arterial controlada, enseguida 57.2% estaban con la Presión Arterial no controlada tal como se muestra en el Grafico 1. En estas variables no hubo una relación estadísticamente significativo  $p = 0.102$ .

Gráfico 1

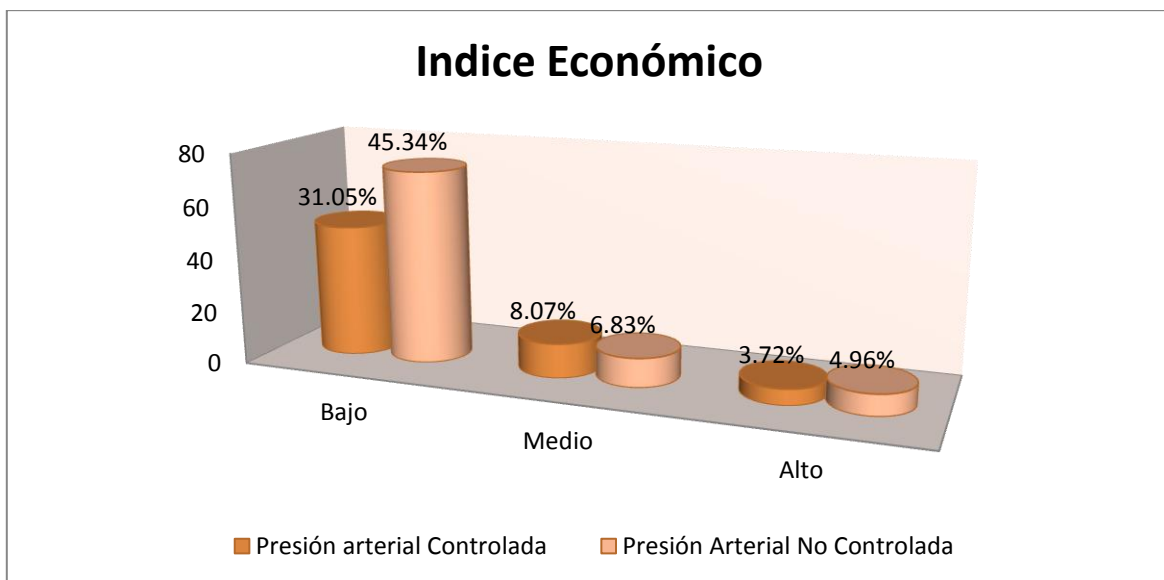
Distribución de pacientes con presión arterial controlada y no controlada, según nivel de escolaridad, Toluca, México, 2008.



El nivel socioeconómico de los 161 pacientes con hipertensión arterial el 76.39% mostró poseer un nivel bajo, se clasificaron en esa categoría, los que poseían un ingreso bajo con menos de tres salarios mínimos mensuales, menos de cinco años de escolaridad, y la ocupación fue desempleado, amas de casa, y comerciante ambulante, de este porcentaje solo el 31.9% estaban con la Presión Arterial controlada; enseguida están los de nivel socioeconómico medio, en esa categoría estaban los de seis a ocho años de escolaridad, de cuatro a seis salarios mínimos mensuales y su ocupación fue comerciante, obrero, campesino,

representados por 14.9% pero sólo el 8% están con presión arterial controlada y el 8% expresó poseer un nivel socioeconómico alto, cuando los pacientes se clasificaron en esa categoría, tuvieron un ingreso alto de más de ocho salarios mínimos mensuales, más de nueve años de escolaridad con ocupación de profesor, empleado y comerciante, sin embargo, sólo el 4% está con Presión Arterial controlada, esta variable no expresó una relación estadístico significativo  $p = 0.473$ . Ver gráfico 2

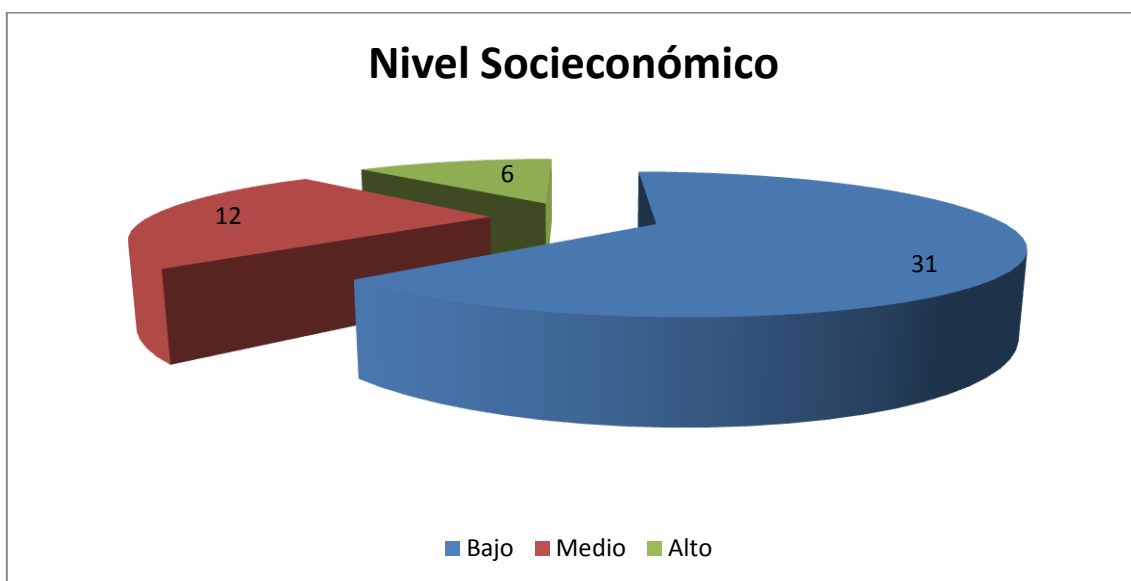
Grafico 2 Distribución de pacientes con presión arterial controlada y no controlada, según, nivel socioeconómico. Toluca, México, 2008.



De acuerdo con el Teste Morisky y Green, 32% de los pacientes se manifestaron no adherentes, de acuerdo con esta escala, estos contestaron en forma positiva, es

decir si, por lo menos una de las cuatro preguntas. Los pacientes con Morisky y Green positivo hacían tratamiento con el medicamento de mayor uso en centros de salud del Estado de México, fue el captopril, y el 89 % declararon no adherentes, de acuerdo con esta escala contestaron en forma negativa. Esos datos mostraron asociación estadísticamente significativa  $p=0.00083$  entre el nivel socioeconómico y el teste de Morisky y Green. Ver gráfico 3

Grafico 3 Distribución de pacientes con nivel socioeconómico, según el test de Morisky Green,. Toluca, México, 2008



En cuanto al tratamiento farmacológico para la Hipertensión Arterial, 92% de los pacientes indicaron hacer tratamiento con el medicamento de mayor uso, en su día a día y fue referido el captopril, representado por 89%, en tanto 8% relataron no

tomar el medicamento debido a los efectos secundarios, como; tos, cefalea, nauseas, insomnio.

Se resalta en este estudio la evidencia del uso de tratamientos alternativos 71% de los pacientes con hipertensión también asociaban la terapia prescrita por el médico, con té, acupuntura o jugos reductores de los radicales libres.



## DISCUSION

De las variables propuestas para explicar la falta de adhesión, y su asociación con las características socioeconómicas en esta población, se enfatiza; es una población representada por un alto porcentaje de mujeres de más de 60 años, amas de casa, con menos de cinco años de escolaridad y un ingreso mensual de uno a tres salarios. Ellas, se identifican por preocuparse por cuidar el control de la enfermedad, frecuentan más los servicios de salud, son participativas en cuidar su salud y por ende es posible que sean más saludables. Tal situación expresa el contexto de salud de la población, como uno de los factores de riesgo de la hipertensión arterial, visto desde la condición económica de forma aislada puede no ser la única responsable de la escasa adhesión al tratamiento (Rosas ,2005).

La baja escolaridad de las mujeres tiene relación con el pobre control de la Presión Arterial, la hipertensión arterial tiende elevarse en pacientes con menor grado de escolaridad, sustentado en el estudio, sin embargo, el estado civil puede ser un agente benéfico en el proceso de tratamiento de las personas que viven con hipertensión arterial. En todo grupo la supervivencia implica compromiso al satisfacer las necesidades básicas, como son la alimentación, ropa, habitación, y combustible.

Estos resultados señalan una relación entre el nivel socioeconómico, la escolaridad y la ocupación, en los pacientes con menos de cinco años de escolaridad, constituye una barrera para seguir los cuidados referentes a la adhesión al tratamiento, el control de la Hipertensión Arterial, es un objetivo a alcanzar en todo el mundo. Hasta hoy se cuenta con medicamentos que cumplen con los avances de las nuevas tecnologías, estos han permitido controlarla con éxito, para ello se requiere la aceptación y el fiel cumplimiento farmacológicos por parte de las personas que viven con Hipertensión Arterial (García ,2008)

Estos datos señalan la condición financiera de los pacientes con hipertensión y su forma de obstaculizar la adhesión del tratamiento, en todas las comunidades existen grupos vulnerables, cuya probabilidad de enfermar, accidentarse o morir es mayor, resultado de la interacción entre las características socioeconómicas, ya que les confiere un riesgo para alterar la salud, y puede ser un indicativo de demandar mayor atención. Esto ejemplifica el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud, al dar respuesta al llamado que está haciendo la Organización Mundial de la Salud (2005), establecer programas continuos para disminuir las muertes prematuras por las enfermedades no transmisibles, se necesita un compromiso más fuerte con un enfoque multidisciplinario para lograr avances en este tema. Esto requerirá la acción coordinada de los profesionales de

la salud, los investigadores, los planificadores sanitarios y los formuladores de política(Mendoza,2009).

Se resalta en este estudio el uso de tratamientos alternativos de los pacientes con hipertensión, también asocian la terapia prescrita por el médico, con té, acupuntura o jugos reductores de los radicales libres. Disparidades siempre existirán, pero el individuo siempre busca sobrevivir, con acciones de menor costo para cuidar su salud y estar más saludable, libre de riesgo de enfermedades.

Los bajos niveles económicos en términos de estabilidad y nivel de ingresos se asocian de manera directa a escenarios de pobreza, de mayor vulnerabilidad dadas las condiciones menos favorables de fuerte impacto para la situación futura de esta población con Hipertensión Arterial, además de la efectividad de un tratamiento se determina conjuntamente por la eficacia del agente terapéutico y el grado de la adherencia al tratamiento. La no adherencia al tratamiento continúa siendo un problema en todos los ámbitos terapéuticos. La adherencia es un problema comportamental observado en los pacientes, pero con causas más allá del paciente. La capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima se ve comprometida con frecuencia por más de una barrera. (Torales,2006).

Es evidente la baja adherencia compromete gravemente la efectividad a largo plazo del tratamiento indicado, además de predisponer a las personas a acortar su vida innecesariamente y su calidad de vida sea inferior a lo que podría haber sido. La enfermedad genera transformaciones en la vida del paciente y la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial es una de los principales cambios para lograr el éxito en prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares originadas por la hipertensión arterial, complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta joven y adulta mayor, elevando la calidad de vida de este grupo poblacional. La idea es mejorar el cuidado terapéutico de estos pacientes, es indudablemente que se pueden disminuir los eventos finales como son los infartos y los accidentes cardiovasculares, es un paso alentador ya que son las principales causas de muerte en América Latina y el Caribe.

La carga de enfermedades aumenta rápidamente a causa de una población que está envejeciendo, el cambio del modo de vida e intervenciones esporádicas, es necesario empezar a hacer que las enfermedades crónicas y la promoción de la salud sean un tema de los profesionales de enfermería, aumentando la conciencia y la movilización de para responder de una manera integral. La adherencia al tratamiento engloba cumplimiento de dosis, forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito.

A partir de estos hallazgos el profesional de enfermería tendrá que constituir programas continuos para actualizar estrategias complementarias y de impacto sobre el perfil socioeconómico de cada individuo. Las intervenciones educativas influyen el diseño de actividades para incrementar los niveles de motivación al cumplir indicaciones médicas y adquirir mayor responsabilidad en el manejo de los medicamentos, para incrementar la adherencia terapéutica, de no ser así, una adherencia baja a los fármacos produce disminución de la efectividad del fármaco en la población general. La medición de la adherencia no es fácil, el método utilizado es el cuestionario de Morisky-Green que, combinado con el recuento de comprimidos, permite una buena aproximación al resultado.

El presente estudio reconoce algunas limitaciones. En primer lugar nuestros resultados no pueden ser extrapolados a otras instituciones de salud pública, debido a minimizar los resultados, el efecto del nivel socioeconómico en la población, no cabe duda de que esta problemática subyace a los resultados del presente estudio como uno de los posibles mecanismos implicados en la incidencia de hipertensión(Rodríguez ,2005).

Las intervenciones para promover la adherencia requieren varios componentes para superar estas barreras y los profesionales de la salud deben seguir un proceso sistemático para evaluar todas las barreras posibles.

El paciente debe intentar afrontar determinadas exigencias relacionadas con el tratamiento que se caracterizan por: La necesidad de aprender nuevos comportamientos, alterar las rutinas diarias, tolerar los malestares y las incomodidades, y continuar haciéndolo mientras trata de funcionar eficazmente en sus diversas actividades habituales.

## CONCLUSIONES

Al personal de enfermería corresponde evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso en cada consulta para estimar su continuidad en su tratamiento, por medio de programas de prevención y promoción a la salud, conjuntamente con los programas como oportunidades y seguro popular para disminuir los riesgos cardiovasculares y alcanzar una mejor adhesión al tratamiento.

Desarrollar otra investigación para abordar específicamente el nivel socioeconómico y valorar la relación con la patología crónica degenerativa que es la génesis de un mayor gasto económico en la población general.

El comportamiento de los participantes ha mostrado la baja adhesión al tratamiento de los pacientes con Hipertensión Arterial, puede ser segmentada según el nivel socioeconómico para seguir las recomendaciones de salud. La falta de congruencia entre la disposición del paciente y los intentos del profesional en la intervención significa que, con frecuencia, los tratamientos se prescriben a quienes no están preparados para seguirlos.

La escala de Morisky puede identificar a los pacientes que han sido adherentes al tratamiento estos resultados se vieron influidos probablemente por la baja tasa de cumplimiento y los factores socioeconómicos.



## SUGERENCIAS

El profesional de enfermería implemente programas para actualizar estrategias complementarias sobre el perfil socioeconómico de cada individuo apoyado en la promoción de la salud que, al coordinarse con intervenciones de enfermería posibilitara el incremento de los niveles de motivación a fin de adquirir mayor responsabilidad en el manejo de la adherencia terapéutica.

Es fundamental instruir a los profesionales de enfermería en el manejo de la adherencia desde los contextos académicos para implementar y fortalecer programas educativos en las instituciones de educación superior.

Es incuestionable continuar llevando a cabo investigaciones para abordar específicamente el nivel socioeconómico y valorar el uso de la escala de Morisky-Green identificando a pacientes con baja adherencia al tratamiento y riesgo cardiovascular, promoviendo cambios significativos en el enfoque de cuidado en los usuarios.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Apple, L (2006). "Hacer múltiples cambios en el estilo de vida ayuda a reducir la presión arterial" .Ann Intern Med.
2. Araujo, C.G.S (2001). "Fisiología do ejercicio físico e Hipertensão arterial: uma breve introdução". Rev.Bras.Hipertens, v.2,n.2.
3. Arroyo. (2005). "El estilo de vida y la prevención de la obesidad". Boletín de Nutrición, órgano de Funsalud, v.1, n.3.
4. Barros, M.V .L et al. (2005). "Perfil metabólico e social dos pacientes hipertensos estágios 2 e 3 atendidos no instituto nacional de cardiología laranjeiras. Instituto nacional de cardiología laranjeiras" In: congreso da sociedade de cardiología do Estado de São paulo, 25.
5. Brandao,A.P (2000). "Tratando a hipertensã, redunzindo o risco de doencas cardiovasculares. Adalat Insight Study". Revista Brasileira de Cardiología, v.2, n.5.
6. Brasil (1988). Ministerio de Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doencas Crónico- Degenerativas. Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília.

7. Bogden PE (1998). Comparing standard care with a psysicia and pharmacist team approach for uncontrolled hypertension. *Journal of General Internal Medicine*.
8. Castro, A.P. Escatena, M.C.M (2004). "Manifestación Emocional de Estrés del Paciente Hipertenso".*Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v.12, n. 6.
9. Cramer JA (1998). Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. *Drugs&Aging*, 12:7-15.
10. Cruz Castruita, R.M (2002). "Apoyo social y estilo de vida del paciente con Hipertensión Arterial". *Revista de Salud Pública y Nutrición*, ed. Especial, n.4.
11. Dantas, R.A.S (1999). "Reabilitação de pacientes após a cirugia de revascularizacao do modelo campo de Saúde". Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de Saõ Paulo.
12. Dever, G.E.A.(1988). *Epidemiologia administração dos servicios de saúde*. São Paulo: Pioneira, p.394.
13. Ferreira, S.R.G. Zanella, M.T (2000). "Epidemiologia da Hipertensão arterial associada a obesidade". *Rev.Bras.Hipertens*, v.7, n.2 p.128-135.
14. Frías osuna, A (2000).*Enfermería comunitaria*. Barcelona: Edit. Masson.

15. García R C and Nogueira MS (2008). Estilo de vida de pacientes hipertensos de un programa de ejercicio aeróbico: estudio na Cidade de Toluca, México. Esc. Anna Nery; 12(2): 265-270.
16. García R.C (2009). Lo cotidiano del Hipertenso desde la perspectiva del modelo de campo de salud de la Londe. edit. pinacoteca; primera edición.
17. Guerrero Romero, J, F; Rodríguez Moran, M (1998). "Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada". Revista de Salud Pública México.
18. Haynes R.B (1979). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore M.D, Johns Hopkins University Press.
19. Holguín, LC, Diego A, Cáceres, DM, Varela, M(2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial Universitas Psicológica .
20. Horne R, Weinman, J (1999). Patients beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to Treatment in chronic physical illness. Journal of psychosomatic Research.
21. Izzo, J.L. Black, H.R (2003). Hypertension arterial .3.ed.Heart Association.
22. Leyes y códigos de México (2004). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Tomo I, México: Porrúa, 129-139.

23. Maciel, B.C.(2001). "A hipertofia cardíaca na hipertensão arterial sistêmica: mecanismo compensatório e desencadeante de insuficiência cardíaca". Ver.Bras.Hipertens,v.8,n.4,p.409-413.
24. Marroni, S.N (2005). "controle da hipertensão arterial em unidades básicas de saúde na região oeste da cidade de São Paulo ".Escola de enfermagem da universidade de São Paulo.
25. Mendoza LB (2009). Valmore C M et al. Niveles séricos de óxido nítrico en pacientes con crisis hipertensiva. Rev. Latinoam .hipertenso.
26. Mendoza González (2006). Guías del instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez para el tratamiento de la hipertensión Arterial Sistémica. Archivos de Cardiología De México, v. 76.
27. Molina Tuesca Rafael (2006). Asocian al control de la hipertensión arterial em personas mayores de 60 años em España. Ver. Esp. Salud Pública; 80,233-242.
28. Morisky DE, Green LW, Levine DM (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
29. Noguez SX, Sorli RM L y Villar GJ.2007, Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) .

30. Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (NOM-030-SSA2-2009). 2009.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) Cara a Cara con la enfermedad crónica.
32. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Adherencia a los Tratamientos a largo plazo: Pruebas para la Acción.
33. Orem, D (1993). Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. 4. Ed. Barcelona: Masson.
34. Oviedo, M.A (2007). Guía Clínica para el Diagnóstico y el manejo de la hipertensión arterial.
35. Palmero Zilveti, E (2006). Hipertensión arterial sistémica encuesta en ciudades de la Paz y el alto. Bolivia.
36. Pérez Riera, A.R.P.(2000) Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapéutica .São paulo: Athaneu
37. Pierin, A.M.G (1985). "A pessoa com Hipertensão arterial em tratamento no ambulatorio: estudo sobre os problemas, dificuldades e expectativas quanto a doença e tratamento". Dissertação (Maestrado em enfermagem) Universidade São Paulo.

38. Rodríguez LÁ, Mijares ME, Nagey E (2005). Relación entre el Nivel Socioeconómico y Hábitos de Vida, con el Fibrinógeno y el Factor von Willebrand en Venezolanos Sanos y con Cardiopatía Isquémica. *invest. clín.*
39. Rojo, Jesús (2008). *Actividad Física para la salud*, Edit. Inef, Madrid España.
40. Rose LE (2000). The context of adherence for African Americans with high Blood Pressure. *Journal of Advanced Nursing*.
41. Rosas Peralta, M (2003). "La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo". *Archivos de cardiología en México*, v. 73.
42. Rosas P M, Lara E.A, Pastelin G (2005). Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial, RENAHTA. Consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovasculares: cohorte nacional de seguimiento. *Archivos de cardiología en México*, 75:96-111.
43. Rubio, AF, Lozano J.J (1997). Prevalencia de la hipertensión arterial con daño serio en órganos específicos. *Rev. Fac. Med UNAM* 40; 210-213.
44. Sabate E(2001). *Who adherence Meeting Report*. Geneva, World Health Organization.
45. Silva, C.A (2006). "Education to the health addressed take care of himself in patient hypertension". *Revista Recrearte*, n.5.

46. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de Hipertensão arterial. São Paulo (2006).
47. Torales, Ricardo, F.M (2006). Hipertensión arterial. Secretaria de Salud. Subsecretaria de prevención y control de enfermedades. México.
48. Webb DG, Horne R, Pinching AJ (2001). Treatment-related empowerment: preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV disease. International Journal of std & aids, 12:103-107.





FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTERICIA

La adhesión al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial.

Guia de entrevista.

1. Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para la hipertensión?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

2. ¿Los toma a la hora indicada?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar el medicamento?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

4. ¿Si alguna vez los medicamentos le hacen sentirse mal deja usted de tomarlos?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado(a) a participar en este estudio de investigación titulado. "La adhesión al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial".

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que se involucre completamente y apruebe el proyecto de investigación. La información que proporcione va ayudar a identificar la adherencia terapéutica al tratamiento y sus niveles de presión arterial, tenga la confianza y seguridad de que los datos obtenidos serán confidenciales. Tiene derecho a recibir información sobre los resultados de esta investigación si usted así lo desea.

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

Por ello, en cualquier momento, que usted decida puede suspender la participación, teniendo toda la libertad de hacerlo, esto no traerá ningún tipo de penalidad ni de ninguna otra índole. Por tanto si está de acuerdo llene el siguiente espacio con sus datos.

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en participa en este estudio titulado “La adhesión al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial”. Mi participación es voluntaria, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Por lo expuesto anterior, si acepto participar en este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma de participante

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

Fecha. \_\_\_\_\_ En caso de cualquier duda o aclaración comunícate con el investigador a la siguiente dirección: Facultad de Enfermería y Obstetricia, Col. Moderna de la Cruz, Toluca Estado de México. Tel. 2175880 Cel. 7223004370.