

APEGO TERAPÉUTICO Y A LA NOM-030-2009, DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD EN TAPACHULA

Morales Escobedo, José Martín^{1}; Hernández Gamboa, Luis Ernesto²*

1 Médico Pasante de Servicio Social, Secretaria de Salud en Chiapas, Distrito sanitario VII, Egresado de la Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-IV.

2 Médico adscrito al Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", SSA, Chiapas

* Autor de correspondencia: martin.med.tap@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar el apego terapéutico y a la NOM-030-2009, de pacientes con hipertensión arterial sistémica crónica.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se tomó una muestra de 23 derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, del núcleo básico 1 del centro de salud urbano "Santa Clara" en Tapachula, Chiapas, México; perteneciente al primer nivel de atención de la secretaria de salud, cuyas edades oscilaban entre 50-89 años que acuden y están bajo control y vigilancia mensual en la consulta externa de medicina general. Las variables incluidas fueron: sexo, edad, consumo de sal en la dieta, actividad física y la adherencia al tratamiento (se utilizó el cuestionario validado de Martin-Bayarre-Grau en formato digital). También se evaluaron los respectivos expedientes clínicos para verificar las actividades que enuncia la NOM-030-2009, con una encuesta tipo lista de cotejo en formato digital. La adherencia terapéutica para hipertensión crónica se clasificó como: no adherido, parcial y totalmente adherido. Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico de Google forms®.

Resultados: 82.6 % (19 pacientes) estaban totalmente adheridos al tratamiento, 17.4 % (4) parcialmente y ningún paciente en la categoría no adheridos. La muestra estaba conformada por 14 pacientes de sexo femenino y 9 del sexo masculino. 77.7 % de los hombres tenía adherencia total y 85.71 % de mujeres estaban totalmente adheridas al tratamiento.

Conclusiones: se puede mejorar la calidad en la adherencia terapéutica y con ello el control de la hipertensión crónica para disminuir las complicaciones de la enfermedad a largo plazo.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Hipertensión crónica, Medicina general.

THERAPEUTIC ADHERENCE AND NOM-030-2009, OF HYPERTENSIVE PATIENTS FROM THE HEALTH CENTER IN TAPACHULA

Morales Escobedo, José Martín^{1*}; Hernández Gamboa, Luis Ernesto²

-
- 1 Médico Pasante de Servicio Social, Secretaria de Salud en Chiapas, Distrito sanitario VII, Egresado de la Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-IV.
 - 2 Médico adscrito al Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez.

* Autor de correspondencia: martin.med.tap@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To determine the therapeutic attachment and NOM-030-2009, of patients with chronic system high blood pressure.

Methods: A quantitative, observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study was carried out. A sample of 23 rightsholders was taken with a diagnostic of chronic high blood pressure, basic core 1 of the Urban health center "Santa Clara" in Tapachula, Chiapas, Mexico; belonging to the first level of care of the health secretary, whose ages ranged from 50-89 years-old who attend and are under monthly control and supervision at the external general medicine consultation. The variables included were: sex, age, salt consumption in the diet, physical activity and adherence to treatment (Martin-Bayarre-Grau validated questionnaire was used in digital format). The respective clinical records were also evaluated to verify the activities set out in NOM-030-2009, with a checklist survey in digital format. Therapeutic adhesion for chronic hypertension was classified as: non-attached, partially and fully adhered. The data obtained was analyzed with the Google forms statical package.

Results: 82.6 % (19 patients) were fully adhered to treatment, 17.4 % (4) partially and no patients in the non-attached category. The sample considered of 14 female and 9 male patients. 77.7 % of men had total adhesion and 85.71 % of women were fully attached to treatment.

Conclusions: Quality in therapeutic adhesion can be improved and thereby control chronic hypertension to reduce complications of the disease in the long term.

Keywords: Therapeutic adhesion, Chronic hypertension, General medicine.

INTRODUCCIÓN

La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (HAS), define la hipertensión arterial sistémica como “el padecimiento multifactorial caracterizado por el aumento sostenido de los valores de la presión arterial mayores o iguales a 140/90 mmHg, ya sea únicamente sistólica, diastólica o ambas”. Cuando coexiste acompañado de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus u obesidad, se vuelve un problema de salud grave, ya que conforme avanza la enfermedad pueden presentarse complicaciones como infarto al miocardio, cardiomegalia, trombosis o embolia¹. La hipertensión arterial sistémica en sus dos modalidades, primaria o esencial y secundaria es sin duda uno de los grandes males que se viven en pleno siglo XXI, tanto en México como en el mundo. Rosas Peralta² comenta:

La cifra estimada en México en 2017 era de 22.2 millones de adultos hipertensos, de los cuales cerca de la mitad estaba sin diagnóstico y solo 60 % de los diagnosticados estaba en tratamiento farmacológico y apenas poco más de la mitad con cifras de buen control.

Con una prevalencia de 25.5 %, según la Encuesta Nacional de Salud a medio camino de 2016, es entonces una fuente importante y abundante de morbilidad y mortalidad para las estadísticas epidemiológicas en México³. Cabe destacar que la hipertensión arterial sistémica, no es una enfermedad aislada en la mayoría de los casos, sino coexiste con otras entidades nosológicas como obesidad, dislipidemia y diabetes llegando a integrar síndrome metabólico en la mayoría de los casos. Por otra parte, ya ha quedado demostrado estadísticamente en la literatura médica desde hace mucho tiempo, que la hipertensión arterial sistémica disminuye los años de vida saludable del individuo al momento del diagnóstico, al igual que representa gastos millonarios al sector salud en la atención

médica y tratamiento de sus complicaciones agudas y crónicas. Rosas Peralta⁴⁻⁶ refiere:

La hipertensión es el factor de riesgo modificable más común para enfermedad cardiovascular (ECV) y muerte. El mayor riesgo asociado con la elevación de la presión arterial (PA) puede reducirse considerablemente por el tratamiento con fármacos antihipertensivos que disminuya tanto la PA como el riesgo de daño del órgano blanco.

Ahora hablemos un poco de la fisiopatología de la hipertensión arterial sistémica, que a pesar de ser compleja no deja de ser interesante para un mejor conocimiento médico, que, como bien cita Wagner Grau⁷:

En ella intervienen múltiples factores que tienen, en su mayoría, una base genética. Sin embargo, entre todos estos factores ha podido mostrarse que es el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) el que tiene mayor importancia puesto que, de algún modo, condiciona la acción de otros factores humorales y/o neurales, tales como producción de endotelina, la inhibición del óxido nítrico (NO) o de la prostaciclina (PGI₂), la acción de catecolaminas o de vasopresina (AVP), del factor ouabaina-sensible o FDE, del tromboxano A₂ (TxA₂) y de diversas sustancias vasopresoras endógenas.

Las nuevas guías internacionales como el Joint National Committee (JNC8), autoridad a nivel internacional en dictaminar algunas pautas diagnósticas y terapéuticas, se fundamentan en la mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de la hipertensión⁸.

¿Y cómo se define hipertensión arterial sistémica? Sin duda alguna la respuesta depende de la guía en la que nos fundamentemos, por ejemplo el JNC8 define hipertensión arterial sistémica a cifras tensionales mayores o igual de 130/80 mmHg⁸. Además de que el término de prehipertensión dejó de utilizarse a partir del JNC8, a cambio la norma oficial mexicana NOM-030-SSA2 nos dicta que hipertensión es a partir de igual o

mayor de 140 en presión sistólica y mayor o igual a 90 en presión diastólica ¹, cifras las cuales la sociedad europea de cardiología las toma como presión normal alta. Rubio Guerra comenta, “*a partir de las cifras de presión arterial 115/75 mmHg, por cada 20 mmHg de aumento en la presión sistólica, o 10 mmHg de aumento en la diastólica, el riesgo de mortalidad cardiovascular se duplica*” ⁹.

¿Cómo se trata la hipertensión?, existen más de 60 tipos de antihipertensivos en el catálogo farmacológico a nivel mundial, instalar el tratamiento con solo el antihipertensivo es un paradigma que se tiene que abandonar urgentemente pues aunque no es nueva, existe evidencia sólida y bien sustentada, que la decisión terapéutica basada en el nivel de riesgo cardiovascular y no únicamente en las cifras tensionales es mejor, la indicación de la administración de estatinas se basa en el riesgo cardiovascular del sujeto a 10 años, de manera independiente a las concentraciones séricas de lipoproteínas de baja densidad. Pero a pesar de los nuevos avances de hoy día, en la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento sigue existiendo alta prevalencia de hipertensión arterial sistémica en México, ¿es acaso la falta de apego terapéutico unas las grandes fuentes de prevalencia?, la Organización Mundial de la Salud, define adherencia terapéutica como, “*el grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria*” ¹⁰. Añadido a esto, Luna Becerra, asevera “*la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta 75% de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (HTA) en Estados Unidos, los cuales no logran un control óptimo de la presión arterial*” ¹¹. La baja o nula adhesión a los fármacos es la principal causa de descontrol de la HTA. Actualmente, hay en la literatura médica múltiples cuestionarios que auxilian a los investigadores en la medición de la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, entre los cuales, se encuentra el “Cuestionario para la evaluación

de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)” ¹².

En estudio realizado en Zapopan, jalisco determino el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar, utilizaron los instrumentos de Morisky-Green-Levine (MGL) y Brief Medication Questionnaire (BMQ) para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HAS ¹¹.

Se tomó una población de 348 pacientes con hipertensión, de los cuales 32.47% (n=113) correspondía al sexo masculino y 67.53% (n=235) al sexo femenino. Con base en la escala MGL, se encontró que 52.01% (n=181) contaba con adecuada adherencia terapéutica y 47.99% (n=167) no tenía adherencia terapéutica. En la escala de BMQ, se mostró que 52.30% (n=182) tenía incumplimiento terapéutico y 47.70% (n=166) presentó cumplimiento terapéutico ¹¹.

Otro estudio realizado en la colonia “Juan Escutia” en la delegación Iztapalapa, en la ciudad de México. El objetivo de este estudio fue, conocer la frecuencia de la adherencia terapéutica de los pacientes que cursan con hipertensión arterial sistémica y los factores que coadyuvan o limitan la adherencia ¹².

El promedio de edad de los encuestados es de 60 años; el 69% toma sus medicamentos con regularidad, en tanto que el 66% asiste siempre a consulta. Como factores que influyen, 64% tienen cobertura de salud, 67% siempre tienen apoyo moral de familiares y amigos; el 85% manifiesta claridad en las indicaciones. Otras situaciones que influyen en la adherencia son la disponibilidad de tiempo, la distancia y el desinterés ¹³.

Ahora nos preguntamos ¿Existe un adecuado apego terapéutico y a la NOM-030-2009, de pacientes con hipertensión arterial sistémica crónica del núcleo básico 1, del centro de salud urbano “Santa Clara”, ¿Tapachula? El presente trabajo tiene como propósito determinar el apego a la NOM-030-SSA2 y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se tomó una muestra de 23 derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, cuyas edades oscilaban entre 50-89 años del núcleo básico 1 del centro de salud “Santa Clara Tapachula”, de la secretaria de salud, en la ciudad de Tapachula, Chiapas, México. Que acuden y están bajo control y vigilancia mensual en la consulta externa de medicina general. La selección se llevó a cabo con la población de pacientes que estuvieron en control y en el tarjetero universal del núcleo 1. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años de edad, estar adscrito al núcleo básico 1, ser portador de hipertensión arterial sistémica como enfermedad única o con-morbilidades como diabetes mellitus y síndrome metabólico y haber aceptado el aviso de privacidad de datos. Las variables incluidas fueron: sexo (hombre o mujer), edad (años), consumo de sal en la dieta, actividad física y adherencia al tratamiento (cuestionario validado de Martin-Bayarre-Grau en formato digital). También se evaluaron los respectivos expedientes clínicos para verificar las actividades que enuncia la NOM-030-2009, con una encuesta tipo (lista de cotejo, no validada en formato digital). La adherencia terapéutica para hipertensión crónica se clasificó como: no adherido, parcialmente y totalmente adherido. Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico de Google docs forms®. Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con los reglamentos institucionales en materia de investigación, ética y bioética del comité de bioética del distrito de salud VII, de la Ley General de Salud y la declaración de Helsinki^{13, 14}.

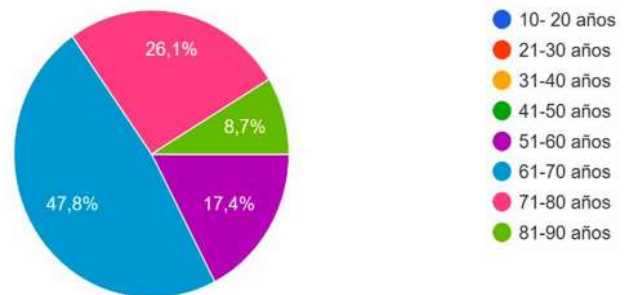
RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de Martín-Bayarre-Grau, se muestran a continuación a través de gráficas y tablas. Cabe destacar que el 100 % de los pacientes encuestados aceptaron el aviso de privacidad.

Se encuestaron 23 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, con respecto a la distribución por sexo de la población encuestada se observó que el 60.9 % fueron mujeres, en contraste con el 39.1 % de hombres. Porcentaje paralelo a la prevalencia nacional de hipertensión por sexo. De las 14 mujeres encuestadas el 100% se dedican a ser amas de casa, en razón de los hombres solo 2 tienen empleo y 7 están desempleados.

La población encuestada fue clasificada en grupos de edades, tal como se observa en la *Figura 1*. Se observó un notorio aumento de la población a partir del intervalo 41–50 años hasta el 81–90 años. Nótese que la población con mayor prevalencia se encontró en el grupo de 61-70 años compatible con la prevalencia nacional de HTA; según el ENSANUT MC 2016 del Instituto Nacional de Salud Pública³.

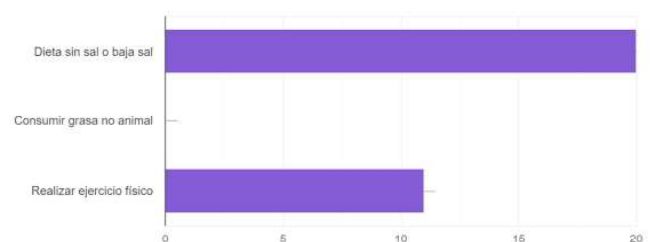
Figura 1. Distribución por grupos etarios.



Fuente: Elaboración propia (2022).

Con respecto al tratamiento dietético, se abordaron el uso de dietas sin sal o baja en sal, el consumo de grasa de origen no animal y la práctica de ejercicio físico, tal como se observa en la *Figura 2*.

Figura 2. Medidas higiénico-dietéticas.



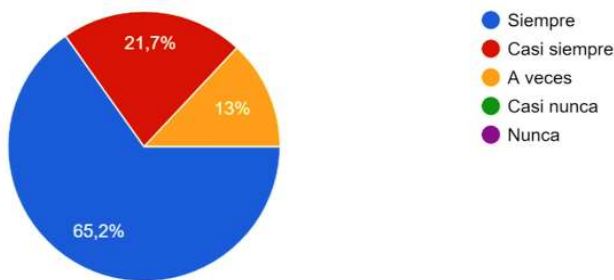
Fuente: Elaboración propia (2022).

El 100 % de los pacientes del estudio se encontraba en uso de algún tratamiento

farmacológico, más del 75 % (78.3 %) indicó ingerir sus medicamentos en el horario establecido versus 5 personas (21.7 %) quienes indicaron no realizarlo de esa manera. Así mismo, el 95.7 % (22 pacientes) indicaron utilizar la dosis indicada por el médico, mientras que el paciente restante indicó no utilizar la dosis indicada en todas sus tomas. No deja de ser preocupante que, aunque el porcentaje es bajo (4.3 %); exista falta de apego a la dosis farmacológica indicada por el médico, esto evidencia el requerimiento de implementar medidas de educación para la salud dirigidas a pacientes.

En la *Figura 3* se puede apreciar con claridad el porcentaje de la población que acude siempre a la consulta de valoración mensual programadas, del total, 34.7 % no lo hace así, aportando distancia a un buen apego terapéutico

Figura 3. Asistencia a consultas médicas programadas.

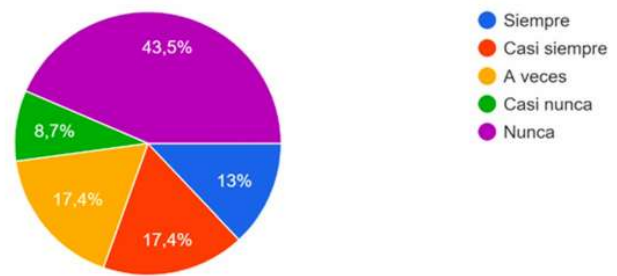


Fuente: Elaboración propia (2022).

Al valorar apego a medidas higiénico-dietéticas, se observó que menos de la mitad de la población (39.1 %) siempre cumple con la dieta, sin embargo, el resto de la población (60.9 %), no lo hace, otro factor que aleja a los pacientes de un adecuado apego terapéutico. Ahora bien, también fue posible observar que 43.5 % de la población encuestada nunca realizan actividad física (*Figura 4*), misma que resulta una de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud para el adecuado control de la HTA, cabe destacar que, a pesar de que no es el resultado esperado para el adecuado control, las causas mencionadas en los pacientes que evitan el desarrollo de actividad física regular, son justificadas, entre ellas se encontraron edad avanzada o presencia de

alguna discapacidad.

Figura 4. Cumplimiento de régimen de actividad física indicada.

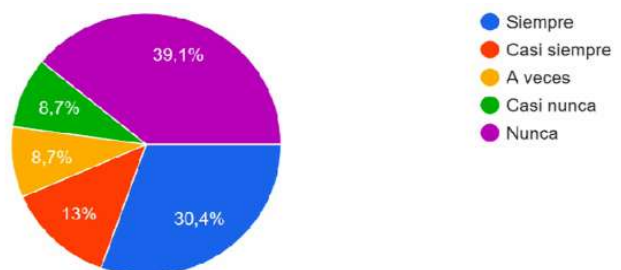


Fuente: Elaboración propia (2022).

Al analizar la independencia de los pacientes para la toma de medicamentos, se encontró que el 69.6 % no requieren apoyo de familiares o amigos, lo que resulta satisfactorio para un buen apego a la terapia; aunado a esto, 73.9 % de los pacientes concordó en que no requerían realizar grandes esfuerzos para el seguimiento de su tratamiento, sin embargo, resulta necesario la implementación de acciones que permitan mejorar el porcentaje o en su defecto asegurar la toma asistida y adecuada de medicamentos para el resto de los pacientes.

Igualmente se indagó acerca de las necesidades de utilizar alarmas o recordatorios para facilitar el apego al tratamiento, como se puede observar en la *Figura 5*, solo 9 pacientes (39.1 %), mencionaron no necesitar utilizar ningún recordatorio, versus 30.4% quienes indicaron dificultades para llevar el tratamiento con la consiguiente necesidad de utilizar siempre un recordatorio.

Figura 5. Uso de recordatorios para facilitar cumplimiento del tratamiento farmacológico.



Fuente: Elaboración propia (2022).

Finalmente, el 100 % de los pacientes, afirmaron que siempre deciden de manera conjunta con el médico el tratamiento a seguir, y analizan juntos como cumplir dicho tratamiento, así como la

posibilidad de siempre manifestar su aceptación al tratamiento prescrito por su médico.

Como se puede observar en la *Tabla 1*, un total de 19 pacientes (82.6 %) estaban totalmente adheridos al tratamiento, 4 (17.4 %) parcialmente y ningún paciente en la categoría no adheridos. La muestra estaba conformada por 14 pacientes de sexo femenino y 9 del sexo masculino. 77.7% de los hombres tenía adherencia total y 85.71 % de las mujeres estaban totalmente adheridas al tratamiento; 14.29% de estas últimas presentaron adherencia parcial.

Tabla 1. Resultados de adherencia terapéutica*

Paciente	Sexo	Puntaje obtenido	Interpretación
1	Hombre	48	Totalmente adherido
2	Hombre	44	Totalmente adherido
3	Mujer	45	Totalmente adherida
4	Mujer	36	Parcialmente adherida
5	Hombre	42	Totalmente adherido
6	Mujer	42	Totalmente adherida
7	Mujer	42	Totalmente adherida
8	Mujer	42	Totalmente adherida
9	Hombre	43	Totalmente adherido
10	Mujer	41	Totalmente adherida
11	Mujer	40	Totalmente adherida
12	Mujer	38	Totalmente adherida
13	Hombre	45	Totalmente adherido
14	Hombre	38	Totalmente adherido
15	Mujer	41	Totalmente adherida
16	Hombre	34	Parcialmente adherido
17	Mujer	38	Totalmente adherida
18	Mujer	32	Parcialmente adherida
19	Hombre	42	Totalmente adherido
20	Mujer	40	Totalmente adherida
21	Mujer	42	Totalmente adherida
22	Hombre	35	Parcialmente adherido
23	Mujer	43	Totalmente adherido
Nivel de adherencia		n	%
Totalmente adheridos		19	82.6
Parcialmente adheridos		4	17.4
No adheridos		0	0

* Obtenido a partir de las respuestas del del cuestionario de Martín- Bayarre-Grau (MBG)¹². Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Totalmente adheridos de 38 a 48 puntos, Parcialmente adheridos 18 a 37 puntos y No adheridos entre 0 y 17.

Fuente: Elaboración propia (2022)

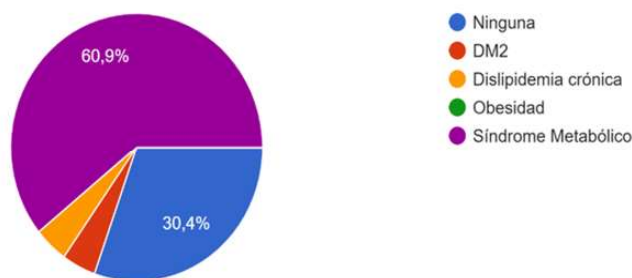
En las siguientes graficas se hace la descripción de los resultados obtenidos a través de la lista tipo cotejo realizada a los expedientes de pacientes con hipertensión con previa autorización por parte de la responsable de la unidad.

Los 23 expedientes de pacientes con HAS participantes del estudio, contenían historia clínica completa y las respectivas notas de evolución en las cuales se presentan los datos respectivos de peso, talla, cifras de tensión arterial, índice de masa corporal (IMC) y hábitos de alimentación. Así mismo, se encontró evidencia escrita en el 100 % de los expedientes, sobre el control de cifras de tensión arterial, y tratamiento farmacológico prescrito por el médico, así como control mensual de la enfermedad y vigilancia de sus complicaciones, cabe destacar que, debido a la pandemia provocada por el virus SARS-COV-2, se suspendieron los grupos de ayuda mutua.

En la *Figura 6* se observa que la mayoría de los pacientes con 60.9 % (14), padecen hipertensión en el contexto de síndrome metabólico, 1 paciente padece además de HAS, dislipidemia crónica; y otro presenta como comorbilidad diabetes mellitus tipo 2. El 30.4 % restante (7) solo son portadores de hipertensión crónica sin comorbilidad agregada.

El 100 % de los pacientes lleva control de peso a través de IMC. Así también en los 23 expedientes se encontró evidencia escrita de adopción y fortalecimientos de estilo de vida saludable y educación para la salud.

Figura 6. HAS y presencia de comorbilidades.



Fuente: Elaboración propia (2022).

Se pretendió realizar la valoración de pacientes que redujeron el consumo de alcohol, desafortunadamente la mayoría de los casos no pudo ser valorable por cuestiones como falta de seguimiento, notificación y/o reporte plasmado en el expediente. Solo fue posible valorar 4 expedientes, de los cuales 2 evidenciaron haber realizado reducción del consumo y 2 no. Así también se encontró que solo un paciente no incorporó como parte de las medidas, la reducción en el consumo de sal en la dieta; por el contrario no se encontró evidencia escrita de que se realizará un adecuado control con respecto a la ingesta de potasio en los pacientes.

En la mayoría de los expedientes (87 %), no se encontró evidencia escrita de que se realice clasificación del riesgo cardiovascular, cayendo en incumplimiento en una de las acciones que nos indican la norma oficial correspondiente a hipertensión crónica. Además, se encontró que el 100 % de los expedientes no cuentan con valoración de ojo, debido a que no cuentan con oftalmoscopia en la unidad;

Con respecto a estudios de laboratorio, ese observó que a excepción de 1 persona, todos los expedientes cuentan con estudio de creatinina sérica, por al menos 1 vez al año. Igualmente se observó la misma frecuencia para hemoglobina, glucosa sérica, y examen general de orina.

Por su parte, se encontró que 3 pacientes del estudio, no cuentan con estudios de perfil de lípidos en sus expedientes clínicos; cifra que aumenta a 6 pacientes en lo referente a análisis de sodio y potasio séricos.

Finalmente, en cuanto a estudios complementarios, se observó que la frecuencia con la que se realizó un electrocardiograma en los expedientes revisados fue anual, así mismo, en 13 % (3) de los expedientes, no se encontraron los registros de la realización de dichos electrocardiogramas de control anual. Es necesario también destacar que, en ningún expediente se encontró evidencia de implementación de ecocardiograma, esto debido a la falta de disponibilidad para la realización de este estudio en la unidad médica.

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial sistémica en sus dos modalidades, primaria o esencial y secundaria es sin duda uno de los grandes males que se viven en pleno siglo XXI, tanto en México como en el mundo. Proyecciones realizadas demuestran que a corto plazo la prevalencia e incidencia de esta enfermedad no disminuirá.

A lo que concierne, de la comprobación de la hipótesis, estas pueden o no comprobarse con datos. Son explicaciones tentativas, no los hechos en sí. Como esta investigación es un proceso transversal, descriptivo y cuantitativo, sometimos a nuestra hipótesis a prueba o escrutinio empírico para determinar si es apoyada o refutada por los datos obtenidos. En realidad, no podemos probar que una hipótesis sea verdadera o falsa, sino argumentar que fue apoyada o no de acuerdo con ciertos datos analizados en la investigación. Desde el punto de vista técnico no se acepta una hipótesis a través de un estudio, sino que se aporta evidencia en su favor o en su contra. Cuantas más investigaciones apoyen una hipótesis más credibilidad tendrá; y por supuesto, será válida para el contexto (lugar, tiempo y sujetos participantes) en que se comprobó.

A partir de todos los datos obtenidos, analizados y presentados, se concluye que nuestra hipótesis es apoyada por los datos recabados y analizados; se propuso que la mayoría de los pacientes presentaría un adecuado apego terapéutico y los expedientes cumplirían la mayoría de las acciones que emite la norma oficial. Así pues, como se pueden ver en la *Tabla 1* para adherencia terapéutica y en los análisis correspondientes a las acciones que enmarca la norma, entre las que se incluye lo referente a reducción de consumo de alcohol, consumo de sal, y implementación de análisis de laboratorio y estudios complementarios.

Se realizó de manera exitosa, los objetivos planteados al principio del estudio, los cuales fueron: determinar el apego terapéutico y a la NOM-030-2009, de pacientes con hipertensión

arterial sistémica crónica, calcular la prevalencia de adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial sistémica crónica y corroborar el seguimiento constante y control de cifras tensionales de pacientes con HAS. Además, se pudo conocer el apego al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión arterial.

Se determinó en el presente estudio que alrededor de 20 % de la población con hipertensión analizada, no tiene un buen apego al tratamiento terapéutico, este resulta un dato preocupante, sobre el cual se deben de implementar tácticas de intervención en salud. Como alcances de esta investigación, se menciona que existen pocos estudios que evalúen la adherencia terapéutica en pacientes con HAS en México; en Tapachula, Chiapas y en el centro de salud referido, no se cuenta con ningún antecedente de este tipo de estudios, lo que da la pauta para nuevas investigaciones. Sin embargo, desde hace más de una década han existido algunas investigaciones centradas en determinar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión crónica, en unidades de medicina familiar, en otras partes del país, los resultados han sido semejantes a esta investigación, de 50 % a 85 % de adherencia terapéutica y al igual que en el presente estudio, existe una prevalencia más alta de HAS en el sexo femenino.

Maldonado Reyes y sus colaboradores realizaron un estudio en una unidad de medicina familiar en Reynosa, Tamaulipas determinó la prevalencia de adherencia terapéutica del paciente hipertensos, mediante la aplicación del cuestionario Martín-Bayarre-Grau a 322 pacientes; entre los resultados se observó que 39 % (126) de los pacientes, tenía adherencia total al tratamiento, 59 % (190) presentaban adherencia parcial y 2 % (6) se colocó en el rubro de no adherido¹⁶.

Otro antecedente a destacar, fue el realizado por Pan et al, en la ciudad de Xi an, en China, de carácter transversal, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de adherencia al tratamiento

antihipertensivo, así como identificar cualquier factor de riesgo asociado en una muestra de 488 pacientes hipertensos en un hospital terciario. En este se encontró que el 27.46 % de los pacientes cumplieron con sus tratamientos antihipertensivos. Además, se identificaron tres factores asociados de forma independiente con la adherencia al tratamiento: sexo ($p = 0,034$), residencia ($p = 0,029$), duración de la hipertensión ($p < 0,001$). Se encontró que el sexo, la residencia, la ocupación y la duración del tratamiento con fármacos antihipertensivos utilizados presentaron efectos significativos sobre la adherencia al tratamiento en determinadas categorías. La adherencia al tratamiento entre los pacientes hipertensos en China fue deficiente¹⁷.

Estos datos, a nivel internacional nos hace considerar necesario el diseñar de estrategias efectivas para abordar los factores que afectan la adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

Los datos referidos en este trabajo, confirman la importancia de la detección la adherencia terapéutica; aunque uno de los aspectos aún no resuelto es cómo incrementar la adherencia, creemos que, promoviendo la salud, la educación y la prevención de comorbilidades es la mejor forma para hacerlo. La promoción de la adherencia terapéutica debe ser una meta de tratamiento en sí mismo, es decir, el paciente debe tener conciencia de la importancia de la misma para mejorar su calidad de vida a mediano y largo plazo.

Como sabemos en México disponemos de un servicio de salud que proporciona servicio médico y medicamentos gratuitos, el cual es muy importante para la población, ya que evita un gasto excesivo, que en salud publica se denomina "gasto catastrófico".

Aunque dado el contexto social, económico, cultural y de la capacidad de los servicios de salud en el país, es difícil pensar en alcanzar el cien por ciento de la adherencia; es necesario continuar con los esfuerzos de educación y promoción por parte del personal de salud, en

este caso, los médicos en formación como médicos pasantes del servicio social. En conclusión, la falta de adherencia conlleva a riesgos de manera latente como hospitalizaciones recurrentes por complicaciones relacionadas, las cuales ponen en riesgo la economía de las instituciones de salud, pero, sobre todo, el bienestar del paciente, así como la relación y productividad familiar.

REFERENCIAS

- Secretaría de Salud. I. Resumen integrado Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex Cardiol* [Internet]. 2012;23(1):4-38. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2012/hs121a.pdf>
- Rosas-Peralta M, Borraro-Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. *Gac Med Mex* [Internet]. 2018;154:633-7. Available from: https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n6/GMM_6_18_633-637.pdf
- Hernández Ávila M, Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Cuevas Nasu L, Gómez Acosta LM, Gaona Pineda EB, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016). Informe final de resultados. [Internet]. México; 2016 Oct. Available from: http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf
- Rosas-Peralta M, Palomo-Piñón S, Borraro-Sánchez G, Madrid-Miller A, Almeida-Gutiérrez E, Galván-Oseguera H, et al. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016;54(1):S6-51. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/imss161b.pdf>
- Rosas-Peralta M, Borraro-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor. Recomendaciones para la práctica clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016;54(1):S75-7. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457746536005.pdf>
- Rosas Peralta M, Medina Concebida LE, Borraro Sánchez G, Madrid Miller A, Ramírez Arias E, Pérez Rodríguez G. Hipertensión arterial sistémica en el niño y adolescente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016;54(1):S52-66. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiE_pmMt638AhVjkWoFHfayDMsQFnoECBEQAQ&url=http://www.revista medica.imss.gob.mx/%2Feditorial/%2Findex.php/%2Frevista_medica_imss_gob_mx/%2Feditorial/%2Findex.php/%2Farticulo/%2Fdownload/%2F422/%2F911&usq=A0vVaw2g4a2Pq1RnCX8i4jN
- Wagner Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos Pathophysiology of hypertension: New concepts. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2018;64(2):175. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a04v64n2.pdf>
- Abel N, Contino K, Jain N, Grewal N, Grand E, Hagans I, et al. Eighth Joint National Committee (JNC-8) Guidelines and the Outpatient Management of Hypertension in the African-American Population. 2015; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677468/pdf/NAJMS-7-438.pdf>
- Rubio-Guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? *Med Interna México* [Internet]. 2018 ;34(2):299-303. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n2/0186-4866-mim-34-02-299.pdf>
- Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Leg JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grup Ángeles* [Internet]. 2018 Jul ;16(3):226-32. Available from: www.medigraphic.org.mx/aceptado:05-02-2018_Estecarticuloledeserconsultadoenversióncompletaenhttp://www.medigraphic.com/actamedica
- Luna-Breceda U, Haro-Vázquez S del R, Urioste-Espíritu LC, Barajas-Gómez T de J, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Fam* [Internet]. 2017;24(3):116-20. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2017/af173f.pdf>
- Martín Alfonso L, Bayerle Vea HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2008 Jan;34(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-34662008000100012
- Cabrera Jiménez M, López Molina J, Villaseñor Almaraz M, Hernández Jiménez JC, Granados Gurrola AD, Reyes Tinoco R, et al. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia "Juan Escutia", Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2013. *VERTIENTES Rev Espec en Ciencias la Salud* [Internet]. 2013 Nov 6;16(2):62-8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2013/vre132d.pdf>
- Camara de diputados del Honorable Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud [Internet]. Secretaría de Salud México; 2014 p. 1-31. Available from: <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/Reglamentos.aspx>
- Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Helsinki; 2017. p. 1-4. Available from: <https://pdf.it.dev.acw.website/please-and-thank-you?url=https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicinas-en-seres-humanos/&pdfName=declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos>
- Maldonado-Reyes FJ, Hugo Vázquez-Martínez V, Loera-Morales JI, Ortega-Padrón M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. *Atención Fam* [Internet]. 2016 Mar 14;23(2):48-52. Available from: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/54784
- Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Med (United States)* [Internet]. 2019;98(27). Available from: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/07050/Determinants_of_hypertension_treatment_adherence.27.aspx
- Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, Brown AS, et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: A report of the american college of cardiology foundation task force on clinical expert consensus documents. *Circulation* [Internet]. 2011 May 31;123(21):2434-506. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0b013e31821daaf6>
- Arredondo A, Recaman AL, Azar A. Socioeconomic Determinants and Health Disparities in Relation to Hypertension in Middle-Income Countries. *Am J Hypertens* [Internet]. 2017;30(4):355. Available from: www.who.int/social_determinants/themes/en/
- Ceitin J. Comentario editorial (I). Inercia clínica: otra cara del fracaso terapéutico. Evidencia, Actual en la Práctica Ambulatoria [Internet]. 2003;6(4):98-100. Available from: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/5160/2727>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. In: Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica: IMSS-076-08 [Internet]. México; 2014. p. 76. Available from: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (esh) and of the european society of cardiology (esc). *J Hypertens* [Internet]. 2013;31(7):1281-357. Available from: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2013/07000/2013_ESH_ESC_Guidelines_for_the_management_of.2.aspx
- Garrison S, Kolber M, Korownyk C, McCracken R, Heran B, Allan G. Blood pressure targets for hypertension in older adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;(8):47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483478/pdf/CD011575.pdf>
- Hackam DG, Quinn RR, Ravani P, Rabi DM, Dasgupta K, Daskalopoulou SS, et al. The 2013 Canadian hypertension education program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol* [Internet]. 2013 May 1;29(5):528-42. Available from: <http://www.onlinecjc.ca/article/S0828282X13000263/fulltext>
- Karter Y, Çurğunlu A, Altınışık S, Ertürk N, Vehi'd S, Mi'hmanli I, et al. Target organ damage and changes in arterial compliance in white coat hypertension. Is white coat innocent? *Blood Press* [Internet]. 2003;12(5-6):307-13. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=iblo20>
- National Clinical Guideline Centre, London: Royal College of Physicians. Hypertension The clinical management of primary hypertension in adults Clinical Guideline 127 Methods, evidence, and recommendations [Internet]. 127th ed. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance; 2011. 490 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83274/pdf/Bookshelf_NBK83274.pdf
- Phillips LS, LastNameLastNameLastNameBranch Jr. WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* [Internet]. 2001 Nov 6;135(9):825-34. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/0003-4819-135-9-200111060-00012>
- Ramiro H. M. Inercia Clínica. *Med Interna México* [Internet]. 2011 Jul;27(4):325-6. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim114b.pdf>
- Chobanian A V, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* [Internet]. 2003;42(6):1206-52. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/cht-book.htm>
- Verdecchia P. Prognostic value of ambulatory blood pressure: Current evidence and clinical implications. *Hypertension* [Internet]. 2000;35(3):844-51. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01.HYP.35.3.844>

Citar como: Morales Escobedo, JM; Hernández Gamboa, LE; Apego terapéutico y a la NOM-030-2009, de pacientes hipertensos del centro de salud en Tapachula. *AMU*. 2023; 1(3): 138-147. Doi: [10.31644/AMU.V01.N03.2023.A14](https://doi.org/10.31644/AMU.V01.N03.2023.A14)