

ROL SOCIOECONÓMICO Y LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL - CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA¹

SOCIOECONOMIC ROLE AND COMPLIANCE TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION - NURSING CONTRIBUTION

Cleotilde García-Reza², Martha Landeros López³, Regina Célia Gollner Zeitoune⁴,
Gloria Solano-Solano⁵, Leticia Alvarado Ávila⁶, Matiana Morales Del Pilar⁷

RESUMEN

Introducción: La salud de las personas en México se ve actualmente afectada por las enfermedades cardiovasculares, entre las que incide la hipertensión arterial como el principal precursor de estas, con un nivel de adherencia seriamente comprometido, pese a existir un tratamiento efectivo para su control. **Objetivo:** El propósito de este estudio fue analizar la relación entre la adhesión al tratamiento y su efecto basado en el nivel socioeconómico en pacientes con hipertensión arterial en una población mexicana, durante diciembre de 2010. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal, en una muestra de 161 pacientes adultos mayores. **Resultados:** Los resultados evidenciaron: promedio de edad 56±14 años; 83% de ellos, son mujeres con menos de cinco años de escolaridad; cabe destacar la relación significativa entre las variables de adherencia y el control de la presión arterial. **Discusión y Conclusiones:** Los resultados reflejan la necesidad de disminuir las cifras elevadas de padecimientos, incluso decesos, por esta enfermedad. No cabe duda que el nivel socioeconómico de la población representa uno de los probables mecanismos implicados en la incidencia de hipertensión arterial. (Rev Cuid 2012;3(3):280-6).

Palabras clave: Enfermería, Hipertensión, Clase Social, Cumplimiento de la Medicación. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Introduction: The health of people in México is currently affected by cardiovascular diseases, including hypertension stands out as the main precursor of these, with a seriously compromised grip level, although there an effective treatment for control. **Objective:** The aim of this study was to analyze the relationship between treatment adherence and its effect based on socioeconomic level in hypertense patients in a population in the State of Mexico in December 2010. **Materials and Methods:** A cross sectional study in a sample of 161 elderly hypertense patients. **Results:** age average 56 ± 14 years; 83% are woman with 5 years or less of schooling; it is worth mentioning the significative links between the variables of adherence and blood pressure control. **Discussion and Conclusions:** Results reflect the need to improve the disturbing and deadly high levels of arterial pressure. There is no doubt that the effect of socioeconomic status in the population behind the results as one of the possible mechanisms involved in the incidence of arterial hypertension.

Key words: Nursing, Hypertension, Social Class, Medication Adherence. (Source: DeCS BIREME)

¹ Artículo Original de Investigación.

² Doctora en Enfermería. Profesora Líder del Cuerpo Académico de Enfermería y Cuidado a la Salud, Perfil Promep de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Correspondencia: Teléfono (01)713133 8218. Teléfono (01)7222173308. E-mail: cgarc0506@yahoo.com.mx.

³ Doctorado en Enfermería. Profesora-Investigadora. Perfil Promep. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. UASLP.

⁴ Doctora en Enfermería. Professor Titular EEAN/UFRJ/ Investigador Nupenst (Investigador Principal).

⁵ Doctora en Enfermería. Profesora en Enfermería, Perfil Promep, Integrante del Cuerpo Académico de Psicología. Línea de Investigación Comunitaria de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

⁶ Estudiante de Maestría en EQ de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

⁷ MSHO. Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. Integrante del Cuerpo Académico Enfermería y Cuidado a la Salud, Perfil Promep.

Artículo recibido el 20 de Septiembre de 2012 y aceptado para publicación el 12 de Noviembre de 2012.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un problema de salud que afecta a más de mil millones de personas; según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), se calcula que para 2025 más de 1 500 millones de personas padecerán hipertensión. Esto significa que uno de cada tres adultos mayores de 25 años presentará algún factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. La HAS incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y el accidente cerebrovascular (ACV) hasta ocho veces (2,3).

El cumplimiento terapéutico, tanto en dosis prescrita como la forma de administración, se refleja en la relación con el control de la HAS; el Reino Unido reporta 7%; Estados Unidos 30%; Venezuela, 4,5%; y México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2001), señala que de los 15,2 millones de personas con HAS, 23.9% muestran un buen control (4-5).

Estos datos reflejan el abandono al tratamiento, fenómeno creciente a escala mundial; desde su inicio, el nivel de adherencia está seriamente comprometido por el incumplimiento, ya que no depende exclusivamente de la colaboración del paciente, sino también está implícito el aspecto socioeconómico (estratos sociales menos favorecidos), reflejo de ello son los bajos ingresos y la mala salud lo cual coloca a los pacientes con HAS en desventaja, ya que perder la salud afecta de manera importante su economía incluso más que otros gastos de índole personal o familiar(6,7).

Es innegable que frente a alguna enfermedad, realizar cualquier tarea es difícil, las oportunidades de empleo están limitadas por los escenarios de pobreza, acentuando el desempleo, la miseria, la falta de información; esto trae consigo sufrimiento, desesperanza y ocasiona menor adherencia al tratamiento; la edad y la escolaridad pueden ser representativos del grado de adhesión, no se puede negar una relación directa: a menor capacidad de discernimiento, mayor distracción al cumplir con las indicaciones mínimas de un tratamiento a largo plazo y para toda la vida(4-9).

Conforme pasa el tiempo se van añadiendo nuevos fármacos al esquema terapéutico del paciente, generalmente, es polimedicado cuando llega a la edad de más 65 años, aparecen mayor reacciones adversas e interacciones farmacológicas, se olvidan y confunden las diferentes dosis, posologías y recomendaciones son factores decisivos para la adherencia terapéutica y eleva la incidencia de enfermedad cardiovascular isquémica en el mundo (3, 7,10).

Medir la adherencia al tratamiento es un desafío para el profesional de enfermería, la idea central de este reto es mejorar el cuidado a la adherencia terapéutica. Con la intervención de enfermería se pueden disminuir eventos como infartos y accidentes cardiovasculares, en los estratos económicos menos favorecidos, situación que se presenta tanto en América Latina como en el resto del mundo. La OMS define la adherencia como

el grado del comportamiento de quien debe tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en su modo de vida, lo que se corresponde con recomendaciones realizadas por un prestador de asistencia sanitaria (1, 7,11).

Respecto a la decisión para cambiar las recomendaciones y medicamentos, no existe un “patrón de oro” para medir el comportamiento de adherencia terapéutica de una persona polimedicada. Existen obras (3,4), en las cuales se recomienda el empleo de el Test de Morinsky-Green, instrumento fiable y fácil de administrar respecto a la adherencia al tratamiento de la HAS, que evalúa la adherencia de los pacientes con riesgo de presión arterial no controlada (5,12).

Una vez considerados estos antecedentes, se propuso el siguiente objetivo: Evaluar la relación entre la adhesión al tratamiento y el nivel socioeconómico en adultos mayores con hipertensión arterial en un centro de salud mexiquense.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en una muestra poblacional de 161 pacientes con hipertensión arterial de tres centros de salud del Estado de México, seleccionados de forma circunstancial. Participaron 141 mujeres y 20 hombres mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial, con registros completos en su ficha clínica, sin presencia de insuficiencia renal, o algún daño neurológico; una vez notificados del objetivo de la investigación, aceptaron y firmaron el consentimiento libre e informado.

La recolección de datos fue llevada a cabo de junio a diciembre de 2010, utilizando un cuestionario con ítems para evaluar la condición económica, y elaborar el índice socioeconómico. Para su cálculo fueron considerados tres indicadores: escolaridad, ingreso mensual y ocupación; siendo éstos ordinales, es decir, contienen tres valores que señalan un nivel socioeconómico. Se construyó el indicador uno, como el valor de nivel bajo, los pacientes clasificados en esa categoría percibían menos de tres salarios mínimos mensuales, habían cursado menos de cinco grados escolares; algunos de ellos estaban desempleados, varias eran amas de casa, y otros, comerciantes ambulantes; el indicador dos se consideró como nivel medio, clasificando en esa categoría a pacientes que percibían de cuatro a seis salarios mínimos, contaban con seis a ocho años de escolaridad, y su ocupación era comerciante, obrero, o campesino; el indicador tres, nivel alto, lo formaban pacientes que percibían más de ocho salarios mínimos mensuales, con educación media básica y cuya ocupación era: profesor, empleado o comerciante.

El ingreso mensual fue clasificado en tres niveles: **bajo**, menos de tres salarios mínimos; **medio**, de cuatro a seis salarios mínimos; **alto**, mayor a ocho salarios mínimos. La escolaridad fue clasificada de acuerdo con García (13) **baja**, cuando el individuo es analfabeta o

ha cursado menos de cinco años de educación básica (primaria incompleta); **media**, aquel que cuenta con seis a ocho años de estudios (primaria completa, secundaria incompleta o preparatoria incompleta); **alta**, con más de nueve años de escolaridad (carrera técnica o licenciatura).

Para medir la adhesión al tratamiento se aplicó el Test de Morisky-Green, en su versión española. Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia a fármacos antihipertensivos y antirretrovirales contra el sida. Algunos estudiosos señalan su utilización (5,7,12), con el fin de mostrar su efectividad en diversos métodos e incrementar así la adherencia al tratamiento. El test está compuesto por cuatro preguntas, cuyas respuestas pueden ser: **Adherente**; se considera adherente a la persona que responde "NO" a las cuatro preguntas del Test; y **No adherente** cuando contesta "SI" en al menos una de las preguntas.

Variables de estudio:

- ¿Olvida tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
- ¿Descuida la hora en que debe tomar el medicamento?
- ¿Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar el medicamento?
- ¿Si alguna vez los medicamentos le hacen sentirse mal abandona el tratamiento?

El paciente se considera adherente cuando contesta:

- ¿Olvida tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión? **No**
- ¿Descuida la hora en que debe tomar el medicamento? **No**
- ¿Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar el medicamento? **No**
- ¿Si alguna vez los medicamentos le hacen sentirse mal abandona el tratamiento? **No**

El paciente se considera no adherente cuando contesta:

- ¿Olvida tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión? **No**
- ¿Descuida la hora en que debe tomar el medicamento? **Si**
- ¿Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar el medicamento? **No**
- ¿Si los medicamentos le hacen sentirse mal abandona el tratamiento? **No**

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 con la circunferencia braquial del individuo. Inicialmente se palpó el latido arterial braquial para colocar de manera adecuada el estetoscopio. 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 (PA), se midió indicando

a los participantes permanecer en reposo por cinco minutos, sentarse cómodamente y permanecer relajados como fuera posible. El procedimiento de medida de presión arterial siguió las recomendaciones de la NOM-030-1999 de hipertensión arterial (14).

La realización de este estudio fue autorizada por los responsables del centro de salud del municipio; el proyecto se turnó oportunamente al Comité de Bioética de la institución correspondiente, responsable del análisis y aprobación del proyecto, atendiendo lo estipulado por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el estudio se consideró sin riesgo, con base en su título segundo, artículo (14,15).

Una vez aceptado y considerando que la investigación no significaba riesgo alguno para los participantes, se les informó sobre los objetivos y sus beneficios, la confidencialidad y privacidad de sus datos durante la recolección de los mismos; para ello se solicitó a cada uno su consentimiento libre.

Todos los datos fueron procesados en el sistema *Statistic Package for Social Sciences* versión 17. La relación entre las variables fue evaluada con el test Chi-cuadrado, habiendo presentado posteriormente resultados y discusión a partir de la relación con la bibliografía consultada.

RESULTADOS

La población del estudio estuvo compuesta por 161 pacientes que presentaban hipertensión arterial, y cuya edad promedio es de 56 años, con una desviación estándar de 14 años. El 45 % tiene entre 40 y 49 años y 54 % más de 60. El 89% son mujeres casadas, dedicadas a labores del hogar, 17% comerciantes, 10% jubiladas, 4% empleadas domésticas. El 11% lo constituían hombres; 3% obreros; 46% casados, 54 % solteros; entre éstos, algunos viudos, varios en unión libre, y otros separados de su pareja en el momento de la entrevista.

Encontramos en las variables de ocupación y el índice económico una relación estadístico significativa $p = 0.0001$.

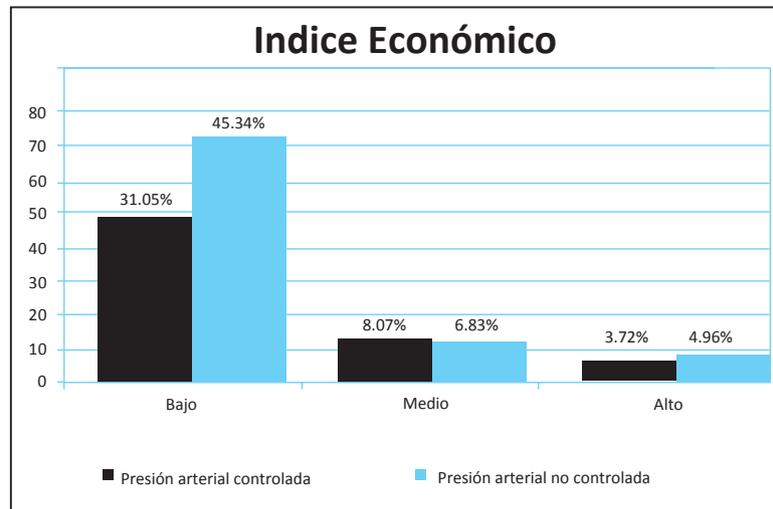
En cuanto a la procedencia, la mayoría son originarios del medio urbano (67%), en cambio, los que pertenecían al medio rural (33%), procedían de otras comunidades vecinas del centro de salud. De igual forma se observaron las condiciones habitacionales de los pacientes que viven con HAS; 98% manifestó poseer casa propia, con servicios de agua potable, electricidad y drenaje. El medio de transporte de mayor uso para esta población fue el colectivo, referido por 70% de los pacientes, y 30% indicaron contar con automóvil propio. Entre los pacientes con diagnóstico médico de HAS, sólo 92% están recibiendo tratamiento antihipertensivo; de ellos, sólo 13% tienen su PA controlada, y 87% no llevan algún control.

En relación con el nivel de escolaridad de los pacientes

con HAS, 82.2 % indicó tener un nivel de escolaridad bajo, seguido de aquellos de nivel medio (8.9%), y 8.9% con nivel alto. De los 161 pacientes con hipertensión

arterial, 42.8 % tenían su PA controlada, y 57.2% no tenían control (gráfica 1). En estas variables no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas $p = 0.102$.

Gráfica 1: Distribución de pacientes con presión arterial controlada y no controlada, según su nivel socioeconómico en un centro de salud del municipio de Toluca, estado de México 2010.

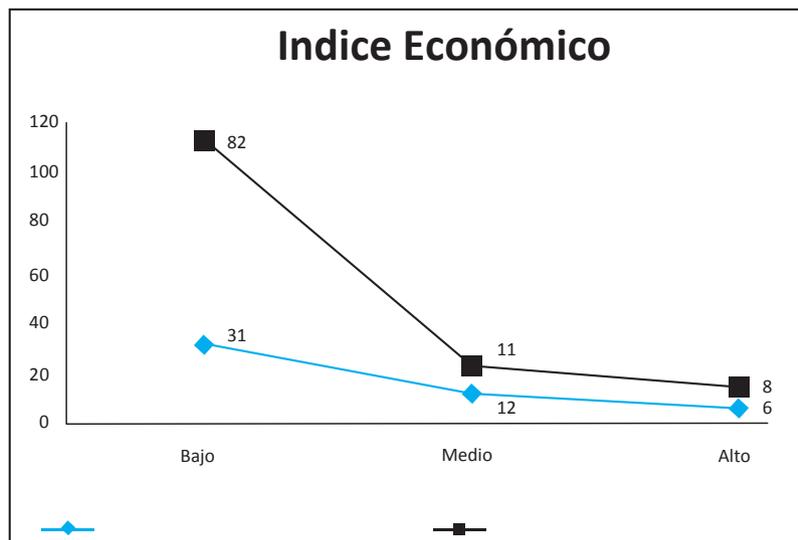


Respecto al nivel socioeconómico de los 161 pacientes con hipertensión arterial, 39% mostró tener un nivel bajo, es decir, percibían un ingreso menor a tres salarios mínimos mensuales, contaban con menos de cinco años de escolaridad, y su ocupación era: desempleado, ama de casa, o comerciante ambulante; de ellos, sólo 31.9% estaban con la PA controlada; entre los individuos con nivel socioeconómico medio, esto es, con seis a ocho años de escolaridad, cuatro a seis salarios mínimos mensuales y cuya ocupación era: comerciante, obrero, campesino (14.9%), sólo 8% están con presión arterial controlada; 8% cuenta con un nivel socioeconómico alto, y un ingreso de más de ocho salarios mínimos mensuales, nueve o más años de escolaridad, y una ocupación de profesor, empleado o comerciante, sin embargo, sólo

4% está con PA controlada, esta variable no expresó una relación estadístico significativa $p = 0.473$.

De acuerdo con el Test Morisky-Green, 82% de los pacientes se encuentran como no adherentes; de acuerdo con esta escala, contestaron en forma positiva por lo menos una de las cuatro preguntas. El 18% de los pacientes se trataba con el medicamento de mayor uso en centros de salud del Estado de México (captopril); de acuerdo con esta escala fueron quienes contestaron en forma negativa. Esos datos mostraron asociación estadísticamente significativa $p = 0.00083$ entre el nivel socioeconómico y el Test Morisky-Green (gráfica 2). La medición de la adherencia fue con este método, escala relativamente sencilla para su uso en estos pacientes.

Gráfica 2. Distribución de pacientes según su nivel socioeconómico, con base en el test de Morisky-Green, en un centro de salud del municipio de Toluca, estado de México 2010.



Asimismo, en cuanto al tratamiento farmacológico para la HAS, 92% de los pacientes indicaron llevar tratamiento con el medicamento antes mencionado, representado por 89%, en tanto 8% señaló no hacerlo debido a sus efectos secundarios: tos, cefalea, insomnio y náuseas. Resalta en este estudio la evidencia del uso de tratamientos alternativos; 71% de los pacientes con hipertensión asociaban la terapia prescrita por el médico, con té, acupuntura o jugos reductores de radicales libres.

DISCUSIÓN

De las variables propuestas para explicar la falta de adhesión, y su asociación con las características socioeconómicas de la población, sobresale: población representada por un alto porcentaje de mujeres amas de casa, de más de 60 años, con menos de cinco años de escolaridad y un ingreso mensual de uno a tres salarios mínimos. Esta condición se asocia con la supervivencia de la mujer, al incrementar la edad, el deterioro sensorial, involucra pérdida tanto de audición, como de visión, que ocasiona el no atender o comprender las recomendaciones del profesional de salud, convirtiéndolas, para estos pacientes, en una barrera que les impide continuar con los cuidados referentes a la adhesión al tratamiento, esta circunstancia de aprendizaje y otras realidades alteran la tasa de no adherencia y el control de los niveles PA, de cualquier persona sometida a un tratamiento para toda la vida. Ante este panorama, el trabajo cotidiano del profesional de enfermería se ve afectado hasta el punto de no comprender al paciente cuando afirma haber alterado la dosis y hora indicada para la toma de su medicación o, en otros casos, no haberlo tomado; es aquí cuando el juicio clínico de enfermería puede señalar de manera negativa al paciente y hacerlo más vulnerable ante el poco control de la HAS. Estos problemas son referidos por otros estudios (5,10,14).

Se ha descrito en términos de estabilidad económica, que existe una asociación directa entre escenarios de pobreza y mayor vulnerabilidad como causantes directos en la pérdida de la salud, condiciones que constituyen por sí mismas, una mayor complejidad, por el número de fármacos e intervenciones para el paciente, lo que se evidencia en el hecho de que aquéllos, consumidos diariamente, disminuyen la adherencia al tratamiento y control de la PA. En este sentido, la HAS es una epidemia mundial con complicaciones cardiovasculares que va cada día en aumento. Para prevenirla, su tratamiento tiene un objetivo principal: lograr el control de la PA y evitar complicaciones a largo plazo. Las intervenciones de enfermería deben ser continuas, día a día, en este grupo de personas con mínimos estudios, donde las desigualdades están presentes; reflejo de ello son sus bajos ingresos económicos, la inestabilidad laboral y la falta de oportunidades educativas que dificultan la adhesión del tratamiento (5, 10,16).

Estos datos revelan la condición económica de los pacientes con hipertensión arterial, considerando que en la mayoría de comunidades existen grupos frágiles, cuya probabilidad de enfermar, sufrir accidentes o morir es

considerable, y puede ser indicativo de una importante intervención de enfermería. Esto ejemplifica el trabajo interdisciplinario de los profesionales de enfermería, al dar respuesta al llamado que hace la OMS (2004) (2) para establecer programas continuos que logren disminuir muertes prematuras por enfermedades no transmisibles. Se necesitan esfuerzos conjuntos y un compromiso sólido con enfoque multidisciplinario para disminuir las desigualdades; no es una tarea aislada se requiere la participación de diversos sectores e incluso de aquellos ajenos a la esfera de la salud: el comercio, la agricultura, el empleo y la educación, acción que garantizará el abasto sostenible de alimentos nutritivos; la ingesta de alimentos más sanos; fomento del ejercicio físico, y un entorno familiar y laboral que refuerce positivamente las formas de vida sana en este contexto de estudio (15,17).

El Test de Morisky-Green es una escala de uso relativamente sencillo en estos pacientes. Puede ser utilizado inicialmente para identificar a los pacientes con problemas de adherencia, así como para controlar la manera de cumplir con el tratamiento, el cual, combinado con el recuento de comprimidos, puede ser un método excelente para lograr una mayor adhesión al tratamiento. Es evidente que la baja adherencia compromete delicadamente la efectividad a largo plazo del tratamiento indicado, además de predisponer a las personas a acortar su vida de forma innecesaria, que su calidad de vida no sea tan excelente como podría haber sido. La enfermedad genera transformaciones en la vida del paciente, y la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial es uno de los principales cambios. Para lograr el éxito las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a prevenir o retardar la aparición de enfermedades cardiovasculares originadas por la hipertensión arterial, complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adultas, joven y adulta mayor (12, 16,18).

La idea es mejorar el cuidado de la salud de estos pacientes, y así disminuir eventos finales como infartos y accidentes cardiovasculares. La promoción de la salud es una herramienta fundamental de los profesionales de enfermería para eficientar su intervención en el cumplimiento de la medicación: es indispensable informar al paciente sobre el nombre genérico y comercial del medicamento, comunicar el propósito del tratamiento y acción de cada uno de éstos, instruirle acerca de los procedimientos necesarios antes de la medicación; es decir, dosis, forma de administración, persistencia en la duración del tratamiento prescrito; acciones insustituibles para disminuir la mortalidad en América Latina y el Caribe (5,10,19).

En este estudio se resalta el uso que los pacientes con hipertensión hacen de tratamientos alternativos al asociar la terapia prescrita por el médico, con té, acupuntura o jugos reductores de los radicales libres. Acciones con las que buscan sobrevivir, y lograr un menor efecto secundario al cuidar el control de su PA, esto podría ser de gran utilidad al disminuir los riesgos propios de la enfermedad.

Los bajos niveles económicos en términos de estabilidad económica se asocian de manera directa con escenarios de pobreza, esto es, presentan mayor vulnerabilidad al enfermar dadas las condiciones menos favorables y de fuerte impacto para el futuro de esta población con HAS. La no adherencia al tratamiento es un problema en todos los ámbitos terapéuticos, por causas superiores a la capacidad de los pacientes comprometidas por otras barreras. No cabe duda que el nivel socioeconómico en la población, dentro de los resultados del presente estudio, se manifiesta como uno de los posibles mecanismos implicados en la incidencia de hipertensión (1,20).

El presente estudio reconoce algunas limitaciones. En primer lugar, los resultados provienen de un centro de salud, mismos que no pueden ser extrapolados a otras instituciones de salud públicas; en segundo lugar, debemos considerar el tamaño de la muestra, ya que debido a los criterios de inclusión únicamente aceptamos a pacientes asiduos a dicho centro. Sin embargo, este estudio es un referente para instituciones de salud y otras entidades comprometidas en la promoción y fortalecimiento de programas cuyo objetivo es optimizar la adherencia a los tratamientos y habilidades de cuidado.

CONCLUSIONES

La medición de la adherencia con el método Test de Morisky-Green permitió al profesional de enfermería contar con un instrumento confiable y reproducible para ejercitar una nueva metodología. Este estudio mostró cómo la baja adhesión al tratamiento se correlaciona con el bajo nivel socioeconómico en individuos con cifras de

presión arterial más elevada.

Los resultados reflejan la necesidad de mejorar las tan elevadas y mortales cifras de PA. Al personal de enfermería le corresponde, con este método, evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo y guiarlo en cada consulta para estimular la continuidad del tratamiento, a través de jornadas de promoción y cuidado de la salud, que conjuntamente con programas como Oportunidades y Seguro Popular podrán disminuir riesgos cardiovasculares y alcanzar una mejor adhesión al tratamiento

A partir de estos hallazgos, el profesional de enfermería implementará programas para actualizar estrategias complementarias sobre el perfil socioeconómico de cada individuo apoyados en la promoción de la salud que, al coordinarse con intervenciones de enfermería posibilitará el incremento de los niveles de motivación a fin de adquirir mayor responsabilidad en el manejo de los medicamentos, así como en la adherencia terapéutica. Es fundamental incentivar 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 al 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cara a Cara con la enfermedad crónica. 2010. Disponible en: http://www.who.int/features/2005/chronic_diseases/es/index.html Consultado: Marzo, 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: OMS; 2004.p 199.
3. Conozca sus factores de riesgo. Federación Mundial del Corazón (FMC). Disponible: <http://www.world-heart-federation.org/press/releases/detail/article/conozca-sus-factores-de-riesgo-dia-mundial-del-corazon-2008-domingo-28-de-septiembre/> Consultado: Noviembre 19, 2011.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). Adherencia a los Tratamientos a largo plazo: Pruebas para la Acción. [Documento en línea] Disponible: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm> Consultado: Marzo, 2011.
5. Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Velásquez MO, Martínez RJ, Méndez OA, et al: Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA): consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular, Cohorte Nacional de Seguimiento. Arch Cardiol Mex 2005; 75: 96-111.
6. Cruz-Corchado M. Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. Archivos de cardiología en México. 2001; 71(Sup14):192-197.
7. Nogués-Solán X, Sorli-Redó ML, Villar-García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2007;24(3): 138-141. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000300009&script=sci_abstract Consultado: Marzo 19, 2011.
8. Alayón AN, Mosquera-Vásquez M. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos. Cartagena de Indias, Colombia. Revista de Salud Pública 2008; 10: 777-787.
9. Taveira LF, Pierin AMG. ¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hiperten-

- sos? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(5): 929-935.
10. Actualización del Consenso Nacional de Hipertensión Arterial. Medicina Interna de México. 2006;22(1):44-78.
 11. Rodríguez-Larralde A, Mijares ME, Nagy E, Espinosa R, Ryder E, Diez-Ewald MP, et al. 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. [online]. jun. 2005;46(2):157-168. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0535-51332005000200006&script=sci_arttext Consultado: Septiembre 7, 2011.
 12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24(1):67-74.
 13. García-Reza C, Nogueira MS. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(2): 265-270.
 14. Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (NOM-030-SSA2-2009) 2009.
 15. Leyes y códigos de México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. tomo I, México: Porrúa, 2004. 129-139
 16. Lima, TM, Meiners MMMA, Soler O. Perfil de adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima, en Belém, Pará, Amazonía, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde [online]. 2010; 1(2): 113-120. Disponible en: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200014&lng=es&nrm=iss&tlng=es Consultado: Mayo 21, 2011.
 17. Holguín, LC, Diego A, Cáceres, DM, Varela, M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial Universitas Psicológica [en línea] 2006, 5 (octubre - diciembre). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750309> Consultado: Enero 26, 2011.
 18. Ruíz-Pantoja TE, Ham-Chande R. Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez. Salud Pública de México; 2007, 49 (Sup 4):495-504.
 19. Poblete FC, Sapag JC, Bossert TJ. Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile: Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. Rev. méd. Chile [online]. 2008; 136(2):230-239. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=177116667014> Consultado: Noviembre 29, 2011.
 20. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Malaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered 2010;21(4):197-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2010000400005&script=sci_arttext