

## Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: un estudio transversal en una institución pública de Michoacán, México

### *Evaluation of therapeutic adherence in patients with arterial hypertension: a cross-sectional study in a public institution in Michoacán, México*

Karla P. Díaz-García<sup>1</sup> , Juan M. Morales-Bedolla<sup>2</sup> , Gerardo Muñoz-Cortés<sup>3</sup>  y Brenda P. Morales-Hernández<sup>4\*</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Educación, Zacapu; <sup>2</sup>Jefatura de Enfermería, Zacapu; <sup>3</sup>Coodinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud, Morelia;

<sup>4</sup>Departamento de Enseñanza, Zacapu. Instituto Mexicano del Seguro Social, Michoacán, México

**RESUMEN:** **Antecedentes:** La hipertensión arterial es un problema de salud pública. El descontrol de la presión arterial incrementa las complicaciones cardiovasculares. La identificación de la adherencia terapéutica ayudará a establecer estrategias preventivas para mejorar su control. **Objetivo:** Determinar la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo, en pacientes con hipertensión arterial del HGZ/MF No. 2, de diciembre de 2022 a mayo de 2023. Se midieron variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y escolaridad), así como las características de su tratamiento farmacológico y la adherencia a la medicación con la escala de Morisky (MMAS-8). Se realizó estadística descriptiva y prueba de  $\chi^2$  para determinar la asociación entre variables categóricas, con valor significativo  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se analizaron 364 pacientes, 198 (54.4%) del sexo femenino y 166 (45.6%) del sexo masculino, con edad media de  $62 \pm 10$  años, 291 (80.0%) con escolaridad básica, 283 (77.7%) con adecuado control de la presión arterial y 81 (22.3%) descontrolados. La adherencia terapéutica fue alta en 133 (36.5%), media en 104 (28.6%) y baja en 127 (34.9%). Se encontró asociación entre el grado de adherencia y la monoterapia ( $p = 0.005$ ) y el control de la presión arterial ( $p < 0.001$ ), pero no con las características sociodemográficas. **Conclusiones:** La adherencia terapéutica baja se presentó en una tercera parte de los participantes, lo cual se relaciona con un mal control de la presión arterial de los pacientes, mientras que la adherencia a la medicación alta fue más frecuente en aquellos pacientes con monoterapia.

**Palabras clave:** Hipertensión. Cumplimiento y adherencia al tratamiento. Medicina de familia. Atención primaria.

**ABSTRACT: Background:** High blood pressure is a public health problem. Uncontrolled blood pressure increases cardiovascular complications. Identifying the therapeutic adherence will help to establish preventive strategies to improve its control. **Objective:** Determining the therapeutic adherence of enrolled patients with arterial hypertension. **Material and methods:** Descriptive cross-sectional study of patients with arterial hypertension from HGZ/MF No. 2, from December 2022 to May 2023. Sociodemographic variables were measured (sex, age, marital status and education), as well as characteristics of their pharmacological treatment and medication adherence was measured with the Morisky Scale (MMAS-8). Descriptive statistics and  $\chi^2$  test were performed to determine association between categorical variables with a significant value  $p < 0.05$ . **Results:** 364 patients were analyzed, 198 (54.4%) female and 166 (45.6%) male, with a mean age of  $62 \pm 10$  years, 291 (80.0%) with basic education, 283 (77.7%) with adequate blood pressure control and 81 (22.3%) uncontrolled. The therapeutic adherence was high in 133 (36.5%), medium in 104 (28.6%) and low in 127 (34.9%). An association was found between degree of adherence and monotherapy ( $p = 0.005$ ) and blood pressure control ( $p < 0.001$ ), but not with sociodemographic characteristics. **Conclusions:** Low therapeutic adherence occurred in a third of the participants, which is related to poor control of the patient's blood pressure, while high medication adherence was found more frequent in those patients with monotherapy.

**Keywords:** Hypertension. Treatment adherence and compliance. Family practice. Primary care.

**\*Correspondencia:**  
Brenda P. Morales-Hernández  
E-mail: bpmh13@hotmail.com

Fecha de recepción: 29-05-2024  
Fecha de aceptación: 12-11-2024

Disponible en internet: 15-01-2025  
Rev Mex Med Fam. 2024;11:99-106  
DOI: 10.24875/RMF.24000082

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una enfermedad crónica degenerativa, caracterizada por una presión arterial  $\geq 140/90$  mmHg, y se considera un problema nacional<sup>1</sup>. Su prevalencia es del 40.0% en los países menos desarrollados, mientras que según la ENSANUT del año 2020, en México, se estima en un 30.2%<sup>2,3</sup>.

Una elevación persistente en las cifras de presión arterial, por arriba de 140/90 mmHg, predispone a la aparición de complicaciones cardiovasculares. Según la guía de práctica clínica de 2021, se considera controlado aquel paciente con una presión arterial  $< 140/90$  mmHg y descontrolado con  $\geq 140/90$  mmHg<sup>4,5</sup>. Es importante el tamizaje de la presión arterial de manera sistemática a todo paciente dentro de la consulta médica<sup>6</sup>.

El tratamiento de la HTA se sustenta en dos grandes pilares: no farmacológico y farmacológico. El tratamiento no farmacológico se basa en cambios en el estilo de vida, como un incremento de la actividad física y modificaciones en la dieta. El tratamiento farmacológico incluye grupos de medicamentos de acciones diversas cuyo objetivo es la reducción de la morbimortalidad cardiovascular<sup>7</sup>.

Existen complicaciones secundarias a un inadecuado control de la enfermedad que generan un incremento de las hospitalizaciones, ocasionando un gasto adicional al sistema de salud público, así como efectos a futuro derivados del aumento del riesgo cardiovascular<sup>8</sup>.

Actualmente se considera que una de cada dos personas abandona el tratamiento médico por sentirse mejor<sup>9</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud, los factores relacionados con el sistema de salud, el tratamiento, la enfermedad, los recursos económicos, psicológicos, sociodemográficos, y el apoyo familiar, contribuyen al incumplimiento del tratamiento médico<sup>10,11</sup>. Se define la adherencia al tratamiento como «la colaboración efectiva y comprometida de los

proveedores de salud, del propio paciente y de su familia, que debe llevar a resultados óptimos y efectivos en el manejo de la HTA»<sup>12</sup>.

La falta de adherencia a la terapia antihipertensiva contribuye directamente a que los pacientes presenten descontrol, desencadenando un mayor riesgo cardiovascular y un incremento del número de hospitalizaciones. En el año 2023, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 (HGZ/MF No. 2), en Zacapu, Michoacán, según las estadísticas del Área de Información Médica y Archivo Clínico de dicha unidad hospitalaria, el descontrol de las enfermedades hipertensivas se consideró dentro de las diez principales causas de ingreso al servicio de urgencias, secundario en la mayoría de los casos a una baja adherencia terapéutica.

Así, la falta de adherencia al tratamiento se convierte en una de las principales causas de HTA no controlada en la población<sup>13</sup>, generando complicaciones en la salud, por lo que el objetivo del presente estudio fue determinar la adherencia terapéutica y los principales factores asociados a la baja adherencia en pacientes con HTA adscritos al HGZ/MF No. 2.

## MÉTODO

Estudio transversal descriptivo, realizado en las salas de espera de la consulta externa de medicina familiar, donde se invitó a participar a pacientes con diagnóstico previo de HTA sistémica, adscritos al HGZ/MF No. 2 en Zacapu Michoacán, de diciembre de 2022 a mayo de 2023.

Se incluyeron pacientes con HTA sistémica, en tratamiento farmacológico, con al menos 1 año de diagnóstico por parte de su médico familiar, mayores de 18 años, hombres y mujeres, derechohabientes de dicha unidad hospitalaria, que aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado. No se incluyeron pacientes con diabetes *mellitus* y se excluyeron aquellos con cuestionarios incompletos.

Se recabaron variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad y estado civil)

en una hoja de recolección de datos, así como las características de su tratamiento farmacológico. La medición de la presión arterial (mmHg) se realizó en el brazo izquierdo descubierto, apoyado a la altura del corazón, estando el paciente sentado con la espalda recta y los pies apoyados contra el suelo, luego de un reposo mínimo de 5 minutos, con un baumanómetro de mercurio calibrado. La presión arterial se categorizó según la guía de práctica clínica de 2021 sobre manejo del paciente con HTA, que considera como controlado  $< 140/90$  mmHg y no controlado  $\geq 140/90$  mmHg<sup>14</sup>, así como según la guía de la European Society of Cardiology y la European Society of Hypertension (ESC/ESH) de 2018 sobre diagnóstico y tratamiento de la HTA<sup>15</sup>.

Se aplicó la escala de Morisky (MMAS-8, *8-item Morisky Medication Adherence Scale*)<sup>16,17</sup> para medir la adherencia a la medicación. Esta escala considera comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, ha sido validada en pacientes hipertensos y cuenta con un alfa de Cronbach de 0.646. Consta de siete reactivos con respuestas dicotómicas (sí/no) y un reactivo con respuesta de opción múltiple en una escala tipo Likert, categorizando el nivel de adherencia en alta (8 puntos), media (6-7 puntos) o baja ( $\leq 5$  puntos). El interrogatorio se llevó a cabo por el encuestador, otorgando tiempo suficiente para el llenado de los reactivos y apoyando en aclarar las dudas generadas al respecto en caso de que así se suscitara. Los pacientes con mal control o mala adherencia pudieron elegir no contestar la encuesta, lo cual genera un sesgo de respuesta.

Para el cálculo del tamaño de muestra se aplicó la fórmula para población finita, tomando en consideración el total de la población de 7124 pacientes con HTA sistémica adscritos al HGZ/MF No. 2, con un intervalo de confianza del 95%, obteniendo una población finita de 365 participantes a encuestar. Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia.

Este proyecto fue autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en salud 1603, H. Gral. Zona Num. 8, con el número de registro R-2023-1603-005 y autorización institucional.

### **Análisis estadístico**

Los datos se presentan como frecuencias y porcentajes (variables cualitativas). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, mostrando una distribución no normal en la variable edad, por lo que se reporta en mediana, mientras que el resto de las variables cuantitativas, al presentar una distribución normal de los datos, se presentan en media y desviación estándar; se aplicó la prueba de  $\chi^2$  para la asociación entre variables categóricas (diferencia estadísticamente significativa:  $p < 0.05$ ). Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 23, para Windows.

Todos los participantes tuvieron conocimiento del objetivo de la investigación y colaboraron con libertad para participar.

### **RESULTADOS**

Se analizaron 365 pacientes, de los cuales se eliminó uno por no contar con el cuestionario completo. Las características sociodemográficas de los 364 pacientes que cumplieron los criterios de selección se muestran en la tabla 1; nótese el predominio del sexo masculino, con una edad media de  $62 \pm 10$  años, escolaridad secundaria y estado civil casado.

La mediana de tiempo de padecer HTA sistémica fue de 8 años. En la tabla 2 se muestra el promedio de las cifras de presión arterial, tanto diastólica como sistólica; nótese que la mayor parte de la población se encontraba bajo monoterapia 60.2% ( $n = 219$ ) y con adecuado control de la presión arterial 77.7% ( $n = 283$ ). Se determinó que el principal grado de adherencia a la medicación fue el nivel alto, en el 36.5% ( $n = 133$ ).

Las dos principales causas de baja adherencia al tratamiento farmacológico fueron el olvido de tomar sus medicamentos, en el

57.4% (n = 209) de la población encuestada, y suspender su tratamiento por sentir que su HTA está bajo control, en el 27.7% (n = 101) (Tabla 3).

En la tabla 4 se muestra que la baja adherencia se presentó con mayor frecuencia en pacientes del sexo femenino (18.1%; n = 66), del grupo de > 60 años (19.2%; n = 70), con escolaridad secundaria (12.9%; n = 47) y estado civil casado (21.2%; n = 77), sin encontrar asociación significativa entre dichas variables y el grado de adherencia terapéutica.

En la figura 1 se observa que existe mayor frecuencia de pacientes con descontrol de la presión arterial en el grupo de baja adherencia a la medicación, en un 10.5% (n = 38), siendo inversamente proporcional en aquellos con alta adherencia terapéutica, en un 3.5% (n = 13).

La información de la tabla 5 indica que existe alta adherencia terapéutica en los pacientes con monoterapia, en un 25.8% (n = 94), mientras que en aquellos con terapia combinada se presenta solo en el 10.7% (n = 39).

## DISCUSIÓN

El control de la HTA sistémica es un reto para los médicos de atención primaria en el país, y un factor importante para lograrlo es el grado de adherencia terapéutica de los pacientes.

En el presente estudio se encontró una adherencia terapéutica alta en el 36.5% de los participantes, y un predominio de la baja adherencia en el sexo femenino, en mayores de 60 años, con nivel escolar básico y estado civil casado; relacionado con el control de las cifras de presión arterial y monoterapia de los fármacos antihipertensivos. Se aplicó la MMAS-8, la cual tuvo una validez interna con resultados confiables al presentar un alfa de Cronbach de 0.693.

Algunos autores han encontrado una relación entre la adherencia terapéutica y factores como la edad, el sexo y la red de apoyo de los pacientes. Díaz et al.<sup>18</sup>, en un estudio realizado en Cuba en 2022,

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, Zacapu, Michoacán (n = 364)

Variables	n (%)
Sexo	
Masculino	198 (54.4)
Femenino	166 (45.6)
Edad (años cumplidos)	
18-29	1 (0.3)
30-39	18 (5.0)
40-49	42 (11.5)
50-59	90 (24.7)
≥ 60	213 (58.5)
Escolaridad	
Primaria sin terminar	86 (23.6)
Primaria terminada	69 (19.0)
Secundaria	136 (37.4)
Bachillerato	51 (14.0)
Licenciatura	19 (5.2)
Nula	3 (0.8)
Estado civil	
Soltero	32 (8.8)
Casado	206 (56.6)
Divorciado	31 (8.5)
Viudo	93 (25.6)
Unión libre	2 (0.5)

con 337 pacientes con HTA, mayores de 35 años, con predominio de mujeres, nivel escolar medio-alto, que vivían acompañados de alguien, encontraron un nivel de adherencia adecuado en el 69.4%; a diferencia de dicho estudio, donde se incluyeron pacientes mayores de 60 años, con ligero predominio de hombres, razón que pudiera justificar que el olvido sea una de las principales causas de baja adherencia terapéutica.

Pocohuanca-Ancco et al.<sup>19</sup>, en un estudio realizado en Perú, en 270 pacientes hipertensos de la consulta externa de cardiología, mayores de 65 años, en su mayoría varones, con pareja estable, hallaron una baja adherencia al tratamiento en el 27.0% de la población estudiada, así como asociación con el sexo y el índice de masa corporal; sin embargo, utilizaron una versión corta de la MMAS. Por su parte, Ramírez et al.<sup>20</sup> determinaron una

**Tabla 2.** Características clínicas de los participantes con hipertensión arterial adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 (n = 364)

Variable	Media $\pm$ DE	RIC
PAS (mmHg)	128 $\pm$ 12.07	100-171
PAD (mmHg)	80 $\pm$ 10.08	60-121
	n	%
Tratamiento farmacológico		
Monoterapia	219	60.2
Terapia combinada	145	39.8
Control de la HTA		
Controlado	283	77.7
Descontrolado	81	22.3
Grado de adherencia		
Baja	127	34.9
Media	104	28.6
Alta	133	36.5

DE: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; RIC: rango intercuartílico.

**Tabla 3.** Resultados de la escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8)

Preguntas		n (%)
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí	209 (57.4)
	No	155 (42.6)
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí	64 (17.6)
	No	300 (82.4)
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí	11 (3.0)
	No	353 (97.0)
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí	84 (23.1)
	No	280 (76.9)
5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí	325 (89.3)
	No	39 (10.7)
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí	101 (27.7)
	No	263 (72.3)
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí	4 (1.1)
	No	360 (98.9)
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Habitualmente	3 (0.8)
	Algunas veces	85 (23.4)
	Rara vez	96 (26.4)
	Nunca/casi nunca	180 (49.4)

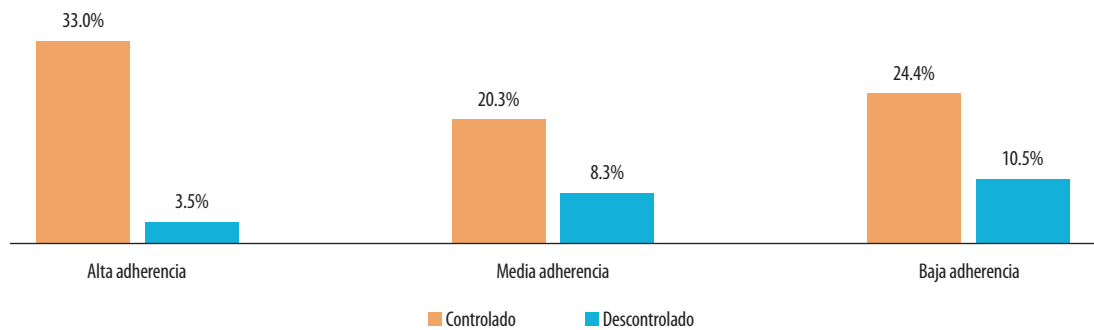
adecuada adherencia al tratamiento en el 73.7%, siendo más cumplidoras las mujeres entre 40 y 59 años de edad. Estos autores no encontraron relación entre la polifarmacia y las enfermedades asociadas con la adherencia terapéutica, ni estudiaron variables sociodemográficas; a diferencia de

este estudio, que sí muestra relación entre la adherencia terapéutica alta y la monodosis de fármaco, pudiendo ser la razón del mayor porcentaje de adherencia terapéutica que obtuvieron, debido a que la población de estudio la constituyeron pacientes con HTA con una media de edad menor.

**Tabla 4.** Variables sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 según el grado de adherencia a la medicación (n = 364)

Variables	Grado de adherencia a la medicación				
	Alta n (%)	Media n (%)	Baja n (%)	gl	p
Sexo					
Femenino	78 (21.4)	54(14.8)	66(18.1)	2	0.466
Masculino	55 (15.1)	50(13.8)	61(16.8)		
Edad (años cumplidos)					
18-29	-	1 (0.3)	-	8	0.306
30-39	3 (0.8)	6 (1.6)	9 (2.5)		
40-49	16 (4.4)	13 (3.6)	13 (3.6)		
50-59	27 (7.4)	28 (7.7)	35 (9.6)		
≥ 60	87 (23.9)	56 (15.4)	70 (19.2)		
Escolaridad				10	0.337
Primaria sin terminar	41 (11.3)	14 (3.8)	31 (8.5)		
Primaria terminada	25 (6.9)	21 (5.8)	23 (6.3)		
Secundaria	44 (12.0)	45 (12.4)	47 (12.9)		
Bachillerato	15 (4.1)	16 (4.4)	20 (5.5)		
Licenciatura	7 (1.9)	7 (1.9)	5 (1.4)		
Nula	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.3)		
Estado civil				8	0.383
Soltero	9 (2.5)	12 (3.3)	11 (3.0)		
Casado	74 (20.3)	55 (15.1)	77 (21.2)		
Divorciado	11 (3.0)	9 (2.5)	11 (3.0)		
Viudo	39 (10.7)	26 (7.1)	28 (7.7)		
Unión libre	-	2 (0.6)	-		

\*Prueba de  $\chi^2$ .



**Figura 1.** Adherencia a la medicación de acuerdo con el control de la presión arterial de los pacientes con hipertensión arterial sistémica adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 (n = 364).  $\chi^2$ : 20.23; gl: 2; p < 0.001.

Entre las causas de baja adherencia a la medicación encontradas en la presente investigación, se logró identificar que el olvido de tomar los medicamentos y suspender el tratamiento por sentir que su HTA está bajo control son las principales. Así mismo, se identificó que existe

relación con el control de la presión arterial, encontrando que aquellos pacientes con baja adherencia presentaban una mayor frecuencia de descontrol de sus cifras de presión arterial, mientras que mejoraba la adherencia en aquellos con terapia de monodosis. Estos resultados son similares

**Tabla 5.** Adherencia a la medicación de los pacientes con hipertensión arterial adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 según el tipo de terapia que siguen (n = 364)

Variable	Grado de adherencia a la medicación				
	Alta n (%)	Media n (%)	Baja n (%)	gl	p*
Monoterapia					
Sí	94 (25.8)	60 (16.5)	65 (17.9)	2	0.005
No	39 (10.7)	44 (12.1)	62 (17.0)		
Terapia combinada					
Sí	39 (10.7)	44 (12.1)	62 (17.0)	2	0.005
No	94 (25.8)	60 (16.5)	65 (17.9)		

\*Prueba de  $\chi^2$ .

a los encontrados por Conte et al.<sup>21</sup>, quienes estudiaron 1200 pacientes hipertensos y el 40.0% refirieron haber dejado de tomar sus medicamentos por cuestión de olvido, presentando por lo tanto una baja adherencia terapéutica, mal control de la presión arterial y relación con la polifarmacia, pese a que aplicaron la versión corta de cuatro reactivos de la MMAS. A contraparte de lo descrito por Real et al.<sup>22</sup>, quienes mencionan una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo en 171 adultos mayores, de los que la mayoría tenían la presión arterial controlada, encontrando asociación entre el control de la presión arterial y el grado de adherencia terapéutica; de igual forma, consideró como principal causa de baja adherencia el suspender los antihipertensivos al sentirse bien el paciente y presentar una presión arterial controlada, pero utilizaron el cuestionario ARMS-e. Estos resultados se consideran interesantes para orientar al paciente a mejorar la alimentación e incrementar la actividad física con el fin de reducir el número de fármacos que requiere para su control e incentivar en el médico tratante aquellos fármacos con monodosis.

Al respecto, Martínez et al.<sup>23</sup>, en 2020, en La Habana, realizaron un estudio en 198 pacientes con HTA y determinaron una mayor adherencia terapéutica en aquellos con monoterapia y monodosis. Tales resultados concuerdan con los de Suárez-Argüello et al.<sup>24</sup> en la Ciudad de México, en 266

pacientes con HTA, quienes realizaron un análisis entre el tiempo de padecer la HTA y el grado de adherencia, concluyendo que se obtiene mejor adherencia al tratamiento cuando se emplea monoterapia.

Dentro de las limitantes del estudio se puede considerar que los pacientes con mal control de la presión arterial o mala adherencia a la medicación hayan elegido no participar en el estudio, lo que pudiera generar un sesgo de respuesta, así como la falta de medición del estilo de vida de los pacientes que incluyera los hábitos alimenticios y la cuantificación de la actividad física, o incluso otros factores asociados a una baja adherencia, como los psicológicos y los económicos mencionados por Agámez et al.<sup>25</sup>, por lo que sugerimos que en futuras investigaciones se tengan en consideración para ampliar la información al realizar el análisis de los datos.

## CONCLUSIONES

La adherencia terapéutica baja se presentó en una tercera parte de los participantes, lo cual se relaciona con el tipo de terapia farmacológica y con el control de la presión arterial de los pacientes.

Es fundamental que el médico tratante, ante todo paciente con difícil control de su presión arterial, indague en el adecuado apego al tratamiento, derivado de los resultados encontrados entre la adherencia terapéutica y el grado de control de la presión arterial, sobre todo en los pacientes adultos mayores, e incentivar el acompañamiento

de los familiares a la consulta médica, al ser con frecuencia el olvido una de las principales causantes de la baja adherencia al tratamiento farmacológico, y optar por preferir la dotación de fármacos antihipertensivos en monodosis.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al personal de salud del HGZ/MF No. 2 de Zacapu, Michoacán, y a la *Revista Mexicana de Medicina Familiar*.

## FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Martínez A. Criterios diagnósticos del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension 2017 en México. *Aten Fam.* 2020;27:155-8.
- Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Ramírez-Villalobos D, Hernández B, Barquera S. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut* 2020. *Salud Publica Mex.* 2021;63:692-704.
- Torres JF. Emergencias hipertensivas neurológicas Aproximación diagnóstica y terapéutica con base en imágenes por resonancia magnética. *Acta Neurol Colomb.* 2020;36:100-9.
- Rosas M, Berumen MG, Vázquez M, Julian YJ, Mendoza E, Acevedo CA, et al. Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en primer nivel de atención. Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones. México, CENETEC; 2021. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-076-21/ER.pdf>
- Carrillo GP. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. *Revista Universitaria con Proyección Científica, Académica y Social.* 2019;3:2-9.
- Baglietto-Hernández JM, Mateos-Bear A, Nava-Sánchez JP, Rodríguez-García P, Rodríguez-Weber F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. *Med Int Mex.* 2020;36:1-14.
- Ramos MV. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. *Rev Urug Cardiol.* 2019;34:53-60.
- Viteri LA, Lascano RS, Benítez PA, Aucancela HI, Aispur JA, Paca AS, et al. Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Rev Latinoam Hipertens.* 2022;17:410-5.
- Wagner P. Fisiología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Rev Ginecol Obstet.* 2018;64:175-84.
- Garcs JP, Quillupangui SM, Delgado EP, Sarmiento SA, Samaniego XS, Garca GA, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Rev Latinoam Hipertens.* 2020;15:322-9.
- Rosas-Peralta M, Palomo-Piñón S, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Almeida-Gutierrez E, Galvan-Oseguera H, et al. Consenso de hipertensión arterial en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54:6-51.
- González Y, Cardoso E, Carbonell A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *RIC.* 2019;98:146-56.
- Pocohuana-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev Cuerpo Med.* 2021;14:316-21.
- Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en primer nivel de atención. Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones. México, CENETEC; 2021. (Consultado el 25 de abril 2024.) Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-076-21/ER.pdf>.
- Williams B, Spiering W, Rose EA, Azizi M, Burnier M, Clement D, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:160.1-78.
- Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34:245-9.
- Pagés-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018;59:163-72.
- Díaz A, Rodríguez A, León M, Fernández L, Seuc AH, Álvarez N. Therapeutic adherence in hypertensive patients of the Guanabacoa Julio Antonio Mella University Polyclinic. *Rev Finlay.* 2022;12:65-76.
- Pocohuana-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev Cuerpo Med HNAAA.* 2021;14:316-21.
- Ramírez AR, Ramírez JF, Borrel JC. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. *Revista Cubana de Farmacia.* 2020;(1):e385.
- Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Rev OFIL-ILAPHAR.* 2020;30:313-23.
- Real R, Gámez MA, Redes ML, Martínez M, Aguilera GA, Oviedo G, et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico. *Rev Salud Publica Parag.* 2021;11:35-41.
- Martínez G, Sujo M, Estévez A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2020;36:e982.
- Suárez-Argüello J, Blanco-Castillo L, Perea-Rangel JA, Villareal-Ríos E, Vargas-Daza ER, Galicia-Rodríguez L, et al. Creencias de enfermedad, creencias de medicación y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. *Arch Cardiol Mex.* 2022;92:327-33.
- Agámez AP, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *AMC.* 2008;12:1-11.