



BUAP
INSTITUTO.MEXICANO.DEL.SEGURO.SOCIAL
COORDINACIÓN.DELEGACIONAL
DE.INVESTIGACIÓN.MÉDICA
UMF Nº 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF No.13, DE TUXTLA GUTIÉRREZ
CHIAPAS**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. AQUINO-HERNANDEZ-HENRIE-WILLIAM

ASESORES

DRA. YUNIS-LOURDES-RAMÍREZ-ALCÁNTARA
COORD. CLÍNICO-DE-EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 13

DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN
MEDICINA DE URGENCIAS
HGZ NUMERO 2

FEBRERO 2020



BUAP
INSTITUTO.MEXICANO.DEL.SEGURO.SOCIAL
COORDINACIÓN-DELEGACIONAL
DE-INVESTIGACIÓN-MÉDICA
UMF Nº 13
TUXTLA-GUTIÉRREZ-CHIAPAS



**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF No.13, DE TUXTLA GUTIÉRREZ
CHIAPAS**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. AQUINO-HERNANDEZ-HENRIE-WILLIAM

ASESORES

DRA. YUNIS-LOURDES-RAMÍREZ-ALCÁNTARA
COORD. CLÍNICO-DE-EDUCACIÓN-E
INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 13

DR. LUIS-ERNESTO-BALCÁZAR-RINCÓN
HGZ No.2

AUTORIZACIONES

DR. LUIS ANTONIO VALLES FLORES
COORDINADOR DE PLANEACION Y
ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION ESTATAL, CHIAPAS

DR HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO E
INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION ESTATAL, CHIAPAS

FEBRERO 2020.



BUAP
INSTITUTO.MEXICANO.DEL.SEGURO.SOCIAL
COORDINACIÓN.DELEGACIONAL
DE-INVESTIGACIÓN-MÉDICA
UMF N°13
TUXTLA.GUTIÉRREZ.CHIAPAS



**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF NO.13, DE TUXTLA GUTIÉRREZ
CHIAPAS**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR. AQUINO-HERNÁNDEZ-HENRIE-WILLIAM
UMF N° 13 CORREO ELECTRÓNICO:
LOBO_90_07@LIVE.COM.MX

ASESORES:
-DRA. YUNIS-LOURDES-RAMÍREZ-ALCÁNTARA
COORD. CLÍNICO-DE-EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN D ELA UMF NO. 13
CORREO ELECTRÓNICO: YUNISRA@HOTMAIL.COM

-DR. LUIS-ERNESTO-BALCÁZAR-RINCÓN
HGZ N° 2
CORREO ELECTRÓNICO:
UMQBALCAZAR@GMAIL.COM

FEBRERO 2020

DEDICACION.

Gracias a mi amada esposa e hija que con tanta comprensión, cariño y amabilidad ha tenido a lo largo de este trayecto, gracias por confiar en mí, y siempre estar en las buenas y en las malas. Mi madre, abuela, tíos que con tanto cariño han sabido darme consejo a lo largo de mi vida,

A mi asesor por el apoyo incondicional en la realización de la tesis, por su paciencia y saberme guiar.

Gracias a todos por confiar en mí, que dios los colme de bendiciones.

ÍNDICE

1	Resumen	1
2	Marco teórico	4
3	Justificación	13
4	Planteamiento del problema	15
5	Objetivos	16
6	Hipótesis	17
7	Material y métodos	18
	a) Diseño del estudio	18
	b) Lugar del estudio	18
	c) Universo de estudio	18
	d) Tipo de muestreo	19
	e) Criterios de selección	19
	f) Procesamiento de datos y análisis estadísticos	20
	g) Variables	21
	h) Instrumento de evaluación (MBG Martín-Bayarre-Grau)	23
	i) Procedimiento	24
8	Aspectos éticos	25
9	Recursos, financieros y factibilidad	26
10	Resultados	27
11	Análisis Univariado	27
12	Discusión	31
13	Conclusión	33
14	Propuesta	34
15	Referencias bibliográficas	35
16	Anexos	38

1.-RESUMEN

Título: Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la UMF no.13, de Tuxtla Gutiérrez Chiapas”

Investigador principal e investigadores asociados:

Dr. Aquino Hernandez Henrie William; adscripción médica: UMF Número 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas. 98075093

Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara: adscripción medica: UMF Número 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas. 99074474

Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón: adscripción médica: HGZ No2. , Tuxtla Gutiérrez Chiapas. 99332495

Número de centros participantes a nivel nacional e internacional: Ninguno

Número de centros participantes del IMSS: (1) UMF No.13 Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Número de pacientes que en cada centro del IMSS incluirá: Los recolectados en un periodo en la unidad.

Marco teórico: La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública de primera magnitud, por ser uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante. Su prevalencia se encuentra en constante ascenso y puede derivar en graves complicaciones, especialmente en los sujetos con mal control de las cifras de presión arterial.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento.³

Objetivo: Determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial de la UMF Número 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Material y métodos: estudio tipo no experimental, descriptivo, y transversal, en la UMF 13, en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que cumplieron con los criterios de selección y que desearon participar en el estudio, se aplicó un tipo de muestreo probabilístico

aleatorio simple. Para determinar el grado de adherencia se utilizó el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) , con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de .88 El procesamiento de datos se llevó a cabo en el programa estadístico, SPSS versión 22, se utilizó estadística descriptiva, para variables cuantitativas medidas de tendencia central y cualitativas a través de frecuencia y porcentajes. Los resultados se presentan en tablas de frecuencia.

Recurso e Infraestructura:

Humanos: Investigador Principal: Dr. Aquino Hernandez Henrie William
Colaboradoes: Dr. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara
Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón.

Físicos: Área física: UMF Número 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Formato de recolección de información, consentimiento informado, Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau).

Financieros: serán proporcionados por el investigador principal.

Experiencia de grupo: se determinó el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Resultados: Se encontró que el género con mejor adherencia fue el masculino, el grupo de edad más frecuente entre 61 a 71, con respecto a la escolaridad el cual predomina preparatoria con mejor adherencia , afectando con mayor frecuencia a la actividad laboral fue empleado, en cuanto al grupo de edad respecto a la adherencia terapéutica fue 6-10 años, la población que cursa con diagnóstico de hipertensión arterial, tienen cierto grado de adherencia parcial a tratamiento, la mayoría de los pacientes consume sal y no realiza actividad física.

Conclusiones: A pesar de las indicaciones médicas, el paciente con hipertensión arterial, tiene adherencia parcial a tratamiento, consumen sal y no realizan actividad física, siendo el género femenino y el grado de escolaridad más bajo los de mayor riesgo.

Palabras claves; Adherencia terapéutica, Hipertensión arterial.

2.-MARCO TEÓRICO

Definición de hipertensión

De acuerdo a la norma oficial mexicana de hipertensión arterial, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, se considera que la hipertensión es una enfermedad de carácter multifactorial el cual consiste en la elevación de la presión arterial, ya sea la sistólica, diastólica o ambas, cuando está acompañado de comorbilidades, se vuelve un problema de salud grave, presentando complicaciones, dentro de los cuales puede incluir: infarto al miocardio, trombosis o embolia. ¹

La hipertensión arterial es un problema de gran magnitud en la salud pública, ya que se es uno de los factores cardiovascular más importante, la prevalencia de este se continua en ascenso continuo, adecuadas medidas pueden evitar grandes complicaciones. ²

Definición De Adherencia Terapéutica

La OMS define a la adherencia terapéutica, como la magnitud a la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas. De acuerdo al seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.³ La adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por las acción de 5 factores en los cuales los pacientes intervienen; factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de salud, relacionado con la enfermedad, relacionado con la terapia y con el paciente.⁴

La no adherencia terapéutica repercute en los ámbitos psicosociales, económicos de las personas que tienen tratamientos prolongados. Pueden presentarse complicaciones y efectos adversos. La no adherencia tiende a generar sesgos en la evaluación clínica y la eficacia del tratamiento médico llegando a la necesidad de prescripción de medicamentos a dosis altas y medicamentos no necesarios. En el ámbito psicosocial la presencia de estrés crónico. El aspecto económico por presencia de gastos así como ausentismos laborales, lo cual repercute en la productividad en el trabajo.⁵

La falta de adhesión al tratamiento es un reto terapéutico sobre todo ante las enfermedades crónicas. El apego a tratamiento hace concordancia a la conducta del paciente y la prescripción médica así como las indicaciones relativas de dieta ejercicio, cambio en el estilo de vida, y estudios paraclínicos. La forma en que se evalúa el apego a los tratamientos médicos es el control de las enfermedades por el supuesto cumplimiento de las indicaciones médicas.⁶

Un paso necesario para valorar la presencia de factores predictores de falta de adherencia serían determinar:

El conocimiento de los pacientes ante la enfermedad, alteraciones psicológicas, tratamientos no terminados, Las intervenciones necesarias para mejorar la adherencia se puede individualizar a cada paciente, tomando en cuenta las necesidades y problemas, ante la falta de adherencia al tratamiento médico, es importante indagar y analizar las creencias y preocupaciones sobre la medicación. Si llegase a presentar efecto adverso es importante hablar con los pacientes, sobre pro y efectos adversos de la medicación a largo plazo, preguntar al paciente sobre si el coste de la medicación es un problema así como considerar las opciones disponible.⁷

Epidemiología

Estudios epidemiológicos de carácter nacional publican cifras con tendencia a la prevalencia en las enfermedades crónicas, con un crecimiento importante en la encuesta nacional de enfermedades crónicas de los años: 1993, 2000, 2006 y 2012. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, estima que la hipertensión arterial provoca la muerte de millones de personas. En México contribuye a un aumento del total mundial de muertes al año. Según el INEGI, en el 2006 a 2011 se incrementó la tasa de mortalidad observada. De acuerdo a los reportes obtenidos uno de cada 4 adultos en México padecen hipertensión arterial de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Es un estudio de ENSANUT en el años 2016 en el contexto de hipertensión arterial, llama la atención que se presenta ligeramente mas en mujeres que en hombres así como el grupo de edad menos afectado son los jóvenes, mientras que la prevalencias mas alta incluye el grupo de personas mayores, Sin embargo No hay diferencia significativa en la presencia de hipertensión entre regiones de la república mexicana o por tipo de localidad zona rural o urbana.^{8, 1,18}

Fisiopatología

La hipertensión arterial se caracteriza por una disfunción a nivel endotelial así como la ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo, es conocida la disminución de los niveles prostaciclina a nivel endotelial y reflejado por un aumento de tromboxano. Se conoce que el endotelio es una de las fuentes principales de la endotelinas, la cual esta sintetizada a nivel de la células epiteliales, las células musculares lisas, macrófagos y el seno de diversos tejidos.⁹

Diagnóstico

La evaluación integral de hipertensión arterial incluye un protocolo de estudio que requiere el análisis completo de los datos clínicos y de las pruebas adicionales, así como la clasificación de hipertensión. Al realizarse la historia clínica es recomendable identificar desde la primera consulta la predisposición familiar, interrogando antecedentes y factores relacionados al desarrollo de hipertensión arterial. La exploración física incluye la recolección de los datos antropométricos: peso, talla, circunferencia abdominal y cálculo del índice de masa corporal, así como la toma de la tensión arterial y el pulso radial, para la identificación oportuna de arritmias. El diagnóstico de hipertensión arterial se establece tras dos determinaciones, con elevación de la tensión arterial en citas subsecuentes.¹⁰

Para el diagnóstico de la hipertensión arterial es importante realizar una adecuada historia clínica, interrogando los antecedentes heredofamiliares y personales, así como la asociación de dislipidemia y trastorno multivitamínico el cual incluye el b y d. homocisteinemia y diabetes mellitus indagar sobre los hábitos tabáquicos y actividades físicas. Es importante interrogar sobre los síntomas que incluye lesión a órgano blando, como vértigo, cefalea, alteraciones visuales, alteraciones neurológicas, dolor torácico, disnea, síncope, palpitaciones, edema de extremidades inferiores, poliuria, hematuria, nicturia, microalbuminuria, dolor en extremidades inferiores y claudicación. La exploración física debe estar encaminada a la medición de las cifras de tensionales, con el paciente acostado, de pie y sentado así como búsqueda de este signo en reposo y post-esfuerzo isométrico (empuñadura) que manifiesten alguna causa de hipertensión secundaria. Como ya ha sido comentado previamente; las cifras aceptadas para el diagnóstico de hipertensión deben realizarse en dos visitas médicas y de ser posible con mediciones por dos observadores (médico y enfermera) y valores por encima de lo normal.

Es de suma importancia la realización del diagnóstico de hipertensión, así como la valoración integral y determinar el daño a órgano blanco. Existe una batería de estudios importantes durante el diagnóstico el cual incluye; electrocardiograma, ecocardiograma transtoracico. Se considera conveniente estudiar el daño por aterosclerosis en vasos arteriales sistémicos por lo que se debe realizar ultrasonido carotideo para medir el grosor de la íntima de estas arterias. En el mismo contexto se debe valorar la elasticidad endotelial arterial por medio de ultrasonido doppler e índice de brazo/tobillo. Para determinar el daño a órgano blanco es importante valorar la función renal mediante cistatina C, potasio sérico, depuración de creatinina y la microalbuminuria en orina de 24 h el cual complementan la evaluación del daño renal. La microalbuminuria es un predictor de lesión endotelial sistémica. Se recomienda la valoración vascular de la retina por medio de fondo de ojo; para investigar el grado de retinopatía, el cual se puede clasificar por medio de Wagener.¹¹

Tratamiento no farmacológico

Los cambios en el estilo de vida se consideran la piedra angular de la hipertensión arterial, el cual el tratamiento farmacológico no debe retrasarse sobre todo en los pacientes con riesgo alto. El efecto reductor de la tensión arterial contribuye al control de riesgos cardiovasculares y mejorar las condiciones clínicas.

Las medidas que de reducen los factores de riesgo así como la presión arterial: restricción de la sal, disminuir consumo de alcohol, consumo de verduras y frutas y baja en grasa productos lácteos; reducción del peso a un IMC de 25 y cintura Circunferencia a menos de 102 cm en hombres y menos De 88 cm en las mujeres; al menos 30 minutos de ejercicio dinámico moderado de 5 a 7 días a la semana.¹²

La modificación de la alimentación juega un papel fundamental en el manejo de la hipertensión. Varias guías alimentarias brindan consejos basados en conceptos científicos a fin de promover la salud y reducir, a través de la dieta y la actividad física, el riesgo de enfermedades crónicas mayores. En los Estados Unidos, las

principales causas de morbilidad y mortalidad están relacionadas con la mala alimentación y el estilo de vida sedentario. Algunas enfermedades específicas vinculadas con la mala alimentación y la inactividad física incluyen la enfermedad cardiovascular, la diabetes tipo 2, la hipertensión, la osteoporosis y ciertos tipos de cáncer. Además, la mala alimentación y la inactividad física, que tienen como resultado un desequilibrio energético se consumen más calorías de las que se gastan, son los factores más importantes que contribuyen al aumento de la población con sobrepeso y obesidad en este país. Una dieta que no aporte un exceso de calorías, siguiendo las recomendaciones de este documento, combinada con la actividad física, debería mejorar la salud de la mayoría de las personas.¹³

Tratamiento Farmacológico

Los factores importantes a tomar en consideración al momento de elegir un antihipertensivo son: Su eficacia como monoterapia, sus efectos adversos y su costo. Algunos expertos sugieren que lo más importante es la meta de presión arterial y no la elección de un antihipertensivo en especial. Los diuréticos tiazídicos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los canales de calcio pueden prescribirse como antihipertensivos de primera línea en pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica. Los diuréticos tiazídicos por ejemplo, clortalidona e hidroclorotiazida son los medicamentos más prescritos como primera línea en pacientes hipertensos por sus beneficios probados a través de años de investigación clínica. Los diuréticos tiazídicos reducen de manera significativa la mortalidad, la incidencia de evento vascular y todos los eventos cardiovasculares adversos cuando se comparan con placebo. Los diuréticos tiazídicos tienen mayor efecto en la presión arterial sistólica en comparación con la diastólica. En general, estos fármacos reducen la presión arterial en comparación con el placebo. Los diuréticos tiazídicos son los fármacos con mayor evidencia en relación con el efecto benéfico cardiovascular, seguidos muy de cerca por los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Como efectos adversos los diuréticos tiazídicos pueden ocasionar dislipidemia e intolerancia a la glucosa. Otros efectos adversos conocidos de estos fármacos son: hiponatremia, hipocalcemia y gota. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina por ejemplo, enalapril , lisinopril y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, por ejemplo, losartan y valsartan pueden prescribirse también como antihipertensivos de primera línea en la población general, excepto en afroamericanos.¹⁴

Estudios

En la ciudad Reynosa, Tamaulipas, México; Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal tipo encuesta, la cual Se tomó una muestra de 322 derecho habientes con diagnóstico de hipertensión, cuyas unidad de medicina familiar no. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de enero a abril de 2011. El cual se aplica el cuestionario, Martín-Bayarre-Grau, obteniéndose un resultado, un total de 126 el cual representa el 39 por ciento de los pacientes estaban totalmente adheridos al tratamiento. 190 representa 59 por ciento, parcialmente, seis el cual representa 2 por ciento, no adheridos.

Existen diversos instrumentos que miden la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, entre estos se encuentra el “Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau). Cuestionario al ser validado tuvo un índice de consistencia interna de Alfa de cronBach de alto, además, los resultados obtenidos hacen que se pueda utilizar tanto en el área clínica como en la investigación.¹⁵

En un estudio reciente de Rodríguez, Molero Y Acosta, en el 2004, de una muestra considerable, se encuentra que la mayoría de los pacientes no siguen regularmente el tratamiento y entre las variables a la falta de adherencia se encuentra la falta de síntomas. ¹⁶

En un meta-análisis de la revista clínica española; de 21 estudios. La buena adherencia incluso con placebo tiene una asociación de forma significativa con una menor mortalidad. La buena adhesión al tratamiento refleja una menor tasa de mortalidad. Resultado denominado efecto adherente sano. ¹⁷

3.-JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge de la idea de que publicaciones a nivel nacional dan cifras preocupantes de la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales del adulto a. En general, se puede afirmar que la prevalencia de todas las enfermedades crónicas denotan un crecimiento porcentual importante, sobre todo cuando se compara con las enfermedades que han sido recabadas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, estima que la HAS provoca la muerte de millones de personas. Según el INEGI, del 2006 a 2011, se incrementó la tasa de mortalidad observada.^{6,1}

Derivado de la prevalencia antes mencionada, las enfermedades crónicas degenerativas, como la hipertensión arterial, son una de las causas principales de morbimortalidad a nivel mundial, así como de las diversas complicaciones, sin embargo esto repercute en el aumento de gasto en servicios médicos y paramédicos. Al no lograr una adherencia adecuada al tratamiento conlleva a una probabilidad alta de complicaciones a su vez reflejada por aumento de gastos institucionales. La no adherencia reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis de medicamentos más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos que no son necesarios.

Se toma a consideración la elaboración de este estudio con la finalidad de conocer el contexto de la hipertensión arterial, así como ofrecer las medidas terapéuticas y profilácticas necesarias para la población, a su vez el impacto que generaría a la población y a su vez el ahorro del instituto mexicano del seguro social, al aplicar las medidas adecuadas

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En general, se puede afirmar que la prevalencia de todas las enfermedades crónicas denota un crecimiento porcentual importante, sobre todo cuando se compara con las enfermedades que han sido recabadas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC), en la ENSA 2000, en la ENSANUT 2006, o en la ENSANUT del 2012. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud estima que la hipertensión arterial provoca la muerte de millones de personas. Según el INEGI, del 2006 a 2011, se incrementó la tasa de mortalidad observada.^{6,1}

Un estudio reciente de Rodríguez, Molero y Acosta (2004), en una muestra de 8862 pacientes encontró que el 31.70 por ciento no seguía regularmente el tratamiento y entre las variables asociadas a la falta de adherencia, se encontró la falta de síntomas en el 28.85 por ciento de los pacientes no adherentes.¹⁵

Los adecuados cambios en el estilo de vida, es una de las principales medidas en el tratamiento de la hipertensión arterial, es importante no retrasar el tratamiento farmacológico, la reducción de la tensión arterial y el adecuado cambio de estilo de vida disminuye los factores de riesgo. Es importante tomar las siguientes medidas disminuir el consumo de sal, alcohol, así como el adecuado consumo de frutas y verduras, reducción del peso a un IMC de y cintura Circunferencia a menos de 102 cm en hombres y menos De 88 cm en las mujeres; al menos 30 minutos de ejercicio dinámico moderado de 5 a 7 días a la semana.¹²

Pregunta Del Problema

¿Cuál es el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas?

5.-OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.-Conocer el sexo y grupo de edad más frecuente con diagnóstico de hipertensión arterial de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

2.-Determinar el grado de escolaridad y ocupación más frecuente, en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez.

3.-.-Determinar los años de diagnóstico de hipertensión arterial en pacientes de control en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas

4.-.-Conocer los hábitos dietéticos en relación al consumo de sal en pacientes hipertensos de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

5.-Identificar la actividad física, en pacientes hipertensos de la UMF No.13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

6.-HIPOTESIS

Hipótesis general

Los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, tienen adherencia parcial a tratamiento terapéutico.

Hipótesis específicas

1. El sexo femenino y el grupo de edad entre 30 y 40 años, son más frecuentes con diagnóstico de hipertensión arterial en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez.
2. Licenciatura es el grado de escolaridad más frecuente y la ocupación son los empleados, con diagnóstico de hipertensión arterial en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez.
3. Los años de diagnóstico de la enfermedad más frecuente en pacientes hipertensos de UMF No. 13, son entre 5 y 10 años.
4. La dieta baja en sal, son los hábitos dietéticos más frecuentes en pacientes hipertensos de la UMF No. 13
5. Los pacientes hipertensos de la UMF No. 13, no realizan actividad física.

7.- MATERIAL Y METODOS

a) Diseño:

No experimental, Descriptivo, transversal,

b) Lugar:

UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

c) Universo:

se conformó por 17559 pacientes atendidos de manera regular en la unidad Médica Familiar número 13, Tuxtla Gutiérrez Chiapas, que al momento del levantamiento de la información tengan diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, tomando de manera regular por lo menos un medicamento indicado para la enfermedad prescrito por el médico familiar.

Periodo de Estudio:

Mayo de 2017 a marzo de 2018.

Periodo de Recolección de datos:

Diciembre 2017- mayo 2018

Tamaño de la Muestra: formula y sustituirla

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N= 17559

Za =1,96

p=proporción esperada= 25%=0,25

q=0,2

d=5%=0,05

N=382,5: 382

d) Tipo de Muestreo:

Probabilístico aleatorio simple

e) Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes hipertensos de control en consulta externa adscritos a la UMF número 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Pacientes que acepten participar en el proyecto y firmen la hoja de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que no sepan leer y escribir.
- Pacientes con otra patología crónica degenerativa

Criterios de eliminación:

- Hoja de captación de datos incompleta.
- Paciente que ya no sea derechohabiente al IMSS.

f) Procesamiento de datos y análisis estadístico:

Se llevó a cabo con el programa estadístico, SPSS versión 22. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central para variables cuantitativas, para variables cualitativas de frecuencia y porcentaje.

g) Variables:

Dependiente:

Grado De Adherencia Terapéutica

Independiente:

Sexo

Edad

Escolaridad

Años de diagnóstico de la enfermedad

Ocupación

Actividad física

Hábitos dietéticos

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Son las indicaciones en la cual un enfermo sigue las instrucciones medicas de un tratamiento.	Grado de adherencia terapéutica reportado en la encuesta , adherencia parcial, tota, no adherido.	-No adherido -Parcialmente adherido -Totalmente adherido	Cualitativa Nominal
SEXO	Definición nominal: condición de un organismo que Distingue entre Masculino y femenino.	Se obtendrá las características fenotípicas del individuo al momento de la entrevista.	Masculino, femenino	Cualitativa Nominal
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	los años cumplidos que se refiera al momento de la entrevista.	edad en años (20,25,30,35,40,edad en años (20, 25, 30, 35,40,45,...)	Cuantitativa Discreta
ESCOLARIDAD	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Es el que es calculado con el ultimo grado aprobado comprendido dentro del esquema oficial de educación formal	1.- Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria 4.-Licenciatura 5.- Posgrado.	Cualitativa Ordinal
OCUPACIÓN	hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión.	se considera al trabajo, empleo, puesto u oficio que anote el paciente en la encuesta.	Ama de casa campesino empleado desempleado pensionado	Cualitativa nominal

AÑOS DE DIAGNOSTICADO LA ENFERMEDAD	Es el tiempo en el que se diagnostica la enfermedad hasta fecha actual.	Para fines de estudio se tomara como el tiempo de evolución de la hipertensión arterial referida por el paciente en su encuesta aplicada.	Años (1 año, 2 años, 3 años 4 años, 5 años.....)	Cuantitativa Discreta
--	---	---	---	-----------------------

HÁBITOS DIETETICOS	régimen alimentario o a veces como dieta, es el conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales de los seres humanos y forma parte de su estilo de vida	Para fines de estudios se tomara, como hábitos dietéticos a las que el paciente refiera que lleva a cabo ya sea recomendadas por su médico u otro personal de salud y que lo anote en la encuesta aplicada.	-Dieta sin sal o baja en sal	Cualitativa nominal
ACTIVIDAD FISICA	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Para fines de estudios se tomara, actividad fisica a las que el paciente refiera que lleva a cabo en el momento de la entrevista. .	-Realiza actividad física -No realiza actividad física	Cualitativa nominal

h) Instrumento de evaluación (MBG Martín–Bayarre–Grau)

Se le dio al paciente la opción de respuesta en una escala Likert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.

Considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra fue de, 88.

i) Procedimiento:

Esta investigación se sometió a revisión por el comité local de ética e investigación en el hospital general de zona poza rica, Veracruz. Se registra en SIRELCIS, se informa a los participantes del proceso, se incorporan a los que cumplen con los criterios de inclusión. Se realiza la captura de la información obtenida a través de un programa SPSS para el análisis e interpretación.

8.- ASPECTOS ETICOS

Este estudio se apegó a la Ley General de Salud, así como la evolución por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona No. 24 de Poza Rica Veracruz. La información que se obtuvo del estudio fue de manera confidencial.

Conforma a la ley general de salud, en materia de investigación, en su título de los aspectos éticos de investigación de los seres humanos. Este estudio se considera sin riesgos de acuerdo a lo establecido en el artículo 17, investigación sin riesgo. Se protege la información durante la recolección de datos, se brinda explicación previa a cada participante sobre la investigación a realizar, así como aclaraciones y dudas, así como la libertad de dejar de realizar dicha en cuenta en cualquier momento. El consentimiento de información se establece de acuerdo al artículo 23 del mismo reglamento, la comisión ética podrá autorizar que el consentimiento informado, se obtenga sin formularse escrito.

Esta investigación se encuentra de acuerdo a los lineamientos de los principios básicos de Helsinki de la asociación médica mundial, de acuerdo a la guía de recomendaciones para los médicos biomédicos en personas.

9.- RECURSOS, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:

Asesores

Médico residente

Recursos Materiales:

Lápiz

Goma

Sacapuntas

Hojas blancas

Encuestas (número de encuestas)

Computadora

Recursos Financieros:

propios del Investigador

10.-RESULTADOS

El estudio se realizó en la unidad de medicina familiar número 13 del instituto mexicano del seguro social, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, se incluyeron 382 encuestas de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica, que cumplieron con los criterios de selección.

11.-ANÁLISIS UNÍVARIADO

En el presente estudio se describen las características socioculturales y de adherencia terapéutica en relación con los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial sistémica.

En relación al sexo, el total de encuestas realizadas fueron de 382, la frecuencia fue dividida en porciones igualitarias encontrando 198 (51.8%) de hombres y 184 (48.2%) de mujeres. Ver detalles en tabla 1.

Tabla 1. Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	198	51.8
Femenino	184	48.2
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas)

Por otra parte el grupo de edad, se observa que la frecuencia para el grupo de edad 61 a 70 fue de 131 casos (34.3%), el siguiente grupo de edad de 71-80 años fue de 68 casos (17.8%). ver detalle en tabla 2.

Tabla 2. Grupo De Edad

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30	2	.5
31-40	23	6.0
41--50	66	17.3
51-60	87	22.8
61-70	131	34.3
71-80	68	17.8
81-90	5	1.3
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas).

Respecto a la grado de escolaridad, se observa una frecuencia de 109 en el grado preparatoria (28.5%) seguido de universidad con una frecuencia de 108 (28.3%), ver detalle en tabla 3.

Tabla 3. Escolaridad

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	88	23
Secundaria	77	20.2
Preparatoria	109	28.5
Universidad	108	28.3
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas).

En cuanto a la ocupación, se observa una frecuencia de 143 en la ocupación empleado (37.4%) seguido de ama de casa con una frecuencia de 126 (33%) ver detalle en tabla 4.

Tabla 4. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	126	33
campesino	5	1.3
empleado	143	37.4
desempleado	7	1.8
pensionado	101	26.4
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas)

Por otra parte a los años de diagnosticado la enfermedad, Se observa una frecuencia en el grupo de 6 a 10 años de 172 con un porcentaje de 45% seguido de 1 a 5 años con una frecuencia de 100 y un porcentaje de 26.2% . Observando una frecuencia mayor en el grupo de 6-10 años ver detalle en tabla 5.

Tabla 5. Años De Diagnóstico De Enfermedad

Años de diagnóstico de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	100	26.2
6-10 años	172	45
11-15 años	85	22.3
15-20 años	14	3.7
21-25 años	3	.8
26-30 años	4	1.0
31-35 años	2	.5
36-40 años	1	.3
41-45 años	1	.3
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas)

Por otro lado al consumo de sal se encontró una frecuencia de, si consumo de sal 356 (93.2%) seguido de No con una frecuencia de 26 (6.8%) ver detalle en tabla 6.

Tabla 6. Consumo Sal

Consumo de sal	Frecuencia	Porcentaje
si	356	93.2
no	26	6.8
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas)

En cuanto a la actividad física se observado una frecuencia de, No de actividad física de 248 (64.9%) seguido de, Si de actividad física con una frecuencia de 134 (35.1%) ver detalle en tabla 7.

Tabla 7. Actividad Física

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
si	134	35.1
no	248	64.9
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas)

A su vez a la adherencia terapéutica, se observa una frecuencia en los totalmente adheridos de 33 (8.6 %), adheridos parcialmente frecuencia de 325 (85.1%), no adheridos una frecuencia de 24 (6.3%).

Tabla 8. Adherencia Terapéutica

Adherencia terapéutica	Frecuencia	Porcentaje
totalmente adherido	33	8.6
adherido parcialmente	325	85.1
no adherido	24	6.3
Total	382	100

Fuente: cedula de recolección de datos (aplicada a los pacientes hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas)

12.-DISCUSIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública de primera magnitud, por ser uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante. Su prevalencia se encuentra en constante ascenso y puede derivar en graves complicaciones, especialmente en los sujetos con mal control de las cifras de presión arterial.² La adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores, con los cuales los pacientes interactúan: factores socioeconómicos, factores relacionados con los sistemas de salud, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente.⁴

Uno de los propósitos que se tiene en la atención en primer nivel, es la detección oportuna de factores de riesgo, y así proveer medidas de protección al paciente y evitar complicaciones futuras, las cuales generaría gastos institucionales.

El presente estudio se describe la relación que guarda hipertensión arterial con la adherencia terapéutica en pacientes adultos que acudieron a la consulta externa de la unidad de medicina familiar n° 13 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

En la variable de importancia la cual describe la existencia de la relación entre hipertensión arterial sistémica y adherencia terapéutica se encontró que solo el 8.6% se encuentra totalmente adherido, de la población de la UMF No. 13 de una muestra de 382, contrastado con un estudio de en la UMF No.33 de la ciudad de Reynosa Tamaulipas, en el que se tomó una muestra de 322 pacientes, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, obteniéndose un resultado de 39% de adherencia terapéutica.

La población de estudio de un total de 382 encuestas realizadas la edad oscilo entre 22 y 88 años, con una media de 59.75 años, mediana de 61 años y moda de 52 años, ya que se estudió únicamente a la población adulta, en relación con la adherencia terapéutica y el grupo de edad que prevalece fue de 61-70, 34.3%, contrastado con el estudio realizado en Reynosa Tamaulipas en la UMF. No. 33, que fue de 31-69 años.

En cuanto al género del total de 382 pacientes encuestadas la frecuencia fue para hombres 198 casos y mujeres con 86 casos, al correlacionar con la variable adherencia terapéutica, encontramos que los pacientes hipertensos que tienen adherencia terapéutica, el género masculino obtuvo una puntuación de 60.6%% para la clasificación totalmente adherido y parcialmente adherido, observado que

los hombres tienen una mejor adherencia, sin embargo en los no adheridos se encuentran resultados afines de 50%. En comparación, con el estudio realizado en Reynosa Tamaulipas en la UMF. No. 33. 48% de los hombres tenía adherencia total y 37% de las mujeres estaban totalmente adheridos, 61% de las mujeres tenían adherencia parcial, y 2 % no tenían adherencia.

En la variable ocupación encontramos que los pacientes hipertensos con adherencia terapéutica a tratamiento, empleado se obtiene un puntaje de 39.4% (13 casos) en los totalmente adheridos, y adheridos parcialmente con 33.3% (122 casos). Siendo la ocupación más prevalente la de empleado con adherencia parcial a tratamiento. En comparación, con el estudio realizado en Reynosa Tamaulipas en la UMF. No. 33. En el que 110 amas de casa tenían adherencia parcial, los cuales 69 totalmente adheridos y una no adherida, 57 obreros tenían adherencia parcial, 34 totalmente adheridas, 22 jubilados, estaba totalmente adheridos, 16 parcialmente y tres no adheridos. La cual es de suma importancia determinar cuál es el sector laboral que se ve afectado, con el diagnóstico de hipertensión arterial y cuál es que tiene adecuada adherencia terapéutica.

En cuando al grado de escolaridad se encontró preparatoria, obtuvieron la mayoría de casos, al analizar la clasificación de adherencia terapéutica, se observó que para adherencia total, y parcial fue de 8.6% y 85.1%, y para no adherido se observa 6.3%.

En cuanto a los años de diagnósticos de la enfermedad en relación a la adherencia terapéutica, observamos que en la clasificación, totalmente adherido, parcialmente adherido y no adherido prevalece el grupo de edad 6-10 años en comparación, con el estudio realizado en Reynosa Tamaulipas en la UMF. No. 33 en la cual se observa que el 37.6 % tenía menos de 5 años de diagnóstico, y 24.8% entre 6 y 10 años.

En relación al consumo de sal y adherencia terapéutica encontramos, que la mayoría consume sal, siendo esta prevalente en los adheridos parcialmente con un porcentaje de 93.2%, en contraste con un estudio realizado en la umf no. 64 de una muestra de 231 sujetos el 72% respondieron no tener una dieta baja en sal.

En cuanto la actividad física y la relación con la adherencia terapéutica, la mayoría no realiza actividad física, con contraste con la umf.33 en Reynosa, el 82% refiere ser estimulado por su médico a realizar algún tipo de actividad física.

13.-CONCLUSIÓN

Se evidenciaron que los tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos parciales con respecto a los demás, pero a pesar de que fueron superiores en magnitud, resultan insuficientes en relación con la importancia de la adherencia total para esta enfermedad.

En el presente estudio se encontró el género con mejor adherencia fue el masculino, el grupo de edad más frecuente entre 61 a 71, con respecto a la escolaridad el cual predomina preparatoria con mejor adherencia, afectando con mayor frecuencia a la actividad laboral fue empleado, en cuanto al grupo de edad respecto a la adherencia terapéutica fue 6-10 años, la población que cursa con diagnóstico de hipertensión arterial, tienen cierto grado de adherencia parcial a tratamiento, la mayoría de los pacientes consume sal y no realiza actividad física.

Algunos de los factores más importantes que influyen en la no adherencia probablemente son: falta de conocimiento, tiempo inadecuado, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño. Las estrategias educativas multifacéticas para mejorar el conocimiento, la auditoría con retroalimentación sobre el desempeño y los incentivos financieros son algunas de las intervenciones cuya efectividad debe probarse.

Se pueden desarrollar estrategias para que los trabajadores de la salud tengan un amplio conocimiento de las diferentes variables involucradas en el tratamiento del paciente. 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

14.-PROPUESTAS

- Crear estrategias que impacten en la educación para la salud del paciente hipertenso con mayor enfoque al sexo femenino.
- Dar a conocer los resultados de esta investigación al cuerpo de gobierno
- Promover estilos de vida saludable en población adulto joven
- Brindar orientación, enfocándose a la población con bajo nivel de escolaridad.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera, Jiménez M, López, Molina J, Villaseñor- Almaraz M, Hernández Jiménez J. Granados Gurrola A. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia "Juan Escutia", Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2013, especializada en ciencias de la salud. 16(2):62-68, 2013.
- 2.- Zurera Delgado I, Caballero Villarraso M, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enfermería Nefrológica. 2014; 17(4):251-260.
- 3.- Salinas-Cruz E, Guadalupe-Nava Galán M. Adherencia terapéutica, Enf Neurol (Mex). 2012. 11, (2): 102-104.
- 4.- Herrera-Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, av. enferm .2012; 30 (2): 67-75.
- 5.- Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga O. adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. rev peru med exp salud pública. 2015;32(1):51-7
- 6.- Azcarate-García E, Hernández-Torres I, Guzmán-Rivas M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. Aten Fam. 2014;21(3):83-85.
- 7.-Vargas Negrín F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible, Rev Osteoporos Metab Miner 2014 6;1:5-7.
- 8- Pérez-Rodríguez G. La hipertensión arterial sistémica en México. Un consenso para mitigarla. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016:54 Supl 1:S3-5.

9.- Wagner-Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial [Internet]. Scielo.org.pe. 2010[citado el 15 de abril de 2017]. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832010000400003&script=sci_arttext.

10.- Valenzuela-Flores A, Solórzano-Santos F, Valenzuela-Flores A, Durán-Arenas L, León-Rosales S. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54(2):249-60.

11.- Sauza-Sosa J, Romero-Figueroa J, Sierra-Galán L, Ferez-Santanders, Por qué es importante lograr metas de hipertensión arterial sistémica. . . A propósito un caso clínico que inició como evento vascular cerebral isquémico, Arch Cardiol Mex. 2016; 86(2):157---162.

12. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M et al. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Blood Pressure. 2013;23(1):3-16.

13.-Rosas-Peralta M, Palomo-Piñón S, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Almeida-Gutiérrez E, Galván- Oseguera H, et. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54 Supl 1:S6-51.

14.- Andrade-Castellanos C. Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. Med Int Méx 2015; 31:191-195.

15.-Maldonado-Reyes F, Vazquez-Martinez V, Loera-Morales J, Ortega-Padron M. prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario martin-bayarre-grau. Atención familiar. 2016:23(2)48-52.

16.-Ruiz Lávida A. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz. Tesis. cordova Veracruz. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Universidad veracruzana.2014

17.- Conthe P., Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín M, González Jurado M. ET. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clin Esp. 2014; 214(6):336---344.

18. - Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. Uno de cada 4 mexicanos padece hipertensión arterial - ENSANUT 2016. http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf (Se accede).

16.-ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Grado De Adherencia Terapéutica En Pacientes Diagnosticados Con Hipertensión Arterial En La Unidad De Medicina Familiar Número 13 De Tuxtla Gutiérrez Chiapas”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas, a 08 septiembre de 2017
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
Procedimientos:	Su participación consistirá en aplicación de encuestas dentro de la Unidad de Medicina Familiar Numero 13.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Brindar información, para intervenciones prontas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se difundirán en sesión general de la unidad
Participación o retiro:	He aclarado todas mis dudas y mi participación en el estudio es totalmente voluntaria y soy libre de no tomar parte en el estudio o retirarme en cualquier momento sin afectar la atención medica que se brinde.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos son confidenciales, para fines científicos y sin lucro, utilizados únicamente para fines de investigación y publicación.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Una atención oportuna en pacientes de esta entidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara/ Dr. Aquino Hernandez Henrie William

Colaboradores: Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau)



Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio.

Muchas gracias.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una x, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____

2. Consumir grasa no animal _____

3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____

2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1.- Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2.- Se toma todas las dosis indicadas.					
4.- Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5.- Realizar los ejercicios físicos indicados.					
6.- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria.					
7.- Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8.- Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9.- Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10.- Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11.- Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento.					
12.- Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES													
ACTIVIDAD	2017										2018		
	MAR	ABR	MAY	JUN	JULI	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Planteamiento del problema													
Elaboración del marco teórico													
Revisión bibliográfica y protocolo													
Revisión del protocolo por el comité local del C.L.I.													
Recolección de datos													
Tabulación de resultados													
Análisis de datos													
Presentación de resultados													