



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 120 CDMX
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MÉDICA**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA
CONTINUA UMF No. 120**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:

DR. JAVIER BERNAL MELENDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA
CONTINUA UMF No. 120**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS**

**PRESENTA:
JAVIER BERNAL MELENDEZ**

AUTORIZACIONES UNAM:

**DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA MEDICINA DE URGENCIAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA
CONTINUA UMF No. 120**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS**

**PRESENTA:
JAVIER BERNAL MELENDEZ**

AUTORIZACIONES IMSS:

**DR. LEONARDO DANIELJIMENEZ MUÑIZ
COORDINADOR DE PROGRAMAS MEDICOS**

**DR. HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**DR. ALFREDO CABRERA RAYO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA
CONTINUA UMF No. 120**

**PRESENTA
JAVIER BERNAL MELENDEZ**

**DR. MIGUEL ANGEL LOPEZ JUAREZ
DIRECTOR UMF 120**

**DRA. MARIA TERESA BARRON TIRADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF NO.
120 TUTOR DE TESIS**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA
CONTINUA UMF No. 120**

**PRESENTA
JAVIER BERNAL MELENDEZ**

**DR. JORGE LUIS PONCE HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR CURSO ESPECIALIZACION MEDICINA URGENCIAS
HGZ/UMF. 29**

**DRA. NAYELY GARCIA MENDEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION EN INVESTIGACION HGZ/UMF 29**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MÉDICA**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA
CONTINUA UMF No. 120**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE URGENCIAS**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:
DRA. MARIA TERESA BARRON TIRADO**

Categoría: Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud
Adscripción: UMF No. 120. Matrícula 8434786. Tel 55442922 ext 21407 Correo electrónico teresa.barron@imss.gob.mx. Dirección: Av Ignacio Zaragoza 1811. UH Cabeza de Juarez. Delegación Iztapalapa. Ciudad de México.

**INVESTIGADOR ASOCIADO
DR. BERNAL MELÉNDEZ JAVIER**

Matrícula: 99362418
Categoría: Medico General
Adscripción: UMF No. 23
TEL 5771600 EXT 21407
javobm14@hotmail.com

Lugar donde se realizara la investigación: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 120 Tel 55442922 ext 21407 Av Ignacio Zaragoza 1811. UH Cabeza de Juarez. Delegación Iztapalapa. Ciudad de México

2016

INDICE

1)	RESUMEN.....	3
2)	ANTECEDENTES.....	4
2)	MARCO TEORICO.....	17
3)	JUSTIFICACIÓN.....	22
4)	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
5)	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
6)	OBJETIVO GENERAL.....	25
8)	METODOLOGÍA.....	26
	Tipo del estudio	
	Sitio del estudio	
	Universo de trabajo	
	Tiempo de estudio	
	Criterios de inclusión	
	Criterios de exclusión	
	Criterios de eliminación	
	Variables	
9)	ANÁLISIS DE DATOS.....	29
10)	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
11)	BIBLIOGRAFÍA.....	39
12)	ANEXOS.....	45



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 120**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA
CONTINUA UMF NO. 120**

Maria Teresa Barrón Tirado ¹ Bernal Meléndez Javier ²

¹ Coordinadora de Educación UMF 120 ² Alumno de 3er Año del curso EUPMGIMSS

INTRODUCCION: La hipertensión arterial (HTA) es el trastorno crónico más frecuente a nivel mundial. Las complicaciones más frecuentes son: cerebrovasculares, cardíacas, renales, retinianas.

El apego de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) a su tratamiento farmacológico es muy escaso. Se ha estimado que del 15% al 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año. Y más aún, es muy frecuente que quienes continúan el tratamiento se olviden de su dosis diaria en al menos una ocasión.

OBJETIVO: Analizar los factores que influyen en apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica en el servicio de Atención Médica Continua umf No. 120

MATERIAL Y METODO: Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. Se analizó a través del instrumento validado denominado Morisky-Gree, se realizó en la UMF 120, a 200 pacientes

descontrolados, muestra no probabilística por casos consecutivos. Se análisis con estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes y medias, los datos se procesaran con el programa Excel y en SPSS 22, se presentaran en tablas y gráficos. Este estudio se apega a los lineamientos éticos en seres humanos.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión arterial sistémico, apego, Tratamiento.

ANTECEDENTES

La Hipertensión Arterial, constituye una de las patologías más comunes en el que hacer médico, estimándose que afecta un porcentaje importante de la población adulta. Sin embargo, a pesar de esta alta incidencia, la mayor parte de los pacientes desconoce su enfermedad.

En los Estados Unidos se estima que 50 millones de norteamericanos son hipertensos, pero sólo un 50% saben que tienen la enfermedad. La importancia de la hipertensión arterial sistémica como problema de salud pública consiste en su morbilidad y mortalidad cardiovascular. ¹

La hipertensión arterial (HTA) es el trastorno crónico más frecuente a nivel mundial y constituye un problema de considerable importancia. El número de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta, por su condición de factor de riesgo (FR) de otras patologías: cerebrovasculares, cardíacas, renales, retinianas. También es reconocida como el mayor factor de riesgo (FR) de enfermedad cardiovascular, enfermedad que es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial. ²

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de

muerres. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. ³

En 2008, en el mundo se realizó el diagnóstico de hipertensión aproximadamente al 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40% ^{3, 4}.

En los países de ingresos bajos y medianos la hipertensión no solo es más prevalente, sino que también hay más personas afectadas por ella porque el número de habitantes de esos países es mayor que el de los países de ingresos elevados. Además, a causa de la debilidad de los sistemas de salud, el número de personas hipertensas sin diagnóstico, tratamiento ni control de la enfermedad también es más elevado en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos elevados. ⁵⁻⁶

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento,

como la dieta inadecuada, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.⁷

Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Entre esos factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus. El tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones de la hipertensión en los afectados. En 2008 había 1000 millones de fumadores en el mundo y la prevalencia mundial de la obesidad casi se había duplicado desde 1980. La prevalencia mundial de la hipercolesterolemia entre los adultos mayores de 25 años era del 39%, y la de la diabetes del 10%.³⁻⁸

El consumo de tabaco, la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol y el sedentarismo también son los principales factores de riesgo conductuales de todas las enfermedades no transmisibles importantes, es decir, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer.⁵⁻⁹

Se ha demostrado que la reducción observada en los factores de riesgo en la población (colesterol sérico, tensión arterial y tabaquismo) explica la mayor parte de la disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. La mejora simultánea de la detección y el tratamiento precoces de los factores de riesgo también ha contribuido a reducir la tasa de mortalidad por esta causa.⁹

La muerte prematura, la discapacidad, las dificultades personales y familiares, la pérdida de ingresos y los gastos médicos ocasionados por la hipertensión repercuten en las familias, las comunidades y las finanzas nacionales. Por esta razón, a menudo los hogares destinan una proporción considerable de sus ingresos a sufragar las hospitalizaciones y la atención que demandan las complicaciones de la hipertensión, como los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares o la insuficiencia renal. Las familias deben afrontar gastos catastróficos generados por la atención médica, a menudo durante mucho tiempo en el caso del tratamiento de las complicaciones de la hipertensión, y esto hunde a millones de personas en la pobreza. Además, la pérdida de ingresos familiares por fallecimiento o discapacidad puede tener consecuencias devastadoras. En algunos países de ingresos bajos y medianos los gastos en concepto de enfermedad cardiovascular constituyen el 20% del gasto total en salud.¹⁰

Se prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada de producción asociada con las enfermedades no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos será de US\$ 7,28 billones. La pérdida anual de aproximadamente US\$ 500 000 millones a causa de las principales enfermedades no transmisibles representa alrededor del 4% del producto interior bruto en esos países. Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son el motivo de casi la mitad del costo.¹¹⁻¹²

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incremento 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%).¹³⁻¹⁴

Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. No hay duda de que, en general, el tratamiento temprano de la hipertensión arterial tiene importantes beneficios.

Por esta razón la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en 2006, 47.8% de los adultos con hipertensión no había sido diagnosticado como tal y que únicamente 39.0% de los que ya habían sido diagnosticados recibía tratamiento¹⁴. Diversos estudios han identificado como factores que contribuyen a la aparición de HTA la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes entre otros factores¹⁵.

En México, esta enfermedad ha sido caracterizada epidemiológicamente gracias a las encuestas nacionales de salud. En la ENSANUT 2012 se consideró que un adulto tenía HTA cuando reporto haber recibido el diagnostico de un médico o

presentaba cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

De acuerdo con estos criterios, la prevalencia actual de HTA en México es de 31.5% (IC95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2-21.0), y en adultos con diabetes (65.6%; IC 95% 60.3-70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1-29.2). Además, durante la ENSANUT 2012 se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA.

La tendencia de la HTA en los últimos seis años (2006-2012) se ha mantenido estable tanto en hombres (32.4 vs 32.3%) como en mujeres (31.1 vs. 30.7%) y la proporción de individuos con diagnóstico previo no aumento en los últimos seis años, paso indispensable para lograr un control temprano a través de medidas de estilo de vida y tratamiento en la población. También se han conservado diferencias entre las prevalencias de los grupos de mayor y menor edad, por ejemplo, en 2012 la distribución de la prevalencia de HTA fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad ($p < 0.05$) que en el grupo de 70 a 79 años.

Indicó que los estados del norte alcanzan una prevalencia de más de 47 por ciento; en Sonora, Durango y Sinaloa, uno de cada 10 adultos de 20 a 95 años han desarrollado hipertensión arterial. En el centro del país la prevalencia es de 40 por ciento y en los estados del sureste y sur del 30 por ciento. En promedio, en

el país la prevalencia es de 34 por ciento, es decir cuatro de cada 10 mexicanos mayores de 20 años ya tienen presión arterial alta. ¹⁶

Tanto las formas esenciales como secundarias de HTA suelen ser habitualmente asintomáticas, lo que debe alertar a los profesionales sanitarios para identificar a los individuos en riesgo midiendo periódicamente su tensión arterial (TA). La *American Heart Association* recomienda la medición rutinaria de TA en todas las visitas programadas de salud del niño desde los 3 años de edad.¹⁷

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos en su calidad de vida (Vinaccia, Tobón, Moreno San Pedro, Cadena y Anaya, 2005). El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remontan a tiempos muy antiguos.

A pesar de que el incumplimiento por parte de los pacientes de las prescripciones médicas es muy antiguo, el interés por investigarlo y por promoverlo se remonta escasamente a la década de los setenta, cuando los avances médicos y farmacológicos mostraron una revolucionaria eficacia. Los autores citados antes señalan además que el reconocimiento del problema de adhesión en los pacientes

puede ser también en parte un problema del médico y del personal de salud, no sólo del enfermo.

Ahora bien, dado el interés por este tema, su conceptualización ha implicado una delimitación y diferenciación con otros conceptos más antiguos. Durante mucho tiempo se han utilizado de forma indistinta los términos “adherencia”, “adhesión”, “cumplimiento” y “obediencia”, pero realmente los descriptores y los problemas de traducción del inglés ameritan una diferenciación. Por ejemplo, el término “adherencia” es una traducción extremadamente literal del inglés *adherence*, que hace referencia a la unión física, mientras que “adhesión”, según diccionario español, habla más del efecto de la acción de adherir o adherirse en un dictamen o partido. Los términos “cumplimiento” y “obediencia” se refieren al grado en que un paciente sigue escrupulosamente las instrucciones y las prescripciones del personal de salud, pero a su vez denotan su rol pasivo; y el término “incumplimiento”, su opuesto, posee connotaciones valorativas negativas que hacen de aquel el responsable, y afecta asimismo el vínculo terapéutico en su designación (Eisenthal, Emery, Lazare y Udin, 1979).¹⁸

El concepto de “adhesión terapéutica” es un concepto complejo que se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Martín & Grau, 2004). En todo caso, no existe una dicotomía completa entre adhesión y no adhesión, y puede realmente tratarse de una medición que suele reportar distintos grados de un continuo; por ejemplo, un

paciente puede mostrar gran adhesión a tomar los fármacos, pero no a asistir a las consultas médicas, o asistir a ellas, pero tomando los medicamentos a las horas y en las dosis incorrectas, o podría asistir a las citas y tomar el tratamiento, mas no atender aspectos tales como la dieta u otros cuidados de la salud. El olvido, la falta de tiempo, la complejidad del tratamiento o el número de cambios que el paciente debe hacer para seguir el tratamiento pueden ser algunas de las variables involucradas. Otro aspecto no menos sencillo es la relación entre adhesión y resultado terapéutico, pues en muchos casos la primera no garantiza el logro esperado de la segunda en cuanto que son muchos los factores que intervienen en la progresión de una enfermedad, y la adhesión es sólo uno de ellos (Ballester, 2003).¹⁹⁻²⁰

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Esta definición se basa en la propuesta por Haynes et al del año 1976 para el termino cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el termino cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de

adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta.^{21-22-23.}

La OMS menciona que la adherencia terapéutica, a largo plazo, de las enfermedades crónicas solo se realiza en un 50% de los pacientes. Esta falta de seguimiento es menor en los países subdesarrollados, dado principalmente por la escasez de recursos en los sistemas de salud. En el paciente la falta de adherencia causa descontrol de su padecimiento con la presencia de complicaciones a órganos blanco, colocándolo en una situación de riesgo, tales como recaídas más intensas, un efecto rebote, un sobreuso de los medicamentos, riesgos de dependencia, desarrollo de resistencia al tratamiento y toxicidad. Cabe mencionar que una buena adherencia terapéutica es la clave para abordar los procesos crónicos.²¹

El apego de los pacientes con HAS a su tratamiento farmacológico es muy escaso. Se ha estimado que del 15% al 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año. Y más aún, es muy frecuente que quienes continúan el tratamiento se olviden de su dosis diaria en al menos una ocasión.

Recientemente, la Sociedad Internacional de Fármaco Economía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un

tratamiento se ven afectados no solo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continuo con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción.²⁴

En general, los estudios se han dirigido hasta el momento a explorar la adhesión al tratamiento en distintas enfermedades y se han guiado a partir de cinco factores clásicos expuestos por Meichenbaum y Turk (1991) y que se esbozan a continuación: En primer lugar están los factores relacionados con los pacientes.

Estos incluyen aspectos tales como las características del individuo, la presencia o no de un trastorno psicológico o discapacidad mental, motora o sensorial, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas pobres o distorsionadas frente al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales la apatía, el pesimismo o la aceptación realista, citada en otro apartado del texto, que generalmente se relaciona con una nula o escasa adhesión. En general, la aceptación de la enfermedad y todas sus implicaciones, la historia previa de adhesión, la insatisfacción con el profesional, la situación social, el apoyo familiar y social, la estabilidad de la vivienda, la pobreza, el desempleo y demás variables que atañen directamente a la persona enferma, son factores que afectan directamente la adhesión terapéutica.²⁵

En segundo lugar se encuentran los factores relacionados con la enfermedad; es decir, si se trata de una enfermedad crónica, con ausencia de síntomas

manifiestos (como en el caso del paciente seropositivo asintomático), o de una enfermedad aguda con sintomatología evidente, lo que afecta el grado de adhesión, siendo más pobre en el primer caso que en el segundo. Por lo común, el grado de incapacidad y de malestar físico afecta directamente la adhesión.

En tercer lugar se hallan los factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad. La complejidad del régimen de tratamiento, como la cantidad de medicaciones distintos, los horarios de administración, los efectos secundarios , así como la duración del mismo y el modo de administración, son factores que se relacionan con la adhesión; así, entre mayor sea la complejidad de estos aspectos menor adhesión habrá.²⁵

El cuarto aspecto son los factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud, entre los que se encuentran la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, la reputación de la institución y del personal y las formas de acceso al lugar de atención.

Finalmente, se hallan los factores relacionados con la relación e interacción del personal de salud, entre los cuales se incluyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales, la dificultad de los profesionales para explicar las preocupaciones, sentimientos o emociones negativas del paciente, y la insatisfacción de este último con la relación o supervisión inadecuada del personal de salud. ²⁵

Por otro lado, el apoyo social ha sido definido de diversas formas: en algunos estudios epidemiológicos se ha definido como el número de contactos e interacciones mantenidas por una persona, otros estudios lo han definido como la percepción de pertenencia a un grupo a redes sociales de comunicación y obligación mutua mientras que otros autores lo han visto como un protector frente al padecimiento de ciertas alteraciones de carácter psicológicas formulándolo en términos de mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales de un individuo pueden protegerlos de la patología inducida por el estrés (Gil-Roales, 2004).²⁶

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

En la HAS son múltiples factores fisiopatológicos que se consideran en la génesis de la hipertensión esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS), tal vez relacionado con excesiva exposición o respuesta al estrés psicosocial de la vida moderna; la sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras; la alta ingesta de sodio; la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina, con el resultante incremento en la producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA); la deficiencia de vasodilatadores, tales como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema caliceína- cinina, que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio; las anomalías en los vasos de resistencia, incluyendo lesiones en la microvasculatura renal; la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina; la obesidad; el incremento en la actividad de factores de crecimiento; las alteraciones

en los receptores adrenérgicos, que influyen la frecuencia cardiaca, el inotropismo cardiaco y el tono vascular; y las alteraciones celulares en el transporte iónico. A pesar de los diversos factores que contribuyen a la patogénesis del mantenimiento de la elevación de la presión arterial, los mecanismos renales probablemente juegan un rol primario, tal como fuera planteado por Guyton, en 1991, al decir que la presión arterial empieza a elevarse cuando los riñones requieren de mayor presión que la usual, para mantener el volumen de los líquidos extracelulares dentro de los límites normales”. Los factores de riesgo, incluyendo la hipertensión arterial, tienden frecuentemente a agregarse. Aproximadamente, 40% de las personas con hipertensión arterial es también hipercolesterolemica. Estudios genéticos han establecido una clara asociación entre hipertensión y dislipidemia. La hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2 también coexisten. ²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰

El incremento en la actividad del SNS incrementa la presión sanguínea y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión a través de la estimulación del corazón, vasculatura periférica y riñones, causando incremento en el gasto cardiaco, en la resistencia vascular y en la retención de líquidos³². Además, el desbalance autonómico (incremento del tono simpático y reducción del tono parasimpático) ha sido asociado con anormalidades metabólicas, hemodinámicas, tróficas y reológicas, resultantes en incrementos en morbilidad y mortalidad cardiovascular²⁷. Las evidencias indican que los incrementos en la frecuencia cardíaca son originados mayormente por reducción en el tono parasimpático, soportando así el concepto de que el desbalance autonómico

contribuye a la patogénesis de la hipertensión arterial. Además, desde que el nivel de la presión diastólica se relaciona más cercanamente a la resistencia vascular que a la función cardíaca, es sugestivo que el incremento del tono simpático puede también incrementar la presión diastólica, al causar proliferación de las células vasculares lisas y en consecuencia remodelación vascular. El incremento de la estimulación simpática es mayor en los jóvenes, lo cual puede contribuir significativamente al desarrollo de la hipertensión en edades tempranas²⁸. Los mecanismos del incremento de la actividad simpática son complejos e involucran alteraciones en baro y quimiorreceptores. Los barorreceptores arteriales son reajustados a nivel más alto en los pacientes hipertensos, principalmente por acción de la angiotensina II y por el efecto de radicales libres y endotelina²⁹. La exagerada respuesta a quimiorreceptores, que conduce a incremento en la actividad simpática, ha sido demostrada con estímulos tales como el apnea y la hipoxia³⁰. La crónica estimulación simpática conduce a remodelación vascular y a hipertrofia ventricular izquierda, posiblemente por el efecto directo de la epinefrina en sus receptores, así como por la liberación de factores tróficos, tales como el factor de crecimiento β transformante, el factor 1 de crecimiento semejante a la insulina y el factor de crecimiento fibroblástico³⁰.

La resistencia vascular periférica está característicamente elevada en la hipertensión arterial, debido a alteraciones estructurales y funcionales en las pequeñas arterias. La remodelación de estos vasos contribuye al desarrollo de la hipertensión y su asociado daño en los órganos blanco³⁷. La resistencia periférica se incrementa a nivel precapilar, incluyendo las arteriolas (arterias conteniendo

solo una capa de células musculares lisas) y la pequeñas arterias (diámetro de luz < 300 µm). La elevada resistencia periférica en los pacientes hipertensos está relacionada con una disminución en el número de vasos y disminución de su luz, sin incrementar el grosor de la pared³¹.

Debido a lo previamente mencionado la hipertensión arterial sistémica, como un padecimiento crónico, representa riesgo de complicaciones si no se llevan a cabo las indicaciones del tratamiento correctamente, ya que un elemento insustituible para el control y manejo de la hipertensión arterial sistémica es un adecuado seguimiento del tratamiento.

INSTRUMENTO PARA ESTUDIO DE APEGO A TRATAMIENTO.

El instrumento Morisky-Green-Levine (MGL). Es un instrumento de adherencia al tratamiento. Este instrumento es de fácil aplicación, puede ser aplicado en la clínica, hospital, e incluso en visita a domicilio y consta de una estructura dividida en tres parte; 1. consentimiento informado, en donde queda constancia de que el paciente ha sido, informado del fin y características del estudio y que su participación es voluntaria. 2. Un sector que se llena con datos obtenidos desde la ficha de identificación del paciente. 3. El test de Cumplimiento de Morinski-Green-Levine es de Auto aplicación. ³²⁻³³

Descripción del test MGL: Es un cuestionario que consta de cuatro preguntas, se considera adherente a la persona que responde "SI" a las cuatro preguntas, Si contesta "NO" al menos a una pregunta se clasifica se clasifica como no adherente. ³²⁻³³

El Instrumento para validar la adherencia (apego al tratamiento) Morisky-Green ha demostrado una alta fiabilidad y una consistencia interna buena (alfa de Cronbach: 0.81), tiene una sensibilidad del 61% y una especificidad 85%. 2 ^{32, 34,35}

Los datos que mide el presente instrumento son: 1. Sexo: 2. Edad: 3. Grupo étnico: 4. Presión arterial: 5. Control de presión arterial: 6. Esquema Terapéutico utilizado: 7. Comorbilidad Cardiovascular: ^{32, 36, 37} Item II Test Morisky-Green-Levine. Preguntas SI NO 1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA? 2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación? 3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos? 4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?. ³²⁻³⁷

MARCO TEORICO

Un estudio denominado Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions, refiere que los pacientes que tienen adherencia terapéutica, logran normalizar su presión arterial; con ello aumenta su esperanza de vida entre 5 a 9 años más que quienes no lo siguen adecuadamente. Las mujeres tienden a realizar una mejor adherencia en comparación con los hombres.³⁸

Para Cáceres, las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.³⁹

Un tratamiento farmacológico adecuado para los pacientes hipertensos, debe tener un esquema muy fácil de seguir y por intervalos no muy largos, es decir, alternando los fármacos al menos cada mes o cada dos meses.⁴⁰

Algunos de los factores que aumentan la posibilidad de apego al tratamiento son: tener un muy alto valor de presión arterial, ser del sexo femenino, tener una mayor escolaridad e ingresos económicos y ser casado. Por otro lado, algunos de los factores que propician el abandono al tratamiento son: que el tratamiento sea muy complejo o esté prescrito por un periodo demasiado extenso, que los fármacos tengan efectos secundarios muy marcados o que sean muy caros, que el paciente

sea fumador y/o alcohólico, que sea muy joven y que consuma alimentos con alto contenido de sal, entre otros.⁴¹⁻⁴²

Según Boza, el cumplimiento del tratamiento es “el notable entendimiento por parte del paciente acerca de las necesidades de tratamiento y de sus diferentes posibilidades, seguido de la acción apropiada”. Para Galperin, es “la medida en que el paciente responde a las indicaciones médicas y las hace suyas, existiendo diferentes motivaciones por parte del mismo que explican los grados de adhesión a las distintas indicaciones”. Para Haynes, es “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de dieta y modificación del hábito de vida, coinciden con las instrucciones proporcionadas por el médico”. Karoly señala un restringido alcance en el término cumplimiento, y sugiere que genera un papel pasivo y otro sumiso. Blackwell propuso adherencia o alianza terapéutica, para expresar una relación más interactiva médico-paciente. Friedman y DiMatteo prefieren hablar de “cooperación”, para enfatizar la naturaleza bilateral de la interacción profesional de la salud-enfermo.⁴³

Según Sabate, 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. Por otra parte, VlasniK reporta como factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento la incapacidad económica para obtener los medicamentos.⁴⁴

Estudio realizado en Colombia descriptivo exploratorio en 2002 mediante encuestas de tipo transversal llamado "Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial" fue analizar el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en 152 sujetos según los criterios de la Sociedad Europea de Hipertensión (2003) compuesta por 26 hombres (17,1%) y 126 mujeres (82,9%), con edades entre los 45 y 65 años y una edad media general de 57,5 años. La gran mayoría de la muestra se encuentra con un nivel de educación básica primaria (84,9%). A nivel de estado civil y ocupación más del 50% están casados y son amas de casa con un promedio de número de hijos de 6, se encuentra un porcentaje menor de viudos, solteros, divorciados y separados. Se visualizó de otro lado con relación a los años de diagnóstico de la enfermedad que prevalecen los dos primeros años (75,0%). En conclusión encontraron 29% apoyo emocional 15,5% apoyo instrumental, 14% interacción social y 12.3% apoyo afectivo.⁴⁵

Estudio realizado en España de tipo observacional, prospectivo, de nombre "Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial por C. Menéndez Villalva y at. De seguimiento a un año con un total de 236 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial durante el año de seguimiento se midieron las variables clínicas: edad, sexo, presión arterial, gravedad de la hipertensión, consumo de tabaco, consumo de alcohol, presencia de diabetes mellitus, hipercolesterolemia, índice de masa corporal y cumplimiento del tratamiento. Asimismo, se determinaron las siguientes variables sociofamiliares:

estado civil, nivel cultural, nivel socioeconómico, tipo de familia, acontecimientos vitales estresantes y el apoyo social.⁴⁶

En los resultados se encontraron que la edad media fue de 63,51 (rango, 62,05-64,96) años, y el 66,1% fueron mujeres. La tipología familiar predominante es la familia nuclear (64,3%). El 30,2% de los pacientes refería una baja red social (0-1 contactos sociales). Detectamos un 22% de bajo apoyo social funcional. El apoyo social se mantuvo estable a lo largo del estudio. Los hipertensos con redes sociales bajas presentan, tras controlar por las posibles variables de confusión, un incremento de la presión arterial sistólica de 9,59 mmHg (rango, 2,67-16,51) y de 4,29 mmHg (rango, 0,44-8,15) en la diastólica, respecto de los pacientes hipertensos con redes sociales más amplias a lo que se concluyó que los hipertensos con una baja red social presentan un incremento de las cifras de presión arterial respecto de los hipertensos con redes sociales amplias.⁴⁶⁻⁴⁷

En otro estudio Argentino por NURIA V. FERRERA*, DANTE H. MOINE†, DANIEL C. YAÑEZ en 2010 que lleva por nombre “Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná” se determinó la variación de la tensión arterial y se comparó el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad y el nivel de adherencia al tratamiento al inicio y al término de un programa en las que se incluyeron 79 pacientes hipertensos, consecutivos, de 24 a 89 años, que asistieron en el mes de junio de 2009 a un centro de atención primaria de la ciudad de Paraná. En sus resultados se encontró que la prevalencia

de tabaquismo fue del 20%, diabetes 23%, síndrome metabólico 59%, dislipidemia 56%, y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular 86%. El 62% presentó 3 o más factores de riesgo, además de hipertensión arterial. Al inicio del programa, sólo el 39% estaba alto. El 81,25% recibía tratamiento antihipertensivo combinado y el 65,82% tratamiento combinado con aspirina. Y en sus conclusiones el programa de intervención demostró ser eficaz al lograr las metas del tratamiento en 64 pacientes (81%) y al incrementar significativamente los niveles de adherencia al tratamiento y de conocimiento de la enfermedad. Se destacó la influencia desfavorable del factor socioeconómico no satisfactorio en el control de la enfermedad. ⁴⁷⁻⁴⁸

Otro estudio realizado en el estado de Durango (México) por Florentina Marin-Reyes en 2001 llamado Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión Arterial esencial de tipo casos y controles al que se integraron 80 sujetos con diagnóstico establecido de HAS, con 40 pacientes en cada grupo. Se consideró como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento. Las diferencias se establecieron con las pruebas ji cuadrada y *t* de student. Se calculó la razón de momios para estimar la fuerza de asociación. No hubo diferencias entre los grupos respecto a las variables sociodemográficas, modalidad de tratamiento ni conocimiento que el enfermo tenía sobre su enfermedad. Tenían control de la presión arterial 31 (77.5%) pacientes con apego y 11 (27.5%) sin apego, $p= 0.003$. El apoyo familiar se asoció de manera independiente con apego al tratamiento, RM 6.9, IC 95% 2.3-21.1.

Concluyendo que el apego se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.⁴⁹

En 2008 se realiza un estudio en Sonora (México) Apego farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de una Unidad de Medicina Familiar transversal descriptivo con pacientes hipertensos entre 30 y 50 años de edad; primero en la clínica y posterior de 15 a 20 días se realizó en su domicilio, cinco pacientes por día hábil, elegidos por conveniencia. Sus variables fueron edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución de la hipertensión, estilo de vida y el apego al medicamento. El apego se midió mediante el conteo de tabletas, calificándose como bueno entre el 80-110%. Se analizó según frecuencias y porcentajes, el apego se midió mediante el conteo de tabletas, calificándose como bueno entre el 80-110%. Resultando que de los 96 pacientes entrevistados, 85 % se apegaron al tratamiento farmacológico. El 42 % de los encuestados pertenecieron al grupo de 40 a 45 años de edad; el 69 % fueron mujeres, el 78 % tuvieron menos de 10 años de evolución de la hipertensión. Así concluyendo que el apego farmacológico se presentó en el 85 % de la población estudiada, calificándose como bueno al promediar 93 %; sin embargo, se deben buscar estrategias para lograrlo en el 100% de la población, a fin de obtener el control de la hipertensión y prevenir sus posibles complicaciones.⁵⁰

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la hipertensión arterial (HTA) es uno de los trastornos crónicos más frecuentes y constituye un problema de gran importancia en nuestros días. En 2008, en el mundo solo tienen el diagnóstico de hipertensión arterial aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008.³

En los últimos seis años se ha mantenido estable tanto en hombres como en mujeres la proporción de individuos con diagnóstico previo, es muy importante e indispensable para lograr un control temprano a través de medidas de cambios en el estilo de vida y tratamiento en la población.

Así que el comportamiento de apego al tratamiento es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con hipertensión arterial sistémica, ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar. Los programas de control de la hipertensión arterial tienen como reto principal lograr el apego al tratamiento.

En la Unidad de Medicina Familiar No 120, se cuenta con 7.430 pacientes confirmados con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y es frecuente que el paciente se presente al servicio de urgencias por descontrol.

Ignoramos la adherencia al tratamiento de dicha población, por lo que es necesario que se realice el presente estudio, con el fin de evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de nuestros derechohabientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, 22.4 millones de adultos de 20 o más años padecen hipertensión arterial, de los cuales 11.2 millones están diagnosticados y de esa cifra, sólo 5.7 millones tienen controlado el padecimiento, señala la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.

La hipertensión arterial (HTA) es la afección crónica más frecuente en la población adulta en el mundo; se comporta como *factor de riesgo* para padecer las enfermedades que se encuentran entre las más importantes causas de muerte en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, como son la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad renal crónica. La participación de la HTA en el desarrollo de estas afecciones se acrecienta notablemente cuando coexiste con otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipidemia, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo o la diabetes mellitus. El papel de la HTA en estas situaciones es de mayor trascendencia cuando no se logra un control óptimo de la afección. Este es un hecho de gran preocupación en la comunidad científica pues, tanto en el orden poblacional, como en el individual, alcanzar eficientemente los valores o cifras de presión arterial considerados como normales se dificulta significativamente y, a través de los años, se ha hecho más difícil y no satisfactorio en la inmensa mayoría de los países. No lograr el control de la HTA, significa mayor posibilidad y más serias incidencias de complicaciones cardiovasculares y

renales, mayor riesgo de muerte o de discapacidad, en el individuo hipertenso en particular o en la comunidad en estudio.

En la presente década el tema ha sido retomado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta organización reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud. Por lo que es necesario conocer los factores relacionados con el apego al tratamiento para tener mejores resultados y obtener un mejor control de la HTA con un riesgo menor cardiovascular del paciente y de la comunidad en su conjunto.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores que influyen en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica en el servicio de atención medica continua de la UMF No. 120?

Objetivo general:

Analizar los factores que influyen en apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica en el servicio de atención medica continua de la UMF No. 120

Objetivos específicos:

- Describir la frecuencia de apego al tratamiento de hipertensión arterial sistémica.
- Identificar cuál es el factor más importante de la falta de apego al tratamiento.

METODOLOGÍA:

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, transversal y descriptivo prospectivo.

SITIO DE ESTUDIO: Unidad de Medicina Familiar No. 120

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes de 30 a 80 años de edad.

MUESTRA: Muestra no Aleatorizada por casos consecutivos de 200 pacientes, que se presenten en forma espontánea al servicio de urgencias con hipertensión arterial descontrolada.

TIEMPO DE ESTUDIO: 01 de mayo de 2016 al 30 de septiembre del 2016.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA: Se invitará a participar a 200 pacientes que acudieron al servicio de atención médica continuación diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica descontrolada, y se selecciono por muestreo no probabilístico de casos consecutivos, informándoles de manera clara sobre el estudio que se llevara a cabo: La autorización se recabo mediante un formato de consentimiento informado Institucional. Posteriormente se le aplico una encuesta estructurada con preguntas, para identificar cuáles son los factores que influyen en el apego farmacológico, mediante el cuestionario Morisky-Green que tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de Cronbach 0.81. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años.

ANÁLISIS DE DATOS

Se estudiaron variables sociodemográficas, tiempo de diagnóstico, enfermedades concomitantes, satisfacción con el servicio.

Se realizo estadística descriptiva, se expresaron los resultados con medidas de tendencia central: media, porcentajes, promedio, desviación estándar, el cuestionario de Morisky-Green que consta cuatro preguntas los datos se analizaron en SPSS 22, para presentarse en forma de tablas y gráficos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Instrumento:

Para identificar los factores que influyen en la falta de apego al tratamiento de la hipertensión arterial, se aplicó el cuestionario de Morisky-Green con identificación de datos sociodemográficos y que consta de cuatro preguntas: 1. ¿Alguna vez olvida tomar sus medicinas?; 2. ¿Está usted siempre pendiente de tomar sus medicinas?; 3. Si se encuentra Ud. mejor, ¿deja, a veces, de tomar sus medicinas?; y 4. Si alguna vez Ud. se encuentra peor cuando toma las medicinas, ¿deja entonces de tomarlas? La suma de respuestas “adecuadas” permite definir una escala de adherencia entre 0 y 4, de manera que se consideraron pacientes adherentes aquellos cuya puntuación es 4 y no adherente a las de puntuaciones inferiores a 4.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes que acudan al servicio de atención médica continua de la UMF 120. con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica descontrolada.
- Pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica descontrolada de 30 a 80 años de edad.

b) Criterios de exclusión.

- Con patología psiquiátrica y/o psicológica.
- Pacientes que no sepan leer y escribir..
- Pacientes hipertensos que sean dependientes de otras personas para tomar la medicación indicada.
- Mujeres embarazadas.

c) Criterios de Eliminación

Pacientes que no firmen carta de consentimiento informado.

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

VARIABLES:

Hipertensión Arterial Sistémica:

Definición conceptual: La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizada por la elevación de presión arterial a cifras \geq 140/90 mm/Hg.¹⁷

Definición Operacional: Se realizará la toma de la tensión arterial de acuerdo a la NOM.: “Sentar al paciente relajado y tranquilo” “Seleccionar el brazalete adecuado” “colocar el brazalete en el brazo izquierdo” “palpar el pulso humeral” “inflar correctamente el brazalete” “Tomar medición” “desinflar el brazalete”

Escala de medición: Cuantitativa, continua, intervalo.

Indicador: Optima: <120/<80, Normal: 120-129/80-84, Normal alta: 130-139/83-89, Hipertensión grado 1: 140-159/90-99, Hipertensión grado 2: 160-179/100-109, Hipertensión grado 3: $\geq 180/\geq 110$, Hipertensión sistólica aislada $>140 <90$.¹⁷

Apego al tratamiento:

Definición conceptual: Grado con el que el paciente sigue las indicaciones médicas en un proceso dinámico multidireccional donde el médico realiza “acuerdos” con el paciente en relación a la toma de **medicamentos** el seguimiento de una dieta o la modificación en su estilo de vida.¹⁹⁻²⁰⁻³⁸⁻⁵⁰

Definición operacional: Se realizará una encuesta estructurada con preguntas, para identificar cuáles son los factores que influyen en el incumplimiento del apego farmacológico, mediante en cuestionario Morisky-Green.³²⁻³⁴⁻³⁵

Escala de medición: Ordinal, cuantitativa.

Indicador: La suma de respuestas “adecuadas” permite definir una escala de adherencia entre 0 y 4, pacientes adherentes aquellas cuyas puntuaciones es de 4 y no adherentes los de puntuaciones inferiores a 4.

Variables

1- Sexo:

Definición Conceptual: Características biológicas del sujeto que distinguen entre hombre y mujer^{26,53}

Definición Operacional: Características físicas que distinguen entre hombre y mujer²⁶.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Masculino/ Femenino

2- Edad:

Definición Conceptual: Edad en años de la persona desde su nacimiento hasta la actualidad²⁶.

Definición Operacional: Edad en años cumplidos que informa la persona al momento del estudio²⁶.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Número de años cumplidos.

3- Escolaridad:

Definición Conceptual: Nivel de estudios de una persona²⁶.

Definición Operacional: Nivel de estudios terminados de una persona al momento del estudio²⁶.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Primaria/ Secundaria/ Preparatoria/ Universidad/ Posgrado/
Ninguna

4- Ocupación:

Definición Conceptual: Actividad que desempeña una persona en beneficio propio. Oficio o profesión desempeñada^{26, 53}

Definición Operacional: Actividad que desempeña la persona en el momento del estudio²⁶.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Profesionista/ Comerciante/ Empleado general/ Pensionado /Hogar

5- Estado Civil:

Definición Conceptual: Condición y estatus jurídicos de cada persona desde el punto de derechos y obligaciones civiles de carácter individual²⁶.

Definición Operacional: Relación jurídica que une a dos personas²⁶.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Soltero/ Casado/ Unión Libre/ Viudo/Separado Cumple con el tratamiento sin grandes esfuerzos:

6.-olvido de tomar medicamentos

Definición Conceptual: El paciente olvida tomar sus medicamentos ²⁵.

Definición Operacional: El paciente olvida tomar sus medicamentos ²⁵.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1) Si 2) no

7- El Paciente deja de tomar sus Medicamentos

Definición Conceptual: el paciente deja de tomar medicamentos por sentirse bien día²⁵.

Definición Operacional: deja de tomar medicamentos por sentirse bien

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de medición: 1) si 2) no

8.- Ingesta de medicamento en horario diferente

Toma Medicamentos en horario diferente a lo indicado

Definición Conceptual: Ingesta del medicamento en el horario diferente²⁵.

Definición Operacional: Ingesta del medicamento antihipertensivo en horario diferente ²⁵.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de medición: 1) si 2) no

RECURSOS MATERIALES

Físico

- Consultorios y servicio de atención médica continua de la UMF 120
- Computadora del servicio de urgencias.
- Biblioteca de la unidad.

Materiales

- Papelería, lápiz y goma.
- Una computadora, impresora y consumibles.
- Una calculadora.
- Cuestionario Morisky-Green para identificar el apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica que acude a su control mensual

Humano

- Investigador principal.

Financieros

- Propios del investigador.

ASPECTOS ÉTICOS

- DECLARACION DE HELSINKI
- Es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.
- La declaración de la Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras “La salud mi paciente será mi primera consideración”, y el Código internacional de Ética Médica declara que “Un médico debe actuar solo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”.
- El propósito de la investigación médica son seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos u profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.
- En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos, diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.
- El proceso de la medicina se basa en la investigación, la que último término, debe cimentarse en parte de la experimentación en seres humanos.
- En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo, es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio

medica cuyo objetivo esencia es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

- Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.
- Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son solo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.
- 1.- La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

- 2.- El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- 3.- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.
- 4.- El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
- 5.- En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- 6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

- 7.- En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos.
- 8.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
- 9.- Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.
- PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA
- 10.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- 11.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un

profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

- 12.- Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también el bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
- 13.- el proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
- 14.- El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y deben indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

- 15.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en un apersona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- 16.- Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
- 17.- Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
- 18.- La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

- 19.- La investigación médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
- 20.- Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- 21.- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de preocupaciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental de su personalidad.
- 22.- En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, él médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

- 23.- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
- 24.- Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
- 25.- Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
- 26.- La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar solo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben

ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.-

27.- Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.⁵¹⁻⁵²

Riesgo de la Investigación.

Se considera como riesgo la causa de que el participante perderá parte de su tiempo de espera en la consulta para contestar las preguntas del instrumento Morisky-Green. Por lo tanto no hay riesgo directo para el participante ya que solo responderá a las preguntas del instrumento.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto.

Directamente no existe beneficio para el participante sin embargo una vez finalizado el estudio se darán a conocer los resultados.

Confidencialidad.

El presente estudio s números de afiliación de los participantes, los datos anteriores quedaran estrictamente en manos del investigador responsable por lo que se recabaran los resultados en un registro independiente donde serán identificados únicamente con número de folio.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento.

Sera solicitado por el personal de apoyo del investigador responsable y será totalmente ajeno al grupo de médicos que intervienen en la atención medica del participante.

Forma de selección.

Se realizara por muestreo no probabilístico de casos consecutivos por conveniencia.

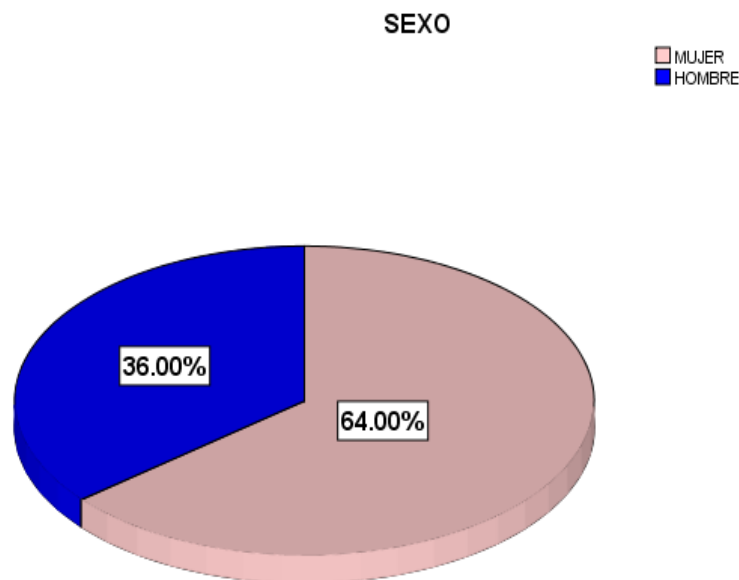
RESULTADOS.

TABLA No. 1 sexo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	MUJER	128	64.0
	HOMBRE	72	36.0
	Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120 .

Grafica No. 1 SEXO



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

En el sexo: 64% fueron mujeres y 36 % fueron hombres

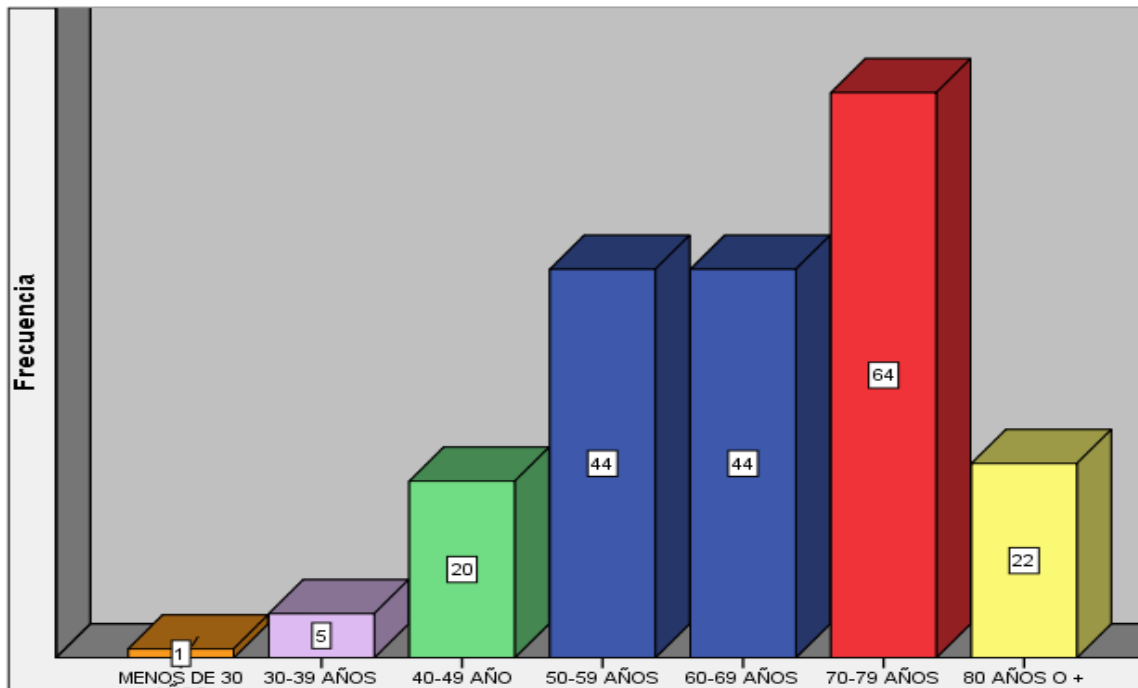
TABLA No 2 EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 30 AÑOS	1	.5
30-39 AÑOS	5	2.5
40-49 AÑO	20	10.0
Válidos 50-59 AÑOS	44	22.0
60-69 AÑOS	44	22.0
70-79 AÑOS	64	32.0
80 AÑOS O +	22	11.0
Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 2 EDAD

EDAD



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

En Edad: el 32 % fueron pacientes de 70 a 79 años, el 22 % es de pacientes

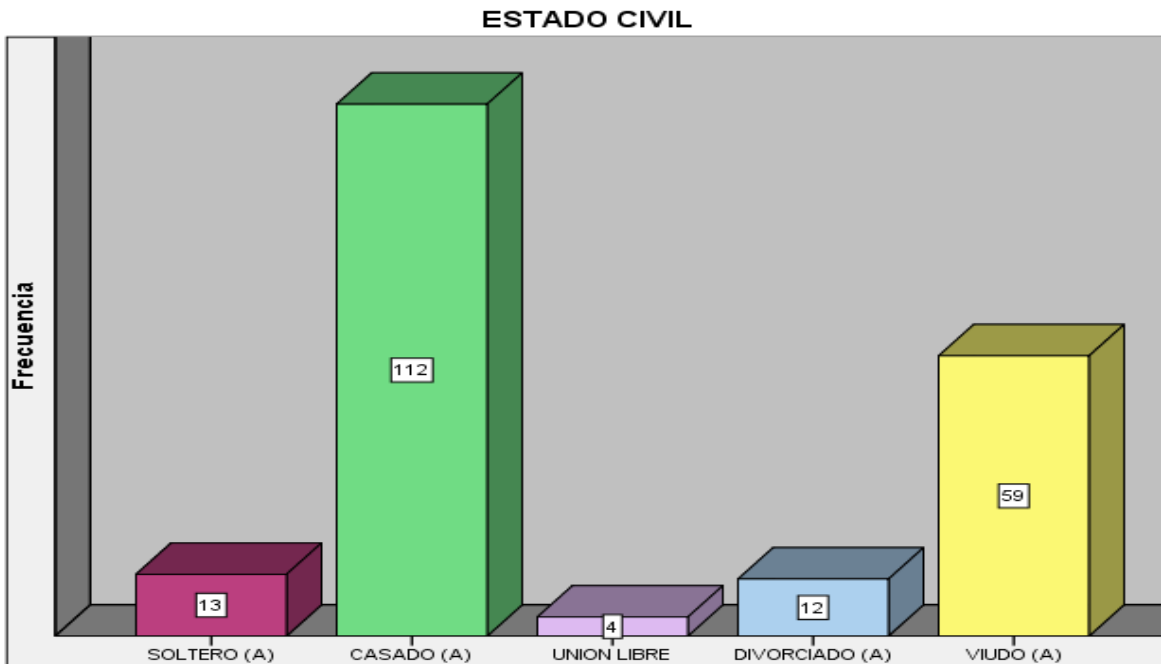
50 a 69 años edad, 11% pacientes de 85 años

TABLA No. 3 ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SOLTERO (A)	13	6.5
	CASADO (A)	112	56.0
	UNION LIBRE	4	2.0
	DIVORCIADO (A)	12	6.0
	VIUDO (A)	59	29.5
	Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 3 ESTADO CIVIL



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

En estado civil 56 por ciento de los pacientes son casados 29 por ciento viudos, y 6.5 por ciento solteros

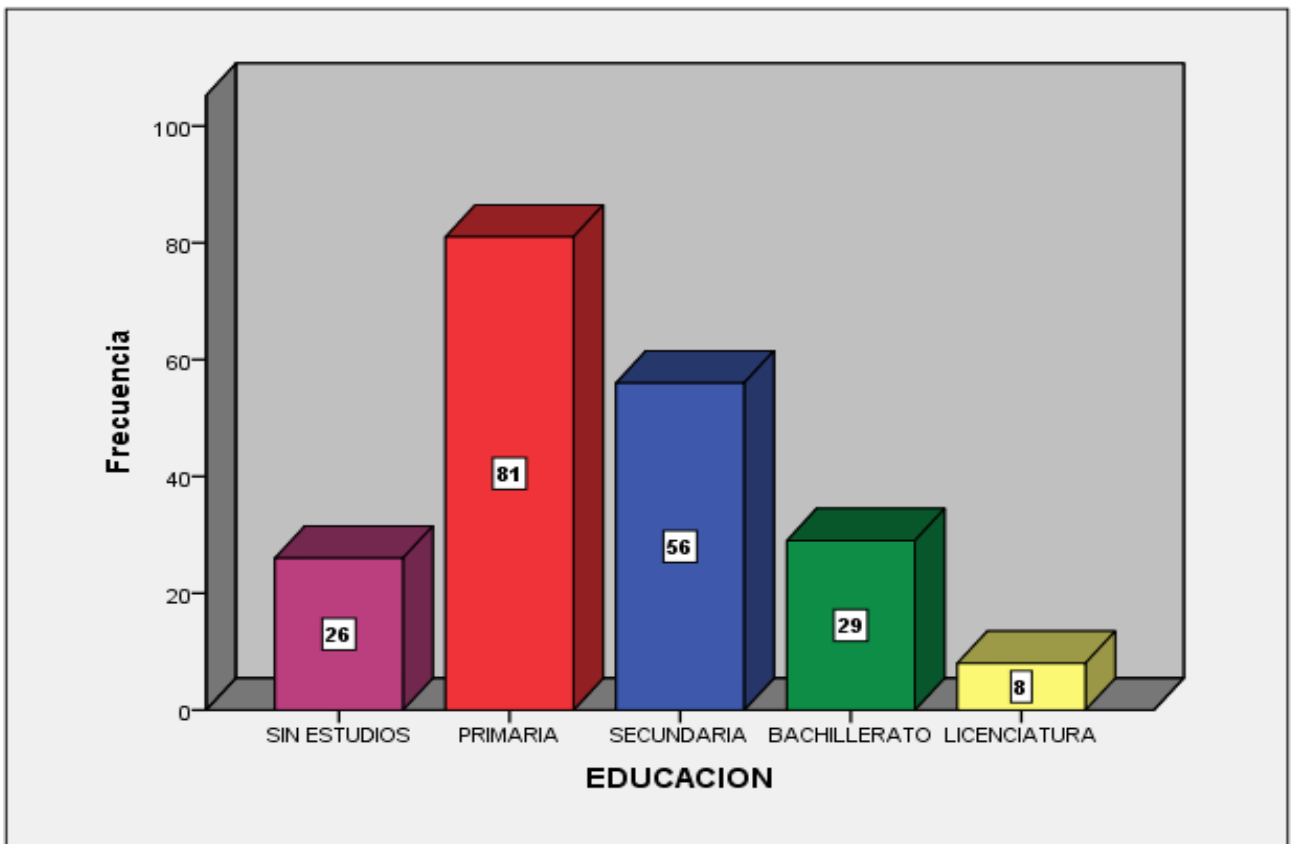
TABLA NO. 4 ESCOLARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	SIN ESTUDIOS	26	13.0
	PRIMARIA	81	40.5
	SECUNDARIA	56	28.0
	BACHILLERATO	29	14.5
	LICENCIATURA	8	4.0
	Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 4 ESCOLARIDAD

EDUCACION



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

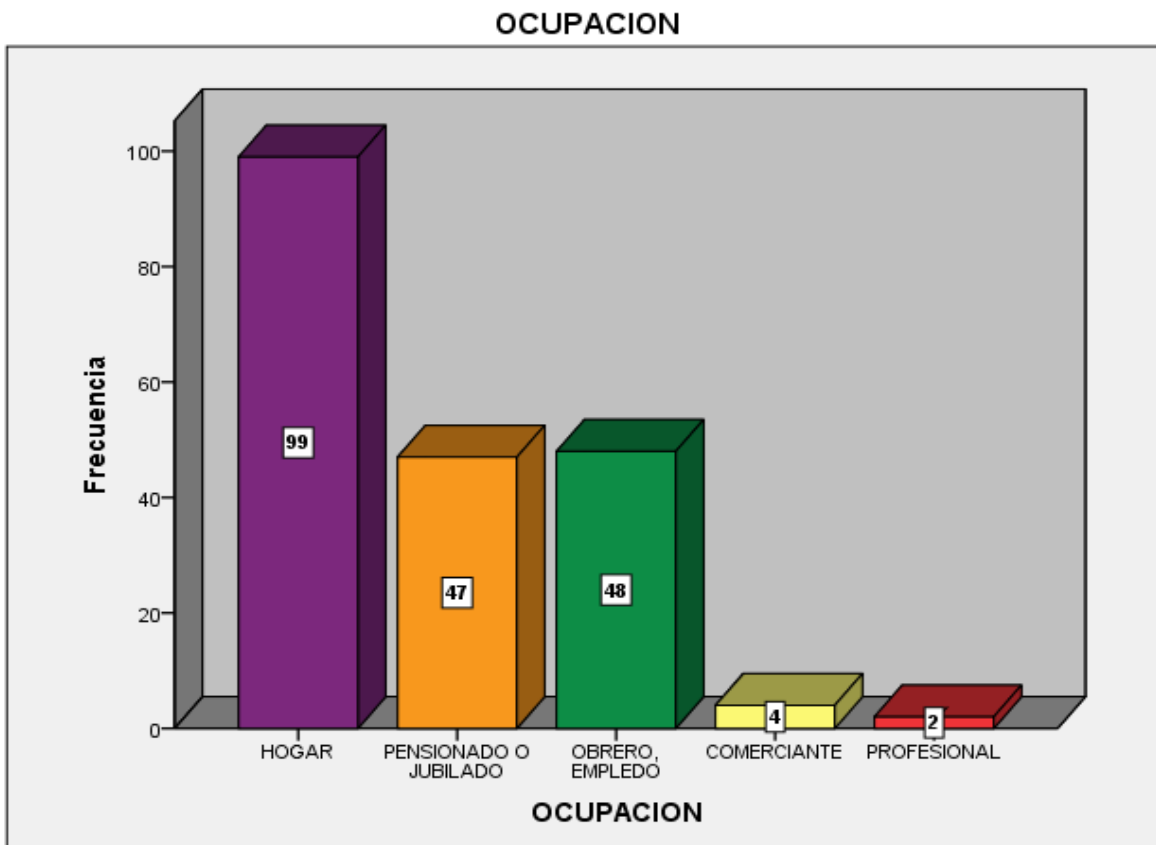
Escolaridad 40 por ciento cursaron primaria , 28 por ciento secundaria y 14,5 por ciento bachillerato

TABLA No. 5 OCUPACION

	Frecuencia	Porcentaje
HOGAR	99	49.5
PENSIONADO O JUBILADO	47	23.5
Válidos s OBRERO, EMPLEDO	48	24.0
COMERCIANTE	4	2.0
PROFESIONAL	2	1.0
Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 5 OCUPACION



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

En la ocupación 49,5 por ciento de pacientes se dedican al hogar 24 por ciento empleados y 23.5 por ciento son pensionados

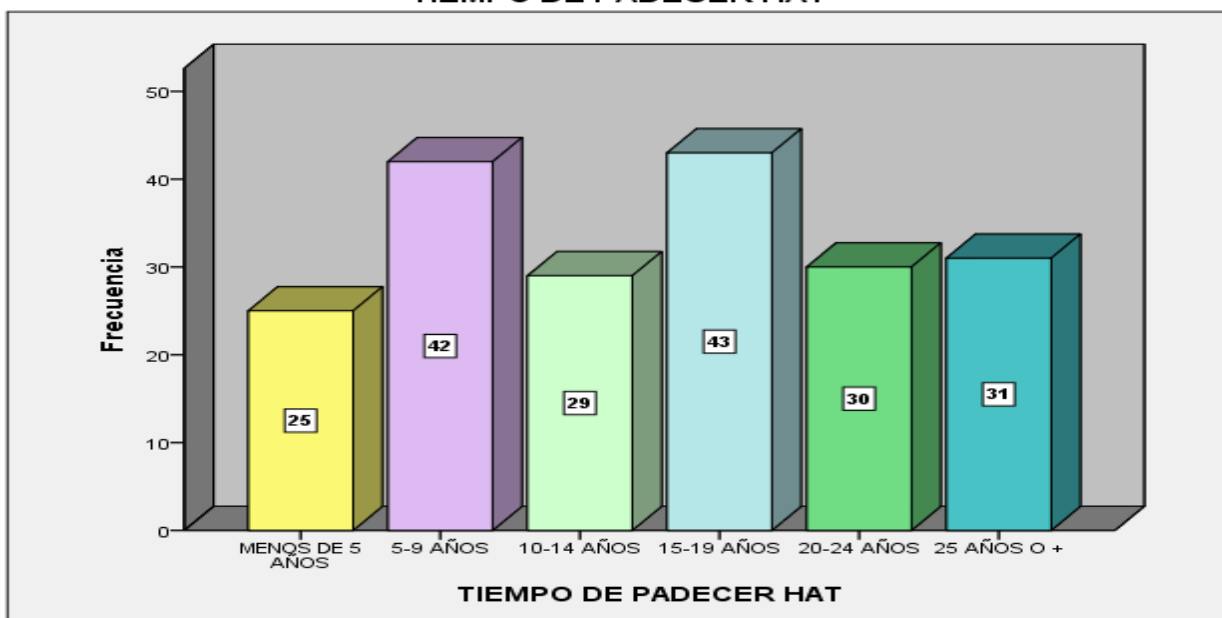
TABLA No. 6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	MENOS DE 5 AÑOS	25	12.5
	5-9 AÑOS	42	21.0
	10-14 AÑOS	29	14.5
	15-19 AÑOS	43	21.5
	20-24 AÑOS	30	15.0
	25 AÑOS O +	31	15.5
	Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 6 HIPERTENSION ARTERIAL

TIEMPO DE PADECER HAT



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

En el tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial se registro que el 21.5 porciento de pacientes se encuentran entre 15 y 19 años de evolución el 21 porciento entre 5 y 9 años, el 15.5 porciento mas de 26 años.

TABLA No. 7 TABAQUISMO

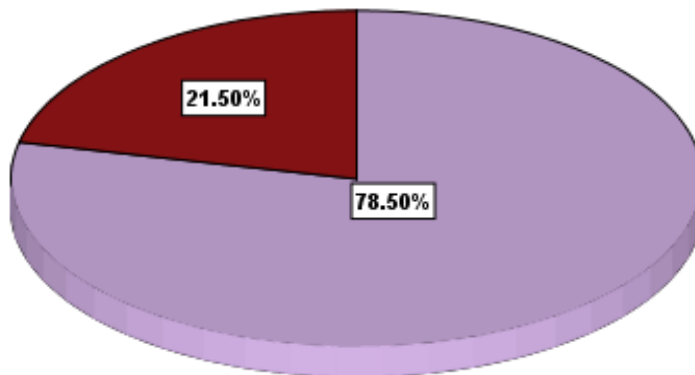
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	157	78.5
	SI	43	21.5
	Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 7 TABAQUISMO

TABAQUISMO

■ NO
■ SI



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

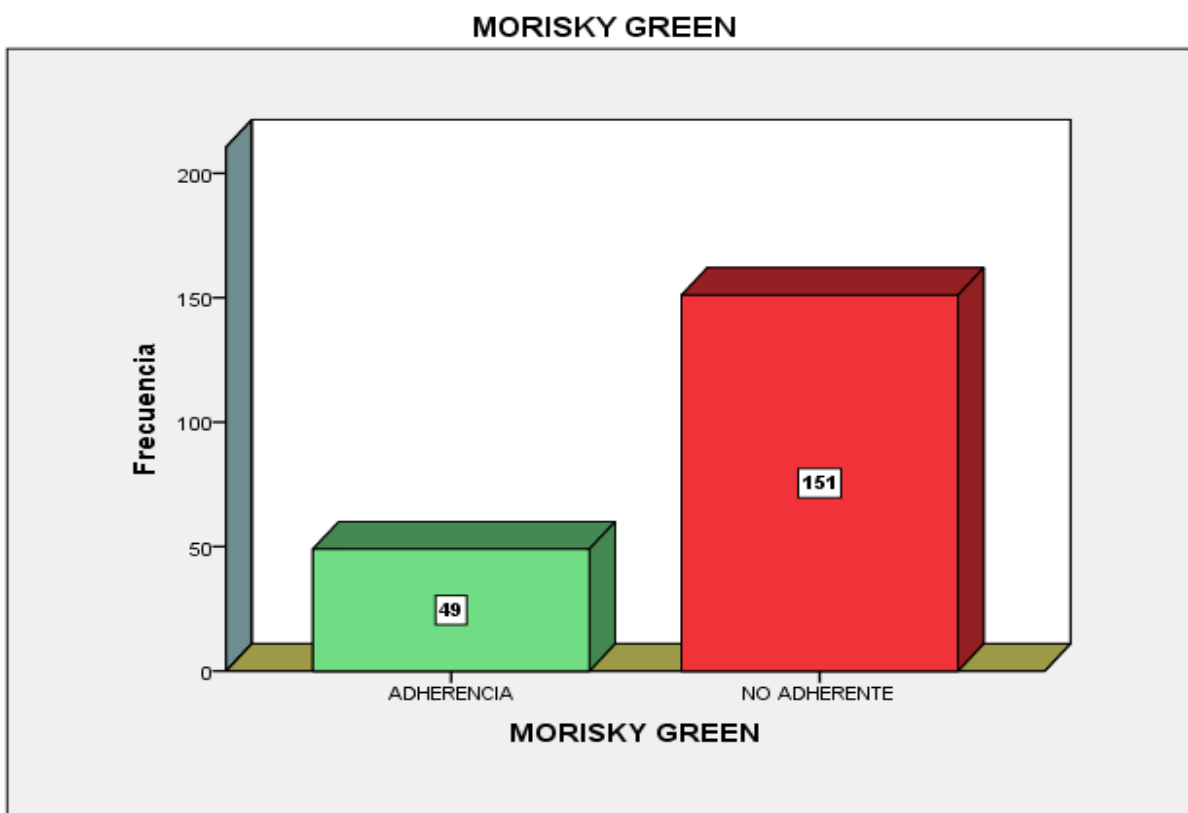
En el rubro de tabaquismo el 78.5 de pacientes son fumadores y el 21 .5 por ciento no fuman

TABLA No. 8 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos ADHERENCIA	49	24.5
NO ADHERENTE	151	75.5
Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 8 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

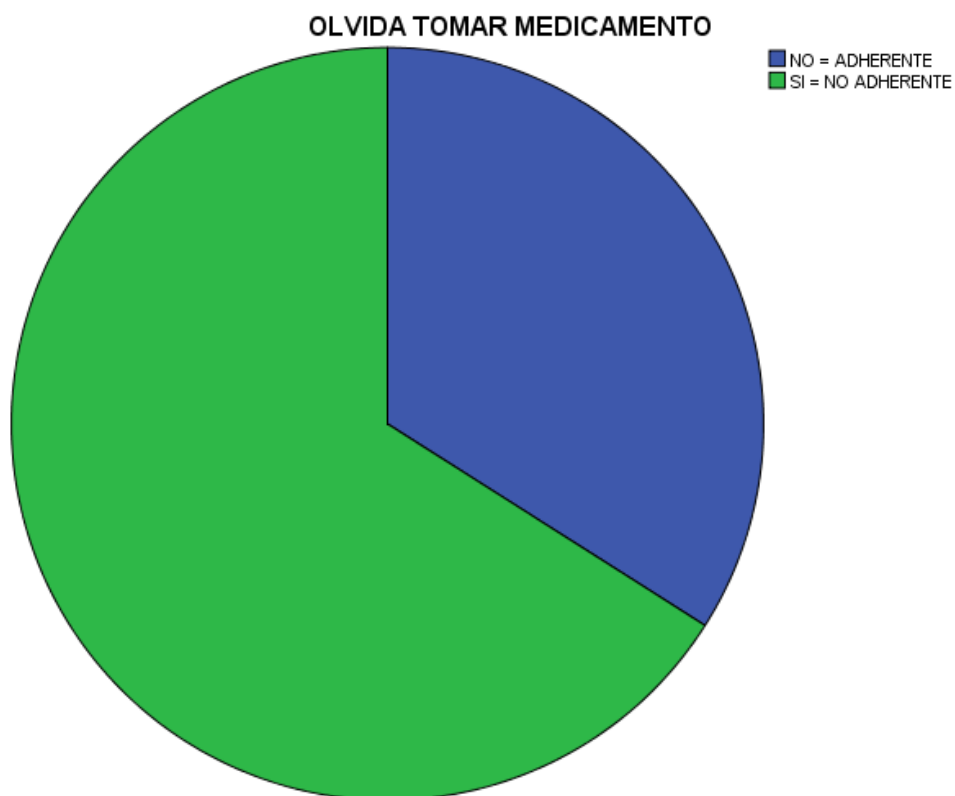
En la adherencia la tratamiento el 75.5 por ciento de pacientes es no adherente y el 24.5 por ciento son adherentes

TABLA No 9 NO TOMA MEDICAMENTO

	Frecuencia	Porcentaje
NO = ADHERENTE	68	34.0
Válidos SI = NO ADHERENTE	132	66.0
Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 9 OLVIDA TOMAR MEDICAMENTO



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

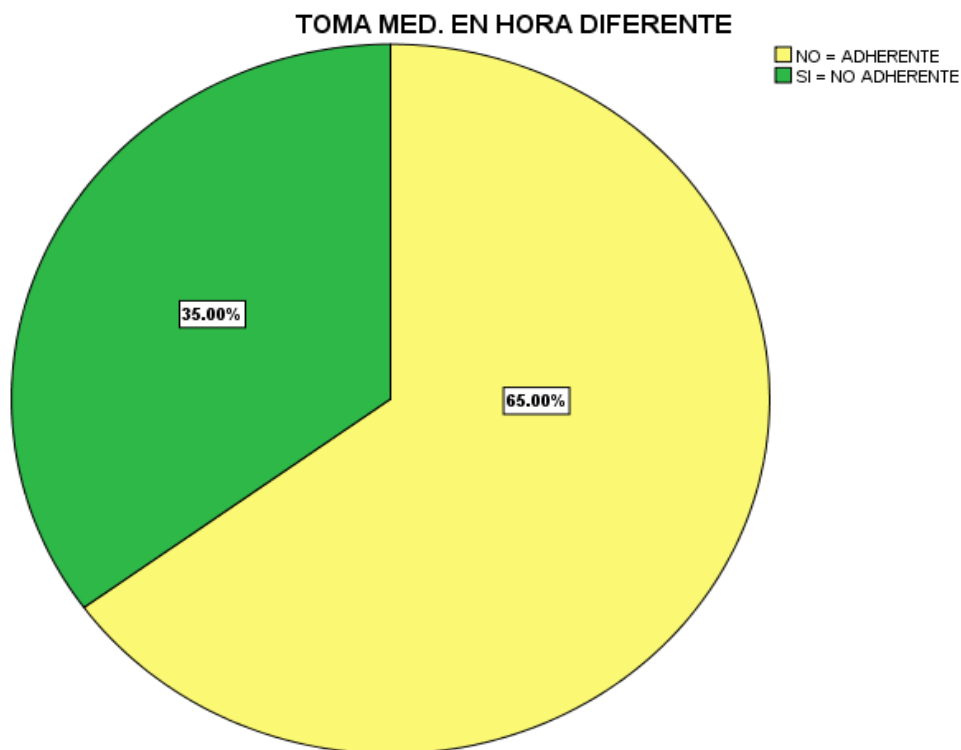
El los resultados de encuesta de acuerdo a cuestionario Moriski Green el 66 por ciento de pacientes no toma su medicamento antihipertensivo y el 34 por ciento si lo ingiere

TABLA No. 10 TOMA SU MEDICAMENTO EN HORAS DIFERENTES A LO INDICADO

	Frecuencia	Porcentaje
NO = ADHERENTE	130	65.0
Válidos SI = NO ADHERENTE	70	35.0
Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 10 TOMA SU MEDICAMENTO EN HORAS DIFERENTES A LO INDICADO



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

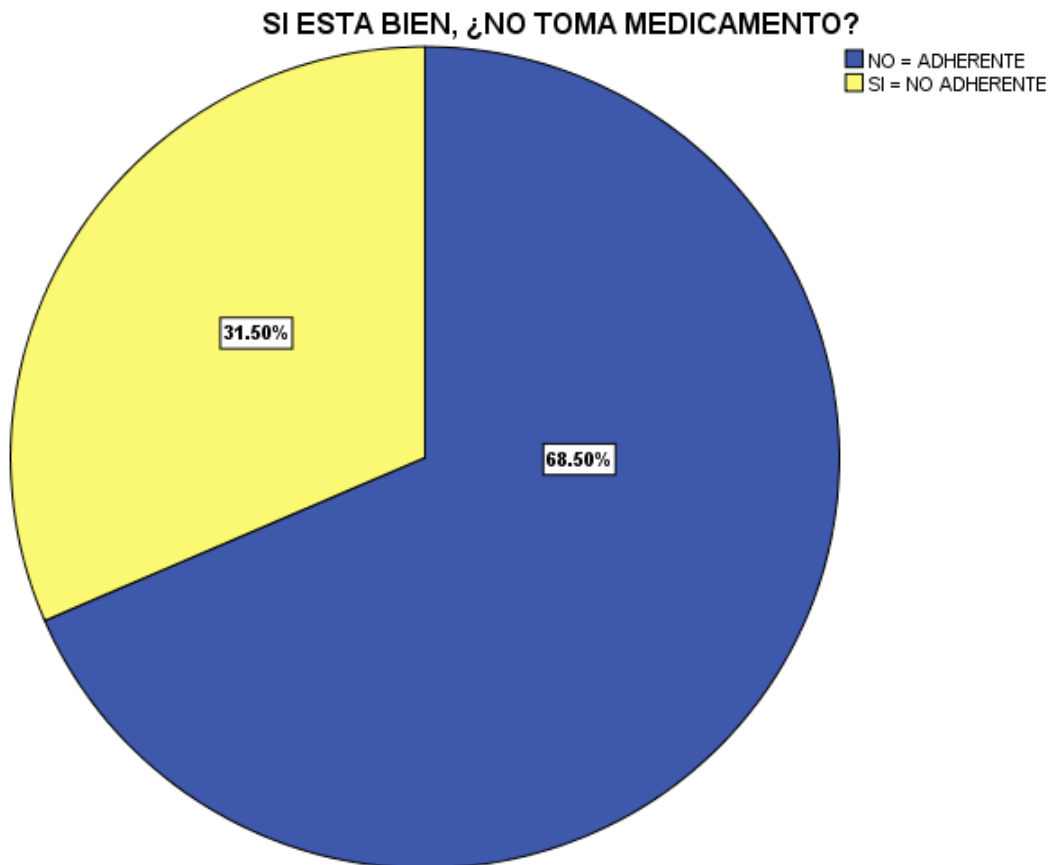
En la ingesta a horarios diferentes de lo indicado el 65 por ciento de pacientes lo ingiere en horario específico y el 35 por ciento a a horas diferentes

TABLA No. 11 SI ESTA BIEN NO TOMA SU MEDICAMENTO

	Frecuencia	Porcentaje
NO = ADHERENTE	137	68.5
Válidos SI = NO ADHERENTE	63	31.5
Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

Grafica No. 11 SI ESTA BIEN NO TOMA SU MEDICAMENTO



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

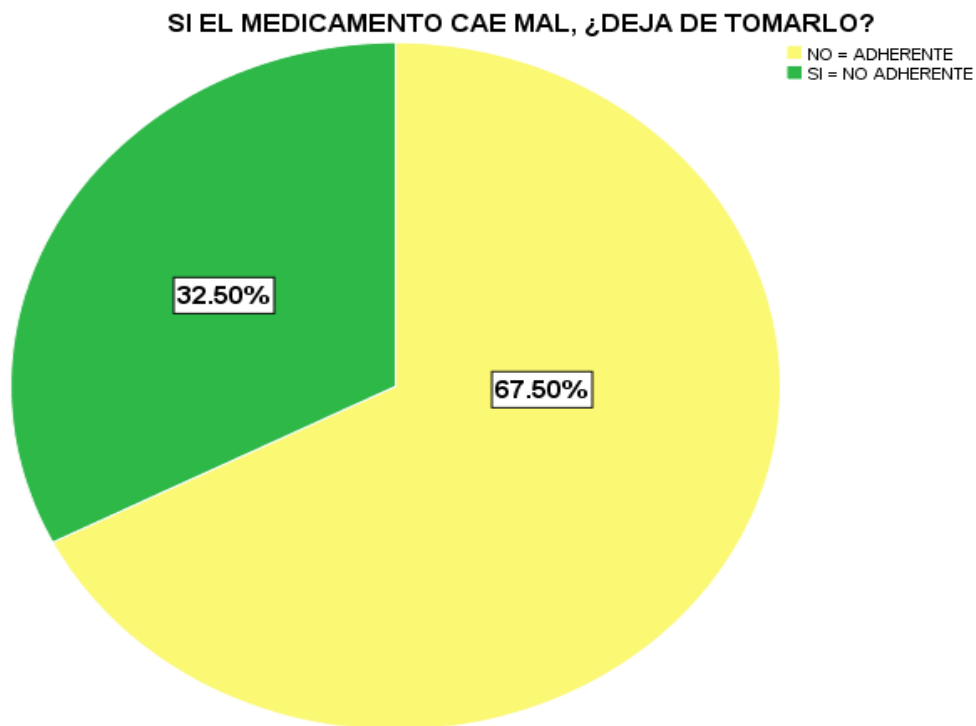
En la adherencia en cuestión a el momento en que deja de ingerir su medicamento si se encuentra bien clínicamente es el 68.5 por ciento lo suspende con respecto al 31,5 por ciento que si lo ingiere

TABLA NO.12 SI EL MEDICAMENTO LE CAE MAL ¿DEJA DE TOMARLO?

	Frecuencia	Porcentaje
NO = ADHERENTE	135	67.5
Válidos SI = NO ADHERENTE	65	32.5
Total	200	100.0

Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

grafica no. 12 SI EL MEDICAMENTO LE CAEL MAL ¿DEJA DE TOMARLO?



Fuente de datos: Cuestionario a pacientes de HAS en UMF 120

El 67.5 por ciento de pacientes deja de tomar su medicamento si le cae mal y el 32,5 por ciento lo toma aun con alteración gástrica

DISCUSION

En el estudio realizado se incluyeron a 200 pacientes se encontró que el 24.5 % de los pacientes presentan adherencia terapéutica al tratamiento y el 75.5 % son no tienen adherencia, otros estudios nacionales e internacionales realizados presentaron resultados similares a nuestra investigación,

La falta de adherencia es una causa descontrol de la hipertensión arterial lo que conlleva a las complicaciones a órganos blancos, en esta investigación se encontraron más pacientes con rango de edad de 70 a 79 años de edad.

En las investigaciones se han realizado comparaciones que los pacientes entre el 15% al 50% abandonan el tratamiento durante el primer año. Sin embargo es frecuente que quienes continúan el tratamiento se olvidan de tomar sus dosis diarias del medicamento mínimo en una ocasión. Se encontró que el 66% de los pacientes no fueron adherentes al tratamiento de acuerdo al cuestionario de Morisky Green,

En las investigaciones relacionadas con la adherencia al tratamiento se encuentran los factores de riesgo: edad, escolaridad, estado civil, ocupación.

En un estudio Español se encontraron los siguientes resultados: la edad media fue de 63,51 (rango, 62,05-64,96) años, y el 66,1% fueron mujeres. En nuestro estudio encontramos que la edad media fue de 67 años (60, 79) La mayoría de los

pacientes estudiados se encuentra con un nivel de escolaridad básica primaria y secundaria (68,5%). En relación al estado civil el 56.0% están casados, ocupación, 49.5 % se dedican al hogar y 24 % son empleados. En Colombia encontraron datos similares,

En segundo lugar se encuentran los factores relacionados con la enfermedad: el tabaquismo como tal solo influye en las complicaciones coadyuvantes en la enfermedad con un porcentaje de fumadores del 21 % del total de pacientes encuestados, aunado a los factores de riesgo no modificables de la enfermedad.

El Tiempo de evolución de la Hipertensión arterial fue de 5-9 años 42 pacientes (21.0%) y de 15-19 años 43 pacientes (21.5%) en total 42.5%. En relación al tabaquismo solo fuma el 21.5 % de los pacientes, el 78.5% no fuma, datos semejantes se encontraron en el estudio de Paraná Argentina y Sonora México en los que se encontró 20%.

En tercer lugar los factores relacionados a la adherencia con el tratamiento de la enfermedad. Están relacionados con la cantidad de medicamentos diversos, en diferentes horarios de administración, los efectos secundarios, y la duración del tratamiento permanente.

CONCLUSION

Los resultados de esta investigación demuestran que la falta de apego al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial están en relación al cumplimiento de las indicaciones del médico tratante y/o personal de salud que orienta su tratamiento, lo que a la vez demuestra el rol activo o pasivo y socioculturales de cada uno de los pacientes lo que condiciona la falta de “adhesión terapéutica” que se considera activa y voluntaria,

El cuestionario utilizado fue Morisky-Green para validar la adherencia (apego al tratamiento) el cual tiene una alta fiabilidad y una consistencia interna buena (alfa de Cronbach: 0.81), tiene una sensibilidad del 61% y una especificidad 85%.

Por lo tanto valorar el apego al tratamiento es uno de los indicadores más importantes para evaluar el control de la presión arterial sistémica, ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar

Al identificar los factores que condicionan la falta de apego al tratamiento tendremos mejores resultados al incidir en ellos para obtener un mejor control de la presión Arterial Sistémica con un riesgo cardiovascular menor de los pacientes.

Cuando el paciente acude al servicio de urgencias es difícil resolver el problema de adherencia al tratamiento, muchas veces solo podemos mitigar el daño. De ahí la importancia que tenemos de anticiparnos al daño, sugerimos que todo el equipo de salud nos debemos involucrar y normar criterios o estrategias para el cumplimiento del tratamiento (farmacológico y no farmacológico) del paciente hipertenso, para limitar el daño que causa las complicaciones y de esta forma proporcionar una mejor calidad de vida para nuestros derechohabientes y poder disminuir los costos económicos.

El paciente debe de aprender a manejar el autocontrol de la presión arterial, ya que evitara de esta manera poner en riesgo su vida al disminuir los factores de riesgo

Los beneficios del control adecuado de la presión arterial se encuentran en relación a su calidad

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Tagle RV. Práctica clínica a la fisiopatología de la hipertensión arterial. Boletín escuela de medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile: 2006: 31(1): 16-23.
- 2.- Causas de muerte 2008 [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).
- 3.- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G. A. Comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012; 380(9859):2224-60.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory Data Repository [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main>). Consultado el 11 de febrero de 2013.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

7.- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la población mundial: revisión de 2010, edición en CD-ROM. Nueva York, Naciones Unidas, 2011.

8.-Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/nmh/publications/wha_resolution53_14/en/).

9.- Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011.

10.- Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation_201303015/en/).

11.- Organización Mundial de la Salud. Impact of out pocket payments for treatment of non communicable diseases in developing countries: A review of literature WHO Discussion Paper 02/2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

12.- Organización Mundial de la Salud y Foro Económico Mundial. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non Communicable Diseases in Low and Middle Income Countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Foro Económico Mundial, 2011.

13.- La carga económica mundial de las enfermedades no transmisibles. Foro Económico Mundial y la Escuela de Harvard de Salud Pública, 2011.

- 14.- Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. *PLOS Med*2008; 5(6): 125.
- 15.- Barquera S, Campos NI, Hernández BL, Villalpando S, Rodríguez GC, Durazo AR, Aguilar SCA. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública Mex* 2010; 52 suppl 1:S63-S71.
- 16.- Kearney P, Whelton M, Reynolds P, Whelton H, Jiang H. Worldwide prevalence of hypertension. *Journal of Hypertension* 2004, 22:11–19.
- 17.- Norma Oficial Mexicana NOM 030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. México, 5 de abril 2000.
- 18.- Williams CL, Hayman LL, Daniels SR. Cardiovascular health in childhood. A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension and Obesity in the youth (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the young, American Heart Association. *Circulation*. 2002; 106:143-160.
- 19.- Eisenthal SPD, Emery R, Lazare, Udin H. Adherence and Negotiated Approach to Patienthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1979, 36(4):393-398.
- 20.- Martin LA, Grau AJA. La investigación de la adherencia terapéutica como problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 2004, 1(14): 89-99.
- 21.- Ballester AR. Eficacia Terapéutica De Programa Intervención Grupal Cognitivo Compartamental Mejorar La Adhesión Al Tratamiento Y Estado Emocional Pacientes Con Vih Sida. *Psicothema*. 2003, 4 (15): 517-523.

22.- Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003

23.- Haynes RB. A critical review of the “determinants” of patient compliance with therapeutic regimens. En: Sackett DL, Haynes RD, editors. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. 24-40.

24.- Lopez SRA. Treatment adhesion, treatment adherence or treatment compliance. Rev Clin Esp. 2006; 206: 414

25.- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health.2008; 11:44-47.

26.- Villa IC, Vinaccia S. Therapeutic adherence and associated psychological variables in patients suffering HIV-AIDS. Psicología y Salud. 2006, 1(16):51-62.

27.- Roales GJ. (2004). Psicología de la salud: Aproximación histórica conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide.

28. Guyton AC. Blood pressure control special role of the kidney and body fluids. Science. 1991; 252:1813-6.

29. Longini IM, Higgins MW, Hinton PC, Moll PP, Keller JB. Environmental and genetic sources of familial aggregation of blood pressure in Tecumseh, Michigan. Am J Epidemiol. 1984; 1290:131-44.

30. Biron P, Mongeau JG, Bertrand D. Familial aggregation of blood pressure in 558 adopted children. *Can Med Assoc J.* 1976; 115:773-4.
31. Wilson FH, Disse Nicodéme S, Choate KA. Human hypertension caused by mutations in WNK kinases. *Science.* 2001; 293:1107-12.
32. Morilla HJC, Morelos AJM, Fernández GMC, Berrobianco CE, Delgado RA. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011; 34 (1); 51-61.
33. Pineiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 2007; 19: 372-5.
34. Shalansky SJ, Levy AR, Ignaszewski AP. Self reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother* 2008; 38: 1363-8.
35. Nogués SX, Sorli RML, Villar GJ, Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Espana. An Med Interna;* 2007; 24 (3): 138-141.
36. Ortega SFJ, Sánchez PJ, Pérez VMA, Pereira PP, Muñoz CMA, Lorenzo AD, G. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.* 2011; 31(6):690-6.

37. Márquez CE, Martell CN, Gil GV, Figuera VWM, Casado MJJ, Martín PJJ. Compliance Group of the Spanish Society of Hypertension. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens* 2006; 24: 169-75.
38. Mc Donald, H., Garg, A., & Haynes, B. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. Scientific review. *JAMA*. 2002; 288:2868-79.
39. Cáceres, F. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia del tratamiento antituberculoso). *MedUNAB*, 7, 172.
40. Rodríguez, R. (1994). Programa psicológico para la modificación de factores psicosociales y comportamentales que constituyen un riesgo de hipertensión arterial esencial en pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital San Juan de Dios. *Psicología de la salud en Colombia*, 3, 188-204.
41. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [On line]. Ginebra: World Health Organization. Illustrated Edition. 2003 [Consultado 20 Abril 2009]. p. 14- 29.
42. Olvera AS, Salazar GT. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2009; 17 (1-3): 10-13.
43. Castells M, Cumplimiento terapéutico. Cap. 65. En *Farmacología en enfermería*. 2a ed. España: Elsevier; 2007. p.570.

44. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB. Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
45. Karoly P. Enlarging the scope of the compliance construct toward developmental and motivational relevance. Developmental aspect of health compliance. Hillsdale: Lea, 1999. p. 11-27.
46. Kingas M. Review Conceptual analysis of compliance. Journal of Clinical Nursing. 2000; 9(1): 5-12.
47. Vlasnik J. Medication adherence. Factors Influencing Compliance with Prescribed Medication Plans. Elsevier The Case Manager. 2005; 16(2): 47-51.
48. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernandez H, Milena GA, Chavarria F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Informes psicológicos. 2006; (8): 89 – 106.
49. Menendez VC, Gamarra MT, Nuñez LC, Fachada AA, Montes MA, Bujan GS. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 2003; 31 (8): 506-513.
50. Ferrera VN, Moine HD, Yañez CD. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. Rev Fed Arg Cardiol. 2010; 39 (3): 194-203.

51. Declaración de HELSINKI éticos para la investigación médica en seres humanos. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000. Nota de clarificación del párrafo 29, agregado por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea. Octubre 2009.

52. Ley general de Salud y Normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social (artículo 3º). Último párrafo DOF 27-04-2010.

53. Suros Batllo Antonio. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Octava Edición. Mexico: Elsevier Masson; Páginas 5-9.

ANEXO

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO



**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:

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA DE LA UMF 120.

Patrocinador externo (si aplica):

no

Lugar y fecha:

México D.F.

Número de registro:

3509

Justificación y objetivo del estudio:

El comportamiento de apego al tratamiento es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con hipertensión arterial sistémica, ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar. Los programas de control de la hipertensión arterial tienen como reto principal lograr el apego al tratamiento. Analizar los factores que influyen en la falta de apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica en el servicio de atención médica continua de la UMF 120.

Procedimientos:

Se aplicará test de Morisky-Green validado de forma confidencial, previa autorización y los datos serán recolectados en una base de datos para su análisis.

Posibles riesgos y molestias:

Riesgo mínimo del estudio ya que solo se aplicará el test de Morisky-Green y se recaban datos a partir del test.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

No existen beneficios directos al paciente, solo se obtendrá datos que ayuden a tener más conocimiento en referencia a la salud.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se darán al paciente por medio del investigador responsable

Participación o retiro:

Sera de forma voluntaria y en cualquier momento del estudio

Privacidad y confidencialidad:

Se respetarán los principios éticos de confidencialidad y privacidad de acuerdo a los códigos de ética Declaración de Helsinki y ley general de salud en materia de investigación.

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

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:

De forma indirecta se obtendrá datos que nos ayuden a tener más conocimiento en referencia a su salud.

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

Investigador Responsable:

Dra. Barrón Tirado María Teresa UMF120 Tel 57442922 ext 21407

Colaboradores:

Dr. Bernal Meléndez Javier Matricula UMF 23Tel – 57540126 Ext 21403

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA
CONTINUA DE LA UMF 120**

ACTIVIDAD	OCT. 2015	NOV. DIC. 2015	ENE. ABRIL 2016	MAYO JUNIO 2016	JUL. 2016 JUNIO 2016	JULIO AGOS. 2016	SEP. 2016
ELECCION DEL TEMA	P R						
RECOLECCION BIBLIOGRAFICA		P R					
REALIZACION DE PROTOCOLO			P R				
PRESENTACION ANTE EL COMITÉ DE INVESTIGACION				P			
RECOPIACIÓN DE DATOS (90%)					P		
RECOPIACION DE DATOS (100%)						P	
PRESENTACION DEL TRABAJO							P

P= Programado

R= Realizado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA
INSTRUMENTO**



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA DE LA UMF 120

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Religión: _____ Clínica: _____

Turno: _____ No. Afiliación: _____ Tiempo de diagnóstico de Hipertensión: _____ Fuma: SI _____ NO _____

Test de Morisky-Green-Levine para evaluar adherencia al tratamiento

¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos para la HTA?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Toma el medicamento en horas diferentes a lo indicado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cuando se siente bien, ¿deja de tomar el medicamento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si alguna vez el medicamento le cae mal, ¿deja de tomarlo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Se consideran

- Adherentes (ADT) a quienes contestan **No** a las cuatro preguntas
- No-adherentes (NADT) a quienes contestan **Sí** a una o más.