



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON EL
APEGO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE HIPERTENSO**

TESIS

Que para obtener el título de posgrado en la especialidad de:

Medicina Familiar

PRESENTA:

Valencia Chavolla Yara Mirella

ASESORES:

Dr. Vitalio Montuy Vidal

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, Ciudad de México; 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACION DE TESIS

**SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON EL
APEGO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE HIPERTENSO**

Dra. Susana Trejo Ruiz
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"

Dr. Uriel Arellano
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF No. 28 y
Director de la Tesis.

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

Dr. Vitalio Montuy Vidal
Profesor de la Residencia de Medicina Familiar de la UMF No. 28 y
Asesor Metodológico

DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Título:

**SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON EL
APEGO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE HIPERTENSO**

Propuesta de anteproyecto que con motivo de tesis para obtener la especialidad en:
Medicina Familiar.

PRESENTA:

YARA MIRELLA VALENCIA CHAVOLLA

Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 98378438

Lugar de trabajo: Consulta externa

Adscripción: UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

Teléfono: 55 47981754 Fax: sin fax

e-mail: yara_blur@hotmail.com

ASESORES:

DR. VITALIO MONTUY VIDAL

Matrícula: 11181931

Lugar de trabajo: Profesor de la Residencia de Medicina Familiar
de la UMF No. 28

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 IMSS

Teléfono: 55 54346608 Fax: sin fax

e-mail: montuyv@gmail.com

FEBRERO 2019



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 3609 con número de registro 13 CI 09 014 189 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 016 2017061.
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR

FECHA Miércoles, 19 de diciembre de 2018.

DR. VITALIO MONTUY VIDAL
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON EL APEGO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE HIPERTENSO

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-3609-105

ATENTAMENTE

FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

AGRADECIMIENTO

A ti mi Dios, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante el transcurso de mi formación médica. Por bendecir mi vida a lado de las personas que sé que más me aman y a las que yo sé que más amo en mi vida, por haberme dejado llegar hasta este punto y lograr mis objetivos. Gracias Dios por permitirme amar a mis padres, gracias a mis padres por permitirme conocer de Dios de su infinito amor y bondad. Porque a pesar de las dificultades siempre me alientas a no rendirme y no morir en el intento.

Gracias a mi familia, a mis padres Cecilio Valencia Sánchez, a Marcela Chavolla Espinoza, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ustedes por cada día, por confiar y creer en mí y en mis expectativas.

Gracias a mi madre por tus oraciones, por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés era para mí como agua en el desierto. A mi hermano Alejandro Valencia Chavolla mi compañero de vida y mi mejor amigo. A mi esposo Juan Carlos Corzo León por tu paciencia, cariño y fortaleza, siempre ayudándome. Gracias familia por su apoyo incondicional, por anhelar siempre lo mejor para mí, por no dejarme caer cuando no podía más, por confiar en mí y haber llegado juntos a la meta.

Gracias a mis amigos que pasaron conmigo desvelos, llantos, caídas, risas, abrazos por su inspiración y complicidad que sembraron en mi la semilla de confianza y me dieron un pedacito de su corazón, especialmente a Angélica Chavira Palma.

Gracias a mis profesores que me alentaron con su consejo y cariño, la Dra Ivonne Roy y al Dr Montuy Vidal que siempre me motivaron, me orientaron y me inspiraron a seguir para alcanzar mi meta, por demostrarme que no era en vano cada esfuerzo y que cada situación me llenaría de maravillosas experiencias que cambiarían mi vida.

ÍNDICE

1. RESÚMEN.....	9
ABSTRACT.....	11
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Hipertensión en el mundo.....	13
2.2. Hipertensión en México.....	13
2.3. Etiología de la hipertensión	16
2.4. Adherencia al tratamiento.....	17
2.5. Factores asociados a la adherencia al tratamiento.....	18
2.5.1. Estilo de vida	18
2.5.2. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y la relación Médico-paciente	19
2.6. Relación médico-paciente	19
2.6.1. Evidencia de la relación médico-paciente y su efecto en la adherencia al Tratamiento	20
2.7. Herramientas de evaluación.....	21
2.7.1. Cuestionario Morisky-Green	21
2.7.2. Interpersonal Processes of Care Survey (IPC) (Encuesta de procesos interpersonales del cuidado.....	21
2.7.3. Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) (Cuestionario de la relación médico-paciente.....	22
2.7.4. Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) (Efectos de las actividades de autocuidado en hipertensión).....	22
3. JUSTIFICACIÓN	24
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	26
5. OBJETIVOS	27
5.1. Objetivo General	27
5.2. Objetivo Específico.....	27
6. HIPÓTESIS.....	28
7. VARIABLES.....	29
7.1. Variable dependiente	29
7.2. Variable Independiente.....	29
8. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	32
8.1. Criterios de inclusión	32

8.2. Criterios de exclusión	32
8.3. Criterios de eliminación	32
9. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
9.1. Cálculo del tamaño de la muestra	33
9.2. Diseño.....	33
9.3. Método de recolección de datos.....	33
9.4. Procesamiento de datos.....	33
9.5. Plan de análisis estadístico	33
10. ASPECTOS ÉTICOS.....	35
11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	36
11.1. Recursos humanos	36
11.2. Recursos físicos	36
11.3. Costos totales del proyecto	36
12. RESULTADOS	37
13. DISCUSIÓN.....	49
14. CONCLUSIONES	50
15. BIBLIOGRAFÍA.....	51
16. ANEXOS.....	55
16.1. Carta de consentimiento informado	55
16.2. Hoja de datos generales del paciente.....	56
16.3. Cuestionario de Morisky-Green	57
16.4. Cuestionario de la Relación Médico- Paciente (PDRQ-9).....	58
16.5. Hipertensión-Efectos de nivel de actividad de autocuidado (H-Scale)	59
16.6. Cronograma de actividades.....	60
16.7. Carta de autorización	61
 LISTA DE TABLAS	
Tabla 1.....	42
Tabla 2.....	42
Tabla 3.....	43
Tabla 4.....	43
Tabla 5.....	44
Tabla 6.....	44
Tabla 7.....	44

Tabla 8.....	45
Tabla 9.....	46
Tabla 10.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	14
Figura 2.....	14
Figura 3.....	15
Figura 3a.....	15
Figura 3b.....	15
Figura 3c.....	16
Figura 4.....	37
Figura 5.....	38
Figura 6.....	39
Figura 7.....	40
Figura 8.....	41

ABREVIATURAS	61
---------------------------	-----------

1 RESÚMEN

“Satisfacción de la relación médico-paciente y su relación con el apego terapéutico del paciente hipertenso”

Valencia-Chavolla Yara Mirella¹, Montuy -Vidal Vitalio².

¹Residente de tercer Año de Medicina Familiar UMF 28; ²Médico Internista Profesor de la Residencia de Medicina Familiar UMF No 28 “Gabriel Mancera”

Antecedentes. Las muertes anuales consecuencia de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) alcanza 7.5 millones por año; lo cual representa el 12.8% de las muertes totales. Generando el 3.7% de las discapacidades para la vida por año. Actualmente, el 35% de la población latina mayor de 25 años padece dicha enfermedad. El éxito de dichos factores ha sido asociado con una buena relación médico-paciente; como se ha observado en el apego al tratamiento de la HAS en otros continentes y de otras enfermedades crónico enfermedades (Diabetes).

Pregunta de Investigación. ¿Existe asociación entre la satisfacción con la relación médico-paciente y su apego al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica?

Hipótesis de trabajo. Una buena relación medico paciente se asocia a un mayor apego al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

Objetivo. Determinar la asociación entre la satisfacción con la relación médico-paciente y su apego al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

Material y métodos. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó una fórmula de diferencia de proporciones, con un IC 95%, un poder estadístico de 80 y una diferencia esperada de 13% en el apego terapéutico, con una n=256. Se captó a los participantes en la sala de espera del servicio de consulta externa de Medicina Familiar en la UMF 28 Gabriel Mancera. Para determinar la relación médico paciente se aplicó un cuestionario de satisfacción del servicio médico, Cuestionario de la Relación Médico-Paciente (PDRQ-9), una escala de efectos de nivel de actividad de autocuidado en HAS (H-SCALE) y el cuestionario Morisky-Green. Se obtuvo a partir del interrogatorio del paciente, el registro de presión arterial (PA), así como el tratamiento farmacológico utilizados. Recursos e infraestructura: Para este estudio se requirió acceso a los expedientes de los pacientes además de la aplicación de los cuestionarios autoaplicables.

Resultados. Se encontró una adherencia al tratamiento superior al 80%, al igual que una satisfacción del paciente con su médico. En relación a los factores asociados a el control de la tensión arterial se encontró una correlación significativa ($p < 0.0001$) en lo que se refiere a la relación médico-paciente. Por otro lado, también se observó relación con los cambios de estilo de vida como dieta y ejercicio.

Análisis Estadístico. Para el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS V 24. Para las variables cualitativas (Relación médico-paciente, apego farmacológico, estado civil, ocupación, escolaridad, antecedentes de DM2, efectos secundarios por uso de antihipertensivos) se realizó cálculo de frecuencias y porcentajes. Para las variables de tipo cuantitativo (Edad, tiempo de diagnóstico de HAS y DM2, número de antihipertensivos, porcentaje de adherencia farmacológica). Se aplicaron pruebas de

hipótesis de normalidad y de acuerdo al resultado se obtuvieron medias, DE o mediana y Rango Intercuartilar para la presentación de los resultados. Para determinar la asociación entre apego al tratamiento y relación médico-paciente se obtuvo la prueba X², se elaboró un modelo de regresión logística que permitió conocer el impacto de la maniobra sobre el desenlace ajustado por las principales variables de confusión (Edad, tiempo de evolución, efectos adversos, número de antihipertensivos).

Conclusiones. Se identificó por medio de los cuestionarios (PDRQ-9, Morisky-Green, H-SCALE) realizados en la UMF No 28 “Gabriel Mancera”, que una relación satisfactoria médico-paciente influye significativamente en la adherencia al tratamiento por parte del paciente hipertenso.

Palabras clave: Apego terapéutico, Hipertensión Arterial, Relación médico paciente.

ABSTRACT

"Satisfaction of the doctor-patient relationship and its relationship with the therapeutic attachment of the hypertensive patient"

Valencia-Chavolla Yara Mirella¹, Montuy -Vidal Vitalio².

¹Resident of the third year of Family Medicine UMF 28; ² Medical Internist Professor of the UMF Family Medicine Residence No 28 "Gabriel Mancera"

Introduction. Annual deaths due to Systemic Hypertension (SAH) reach 7.5 million per year; which represents 12.8% of total deaths. Generating 3.7% of disabilities for life per year. Currently, 35% of the Latino population over 25 years old suffers from this disease. The success of these factors has been associated with a good doctor-patient relationship; as observed in the adherence to the treatment of HAS in other continents and other diseases chronic diseases (Diabetes).

Research question. Is there an association between satisfaction with the doctor-patient relationship and its attachment to treatment in patients with systemic arterial hypertension?

Work hypothesis. A good patient-medical relationship is associated with greater adherence to treatment in patients with systemic arterial hypertension.

Objective. To determine the association between satisfaction with the doctor-patient relationship and its attachment to treatment in patients with systemic arterial hypertension.

Material and methods. For the calculation of sample size, a formula of difference in proportions was used, with an IC of 95%, a power of 80 and an expected difference of 13% in therapeutic attachment, with an n = 256. The participants were taken in the waiting room of the outpatient service of Family Medicine in the UMF 28 Gabriel Mancera. To determine the doctor-patient relationship, a satisfaction questionnaire was applied to the medical service, Questionnaire on the Physician-Patient Relationship (PDRQ-9), a scale of effects of self-care activity level in HAS (H-SCALE) and the Morisky questionnaire Green. The blood pressure (BP) record, as well as the pharmacological treatment used, was obtained from the patient's interrogation. Resources and infrastructure: For this study, access to patient records was required in addition to the application of the self-administered questionnaires.

Results. A treatment adherence higher than 80% was found, as well as a patient satisfaction with their doctor. In relation to the factors associated with blood pressure control, a significant correlation was found ($p < 0.0001$) in relation to the doctor-patient relationship. On the other hand, there was also a relationship with lifestyle changes such as diet and exercise.

Statistic analysis. For the analysis of results, the SPSS V 24 program was used. For the qualitative variables (doctor-patient relationship, pharmacological addiction, marital status, occupation, schooling, background of DM2, side effects due to the use of antihypertensive drugs) frequency calculation was carried out percentages- For the variables of quantitative type (Age, time of diagnosis of HAS and DM2, number of antihypertensive drugs, percentage of pharmacological adherence). Normality hypothesis tests were applied and, according to the result, means, SD or median and Interquartile Range were obtained for the presentation of the results. To determine the association between attachment to

treatment and doctor-patient relationship, the X2 test was obtained, a logistic regression model was developed that allowed to know the impact of the maneuver on the outcome by adjusting for the main confounding variables (Age, evolution time, adverse effects, number of antihypertensive drugs).

Conclusions. It was identified through the questionnaires (PDRQ-9, Morisky-Green, H-SCALE) made in the UMF No 28 "Gabriel Mancera", that a satisfactory doctor-patient relationship significantly influences the adherence to treatment by the hypertensive patient.

Key words: Therapeutic addiction, Hypertension, Patient doctor.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Hipertensión en el mundo

La Hipertensión es caracterizada por presión sanguínea sistólica alta (SBP, por sus siglas en inglés) y acompañada o no de cambios de la presión sanguínea diastólica (DBP); y es la principal causante de insuficiencia cardíaca, choque, enfermedad renal y muerte de origen cardiovascular ⁽¹⁾. A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la hipertensión causa anualmente 7.5 millones de muertes; es decir el 12.8% de las muertes en el mundo; además de generar 57 millones de casos de incapacidad ajustada a los años de vida ⁽²⁾. La American Heart Association (AHA) señaló que en el 2015 el 40.6% de casos de enfermedad cardiovascular fueron desarrollados en pacientes con hipertensión, y se asoció con el 34.7% de muertes atribuibles a infartos cardíacos en Estados Unidos ⁽³⁾.

Acorde a los datos publicados por la OMS, en México la incidencia de hipertensión es de 22.3% de

la población mayor de 18 años; con un valor promedio de SBP de 127.5 mmHg y un rango de 123.2-132.2 mmHg ^(4, 5). De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología en el 2015 se detectaron 440,322 nuevos casos de hipertensión en todo el país; de los cuales 260,172 fueron detectados en población femenina y 180,150 en población masculina. Además, del total de nuevos casos en el 2015 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) detectó 153,893 ⁽⁶⁾. Actualmente, en el transcurso del 2017 se han detectado en promedio 11,014 nuevos casos de hipertensión por semana ⁽⁷⁾. Debido a estos datos se ha establecido a la hipertensión como un problema de salud a nivel nacional.

Actualmente las recomendaciones para el tratamiento y control de la hipertensión se centran en el manejo farmacológico del paciente acorde a su grupo etario y las características de su SBP y DBP, acorde a las guías para hipertensión ⁽¹⁾. Sin embargo, como se ha reportado en la literatura cambios en el estilo de vida generan efectos positivos en el control y tratamiento de la hipertensión ⁽⁸⁾.

2.2 La Hipertensión en México

De acuerdo al último consenso sobre hipertensión en México, la hipertensión es considerada actualmente como una enfermedad crónica esencial del adulto (ECEA). Siendo que las ECEA's de tipo cardiovascular, la principal causa de morbimortalidad. Actualmente los estados del norte son los que poseen una mayor prevalencia de hipertensión. Además, que en el año 2000, el 61% de los pacientes identificados como pacientes con hipertensión, no estaban diagnosticados y por ende desconocían la enfermedad y carecían de un tratamiento.

Respecto a los pacientes conocedores del diagnóstico de hipertensión en el 2000, solo la mitad seguía un tratamiento para el control de la misma. Sin embargo, de este 50% solo el 14.6% de dicha población tenían cifras de control del padecimiento, considerando que las cifras de adecuado control fueron más flexibles (<140/<90 mmHg) que las cifras recomendadas para un control estricto (<130/80 mmHg). Por lo que se estima que de toda la población hipertensa en México solo el 10% se encuentra bajo un control estricto de su presión arterial.

Sin embargo, un dato de la distribución poblacional con hipertensión en México, es concerniente a la edad promedio de los pacientes que han desarrollado hipertensión. Ya que estudios europeos y caucásicos señalan una edad mayor de 60 años para el desarrollo de la enfermedad; en cambio en

México el 75% de los pacientes con hipertensión tienen una edad menor a 54 años, dejando claro que en México la hipertensión arterial no es una enfermedad exclusiva de la tercera edad. De esta forma en el año 2000 se observó que solo el 20% de la población hipertensa menor de 54 años conocían el hecho de padecer esta enfermedad. De acuerdo al último Consenso Mexicano sobre Hipertensión, los valores de presión arterial se clasifican como normal, normal alta, hipertensión, entre otras (Figura 1).

Categoría	Presión sistólica (en mmHg)	Presión diastólica (en mm Hg)
Nivel óptimo	<120	<80
Normal	De 120 a 129	De 80 a 84
Normal alta	De 130 a 139	De 85 a 89
Hipertensión	140 o más	90 o más
Hipertensión en DM2 o con daño renal establecido	135 o más	85 o más
Hipertensión sistólica pura	140 o más	<90
Hipertensión diastólica pura	<140	90 o más

Figura 1. Valores de referencia para la presión arterial en el ser humano en México. Modificada de *Rosas- Peralta Martin et al.*

Con base a los valores anteriores y de acuerdo a las modificaciones de la International Society of Hypertension, en el consenso de hipertensión de México se establecieron tres estadios de hipertensión basadas en los valores promedio de la presión arterial del paciente (Figura 2).

Categoría	Sistólica (en mm Hg)	Diastólica (en mm Hg)
Estadio I	De 140 a 159	De 90 a 99
Estadio II	De 160 a 179	De 100 a 110
Estadio III	180 o más	> 110

Figura 2. Estadios de la hipertensión arterial en México. Modificada de *Rosas-Peralta Martin et al.*

Dado el impacto de esta enfermedad se han desarrollado los siguientes esquemas de tratamiento para hipertensión acorde al grupo etario y diámetro de la cintura (Figura 3a, 3b y 3c).

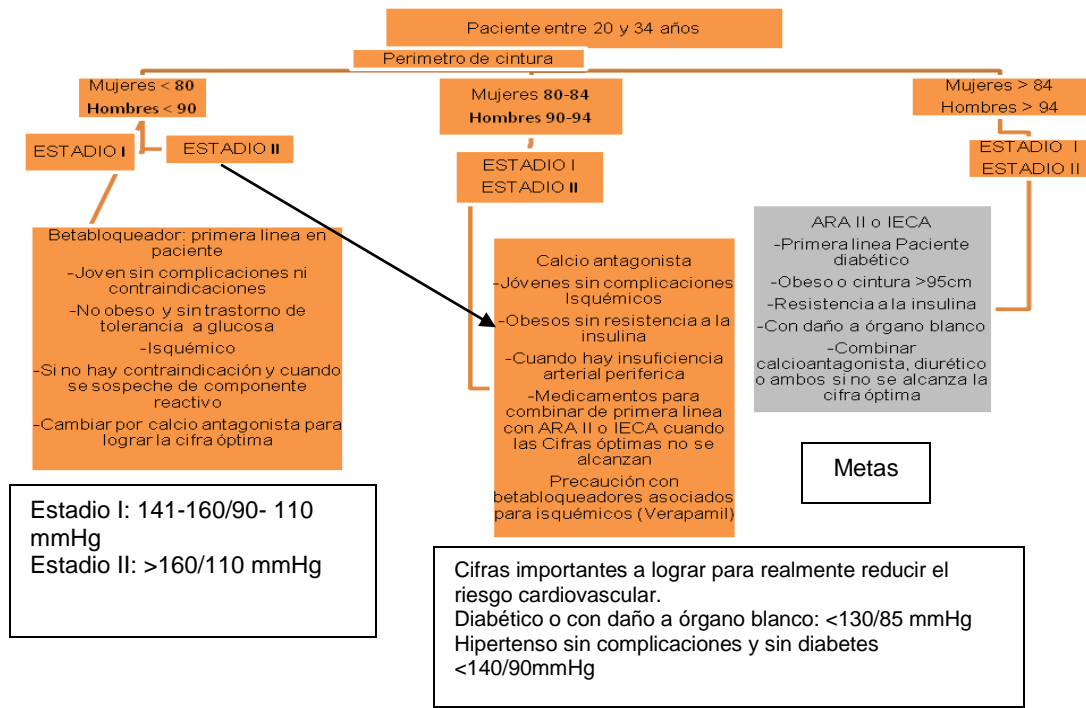


Figura 3a. Esquema de tratamiento de hipertensión para el grupo etario comprendido entre 20 y 34 años. Tomada de *Rosas-Peralta Martin et al.*

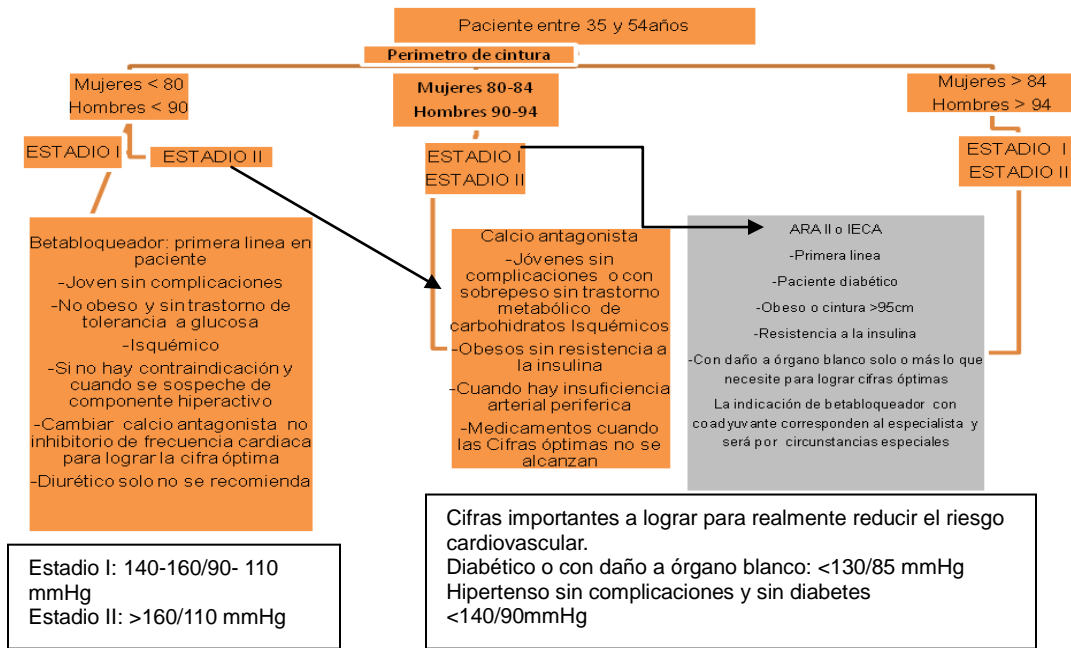


Figura 3b. Esquema de tratamiento de hipertensión para el grupo etario comprendido entre 35 y 55 años. Tomada de *Rosas-Peralta Martin et al.*

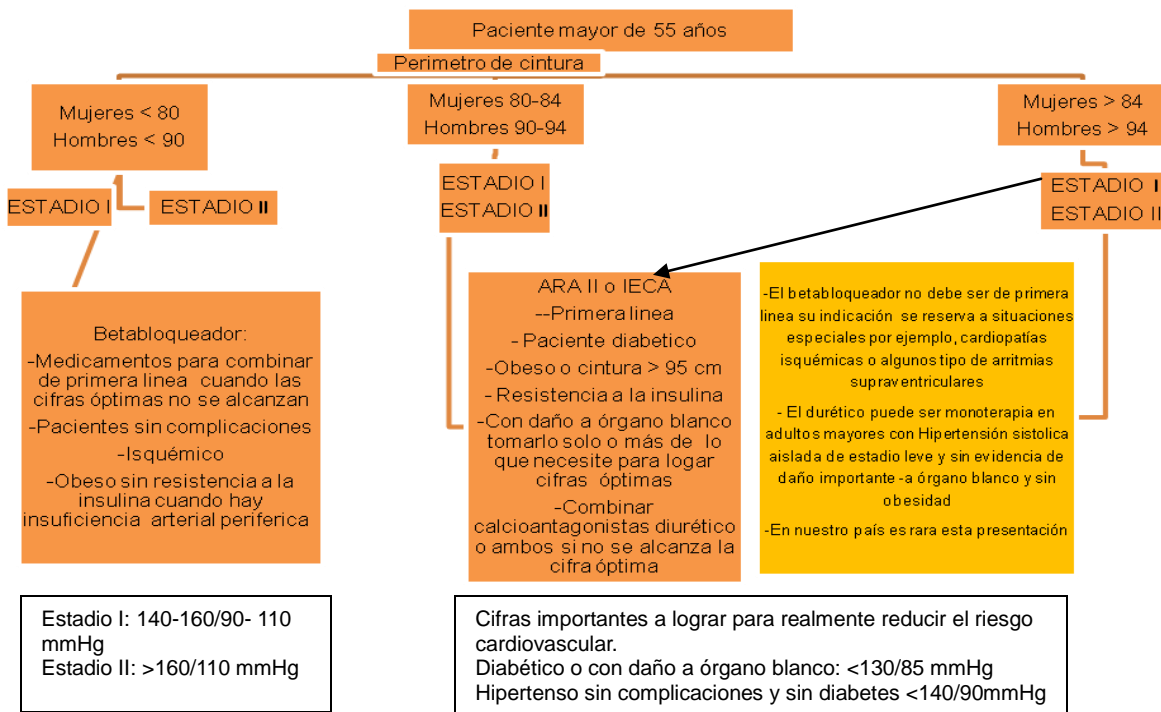


Figura 3c. Esquema de tratamiento de hipertensión para el grupo etario mayor de 55 años. Tomada de *Rosas-Peralta Martin et al.*

2.3 Etiología de la hipertensión

Aproximadamente el 95% de los pacientes con hipertensión se consideran hipertensión esencial, mientras que el 5% restante padecen de hipertensión secundaria a un diagnóstico mayor; entre las principales causas de hipertensión secundaria se encuentran: estenosis renal arterial, enfermedad renal poliquística, feocromocitoma, aldosteronismo primario y síndrome de Cushing (9).

Sin embargo, conocer la etiología de la hipertensión primaria de cada paciente es bastante complicado en base a las diversas características y perfiles biológicos y genéticos de los pacientes.

A través del estudio genético de la enfermedad se ha demostrado que en la mayoría de los casos de hipertensión esencial participan genes de regulación mendeliana; siendo uno de los más recurrentes el polimorfismo en los genes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (10).

Una de las primeras hipótesis hace más de 30 años señalaba al riñón como causante principal de la hipertensión, al ser este mismo el regulador de la excreción de sales del cuerpo. Esta teoría acuñada por Guyton ha sido modificada con el paso del tiempo, hasta llegar al modelo actual conocido del sistema de renina-angiotensina (11). Posteriormente a la ecuación se sumó el manejo dietario de la sal; aunque inicialmente el modelo se definió solamente en un sistema bicompartamental del espacio extra e intracelular, actualmente también se ha considerado la importancia del espacio intercelular donde se deposita un

reservorio de sal, lo que afectaría la distribución hídrica de diversas maneras, además de hacer partícipes a los proteoglicanos como reguladores de los iones ⁽¹²⁾

Posteriormente debido al aumento del líquido intersticial e hipertonicidad se activan macrófagos los cuales favorecen la activación de factores de transcripción los cuales inducen la generación del factor de crecimiento epitelial tipo C (VEGF-C), el cual favorece la estasis de los iones en el espacio intersticial, induciendo cambios en la presión arterial (PA); siendo este otro proceso de regulación de la sal y líquidos de tipo extra renal ⁽¹²⁾.

Sin embargo, como es sabido actualmente, los cambios de la PA no están solo supeditados a la distribución de líquidos o sales; y que se ha demostrado que la tonicidad vascular es importante en la regulación del flujo arterial y en consecuencia de la PA. LA principal proteína participante en la regulación del tono muscular endotelial es la proteína G, que favorece llevar el musculo endotelial a un nivel alto de relajación. En cambio, su desarrollo es inhibido por el desarrollo de acetato de deoxicortisona (DOCA) dependiente de los niveles de sal o de la presencia de hipertensión, generando un ciclo sin fin ⁽¹³⁾.

Por otro lado, se ha establecido una relación entre la respuesta inmune y el aumento de la PA, desencadenando hipertensión, en especial de la respuesta inmune adaptativa; es decir se ha observado que ante la presencia de linfocitos T y ausencia de linfocitos B induce el desarrollo de estados hipertensivos ⁽¹⁴⁾. Esta participación de los linfocitos T en el desarrollo de la hipertensión esté ligado al aumento de la producción de citocinas en el espacio intersticial como resultado de aumento del volumen por ingesta de sal o la producción de DOCA ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, la participación de la respuesta inmune no se limita a la liberación de citocinas, si no que el aumento de dichas citocinas acarrearán el desarrollo de respuestas pro-inflamatorias y por consiguiente el aumento en la producción de radicales libres como el óxido nítrico entre otras ⁽¹⁵⁾.

Consecuentemente el tratamiento del paciente hipertensivo de origen esencial se ha considerado empírico; ya que se basa en características demográficas como etnicidad, país, diabetes o daños cardiacos ⁽¹⁶⁾.

2.4 Adherencia al tratamiento

Actualmente los beneficios del tratamiento farmacológico en el control de la hipertensión son innegables; llegando a generar guías de tratamiento para personas menores de 60 años y otra aparte para los adultos mayores ^(33, 34). Sin embargo, el éxito del tratamiento farmacológico no se limita al trabajo médico, ya que gran parte del funcionamiento del mismo depende de la adherencia al tratamiento por parte del paciente. La adherencia al tratamiento se define como el consumo de al menos el 80% de la dosis indicada, requiriendo en los estudios clínicos al menos una adherencia al 50% del tratamiento ⁽³⁵⁾. De acuerdo con la OMS, la no-adherencia a los tratamientos médicos se encuentra condicionada por los siguientes factores: sociales y económicos, relacionados al sistema de salud, relacionados a la terapia médica, relacionada a la condición y relacionada al paciente ⁽³⁶⁾.

Con respecto a los posibles factores que inducen la no-adherencia destacan la edad, trabajo de tiempo completo, costo del medicamento, ansiedad a los efectos adversos y en especial se destaca la explicación insuficiente por parte del médico y la falta de confianza en el medio; esto último se relaciona con la relación médico-paciente ⁽³⁷⁾.

Muestra clara de la situación actual, es la poca adherencia a tratamientos de larga duración a nivel mundial es menor al 50%. Baja adherencia también ha sido asociada al alto grado de pobreza en el mundo. Siendo que la falta de acceso a los medicamentos es indispensable para llevar a lograr una adecuada adherencia al tratamiento (OMS, 2014).

En un grupo de pacientes portadores de DM2, se encontró que en aquellos pacientes con buena relación médico paciente presentaron una mayor frecuencia de apego terapéutico, siendo esta diferencia de 17% a favor del grupo de pacientes que presentó una buena relación médico paciente.

2.5 Factores asociados a la adherencia al tratamiento

2.5.1 Estilo de vida

Cambios en el estilo de vida son capaces de generar una mejora en el control de la hipertensión, los principales factores son: pérdida de peso, reducción en la ingesta de sal, incremento de la actividad física, reducción del consumo de alcohol ^(8, 18). Se ha observado que la adherencia a los cambios de estilo de vida no supera un 23% de la población de los pacientes ⁽¹⁹⁾. Se ha reportado que dichos cambios pueden inducir una reducción de 3-11 mmHg en SBP y 2.5-5.5 mmHg en DBP ⁽²⁰⁾.

El cambio más conocido es la reducción en la ingesta de sal; ya que un incremento en la ingesta de sal induce una redistribución de líquidos al espacio extracelular y un aumento en la eyección cardiaca ⁽⁸⁾. Sin embargo, ese no es el único efecto que ejerce la sal en los pacientes con hipertensión, ya que se ha demostrado que induce un incremento en la producción de óxido nítrico, Factor de Crecimiento Transformante Beta (TGF- β) y disfunción endotelial ⁽²¹⁾. Dichos efectos pueden ser potencializados cuando existe una interacción G x G (gen x gen) de aquellos genes encargados de la regularización de la tensión vascular ⁽²²⁾. Un incremento en el óxido nítrico induce en las células endoteliales un aumento en la contracción, así como una respuesta inmunológica pro-inflamatoria caracterizada por Interleucina 1 Beta (IL-1 β) y Factor de Necrosis Tumoral Alfa (TNF- α), que desencadenan un proceso inflamatorio crónico; adicionalmente inicia un proceso de oxidación genética celular y mitocondrial ^(23, 24).

Los efectos de la actividad física en la regulación de la presión arterial (PA) aun no son claros, ya que debido a los diferentes mecanismos que participan en la regulación de la PA, como lo es: la reducción del estrés oxidativo, el estrés mental, pérdida de peso, disminución de la actividad simpática entre otros ⁽²⁵⁾. Sin embargo; en la práctica clínica el efecto regulador de la PA, incluso se ha observado que en pacientes normo tensos la caminata reduce la SBP y DBP en 3.8 mmHg y 0.3mmHg respectivamente ⁽²⁶⁾. En cambio, en pacientes pre-hipertensos la reducción de la PA con la práctica de aerobics ha sido reportada en 4.3 mmHg y 1.7 mmHg para SBP y DBP respectivamente ⁽²⁷⁾. En caso de los pacientes con hipertensión se ha demostrado que los beneficios son observables en todos los pacientes con la enfermedad, aunque en menor medida en casos severos; teniendo una reducción de hasta -6.9 mmHg en SBP y hasta -4.9 mmHg en DBP, esto observado en más de 30 estudios ^(28, 29).

El consumo de alcohol también se ha asociado con incrementos en la PA, esto debido a diferentes mecanismos como lo es la producción de óxido nítrico, daño a los baros receptores, potencializar el sistema simpático e inflamación ^(30, 31). Sin embargo, la vía más aceptada actualmente es la pérdida de la elasticidad debido a la inflamación y oxidación que se produce sobre el endotelio debido a la angiotensina II y la inhibición que se ejerce sobre el óxido nítrico dependiente del endotelio ⁽³²⁾.

2.5.2 Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y la relación médico-paciente

Estudios longitudinales donde se han evaluado hasta 40 médicos tratantes con una población de 200 pacientes en Estados Unidos, demostró que el 70% de los pacientes que creen en su médico tratante, son capaces de seguir un cambio de estilo de vida favorable al control de su hipertensión.

Este resultado se considera asociado a una fuerte relación médico-paciente que permite mejorar la participación del paciente en el desarrollo de estrategias eficaces que permiten llevar a cabo cambios de estilo de vida ⁽⁵⁰⁾.

Caso contrario es lo observado en China al estudiar la adherencia al tratamiento de 1172 pacientes distribuidos en una zona geológica, donde se detectó que solo 48.4% de los pacientes tienen confianza en su médico tratante; sin embargo, el puntaje en la escala de satisfacción de cuidado médico fue 2.67. Lo que significa una baja adherencia secundaria asociada a una mala relación médico-paciente. ⁽⁵¹⁾.

Parte de esta relación médico-paciente debe ser la continua monitorización de adherencia al tratamiento, esto serviría como retroalimentación al médico tratante y poder desarrollar mejores estrategias de enseñanza y de apoyo en la relación médico-paciente ⁽⁵²⁾.

En México la alta falta de adherencia al tratamiento de hipertensión (69%) es asociado principalmente falta de disponibilidad de tiempo y desinterés; lo cual podría considerarse falta de educación en el paciente como resultado a una relación médico-paciente mal desarrollada ⁽⁵³⁾. Estos datos concuerdan con un estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se encontró una adherencia de 39% de los 322 pacientes entrevistados ⁽⁵⁴⁾.

Por lo descrito anteriormente, la adherencia al tratamiento de hipertensión en nuestro país es sumamente baja; sin existir un análisis sobre la influencia de la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento.

2.6 Relación médico-paciente

La relación médico-paciente es piedra fundamental en el cuidado de la salud y participa en la recolección de datos, elaboración de planes y diagnósticos, además de activar el apoyo al paciente

⁽³⁸⁾. Adicional a un resultado satisfactorio, es indispensable para que un paciente se mantenga en una institución médica o tratamiento ⁽³⁹⁾. Pese a que existen diferentes modelos de relación

médico-paciente este proceso de médico-paciente genera una conexión de respeto a los tratamientos y recomendaciones ⁽⁴⁰⁾.

Los objetivos de esta relación se centran en crear una buena relación, facilitar el intercambio de información y hacer partícipes a los pacientes en la toma de decisiones ⁽⁴¹⁾.

Adicional a esto la buena relación médico-paciente genera beneficios adicionales en los pacientes como lo es la regulación emocional de los pacientes, reconocer las necesidades de los pacientes, así como las expectativas de los pacientes; sin embargo, algo importante en el tiramiento de las patologías es facilitar a los pacientes la comprensión de la información médica ⁽⁴²⁾.

Los efectos de una relación médico-paciente han sido estudiados en diferentes maneras, como lo ha mostrado *Kerse et al.*, en un estudio con 370 pacientes y diferentes médicos donde observo una adherencia al tratamiento en un 79% del total de pacientes; sin embargo, lo más interesante es que los pacientes que dieron continuidad a el tratamiento prescrito fueron los que no solo tuvieron confianza con su médico tratante, sino que también se hubiese logrado una concordancia entre los médicos y los pacientes ⁽⁴³⁾.

2.6.1 Evidencia de la relación médico-paciente y su efecto en la adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento por parte de los pacientes como consecuencia de una buena relación médico-paciente es sujeto de estudio en enfermedades cuyo tratamiento es crónico o se requiere una máxima adherencia al tratamiento con el objetivo de observar resultados en el control y reducir los riesgos concomitantes en diversas patologías.

Una de las patologías de mayor incidencia en la población es la diabetes ⁽⁶⁾. Estos estudios se han realizado en diferentes países como el publicado por *Schoenthaler et al.* en el cual se calificó la 41 diferentes médicos tratantes de primer contacto; en este estudio quedo demostrado que la adherencia al tratamiento estaba relacionada a la educación médica que brindaba el médico acerca del tratamiento y de la enfermedad, adicionalmente se observó que los pacientes que habían sido participes en la toma de decisiones de su tratamiento y estilo de vida obtuvieron una adherencia de 85% ⁽⁴⁴⁾. Sin embargo, respecto a la Hipertensión Arterial al momento no se han realizado estudios acerca de la relación médico-paciente y su adherencia al tratamiento

En México se realizó un estudio por *Ríos-Álvarez M et al.* con el fin de evaluar la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en base a la relación médico paciente que se estableció en la clínica de atención familiar “*Dr. Ignacio Chávez*” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), donde de 129 pacientes evaluados solo el 63.6% tuvo un control glucémico adecuado; esta adherencia al tratamiento fue resultado de que el 69% refirió tener una buena comunicación con su médico y una buena relación médico-paciente. Lo que a decir de los autores significa una baja relación entre la adherencia al tratamiento y la relación médico-paciente asociado, adicional a factores sociales como los que se comentaron en el punto 4.4 ⁽⁴⁵⁾.

Otra enfermedad que ha sido de estudio en relación a la adherencia al tratamiento y la relación médico-paciente es el cáncer. Como lo muestra el artículo de *Kabat et al.*, en el cual se estudió la adherencia de 566,401 pacientes a los cuales se les dio el seguimiento por 10 años en promedio y con un tratamiento acorde a las guías de tratamiento; el resultado fue contundente al describirse que la adherencia al tratamiento significo la disminución en la incidencia o recidiva del cáncer ⁽⁴⁶⁾.

Prueba de que dicha adherencia es resultado de una buena relación médico-paciente es el estudio desarrollado por *Dall'Era*, donde se observó una alta adherencia al tratamiento de cáncer prostático como resultado de una relación médico-paciente satisfactoria y participativa en la toma de decisiones ⁽⁴⁷⁾. Ejemplos similares se han observado en artritis reumatoide y cáncer colorectal donde la falta de adherencia al tratamiento fue estrechamente relacionada con una buena relación médico-paciente ^(48, 49).

En caso particular de la hipertensión, hasta el año 2003 la OMS mencionaba que el control adecuado de la hipertensión a nivel mundial era menor a 25%. Ya que países como Estados Unidos solo lograban un 30% de adherencia, 7% en Reino Unido y 4.5% en Venezuela. Esta falta de adherencia conlleva a un incremento de complicaciones, las

cuales le costaron a Estados Unidos el 18.6% del presupuesto para la salud en 1998 (OMS, 2014).

2.7 Herramientas de evaluación

Como se ha comentado previamente se han realizado múltiples estudios sobre adherencia al tratamiento y de la relación médico-paciente. Por lo que se disponen de diversas herramientas acorde a la enfermedad y población.

2.7.1 Cuestionario Morisky-Green

El cuestionario Morisky-Green es un breve cuestionario enfocado en evaluar la adherencia del paciente al tratamiento, fue desarrollado en Estados Unidos para evaluar específicamente la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes hipertensos. Este cuestionario se compone de 6 preguntas relacionadas al cumplimiento en la toma del medicamento, su apego al horario de las mismas y a la cantidad (ANEXO III). El cual se resuelve de manera personal o mediante una entrevista que se le realice al paciente por medio de un entrevistador ⁽⁵⁵⁾.

Sin embargo, la aplicación de la prueba cuestionario no se considera suficiente; ya que, al ser un cuestionario cualitativo, la posibilidad de sesgos es muy amplia ⁽⁵⁶⁾. Por lo que este cuestionario se complementa con otros métodos cuantitativos como es el recuento de la medicación:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{Unidades dispensadas} - \text{Unidades sobrantes}}{\text{No. Unidades prescritas}} * 100$$

Adicional a esto, se realiza un cálculo de la sensibilidad y especificidad de las mismas pruebas:

SS = % pacientes sin adherencia detectados (del total de pacientes sin adherencia)

EE = % pacientes con adherencia detectados (del total de pacientes con adherencia)

Para lo cual, las ecuaciones anteriores se basan en alguna medida cuantitativa como lo es la PA de los pacientes estudiados vs los cuestionarios ^(57, 58).

2.7.2 Interpersonal Processes of Care Survey (IPC) (Encuesta de procesos interpersonales del cuidado)

El cuestionario Interpersonal Processes of Care Survey surge de la necesidad de evaluación de la atención médica brindada a diferentes poblaciones y etnias en busca de una igualdad de tratamiento. Lo cual afecta taba la calidad de tratamiento y de salud de algunos grupos étnicos. Es decir, evalúa la relación médico-paciente y detecta algún grado de discriminación.

Desarrollado a partir de 19 grupos étnicos o razas incluyendo a los Latinos. Del cual se desarrolló un test con 29 ítems y otro con 18 conocido como IPC corto, el cual tuvo un coeficiente de relación alta ($CI=0.975$). La primera parte se centra en la evaluación de la comunicación, la velocidad con la que habla el médico tratante y la dificultad de su lenguaje técnico; seguido de preguntas enfocadas a la atención de las preocupaciones propias del paciente, posteriormente se evalúa la explicación del tratamiento y la participación del paciente en el desarrollo de un estilo de vida saludable, posteriormente se habla del trato médico y los servicios de salud (ANEXO IV) ⁽⁵⁹⁾.

Hasta el momento estudios de prueba para evaluar el cuestionario IPC no han encontrado dato alguno de fallos en su implementación. Encontrando solamente limitaciones en la comunicación entre pacientes o médicos tratantes cuyas lenguas maternas son diferentes (60, 61).

Cada pregunta del cuestionario IPC tiene una escala de 1 a 5, que van de nunca a siempre. Al final de aplicar el cuestionario, se calcula la frecuencia de cada uno de los valores de la escala; a mayor cantidad de siempre, es una mejor relación, caso contrario a mayor cantidad de preguntas contestadas con uno (62).

2.7.3 Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) (Cuestionario de la relación médico-paciente)

El cuestionario de la relación médico-paciente (PDRQ-9) es un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente, el Patient Doctor Relationship Questionnaire, enfocado en evaluar al médico como prestador primario de servicios de salud a la población general; como lo establece la *American Academy of Family Physicians* (63).

Dicho cuestionario ha sido validado en español, en diversas ocasiones demostrando que el cuestionario tiene consistencia en los resultados y que permite discernir entre la relación establecida con diferentes grupos de pacientes (64). Actualmente este cuestionario ha sido validado para la población de habla española, encontrando que dicha prueba es válida y aplicable a dicha población; siendo que el cuestionario se centra en las actitudes desarrolladas entre el personal de atención y los pacientes. Muestra un alfa de Cronbach de 0.95. (ANEXO V) (65).

El PDRQ-9 se integra por 9 preguntas y evalúa aspectos como confianza que el paciente tiene al médico, la participación del mismo paciente en el desarrollo de planes de tratamiento, mejora del paciente en base al tratamiento administrado por el médico tratante (66, 67). El instrumento permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción, accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento. Evalúa Cada pregunta tiene una calificación de 1 a 5, se analiza cada una de las dimensiones del cuestionario con un máximo de 20 puntos para la dimensión de comunicación, de 10 para la de satisfacción y de 20 para la de accesibilidad, con un total de 50 puntos. Para la dimensión de comunicación y accesibilidad se evalúa de la siguiente manera: 1 a 11 como poca comunicación, 12 a 16 regular y 17 a 20 buena comunicación. Para la dimensión de satisfacción: de 1 a 5 como poco satisfecho, de 6 a 8 regularmente satisfecho, y de 9 a 10 satisfecho (68).

2.7.4 Hypertension Self -Care Activity Level Effects (H-SCALE) (Efectos de las actividades de auto cuidado en hipertensión)

Como se ha comentado anteriormente, cambios en el estilo de vida afectan a favor o en contra del control de la hipertensión (69). Por lo que, en el proceso de control de la hipertensión, es necesario llevar un control acerca de los cambios de estilo de vida y como han influenciado estos en el control de la hipertensión (ANEXO V).

El desarrollo de este cuestionario se basó en los 6 puntos de auto cuidado recomendados en la Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) (70). Por lo que se re-evalúa la adherencia al tratamiento, pérdida

de peso o mantenimiento del peso ideal, adopción de una dieta baja a la sal, actividad física por al menos 30 minutos diarios por día, limitar consumo de alcohol y cese del uso del tabaco. Esta evaluación fue diseñada para el uso en el servicio clínico de primer contacto, a larga escala y uso epidemiológico ⁽¹⁸⁾.

Este cuestionario fue enfocado específicamente a la enfermedad crónica de hipertensión, siendo las enfermedades crónicas las que presentan menor adherencia al tratamiento en especial en las minorías ⁽⁶⁷⁾. Esta escala tuvo como base la escala desarrollada para la evaluación del estilo de vida en la diabetes ⁽⁶⁸⁾. Recientemente la H-SCALE fue vuelta a evaluarse para su validación, sin haberse encontrado cambios en su validez respecto a los datos que se obtuvieron en su diseño ⁽⁶⁹⁾.

3 JUSTIFICACION

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la hipertensión causa anualmente 7.5 millones de muertes; es decir el 12.8% de las muertes en el mundo; además de generar 57 millones de casos de incapacidad ajustada a los años de vida ⁽²⁾. La American Heart Association (AHA) señaló que en el 2015 el 40.6% de casos de enfermedad cardiovascular fueron desarrollados en pacientes con hipertensión, y se asoció con el 34.7% de muertes atribuibles a infartos cardíacos en Estados Unidos ⁽³⁾. De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología en México durante el 2015 se detectaron 440,322 nuevos casos de hipertensión en todo el país; de los cuales 260,172 fueron detectados en población femenina y 180,150 en población masculina. Además, del total de nuevos casos en el 2015 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) detectó 153,893 ⁽⁶⁾.

Sin embargo, en el año 2000 solo se encontró adherencia en el 50% de la población hipertensa y solo un 7% del total de los hipertensos contaba con valores de PA dentro de los niveles considerados como en control. Por lo que se considera que en México tenemos problemas de adherencia a los tratamientos, lo cual condiciona un incremento en el riesgo de desarrollo de complicaciones, como las enfermedades cardiovasculares, EVC y deterioro en la calidad de vida. Y aún cuando se han hecho algunos estudios sobre adherencia al tratamiento de hipertensión, dichos estudios solo han sido cualitativos y no han evaluado la influencia de la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento.

Estudios longitudinales donde se han evaluado hasta 40 médicos tratantes con una población de 200 pacientes en Estados Unidos, demostró que el 70% de los pacientes que creen en su médico tratante, son capaces de seguir un cambio de estilo de vida favorable al control de su hipertensión.

Este resultado se considera asociado a una fuerte relación médico-paciente que permite mejorar la participación del paciente en el desarrollo de estrategias eficaces que permiten llevar a cabo cambios de estilo de vida

Lo antes mencionado exalta el papel preponderante de la relación médico-paciente para favorecer una continua monitorización y adherencia al tratamiento. De corroborarse la asociación planteada, los resultados de este estudio servirían como retroalimentación al médico tratante y que éstos a través de cursos de capacitación puedan desarrollar mejores estrategias de educación y comunicación a los pacientes que permitan fortalecer la relación médico paciente y por tanto mejorar el apego al tratamiento ⁽⁵²⁾.

En México la alta falta de adherencia al tratamiento de hipertensión (69%) es asociado principalmente falta de disponibilidad de tiempo y desinterés; lo cual podría considerarse falta de educación en el paciente como resultado a una relación médico-paciente mal desarrollada ⁽⁵³⁾. Estos datos concuerdan con un estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se encontró una adherencia de 39% de los 322 pacientes entrevistados ⁽⁵⁴⁾.

La adherencia al tratamiento de hipertensión en nuestro país es sumamente baja; sin existir un análisis sobre la influencia de la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento. Lo antes mencionado exalta el papel preponderante de la relación médico-paciente para favorecer una continua monitorización y adherencia al tratamiento. De corroborarse la asociación planteada, los resultados de este estudio servirían como

retroalimentación al médico tratante y que éstos a través de cursos de capacitación puedan desarrollar mejores estrategias de educación y comunicación a los pacientes que permitan fortalecer la relación médico paciente y por tanto mejorar el apego al tratamiento ⁽⁵²⁾.

4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre la satisfacción con la relación médico-paciente y su apego al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica?

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general: Determinar la asociación entre la satisfacción con la relación médico-paciente y su apego al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

5.2 Objetivos Específicos:

- 1) Determinar la frecuencia de apego al tratamiento farmacológico a través del instrumento Morisky –Green y la H SCALE.
- 2) Conocer el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos.
- 3) Conocer el grado de satisfacción con la relación médico paciente de pacientes hipertensos a través de la escala PDQK-9 para cada una de sus dimensiones.

6 HIPÓTESIS

Ho: No existe asociación entre la satisfacción con la relación médico-paciente y su apego al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

H1: Existe asociación entre la satisfacción con la relación médico-paciente y su apego al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica. El apego al tratamiento es 13% mayor en pacientes con buena relación médico paciente Vs pacientes con mala relación médico paciente.

7 VARIABLES

7.1 Variable dependiente: Apego al tratamiento.

7.2 Variable independiente: Satisfacción con la relación médico paciente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidades
Apego terapéutico	Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico.	A través de lo respondido en el cuestionario Morisky-Green. El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. El paciente es incumplidor si alguna de estas preguntas no es contestada correctamente,	Cualitativa Dicotómica	0. Sin apego 1. Con apego
Porcentaje de Adherencia al tratamiento	El porcentaje en el cual el paciente cumple con sus tratamientos	Se obtendrá del cálculo de la fórmula de adherencia. (Unidades otorgadas-Unidades sobrantes) _____ = (x 100) No. Unidades prescritas	Cuantitativa continua	% de adherencia
Satisfacción en la relación médico-paciente	Cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto a la atención obtenida por su médico tratante	El obtenido por el Cuestionario PDQR-9. Mayor satisfacción > 63 puntos.	Nominal dicotómica	0. Mayor satisfacción 1. Menor satisfacción
Relación médico paciente. Satisfacción	Evaluar la satisfacción del paciente en la relación con su médico tratante	El obtenido por el Cuestionario PDQR-9.	Cualitativa ordinal	-1 a 5: poco satisfecho -6 a 8: regularmente satisfecho -9 a 10 satisfecho
Relación médico paciente.	Capacidad del médico para ayudar al	Puntaje obtenido en el cuestionario PDQR-9 para el área de comunicación.	Cualitativa ordinal	-1 a 11: poca comunicación -12 a 16: regular

Comunicación	paciente a resolver sus problemas y desarrollar confianza en él. Se enfoca en la capacidad de escucha y clarificación de preguntas.			comunicación -17 a 20 buena comunicación
Relación médico paciente. Accesibilidad	Evaluar la accesibilidad del médico hacia con el paciente	El obtenido por el Cuestionario PDQR-9.	Cualitativa ordinal	-1 a 11: poca accesibilidad -12 a 16: regular accesibilidad -17 a 20 buena accesibilidad
Género	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.	Se obtendrá del expediente clínico	Cuantitativa discreta	años
Ocupación	Obra, resultado de la actividad humana.	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	-Hogar - Industria -Oficina -Ventas informales -Ventas -Tiendas o de cadenas de servicios -Otros
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	-Soltero -Casado -Viudo

	y deberes.			
Escolaridad	Grado de estudios	Se obtendrá del expediente clínico	Cuantitativa discreta	Años de estudio
Tiempo de diagnóstico de Hipertensión Arterial	Desde el diagnóstico médico hasta la fecha	Se obtendrá del expediente clínico	Cuantitativa discreta	Años de diagnóstico
Diabetes	Diagnóstico de alguna variante de la Diabetes Mellitus	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	-Si -No
Tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus	Desde el diagnóstico médico hasta la fecha	Se obtendrá del expediente clínico	Cuantitativa discreta	Años de Seguimiento
Número de antihipertensivos tomados actualmente	Cantidad de fármacos empleados en el control de la hipertensión arterial.	Se obtendrá del expediente clínico	Cuantitativa discreta	Número de fármacos empleados
Efectos colaterales a la HAS	La presencia o no de enfermedades asociadas a la HAS	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	-Si -No
Dieta	La calidad de la dieta de una persona hipertensa	Se obtendrá del cuestionario H-scale sección 2	Cuantitativa nominal	-Si -No
Actividad física	La realización de actividades físicas	Se obtendrá del cuestionario H-scale sección 3	Cuantitativa Nominal	-Si -No
Manejo de peso	El cuidado para el control de peso	Se obtendrá del cuestionario H-scale sección 5	Cuantitativa nominal	-Si -No
Alcohol y tabaco	Evaluar el consumo de estas sustancias	Se obtendrá del cuestionario H-scale sección 4 y 6	Cuantitativa nominal	-Si -No

8 CRITEROS DE SELECCION

8.1 Criterios de inclusión

Pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica adscritos y derechohabientes de la UMF No. 28, de 20-80 años de edad, que hayan acudido de manera regular a Consulta externa de Medicina Familiar durante los últimos 6 meses, que hayan recibido atención por el médico tratante durante los últimos 6 meses, que se encuentren en tratamiento farmacológico.

8.2 Criterios de exclusión

Se excluirán pacientes con hipertensión arterial secundaria.

8.3 Criterios de eliminación

Instrumentos llenados de manera incompleta.

Expedientes clínicos incompletos.

9 MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 Cálculo de tamaño de muestra: Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó una fórmula de diferencia de proporciones, con un IC 95%, un poder estadístico de 80 y una diferencia esperada de 13% en el apego terapéutico, con una $n=256$.

9.2 Diseño: Transversal analítico.

9.3 Método de recolección de datos: Se evaluarán pacientes que cumplan los criterios de inclusión que acudan al servicio de consulta externa de medicina familiar, en caso de que acepten participar firmarán el consentimiento informado. Se verificará del expediente clínico electrónico el registro de los últimos seis meses de los valores de presión arterial, así como el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Adicionalmente, se incluirá el valor de la presión arterial obtenida en el día de la consulta. Se aplicarán los siguientes instrumentos:

-Cuestionario de datos sociodemográficos y de tratamiento de los pacientes. Los datos serán extraídos del expediente clínico (ANEXO II)

-Cuestionario Morisky-Green de adherencia farmacéutica. (Anexo III)

- Cuestionario de la relación médico-paciente (PDRQ-9) (Anexo V)

-Escala de actividades de autocuidado en HAS (H-SCALE), la cual está enfocada en evaluar el estilo de vida y factores de riesgo presentes en el paciente que afecten la evolución y control de la HAS. (Anexo VI)

En base a nuestra hipótesis, los pacientes con peor apego al tratamiento serán los que tengan una relación médico-paciente no favorable. Con lo anterior, se obtendrán las áreas más deficientes del médico familiar hacia la relación que establece con el paciente. En base de ello, se realizará un listado de sugerencias para el Médico Familiar, con el objetivo de que las relaciones con los pacientes mejoren considerablemente.

En relación con los pacientes con mal apego se sugerirá una lista de temas para elaborar una plática educativa, y formas de concientización para los pacientes, así como elaboración de un tríptico. Así como envío a los distintos servicios multidisciplinarios de la UMF No 28 como: nutrición, medicina preventiva, optometría, estomatología y trabajo social para la prevención de comorbilidades y tratamiento.

9.4 Procesamiento de datos: Con los datos obtenidos se generará una base de datos por consultorio, donde se evaluará el promedio de satisfacción del servicio médico obtenido. Posteriormente se obtendrá por separado el estilo de vida y comportamiento de auto cuidado por valores individuales, en base de los resultados de la H-SCALE y Morisky-Green se calculará el cumplimiento del tratamiento. Y se observara los valores promedios de presión arterial de cada paciente en los últimos seis meses.

9.5 Plan de análisis estadístico: Para el análisis de resultados se utilizará el programa SPSS V 24. Para las variables cualitativas (Relación médico paciente, apego farmacológico, estado civil, ocupación, escolaridad, antecedentes de DM2, efectos secundarios por uso de antihipertensivos) se realizará cálculo de frecuencias y

porcentajes. Para las variables de tipo cuantitativo (Edad, tiempo de diagnóstico de HAS y DM2, número de antihipertensivos, porcentaje de adherencia farmacológica), se utilizarán pruebas de hipótesis de normalidad y de acuerdo al resultado se utilizarán medias y DE o mediana y Rango Intercuartil para la presentación de los resultados. Para determinar la asociación entre apego al tratamiento y relación médico paciente se utilizará la prueba X², se realizará un modelo de regresión logística que permitirá conocer el impacto de la maniobra sobre el desenlace ajustando por las principales variables de confusión (Edad, tiempo de evolución, efectos adversos, número de antihipertensivos).

10 ASPECTO ÉTICOS

Este estudio fue factible ya que en la unidad de medicina familiar número 28 se cuenta con un gran número de pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial, y es accesible tener contacto con ellos ya que estos fueron captados de los consultorios de medicina familiar. Este es un estudio descriptivo, analítico, observacional, por lo tanto no se realizó ninguna acción que atentara en contra de su salud y bienestar físico. Por tal motivo fue viable.

En el presente estudio se tomaron en cuenta los aspectos éticos básicos plasmados en el informe Belmont que deben de regir la investigación biomédicas principalmente respeto por las personas tratando a cada participante como ser autónomo (“individuo capaz de deliberar acerca de sus metas y actuar bajo la guía de deliberación”), para esto se les brindó toda la información necesaria explicándole los objetivos del estudio y cada paciente pudo emitir un juicio sobre aceptar o no participar en el estudio.

Beneficencia los participantes en todo momento fueron tratados con respeto de sus condiciones físicas, realizando las siguientes acciones; no se les hizo daño alguno, en ningún momento existieron posibles daños, ninguno fue expuesto a algún riesgo innecesario, con esto se buscó solamente el bienestar del paciente: máximo beneficio, mínimo daño.

Justicia este principio fue aplicado en la selección de los participantes, la cual se realizó de manera aleatoria, los beneficios ofrecidos fueron igual para todos los participantes, todos recibieron un trato digno.

La ley general de salud en su artículo 100 autoriza la investigación en seres humanos siempre y cuando se respeten los principios científicos y éticos siempre y cuando se trate de una contribución a un problema de salud, que exista seguridad de no exponer a riesgos o daños innecesarios a los participantes en el estudio, cuando los participantes autorizaron y firmaron el consentimiento informado, los responsables del estudio se comprometieron a suspender inmediatamente la investigación si se ponía en riesgo algún participante.

Respetando esta ley de salud en base al artículo 102 se solicitó la autorización por escrito al comité local de bioética e investigación, presentando antecedentes del tema a estudiar. Se realizó por personal de salud (artículo 114), con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantizan el bienestar de los participantes.

Se inició el estudio una vez que se contó con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y bioseguridad, la autorización del titular del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cada uno de los participantes se aplicó el artículo 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, protegiendo su privacidad, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y previa autorización del mismo.

Todos los participantes que fueron incluidos en el estudio fue bajo la previa autorización del consentimiento informado, firmando ellos como titular, lo cual quiere decir que tienen toda la capacidad de ejercer sus derechos por sí mismos, no se les realizó alguna intervención que pusiera en riesgo su bienestar físico o su salud y en ningún momento del estudio se les privó de recibir atención médica.

La Asociación Médica Mundial (ANM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable, estos aspectos fueron tomados en cuenta en el presente estudio.

11 RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

11.1 Recursos humanos: La Dra. Yara Mirella Valencia Chavolla será la encargada del desarrollo del proyecto y análisis de resultados con el apoyo del asesor del proyecto.

11.2 Recursos físicos: Debido a la naturaleza del proyecto no se requiere ningún aditamento o equipo adicional a los presentes en los consultorios de la UMF 28 Gabriel Mancera y los expedientes de los pacientes.

11.3 Costos totales del proyecto: El costo del proyecto será el generado por el uso de fotocopias de las herramientas mencionadas en materiales y métodos. El resto de los consumibles serán costeados por el investigador.

12 RESULTADOS

La población de estudio de esta investigación fue de 256 pacientes(n=256). Teniendo en cuenta que el 82.4% de los pacientes tenían una edad entre 60 y 80 años. (Figura 4.)

Edad

Frecuencia		Porcentaje
20-40	1	.4
41-59	44	17.2
60-80	210	82.4
Total	256	100.0

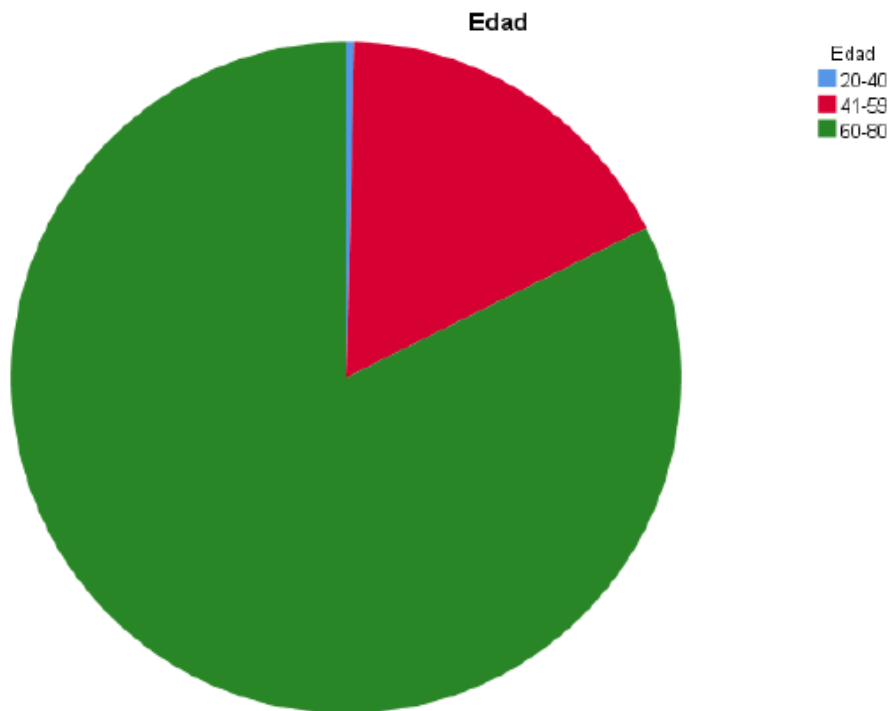


Figura 4. Edad

Respecto a las frecuencias de hemotipo, ocupación, escolaridad y estado civil se obtuvieron los siguientes resultados: (Figuras 5, 6, 7, 8)

Hemotipo

Frecuencia		Porcentaje
A+	13	5.1
B+	4	1.6
O+	96	37.3
Desconoce	143	56
Total	256	100

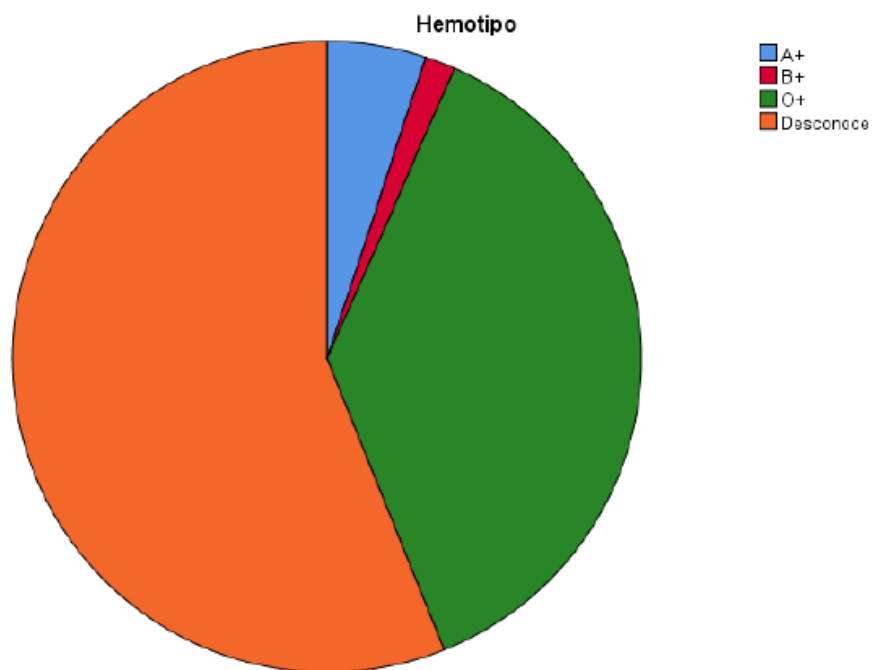


Figura 5. Hemotipo

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	64	25.1
Empleado	44	16.9
Pensionado/ Jubilado	148	58.0
Total	256	100.0

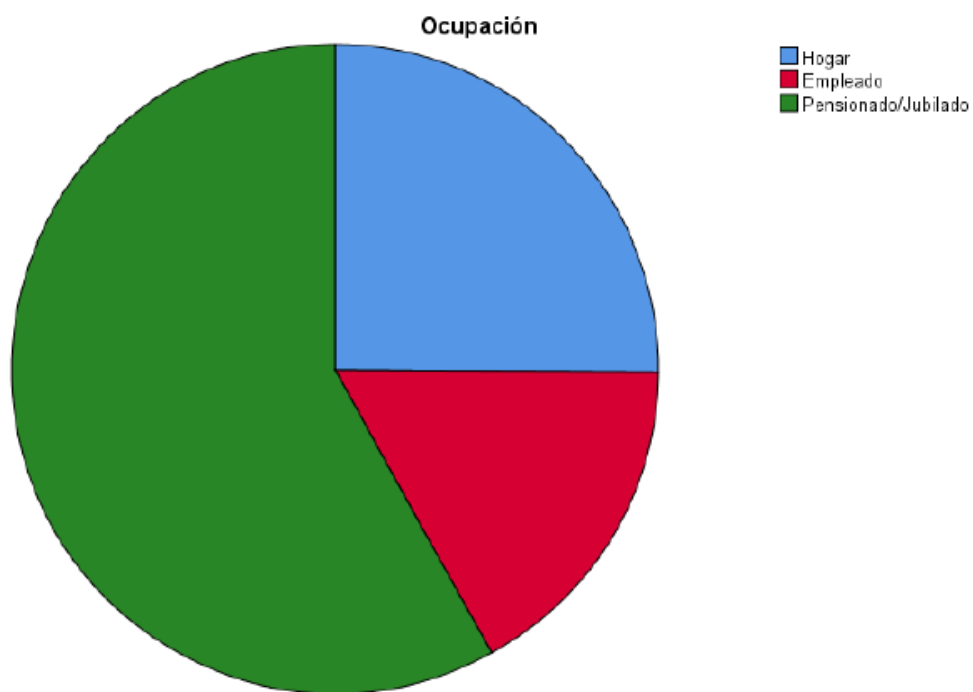


Figura 6. Ocupación.

Para el estado civil, se consideró para fines estadísticos al casado y unión libre como casados; al resto como solteros. Sin haber encontrado alguna correlación significativa entre el estado civil, la adherencia y el control de la TA. (Figura 7.)

Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	13	5.1
Casado	117	45.9
Viudo	57	22.4
Unión libre	8	3.1
Divorciado	24	9.4
Separado	36	14.1
Total	255	100.0

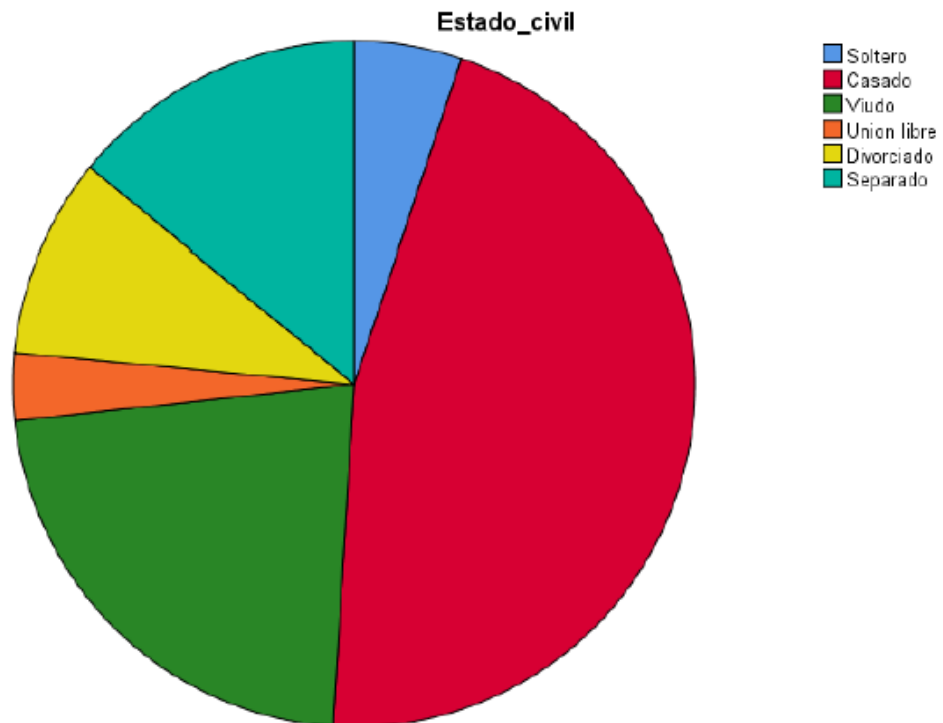


Figura 7. Estado Civil

Escolaridad

Frecuencia		Porcentaje
Analfabeta	17	6.7
Primaria	48	18.8
Secundaria	39	15.3
Preparatoria	106	41.6
Licenciatura	45	17.2
Posgrado	1	.4
Total	256	100.0

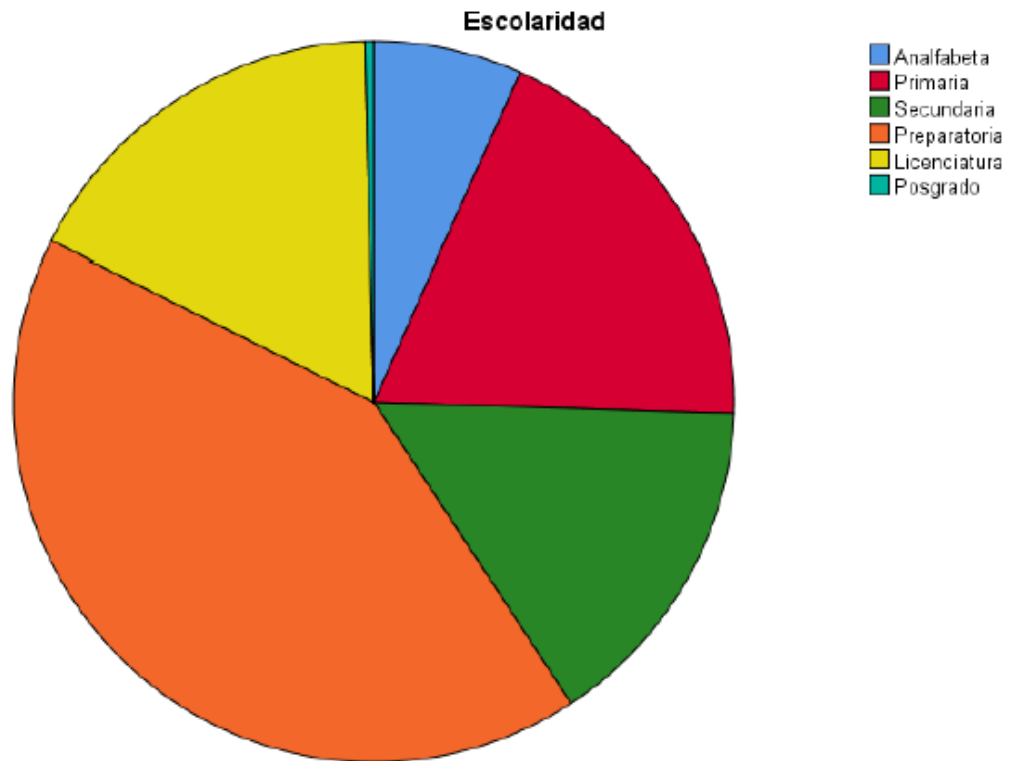


Figura 8. Escolaridad

En relación a la somatometría se observó una talla promedio de 1.59m (DS=0-092), respecto a la talla la media fue de 71.6 kg (DS=14.27) y un IMC=28.1. Acerca de esto último se observó que los pacientes con un IMC entre 25 y 29.9 tienen preobesidad siendo la mayor frecuencia, ya que el 35.7% de los pacientes se encontraron en este rango. (Tabla 1. IMC rangos)

IMC rangos

Frecuencia		Porcentaje
<18.5	6	2.0
18.5-24.9	80	31.4
25-29.9	91	35.7
30-34.9	53	20.8
35-39.9	26	10.1
Total	256	100.0

Tabla 1. IMC rangos

Por otro lado, las frecuencias de otras variables se muestran en las siguientes tablas.

TA

Frecuencia		Porcentaje
<120-<80	70	27.5
120-129,80-84	65	25.5
130-139,85-89	48	18.4
140-159,90-99	37	14.4
160-179	31	12.2
>180,>110	5	2.0
Total	256	100.0

Tabla 2. TA

Antecedentes Personales Patológicos

Frecuencia		Porcentaje
Osteoporosis	25	9.8
Hiperuricemia	26	10.2
E. Acido-péptica	31	12.2
Dislipidemia	49	19.2
Migraña	16	5.9
ASMA/EPOC	25	9.8
DM2	74	29.0
IRC	10	3.9
Total	256	100.0

Tabla 3. Antecedentes Personales Patológicos

Antihipertensivos

Frecuencia		Porcentaje
Captopril	52	20.4
Enalapril	61	23.9
Losartan	56	21.6
Metoprolol	25	9.8
Verapamilo	6	2.4
Nifedipino	5	2.0
Amlodipino	11	4.2
Prazocina/am lodipino	10	3.9
Losartan/aml odipino	25	9.8
Losartan/met oprolol/prozo cina	5	2.0
Total	256	100

Tabla 4. Antihipertensivos

Número de Fármacos

Frecuencia		Porcentaje
1.00	181	71.0
2.00	64	24.7
3.00	11	4.3
Total	256	100.0

Tabla 5. Número de Fármacos

Tiempo de Evolución

Frecuencia		Porcentaje
<5 años	100	39.2
5-10 años	82	31.8
>10 años	74	29.0
Total	256	100.0

Tabla 6. Tiempo de Evolución

Efectos Adversos

Frecuencia		Porcentaje
Tos	30	11.8
Insomnio	44	16.9
Depresión	62	24.3
Disfunción sexual	12	4.7
Aumento de peso	31	12.1
Mareo	24	9.4
Ninguno	53	20.8
Total	256	100.0

Tabla 7. Efectos Adversos.

Acerca de la evaluación de adherencia al tratamiento por la prueba de Morisky-Green, se observó que el 18% (n=46) de los casos no mantienen su adherencia al tratamiento. Mientras que tan solo el 3.9% (n=10) de los casos esta poco satisfecho con su atención médica y un 16.5% (n=42) tuvieron una satisfacción regular.

En cuanto a la comunicación de los pacientes con su médico tratante el 71.4% (n=182) considero la comunicación como buena y 24.7% (n=63) como regular; esto obtenido mediante el uso de PDRQ9. Por último, el 85.5% (n=218) considero un buen nivel de accesibilidad y el 14.7% lo califico como regular.

Respecto a los resultados de la H-Scale se observó que el 82% de los pacientes si usa sus medicamentos, el 73.3% sigue la dieta prescrita, tan solo 22.7% realiza actividad

física, el 10.2% (n=26) aún posee el habito de fumar y el 17.6% (n=45) conserva el consumo de alcohol y el 22.4% (n=57) no maneja el control de su peso.

Para la relación entre TA y el resultado de Morisky-Green la $\chi^2 = 91.706$ ($p < 0.0001$), con una correlación de Spearman (0.505, $p < 0.0001$) y una R de Pearson (0.504, $p < 0.0001$). En la evaluación del OR de la adherencia para el control de la TA se obtuvo $OR = 4.28$ Límites = 2.375-7.712.

Posteriormente se evaluó la correlación de TA con las variables consideradas en este estudio. Lo cual se muestra en la siguiente tabla:

Variable	X ²	p	Correlación de Spearman	P
Edad	11.104	0.349	-0.068	0.168
Sexo	2.672	0.75	-0.008	0.894
Consultorio	107.779	0.542	-0.044	0.482
Hemotipo	12.444	0.645	0.039	0.536
Escolaridad	37.81	0.04	-0.051	0.416
Ocupación	9.053	0.527	-0.039	0.536
Estado civil	46.914	0.005	-0.034	0.589
Talla	391.638	<0.0001	0.013	0.831
Peso	917.807	<0.0001	0.179	0.004
IMC	1241.843	<0.0001	0.203	0.001
A. P. P.	193.299	<0.0001	-0.064	0.312
Antihipertensivos	148.681	<0.0001	-0.057	0.365
Número de fármacos	20.18	0.02	-0.033	0.6
Tiempo de evolución	53.972	<0.0001	-0.037	0.554
Efectos adversos	109.606	<0.0001	0.117	0.06
Satisfacción	137.625	<0.0001	-0.489	<0.0001
Comunicación	184.724	<0.0001	-0.675	<0.0001
Accesibilidad	70.633	<0.0001	-0.382	<0.0001
Uso del medicamento	91.706	<0.0001	0.505	<0.0001
Dieta	83.977	<0.0001	0.4	<0.0001
Actividad física	29.636	<0.0001	0.335	<0.0001
Fumar	14.828	0.011	-0.179	0.004
Alcohol	2.028	0.845	0.014	0.822
Manejo de peso	73.952	<0.0001	0.445	<0.0001

Tabla 8. TA y variables

Seguidamente, se evaluó la correlación entre la adhesión al tratamiento y las variables analizadas.

Variable	X2	p	Correlación de Spearman	p	OR	Limites
Edad	0.988	0.61	-0.049	0.433		
Sexo	0.913	n/c	0.06	0.341	1.059	0.945-1.187
Consultorio	24.318	0.331	0.049	0.438		
Hemotipo	3.572	0.312	0.108	0.086		
Escolaridad	19.783	0.001	0.125	0.046		
Ocupación	0.339	0.844	0.032	0.607		
Estado civil	17.026	0.004	-0.008	0.894		
Talla	84.88	<0.0001	-0.09	0.152		
Peso	183.117	<0.0001	0.168	0.007		
IMC	249.589	<0.0001	0.29	<0.0001		
A. P. P.	28.224	<0.0001	-0.79	0.208		
Antihipertensivos	21.272	0.011	0.006	0.922		
Número de fármacos	1.878	0.391	0.084	0.179		
Tiempo de evolución	53.794	<0.0001	-0.423	<0.0001		
Efectos adversos	27.636	<0.0001	0.3	<0.0001		
Satisfacción	187.181	<0.0001	-0.856	<0.0001		
Comunicación	128.759	<0.0001	-0.695	<0.0001		
Accesibilidad	148.187	N/C	-0.762	<0.0001		
Dieta	33.574		0.363	<0.0001	1.536	1.252-1.885
Actividad física	16.524		0.255	<0.0001	1.305	1.208-1.409
Fumar	5.38	0.02	-0.145	0.02	0.78	0.586-1.037
Alcohol	2.751	0.097	-0.104	0.098	0.875	0.757-1.054
Manejo de peso	15.954	<0.0001	0.262	<0.0001	1.383	1.127-1.699

Tabla 9. Variables y adhesión al tratamiento

Al final se evaluó la correlación de las variables estudiadas y el control de la TA directamente.

Variable	X ²	p	Correlación de Spearman	p	OR	Limites
Edad	5.85 2	0.05	-0.128	0.04		
Sexo	0.20 1	0.654	0.028	0.655	1.036	0.888- 1.209
Consultorio	25.2 59	0.285	-0.028	0.653		
Hemotipo	0.85 7	0.836	-0.007	0.91		
Escolaridad	5.06 7	0.408	-0.005	0.936		
Ocupación	2.27 6	0.32	-0.035	0.575		
Estado civil	13.3 25	0.02	0.005	0.939		
Talla	69.6 38	<0.0001	-0.029	0.64		
Peso	168. 122	<0.0001	0.153	0.014		
IMC	247. 7	<0.0001	0.2	<0.001		
A. P. P.	73.3 02	<0.0001	-0.15	0.017		
Antihipertensivos	26.5 86	0.002	-0.02	0.754		
Número de fármacos	3.29 1	0.193	-0.103	0.101		
Tiempo de evolución	9.64 4	0.008	-0.187	0.003		
Efectos adversos	19.5 07	0.003	0.163	0.009		
Satisfacción	66.1 16	<0.0001	-0.5	<0.0001		
Comunicación	106. 322	<0.0001	-0.643	<0.0001		
Accesibilidad	38.7 77	<0.0001	-0.39	<0.0001		
Uso del medicamento	77.2 66	<0.0001	0.55	<0.0001	4.28	2.375- 7.712
Dieta	67.8 21	<0.0001	0.516	<0.0001	2.545	1.816- 3.567
Actividad física	25.4 93	<0.0001	0.316	<0.0001	1.524	1.367-1.7

Fumar	0.66 1	0.416	-0.051	0.418	0.897	0.67- 1.199
Alcohol	0.03	0.863	-0.011	0.864	0.982	0.801- 1.205
Manejo de peso	60.1 64	<0.0001	0.486	<0.0001	2.65	1.803- 3.909

Tabla 10. Control TA y variables

Al final se evaluó los resultados de la prueba PDRQ9 (considerando valor absoluto si/no) y el control de la TA. Aquellos pacientes que presentaron un resultado PDRQ9 satisfactorio y de buena comunicación presentaron valores significativos para el uso de sus medicamentos ($X^2=160.11$, $p<0.0001$; correlación de Spearman=0.792, $p<0.0001$; OR=4.102 (2.449-6.871). En cuanto a la adherencia el resultado fue similar; mientras que para presentar control de su TA el resultado fue significativo ($X^2=44.27$, $p<0.0001$; correlación de Spearman=0.417, $p<0.0001$; OR=1.552 (1.282-1.88).

13 DISCUSIÓN

Como se observó en nuestro estudio, la mayor incidencia de hipertensión fue más alta en pacientes de edad avanzada. Similar a lo que se ha observado en países como Canadá y han mencionado algunas revisiones.^(64, 65) Si bien menos del 50% de los pacientes estudiados desconocían su tipo de sangre, se puede observar claramente que el grupo de sangre del sistema ABO con mayor incidencia de hipertensión fue el grupo O. Misma incidencia que disminuye en el grupo A y aún más en el grupo B; lo cual va acorde a las descripciones y asociaciones realizadas en los últimos años, misma asociación observada en otras patologías como en el infarto.^(66, 67)

Respecto a la ocupación, debido a la edad de la mayoría de los participantes, es concordante que sean jubilados o pensionados en su mayoría. En relación al estatus civil que guardan los pacientes incluidos en este estudio la mayoría se encuentra como soltero, independientemente de la causa de la misma. Lo cual de primera instancia pareciera no tener correlación alguna; sin embargo; en diversos estudios se ha demostrado que los pacientes casados tienen un mejor control de su enfermedad que los solteros.^(68,69) Sin embargo, en nuestro estudio no se encontró dicha correlación.

Interesantemente la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio tenían una preparación de nivel medio superior en adelante. Lo cual se reflejó claramente en la relación significativa entre la escolaridad y el nivel de adherencia al tratamiento y los niveles de TA. Por lo cual se asocia el nivel de preparación con el cuidado de la salud, lo que concuerda con estudios Europeos dedicados al tema.^(70, 71) Incluso asociado al nivel educativo se ha observado una correlación con el IMC.⁽⁷²⁾

En relación con antecedentes personales patológicos; está ampliamente demostrado que la hipertensión es un componente del síndrome metabólico; mismo que cursa con diabetes mellitus que es el antecedente patológico que reporto más incidencia en nuestro estudio.⁽⁷³⁾ Por otro lado los medicamentos más usados para el tratamiento de TA fueron captopril, enalapril y losartan. Mismos que han demostrado ser eficaces en la hipertensión e incluso en la miocarditis.⁽⁷⁴⁾ Adicionalmente, nuestro estudio muestra que nuestra unidad médica ha acatado las recomendaciones de tratamiento de hipertensión en relación al menor uso de píldoras y fármacos lo que se traduce en una mejor adherencia.⁽⁷⁵⁾ Lo cual es demostrable, ya que en nuestro estudio se encontró una adherencia superior al 80%.

Como señala la literatura, el cuestionario PDQR9 permite evaluar la relación médico-paciente, lo que permitió observar dentro de nuestro estudio que la satisfacción, comunicación y accesibilidad de los médicos de nuestra unidad ha generado un sentir de satisfacción en nuestros pacientes.⁽⁷⁶⁾

Por último en relación a los factores que influyen directamente en el control de la TA, sus valores e incluso la adhesión al tratamiento están dados por dos tipos de factores. Algunos de ellos como lo es la dieta y el ejercicio, tienen su impacto en base al cambio de estilo de vida que esto implica.⁽³¹⁾ Mientras, que por otro lado encontramos los factores asociados a la relación médico-paciente; ya que como se observó la correlación y el riesgo que implica una buena relación médico-paciente con la adherencia al tratamiento y control de la TA es altamente significativa. Si bien, existen algunos reportes que han mostrado correlaciones similares, los reportes son muy pocos.^(77, 78) Por lo que con nuestro estudio se da soporte ha dicho hallazgo y queda en evidencia que aparte de la

labor clínica de los médicos, el mantener o mejorar la relación médico-paciente resulta en un mejor control de la TA en los pacientes con hipertensión arterial.

En relación con antecedentes personales patológicos; está ampliamente demostrado que la hipertensión es un componente del síndrome metabólico; mismo que cursa con diabetes mellitus que es el antecedente patológico que reporto más incidencia en nuestro estudio. ⁽⁷³⁾ Por otro lado los medicamentos más usados para el tratamiento de TA fueron captopril, enalapril y losartan. Mismos que han demostrado ser eficaces en la hipertensión e incluso en la miocarditis. ⁽⁷⁴⁾ Adicionalmente, nuestro estudio muestra que nuestra unidad médica ha acatado las recomendaciones de tratamiento de hipertensión en relación al menor uso de píldoras y fármacos lo que se traduce en una mejor adherencia. ⁽⁷⁵⁾ Lo cual es demostrable, ya que en nuestro estudio se encontró una adherencia superior al 80%. Como señala la literatura, el cuestionario PDQR9 permite evaluar la relación médico-paciente, lo que permitió observar dentro de nuestro estudio que la satisfacción, comunicación y accesibilidad de los médicos de nuestra unidad ha generado un sentir de satisfacción en nuestros pacientes. ⁽⁷⁶⁾

Por último en relación a los factores que influyen directamente en el control de la TA, sus valores e incluso la adhesión al tratamiento están dados por dos tipos de factores. Algunos de ellos como lo es la dieta y el ejercicio, tienen su impacto en base al cambio de estilo de vida que esto implica. ⁽³¹⁾ Mientras, que por otro lado encontramos los factores asociados a la relación médico-paciente; ya que como se observó la correlación y el riesgo que implica una buena relación médico-paciente con la adherencia al tratamiento y control de la TA es altamente significativa. Si bien, existen algunos reportes que han mostrado correlaciones similares, los reportes son muy pocos. ^(77, 78) Por lo que con nuestro estudio se da soporte a dicho hallazgo y queda en evidencia que aparte de la labor clínica de los médicos, el mantener o mejorar la relación médico-paciente resulta en un mejor control de la TA en los pacientes con hipertensión arterial.

14 CONCLUSIONES

El control de la tensión arterial en el paciente hipertenso está dado por diversos factores uno la somatometría (talla, peso e IMC) Como se identificó en nuestro estudio la mayoría de la población son pacientes con preobesidad.

En múltiples artículos se ha reportado que la reducción de peso, es una medida antihipertensiva. Y que está ligado a la práctica de deporte con asiduidad. Donde la intervención en dichas medidas (higiénico-dietéticas) permitirá el control de la TA, a través de la buena relación médico-paciente.

Otro factor de gran importancia que se logró evidenciar, es la adherencia al tratamiento en el cuestionario de Morisky Green. Y se puede añadir que la relación médico-paciente en nuestra unidad de medicina familiar fue satisfactoria influyendo significativamente en la adherencia al tratamiento y de alguna manera para llevar a cabo las modificaciones de estilo de vida asociados a la hipertensión.

15 BIBLIOGRAFÍA

1. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5):507-20.
2. Organization WH. Raised blood pressure
http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/: WHO; 2017
3. Writing Group M, Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 133(4):e38-360.
4. Organization WH. Blood Pressure
http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/atlas.html: 2016; 2017
5. Association WH. Blood Pressure
http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/blood_pressure_mean/atlas.html: 2016; 2017
6. Epidemiología DGd. Información epidemiológica
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/intd_informacion.html: 2017; 2017
7. Epidemiología DGd. Boletín epidemiológico: 2017; 2017
8. Svetkey LP, Erlinger TP, Vollmer WM, Feldstein A, Cooper LS, Appel LJ, et al. Effect of lifestyle modifications on blood pressure by race, sex, hypertension status, and age. *J Hum Hypertens*. 2005; 19(1):21-31.
9. Hypertension Sco. Secondary causes of hypertension. Hypertension Sco, editor: Secondary causes of hypertension; 2010.
10. Singh M, Singh AK, Pandey P, Chandra S, Singh KA, Gambhir IS. Molecular genetics of essential hypertension. *Clin Exp Hypertens*. 2016; 38(3):268-77.
11. Crowley SD, Gurley SB, Herrera MJ, Ruiz P, Griffiths R, Kumar AP, et al. Angiotensin II causes hypertension and cardiac hypertrophy through its receptors in the kidney. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006; 103(47):17985-90.
12. Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, MacGregor GA. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiol Rev*. 2005; 85(2):679-715.
13. Wirth A, Benyo Z, Lukasova M, Leutgeb B, Wettschureck N, Gorbey S, et al. G12-G13-LARG-mediated signaling in vascular smooth muscle is required for salt-induced hypertension. *Nat Med*. 2008; 14(1):64-8.
14. Guzik TJ, Hoch NE, Brown KA, McCann LA, Rahman A, Dikalov S, et al. Role of the T cell in the genesis of angiotensin II induced hypertension and vascular dysfunction. *J Exp Med*. 2007; 204(10):2449-60.
15. Vinh A, Chen W, Blinder Y, Weiss D, Taylor WR, Goronzy JJ, et al. Inhibition and genetic ablation of the B7/CD28 T-cell costimulation axis prevents experimental hypertension. *Circulation*. 2010; 122(24):2529-37.
16. Coffman TM. Under pressure: the search for the essential mechanisms of hypertension. *Nat Med*. 2011; 17(11):1402-9.
17. Martín Rosas-Peralta SP-P, Gabriela Borrayo-Sánchez, Alejandra Madrid-Miller, Eduardo Almeida-Gutiérrez, Héctor Galván-Oseguera, José Antonio Magaña-Serrano, Guillermo Saturno-Chiu, Erick Ramírez-Arias, Efrén Santos-Martínez, Enrique Díaz-Díaz, Selene Janette Salgado-Pastor, Gerardo Morales-Mora, Luz Elena Medina-Concebida, Oliva Mejía Rodríguez, Claudia Elsa Pérez-Ruiz, Luis Raúl Chapa Mejía, Cleto Álvarez Aguilar, Gilberto Pérez-Rodríguez, María Guadalupe Castro-Martínez, Joaquín López-

- Bárcena, Ramón Paniagua-Sierra. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54(Supl. 1):s6-s51.
18. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *J Natl Med Assoc.* 2011; 103(6):503-12.
 19. Tibebe A, Mengistu D, Negesa L. Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Prefer Adherence.* 2017;11:323-30.
 20. Lochner J, Rugge B, Judkins D, Saseen J. Clinical inquiries. How effective are lifestyle changes for controlling hypertension? *J Fam Pract.* 2006; 55(1):73-4.
 21. Feng W, Dell'Italia LJ, Sanders PW. Novel Paradigms of Salt and Hypertension. *J Am Soc Nephrol.* 2017.
 22. Waken RJ, de Las Fuentes L, Rao DC. A Review of the Genetics of Hypertension with a Focus on Gene-Environment Interactions. *Curr Hypertens Rep.* 2017; 19(3):23.
 23. Zhu X, Smith MA, Honda K, Aliev G, Moreira PI, Nunomura A, et al. Vascular oxidative stress in Alzheimer disease. *J Neurol Sci.* 2007; 257(1-2):240-6.
 24. Orshal JM, Khalil RA. Interleukin-6 impairs endothelium-dependent NO-cGMP-mediated relaxation and enhances contraction in systemic vessels of pregnant rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2004; 286(6):R1013-23.
 25. Diaz KM, Shimbo D. Physical activity and the prevention of hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2013; 15(6):659-68.
 26. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA.* 2007; 298(19):2296-304.
 27. Cornelissen VA, Buys R, Smart NA. Endurance exercise beneficially affects ambulatory blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* 2013; 31(4):639-48.
 28. Fagard RH, Cornelissen VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007; 14(1):12-7.
 29. Wallace JP. Exercise in hypertension. A clinical review. *Sports Med.* 2003; 33(8):585-98.
 30. Howes LG, Reid JL. The effects of alcohol on local, neural and humoral cardiovascular regulation. *Clin Sci (Lond).* 1986; 71(1):9-15.
 31. Alcohol and hypertension--implications for management. A consensus statement by the World Hypertension League. *J Hum Hypertens.* 1991; 5(3):227-32.
 32. Husain K, Ansari RA, Ferder L. Alcohol-induced hypertension: Mechanism and prevention. *World J Cardiol.* 2014; 6(5):245-52.
 33. Higgins B, Williams B, Guideline Development G. Pharmacological management of hypertension. *Clin Med (Lond).* 2007; 7(6):612-6.
 34. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forciea MA, et al. Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2017.
 35. Lawrence D, Miller JH, C WF. Medication Adherence. *J Clin Pharmacol.* 2017; 57(4):422-7.
 36. Costa E, Giardini A, Prados-Torres A, Cahir C, Marengoni A. Interventional Tools to Improve Prescription and Adherence to Medical Plans. *Biomed Res Int.* 2015; 2015:602078.
 37. Testa A, Castiglione F, Nardone OM, Colombo GL. Adherence in ulcerative colitis: an overview. *Patient Prefer Adherence.* 2017; 11:297-303.

38. Lipkind KL. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1993 outpatient department summary. *Adv Data*. 1995(268):1-12.
39. Richmond JS. The doctor-patient relationship. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(9):1233.
40. Goodyear-Smith F, Buetow S. Power issues in the doctor-patient relationship. *Health Care Anal*. 2001; 9(4):449-62.
41. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2005; 17(4):351-4.
42. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010; 10(1):38-43.
43. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med*. 2004; 2(5):455-61.
44. Schoenthaler AM, Schwartz BS, Wood C, Stewart WF. Patient and physician factors associated with adherence to diabetes medications. *Diabetes Educ*. 2012; 38(3):397-408.
45. Maricruz Ríos-Álvarez ÓA-G, Alberto González-Pedraza Avilés. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2011; 19(4):149-53.
46. Kabat GC, Matthews CE, Kamensky V, Hollenbeck AR, Rohan TE. Adherence to cancer prevention guidelines and cancer incidence, cancer mortality, and total mortality: a prospective cohort study. *Am J Clin Nutr*. 2015; 101(3):558-69.
47. Dall'Era MA. Patient and disease factors affecting the choice and adherence to active surveillance. *Curr Opin Urol*. 2015; 25(3):272-6.
48. Chien TW, Lin YF, Chang CH, Tsai MT, Uen YH. Using a bubble chart to enhance adherence to quality-of-care guidelines for colorectal cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012; 21(6):712-21.
49. Street RL, Jr., Marengo MF, Barbo A, Lin H, Gonzalez AG, Richardson MN, et al. Affective tone in medical encounters and its relationship with treatment adherence in a multiethnic cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2015; 21(4):181-8.
50. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns*. 2012; 89(1):57-62.
51. Ren H, Sheng X, Zhang H, Luo H, Xu J, Fu H. [A study on relationship between compliance with anti-hypertension therapy and assessment of quality of health care in patients with hypertension in community]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2014; 48(5):345-9.
52. Mariampillai JE, Eskas PA, Heimark S, Larstorp AC, Fadl Elmula FE, Hoiegggen A, et al. Apparent treatment-resistant hypertension - patient-physician relationship and ethical issues. *Blood Press*. 2017; 26(3):133-8.
53. Maura Cabrera Jiménez JLM, Moisés Villaseñor Almaraz, José Carlos Hernández Jiménez, Ángel Daniel Granados Gurrola, Ricardo Reyes Tinoco, Lucero Alín Cruz Martínez, Darían Caso Luengo, Tania Lilia Alonso Rodríguez, Erika González Montoya, Ivanni Estephania Aldana Valdespino. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia "Juan Escutia", Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2013. *VERTIENTES*. 2013; 16(2).
54. Francisco Javier Maldonado-Reyes VHV-M, Jesús III Loera-Morales, Margarita Ortega-Padrón. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. *Atención Familiar*. 2016; 23(2)
55. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2):279-89.

56. Beyhaghi H, Reeve BB, Rodgers JE, Stearns SC. Psychometric Properties of the Four-Item Morisky Green Levine Medication Adherence Scale among Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Participants. *Value Health*. 2016; 19(8):996-1001.
57. Carlos Codinaa MM, Montserrat Tuseta, Elena del Cacho, María Teresa Martínez, José M. Miró, Josep Mallolasb, Elisa De Lazzaric, Felipe Garcíab, Esteban Martínezb, José M. Gatellb y Josep Ribas. Comparison of three methods to calculate adherence in patients receiving antiretroviral treatment. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2002; 20(10).
58. Ibarra O. La adherencia, nuevo paradigma en relación farmaceutico-paciente 20014.
59. Stewart AL, Napoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res*. 2007; 42(3 Pt 1):1235-56.
60. Napoles AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J, O'Brien H, Stewart AL. Interpersonal processes of care and patient satisfaction: do associations differ by race, ethnicity, and language? *Health Serv Res*. 2009; 44(4):1326-44.
61. Stewart AL, Napoles-Springer A, Perez-Stable EJ. Interpersonal processes of care in diverse populations. *Milbank Q*. 1999; 77(3):305-39, 274.
62. Stewart AL, Napoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res*. 2007; 42(3 Pt 1):1235-56.
63. American Academy of Family Physicians AAoP, American College of Physicians, American Osteopathic Association. Joint principles of the patient-centered medical home. www.medicalhomeinfo.org/Joint%20Statement.pdf 2007
64. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26(2):115-20.
65. Mingote Adan J, Moreno Jimenez B, Rodriguez Carvajal R, Galvez Herrer M, Ruiz Lopez P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2009; 37(2):94-100.
66. Chaturvedi S. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7): is it really practical? *Natl Med J India*. 2004; 17(4):227.
67. Oster NV, Welch V, Schild L, Gazmararian JA, Rask K, Spettell C. Differences in self-management behaviors and use of preventive services among diabetes management enrollees by race and ethnicity. *Dis Manag*. 2006; 9(3):167-75.
68. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7):943-50.
69. Warren-Findlow J, Basalik DW, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Preliminary validation of the Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) and clinical blood pressure among patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013; 15(9):637-43.

16 ANEXOS:

16.1 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:	SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON EL APEGO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE HIPERTENSO
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 28 "Gabriel Mancera", Enero-Febrero 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Según datos estadísticos en IMSS, cada año se incrementa el número de pacientes con hipertensión, demostró que el 70% de los pacientes que creen en su médico tratante, son capaces de seguir un cambio de estilo de vida favorable al control de su hipertensión. El resultado se considera asociado a una fuerte relación médico-paciente que permite mejorar la participación del paciente en el desarrollo de estrategias eficaces que permiten llevar a cabo cambios de estilo de vida
Procedimientos:	Estoy enterado en responder encuestas, las cuales consisten en ficha de identificación con datos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos. Somatometría a partir del expediente clínico. Y otros cuestionarios para determinar apego al tratamiento y la relación médico-paciente.
Posibles riesgos y molestias:	No se afectara su integridad física y su salud
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El que usted nos ayude a contestar este cuestionario nos será de utilidad para conocer y mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y estilo de vida de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS); y la calidad de relación médico-paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Las personas a cargo de esta investigación se comprometen a resolver cualquier duda que usted tenga del cuestionario que va a contestar y de los datos que usted amablemente nos proporcionará.
Participación o retiro:	Si en algún momento usted decide no terminar de contestar el cuestionario puede hacerlo, sin importar el motivo. Esto no va a afectar la atención que usted recibe en su clínica o dentro del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	No se dará a conocer la información personal de los participantes guardando confidencialidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Vitalio Montuy Vidal. Servicio de Urgencias Matricula: 1181931 TEL: 5554346608. UMF 28 "Gabriel Mancera".
Colaboradores:	Dra. Yara Mirella Valencia Chavolla. Médico residente del tercer año de medicina familiar. TEL 5547981754
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

Dr. Vitalio Montuy Vidal.
Matricula: 118931. Tel 5554346608.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

16.2 HOJA DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

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

HOJA DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE

FECHA: _____ NÚMERO DE REGISTRO: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____ GÉNERO: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
ESTADO CIVIL: _____ NSS: _____
CONSULTORIO: _____
GRUPO: _____

SOMATOMETRIA (OBTENIDA POR MEDICO)

Peso: _____ Talla: _____ Índice de Masa Corporal: _____
Tensión/Arterial: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS "ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVOS" (INTERROGATORIO DIRIGIDO POR EL MEDICO)

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

NÚMERO DE ANTIHIPERTENSIVOS TOMADOS, NOMBRE DEL FARMACO:

EFECTOS ADVERSOS O INDESEABLES CAUSADOS POR EL TRATAMIENTO DE HAS:

16.3 Cuestionario Morisky-Green.

Cuestionario Morisky-Green.

FECHA _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

Conteste una serie de 4 preguntas con respuesta sí o no, que refleja la conducta respecto al cumplimiento de su tratamiento para su enfermedad.

Cuestionario	Si	No
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. ¿Toma la medicación a la hora indicada?		

16.4 Cuestionario de la Relación Médico-Paciente (PDRQ-9)

Cuestionario de la Relación Médico-Paciente (PDRQ-9)

FECHA _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

Conteste las siguientes 13 preguntas que evalúan su relación médico-paciente en cuanto a su comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con su médico y tratamiento.

Cuestionario	Desacuerdo total	En desacuerdo	Parcialmente cierto	Cierto	Totalmente cierto
1. Mi doctor me entiende					
2. Creo en mi doctor					
3. Mi doctor se enfoca en ayudarme					
4. Yo puedo hablar con mi doctor					
5. Me siento a gusto con el tratamiento que me indico mi doctor					
6. Mi doctor me ayuda					
7. Mi doctor me dedica el suficiente tiempo para mi					
8. Me eh beneficiado del tratamiento indicado por mi doctor					
9. Mi doctor y yo estamos de acuerdo con el origen de mis síntomas					
10. Encuentro en mi doctor a una persona bastante accesible					
11. Gracias a mi doctor, me siento mejor					
12. Gracias a mi doctor, he desarrollado una nueva visión de las cosas					
13. Actualmente puedo manejar mis síntomas clínicos aun sin una nueva reunión con mi doctor					

16.5 Hipertensión Efectos de nivel de actividad de autocuidado (H-Scale) Items

Hipertensión Efectos de nivel de actividad de autocuidado (H-Scale) Items

FECHA _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

Desarrolle el cuestionario basado en los 6 puntos siguientes de auto cuidado.

Uso de medicamentos
Cuántas veces en los últimos 7 días usted: 1. ¿Tomó sus pastillas para la presión? 2. ¿Tomó sus pastillas para la presión al mismo tiempo todos los días? 3. ¿Toma el número de pastillas para la presión recomendadas? (Dosis)
Dieta baja en sal
Cuántas veces en los últimos 7 días usted: 4. ¿Siguió un plan de comida saludable? 5. ¿Comió papas doradas, nueces saladas o palomitas de mantequilla? 6. ¿Comió alimentos procesados como jamón, tocino, salchichas? 7. ¿Comió carne o pescado ahumado? 8. ¿Comió pepinillos, olivas o algún otro vegetal en salmuera? 9. ¿Comió 5 o más frutas o vegetales? 10. ¿Comió comidas congeladas o pizza congelada? 11. ¿Comió pan comprado empacado (Bimbo)? 12. ¿Agrego sal a la comida en la mesa? 13. ¿Agrego sal a la comida cuando la recalienta? 14. ¿Comió comida frita como pollo, papas fritas, alitas o pescado? 15. ¿Evitó comer comida grasa?
Actividad física
Cuántas veces en los últimos 7 días usted: 16. ¿Realizó al menos 30 minutos de actividad física? 17- ¿Realizó algún ejercicio específico (como nadar, caminar o bicicleta), diferente a lo que usted realiza como parte de su trabajo o en casa?
Fumar
Cuántas veces en los últimos 7 días usted: 18. ¿Usted fumó un cigarro o puro, incluso solo una fumada?
Manejo de peso
Con el objetivo de perder o mantener su peso: 19. Soy cuidadoso de lo que como: 20. Leo las etiquetas de la comida cuando compro en tiendas: 21. Realizo ejercicio con el objetivo de perder o mantener peso: 22. Ha bebido bebidas azucaradas como refresco o te dulce: 23. Comer porciones más pequeñas o pocas opciones: 24. Ha parado de comprar o llevar comida no sana a casa: 25. Eh sobrepasado el límite de la comida que me gusta, pero no es buena para mí: 26. Eh comido en restaurantes o lugares de comida rápida con menos frecuencia: 27. Eh sustituido comida saludable por cosas que solía comer: 28. Eh modificado mis recetas cuando cocino:
Alcohol
Un vaso de alcohol es definido como: 355 ml de cerveza, 118 ml de un vaso de vino: 29. En promedio, ¿Cuántos por días a la semana usted ingiere alcohol? 30. En un día típico que usted toma alcohol, ¿Cuántos vasos de alcohol usted toma? 31. ¿Cuál es el número más grande de vasos de alcohol que usted ha ingerido en un día en el último mes?

16.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Enero 2016	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017	Diciembre 2017	Enero 2019	Febrero 2019
1. Elección y diseño del proyecto de investigación														
2. Investigación Bibliográfica														
3. Registro del proyecto														
4. Modificaciones del proyecto en caso de ser necesario														
5. Recolección de datos														
6. Análisis Estadístico														
7. Elaboración, redacción y revisión del escrito final														
8. Entrega de Tesis														

CARTA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS EN CENTRO DE SALUD.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"

CIUDAD DE MEXICO
21 DE ENERO DEL 2019.

Asunto Carta de Consentimiento.

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para realizar el Cuestionario Morisky-Green, PDRQ-9, Efectos de Nivel de Actividad de Autocuidado H-Scale. Con el fin de realizar el protocolo de estudio titulado "Satisfacción en la relación médico-paciente y su asociación con el apego terapéutico del paciente hipertenso" adscritos a la unidad de medicina familiar 28 "Gabriel Mancera". El cual se llevará a cabo en las instalaciones del mismo, por los investigadores Dr. Vitalio Montuy Vidal y la Dra Yara Mirella Valencia Chavolla.

Sin más por el momento, me despido agradeciéndole de antemano su apoyo.

ATENTAMENTE

DRA. SUSANA TREJO RAMÍREZ
DIRECTORA DE LA UMF No 28 "GABRIEL MANCERA"

ABREVIATURAS

SBP = Presión Sanguínea Sistólica Alta.

DBP = Presión Sanguínea Diastólica.

OMS = Organización Mundial de la Salud.

AHA = American Heart Association.

ECEA = Enfermedad Crónica Esencial del Adulto.

VEGF-C = Factor de Crecimiento Epitelial Tipo C.

PA = Presión Arterial.

DOCA = Desarrollo de Acetato de Deoxicortisona.

TGF- β = Factor de Crecimiento Transformante Beta.

G x G = gen x gen.

IL-1 β = Interleucina 1 Beta.

TNF- α = Factor de Necrosis Tumoral Alfa.

UMF33 = Unidad de Medicina Familiar 33.

IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE = Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

IPC = Interpersonal Processes of Care Survey.

PDRQ-9 = Patient-Doctor Relationship Questionnaire.

H-SCALE = Hypertension Self -Care Activity Level Effects.

JNC7 = Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

HAS = Hipertensión Arterial Sistémica.

TA = Tensión Arterial.

DS = Desviación Estándar.

OR = Rango Intercuartilar.