



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

T E S I S

REALIZADA PARA OBTENER GRADO EN ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR

Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

PRESENTA:

**DRA. PÉREZ LABRA MARIANA MICHEL
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

Matricula: 97370304. Cel: 5539210472.

Email: dra.michplabra@hotmail.com. Fax No Fax:

DIRECTOR DE TESIS

VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Doctor en Ciencias de la Familia

Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar
HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Matricula: 99377278. Cel: 5520671563.

Email: lalovilchis@gmail.com Fax No Fax

ASESOR METODOLÓGICO

ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Matricula: 99374232. Cel: 5535143649.

Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx Fax No Fax

ASESOR CLÍNICO

RUIZ CRUZ CESAR

GINECOLOGO, JEFE DE SERVICIO DE TOXEMIAS
UMAE GYO No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

Matricula: 98374200 Tel : 5585321662 EXT: 28017

Email: ginecol.2011@gmail.com Fax No Fax

CIUDAD DE MEXICO, 2018



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.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON HIPERTENSION ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

AUTORES: Pérez Labra Mariana Michel¹, Espinoza Anrubio Gilberto², Vilchis Chaparro Eduardo³, Ruiz Cruz Cesar⁴

⁽¹⁾ Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

⁽²⁾ Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

⁽³⁾ Profesor Titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

⁽⁴⁾ Asesor Clínico, Jefe de Toxemias de La UMAE GYO No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

OBJETIVO

Evaluar la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con diagnóstico de hipertensión gestacional, en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto flores Izquierdo.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio transversal, descriptivo. Tamaño de la muestra: pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar. Criterios de inclusión: diagnóstico de hipertensión gestacional, que se encuentre en tratamiento farmacológico, pacientes derechohabientes atendidos en la consulta externa, sin distinción de ocupación. Instrumento de medición: Escala de adherencia terapéutica y Test de funcionamiento familiar FF-SIL

RESULTADOS:

Se estudió a una población de 30 mujeres con diagnóstico de hipertensión durante el embarazo adscrito al HGZ/UMF8. La media de edad de 28.6 años. En cuanto a la adherencia terapéutica relacionada a la funcionalidad familiar se encontró que una moderada adherencia terapéutica 9(30%) familia funcional y 2(6.7%) moderadamente funcional, mientras que una alta adherencia terapéutica se asoció a un 14(46.7%) de familia funcional y 4(13.3%) moderadamente funcional. Considerando asociación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar.

CONCLUSIONES:

Se encontró que la mayoría de las pacientes se encuentran con familias funcionales y alta y moderada adherencia terapéutica asociando la adherencia con un rubro de auto eficiencia donde la mayoría de las pacientes obtuvieron calificaciones bajas en el estudio realizado, lo que nos incita a pensar en la necesidad de estrategias de intervención oportuna para la generación de conciencia de la enfermedad en las pacientes.

**Evaluación de la adherencia terapéutica con
funcionalidad familiar en mujeres con hipertensión
arterial durante el embarazo en el “Hospital
General de Zona HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores
Izquierdo.”**

**. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. CESAR RUIZ CRUZ
GINECOLOGO, JEFE DE SERVICIO DEL DEPARTAMENTO DE TOXEMIAS
DE LA UMAE GYO No. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”
ASESOR CLÍNICO DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres que han sido mi mayor inspiración y soporte durante este largo y duro camino escogido, a mis hermanos que han soportado y apoyado las decisiones tomadas y que no me han dejado rendirme y siempre me animan a seguir y dar mi mejor cara ante las adversidades presentadas, gracias a mis abuelos y tíos por siempre ayudarme a no caer y mantener una sonrisa, por ese motivo les doy las gracias a todo ustedes.

Gracias a mis queridos amigos Erick, Manuela, Yuri, Ricardo y Abraham , por haber sido la pequeña familia formada durante esta estancia de la residencia , donde hemos pasado por largos altibajos y duras pruebas , por siempre permanecer ahí y darme todos esos consejos y grandes momentos , gracias Manu por ser esa chispa de alegría , Erick por todos esos consejos y momentos divertidos , Yuri por no dejarme caer cuando más lo necesitaba y ser mi voz de la conciencia, a ti Rich por darme ese empuje que me faltaba y Abraham por ser esa pequeña voz razonable dentro de todo este alboroto.

Gracias a todos ustedes que me formaron en la aérea académica y personal donde estos logros son exclusivamente gracias a ustedes, en especial a usted Dr. Gilberto Espinosa y Dr. Eduardo Vilchis que han sido uno de mis más grandes soportes y me han enseñado a crecer durante este tiempo compartido, tanto en la zona académica como en la zona personal, a mi querida Mary Franco por ser ese hombro en donde posar tantas veces la cabeza en los momentos de alegría y tristeza , por ser era persona que nunca pierde las esperanzas en mí y siempre me apoya y da una gran sonrisa, a la SJE Georgina que siempre nos ha apoyado y ayudado.

Y para finalizar gracias a todas esas personas con las que me he encontrado en este camino, a mis compañeros por ser ese grupo que puede seguir bromeando y riendo aun cuando queramos llorar o discutir, a todo ese gran personal médico y de enfermería que me ha permitido ser parte de su vida durante este periodo de tiempo, y “Gracias” a todos esos pacientes que me han permitido aprender de ellos siendo mi mayor escuela.

“En este lugar perdemos demasiado tiempo mirando hacia atrás, camina hacia el futuro, abriendo nuevas puertas y probando cosas nuevas, se curioso, porque nuestra curiosidad siempre nos conduce por nuevos camino”

Walt Disney

INDICE

TEMA	PÁGINA
1. MARCO TEÓRICO	8
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
4. OBJETIVOS	21
5. HIPÓTESIS	21
6. MATERIAL Y MÉTODOS	22
7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	23
8. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	24
9. POBLACIÓN O UNIVERSO	24
10. MUESTRA	25
11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	26
12. VARIABLES	27
13. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	28
14. DISEÑO ESTADÍSTICO	33
15. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	34
16. MÉTODO DE RECOLECCIÓN	37
17. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS	38
18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
19. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	41
20. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
21. RESULTADOS	44
22. TABLAS Y GRÁFICAS	48
23. DISCUSIÓN	90

24. CONCLUSIONES	95
25. BIBLIOGRAFÍA	97
26. ANEXOS	100

MARCO TEORICO.

Introducción

Los desórdenes hipertensivos están presentes en un 5% de las mujeres embarazadas y constituye una de las mayores causas de morbi-mortalidad materna y neonatal^{1,2}.

Hipertensión:

Con el término de hipertensión arterial se designa la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica o de ambas, en las arterias. Cuanta más alta se mantiene la presión sistólica de las diastólicas mayores son la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares.³

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo se define por una presión arterial sistólica superior o igual a 140 mmHg o una presión arterial diastólica superior o igual a 90 mmHg. La HTA complica el 10-15% de los embarazos y aumenta la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal⁴.

Fisiopatología:

Cambios hemodinámicos durante el embarazo normal.

La mayoría de los cambios hemodinámicos en el inicio del embarazo, el volumen plasmático y la expansión de células rojas en las primeras 8 semanas y con un alza alrededor de las 30sdg. Al término total del volumen plasmático es de 1000-1600 ml correspondientes con un incremento del 30-50% por arriba del volumen basal. De acuerdo a esto es el incremento de volumen comparado con las células rojas circulantes provoca una anemia dilucional del embarazo, la cual se evidencia en las semanas 30-34.

El aspecto importante de esta expansión de volumen es asociado con sodio y la retención de líquidos, Cerca de 1000 mEq de sodio y seis litros los cuales son retenidos y distribuidos entre el líquido amniótico y el espacio extracelular⁵.

La resistencia vascular sistémica es reducida por dos mecanismos un alto y una disminución de la resistencia circulatoria útero placentaria. La vasodilatación es disminuida por el relativo decremento de la sensibilidad de la norepinefrina y la angiotensina, así como un incremento del óxido nítrico y la producción de prostaciclina y la reducción de rigidez aortica. Esta vasodilatación sistémica es el resultado de un aumento de la actividad de la renina plasmática y una disminución del péptido natriurético. Un cambio normal en la situación cardiaca se asocia a un incremento de la contractilidad cardiaca eso ocasiona un incremento con el gasto cardiaco con efectos adversos en presión venosa central y la presión capilar pulmonar⁶.

El embarazo normal tiene un incremento significativo con la perfusión en el espacio intravelloso de la placenta y el soporte de crecimiento fetal. El trofoblasto invade las arterias uterinas y las células del músculo liso lo que ocasiona una pérdida y reemplazo del material fibrinolítico, convirtiendo estos grandes vasos sanguíneos para incrementar la perfusión placentaria.⁷

La matriz de metaloproteinasas (MMPs), degrada la matriz extra celular de manera regular en un embarazo normal. Los cambios que ocurren en la aorta: Fragmentación de fibras reticulares, decremento de ácido mucopolisacáridos lo cual ocasiona la pérdida de la corrugación de las fibras elásticas y ocasiona hipertrofia e hiperplasia de las células del músculo liso, La MMPs la cual degrada la matriz extracelular y las proteínas del tejido conectivo, también se ocasiona la disminución de la actividad y la cantidad uterina, la placenta y los vasos sanguíneos, lo que desencadena en un aumento de colágeno y una remodelación restrictiva, estos cambios contribuyen a mejorar la compliancia aortica. La suma de los cambios hemodinámicos dan como resultado un descenso inicial de la tensión arterial de 10-15 mmHg en el primer trimestre del embarazo y en el final del segundo a tercer trimestre hay un incremento de 10 mmHg y regresa a su estado basal posterior al término del embarazo⁸.

El sistema de coagulación sistémica es afectado. Los niveles plasmáticos de los factores de Von Willebrand VII, VIII, IX,X,XII y con un incremento particularmente de fibrinógeno . Los niveles de Proteína S tienen una disminución progresiva durante el embarazo y la respuesta de la proteína C también disminuye. Además durante el embarazo se da un aumento sanguíneo que provoca una estasis venosa, cuando la capacidad del retorno venoso disminuye. Todos estos cambios de hipercoagulación tiene una reducción de aproximadamente del 20% de protrombina y tromboplastina, esta es la razón por la cual las mujeres embarazadas son cinco veces más propensas a desarrollar trombosis venosa tanto pulmonar como venosa profunda ⁷. Desde el inicio del tercer trimestre la presión arterial media (PAM) se incrementa hasta alcanzar los valores previos a la gestación⁹.

Cambios metabólicos durante el embarazo normal.

Metabolismo de la glucosa durante el embarazo normal se da una hiperplasia pancreática, resultando en un incremento de la secreción de insulina por las células beta y en un incremento en la sensibilidad de los receptores de esta , cuando la función pancreática no es suficiente se produce una resistencia a la insulina sobre añadida provocando una diabetes gestacional. Los niveles de glucosa son bajos durante el embarazo debido a que se encuentra en un estado de hiper metabolismo en el consumo de glucosa secundario al feto y un decremento de la producción hepática de glucosa¹⁰.

Metabolismo de los lípidos: Durante el embarazo ocurren cambios en el metabolismo de los lípidos, el colesterol total (HDL y LDL) y algunos niveles de triglicéridos se incrementa al inicio del embarazo con un pico de incremento durante el segundo trimestre. El alto consumo materno del colesterol es secundario a la actividad lipolítica y a un decremento de la actividad de la lipasa lipoproteico, la hiper trigliceridemia contribuye al crecimiento fetal, esto es causado por la estimulación estrogénica, la hiperfagia y el incremento de la síntesis de lípidos por la acumulación de grasa¹¹.

Epidemiología.

La razón de mortalidad materna calculada es de 28.7 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una reducción de 23.3% respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado, el grupo de edad con mayor Riesgo de Mortalidad Materna (RMM) es el de 35 a 39 años; las entidades con defunciones son: México, Veracruz, Guerrero, Michoacán y Sonora. En conjunto suman el 42.6% de las defunciones registradas. Las principales causas de defunción son¹²:

Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (34.4%), hemorragia obstétrica (24.6%), enfermedad del sistema respiratorio que complica el embarazo, parto y puerperio (6.6%), aborto (4.9%).

Factores de riesgo

En la literatura mundial, se ha identificado varios factores asociados al desarrollo de hipertensión gestacional¹³: Primigravidez, cambio de paternidad, preeclampsia previa, historia familiar de (preeclampsia), raza negra, hipertensión crónica, edad materna joven (< 20 años), edad avanzada (>35 años), índice de masa corporal aumentado, embarazo múltiple, diabetes mellitus pregestacional, hiperhomocisteína, resistencia a la insulina, tabaquismo (efecto protector), reproducción asistida.

De acuerdo a la ACOG se ha clasificado de diferentes formas a los estados hipertensivos del embarazo, bajo esta norma la clasificación descrita de la hipertensión durante el embarazo se define como : Hipertensión crónica: Durante el embarazo se define como una elevación de la TA conocida previo a la concepción o detectada antes de las 20 semanas de gestación y que se normaliza posparto haciendo cambiar la definición hacia "hipertensión transitoria del embarazo". Posibles con mujeres con hipertensión con proteinuria alas 20sdg no detectada, y mujeres con 20 sdg con proteinuria después de las 20sdg. Además de manifestarse diferentes signos y síntomas como son elevación de enzimas hepáticas, decremento de los niveles de plaquetas , dolor en cuadrante superior derecho, congestión pulmonar e insuficiencia renal, además de aumentas en la excreción de proteínas en orina . El mayor riesgo de hipertensión crónica en el embarazo es el desarrollo de la preeclampsia superpuesta, dado que el riesgo se quintuplica en comparación con una persona normotensa. Por su parte, la hipertensión crónica también se asocia con morbilidad adversa para la madre y el feto: el riesgo general de desarrollar eclampsia se incrementa 10 veces, y hay un aumento de tres veces en la muerte fetal y de 2.5 veces en cuanto a la posibilidad de tener un parto pretérmino ¹⁴. (ver Anexo 1)

La hipertensión arterial crónica se clasifica en leve-moderada y severa según los valores de controles de cifras de presión arterial. Habitualmente se utiliza esta división a fin de decidir la necesidad de tratamiento farmacológico, dado que muchos autores y guías clínicas recomiendan no utilizar fármacos si los niveles de presión arterial corresponden a valores del rango leve-moderado. No existe consenso en las guías de manejo clínico de hipertensión arterial durante la gestación respecto a los valores a considerar como límite para dicha clasificación, aunque oscilan entre valores de PAS de 149-159 mmHg y de PAD de 95-109 mmHg ¹⁵.

Hipertensión gestacional: Se define como la hipertensión arterial (PAS 140 mmHg y/o PAD 90 mmHg) que se presenta luego, de las 20 semanas de gestación y que no asocia proteinuria significativa. Se debe tener en cuenta que la hipertensión gestacional siempre es un diagnóstico provisorio. Si aparece proteinuria significativa estaremos en presencia de una preeclampsia, si la hipertensión arterial persiste más allá de las 12 semanas del parto, será una hipertensión crónica que había quedado oculta por la caída de las resistencias del embarazo, y si desaparece en el puerperio se tratará de una hipertensión transitoria. La hipertensión gestacional obliga a la estrecha vigilancia porque entre 15% y 25% evolucionarán a preeclampsia. Sabiendo, además, que cuanto más precoz sea la aparición de la hipertensión gestacional, mayor será el riesgo de evolucionar a preeclampsia¹⁶.

Impacto global de la hipertensión durante el embarazo

Mortalidad materna: Aproximadamente el 30% de los partos cursan con hipertensión durante el embarazo con una tasa de complicación de 420/ 100,000 nacimientos¹⁷.

Muertes neonatales: Se estiman 2.6 millones de muertes neonatales anualmente aproximadamente un 165 está relacionado con complicaciones hipertensivas durante el embarazo. Es de global importancia en la comunidad de salud el hecho de que el 11% de estas defunciones se asocian a hipertensión crónica y un 55 asociada a pre eclampsia¹⁸.

Tratamiento.

Al elegir un fármaco antihipertensivo para su uso en el embarazo, la principal consideración, además de la eficacia y los efectos adversos en la madre, es el riesgo de teratogenicidad. Esta es contemplada en las mujeres con hipertensión crónica como la mayor ventana de riesgo hasta las 13 semanas de gestación, cuando la organogénesis está ocurriendo. Por esta razón, los agentes que fueron ampliamente utilizados en pacientes con una mayor edad antes de que hubiera preocupaciones de teratogenicidad fueron planteados y tienden a ser los agentes de apoyo principal con los registros de aquellos que han sido probados como “de seguridad”. Asimismo, los agentes más antihipertensivos están sin licencia para su uso en el embarazo, dado que no se han realizado estudios de seguridad y eficacia. No obstante, los fármacos administrados en las últimas etapas del embarazo todavía pueden afectar el crecimiento fetal y el bienestar, mientras que los fármacos administrados cerca del momento del parto pueden tener efectos prolongados en el recién nacido. Las consideraciones de iniciar o continuar el uso de un agente farmacológico en el embarazo, por lo tanto, deben tomar en cuenta un agente que pueda ser utilizado para prolongar el embarazo de forma segura tanto tiempo como sea posible, con la exposición fetal mínima en el útero y con transferencia vertical mínima durante la lactancia¹⁹.

Durante el embarazo se suscitan una serie de cambios a nivel molecular que interfieren directamente con la cinética y los xenobióticos, esto incluyendo alteraciones a nivel de citocromo P450, el volumen plasmático y las proteínas, muchos de estos cambios se suscitan al inicio del embarazo alcanzando su pico en el segundo trimestre y resolviéndose posterior al término de este. Teniendo en cuenta que la metabolización de diferentes clases de medicamentos se da secundario al efecto de dos enzimas metabolizadoras que se clasifican en 2 clases: Enzimas citocromo P450 (CYP) y enzimas no CYP, donde se incluye a la familia de la uridin difosfato glucoronil transferasa donde se muestra un efecto en la farmacocinética de las diferentes terapias²⁰.

Absorción

En la mujer embarazada hay una disminución del pH de la saliva, especialmente cuando se presenta hiperemesis gravídica (hasta pH 6,0). Este cambio afecta la absorción por la vía sublingual. Se presenta también una disminución de 40% en la secreción ácida y un aumento en la secreción del en el estómago (elevando el pH gástrico). Considerando que la mayoría de medicamentos son ácidos o bases débiles, la variación del pH puede influir en el grado de ionización de los mismos y por tanto su absorción. Hay una disminución de la motilidad intestinal por acción de la progesterona, ocasionando que los medicamentos y drogas permanezcan mayor tiempo en contacto con la mucosa aumentando su absorción. La absorción intramuscular está aumentada por vasodilatación y aumento del gasto cardíaco²¹.

Distribución

Consiste en la entrega del medicamento a los tejidos y líquidos corporales; esta puede ser modificada por: a) la velocidad de perfusión determinada por el gasto cardíaco, que se incrementa hasta 50% en relación a la mujer no embarazada, de manera que el suministro de medicamentos a la placenta se favorece, resultando una mayor transferencia al feto; b) volumen de distribución; el agua corporal total en la mujer gestante aumenta de 25 litros al inicio del embarazo hasta 33 litros al final de la gestación, significando que la administración de medicamentos en dosis única resulta en una menor concentración plasmática; c) Unión a proteínas plasmáticas; la mayoría de medicamentos y drogas son transportados ligados a proteínas (albúmina) y estas disminuyen durante el embarazo de 4,2 g/dL a 3,6 g/dL; también disminuye la glicoproteína ácida α_1 y aumentan los inhibidores endógenos, como ácidos grasos. De esta manera, un medicamento con gran afinidad por la albúmina y que es administrado a la madre en el primer trimestre, cuando la albúmina fetal es menor en comparación con la madre, la fracción libre de este medicamento pasará en mayor proporción a través de la barrera placentaria, pudiendo tener efectos tóxicos²².

Biotransformación: Comprende las reacciones bioquímicas para la conversión de medicamentos en metabolitos, para su eliminación del organismo materno, recordando que el flujo sanguíneo hepático aumenta durante el embarazo; por esta razón, el aclaramiento de los medicamentos es ligeramente mayor al aclaramiento que sucede en la mujer no gestante. La progesterona ejerce una pequeña acción inductiva para el metabolismo de medicamentos que dependen del CYP3A4; pero está disminuido el metabolismo dependiente del CYP1A2, de la xantinoxidasa, de la N-acetiltransferasa, del diazepam y la cafeína. En general, el aumento del volumen de distribución, el flujo hepático y aclaración ligeramente aumentados durante el embarazo, reducen los niveles séricos de medicamentos y drogas, lo que significaría utilizar mayores dosis de antibióticos o antiepilépticos. En relación a la farmacodinamia, disminuye la acción de la heparina, hay mayor sensibilidad a la acción hepatotóxica de las tetraciclinas y eritromicina²³.

Alfa -Metildopa

Es el fármaco de elección por su amplísima utilización desde hace más de 40 años sin que se hayan informado teratógenia o efectos adversos embrio-fetales. Tampoco ha evidenciado alterar la hemodinámica fetal ni placentaria. Incluso se han realizado estudios de seguimiento de los hijos de madres tratadas con este fármaco durante la gestación sin encontrar efectos adversos a largo plazo en el coeficiente intelectual, concentración, desarrollo motor y comportamiento en la escuela primaria. La dosis habitual es de 0,5 a 3 gramos día divididos cada 6-8 horas²⁴.

Betas bloqueadores

Los betabloqueantes han sido extensamente utilizados en el embarazo y no se han informado malformaciones; además tienen la ventaja de existir presentaciones para uso parenteral. Hay estudios que evidencian restricción del crecimiento intrauterino y menor peso al nacer, particularmente con el uso de atenolol. Los más seguros para su uso en el embarazo son el labetalol y el metoprolol. Con labetalol existen incluso estudios de seguimiento de niños expuestos in útero que no evidencian alteraciones del desarrollo²⁵.

Calcios antagonistas

Los datos en humanos sugieren que no serían teratogénicos. Sin embargo, la utilización de la nifedipino ha despertado polémica por la posibilidad de provocar hipotensión e hipoperfusión placentaria severa cuando se usan por vía sublingual, vía que debe quedar proscrita. Por tanto, se recomienda usar preparados de liberación lenta²⁶.

Diuréticos

Los diuréticos estarían contraindicados en la preeclampsia por el hecho teórico de ser esta condición un modelo hemodinámico de hemoconcentración. Sin embargo, fuera de la preeclampsia no hay ninguna razón para no usarlos si son necesarios. En las pacientes con hipertensión crónica, los diuréticos que se administraron antes del embarazo se pueden continuar a lo largo de este proceso, con un intento de disminuir la dosis; asimismo, se pueden utilizar en combinación con otros agentes, especialmente para las mujeres con hipertensión sensible a la sal. La contracción de volumen suave con tratamiento diurético puede provocar hiperuricemia y al hacerlo puede invalidar los niveles de ácido úrico en suero como marcador para el diagnóstico de preeclampsia. La espironolactona no es recomendable debido a sus efectos antiandrogénicos²⁷.

Funcionalidad familiar

La familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en la sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continua ejerciendo las funciones educativas, religiosas protectoras, recreativas y productivas. Hay familias que no se acomodan a las diferentes exigencias del desarrollo de sus miembros y ello puede causar dificultades. Uno de los aspectos importantes en el tema de la educación es cómo se resuelven las adaptaciones a nuevos “etapas” del ciclo vital. El sistema familiar es un ser vivo que, al igual que un ser individual, puede ser susceptible de estudio desde la perspectiva de etapas o fases de evolución²⁸.

En concepto de función familiar Minuchin determina como respuesta a las necesidades de la cultura, la familiaa sufre cambios paralelos a los cambios que enfrenta la sociedad día a día, ha abandonado las funcionez de proteger y socializar a sus miembros . Dea acuerdo a esto, nos habla de queblas funcionmes de la familia sirven a dos objetivos distintos: “Uno es interno, la prostección psicosocial de sus miembros, el otro es externo, la acomodacion a una cultura y la transmision de esa cultura”²⁹.

En la especialidad de medicina familiar es importante conocer y saber evaluar la dinámica familiar, entre ellos la funcionalidad que se verá afectada en aquellas familias que tengan a su cuidado pacientes con enfermedades crónicas³⁰.

La funcionalidad familiara es caracterizada por una correcta estabilización, relaciones positivas , la satisfacción de estar juntos mientras conserva cierta privacidad y la ausencia de competición y coaliciones internas. Estas familias tienen fronteras claras, una sólida estructura de negociación de la resolución de conflictos y una clara comunicación que permite empatía y soporte emocional³¹.

La funcionalidad en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. El término funcionalidad de la dinámica familiar involucra cinco aspectos: 1) *Adaptación*, explica la capacidad de utilizar los recursos intra y extra familiares en procuración del bien común y la ayuda mutua en tiempo de necesidad, así como la asistencia de amigos o redes sociales; 2) *Participación*, describe la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones acerca de diversos asuntos (finanzas, cuidado médico y problemas personales); 3) *Crecimiento*, se refiere a la madurez emocional y física, auto realización y reacción de los miembros de la familia por un apoyo mutuo; 4) *Afecto*, puntualiza la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia y 5) *Resolución*, representa un compromiso o determinación de la familia o de otros miembros para compartir tiempo, espacio y recursos, sobre todo económicos³².

Adherencia terapéutica.

El hecho de que un paciente no tome todas las dosis de la medicación como se le receto es una de las desventajas terapéuticas más comunes. Osterberg y Blaschke (2005) definen la adherencia como «la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente³³.

Actualmente la falta de adherencia se define generalmente como tomar menos del 80% de las dosis prescritas de un medicamento aunque también puede incluir tomar demasiadas dosis³⁴.

Tradicionalmente se ha utilizado el término «cumplimiento» para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido puesto en cuestión, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término «incumplimiento» culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartida³⁵.

Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. Algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta de adherencia no intencionada), pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente (falta de adherencia intencionada), por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, etc³⁶.

La pobre adherencia al tratamiento además de tener múltiples causas que requieren ser estudiadas para su intervención y mejorará la adherencia al tratamiento, normalmente se clasifica en 5 categorías: factores socioeconómicos, factores relacionados a la terapia, factores relacionados a los pacientes, factores condicionantes y relacionados al sistema de salud. Entendiendo que la no adherencia terapéutica se divide en primaria (inicio de la farmacoterapia) o secundaria (implementación del régimen de prescripción) y los factores de aprendizaje de modificación del comportamiento del paciente. El régimen terapéutico constituye un elemento determinante sustantivo para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica, y mientras más complejo sea un tratamiento (especialmente si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana), más dificultades proporcionarán para las respuestas de adherencia del paciente. Entre los diversos factores psicosociales se ha observado que el apoyo familiar influye considerablemente para incrementar o disminuir la adherencia terapéutica³⁷³⁸.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Escala de adherencia terapéutica

(SORIA, VEGA Y NAVA, 2009)

Una de las virtudes de esta escala (EAT) es que ha sido diseñada pensando en que pueda ser útil para evaluar la adherencia de enfermedades crónicas sin estar dirigida a una enfermedad específica. Lo que nos permite realizar una comparativa en distintas poblaciones y poder visualizar factores comunes dentro de las patologías que puedan influir en la adherencia terapéutica. Esta escala está dirigida para identificar las características conductuales de los pacientes, que favorecen o no su adherencia al tratamiento, lo cual puede dar una dirección para el diseño de programas de intervención para el mejoramiento de la adherencia terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas.

Contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. Está basada en comportamientos explícitos; incluye una escala para cada ítem de 0 a 100 en la que el paciente elige, en términos de porcentaje, la efectividad de su comportamiento. Se considera que una respuesta más cercana a 100 indica que el paciente es más adherente. El instrumento en general obtuvo un nivel alto de fiabilidad. El análisis con **alpha de Cronbach** arrojó un alpha de **.919** lo que significa que esta escala es fiable en un 92%. La fiabilidad final para cada ítem fue superior a .883 quedando así los 21 ítems.

Por otro lado, se aplicó un análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax, identificándose tres factores:

1. Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos
2. Seguimiento Médico Conductual
3. Autoeficacia

En cada uno se agruparon siete ítems. El primero, Control de ingesta de medicamentos y alimentos, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos. El segundo, Seguimiento médico conductual, evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo. Finalmente, el tercero, Autoeficacia, evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud.

Para el primer factor (Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos) el alpha de Cronbach obtenido fue alto (.877), como también para los ítems que resultaron en un rango de .872 a .785

Para el segundo factor (Seguimiento médico conductual), el alpha fue alto (.798) y para los ítems de este factor estuvieron entre .779 a .694.

Para el último factor (Autoeficacia), el alpha fue igualmente alto de .850, como también para sus ítems .826 valor más alto y .765 valor más bajo

Para la valoración del instrumento se realiza la sumatoria de los ítems y se otorga la calificación correspondiente a la tabla

Test de funcionalidad familiar FF- SIL

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL Ortega , De La Cuesta ,& Dias, 1999) (Ver anexo) Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Está basado en una escala de Likert que van del 1 = nunca a 5 = siempre , los rubros medidos son referentes a las cohesión que cuestiona la vinculación física y emocional de la familia asociado a diferentes decisiones en situaciones diarias , en la zona de armonía describe la relación de intereses y necesidades del individuo y la familia en un balance emocional positivo , en la comunicación es la habilidad de los miembros para tener una comunicación de las experiencias clara y directa con los otros miembros de la familia, la permeabilidad es la habilidad de las familias para entender y considerar las experiencias de otros miembros de la familia y las instituciones, en la zona de la afectividad evalúa la aceptación de los miembros de la familia ante experiencias y la demostración de emociones y sentimientos positivos ante estos, en la adaptabilidad se refiere a la habilidad de la familia para el cambio el poder de su estructura , roles y reglas que requiere la familia.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar.

El FF-SIL ha demostrado buena confiabilidad y validacion con un **alfa de Cronbach de .84** Este instrumento fue desarrollado en cuba con familias con estructura similar a otros países latino americanos (Louro 2004).

JUSTIFICACION.

Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% de la mortalidad corresponde a los países en desarrollo. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); Las infecciones (generalmente tras el parto); **La hipertensión gestacional** (pre eclampsia y eclampsia); Complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.

La enfermedad hipertensiva del embarazo ha constituido durante décadas uno de los eventos obstétricos de más impacto en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, aunque no se ha podido llegar al esclarecimiento total de sus causas y modo de producción. La desarmonía entre su instalación insidiosa, subclínica y la forma aguda o brusca de presentación, son características de esta afección:

De acuerdo a la investigación realizada en la CONAPO se menciona que referente al CIE -10 la 1° causa de muertes prevenibles durante el embarazo se relacionan las enfermedades hipertensivas durante el embarazo (pre eclampsia – eclampsia).

Una mala adherencia del tratamiento en esta patología ocasiona un descontrol hipertensivo, el cual desemboca en el empeoramiento de la patología provocando llegar a un estado hipertensivo grave como es la eclampsia o en el peor de los escenarios un síndrome de HELLP y la muerte de la paciente, por lo que se considera una de las principales causas de muertes prevenibles, ya que al llevar en conjunto con la paciente y su entorno; un adecuado control se puede prevenir un aumento de la mortalidad de esta patología.

Por otra parte uno de los factores principales de ausencia en la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas es la actitud de la familia ante esta patología, la actitud de la paciente y el cómo se percibe la enfermedad en el núcleo familiar; que si bien por un lado el embarazo cursa como una crisis normativa de la familia el hecho de que este tenga una complicación no esperada se transforma a un tinte para normativo, lo que causa un cambio brusco en la dinámica familiar.

Por lo que se intenta correlacionar este evento dentro de la familia con la adherencia terapéutica que se puede lograr y con lo que se podría intentar visualizar que tanto impacto ocasiona el llevar un adecuado control con la prevención de la mortalidad materna de esta patología.

PLANTEAMIENTO

Debido a que como médico familiar uno de nuestras funciones es la prevención para la salud de las personas, y un grupo importante de estas son las mujeres en etapa gestante ya que durante esta época reproductiva se presentan diversas patologías que pueden desencadenar su defunción , dentro de las enfermedades que más se asocian a complicaciones durante el embarazo se distinguen las enfermedades hipertensivas por lo que su manejo y tratamiento es de vital importancia para el cuidado de las mujeres embarazadas , por lo que un mal manejo de patología . Dentro de estos factores desencadenantes del descontrol de la enfermedad, se encuentra una mala adherencia terapéutica al tratamiento de la patología y debido a que una disfuncionalidad familiar puede ser una causa de la falta de esta y fallo en el tratamiento será de importancia clínica su investigación para poder plantear algún plan de acción que nos permita como médicos familiares brindar apoyo a esta población vulnerable..

¿Cuál es la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en mujeres con hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con hipertensión arterial en el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula ^{H0}: La adherencia terapéutica de las mujeres con hipertensión arterial durante el embarazo no se altera con la funcionalidad familiar.

Hipótesis alterna ^{H1}: La adherencia terapéutica de las mujeres con hipertensión arterial durante el embarazo se altera con la funcionalidad familiar.

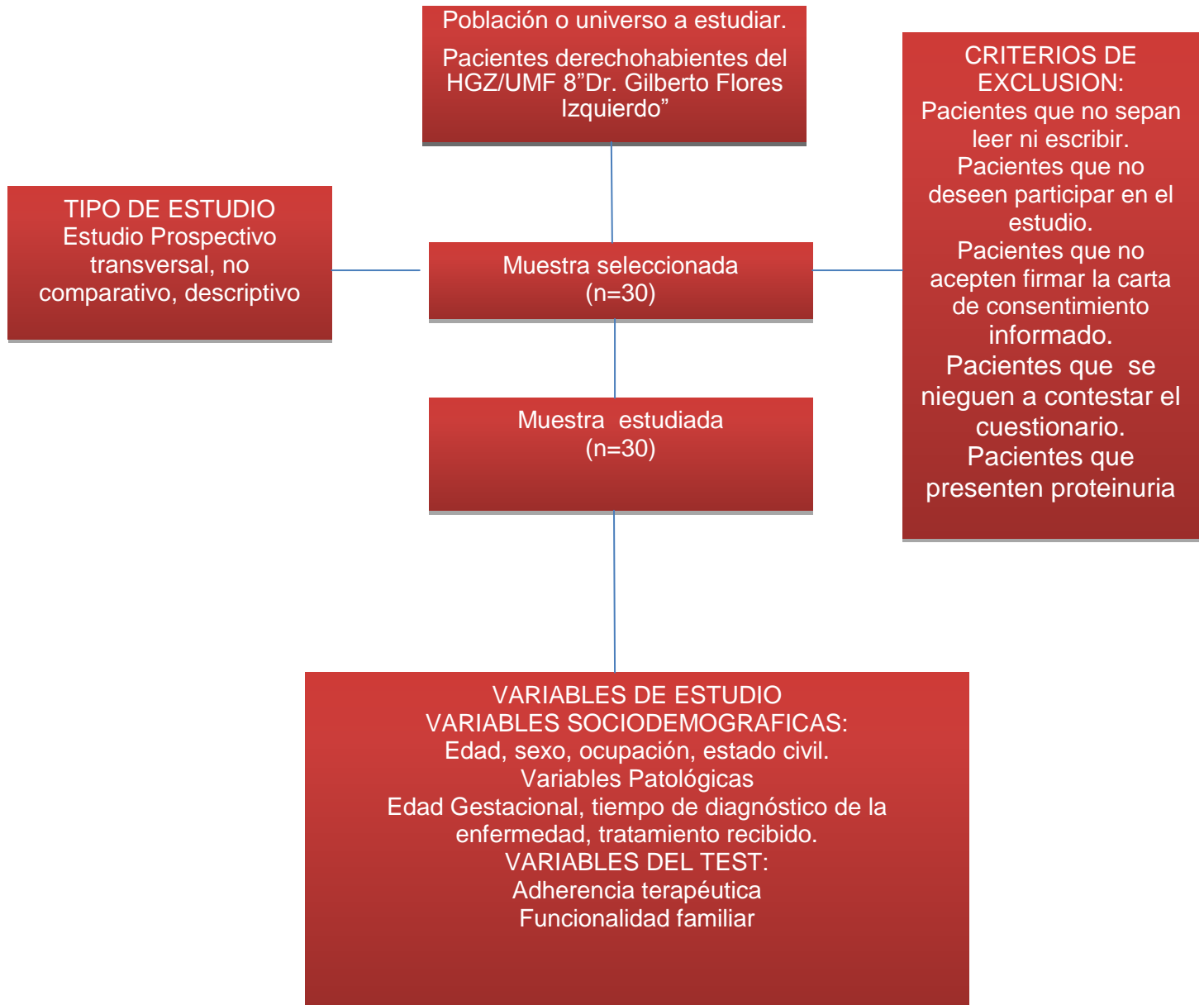
MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



Pérez Labra Mariana Michel

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

POBLACIÓN O UNIVERSO: Población urbana, derechohabiente de HGZ/UMF8, con diagnóstico de Hipertensión arterial durante el embarazo, con tratamiento farmacológico.

LUGAR: La investigación se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad De Medicina Familiar no 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón. Del 1 de Marzo del 2017 al 31 de Enero del 2018

TIEMPO: Marzo 2017- Febrero 2018.

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilística, selección causal a juicio del recolector de datos.

Tamaño de la muestra: 30 Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica crónica e hipertensión gestacional, con tratamiento farmacológico .

- 6 pacientes con hipertensión crónica
- 24 pacientes con hipertensión gestacional

Se realizaron grupos estratificados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes portadores de hipertensión gestacional UMF/HGZ #8.
2. Pacientes con diagnóstico de hipertensión sistémica crónica.
3. Pacientes derechohabientes del IMSS.
4. Pacientes con más de 20 sdg.
5. Pacientes que se encuentren bajo tratamiento farmacológico.
6. Pacientes sin distinción de ocupación.
7. Pacientes portadoras de Hipertensión Arterial Sistémica pre gestacional..

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes que no sepan leer ni escribir.
2. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
3. Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
4. Pacientes que se nieguen a contestar el cuestionario.
5. Pacientes que cuenten con Examen general de orina previo con proteinuria.
6. Pacientes con diagnóstico de pre eclampsia
7. Pacientes que presenten proteinuria

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que respondan incompletamente el instrumento de evaluación.
2. Pacientes que se encuentren hospitalizadas

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACION

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1.- Edad | 5.- Estado civil |
| 2.-Edad en rangos | 6.-Religión |
| 3.- Ocupación | |
| 4.-Escolaridad | |

VARIABLES DE PATOLOGIA PRINCIPAL

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Primigravidez | 4. Reproducción asistida |
| 2. Embarazo múltiple | 5. Semana de gestación en la que fue identificada la patología |
| 3. Hipertensión arterial sistémica | |

VARIABLES DEL TEST O INSTRUMENTO

1. Adherencia terapéutica
2. Funcionalidad familiar:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. Hipertensión durante el embarazo

VARIABLE CONFUSORA

1. Funcionalidad Familiar.

VARIABLE DEPENDIENTE:

1. Adherencia terapéutica

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Adaptación, explica la capacidad de utilizar los recursos intra y extra familiares en procuración del bien común y la ayuda mutua en tiempo de necesidad, así como la asistencia de amigos o redes sociales.

Participación describe la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones acerca de diversos asuntos (finanzas, cuidado médico y problemas personales)

Crecimiento, se refiere a la madurez emocional y física, autorrealización y reacción de los miembros de la familia por un apoyo mutuo.

Afecto, puntualiza la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia.

Resolución, representa un compromiso o determinación de la familia o de otros miembros para compartir tiempo, espacio y recursos, sobre todo económicos.

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo se define por una presión arterial sistólica superior o igual a 140 mmHg o una presión arterial diastólica superior o igual a 90 mmHg. La HTA complica el 10-15% de los embarazos y aumenta la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal

Adherencia terapéutica: Osterberg y Blaschke (2005) definen la adherencia como «la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente.

Hipertensión gestacional: Es un trastorno que afecta el curso normal del embarazo y se define como la aparición de hipertensión arterial, sin tener diagnóstico previo, en una gestante, después de las 20 semanas de embarazo

Funcionalidad familiar: La funcionalidad familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.

Sexo: Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.

Escolaridad: Conjunto de curso que un estudiante sigue en un establecimiento docente

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Primigravidez: Una mujer que está embarazada por primera vez.

Multigesta: Es cuando una mujer ha tenido varios embarazos en el correr de su vida, esto quiere decir que no es primeriza

Semanas de gestación: Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Rango de edad	Cuantitativa	Discreta	Menor de 18 1=de 18 -25 años 2=de 26-30 años 3=de 31-35 años 4=de 36-40 años 5=mas de 41 años
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1=analfabeta 2=primaria 3=secundaria 4=preparatoria 5=licenciatura 6=posgrado
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1= empleado 2= desempleado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=soltero 2=casado 3=divorciado 4=viudo 5=unión libre
Religión	Cualitativa	Nominal	1=con religión 2=sin religión.

Elaboro: Pérez Labra Mariana Michel

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE PATOLOGIA

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
Semanas de gestación	CUANTITATIVA	nominal	1= Menos de 8 semanas 2=9-20 sdg 3=21-31 sdg 4=32-40 sdg
Primigravidez	Cualitativa	Nominal	1=primigravidez 2=Multigesta
Hipertensión gestacional	Cualitativa	Nominal	1=Con hipertensión gestacional SI 2=sin hipertensión gestacional
Hipertensión crónica	Cualitativa	Nominal	1=Con hipertensión crónica 2=Sin hipertensión crónica
Número de Productos	Cualitativa	Nominal	1= único 2= múltiple

Elaboro: Pérez Labra Mariana Michel

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL TEST O INSTRUMENTO

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
Adherencia terapéutica	Cualitativa	Nominal	1= 0-54=bajo 2=55- 74= moderado 3= 75-100= alto
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Nominal	1=70-57= familia funcional 2=56-43= moderadamente funcional 3=42-28= disfuncional 4= 27-14=severamente disfuncional

Elaboro: Pérez Labra Mariana Michel

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Escala De Adherencia Terapéutica (SORIA, VEGA Y NAVA, 2009) (VER ANEXO 6)

Una de las virtudes de esta escala (EAT) es que ha sido diseñada pensando en que pueda ser útil para evaluar la adherencia de enfermedades crónicas sin estar dirigida a una enfermedad específica. Lo que nos permite realizar una comparativa en distintas poblaciones y poder visualizar factores comunes dentro de las patologías que puedan influir en la adherencia terapéutica. Esta escala está dirigida para identificar las características conductuales de los pacientes, que favorecen o no su adherencia al tratamiento, lo cual puede dar una dirección para el diseño de programas de intervención para el mejoramiento de la adherencia terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas.

Contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. Está basada en comportamientos explícitos; incluye una escala para cada ítem de 0 a 100 en la que el paciente elige, en términos de porcentaje, la efectividad de su comportamiento. Se considera que una respuesta más cercana a 100 indica que el paciente es más adherente. El instrumento en general obtuvo un nivel alto de fiabilidad. El análisis con **alpha de Cronbach** arrojó un alpha de **.919** lo que significa que esta escala es fiable en un 92%. La fiabilidad final para cada ítem fue superior a .883 quedando así los 21 ítems.

Por otro lado, se aplicó un análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax, identificándose tres factores:

4. Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos
5. Seguimiento Médico Conductual
6. Autoeficacia

En cada uno se agruparon siete ítems. El primero, Control de ingesta de medicamentos y alimentos, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos. El segundo, Seguimiento médico conductual, evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo. Finalmente, el tercero, Autoeficacia, evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud.

Para el primer factor (Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos) el alpha de Cronbach obtenido fue alto (.877), como también para los ítems que resultaron en un rango de .872 a .785 (ver anexos)

Para el segundo factor (Seguimiento médico conductual), el alpha fue alto (.798) y para los ítems de este factor estuvieron entre .779 a .694.(ver anexos2)

Para el último factor (Autoeficacia), el alpha fue igualmente alto de .850, como también para sus ítems (.826 valor más alto y .765 valor más bajo).(ver anexos 3)

Para la avaloracion del instruymento se realiza la sumatoria de los items y se otorga la calificación correspondiente a la tabla (ver anexos 4)

Test de funcionalidad familiar FF- SIL (VER ANEXO 5)

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL Ortega , De La Cuesta ,& Dias, 1999) (Ver anexo) . Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Está basado en una escala de Likert que van del 1 = nunca a 5 = siempre , los rubros medidos son referentes a las cohesión que cuestiona la vinculación física y emocional de la familia asociado a diferentes decisiones en situaciones diarias , en la zona de armonía describe la relación de intereses y necesidades del individuo y la familia en un balance emocional positivo , en la comunicación es la habilidad de los miembros para tener una comunicación de las experiencias clara y directa con los otros miembros de la familia, la permeabilidad es la habilidad de las familias para entender y considerar las experiencias de otros miembros de la familia y las instituciones, en la zona de la afectividad evalúa la aceptación de los miembros de la familia ante experiencias y la demostración de emociones y sentimientos positivos ante estos, en la adaptabilidad se refiere a la habilidad de la familia para el cambio el poder de su estructura , roles y reglas que requiere la familia.

No. de situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesion
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 pto
Pocas veces	2 ptos.
A veces	3 ptos
Muchas veces	4 pts
Casi siempre	5 ptos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera.

De 70 a 57 ptos.	Familia funcional
De 56 a 28 ptos.	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28 ptos	Familia disfuncional
De 27 a 14 ptos	Familia severamente disfuncional

El FF-SIL ha demostrado buena confiabilidad y validación con un **alfa de Cronbach de .84**. Este instrumento fue desarrollado en Cuba con familias con estructura similar a otros países latinoamericanos (Louro 2004).

METODO DE RECOLECCIÓN:

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo del investigador del estudio de investigación, Dra. Pérez Labra Mariana Michel, el cual se llevó a cabo en el HGZ/UMF8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación. Se procedió a la selección de los pacientes (de acuerdo a los criterios de inclusión) que asistieron a la consulta de medicina familiar, en cualquier turno, que se encontraban en la sala de espera. Se aplicó el inventario de Test de adherencia terapéutica y el test de FF-SIL a los pacientes seleccionados previó información del tipo de estudio y la importancia del mismo. Solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado. El tiempo para resolver el test fue de 25 minutos. De igual manera se creó una hoja de recolección de datos donde se registraron las variables sociodemográficas y de la enfermedad, la recolección se realizó en un tiempo aproximado de 5 minutos. Posteriormente se realizó la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, se realizó posteriormente su análisis y aplicación de una prueba estadística.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.

Control de sesgos de selección:

- Evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes, para el estudio.
- Utilizó los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.
- Eligió los grupos de estudio que son representativos de la población.
- Criterios de inclusión.

Control de sesgos de medición:

- Se utilizará el Test de Adherencia Terapéutica y el cuestionario FF-SIL en todas las pacientes con hipertensión durante el embarazo que se encuentren bajo tratamiento farmacológico que acudan al HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Control de sesgos de análisis:

- Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción.
- Se verificó que el paciente sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales.
- Se verificó que el sujeto no sea ayudado por terceras personas.
- Las dudas surgidas en alguna palabra del instrumento se utilizara un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador no debía discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que sería este quien señale sus percepciones u opiniones.
- Registrar y analizar los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TITULO DEL PROYECTO: Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el "Hospital General de Zona HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto flores Izquierdo."

2016-2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
Antecedentes	X											
Planteamiento Del problema		X	X									
Objetivos				X	X							
Hipótesis						X	X					
Propósitos								X	X			
Diseño metodológico									X			
Análisis Estadístico									X			
Consideraciones éticas										X		
Recursos									X	X	X	
Bibliografía												
Aspectos generales											X	X
Aceptación												X

Elaboro: Pérez Labra Mariana Michel



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TITULO DEL PROYECTO: Evaluación de la adherencia terapéutica confuncionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el "Hospital General de Zona HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto flores Izquierdo."

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2017	FEB 2017
Prueba piloto	X											
Etapas de ejecución del proyecto	X											
Recolección de datos		X	X									
Almacenamiento de datos				X	X							
Análisis de datos						X	X					
Descripción de datos								X	X			
Discusión de datos									X			
Conclusión del estudio									X			
Integración y Revisión final										X		
Reporte final									X	X	X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo											X	X
Publicación												X

Elaboro: Pérez Labra Mariana Michel

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos físicos: Instalaciones de la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8, IMSS.

Recursos materiales: Se cuenta con equipo de cómputo, impresora con su respectivo cartucho de tinta negra, lápices, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenar datos, copias del instrumento que se aplicará.

Recursos humanos: Entrevistador: Residente de Medicina Familiar Pérez Labra Mariana Michel, así como se cuenta con el apoyo de asesores experimentales y clínicos del presente protocolo.

Financiamiento: Todos los gastos para la realización del este estudio serán financiados por la Residente de Medicina Familiar Pérez Labra Mariana Michel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

NOM-012-SSA3-2012

Cita al respecto:

Todo proyecto o protocolo de investigación para el empleo de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficiencia terapéutica o rehabilitadora o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, deberá contar con autorización de la Secretaría antes de iniciar su desarrollo (Consentimiento informado ver anexo 7)

5.3 La Secretaría, para el otorgamiento de la autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, deberá corroborar que, en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física.

5.7 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, Toda investigación debe garantizar de manera clara, objetiva y explícita, la gratuidad de la maniobra experimental para el sujeto de investigación, lo cual deberá ser considerado en el presupuesto de la investigación, de conformidad con el numeral 10.6, de esta norma.

5.8 En todo proyecto o protocolo de investigación, se deberá estimar su duración, por lo que es necesario que se anoten las fechas tentativas de inicio y término, así como el periodo calculado para su desarrollo inherente a la maniobra experimental.

5.14 En el presupuesto de la investigación deberá incluirse la disponibilidad de un fondo financiero, así como los mecanismos para garantizar la continuidad del tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendrá derecho el sujeto de investigación, en caso de sufrir daños directamente relacionados con la misma; en su caso, este fondo financiero puede ser cubierto con el seguro del estudio

RESULTADOS

Se estudió a 30 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF #8. La media de edad de las pacientes fue de 28.6 años con una mediana de 29 años y una moda de 29 con una desviación estándar de 5.1 años y un rango mínimo de 19 años así como un máximo de 41 años.

En la sección de rangos de edad se encontró 6(20%) de 18-25 años,14(46.7%) de 26-30 años, 9(30%) de 31-35 años,1(3.3%) de 41-45 años.(ver tabla y grafica 1)

En cuanto a la escolaridad se encontró de acuerdo a los diferentes rubros 8(26.7%) secundaria, 17(56.7%) preparatoria, 5(16,7%) universidad. (ver tabla y grafica 2).

En ocupación 14(46.7%) son empleadas, 16(53.3%) son desempleadas.(ver tabla y grafica 3).

En el cuanto al estado civil correspondiente se mostro 1(3.3%) soltero,7(23.3%) casado y 22(73.3) en unión libre. (ver tabla y grafica 4)

En religión el 30(100%) de las pacientes refirieron practicar algún tipo de religión. Ver tabla y grafica 5).

En los rubros de hipertensión crónica se encontró 6(20%) de las pacientes y en hipertensión gestacional 24(80%) de las pacientes. (ver tabla y grafica 6-7)

En cuanto a la primi gravidez de las pacientes se mostró que 19(63.3%) era primer embarazo y e 11(36.7) era un embarazo subsecuente. (ver tabla y grafica 8)

En el número de productos durante el embarazo se demostró que 29(96.7%) es producto único y 1(3.3%) es más de un producto. (ver tabla y grafica 9)

De las semanas de gestación 8(26.7%) menos de 8 semanas 12(40%) de 9-20 semanas de gestacion,5(16.7%) 21-31 semanas de gestación,5(16.7%) 32-41 semanas de gestación. (Ver tabla y grafica 10).

En la funcionalidad familiar se encontró que, 24(80%) entran dentro del rango de funcional,6(20%) moderadamente funcional. (Ver tabla y grafica 11)

En adherencia terapéutica se demostró que 1(3.3%) baja, 11(36.7%) moderada,18(60%) alta. (Ver tabla y grafica 12).

En el rubro de adherencia en el tratamiento en la sección de control de ingesta de medicamentos se encontró que se tiene 1(3.3%) bajo, 3(10%) moderado, 26(86.7%) alto. (Ver tabla y grafica 13)

En la sección de adherencia en el tratamiento en la sección de seguimiento medico conductual se encontró que 1(3.3%) bajo,4(13.3%) moderado, 25(83.3%) alto. (Ver tabla y grafica 14)

En el rubro de adherencia al tratamiento en cuanto a autosuficiencia corresponde a 12(40%), 9(30%) moderado, 9(30%) alto. (Ver tabla y grafica 15.)

En el rubro de relación entre rango de edad adherencia terapéutica se encontró que en la sección de adherencia baja 1(3.3%) en el rango de 26-30, en la sección de adherencia moderada 3(10%) en el rango de 18-25 años, 5(16.7%) en el rango de 26-30 años, 2(6.7%) en el rango de 31-35 años y 1(3.3%) en el rango de 41-45 años, en la sección de alta adherencia al tratamiento se encontró 3(10%) en el rango de 18-25 años y un 8(26.7%) en el rango de 26-30 años. (ver tabla y grafica 16)

En cuanto a al escolaridad en relación con la adherencia terapéutica se encontró que en la baja adherencia al tratamiento 1(3.3%) perteneciente a preparatoria, en la moderada adherencia al tratamiento 2(6.7%) pertenecientes a secundaria, 7(23.3%) a preparatoria y 2(6.7%) a la universidad; en cuanto a la alta adherencia se mostró un 6(20%) a secundaria, 9(30%) preparatoria y un 3(10%) universidad. (ver tabla y grafica 17)

En relación a la ocupación y adherencia al terapéutica se recabaron datos correspondientes a baja adherencia 1(3.3%) empelada, moderada adherencia s 7(23.3%) empelada, 4(13.3%) desempleada, en la parte de alta adherencia al tratamiento se encontró que 6(20%) empleada, 12 (40%) desempleada. (ver tabla y grafica 18)

En cuanto a la relación de estado civil y adherencia terapéutica se mostró que en baja adherencia terapéutica 1(3.3%) casada, moderada adherencia 1(3.3%) soltera, 4(13.3.59 casada, 6(20%) unión libre; en la alta adherencia se encontró que 2(6.7%) casada y un 16 (53.3%) unión libre. (ver tabla y grafica 19)

En la relación entre hipertensión crónica y adherencia terapéutica se mostró que en la baja adherencia 1(3.3%) sin hipertensión crónica; en moderada adherencia 2(6.7%) con hipertensión crónica y un 9(30%) sin hipertensión crónica, en la alta adherencia se tiene 4(13.3%) con hipertensión crónica y un 14(46.7%) sin hipertensión crónica (ver tabla y grafica 20)

En el rubro de relación entre hipertensión gestacional y adherencia terapéutica se encontró 1(3.3%), adherencia moderada 9(30%) con hipertensión gestacional y 2(6.7%) sin hipertensión gestacional en alta adherencia se mostró 14(46.7%) con hipertensión gestacional y un 4(13.3%) sin hipertensión gestacional.(ver tabla y grafica 21)

En el rubro de relación entre semanas de gestación y adherencia terapéutica se encontró que en la sección de baja adherencia 1(3.3%) de 21-31 semanas de gestación ; en moderada adherencia se encontró 2(6.7%) en menos de 8 semanas de gestacion, 7(23.3%)de 9-20 semanas de gestación, 1(3.3%) de 21-31 semanas de gestación y 1(3.3%) de 32-40 semanas de gestación, en alta adherencia 6(20%) en menos de 8 semanas de gestación,4(13.3%) 9-20 semanas de gestación, 4(13.3%) de 21-31 semanas de gestación, 4(13.3.) de 32-40 semanas de gestación.(ver tabla y grafica 22).

En lo referente a la relación a primigravidez y adherencia terapéutica se encontró que la baja adherencia 1(3.3%) primi gravidez, moderada adherencia se encontró que 8(26.7%) de primi gravidez, 3(10%) múltiparas, en alta adherencia se encontró que 10(33.3%) con primi gravidez y 8(26.7%) múltipara.(ver tabla y grafica 23)

En el rubro de relación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica se encuentra que en adherencia baja 1(3.3%) funcional, moderada adherencia 9(30%) funcional, 2(6.7%) moderadamente funcional, alta adherencia 14(46.7%) funcional y 4(13.3%) moderadamente funcional(ver tabla y grafica 25)

En relación entre control sobre ingesta de medicamentos y adherencia terapéutica se encontró que baja adherencia 1(3.3%) alto control a la ingesta de medicamentos, moderada adherencia terapéutica 1(3.3%) bajo control sobre ingesta de medicamentos, moderada adherencia mostro 1(3.3%) bajo control sobre la ingesta de medicamentos, 2(6.7%) moderado control sobre ingesta de medicamentos, 8(26.7%) alto control sobre ingesta de medicamentos, alta adherencia terapéutica 1(3.3%) moderado control sobre ingesta de medicamentos, 17(56.7%) alto control sobre ingesta de medicamentos.(ver tabla y grafica 26).

En el rubro de relación entre seguimiento médico conductual y adherencia terapéutica se encontró que una adherencia baja 1(3.3%) con un bajo seguimiento médico conductual; moderada adherencia terapéutica presentó 4(13.3%) moderado seguimiento médico conductual, 7(23.3%) con un alto seguimiento, en la sección de alta adherencia terapéutica se encontró que 18(60%) con un alto seguimiento médico conductual.(ver tabla y grafica 27)

En la sección de la relación entre auto eficiencia y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión durante el embarazo ,se mostró que en la baja adherencia terapéutica 1(3.3%) con baja auto eficiencia, en moderada adherencia terapéutica se presentó con 6(20%) baja auto eficiencia ,4(13.3%) moderada auto eficiencia, 1(3.3%) alta auto eficiencia; en la sección de alta adherencia terapéutica se encontró que 5(16.7%) baja auto eficiencia, 5(16.7%) moderada auto eficiencia, 8(26.7%) con alta auto eficiencia. (ver tabla y grafica 28)

En el rubro de relación edad en rangos y funcionalidad familiar y se encontró que en familia funcional 5(16.7%) en un rango de edad de 18-25 años,11(36.7%) en un rango de 26-30 años, 7(23.3%) en un rango de edad de 31-35 años de edad, 1(3.3%) en un rango de edad de 36-45 años, en la sección de familia moderadamente funcional se encontró que 1(3.3%) en un rango de edad de 18-25 años, 3(10%) en un rango de edad de 26-30 años, 2(6.7%) en un rango de edad de 31-35 años de edad.(ver tabla y grafica 29)

En la sección de la relación entre escolaridad y funcionalidad familiar se encontró que en la parte de familia funcional se encontró una escolaridad 6(20%) secundaria, 14(46.7%) preparatoria, 4(13.3%) universidad, en familia moderadamente funcional se mostró una escolaridad 2(6.7%) secundaria, 3(10%) preparatoria, 1(3.3%) universidad.(ver tabla y grafica 30)

En el apartado de relación entre ocupación y funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial se encontró que en familia funcional 11(36.7%) empleada y 13(43.3%) desempleada, en el apartado de familia moderadamente funcional se mostró que 3(10%) empleada y 3(10%) desempleada.(ver tabla y grafica 31)

En el rubro de relación entre estado civil y funcionalidad familiar se mostró que en la parte de m, familia funcional 1(3.3%) soltera, 5(16.7%) casada y 18(60%) unión libre, en el apartado de familia moderadamente funcional 2(6.7%) casada y un 4(13.3%) unión libre (ver tabla y grafica 32)

En la sección de relación entre hipertensión crónica y funcionalidad familiar se reportó que en el rubro de familia funcional 5(16.7%) con hipertensión crónica y 19(63.3%) sin hipertensión crónica, en el rubro de familia moderadamente funcional 1(3.3%) con hipertensión crónica y 5(16.7%) sin hipertensión crónica.(ver tabla y grafica 33)

En la relación entre hipertensión gestacional y funcionalidad familiar se encontró que la sección de familia funcional 19(63.3%) con hipertensión gestacional y 5(16.7%) sin hipertensión gestacional; en la sección de familia moderadamente funcional se encontró 5(16.7%) con hipertensión gestacional, 1(3.3%) sin hipertensión gestacional. .(ver tabla y grafica 34)

En el rubro de relación entre semanas de gestación y funcionalidad familiar se encontró que en la parte de familia funcional un 4(13.3%) con menos de 8 semanas de gestación, 10(33.3%) de 9-20 semanas de gestación, 5(16.7%) de 21-31 semanas de gestación y 5(16.7%) de 32-40 semanas de gestación.(ver cuadro y grafica35).

En la relación primigravidez y funcionalidad familiar se mostró que en la parte de familia funcional 15(50%) son primigravidez, y 9(30%) múltipara en la sección familia moderadamente funcional 4(13.3%) primigravida y 2(6.7%) múltipara.(ver tabla y grafica 36)

En la sección de relación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar se mostró que en el rubro de familia funcional 1(3.3%)de adherencia terapéutica baja, 9(30%) adherencia terapéutica moderada y 14(46.7%) de adherencia terapéutica alta; la sección de familia moderadamente funcional presentó 2(6.7%) con moderada adherencia terapéutica y 4(13.3%) con alta adherencia(ver tabla y grafica38).

En la sección de relación entre control sobre ingesta de medicamentos y funcionalidad familiar se mostró que en el apartado de familia funcional, 1(3.3%) de bajo control sobre ingesta de medicamentos,1(3.3%) moderado control sobre ingesta de medicamentos,22(73.3%) alto control sobre ingesta de medicamentos en el apartado de familia moderadamente funcional se mostró que 2(6.7%) de moderado control sobre ingesta de medicamentos y 4(13.3%) de alto control de ingesta de medicamentos.(ver tabla y grafica 39)

En la sección de relación entre seguimiento médico conductual y funcionalidad familiar se presentó que en la sección de familia funcional 1(3.3%) de baja seguimiento médico conductual 1(3.3%) moderado seguimiento médico conductual y 22(73.3%) con alto seguimiento médico conductual y en la sección de familia moderadamente funcional presentó 2(6.7%) moderado seguimiento médico conductual y 4(13.3%) alto seguimiento médico conductual.(ver tabla y grafica 40)

En el rubro de relación entre auto eficiencia y funcionalidad familiar mostró que en familia funcional 11(36.7%) con baja auto eficiencia, 7(23.3%) moderada auto eficiencia y 6(20%) con alta auto eficiencia, en la sección de familia moderadamente funcional se presentó1(3.3%) baja auto eficiencia, 2(6.7%) con moderada auto eficiencia y 3(10%) alta auto eficiencia. (ver tabla y grafica 41)

TABLA 1

RANGO DE EDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8		
Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18-25 años	6	20%
De 26-30 años	14	46.7%
De 31-35 años	9	30%
De 41-45 años	1	3.3%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 1

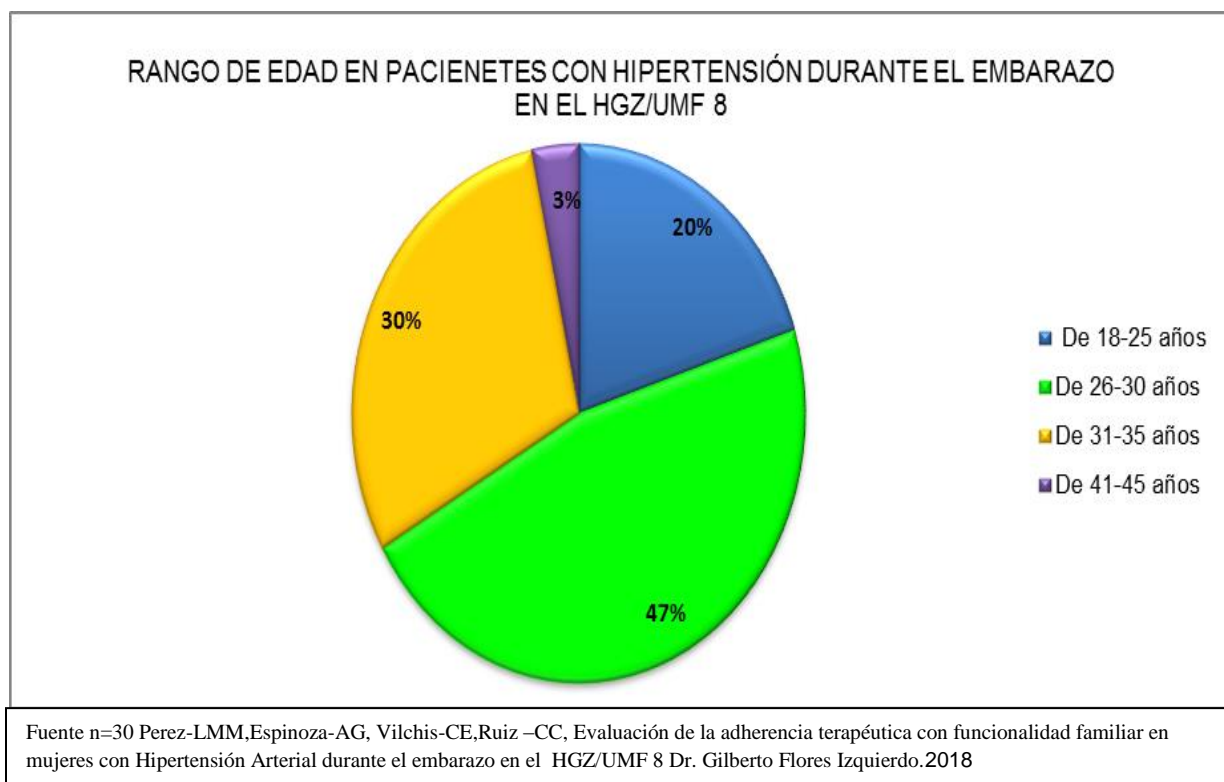


TABLA 2

ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentajes
Secundaria	8	26.7%
Preparatoria	17	56.7%
Universidad	5	16.7%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 2

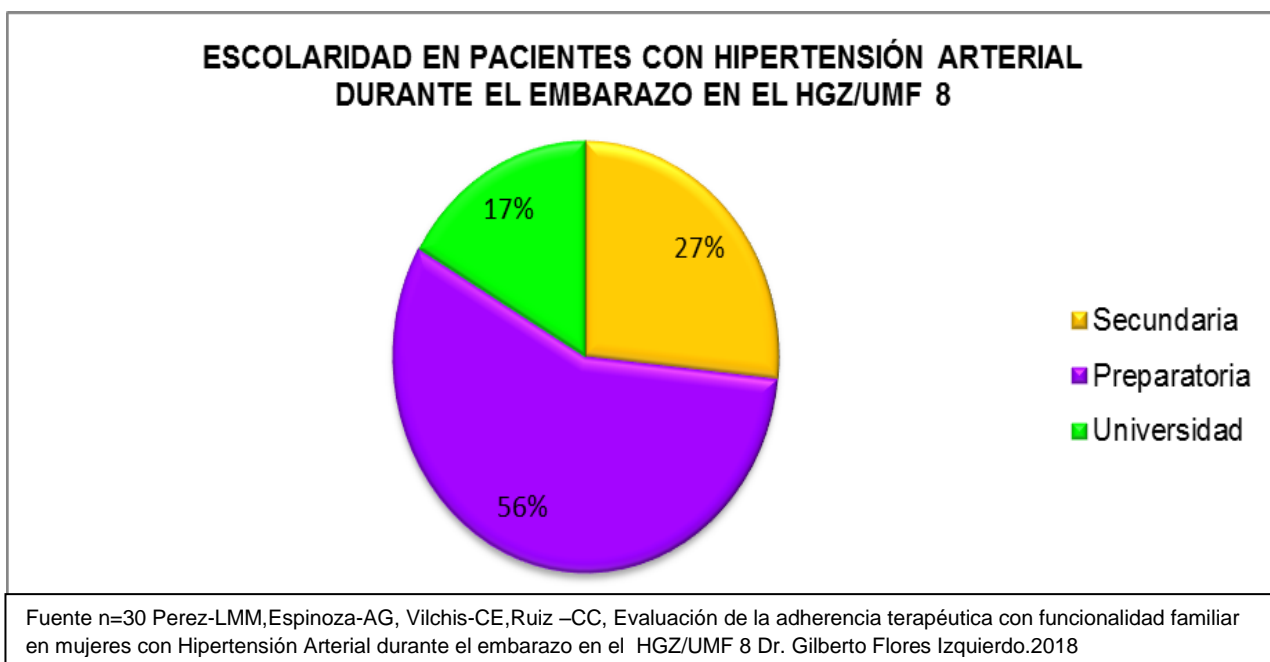


TABLA 3

OCUPACION EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	14	46.7%
Desempleado	16	53.3%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 3

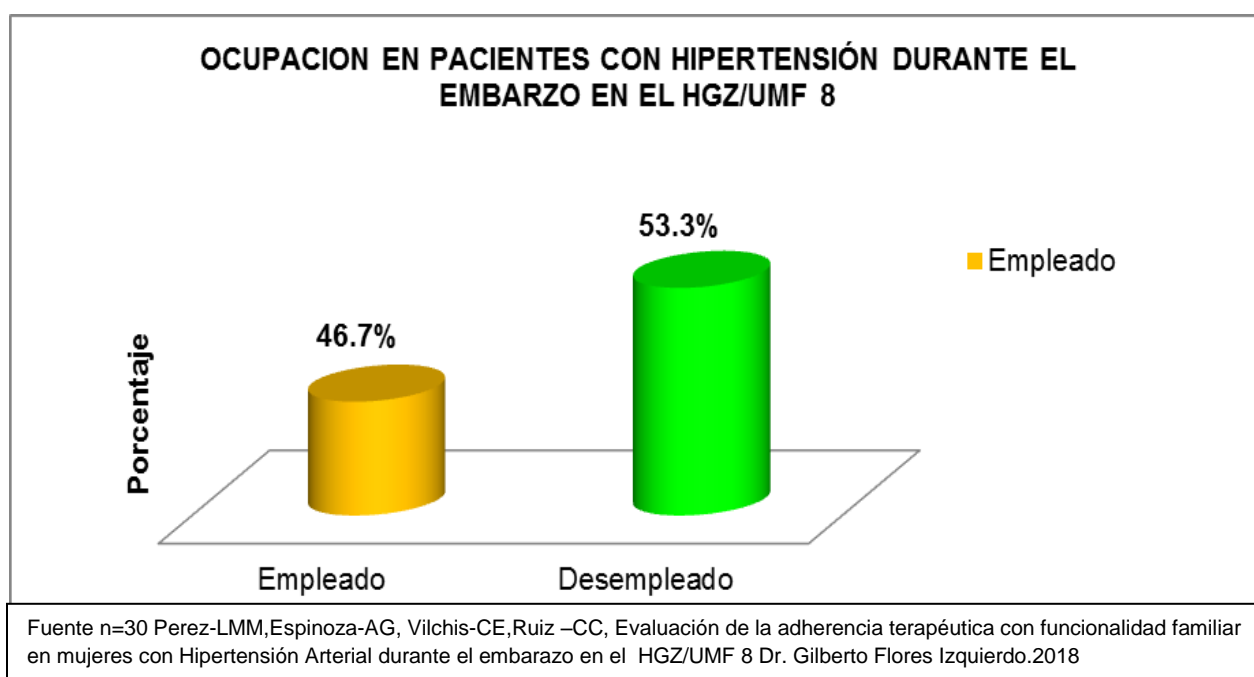
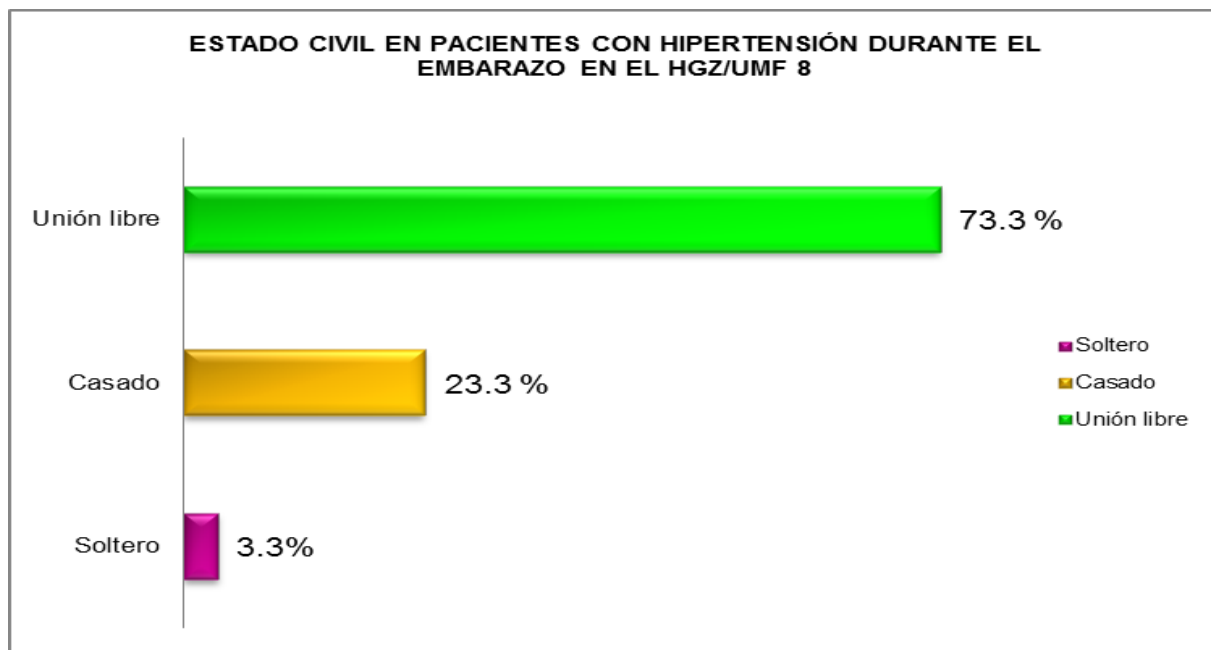


TABLA 4

ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	1	3.3 %
Casado	7	23.3%
Unión libre	22	73.3%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 4



Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

TABLA 5

RELIGION EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Con religión	30	100%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 5

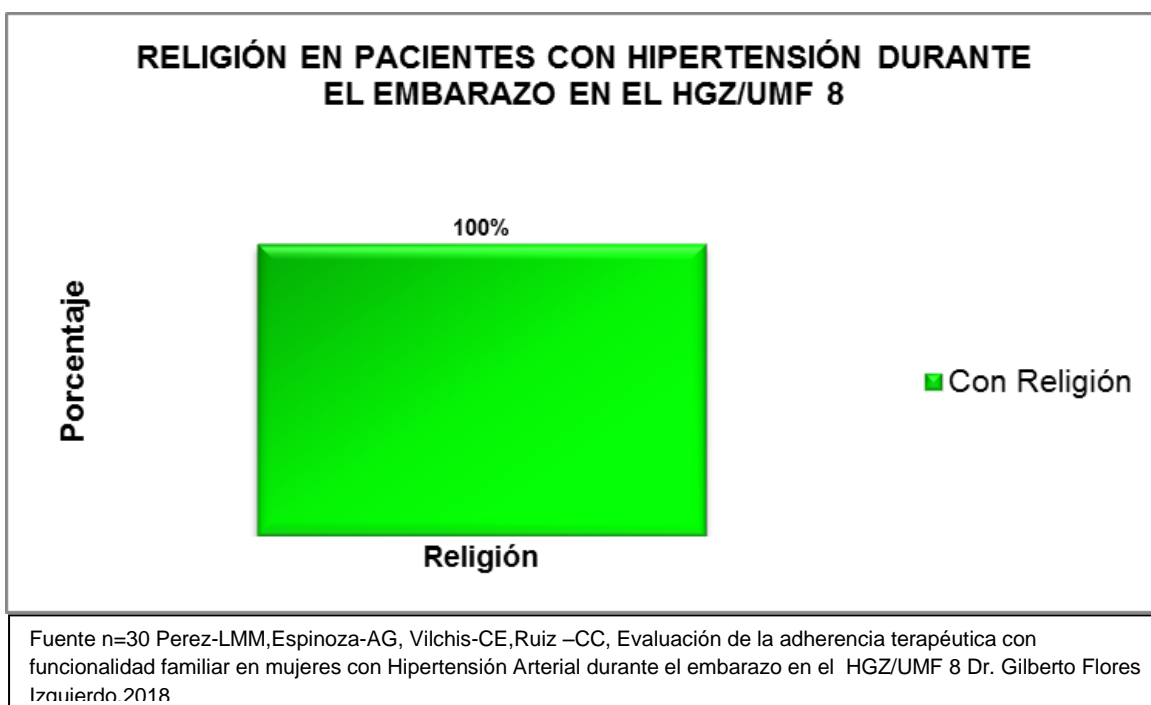


TABLA 6

HIPERTENSIÓN CRÓNICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Hipertensión crónica	Frecuencia	Porcentaje
Con hipertensión crónica	6	20%
Sin hipertensión crónica	24	80%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 6

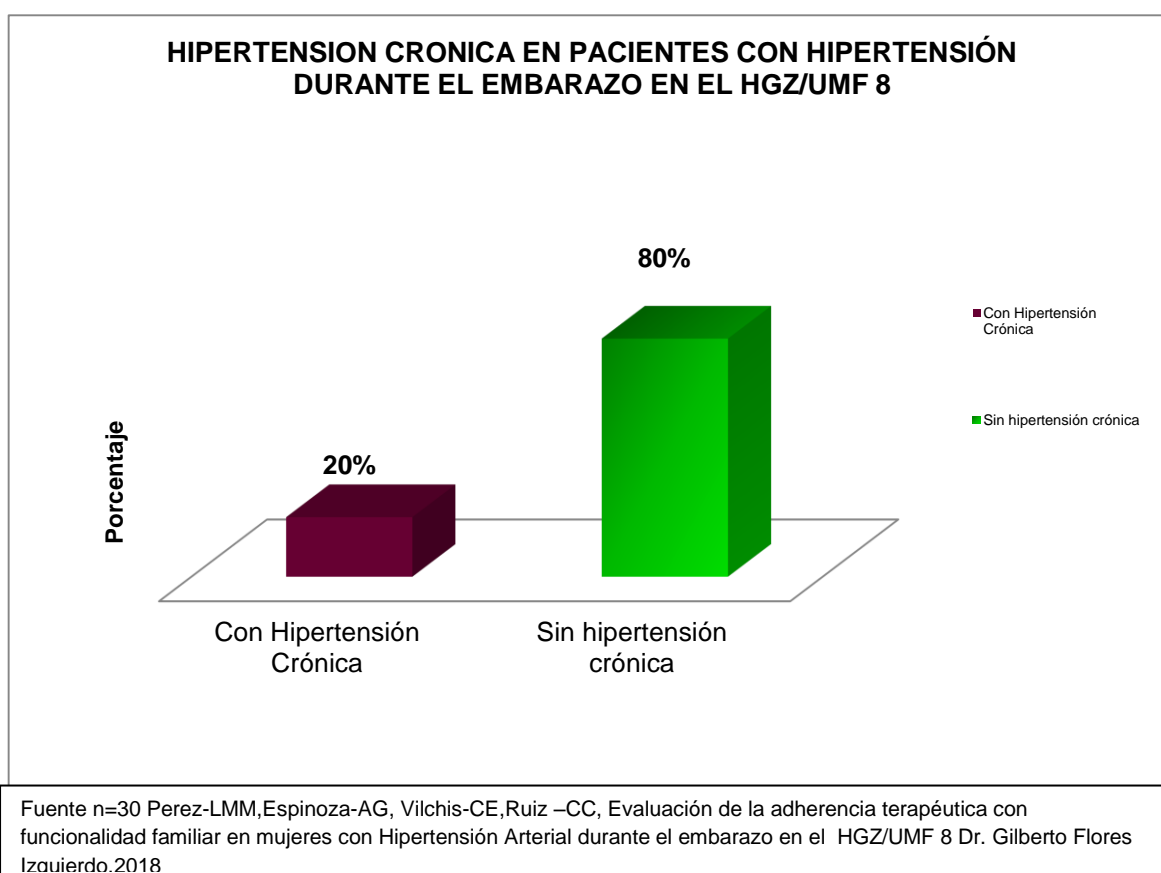


TABLA 7

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Hipertensión gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Con hipertensión gestacional	24	80%
Sin hipertensión gestacional	6	20%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz -CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 7

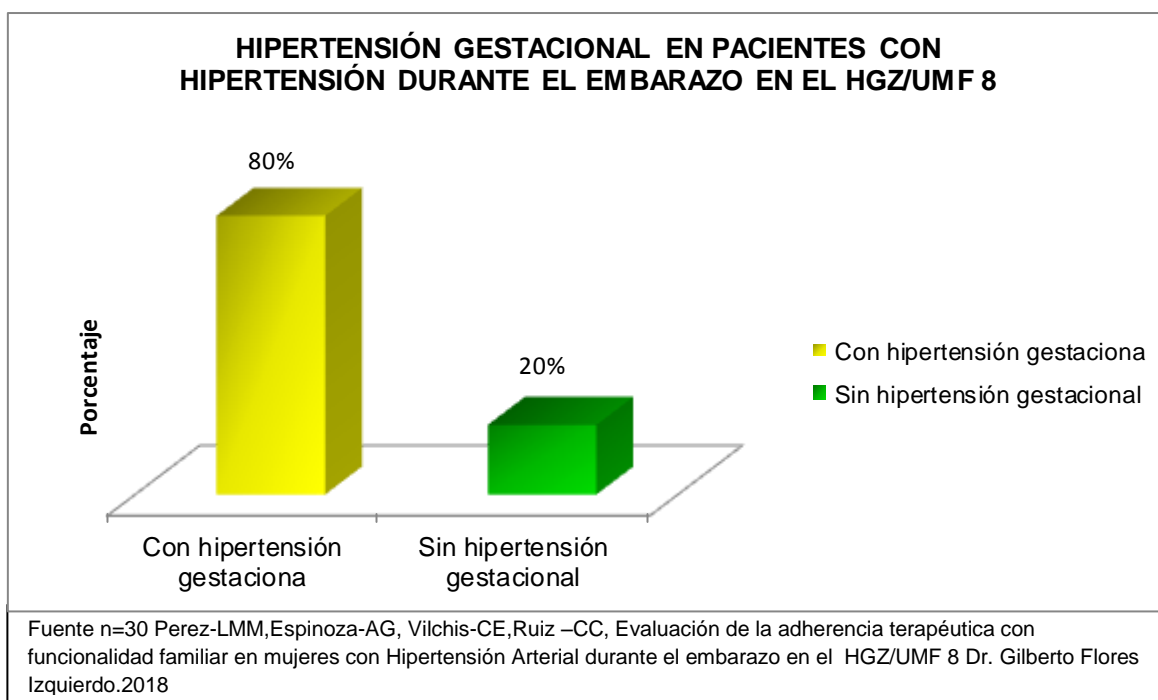


TABLA 8

PRIMIGRAVIDEZ EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Primigravidez	Frecuencia	Porcentaje
Prprimigravidaz	19	63.3 %
Múltiparas	11	36.7 %
Total	30	100.0 %

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICO 8

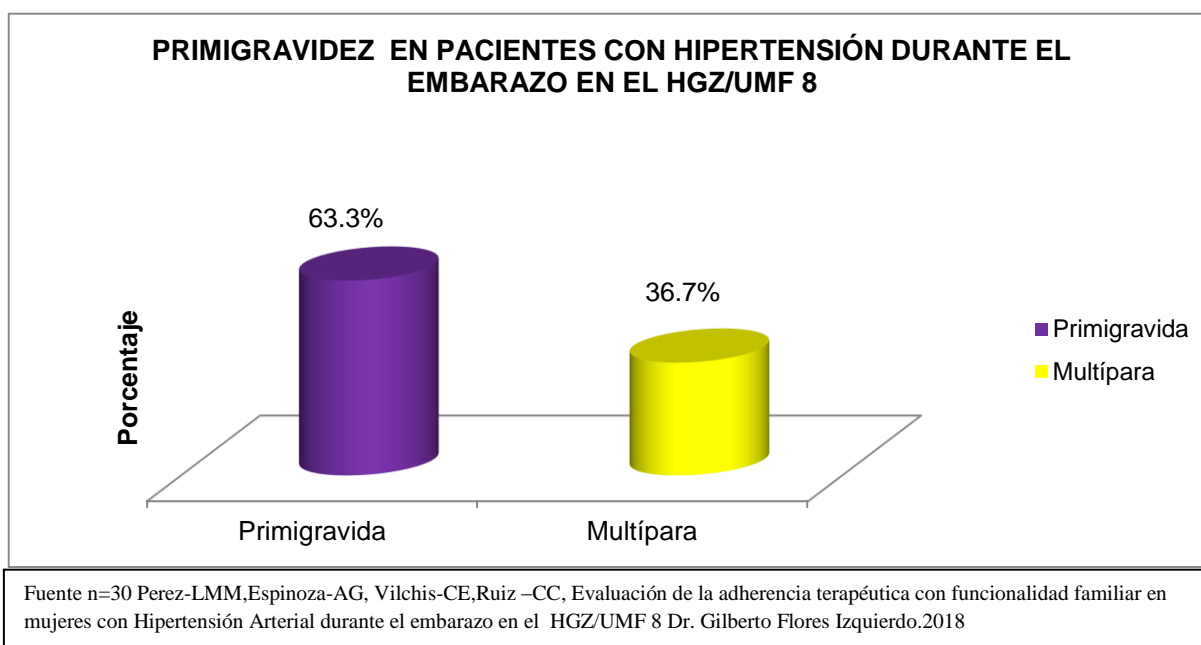


TABLA 9

SEMANAS DE GESTACION DE MEDICAMENTOS EN PACIENETES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 8 semanas	8	26.7
9-20 semanas	12	40.0
21-31 semanas	5	16.7
32-40 semanas	5	16.7
Total	30	100.0

FUENTE N=30 PEREZ-LMM,ESPINOZA-AG, VILCHIS-CE,RUIZ –CC, EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.2018

GRAFICA 9

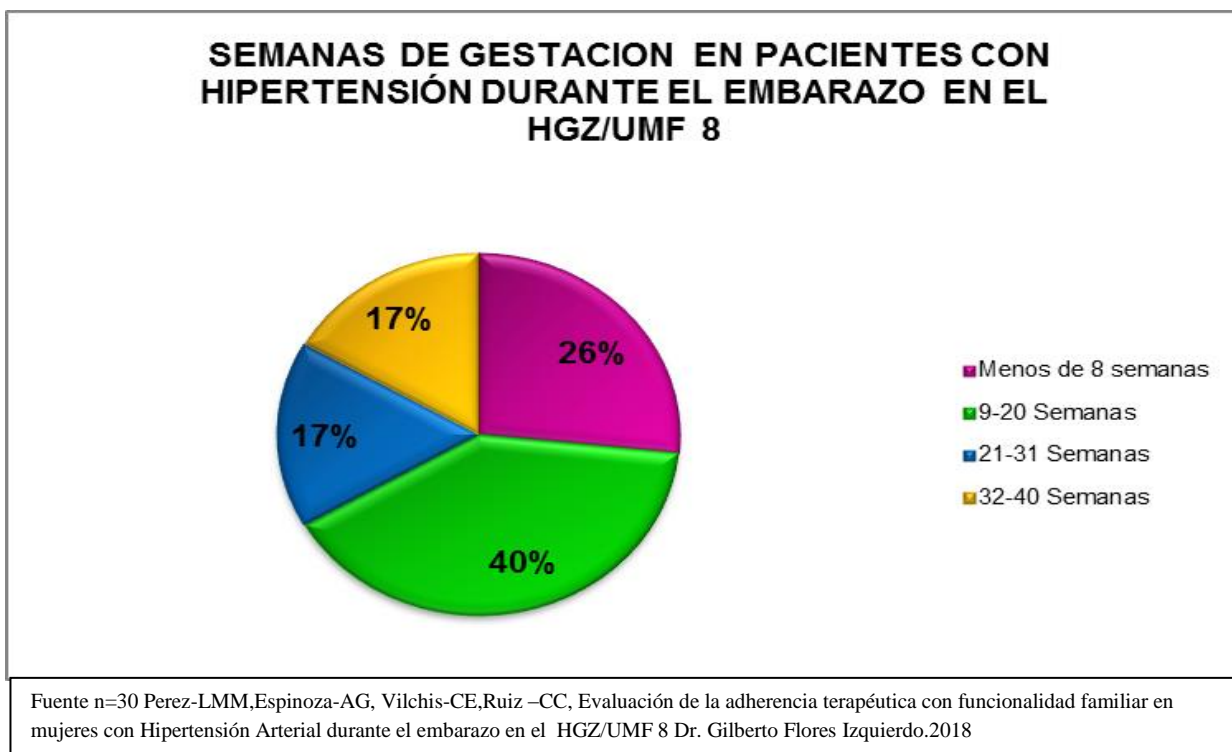


TABLA 10

NUMERO DE PRODUCTOS DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Número de productos	Frecuencia	Porcentaje
Único	29	96.7%
Múltiple	1	3.3%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 10

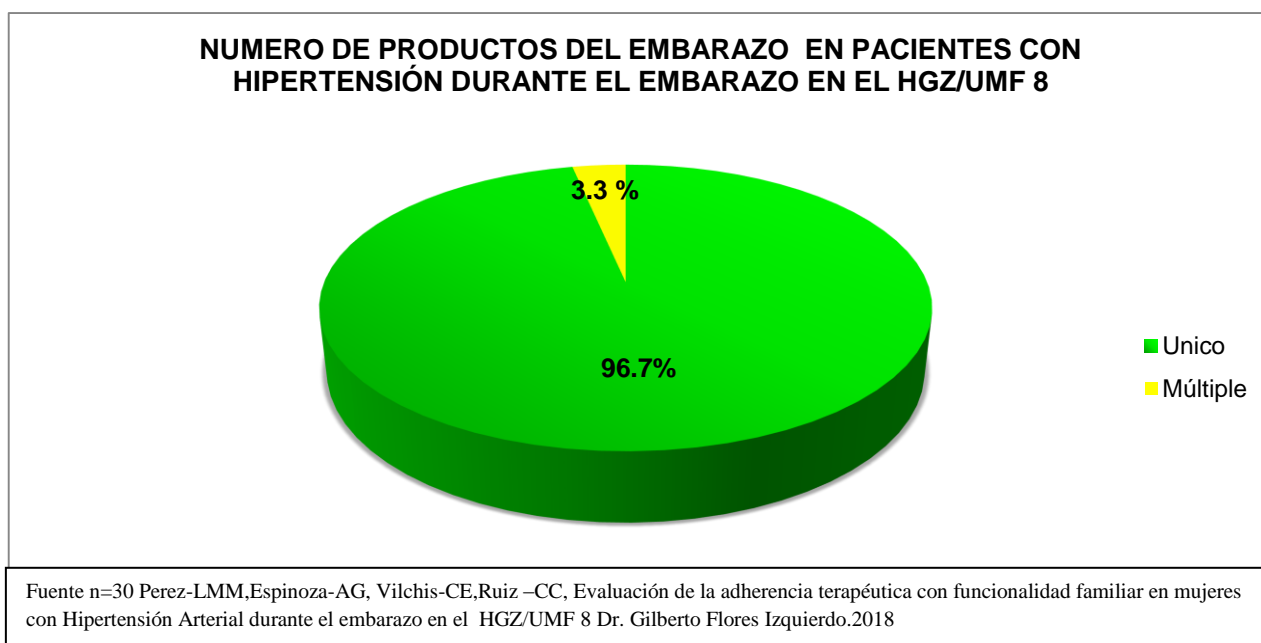
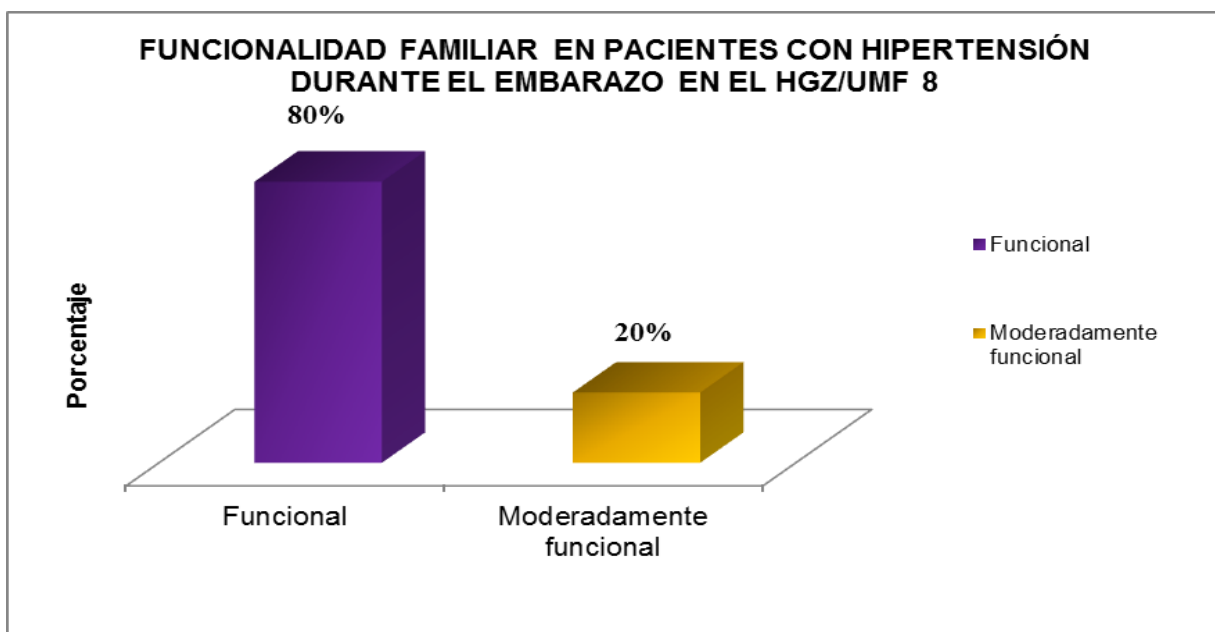


TABLA 11

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	24	80%
Moderadamente funcional	6	20%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 11



Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

TABLA 12

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Adherencia al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Baja	1	3.3%
Moderada	11	36.7%
Alta	18	60 %
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 12

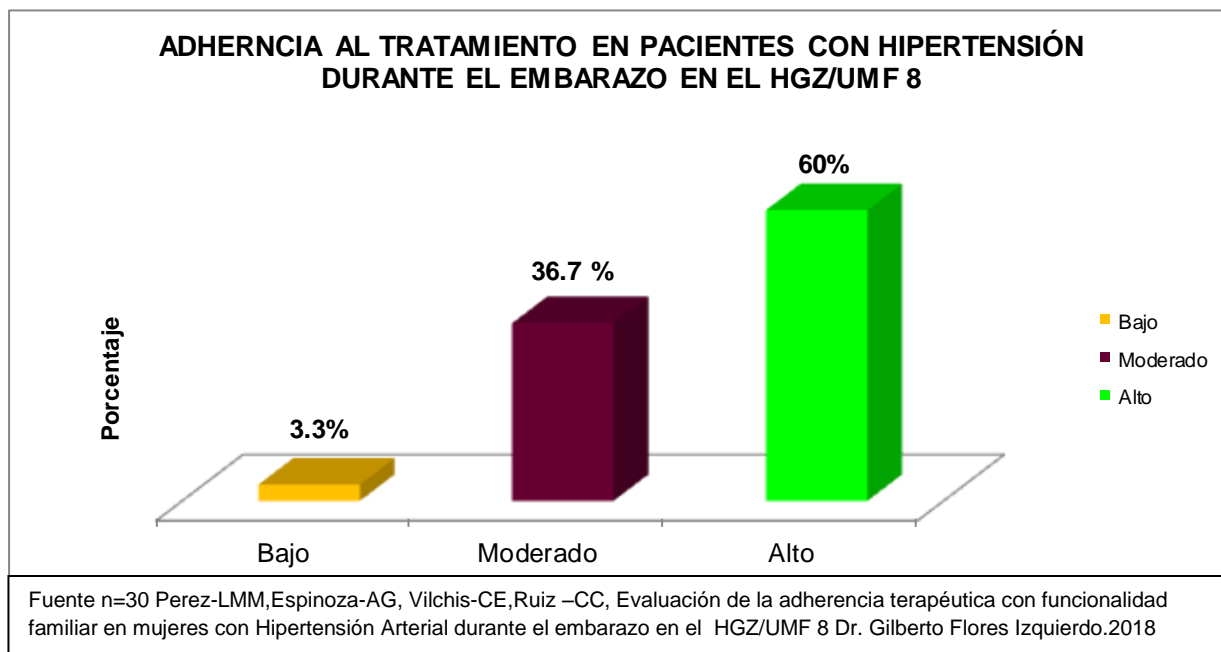


TABLA 13

CONTROL SOBRE INGESTA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	3.3%
Moderado	3	10%
Alto	26	86.7%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA13

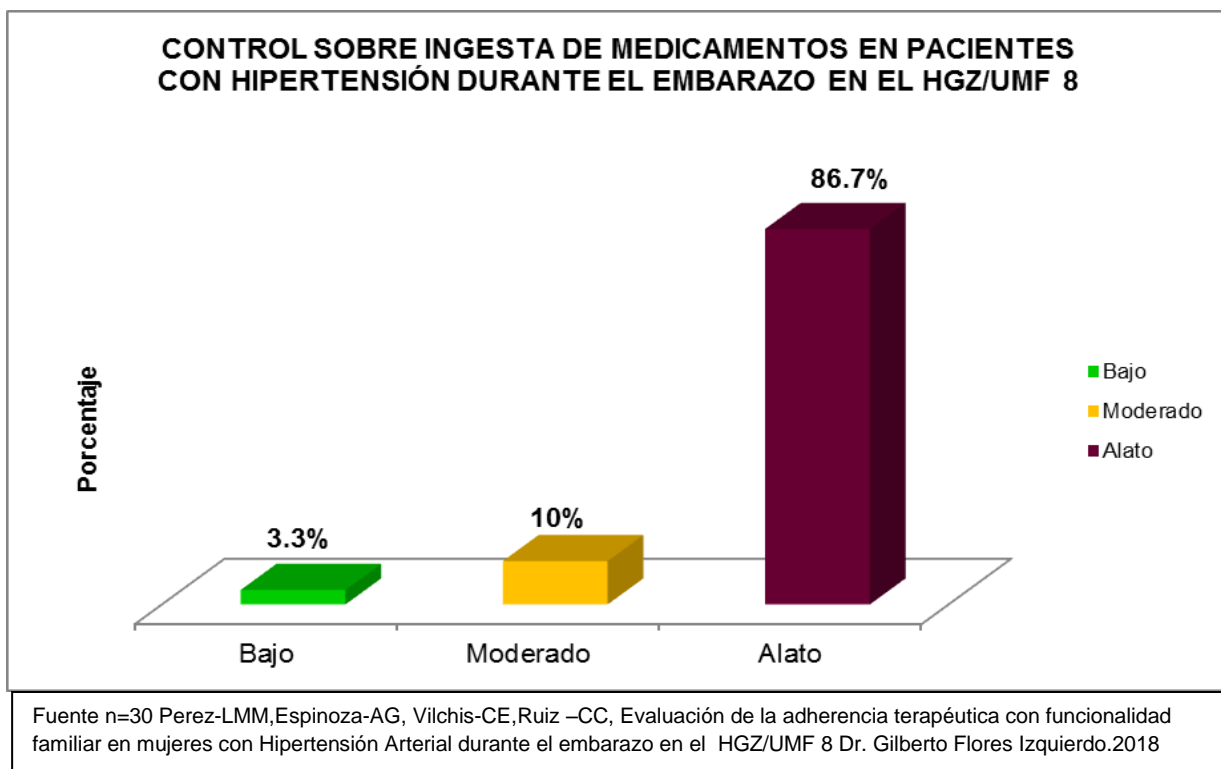


TABLA 14

SEGUIMIENTO MEDICO CONDUCTUAL DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Seguimiento medico conductual	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	3.3%
Moderado	4	13.3%
Alto	25	83.3%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 14

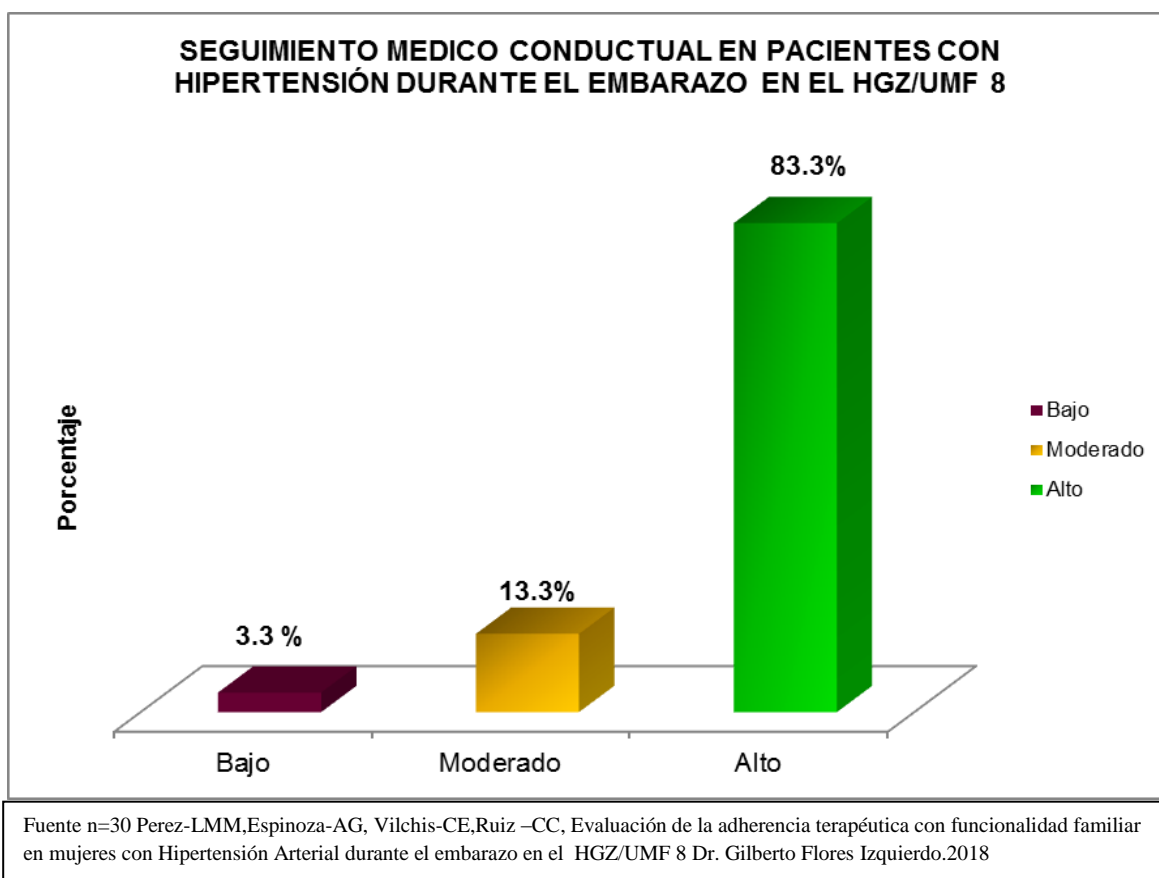


TABLA 15

AUTOEFICIENCIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF8		
Auto eficiencia	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	40%
Moderado	9	30%
Alto	9	30%
Total	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 15

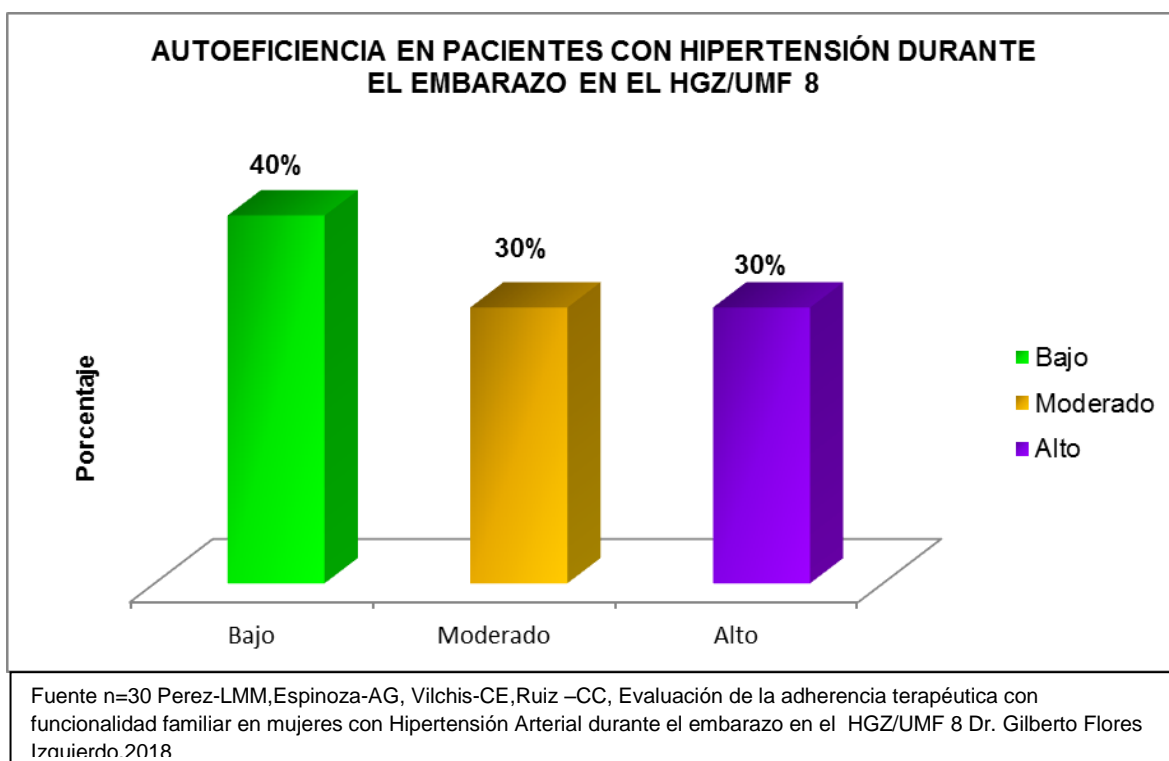


TABLA 16

RELACION ENTRE RANGO DE EDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Edad en rangos	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
De 18-25 años	0	0.0%	3	10.0%	3	10.0%	6	20.0%
De 26-30 años	1	3.3%	5	16.7%	8	26.7%	14	46.7%
De 31-35 años	0	0.0%	2	6.7%	7	23.3%	9	30.0%
De 41-45 años	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 16

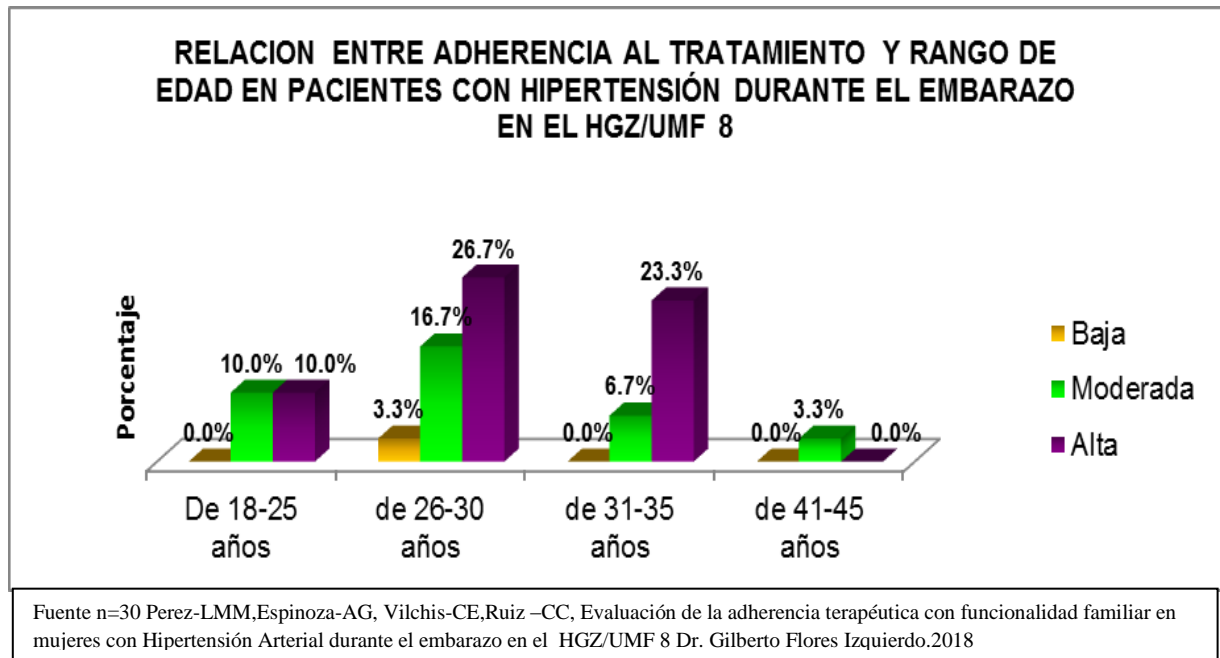


TABLA 17

RELACION ENTRE ESCOLARIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Escolaridad	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Secundaria	0	0.0%	2	6.7%	6	20.0%	8	26.7%
Preparatoria	1	3.3%	7	23.3%	9	30.0%	17	56.6%
Universidad	0	0.0%	2	6.7%	3	10.0%	5	16.7%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 17

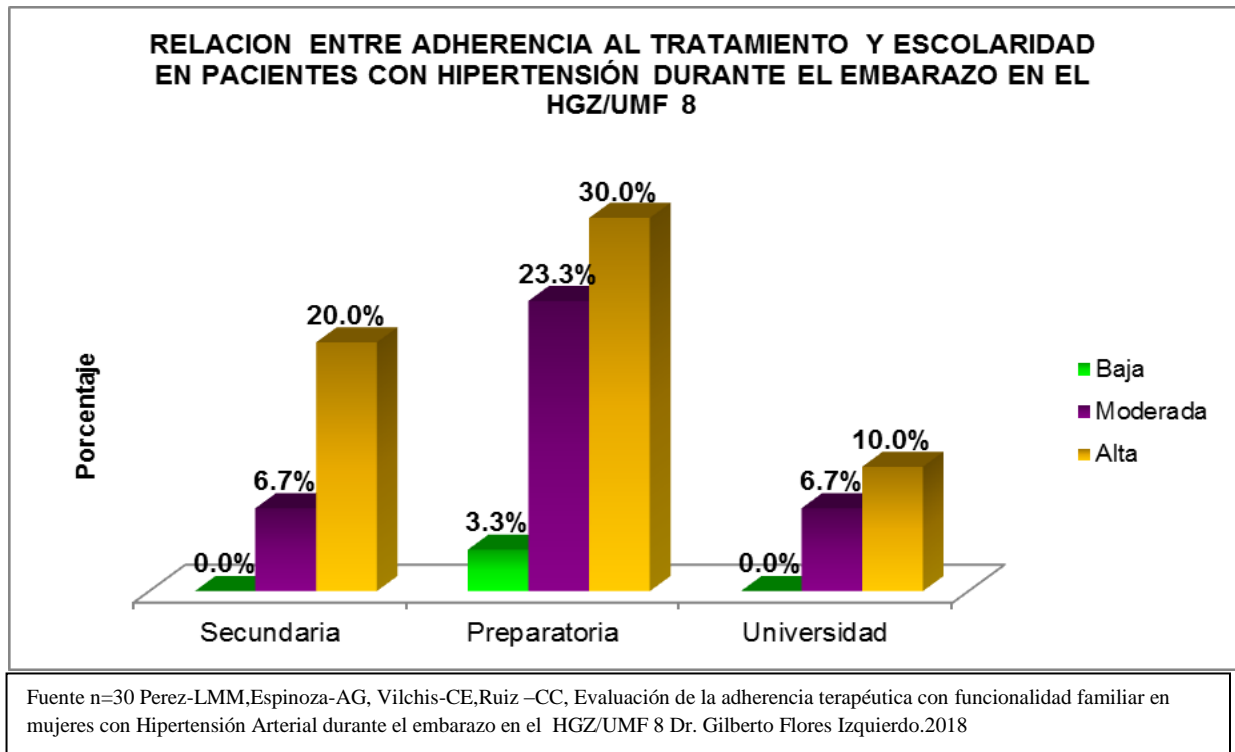


TABLA 18

RELACION ENTRE OCUPACION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Ocupación	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	1	3.3%	7	23.3%	6	20.0%	14	46.6%
Desempleado	0	0.0%	4	13.4%	12	40.0%	16	53.4%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 18

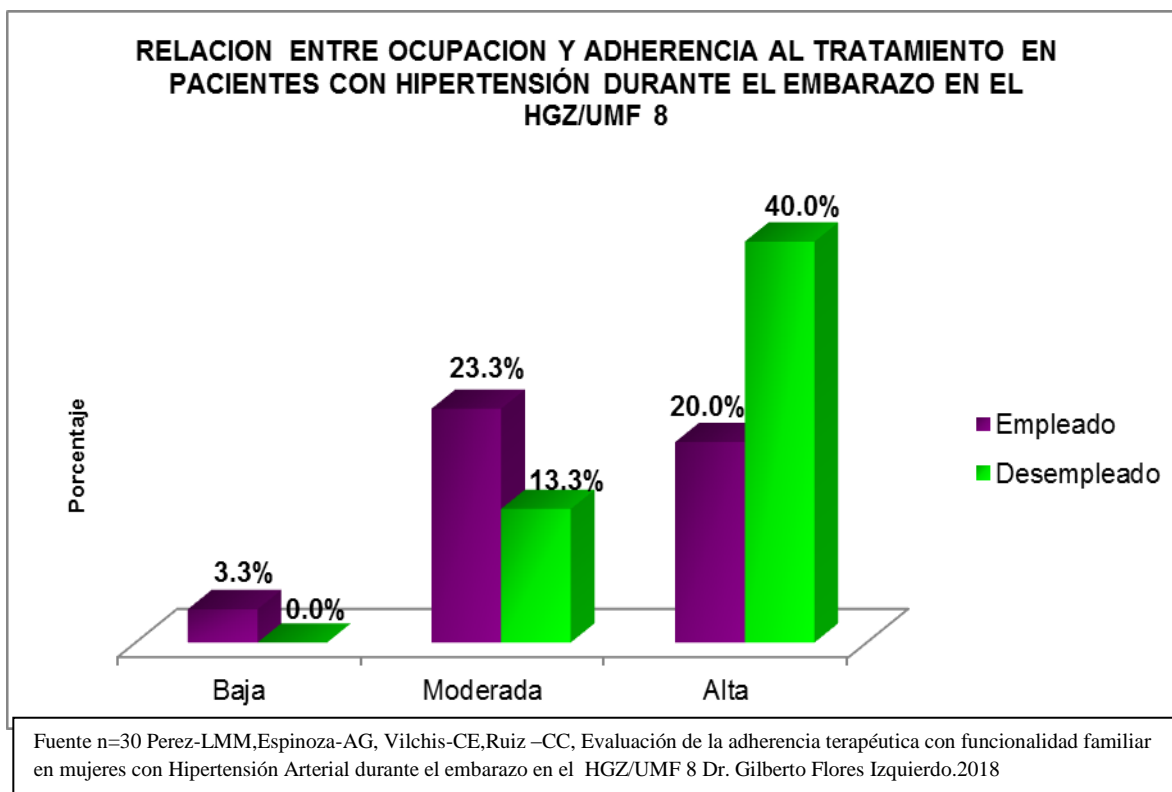


TABLA 19

RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Estado civil	Adherencia						Total	
	BAJA		Moderada		Alta		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Soltero	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Casado	1	3.3%	4	13.3%	2	6.7%	7	23.3%
Unión libre	0	0.0%	6	20.0%	16	53.4%	22	73.4%
TOTAL	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 19

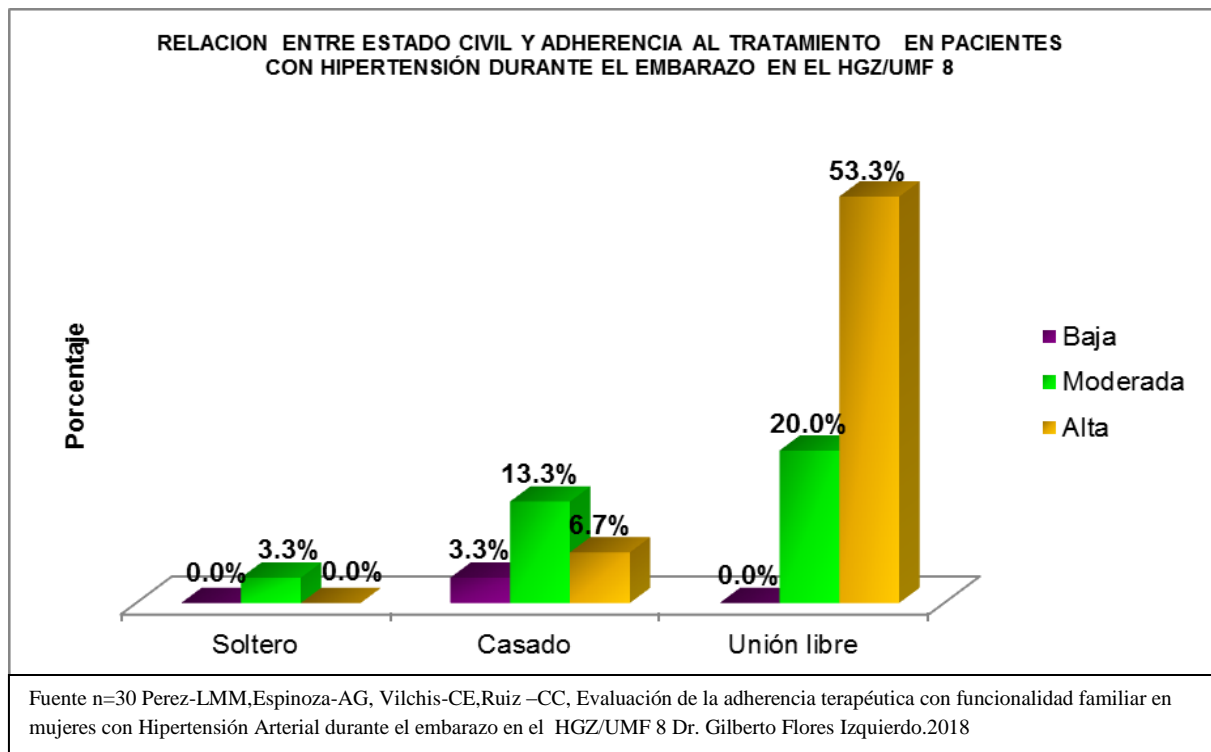
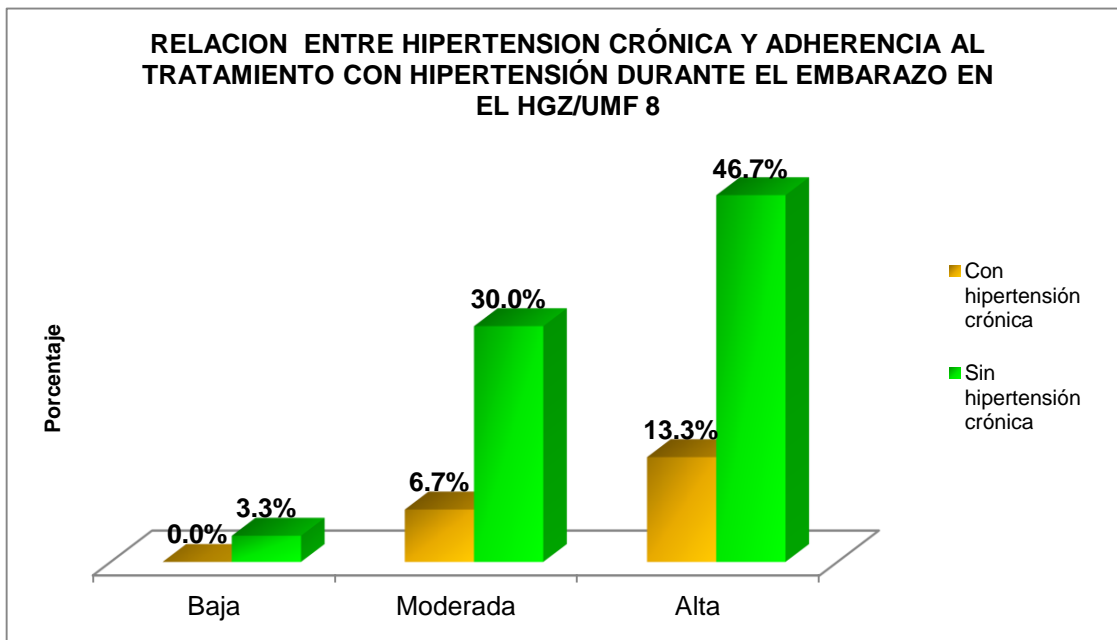


TABLA 20

RELACION ENTRE HIPERTENSIÓN CRÓNICA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Hipertensión crónica	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con hipertensión crónica	0	0.0%	2	6.7%	4	13.3%	6	20.0%
Sin hipertensión crónica	1	3.3%	9	30.0%	14	46.7%	24	80.0%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 20



Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores

TABLA 21

RELACION ENTRE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Hipertensi ^ó n gestacional	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	FRECUENCI A	PORCENTAJ E	FRECUENCI A	PORCENTAJ E	FRECUENCI A	PORCENTAJ E	FRECUENCI A	PORCENTAJ E
Con hipertensi ^ó n gestacional	1	3.3%	9	30.0%	14	46.7%	24	80.0%
Sin hipertensi ^ó n gestacional	0	0.0%	2	6.7%	4	13.3%	6	20.0%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA21

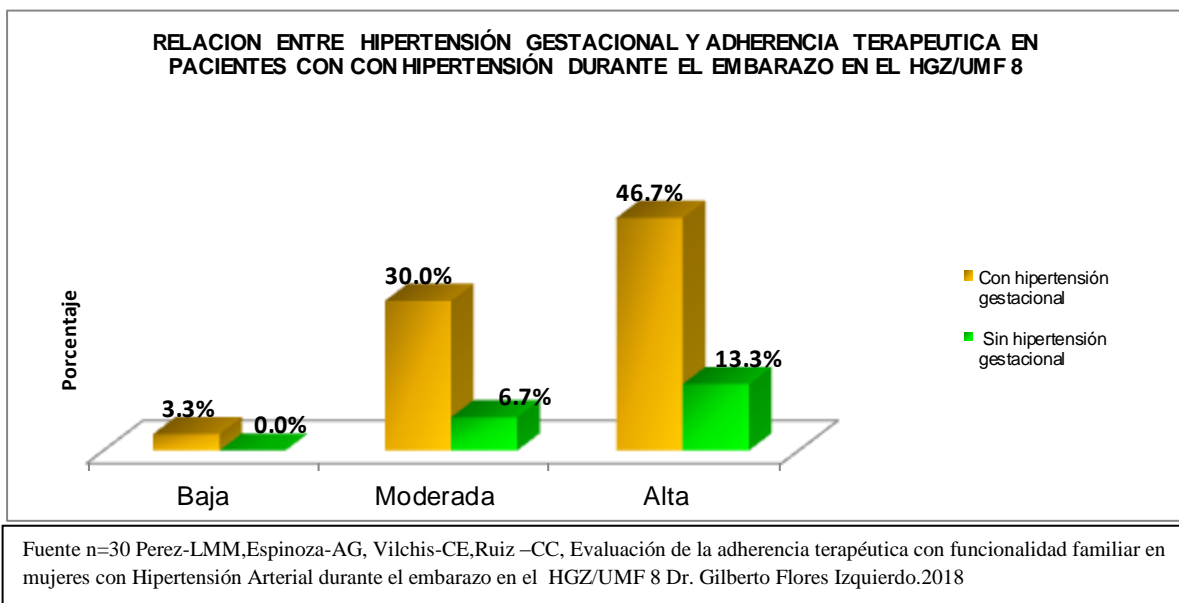


TABLA 22

RELACION ENTRE PRIMIGRAVIDEZ Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Primigravidez	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigravidez	1	3.3%	8	26.7%	10	33.3%	19	63.3%
Múltipara	0	0.0%	3	10.0%	8	26.7%	11	36.7%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 22

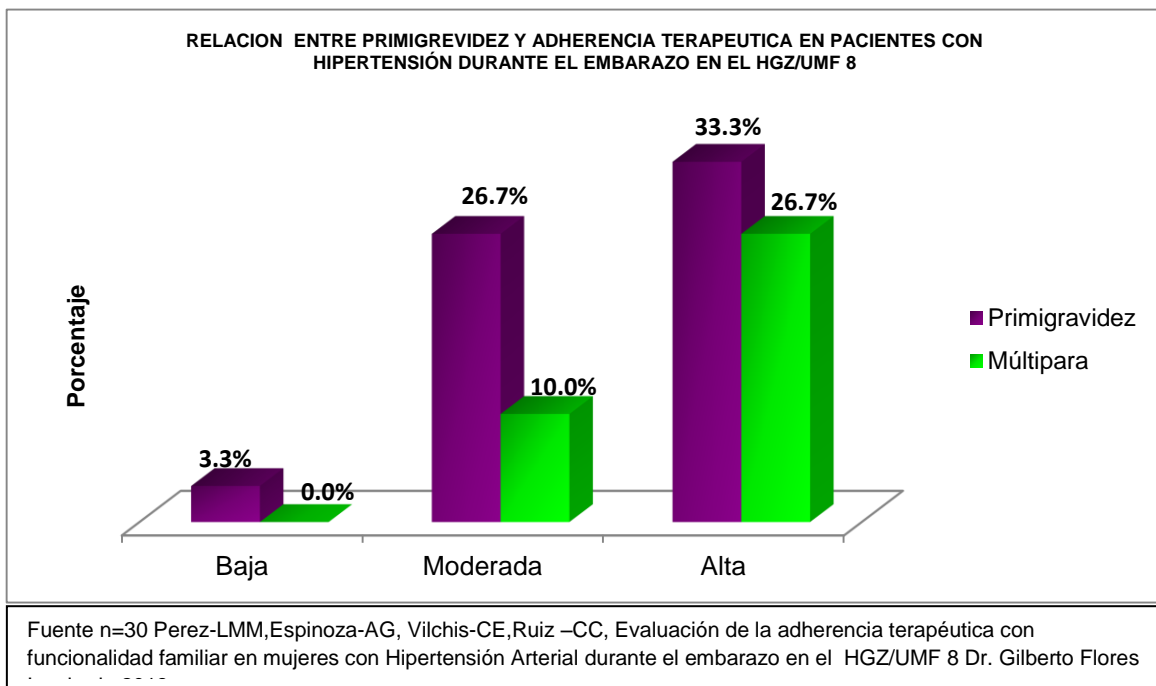


TABLA 23

Semana s de gestación	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 8 semanas	0	0.0%	2	6.8%	6	20.0%	8	26.8%
9-20 semanas	1	3.3%	7	23.4%	4	13.3%	12	40.0%
21-31 semanas	0	0.0%	1	3.3%	4	13.3%	5	16.6%
32-40 semanas	0	0.0%	1	3.3%	4	13.3%	5	16.6%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 23

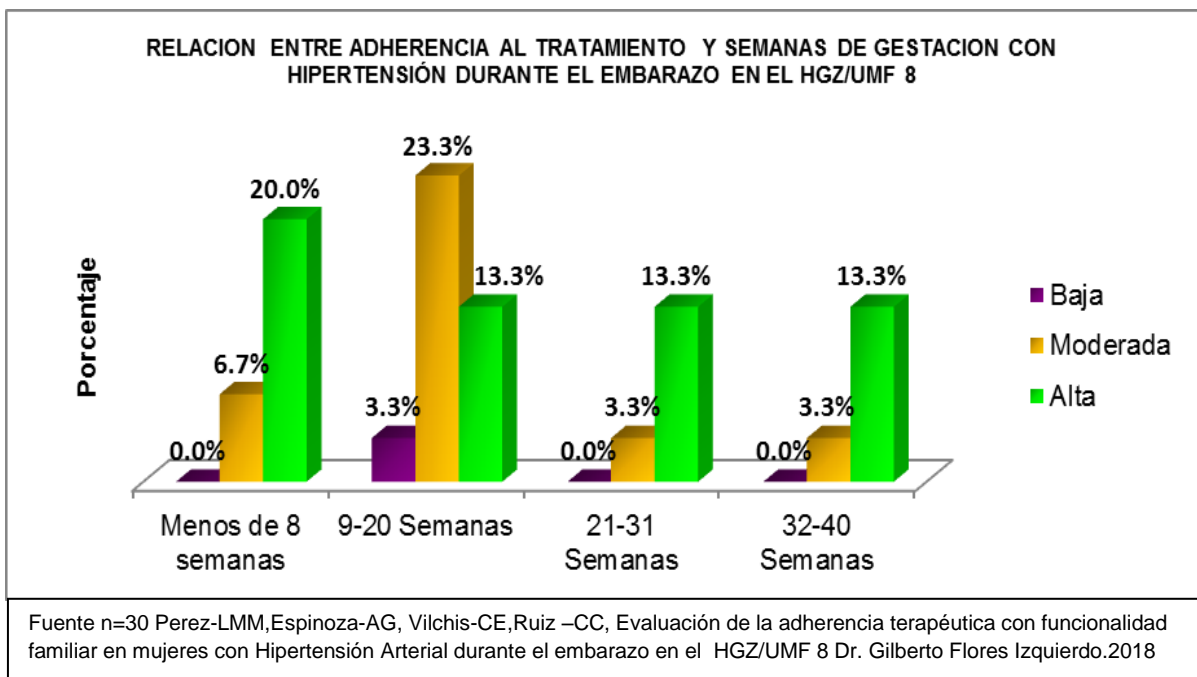


TABLA 24

RELACION ENTRE NUMERO DE PRODUCTOS Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Numero de productos del embarazo	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
Único	1	3.3%	11	36.7%	17	56.7%	29	96.7%
Múltiple	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	1	3.3%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 24

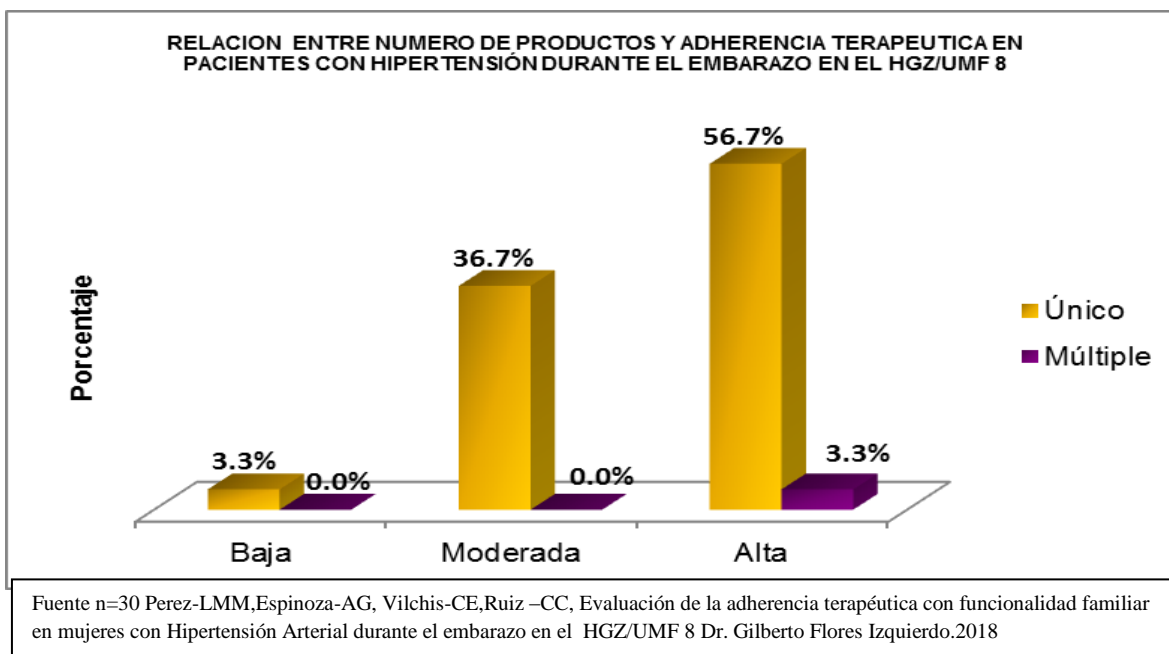


TABLA 25

RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Funcionalidad familiar	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Funcional	1	3.3%	9	30.0%	14	46.7%	24	80.0%
Moderadamente funcional	0	0.0%	2	6.7%	4	13.3%	6	20.0%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 25

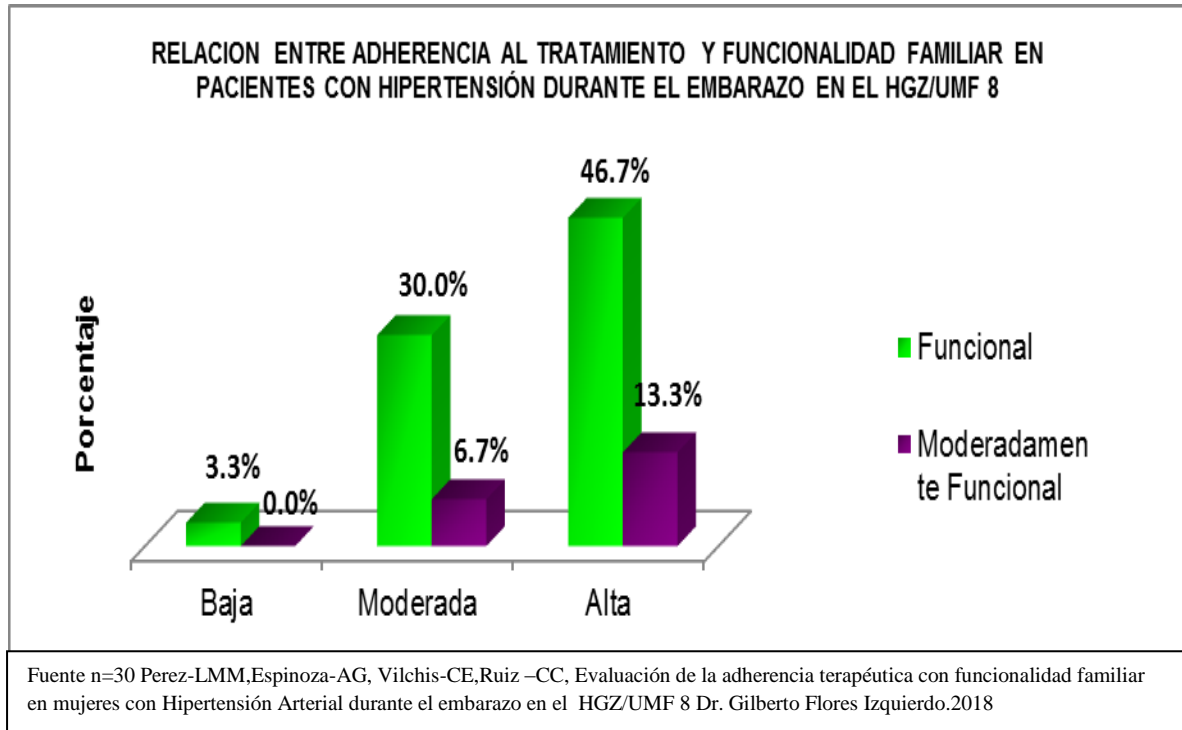


TABLA 26

RELACION ENTRE CONTROL SOBRE LA INGESTA DE MEDICAMENTOS Y ADHERENCIA AL TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8								
Control sobre ingesta de medicamentos	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Moderado	0	0.0%	2	6.7%	1	3.3%	3	10.0%
Alto	1	3.3%	8	26.7%	17	56.7%	26	86.7%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 26

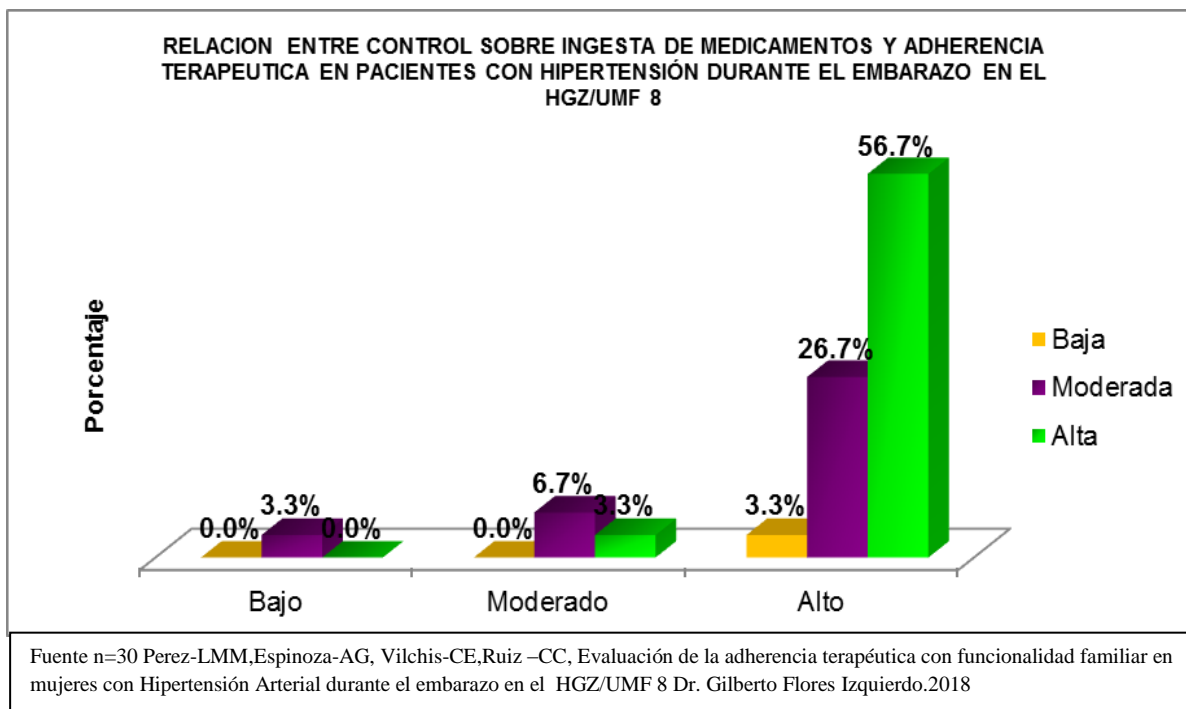
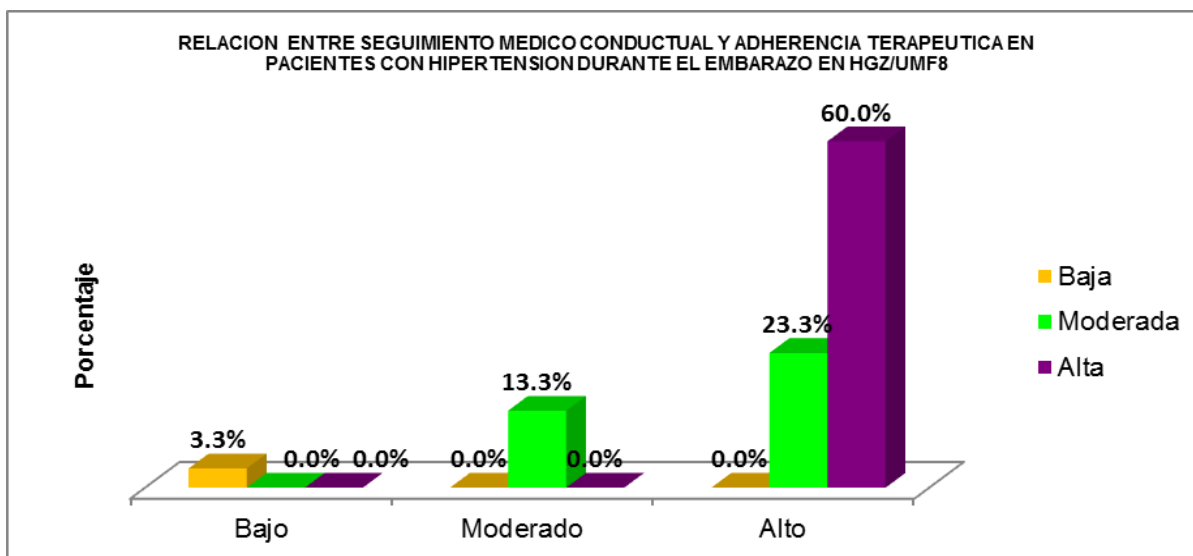


TABLA 27

RELACION ENTRE EL SEGUIMIENTO MEDICO CONDUCTUAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION DURANTE EL EMBARAZO EN HGZ/UMF8								
Seguimiento medico conductual	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
Bajo	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%
Moderado	0	0.0%	4	13.3%	0	0.0%	4	13.3%
Alto	0	0.0%	7	23.4%	18	60.0%	25	83.4%
TOTAL	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 27



Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

TABLA 28

RELACION ENTRE AUTOEFICIENCIA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION DURANTE EL EMBARAZO EN HGZ/UMF8								
Auto control	Adherencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	PORCENTAJE		
Bajo	1	3.3%	6	20.0%	5	16.7%	12	40.0%
Moderado	0	0.0%	4	13.3%	5	16.7%	9	30.0%
Alto	0	0.0%	1	3.3%	8	26.7%	9	30.0%
Total	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 28

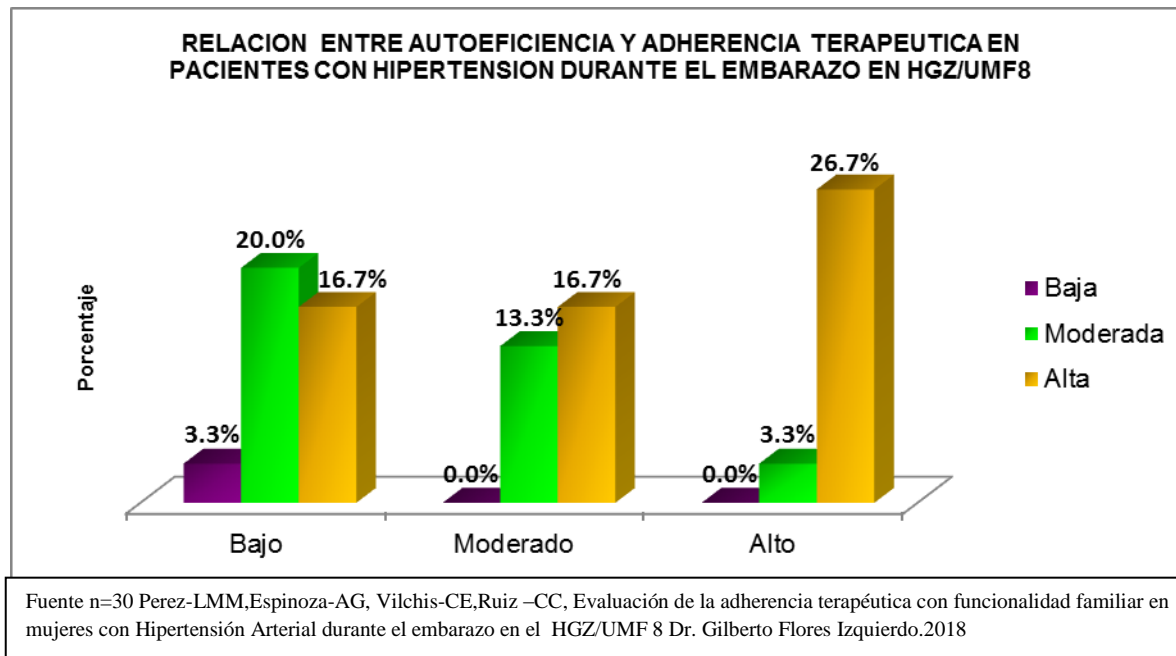


TABLA 29

RELACION ETRE RANGO DE EDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Rangos de edad	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	FECUENCIA	PORCENTAJE	FECUENCIA	PORCENTAJE	FECUENCIA	PORCENTAJE
De 18-25 años	5	16.7%	1	3.3%	6	20.0%
De 26-30 años	11	36.7%	3	10.0%	14	46.7%
De 31-35 años	7	23.3%	2	6.7%	9	30.0%
De 41-45 años	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 29

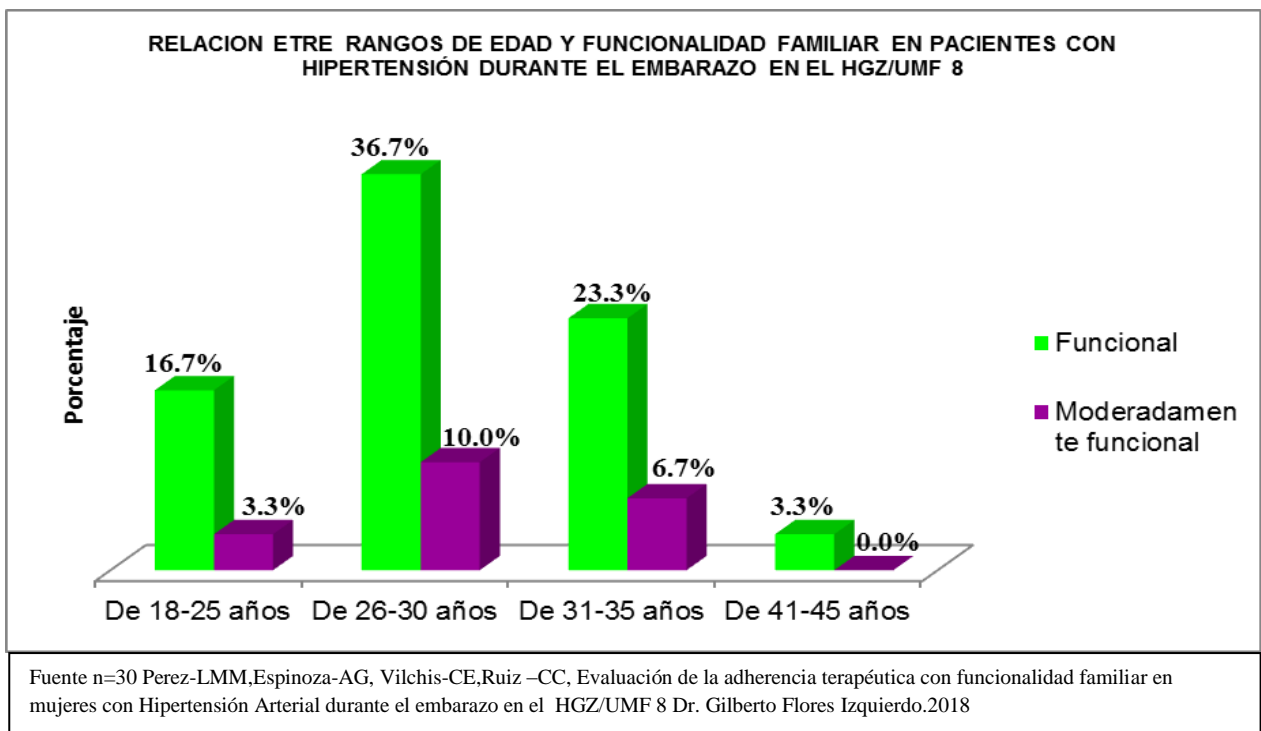


TABLA 30

RELACION ETRE ESCOLARIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Escolaridad	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	FECUENCIA	PORCENTAJE	FECUENCIA	PORCENTAJE	FECUENCIA	PORCENTAJE
Secundaria	6	20.0%	2	6.7%	8	26.7%
Preparatoria	14	46.7%	3	10.0%	17	56.7%
Universidad	4	13.3%	1	3.3%	5	16.6%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 30

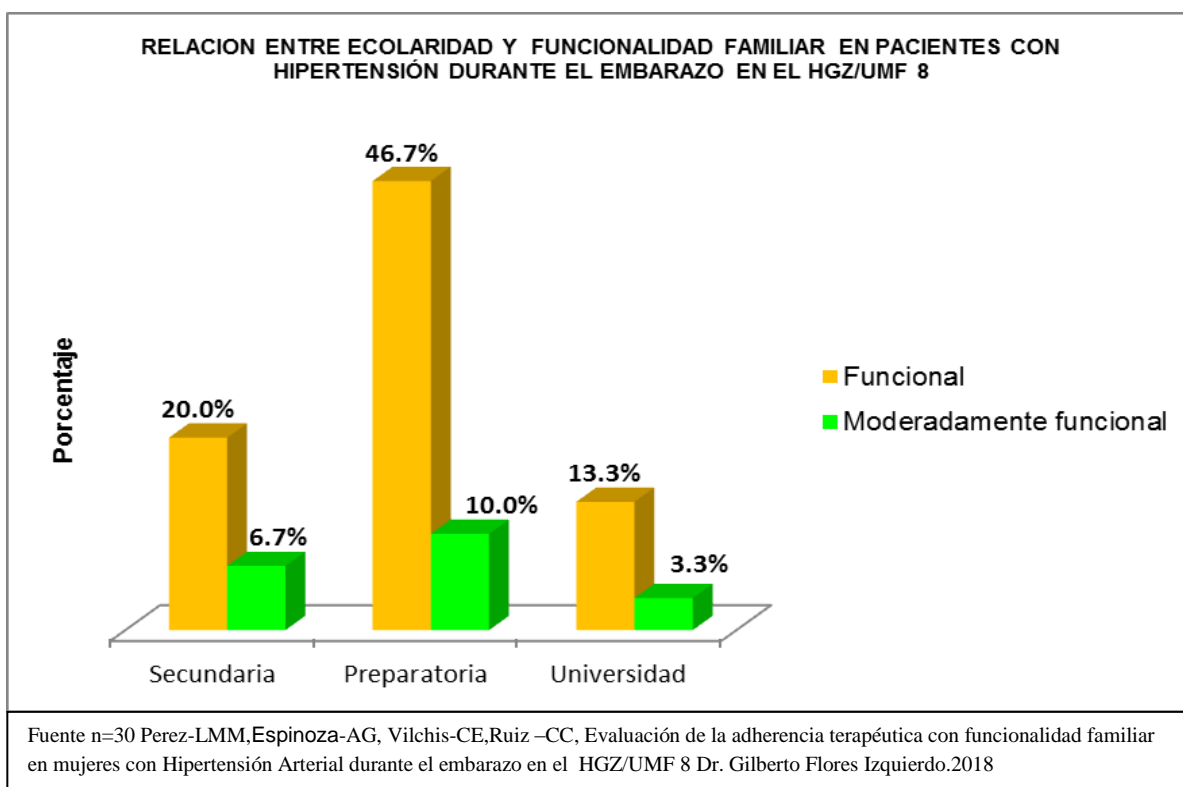


TABLA 31

RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OCUPACION EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
OCUPACION	FUNCIONALIDAD				TOTAL	
	FUNCIONAL		MODERADAMENTE FUNCIONAL		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
EMPLEADO	11	36.7%	3	10.0%	14	46.7%
DESEMPLEADO	13	43.3%	3	10.0%	16	53.3%
TOTAL	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 31

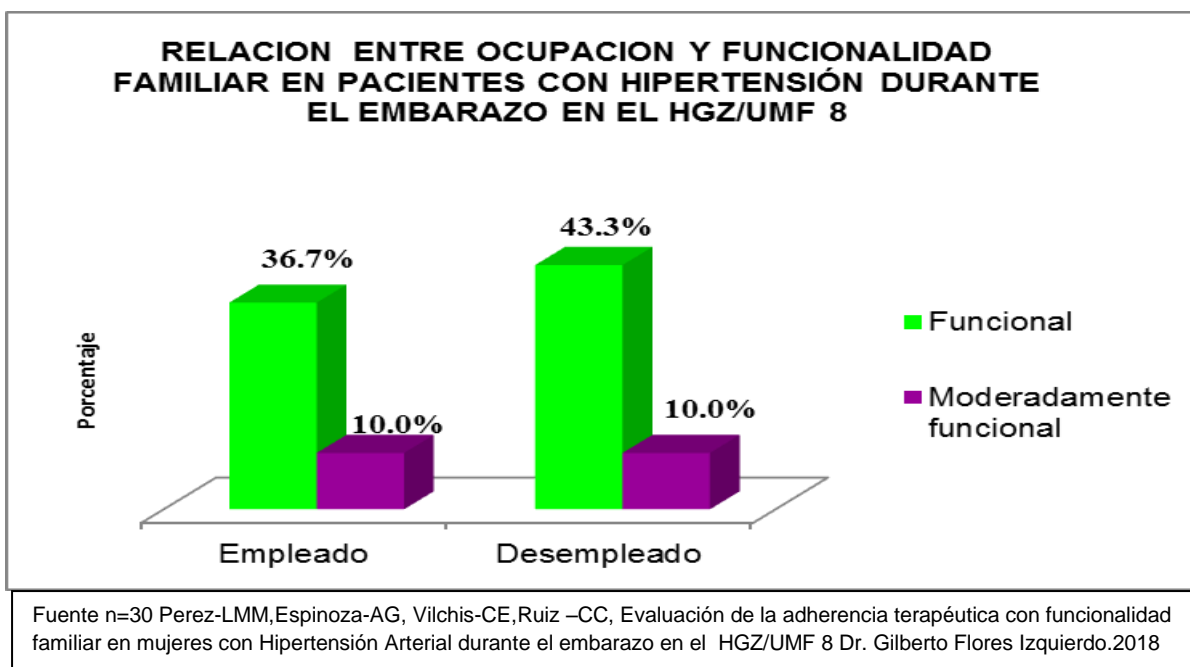


TABLA 32

RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Estado civil	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Casado	5	16.7%	2	6.7%	7	23.4%
Unión libre	18	60.0%	4	13.3%	22	73.3%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 32

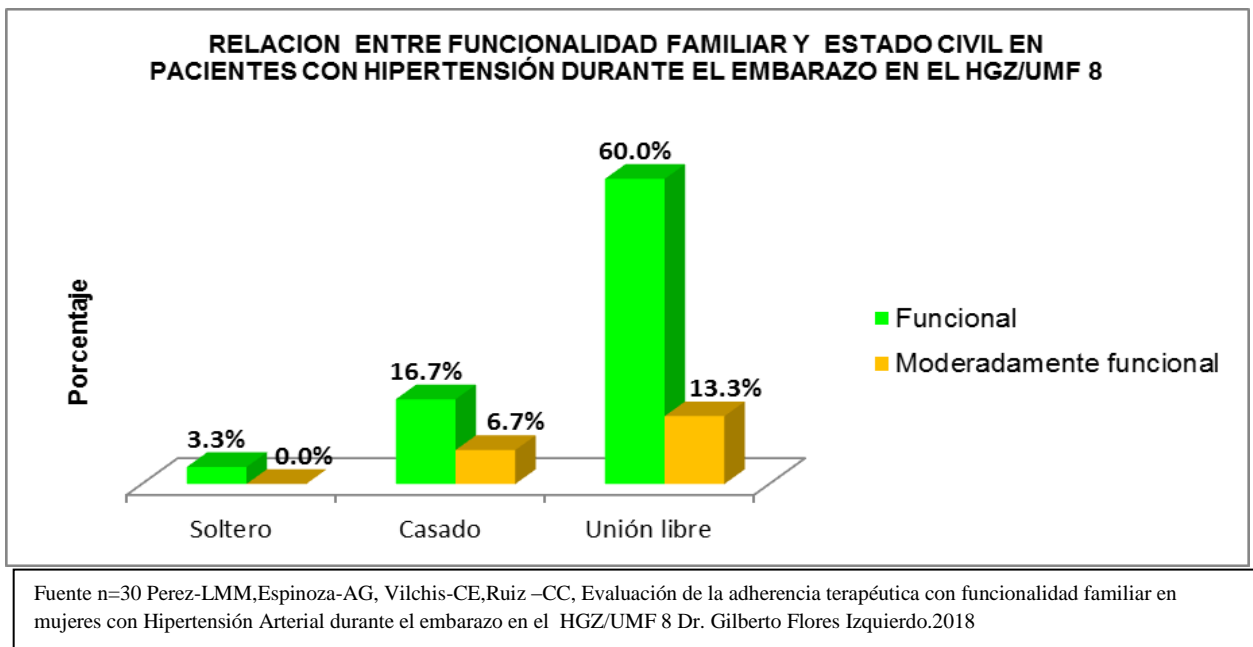


TABLA 33

RELACION ENTRE HIPERTENSIÓN CRÓNICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Hipertensión crónica	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con hipertensión crónica	5	16.7%	1	3.3%	6	20.0%
Sin hipertensión crónica	19	63.3%	5	16.7%	24	80.0%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 33

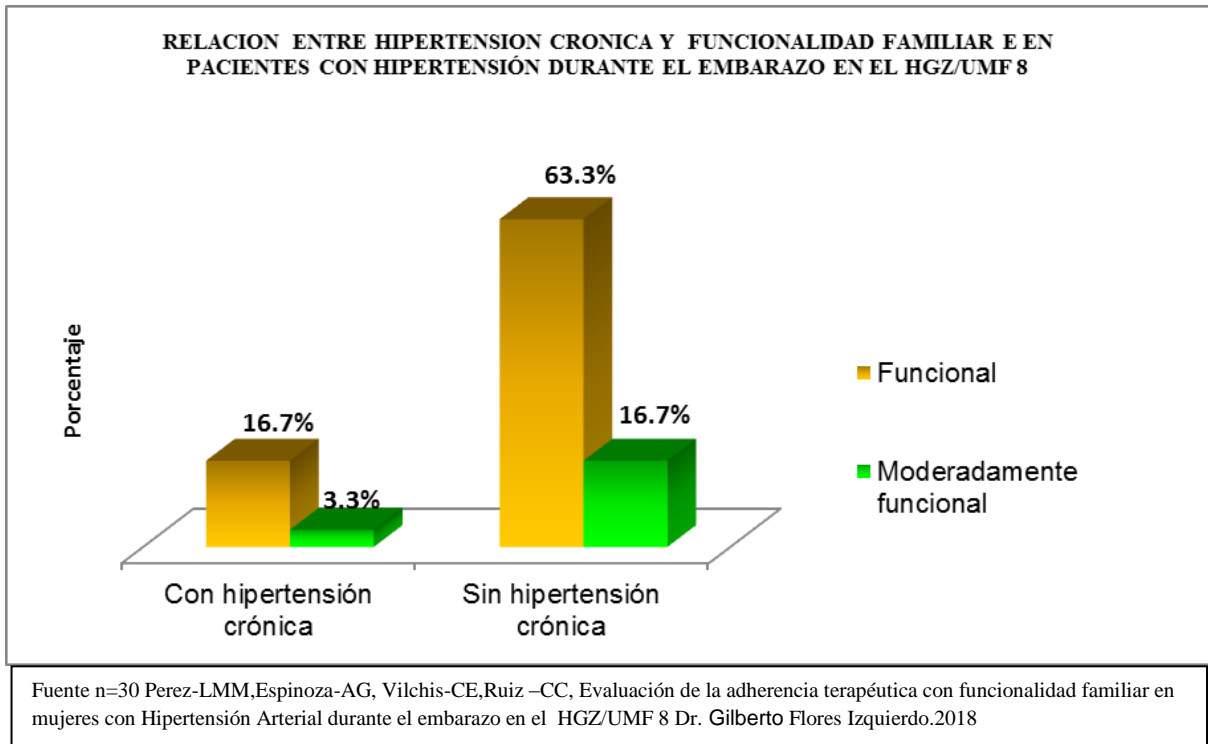


TABLA 34

RELACION ENTRE HIPERTESNSION GESTACIONAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Hipertensión gestacional	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con hipertensión gestacional	19	63.3%	5	16.7%	24	80.0%
Sin hipertensión gestacional	5	16.7%	1	3.3%	6	20.0%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 34

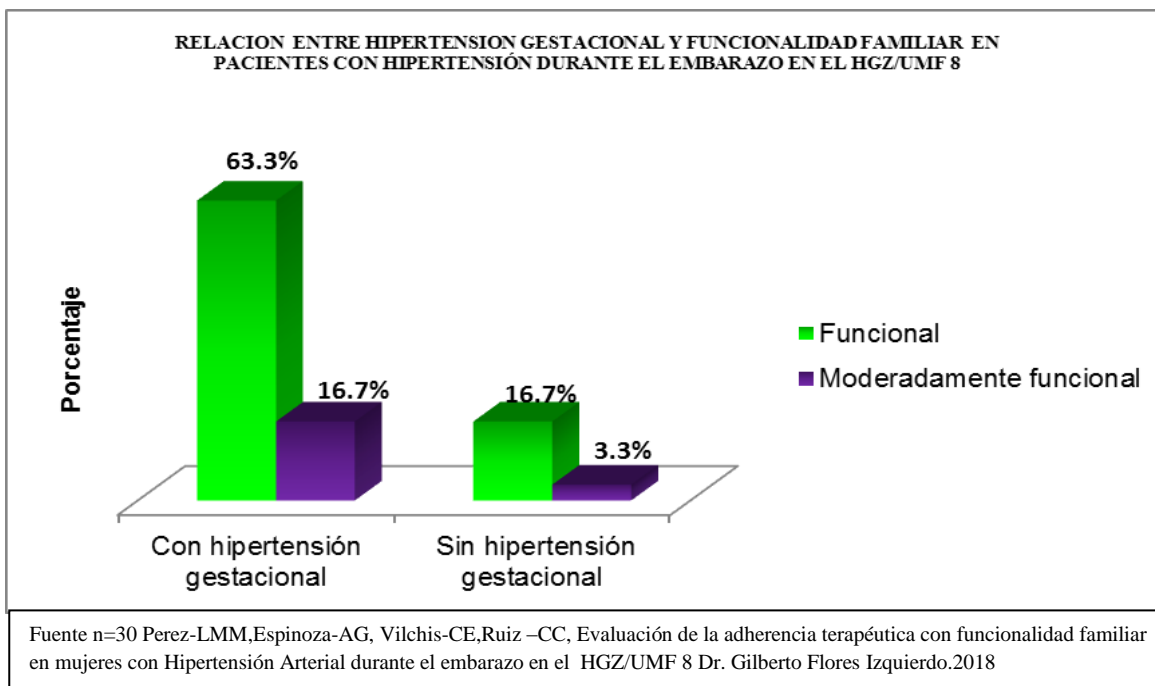


TABLA 35

RELACION ENTRE SEMANAS DE GESTACION DE DETECCION DE LA ENFERMEDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Semanas de gestación	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 8 semanas	4	13.3%	4	13.3%	8	26.6%
9-20 semanas	10	33.3%	2	6.7%	12	40.0%
21-31 semanas	5	16.7%	0	0.0%	5	16.7%
32-40 semanas	5	16.7%	0	0.0%	5	16.7%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Pérez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 35

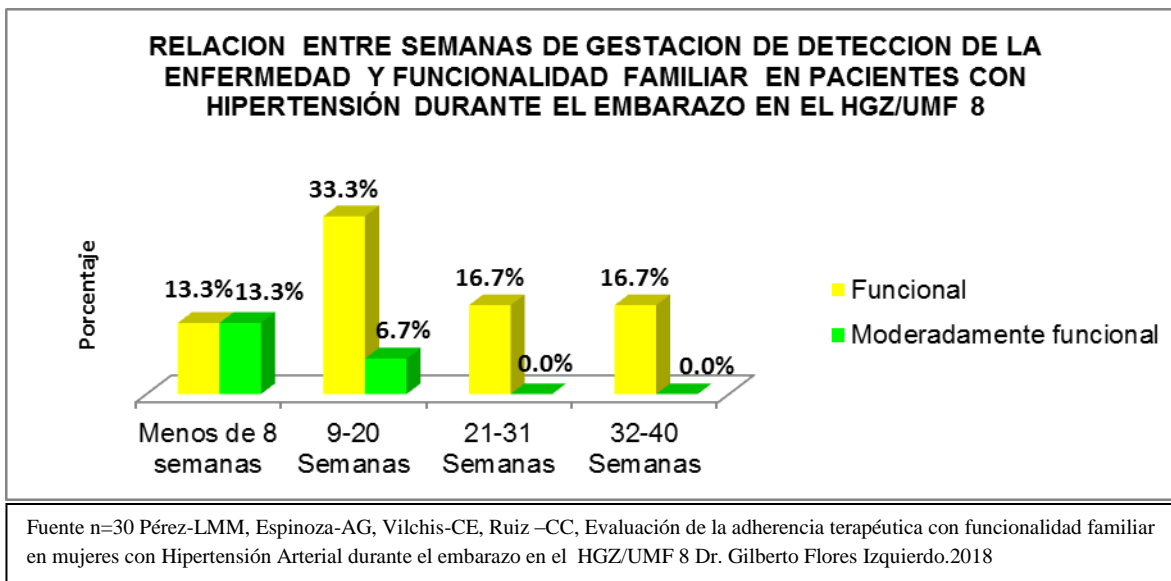


TABLA 36

RELACION ENTRE PRIMIGRAVIDEZ Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
PRIMIGRAVIDEZ	FUNCIONALIDAD				TOTAL	
	FUNCIONAL		MODERADAMENTE FUNCIONAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
PRIMIGRAVIDEZ	15	50.0%	4	13.3%	19	63.3%
MULTIPARA	9	30.0%	2	6.7%	11	36.7%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 36

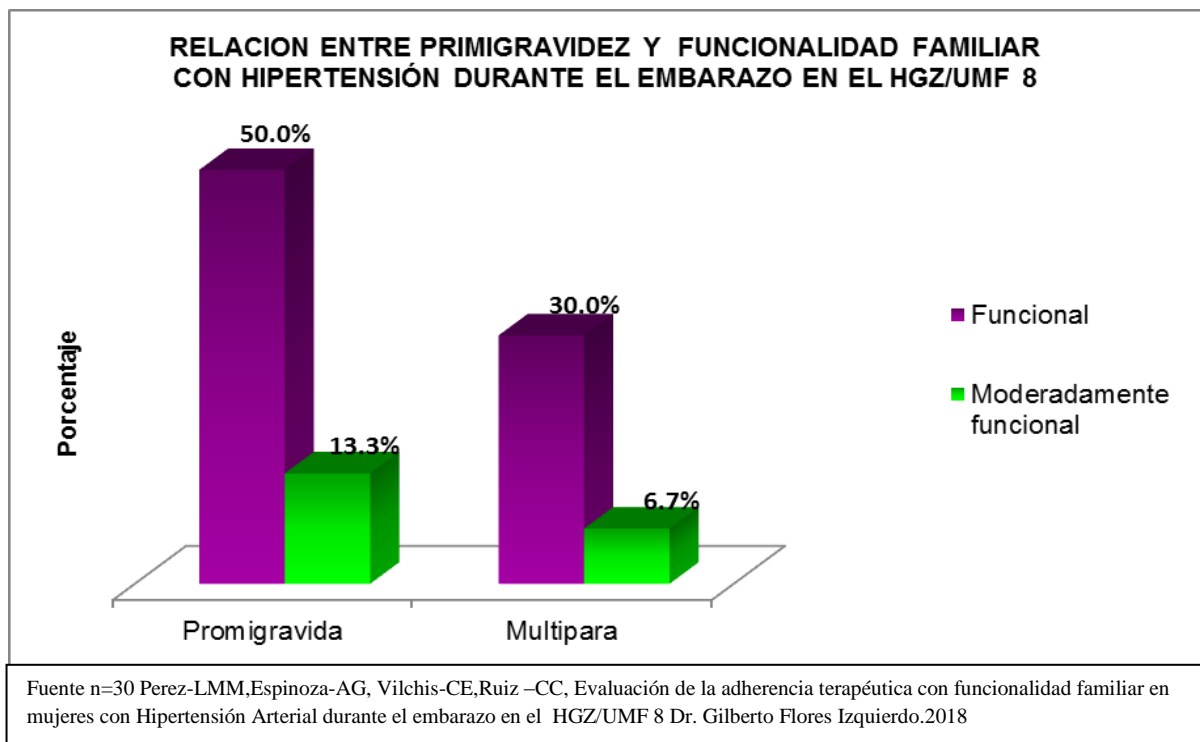


TABLA 37

RELACION ENTRE NUMERO DE PRODUCTOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Numero de productos de la gestación	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Único	23	76.7%	6	20.0%	29	96.7%
Múltiple	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 37

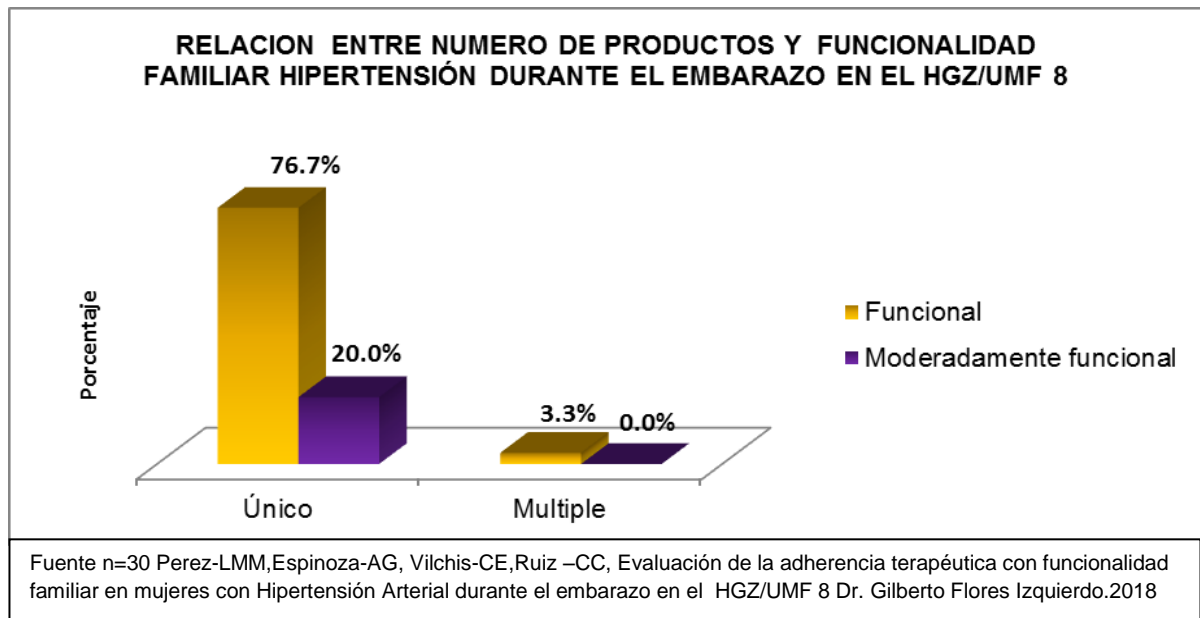


TABLA 38

RELACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Adherencia terapéutica	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Baja	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Moderada	9	30.0%	2	6.7%	11	36.7%
Alta	14	46.7%	4	13.3%	18	60.0%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 38

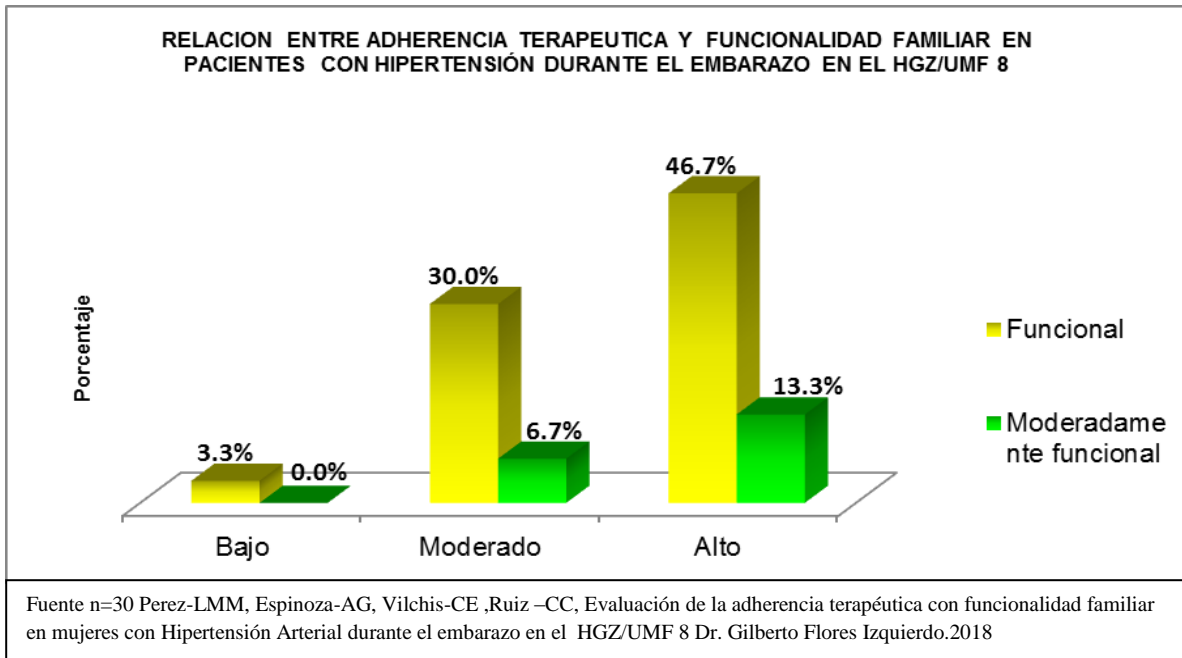


TABLA 39

RELACION ENTRE CONTROL SOBRE INGESTA DE MEDICAMENTOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Control de ingesta de medicamentos	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	3.3%	0	0%	1	3.3%
Moderado	1	3.3%	2	6.7%	3	10%
Alto	22	73.4%	4	13.3%	26	86.7%
Total	24	80%	6	20%	30	100%

Fuente n=30 Perez-LMM, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Ruiz -CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 39

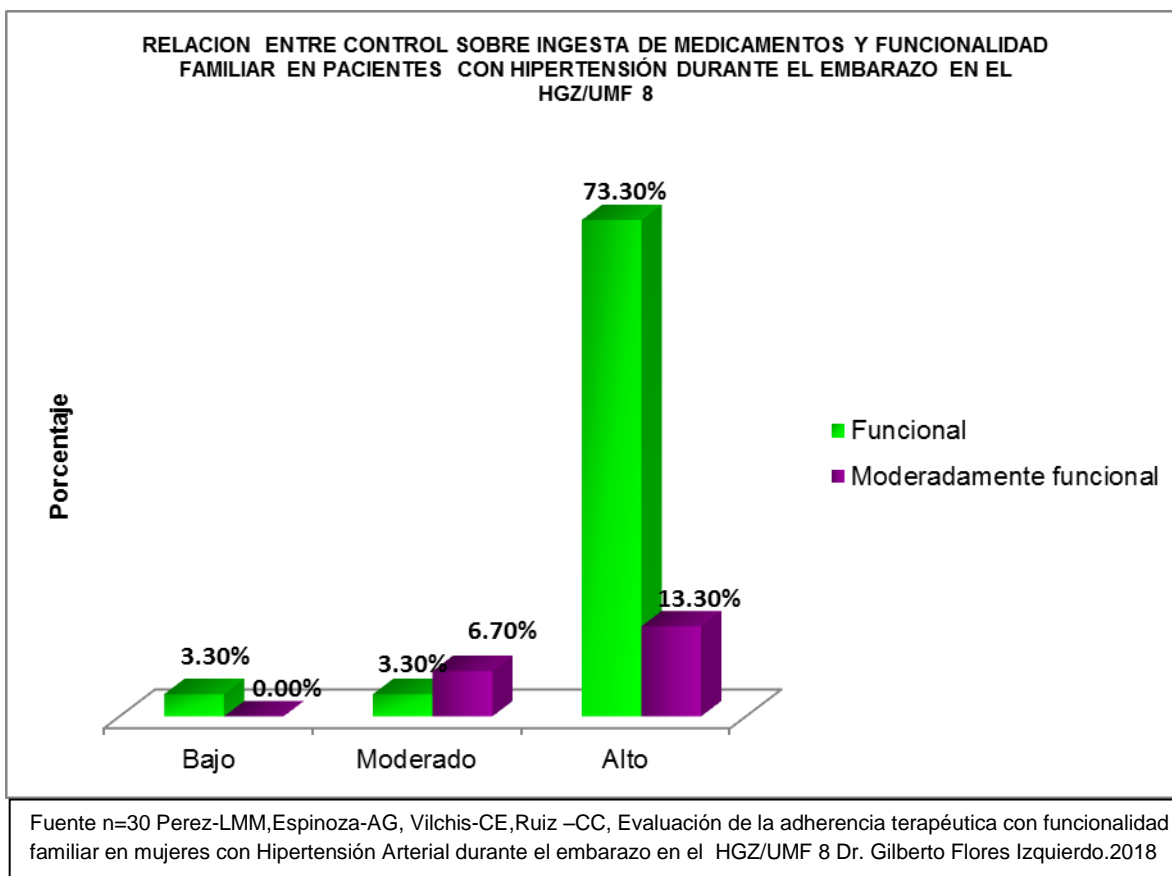


TABLA 40

RELACION ENTRE SEGUIMIENTO MEDICO CONDUCTUAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Seguimiento medico conductual	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Moderado	1	3.3%	2	6.7%	3	10.0%
Alto	22	73.4%	4	13.3%	26	86.7%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 40

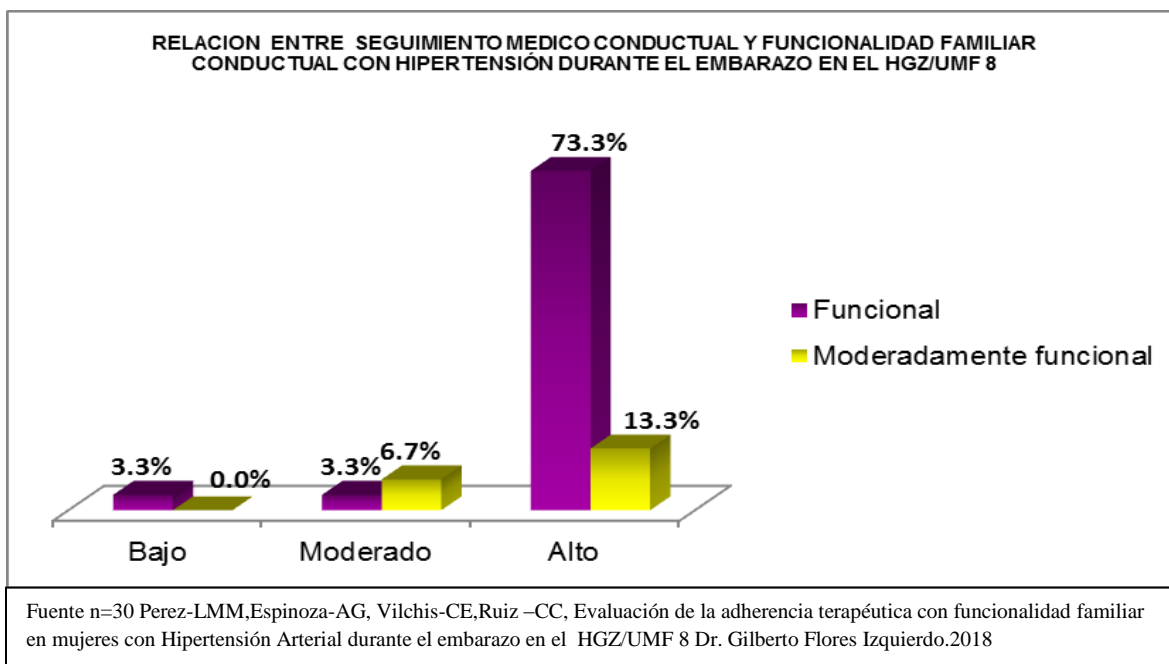
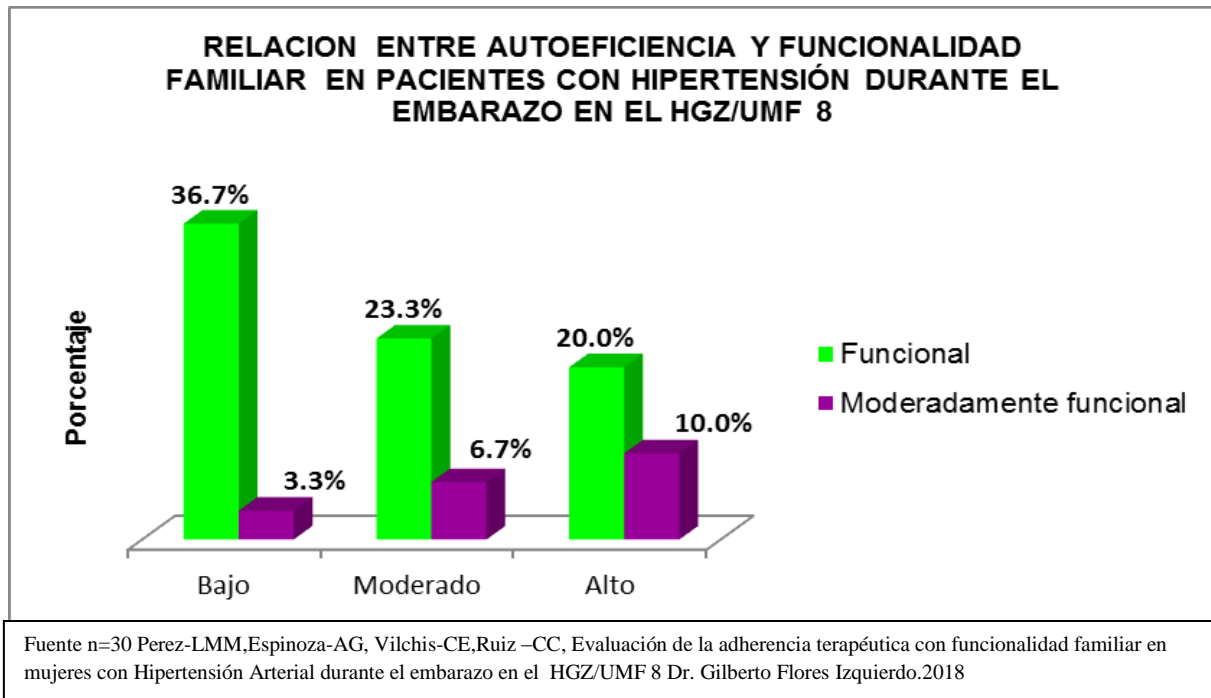


TABLA 41

RELACION ENTRE AUTO EFICIENCIA EN PACIENTES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN EL HGZ/UMF 8						
Auto eficiencia	Funcionalidad				Total	
	Funcional		Moderadamente funcional			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	11	36.7%	1	3.3%	12	40.0%
Moderado	7	23.3%	2	6.7%	9	30.0%
Alto	6	20.0%	3	10.0%	9	30.0%
Total	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%

Fuente n=30 Perez-LMM,Espinoza-AG, Vilchis-CE,Ruiz –CC, Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.2018

GRAFICA 41



Discusiones

De acuerdo al estudio realizado por Blondel B and cols. "Enquête périnatale" 2011. Francia En el estudio perinatal francés del 1% de las mujeres presentaba una HTA crónica; el 4.9% corresponde a una HTA gravídica; mientras que en el estudio de Savitz DA, and cols. "Descriptive epidemiology of chronic hypertension, gestational hypertension, and preeclampsia in New York state, 1995-2004. Matern Child Health" 2014 EEUA.; La incidencia de la HTA gravídica estaría entre el 5%, y la de la HTA crónica, entre el 1-5%, en nuestro estudio se presenta que el 20% de las pacientes estudiadas se diagnostican con hipertensión arterial crónica por el contrario de nuestra población de pacientes con hipertensión gestacional que se presentan en un 80%, teniendo en consideración que esta diferencia de cifras entre los tres estudios se debe al número de población estudiada ya que ellos abarcan las diferentes patologías hipertensivas del embarazo por otro lado el estudio realizado se enfocó hacia una población específica únicamente de pacientes con hipertensión crónica y gestacional, excluyendo a las demás patologías hipertensivas una de las causas de estas cifras tan elevadas en nuestra población pueden asociarse a la falta de cultura preventiva de enfermedad además de que la mayor parte de la población femenina mexicana de acuerdo a ENASNUT 2016 se asocia en un 76% de obesidad y sobre peso en la población el cual es uno de los factores desencadenantes de las enfermedades hipertensivas lo que nos explicaría el alto índice poblacional con el que cuenta el estudio. .

En el estudio realizado por Wendy Guzmán-Juárez and et cols. "Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia" 2012 México menciona que la menor escolaridad materna se asoció con riesgo de hipertensión gestacional, concordando con los resultados obtenidos con nuestro estudio ya que la mayor parte de nuestra población presenta una escolaridad de preparatoria en un 56% y secundaria 27%, presentándose en menor proporción en las pacientes con estudios superiores. Esta cifras tan marcadas puede asociarse al nivel de escolaridad presentada por la población de nuestro país, que como refiere la OCDE el 21% de los jóvenes de 18 años concluyen su educación media superior y solo el 17% de los jóvenes entre 25-65 años presentan un nivel de educación superior, siendo México el último lugar de los países latino americanos dentro de la lista de países que conforman esta organización, lo que influye a la aparición de las enfermedades hipertensivas en el embarazo ya que nuestra población está poco informada y capacitada para llevar acabo planes de salud y prevención de la enfermedad ocasionando que se presente más en las pacientes que cuentan con un menor nivel educativo.

En cuanto al estudio presentado por Beltrán Chaparro, and cols. "Pregnancy hypertensive states: Review" Colombia 2014 refiere que en mujeres nulíparas, entre un 6 y 17% presentan enfermedades hipertensivas del embarazo, frente a la múltipara, que es de 2 y 4%, en comparación con nuestro estudio realizado que mostró un 63% de pacientes primigravidez y un 36.7% de pacientes múltiparas siendo similar el hecho de que las pacientes que presentan una mayor incidencia de aparición de enfermedades hipertensivas son aquellas que presentan su primer embarazo, esta situación es asociada a que la patología hipertensiva es generalmente detectada en el primer embarazo.

Con respecto al estudio mencionado de M.I. González-Anglada “La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardio-vascular”, España, 2012. En este estudio transversal, encuentran un cumplimiento del 61%, lejos del 80% considerado como adecuado, pero acorde con otros estudios que muestran una adherencia del 43-78% en enfermedades crónicas. Incluso en los ensayos clínicos más exigentes, el cumplimiento de la adherencia terapéutica suele estar entre el 60-90%. En comparativo con nuestro estudio presento similitud ya que se obtuvo un 60% de alta adherencia al tratamiento presentando en límites bajos del 60% para el cumplimiento de adherencia terapéutica exigida por los estándares de cumplimiento de la misma. Este porcentaje puede ser asociado a que la población estudiada está en estrecha vigilancia médica ya que al ser una patología de alto riesgo de mortalidad las citas médicas se dan en periodos de corto de tiempo, ya que como lo dictan las guías de práctica estas están separadas de 2 a 3 semanas de diferencia para seguir la correcta vigilancia de la población.

En el estudio reportado por Elizabeth Salinas Cruz “Adherencia terapéutica” 2012 México; Factores relacionados con el entorno del paciente: Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; influye, también, la supervisión y el soporte socio familiar; de acuerdo a lo a nuestro estudio se presenta concordancia ya que las pacientes con funcionalidad familiar presentan una alta adherencia terapéutica. Mostrando así que los factores asociados a la dinámica familiar juegan un papel importante para demostrar una adecuada adherencia al tratamiento, ya que los cambios de estilo de vida y alimentación afectan en general a toda la familia, ocasionando que la red de apoyo familiar se vuelva más sólida para el beneficio y control del padecimiento de la paciente, reduciendo los riesgos de complicación durante el periodo de tiempo gestante.

En el presente estudio realizado “Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo” el cual no cuenta con estudios similares para la población estudiada se obtuvo que las pacientes con hipertensión detectada durante las semanas 9-20 de gestación presentan una mayor adherencia terapéutica a las pacientes detectadas en el 2 y 3° trimestre del embarazo, así mismo esta población es la que reporta una funcionalidad familiar del 33.3% superando a los siguientes trimestres de la gestación, lo que nos daría en esta población un mejor resultado de la terapia instaurada. Esta situación puede ser secundaria a que las pacientes detectadas durante sus primeras semanas de gestación cuentan con mayor tiempo para asimilar la importancia y complicaciones que conlleva su patología, así mismo estas pacientes llevan un seguimiento más estricto en comparación a las pacientes detectadas en el 2 trimestre ya que recordemos que son más propensas a generar complicaciones tales como síndrome de HELLP o pre eclampsia ya que cuentan con mayor tiempo de exposición al agente causal de la enfermedad.

En el proyecto presentado se muestra que las pacientes con primigravidez presentan una mayor adherencia terapéutica presentando un 27% de alta adherencia terapéutica y un 26.7% de moderada adherencia terapéutica, en comparación con las pacientes multíparas presentaron un 26% de alta adherencia y un 10% de moderada adherencia terapéutica; así mismo la población presentada como primigravida reporta un 50% que entran en el rango de familia funcional, comparando a las pacientes multigestas con un 13.3% de pacientes que entran en el rango de familia funcional, cabe destacar que la población estudiada en el presente trabajo entra en los rangos de familia funcional y moderadamente funcional de acuerdo al instrumento aplicado FF-SIL en el cual existen rangos de familias disfuncionales, en las cuales ninguna de nuestras pacientes se encuentra ubicada, esto podría dar como resultado que este tipo de pacientes tenga una mejor adherencia terapéutica ya que cuentan con un mayor grado de apoyo en cuanto a redes de apoyo familiares.

En la investigación realizada se reportó que las pacientes con un reporte de familia funcional presentan un mayor índice de alta adherencia terapéutica con un 46.7% en comparación con el rubro de familia moderadamente funcional con un índice de 13.3% en alta adherencia terapéutica esto concordando con lo anteriormente mencionado, ya que la funcionalidad familiar influye con la adherencia terapéutica como uno de los rubros más importantes asociados a la realización del seguimiento del tratamiento y medidas de salud implementadas por los servicios de salud, hemos de considerar que este proceso no ocurre de manera lineal ya que entre ellos se deben de producir complejas interacciones e integraciones para su interpretación, lo que nos lleva a dar seguimiento a la manera que funciona esta relación para instaurar procesos que faciliten el crecimiento de ambas entidades y así proporcionar un sostén adecuado de esta interacción para el beneficio de la paciente embarazada.

En nuestro trabajo se reportó que las pacientes con un rubro de seguimiento médico conductual con alta adherencia terapéutica presentan una funcionalidad familiar de 73.3% y una sección moderadamente funcional de 13.3%, en cuanto a la sección de moderada adherencia al tratamiento se localizó una población de 3.3% de pacientes con familia funcional y un 6.7% de familia moderadamente funcional, esto relacionado con las indicaciones médicas a seguir durante la permanencia del tratamiento instaurado analizando que este rubro es una asociación difícil en cuanto a la presentación de la relación de estas variables, ya que se requiere una intervención en el grado de comportamiento requerido, no solo de la paciente si no del entorno en general que la rodea.

En los resultados correspondientes a la funcionalidad familiar y la adherencia al control de ingesta de medicamentos obtenidos en nuestro estudio de investigación encontramos que las pacientes con familias funcionales presentan un mayor control sobre ingesta de medicamentos con un 73.3% reportado y un 13.3% con moderada funcionalidad, esto indica que nuestras pacientes estudiadas tienen un alto índice de relación entre las acciones tomadas por la familia y el control de medicamentos, esto puede deberse a que durante sus consultas otorgadas se ha explicado ampliamente sobre la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento lo que resulta relevante en diversos ámbitos de la vida de la paciente (económicos, sociales, laborales, familiares etc.) y ya que su correcto entendimiento en este ámbito es directamente proporcional al grado de adherencia presentada se debe de seguir capacitando consulta tras consulta a la paciente y su familia de la importancia del seguimiento de este régimen.

En el estudio presentado se reportó que dentro de la sección de auto eficiencia las pacientes presentan una baja auto adherencia asociada a pacientes con familia funcional, reportando una adherencia baja de un 36.7%, comparado a la alta auto eficiencia con familia funcional que solo representaron un 20%, esto es indicativo de la relación estrecha que mantienen las pacientes con su entorno familiar causando que cualquier alteración del núcleo familiar genere incumplimiento del tratamiento, por lo que se ha de trabajar en el empoderamiento de la paciente para que ella misma diriga su tratamiento hacia una correcta adherencia.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvo el conocimiento de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión durante el embarazo, mediante la aplicación de dos instrumentos de evaluación como corresponde al test de adherencia terapéutica y el cuestionario FF-SIL correspondiente a funcionalidad familiar, en las pacientes de la consulta externa del HGZ/UMF 8. Obteniendo resultados que podrían dar puntos clave para una oportuna intervención familiar que permita generar una mejor red de apoyo para la paciente, así mismo mencionar que nos guiaría a la formación de técnicas para estimular a la paciente al cuidado de su enfermedad tomando en cuenta que las enfermedades hipertensivas durante el embarazo corresponde al tercer lugar de causas de mortalidad materna en nuestro país, de acuerdo a la última actualización proporcionada por INEGI con un reporte de 19.6% muertes asociadas a enfermedades hipertensivas del embarazo, es por ello que nuestra investigación fue relevante ya que podrían darse puntos de intervención oportuna dentro de la familia y de las conductas de nuestras pacientes hipertensas para disminuir el número de muertes asociadas a esta enfermedad.

Otro de los alcances de nuestra investigación se relaciona a que las pacientes con hipertensión durante el embarazo tiene un mayor déficit en cuanto a la auto eficiencia correspondiente al cuidado de su patología, mostrándonos una dependencia de un personajes externos para continuar con los cuidados otorgado por los servicios de salud pertinentes.

En uno de los alcances dados en el estudio se observó que la mayor parte de las pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica y gestacional a las que se les otorga tratamiento farmacológico se encuentran con una escolaridad de secundaria y preparatoria, así como se muestra que las pacientes presentan un estado civil de unión libre y encontrándose en un rango de edad de 26-30 años siendo estas pacientes la mayor parte de nuestra población estudiada.

De las limitaciones presentadas del estudio cabe mencionar que nuestro estudio se lleva a cabo en la consulta externa de un hospital de 2 nivel donde no se tiene una gran población de pacientes ginecológicas y que estas mismas una vez captadas por los servicios de tercer nivel algunas de las pacientes de nuestra población quedan totalmente a cargo de otro nosocomio por lo que se da una migración de esa población.

Una limitación más, es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno.

En cuanto a los sesgos presentados en nuestro estudio se da en cuanto a la información previa presentada al estudio, ya que al no contar con precedentes de esta índole se cuenta con poca información que constituya una base al mismo.

De los sesgos presentados uno de ellos es que las pacientes entrevistadas estaban iniciando tratamiento farmacológico en ese momento por lo que la medición de la adherencia en ese rubro quedaba relegada de la paciente, causando la inconsistencia en el llenado de test de adherencia terapéutica en ese rubro.

El presente estudio resulta de gran importancia para la práctica asistencial en medicina familiar ya que permite conocer el rubro de adherencia en el cual se debe realizar un mayor inca pie en cuanto a la sección donde la paciente se ve con mayor deficiencia para continuar su tratamiento así como la forma de orientar a la familia y dar medidas oportunas para la prevención de las complicaciones de la enfermedad.

En un aspecto educativo nuestro estudio permite aportar un mayor dato en cuanto a cómo es que la familia influye en la adherencia terapéutica del tipo de población estudiada, y dado que esta población es de gran relevancia para nuestros servicios de salud, desarrollar técnicas o talleres que nos permitan no solo capacitar a las pacientes embarazadas, también a su familia para poder prevenir las complicaciones de la patología. Así también fortalecer los conocimientos de los médicos en formación para que puedan identificar e intervenir de manera oportuna en este grupo vulnerable de la población.

En el área de investigación se espera que el presente estudio sea un parteaguas para la realización de futuros estudios en diferentes centros de salud y niveles de atención con el objetivo de obtener y mejorar los resultados en este proyecto, así como hacer estudios comparativos en diferentes unidades para poder identificar donde se encuentran las mayores debilidades y poder fortalecerlas para ayudar al paciente de una manera rápida y oportuna.

En el rubro de lo administrativo para que al clasificar adecuadamente al paciente se eviten días de estancia hospitalaria y muertes prevenibles. Lo que favorecería la creación de nuevos programas, gestionando recursos para la creación de la obtención de presupuesto para la fundación de laboratorios de perfil toxémico de forma urgente y así dar una oportuna derivación a al siguiente nivel de atención obstétrica.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar la adherencia terapéutica asociada con funcionalidad familiar en mujeres con hipertensión arterial durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Encontrando que las pacientes con mayor funcionalidad familiar son aquellas que presentaron un mayor grado de adherencia terapéutica de acuerdo a los instrumentos de evaluación de funcionalidad familiar FF-SIL y el Test de Adherencia terapéutica.

Mostrándose así una concordancia con la hipótesis alterna planteada en el proyecto de investigación y rechazándose la hipótesis nula, concluyendo que la funcionalidad familiar se relaciona con el grado de adherencia terapéutica que muestran las pacientes embarazadas con hipertensión en el HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Debido a que las enfermedades hipertensivas durante el embarazo son cada vez más frecuentes, reportando hasta el día de hoy la segunda causa de muerte materna en nuestro país y considerando a la ciudad de México el tercer estado con mayor número de muertes maternas, lo que hace considerar de manera indispensable plantear programas de detección oportuna de las enfermedades hipertensivas, seguimiento y control de la enfermedad.

En lo que respecta a nuestro estudio se consideran los resultados obtenidos, trascendentales debido a que permite conocer un panorama actual de la adherencia terapéutica de las pacientes con hipertensión durante el embarazo en el HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” y como esta resulta modificada por la funcionalidad de la familiar de las pacientes, creando una gran relevancia en los servicios de atención primaria, generando la realización de estudios familiares de este tipo de pacientes, para generar intervenciones oportunas en la familia, generando una disminución en las complicaciones asociadas a la enfermedad.

En nuestro estudio se llegó a observar que las pacientes con diagnóstico de hipertensión durante el embarazo a pesar de tener un alto grado de adherencia terapéutica muestran que el rubro de auto control del seguimiento y tratamiento de su enfermedad esta relacionado con el control externo proporcionado por otro familiar, perdiendo el control sobre su enfermedad, lo que nos lleva a pensar que es necesario crear una estrategia para fomentar el empoderamiento de la paciente sobre su enfermedad y así proporcionar una mejor adherencia al tratamiento.

Ya que si bien es cierto que diversas bibliografías no solo asocian a adherencia terapéutica al control sobre la ingesta de medicamentos, si no que incluyen a los elementos médicos conductuales a seguir y el auto control de la patología por los pacientes, lo que refieren es que se encuentran diversos factores de esta relación, uno de los cuales son los factores familiares, se recomienda que continúe con un seguimiento para detectar alteraciones que puedan alterar el curso de la enfermedad.

Considerando la población de mujeres embarazadas se integra dentro de lo considerado como grupos vulnerables de la población, es de gran importancia la realización de un seguimiento que condicione el control de la enfermedad hipertensiva y disminución de la mortalidad de las pacientes, que como médicos familiares nos exhorta a la participación activa de la creación de medidas de detección oportuna de la patología y la creación de medidas de intervención familiar para la protección y cuidado de las pacientes.

Actualmente las investigaciones previas realizadas sobre estas pacientes son enfocadas principalmente a los factores biológicos asociados a la enfermedad, se han olvidado de los factores sociales que interviene a la generación de las complicaciones de la patología, por lo que se expresa una necesidad la generación de las intervenciones pertinentes asociadas no solo a la zona biológica si no a los factores psicosociales que intervienen en el abandono del tratamiento y desencadenante de las complicaciones obstétricas de la enfermedad, los cuales se puede modificar con cambios en la conducta de la paciente y su entorno , de una manera paulatina y de fácil realización, para la generación de mejores actitudes de adherencia terapéutica de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Bateman BT, Bansil P, Hernandez-Diaz S, Mhyre JM, Callaghan WM, Kuklina EV. Prevalence, trends, and outcomes of chronic hypertension: a nationwide sample of delivery admissions. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:134
2. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy: report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG*, 2013;122:1122-31.
4. Guidelines for the Management of Hypertension, Medical Clinics of North America. 2017; 101 (1) : 219–227.
3. Cusimano, M.C.; Pudwell, J.; Roddy, M.; Cho, C.K.; Smith, G.N. The maternal health clinic: An initiative for cardiovascular risk identification in women with pregnancy-related complications. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2014. 210; e431–e439.
4. Chaiworapongsa, T.; Chaemsaitong, P.; Yeo, L.; Romero, R. Pre-eclampsia part 1: Current understanding of its pathophysiology. *Nat. Rev. Nephrol.* 2014;10: 466–480.
5. Bulmer, J.N.; Innes, B.A.; Levey, J.; Robson, S.C.; Lash, G.E. The role of vascular smooth muscle cell apoptosis and migration during uterine spiral artery remodeling in normal human pregnancy. *FASEB J.* 2012; 26: 2975–2985.
6. Li, W.; Mata, K.M.; Mazzuca, M.Q.; Khalil, R.A. Altered matrix metalloproteinase-2 and -9 expression/activity links placental ischemia and anti-angiogenic sflt-1 to uteroplacental and vascular remodeling and collagen deposition in hypertensive pregnancy. *Biochem. Pharmacol.* 2014; 89: 370–385.
7. Lussana, F.; Coppens, M.; Cattaneo, M.; Middeldorp, S. Pregnancy-related venous thromboembolism: Risk and the effect of thromboprophylaxis. *Thromb. Res.* 2012; 129: 673–680.
8. Hall M, George E, Granger J. El corazón durante el embarazo. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(11):1045-50.
9. Ghio, A.; Bertolotto, A.; Resi, V.; Volpe, L.; di Cianni, G. Triglyceride metabolism in pregnancy. *Adv. Clin. Chem.* 2011; 55: 133–153.
10. Emet, T.; Ustuner, I.; Guven, S.G.; Balik, G.; Ural, U.M.; Tekin, Y.B.; Senturk, S.; Sahin, F.K.; Avsar, A.F. Plasma lipids and lipoproteins during pregnancy and related pregnancy outcomes. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2013; 288: 49–55.
11. Base de datos de muertes maternas. México, Sistema Nacional de Información en Salud. Consultada : https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55879/MMAT_2016_SE05.pdf (4 octubre 2016).
12. hipertencion in pregnancy, Americam Colleges of Ginecologista, Women Healt Care Physicians. 2013;14:23-45

13. Walfisch A, Al-maawali A, Moretti ME, Nickel C, Koren G. Teratogenicity of angiotensin converting enzyme inhibitors or receptor blockers. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31(6):465-72.
14. Gynecologists. ACOG Practice Bulletin N°125: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2012; 119(2 Pt1):396-407.
15. Noboa O, Pérez M, et al. Capítulo 5. Estados hipertensivos en el embarazo. Disponible en: [http:// www.suc.org.uy/pdf/consenso%20ha3.pdf](http://www.suc.org.uy/pdf/consenso%20ha3.pdf). (Consultado el 21/6/2017).
16. Lotufo FA, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. *Clinics.Sao Paulo.*2012;67(3):225e30.
17. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016 February 6;387(10018):587e603.
18. Martín Rosas-Peralta, Gabriel Borrayo- Sánchez, Alejandra Madrid-Miller. Hipertensión during pregnancy: The Challenge continues, *Rev Med Int Mex Seguro Soc* 2016;54 : 12-22
19. Khaled Abduljalil, Penny Furness, Trevor N Johnson et cols, Anatomical, Physiological and Metabolic Changes with Gestational Age during Normal Pregnancy A Database for Parameters Required in Physiologically Based Pharmacokinetic Modelling, *Clin Phaimacoklnet* 2012;5i (6): 365-396.
- 20 Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, et al. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976–2008. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205(1):51.e51–51.e58.
- 21 Thomas SH, Yates LM. Prescribing without evidence—pregnancy. *Br J Clin Pharmacol.* 2012; 74(4):691–697.
22. Hebert MF, Zheng S, Hays K, et al. Interpreting tacrolimus concentrations during pregnancy and postpartum. *Transplantation.* 2013; 95(7):908–91
23. Al Khaja KAJ, Sequeira RP, Alkhaja AK, Damanhori AH. Drug treatment of hypertension in pregnancy: a critical review of adult guideline recommendations. *J Hypertens.* 2014;32(3):454-63.
24. Bramham K, Nelson-Piercy C, Brown MJ, Chappell LC. Postpartum management of hypertension. *BMJ.* 2013;346:f894.
25. Perni U, Sison C, Sharma V, Helseth G, Hawfield A, Suthanthiran M, et al. Angiogenic factors in superimposed preeclampsia: a longitudinal study of women with chronic hypertension during pregnancy. *Hypertension* 2012;59(3):740-6.
- 26 Kasawara K, do Nascimento S, Costa M, Surita F, Silva J. Exercise and physical activity in the prevention of pre-eclampsia: systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91(10):1147-57.
- 27-Corzo Coello S. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Atención Primaria.* Vol.21. Marzo 1998.

28 Saray del Carmen Contreras –Palacios, Maria Avalos – Garcia, Heberto Romerto Priego Alvarez, Manuel Higinio Morales – Garcia. Síndrome de Burnout, Funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. Horizonte Sanitario. 2013.12(2); 45-57.

29 Ivania Vera, Roselma Lucchese, Adelia Yaeko Nakatani. Family functionality in oldest old household residents. Rev Bras Enferm. 2015;68(1) 61-68.

30 Rocío Soria Trujano ; Zaira Vega Valer ; Carlos Nava Quiroz y Karina Saavedra Vázquez, Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. liber. 2011;17 (2):45-59

31 infac ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS 2011;19 (1) .

32 Alejandra Caqueo-Urizar, Alfonso Urzúa, Koen De Munter, Rodrigo Ferrer etcols. Comparing Family Functional perception between non- Aymara and indigenous aymara families in northern Chile, Social Behavior and personality , 2015; 43 (6): 1021, 1034.

33. Leticia Casanova-Rodas, María Luisa Rascón-Gasca, Humberto Alcántara-Chabelas, Alejandra Soriano-Rodríguez, Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental, Salud Mental 2014;37:443-448.

34 Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J, VA Naltrexone Study Group 425. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. Value Health. 2002;6(5):566-573.

35 David Lawrence MD, James H. Miller MD, Charles W. Flexner, Medication Adherence. JCPH. 2017;(4): 422-427.

36 M. T. Brown and J. K. Bussell, "Medication adherence: WHO cares?" Mayo Clinic Proceedings. 2011; 86,(4): 304–314.

37 Wai Yin Lam, Paula Fresco. Medication Adherence Measures: An Overview. BioMed . 2015;15: 1-13

38 Teodoro Aguilar-Rivera,* Akihiko Mizuki González-López,** Armando Pérez-Rosete, Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal, Aten Fam 2014;21(2):51-54.

ANEXOS

TABLA

Anexo 1

Clasificación de la hipertensión
I. Hipertensión gestacional. a. Sistólica < 160 mmHg b. Diastólica < 110 mmHg Sin proteinuria y sin síntomas
II. Pre eclampsia > 20 semanas y proteinuria a. Proteinuria. i. >300 mg/24 hrs o ii. Proteínas / creatinina >0.30 o iii. > 1+ en lastik
III. Pare eclampsia con criterios de severidad: nuevo episodio de hipertensión con cualquiera de los siguientes síntomas. a. Hipertensión severa. i. Sistólica >160 mmhg ii. Diastólica > 110 mmHg. 1. Persistencia severa de síntomas cerebrales 2. Trombocitopenia : 100 000 /mm ³ 3. Elevación de enzimas hepáticas >2 veces el límite normal 4. Edema pulmonar 5. Creatinina sérica 1.1 mg/dl
IV. Hipertensión crónica a. Hipertensión antes del embarazo b. Hipertensión antes de las 20 sdg
V. Pre eclampsia superpuesta a. Exacerbación de la hipertensión. b. Nuevo episodio de proteinuria c. Incremento de proteinuria de niveles basales
VI. Pre eclampsia sobre añadida con criterios de severidad .

Anexo 2

ITEMS	ALPHA
1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual	.830
2. No importa que el tratamiento sea largo , siempre ingiero los medicamentos a la hora indicada	.831
3. Si tengo que seguir una dieta rigurosa la respeto	.786
4. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcoholicas , si el medico me lo recomienda	.792
5. Como solo aquellos alimentos que el medico me permite	.804
6. Si el medico me inspira confianza sigo el tratamiento.	.839
7. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo , lo hago	.872

Anexo3

ITEMS	ALPHA
1. Me hago análisis en los periodos que el medico me indica	.718
2. Asisto a mis consultas de manera puntual	.694
3. Atiendo a todas las recomendaciones del medico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud	.724
4. Después de haber terminado el tratamiento regreso a consulta si el medico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	.705
5. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	.779
6. Como me lo recomienda el medico me hago análisis clínicos periódicamente aunque no este enfermo	.753
7. Me inspira confianza que el medico demuestre conocer mi enfermedad	.768

Anexo 4

Nivel de adherencia	Rangos
Bajo	0-54
Moderado	55-74
Alto	75-100



ENCUESTA APLICATIVA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL CENTRO
GACIÓ No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

TÍTULO DEL PROYECTO:

**“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON HIPERTENSION GESTACIONAL
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

Nombre:

No. De folio: _____

Edad: _____ No de Seguridad Social

Sexo: 1() Femenino 2() Masculino

Estado laboral: 1() Empleado 2() Desempleado

Religión: 1() Católica 2() Cristiana 3() Ninguna 4() Otra

Escolaridad: 1() Ninguna 2() Primaria 3() Secundaria 4() Preparatoria 5()
Universidad 6() Posgrado

Estado civil: 1() Soltero 2() Casado 3() Divorciado 4() Viudo 5() Unión libre
Se conocía usted con hipertensión 1. SI () 2.No()

En caso de reciente diagnóstico de la enfermedad , en que semana se realizó el
diagnostico de Hipertensión Gestacional

Es su primer embarazo 1. SI() 2. NO () Este embarazo es: 1. UNICO ()
MULTIPLE ()

Se conoce usted con diagnóstico de hipertensión arterial 1. Si () 2 No ()
Toma algún medicamento Si() No ()

Anexo 5

Test de Funcionalidad Familiar

En el siguiente test marque con una X la respuesta que más concuerde con la situación vivida dentro de su familia

ITEMS	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás ayudamos					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Anexo 6

TEST DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

Marque del 1-100 en la columna de la derecha la frecuencia con la que realiza las actividades mencionadas en la columna izquierda

Ítems	
Ingiero mis medicamentos de manera puntual	
No importa que el tratamiento sea largo , siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada	
Me hago los análisis en los periodos que el medico indica	
Si tengo que seguir una dieta rigurosa , la respeto	
Asisto a mis consultas de manera puntual	
Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud	
Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero si el médico me lo ordena	
Como solo aquellos alimentos que el medico permite	
Si el médico me inspira confianza , sigo el tratamiento	
Después de haber terminado el tratamiento ,regreso a consulta si el medico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	
Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos , estoy más seguro de lo que tengo y me apego al tratamiento	
Si mi enfermedad no es peligrosa , pongo poca atención en el tratamiento	
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar el medicamento	
Cuando los síntomas desaparecen dejo de tomar el tratamiento aunque no este concluido	
Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento	
Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo lo hago	
Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me lo recuerden que debo tomar mis medicamentos	
Como me lo recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo	
Si se sospecha que mi enfermedad es grave hago lo que este en mis manos para aliviarme	
Aunque el tratamiento sea complicado lo hago	

Anexo 7



**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: Evaluación de la adherencia terapéutica con funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el "Hospital General de Zona HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto flores Izquierdo."

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Hospital general de zona con unidad de medicina familiar "Dr Gilberto Flores Izquierdo"

Número de registro: En tramite

Justificación y objetivo del estudio: Las enfermedades hipertensivas durante el embarazo son una de las principales causas de muerte durante el embarazo el estudio busca plantear alternativas terapéuticas que no solo incluyan al personal médico sino también la asociación que tiene la funcionalidad familiar en este tipo de patologías.

Procedimientos: Se aplicara test de adherencia terapéutica y test de funcionalidad familiar

Posibles riesgos y molestias: Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Ayudar a implementar medidas para el control de Hipertensión gestacional y disminuir el riesgo de mortalidad materna

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto

Privacidad y confidencialidad: El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

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

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar, HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Mat 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.

Colaboradores:

Dr. Gilberto, Espinoza Anrubio CCEIS del HGZ/UMF#8, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF#8, Mat 99374232, Teléfono 55506422 ext. 28235 Cel: 5535143649 Fax: No Fax. Dra. Pérez Labra Mariana Michel Residente HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 97370304 Teléfono: 55392104721 Fax: Email: dra.michplabra@gmail.com

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 _____

PEREZ LABRA MARIANA MICHEL.
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
HGZ/UMF No 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TITULO DEL PROYECTO: Evaluación de la adherencia terapéutica asociada a la funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el "Hospital General de Zona HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto flores Izquierdo."

2016-2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X	X									
OBJETIVOS				X	X							
HIPOTESIS						X	X					
PROPOSITOS								X	X			
DISEÑO METODOLOGICO									X			
ANALISIS ESTADISTICO									X			
CONSIDERACIONES ETICAS										X		
RECURSOS									X	X	X	
BIBLIOGRAFIA												
ASPECTOS GENERALES											X	X
ACEPTACION												X

Elaboró: Perez Labra Mariana Michel



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
HGZ/UMF No 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TITULO DEL PROYECTO: Evaluación de la adherencia terapéutica asociada a la funcionalidad familiar en mujeres con Hipertensión Arterial durante el embarazo en el "Hospital General de Zona HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto flores Izquierdo."

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS		X	X									
ALMACENAMIENTO DE DATOS				X	X							
ANALISIS DE DATOS						X	X					
DESCRIPCION DE DATOS								X	X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL									X	X	X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	X
PUBLICACION												X

Elaboro: Pérez Labra Mariana Michel