



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

PRESENTA:

DRA. SOLIS TERÁN MÓNICA NORELI
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO
HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 99167553. Teléfono: 7223942282. Fax: No Fax.
Email: mony_948@hotmail.com.

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
DIRECTOR DE TESIS
Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación Doctor en Ciencias de la Familia
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar
HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
ASESOR METODOLÓGICO
Médico Familiar, 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 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

DR. SANCHEZ PINEDA JORGE
ASESOR CLÍNICO
Médico Familiar. Adscrito al HGZ/UMF No, 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
E-mail: jomshuk@gmail.com.
HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 99379893 Tel: 5540432002 Fax: No Fax

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2018
No. DE REGISTRO: F 2018-3605-21





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Solis Teran Mónica Noreli ⁽¹⁾, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto ⁽²⁾, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo ⁽³⁾, Dr. Sánchez Pineda Jorge ⁽⁴⁾

⁽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⁾ Médico Familiar. Adscrito al servicio de la CE de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

OBJETIVO: Determinar el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a la consulta externa HGZ/UMF No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y METODOS: Estudio Prospectivo, descriptivo, transversal y No comparativo, tamaño de muestra de 228 pacientes (intervalo de confianza del 90%) que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar. Criterios de inclusión: Portadores de Hipertensión Arterial Sistémica, mayores de 18 años, derechohabientes del IMSS, sin distinción de género, ocupación, o estado civil. Instrumento de medición: cuestionario de Martin-Bayarre-Grau (MBG).

RESULTADOS: Se estudió a 228 pacientes, la media de edad fue de 67 años con una desviación estándar de 13.040. Se encontraron 66.7% femeninos y 33.3% masculinos. En cuanto a la adherencia terapéutica se encontró que 29.4% tenían adherencia total al tratamiento antihipertensivo, 70.2% tuvieron adherencia parcial y 0.4% no adheridos. Respecto al nivel socioeconómico hubo predominó del nivel bajo-alto con 55%, 78.6% tienen un buen control de la enfermedad. 41.6% eran amas de casa. 43% tenían escolaridad primaria y 72% tenían un control adecuado de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran que los pacientes tienen un mayor porcentaje de adherencia subóptima o inadecuada, de estos en su mayoría pertenecían al sexo femenino, tenían una edad entre 40 – 69 años, eran amas de casa, la mayoría tenían escolaridad y nivel socioeconómico bajo. El control de la enfermedad no fue impactante para la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Palabras clave: Adherencia, tratamiento, hipertensión arterial, control de la enfermedad.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

{ }

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
DIRECTOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. JORGE SANCHEZ PINEDA
ASESOR CLÍNICO
MEDICO FAMILIAR. ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR # 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

AGRADECIMIENTOS

“Donde quiera que el arte de la medicina es amado también hay un amor a la humanidad”

-Hipócrates-

A mi Madre, por enseñarme a luchar, a nunca rendirme y por el esfuerzo que hizo para impulsar mi vuelo.

A mi Padre, por mostrarme la importancia del respeto, el orden y la responsabilidad.

A mis hermanas por la confianza depositada en mí y todo el cariño que me brindan

Para Roberto, Gracias por el apoyo y todo el amor que me has brindado.

Para mis maestros, guías y ejemplos de sabiduría, habilidad y valores.

A mis compañeros y amigos por hacer más ameno el camino al éxito.

INDICE

1. MARCO TEÓRICO	9
2. ANTECEDENTES	19
3. JUSTIFICACION	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5. OBJETIVOS	23
6. HIPÓTESIS	23
7. MATERIAL Y MÉTODOS	24
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
9. POBLACION O UNIVERSO	26
10. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	26
11. MUESTRA	26
12. CRITERIOS	27
13. VARIABLES	28
14. DISEÑO ESTADÍSTICO	32
15. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	32
16. MÉTODO DE RECOLECCIÓN	33
17. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	34
18. CRONOGRAMA	35
19. CONSIDERACIONES ETICAS	37
20. RECURSOS	38
21. RESULTADOS	39
22. DISCUSIONES	61
23. CONCLUSIONES	66
24. BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	70

MARCO TEÓRICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DEFINICIÓN

La hipertensión arterial sistémica, es uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en las sociedades modernas, entre ellas la mexicana. Es definida como un padecimiento de índole multifactorial caracterizado por la elevación sostenida de la tensión arterial sistólica y/o la tensión arterial diastólica $\geq 140/90$ mm Hg ¹.

EPIDEMIOLOGÍA

En México la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 25.5%, y de estos el 40% desconocía que padecía esta enfermedad. La proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada ($<140/90$ mm Hg) es de 58.7%. Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reporto tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial. La prevalencia según el género no tuvo gran variabilidad, con un 24.9% en hombre y un 26.1% en mujeres. Según la edad, la prevalencia por diagnóstico médico fue 12.8 más baja en el grupo de 20 a 29 años que en el grupo de 60 años o más. La edad promedio de la población es de 61 años, No se observaron diferencias estadísticamente significativas de la prevalencia de la hipertensión arterial entre las regiones geográficas ni entre las localidades rurales y urbanas. La prevalencia de hipertensión arterial entre quienes fueron diagnosticados y no sabían que tenían esta enfermedad (hallazgo), fue mayor en la Ciudad de México que en la región norte o en el centro. En varios casos estudiados la primaria es la escolaridad máxima reportada. Medicina Familiar es el servicio más utilizado con 8437 visitas al año en promedio por hipertenso. En el escenario promedio el servicio más costoso y utilizado por los pacientes hipertensos, por año fue el de medicina familiar con 1554 pesos por paciente, seguido por el día cama en cardiología de 547 pesos. En la seguridad social el costo anual de la atención del hipertenso en el escenario promedio fue de 1067 pesos. El costo total de la hipertensión en México para el escenario correspondió a 17,953 millones de pesos, de acuerdo con una población de hipertensos estimada en 13,704,573. El gasto anual en hipertensión arterial equivale a 13.95% del presupuesto destinado a la salud en México. La hipertensión causa cada año la muerte de 9 millones 400,000 personas en el mundo, es responsable de 45% de los infartos al miocardio y el 51% de los eventos vasculares cerebrales. Afecta principalmente a países de ingresos medios y bajos ²

FACTORES DE RIESGO

El análisis e identificación de potenciales factores de riesgo para la hipertensión ha llevado al estudio de numerosas variables, que pueden influir en la aparición de cifras de tensión arterial elevada y su control, que tengan importantes implicaciones entre las que figuran: edad, raza, tabaquismo, antecedentes familiares, menopausia, hábitos nutricionales, obesidad, sedentarismo, entre muchos otros ³.

El manejo integral de la hipertensión debe abarcar tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas. Se ha encontrado mayor prevalencia en el grupo etario de 40 – 59 años de edad, mayor predominio en el género masculino, mayor asociación con estratos socioeconómicos altos; existe una asociación significativa en pacientes con antecedente familiar de hipertensión arterial sobre todo en familiares de primer grado hipertensos, mayor asociación con la presencia de obesidad según el índice de masa corporal sobre todo al ser igual o mayor de 30 kg/m², así también se ha encontrado mayor riesgo en pacientes con elevada ingesta calórica y bajo consumo energético, esto junto con determinados elementos dietéticos como el alto consumo de grasas saturadas y la elevada ingesta de sal. Los mecanismos por los que estos determinantes ambientales producen hipertensión y favorecen el desarrollo de enfermedad cardiovascular no están del todo esclarecidos ⁴

FISIOPATOLOGÍA DE LA REGULACIÓN DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA

La hipertensión se clasifica generalmente como primaria (esencial) y secundaria. Generalmente la hipertensión secundaria tiene una edad de inicio precoz, sin antecedentes familiares y una causa clara, como un trastorno renal o endocrinológico, o un desencadenante iatrogénico, como el uso de anticonceptivos orales de manera inadecuada. Por el contrario, la hipertensión primaria o esencial surge sobre todo en la edad media o avanzada como resultado de la interacción entre el estilo de vida y los factores genéticos. Diversos estudios han evidenciado la influencia de la genética en el desarrollo de la hipertensión. Se sabe que es una enfermedad multifactorial y generalmente poligénica. Sin embargo, un 5% son de causa mono-genética, es decir que se transmite por un solo gen, mayoritariamente relacionada a la regulación de sodio. En las familias hipertensas 30 – 60% de sus miembros tienen base genética. El 40% de las personas con hipertensión tienen asociada hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2. Un mecanismo muy importante que considerar es el sistema nervioso simpático ya que el incremento de su actividad está asociado a la presión alta. La mayor contractilidad vascular ocasiona mayor resistencia periférica, incremento en el gasto cardiaco y retención de líquidos. Se genera un desbalance autonómico, aumenta el tono simpático y disminuye el parasimpático, esto contribuye a que la frecuencia cardiaca aumente. Por lo tanto, aumenta la presión, además ocasiona aumento de la proliferación de células musculares lisas en los vasos sanguíneos, aumenta la presión diastólica y genera mayor resistencia vascular. En los hipertensos los baroreceptores y quimiorreceptores que monitorizan y controlan los cambios en la presión arterial están alterados y son reajustados a niveles más altos, por lo que los vasos tienen que distenderse más de lo normal para enviar la señal, estos reajustes se dan por la acción de la angiotensina II y de la endotelina, los cuales son vasoconstrictores y dificultan la distensión de los vasos. La endotelina está implicada en el proceso de regulación de la proliferación celular y de remodelamiento vascular a través de la hiperplasia e hipertrofia del musculo liso vascular. Posteriormente la estimulación simpática renal provocara la contracción de las arterias aferentes y eferentes activando el Sistema Renina Angiotensina, llevando a la reabsorción de sodio y agua que culmina aumentando la presión. El Sistema Renina Angiotensina induce estrés oxidativo a nivel tisular, llegando a producir cambios tanto estructurales como funcionales, especialmente disfunción endotelial, generando vasoconstricción, liberación de noradrenalina y modulación del transporte del sodio por las células tubulares renales. Los pacientes hipertensos tienen reactividad vascular aumentada, se sabe que esta puede ser de origen genético. A esto se suma los cambios estructurales que hay durante el envejecimiento como el endurecimiento de las arterias por perdida de la elasticidad y por reducción en la síntesis de óxido nítrico que incrementa la presión arterial sistólica aisladamente. La presión elevada genera vasoconstricción de la arteria renal aferente, lo que es percibido como una caída del volumen y una disminución de la presión arterial por el riñón, este responde secretando renina y convirtiendo el angiotensinógeno en angiotensinógeno I y luego en angiotensinógeno II por la enzima convertidora de angiotensina. La hipertensión crónica es causada por el daño endotelial que inhibe los factores de relajación.

CUADRO CLÍNICO

Para poder integrar un diagnóstico se recomienda investigar los signos y síntomas. Signos como polipnea, ingurgitación yugular, edemas, déficit neuromotor, soplos cardiacos y arritmias. Síntomas como cefalea pulsátil, acufenos, fosfenos, estado nauseoso, angina y disnea. Tanto en los pacientes con diagnóstico de HAS (hipertensión arterial sistémica) como en los que no saben que la padecen, se debe interrogar y explorar datos de vasoespasmo o repercusión a órgano blanco, sobre todo para realizar diagnóstico oportuno ⁶.

MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

Es importante estandarizar el procedimiento de la toma de tensión arterial. La medición debe efectuarse después de por lo menos, cinco min en reposo; El paciente debe abstenerse de fumar, tomar café, productos con cafeína, por lo menos 30 min antes de la medición; debe estar en una posición y condiciones cómodas. La TA (tensión arterial) se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón; En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la TA debe ser medida en ambos brazos. La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos. Se podrá utilizar esfigmomanómetro mercurial, aneroide u oscilométrico. Estos equipos se calibrarán dos veces al año. Se pueden emplear esfigmomanómetros electrónicos que registren sobre la arteria humeral y que ya hayan sido aprobados por organismos reguladores internacionales. No se recomiendan los que se aplican sobre la muñeca o el dedo. El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo, y para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y el largo, de 24 cm. El menisco del mercurio o la aguja del aneroide deben coincidir con el cero de la escala, antes de empezar a inflar; Se colocará el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo; Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la TAS (tensión arterial sistólica); Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral, por fuera del manguito; Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm Hg por arriba del nivel palpatorio de la TAS y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mm Hg; La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la TAS y el quinto, la TAD (diastólica); Los valores se expresarán en números pares, a excepción de los electrónicos; En caso de la presencia de arritmias como la fibrilación auricular, deben hacerse tres mediciones repetidas, con intervalos de 5 min; En caso de encontrar diferencia en el registro de los dos brazos de más de 10 mm Hg se sospechará la presencia de obstrucción vascular en el miembro con menor cifra, y El valor de la TAS y de la TAD que se registre, corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de 5 min ⁷.

DIAGNOSTICO

El paciente con sospecha de hipertensión en el examen de detección deberá acudir a confirmación diagnóstica sin medicación antihipertensiva y sin cursar alguna enfermedad aguda. Se considera que una persona tiene hipertensión arterial, si la tensión arterial corresponde a cifras $\geq 140/90$ o que corresponda con la clasificación (ver anexo 1). El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos 3 mediciones realizadas en intervalos de 3 a 5 min dos semanas después de la detección inicial. Cuando la TAS y la TAD, se ubican en diferentes etapas de la hipertensión se utilizará el valor más alto para clasificarlo. Se puede establecer un diagnóstico además con mediciones ambulatorias de la presión arterial también denominado MAPA, con aparatos automáticos debidamente calibrados y validados, en lapsos de tiempo determinados, 24 horas, diurnas y nocturnas, este tipo de medición permite correlacionar mejor el daño a órgano blanco, predice mejor el riesgo cardiovascular y mide con más precisión la reducción de la TA debida al tratamiento. La medición de la tensión arterial en el hogar, el promedio de estas mediciones durante semanas también es un buen método para el diagnóstico y también predice mejor el daño a órgano blanco. Según el tipo de registro, la equivalencia de hipertensión: en consultorio se considera ≥ 140 y/o ≥ 90 mm Hg, MAPA diurno ≥ 135 y/o ≥ 85 , MAPA nocturno ≥ 120 y/o ≥ 70 mm Hg, MAPA 24 h ≥ 130 y/o 80 mm Hg, Domiciliario ≥ 135 y/o ≥ 85 ⁸.

CLASIFICACIÓN

Para la clasificación de la enfermedad, de acuerdo con las cifras de tensión arterial en el consultorio, se deben de tomar siempre las cifras sistólica o diastólica más altas. Los pacientes con tensión arterial limítrofe tienen un mayor riesgo de desarrollar HAS, si además tienen antecedentes de familiares consanguíneos afectados por la enfermedad, obesidad, ingestión excesiva de sal y alcohol o enfermedad renal crónica. En cuanto a fines de clasificación la JNC 8 no difiere su clasificación con la JNC 7 Report de los Estados Unidos: a la presión óptima le llaman normal, la subóptima y limítrofe la integran en prehipertensión, mientras que la hipertensión grado 2 y 3 la integran como hipertensión grado 2. En la guía de práctica para el manejo de la hipertensión arterial de la ESH- ESC 2013, a la presión subóptima la llaman normal, a la limítrofe la llaman normal alta ⁹.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Una vez confirmada la existencia de hipertensión arterial debemos plantearnos el inicio del tratamiento de esta, que debe comenzar siempre con las medidas higiénico- dietéticas, independientemente del grado de hipertensión. La realización de ejercicio físico moderado durante 30-60 minutos diarios se ha demostrado como saludable desde el punto de vista cardiovascular (disminuye la TA de entre 4 y 9 mm Hg), practicado regularmente de 3 – 4 días a la semana. Las actividades recomendadas van desde una caminata durante 30 – 60 min a velocidad aprox. 5 km/h, por terreno llano, otras actividades recomendadas es el uso de la bicicleta estática o dinámica y nadar a ritmo suave. Puede complementarse con pilates, gimnasia de mantenimiento o yoga, entre otros. La disminución en la ingesta de sal supone un descenso de la TA de entre 2 y 8 mm Hg. Dicha restricción puede ser leve (< 6 g/día), moderada (< 3 g/día) o en casos más refractarios severa (< 2 g/día). Se ha demostrado que la dieta mediterránea o dieta tipo DASH, basada en el consumo de frutas, verduras, legumbres y aceite de oliva, consigue reducciones adicionales de las cifras de presión arterial en los hipertensos de entre 8 y 14 mm Hg. La restricción del consumo de alcohol a un máximo de 1 – 2 unidades al día, siendo preferible el consumo de entre las bebidas alcohólicas el vino y la cerveza. El control del peso es otro elemento importante puede disminuir las cifras de TA entre 5 y 20 mm Hg, una reducción de un tercio del exceso de peso puede ser suficiente ¹⁰.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El primer paso para el tratamiento de la hipertensión arterial es establecer cifras meta e iniciar medicamentos antihipertensivos según la edad y la existencia de comorbilidades: En pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica con edad ≥ 60 años: < 150/90 mm Hg. Pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica con edad < 60 años: < 140/90. Pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica: < 140/90 mm Hg. Existe una gran variedad de medicamentos antihipertensivos, en la población general (sin diabetes o insuficiencia renal) el tratamiento de inicio comprende fármacos de primera línea: diuréticos tiazídicos (o clortalidona), beta-bloqueadores, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), calcio antagonista de acción prolongada ¹¹.

Los tratamientos de segunda línea constituyen la combinación de 2 o más fármacos de la primera línea. Se recomienda iniciar el tratamiento como monoterapia, utilizando diuréticos tiazídicos. Antes de agregar un 2º o 3º fármaco en el régimen elegido, se sugiere administrar las dosis máximas de los fármacos prescritos que sean toleradas por el paciente. En caso de requerir la combinación de 3 fármacos se recomienda: 1) tiazidas, 2) + IECA o ARA II, 3) + calcio- antagonistas. No se permite combinar IECA y ARA II en un mismo régimen terapéutico. Cuando la TAS ≥ 160 mm Hg y/o TAD ≥ 100 mm Hg sin daño a órgano blanco ni otros factores de riesgo se debe iniciar tratamiento farmacológico. En el caso de la hipertensión sistólica aislada no controlada se sugiere la combinación de 2 fármacos de primera línea o en presencia de eventos adversos utilizar alfa-bloqueadores, IECA o calcio antagonista. El inicio inmediato del tratamiento farmacológico se recomienda en personas con TAS ≥ 180 mm Hg y TAD ≥ 110 mm Hg con cualquier nivel de riesgo cardiovascular. En el caso de la hipertensión resistente considerar el uso de espironolactona a dosis de 25 mg cada 24 horas, vigilando su utilización en enfermos con disminución de la tasa de filtrado glomerular. Así también hay ciertas especificaciones en cuanto a la elección del fármaco según las comorbilidades ¹².

COMPLICACIONES

La hipertensión arterial duplica el riesgo de cardiopatía isquémica (como infarto agudo al miocardio y muerte súbita) y triplica el riesgo de insuficiencia cardiaca congestiva. Es el principal factor de riesgo para el desarrollo de eventos vasculares cerebrales, tanto isquémicos como hemorrágicos. La encefalopatía hipertensiva es una forma especial del Sistema Nervioso Central, que se produce como consecuencia de una elevación de la TA por encima del límite superior de la autorregulación, puede conducir a edema y/o hemorragia cerebral. La nefroangioesclerosis producida por la hipertensión arterial, después de la diabetes, es la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica terminal ^{13,14}.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Según la Real Academia Española el apego se define como la afición o inclinación hacia alguien o algo y la adherencia se define como termino físico, la resistencia tangencial que se produce en la superficie de contacto entre dos cuerpos cuando se intenta que uno se deslice sobre otro. Estos dos términos suelen confundirse ya que el apego es un término que se refiere a afición o afecto y la adherencia es un término que se refiere a un efecto físico, este término es mayormente utilizado en el idioma inglés sin embargo el termino adherencia resulta más apropiado para valorar el tratamiento ¹⁵.

La adherencia al tratamiento se entiende como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente para seguir y cumplir adecuadamente el tratamiento propuesto por el profesional de la salud; no solo farmacológico, sino también asistencia a citas, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida; esto es de vital importancia porque es factible considerar que la mayoría de las enfermedades de alta prevalencia en la población se podrían prevenir, tratar y curar con un compromiso activo por parte del paciente y por la entidad de salud que lo atiende ¹⁶.

Se han encontrado 5 principales grupos de factores relacionados con la adherencia al tratamiento: *Factores socioeconómicos* (accesibilidad): costo de la medicación, costo del transporte para acceder al medicamento, falta de redes de apoyo afectivo, creencias erróneas acerca de la enfermedad y su tratamiento. *Factores relacionados a la enfermedad*: conocimiento de la enfermedad (promoción y prevención), sintomatología, abandono en la mejoría, tiempo de evolución (historia natural de la enfermedad). *Factores relacionados al tratamiento*: confianza en la efectividad del mismo, cambios en el estilo de vida, por ejemplo, dieta, ejercicio, respecto a estos la dificultad a la adherencia es mayor, el temor a las reacciones adversas, cantidad de fármacos, duración del tratamiento, polifarmacia terapéutica y/o preventiva. *Factores relacionados al paciente*: creencias respecto al tratamiento y su efectividad, del proceso de salud- enfermedad (como aquellos pacientes que toman antihipertensivos solo cuando tienen cifras elevadas de tensión arterial), culturales, situaciones como estrés, enfermedades psiquiátricas, pérdida de memoria, motivación de solicitar ayuda, a los efectos de afrontar y confrontar. *Factores relacionados al equipo asistencial*: relación médico paciente inadecuada con falta de confianza recíproca, falta de conocimiento y preparación para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, falta de accesibilidad a los medios adecuados para el diagnóstico, a la continuidad de las asistencias y a la supervisión del tratamiento sugerido, antagonismo terapéutico y/o interacción entre prescripciones con alimentos y fármacos ¹⁷.

La Medicina Familiar se basa en la atención del paciente como persona, como individuo integrante de sistemas y subsistemas familiares dentro de un hábitat comunitario, que interrelacionan e inciden sobre su enfermedad, sobre su actitud frente a la misma y por consiguiente frente al tratamiento. La familia es el principal aliado con el que cuenta el médico, cuidando, supervisando, apoyando y previniendo las fallas en el cumplimiento. Desde el momento en que el paciente tome la decisión, adquiere el compromiso y sea responsable de iniciar un proceso terapéutico, cambiara su conducta ¹⁸.

Hay numerosos test y cuestionarios, referidos en la bibliografía para determinar la adherencia. Los más sencillos de utilizar en la práctica médica son: test de Morisky – Green el cual valora si el paciente tiene actitudes adecuadas en relación con el tratamiento, esta también el test de Haynes- Sackett o cumplimiento auto comunicado el cual es menos específico en orientarnos en las causas. El determinar si nuestro paciente tiene una adherencia adecuada es el inicio del camino ¹⁹.

La importancia del tema para la medicina quedó manifiesta cuando la OMS lanzó en el 2001 como iniciativa mundial un proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo y en el 2004 elaboro un informe en el que establece que la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud, más aún en países en desarrollo como el nuestro, en los que la adherencia no alcanza al 50% de los tratamientos crónicos prescritos. De aquí la importancia de que los profesionales de la salud debemos adiestrarnos para lograr la adherencia terapéutica y además que cooperación de la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes, son un factor clave para lograr el éxito de esta ²⁰.

La baja o nula adhesión a los fármacos y las medidas higiénico-dietéticas es la principal causa de descontrol de la enfermedad. Sin embargo, la no adherencia puede tener otras consecuencias graves o costosas, eleva la mortalidad, aumenta los ingresos en centros médicos y hospitales, aumenta el número de consultas médicas, aumenta el empleo de estudios diagnósticos, mayor uso de recursos sanitarios y tratamientos innecesarios. No solo aumenta el costo de la atención médica, sino que también puede empeorar la calidad de vida del paciente al aumentar las complicaciones de la enfermedad, además aumenta el riesgo de padecer otras comorbilidades ^{21,22}.

CUESTIONARIO MARTIN- BAYARRE- GRAU

Este cuestionario fue construido con 12 ítems que consisten en afirmaciones que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta de una escala de Lickert compuesta por 5 posibilidades que van desde: Siempre hasta Nunca, marcado con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. La calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido. Se trata de un cuestionario sencillo, de rápida resolución aproximadamente 10 min, se puede realizar de manera colectiva o grupal y de manera individual. Para la validación de este estudio se realizó en Cuba en el 2008 en el que se aplicó una serie de cuestionarios propuestos por Moriyama, a un grupo de expertos y además se puso en marcha una prueba piloto. Según este proceso de validación el coeficiente de confiabilidad del estudio encontrado al utilizar el alfa de Cronbach fue de 0.889²³. Cabe mencionar que este instrumento ya se ha usado en una investigación en Tamaulipas, México²³.

ANTECEDENTES

Aproximadamente el 20% de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 3% y el 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante. Varios estudios, entre ellos el de Jones, han demostrado que sólo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, y el estudio de Greenbur confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Además, el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación ²⁴.

En México las enfermedades crónico-degenerativas son responsables de la alta morbilidad. Entre 26.6% y 32% de la población general padece alguna de ellas. Su tratamiento genera altos costos por la creciente demanda de atención por las complicaciones que produce la enfermedad. El tratamiento solo dirigido a la hipertensión arterial sistémica representa 13.9% del presupuesto destinado a los servicios de salud. Existe evidencia suficiente que muestra que las medicinas prescritas para el tratamiento de las distintas enfermedades crónicas funcionan ²⁵.

El control adecuado de las cifras de tensión arterial en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la TA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada ²⁶.

La interrupción o abandono de una terapia encarece al menos un 20% los costos en salud pública e incrementa el uso de recursos hospitalarios. Lo anterior denota los importantes retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que sus consecuencias demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, por ello es necesario explorar otras alternativas que apoyen a la persona a mejorar su calidad de vida a través de una adecuada adherencia terapéutica ²⁷.

En el estudio publicado por Castaño Castrillón y cols. en Colombia en el 2012 para una población de pacientes hipertensos se encontró que 102 pacientes tenían adherencia total correspondiente al 51%, 45% estaban parcialmente adheridos, y el 7% no adheridos ²⁸.

Un estudio más reciente en el mismo país con una muestra de 176 pacientes que acudían al programa de enfermedades crónicas, arrojó un resultado diferente, reportó 81% de adheridos parcialmente, 11% de adheridos totalmente, 8% de no adheridos. En el mismo país cambió la distribución de los adheridos totales a ser parcialmente adheridos en su predominio. Aunado a este hallazgo se encontró que la población predominante eran mujeres en un 69%, tenían mayor grado de estudios el 42%, 55% tenían polifarmacia y el 10% consumían tabaco ²⁹.

En un estudio más reciente publicado por Martín L y cols en tres provincias cubanas en el 2015 se encontró una mayor adherencia total en promedio de 50%, seguido de la parcial con un 35% y por último un porcentaje de 12% pacientes no adheridos ³⁰.

En Perú un estudio realizado por Rodríguez J y cols. En el Hospital Nacional de Lima, de un total de 340 pacientes reveló adherencia parcial de 53% y una adherencia total del 46%. Por otro lado, reportó que el menor conocimiento de su enfermedad representaba un factor de riesgo para presentar una inadecuada adherencia al tratamiento ³¹.

Un estudio hecho en Brasil en el 2016 resultó en que la población estudiada de 250 individuos el 76% presentó una adherencia parcial. En este estudio predominaron los femeninos (60%), la edad de 56 – 66 años, los casados (40%) y los empleados del sector privado (40%) ³².

Un estudio realizado en Tamaulipas México, en la UMF no 33 del IMSS reportó que para un total de 322 pacientes 39% tenía adherencia total al tratamiento, 59% estaban parcialmente adherido y un 2% no adheridos. 62% tenían menos de 10 años con la enfermedad ³³.

JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es considerada por la OMS como un problema alarmante de salud pública, a nivel mundial, con principal predominio en países de medios y bajos recursos. En México es una de las patologías perteneciente al grupo de las enfermedades cardiovasculares con una alta prevalencia y una alta mortalidad, ocasiona la utilización alta de recursos sanitarios, desde fármacos, insumos, gastos en estudios de diagnóstico y tratamiento, costos de consultas, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor costo de día de hospitalización, por lo tanto, económicamente hablando repercute en el gasto destinado a la salud, el cual va en aumento.

El control adecuado de las cifras de tensión arterial (TA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la TA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.

La baja o nula adherencia al tratamiento es la principal causa de mal control de la enfermedad, esto conlleva a un mayor riesgo de padecer complicaciones de la enfermedad como infarto agudo al miocardio, aterosclerosis, evento vascular cerebral y por lo tanto empeora la calidad de vida del paciente.

De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de adherencia al tratamiento. La realización de este estudio permite identificar factores de riesgo y el estado actual de adherencia al tratamiento que puede traspolarse a nivel nacional y permite implementar medidas preventivas y de intervención oportuna en los consultorios de medicina familiar que permitan mejorar el estado de esta enfermedad.

Esta investigación puede servir para futuras investigaciones en el campo de la salud y estadística. Es realizada con fines educativos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9.4 millones de muertes. La hipertensión arterial es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por evento cerebrovascular. En los países de ingresos bajos y medianos entre ellos, México hay más prevalencia no solo por el mayor número de habitantes si no por la debilidad del sistema de salud. La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónico-degenerativas con mayor morbilidad y mortalidad en México, según estudios 1 de cada 4 adultos padecen esta enfermedad (25.5%), de estos solo el 60% tiene conocimiento previo de su enfermedad, es decir que aún hay 40% de la población afectada que no ha sido diagnosticada, lo cual es atribuible al desconocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo relacionados, sobre todo el comportamiento. Además de relacionarse con el envejecimiento poblacional y la mayor esperanza de vida al nacer. Es una de las principales causas que terminan en incapacidad y pensión secundario a sus complicaciones, repercute en las familias mexicanas al generar desestabilidad y mayores gastos familiares. En el IMSS es uno de los principales motivos de consulta, tanto por la enfermedad como por sus graves complicaciones como el riesgo elevado de enfermedad vascular cerebral y el infarto agudo al miocardio. Genera elevados gastos por uso de los servicios sanitarios como recursos materiales (edificio y terreno), recursos físicos (mobiliario, equipo, instrumental, fármacos), humanos (médicos, enfermeras, personal auxiliar, administrativos), servicios básicos (electricidad, gas, agua, teléfono). Además de empleo de procedimientos terapéuticos invasivos como el cateterismo cardiaco. La adherencia al tratamiento es la principal causa de descontrol de la enfermedad. Se relaciona de manera importante con factores que corresponden al paciente: como por ejemplo la apatía del paciente, la falta de comprensión por parte del paciente del tratamiento a seguir, la falta de interés o despreocupación del paciente por su enfermedad, el desconocimiento de su enfermedad, la omisión de la toma de las dosis por parte del paciente, que el paciente perciba un mal sabor de los medicamentos, sus bajos recursos económicos, la falta de apoyo familiar, entre otros. Otros factores se relacionan con el personal sanitario como, por ejemplo: la prescripción de medicamentos costosos, tratamientos complejos de seguir para el paciente, la falta de empatía con el paciente, entre otros. Actualmente se desconoce el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos en México, de ahí deriva la siguiente pregunta a investigar:

¿Cuál es la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica derechohabientes del IMSS adscritos a la HGZ/ UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que acuden a la consulta de medicina familiar?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica del IMSS derechohabientes de la HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que acuden a la consulta de medicina familiar a través de la aplicación del cuestionario de Martin- Bayarre- Grau.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos según las características sociodemográficas.
- Analizar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos por control de la enfermedad.

HIPÓTESIS

Se realiza hipótesis descriptiva con fines de enseñanza. Basados en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H_0):

Los pacientes con hipertensión arterial sistémica del HGZ/UMF No 8 no tienen una adherencia parcial al tratamiento.

Hipótesis alterna (H_1):

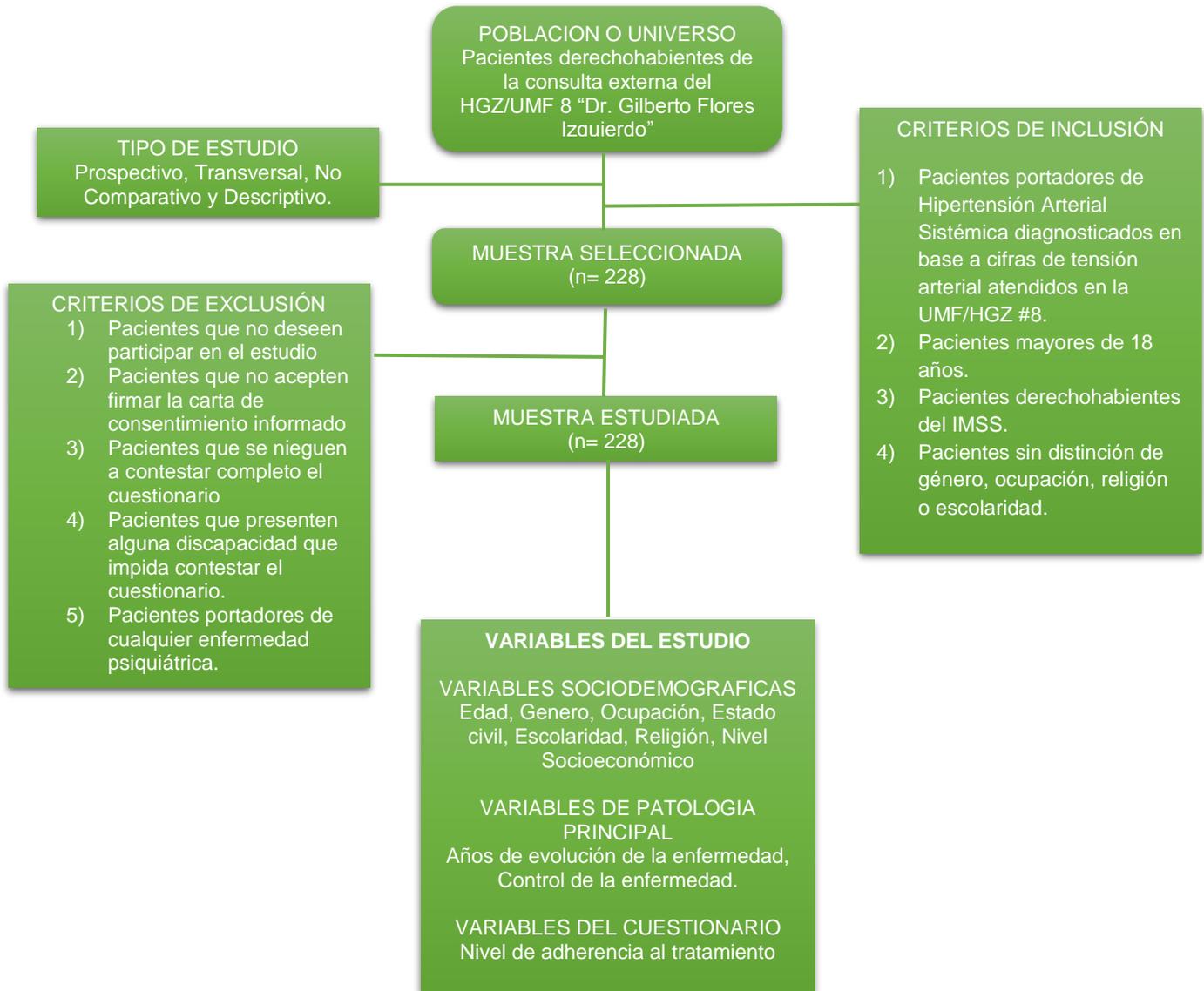
Los pacientes con hipertensión arterial sistémica del HGZ/UMF No 8 tienen una adherencia parcial al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- A. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- B. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- C. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- D. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: DRA. MÓNICA NORELI SOLIS TERÁN

POBLACIÓN O UNIVERSO

Se realizó en una población urbana, derechohabiente de HGZ/UMF No.8, con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, con tratamiento terapéutico.

UBICACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

La investigación se efectuó 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 2016 al 2018.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, necesaria fue de 228 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.30. Con amplitud del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- N = Número total de individuos requeridos
- Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral
- P = Proporción esperada
- (1 – P) = Nivel de confianza del 95%
- W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \alpha^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1) Pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica diagnosticados en base a cifras de tensión arterial atendidos en la UMF/HGZ No. 8.
- 2) Pacientes mayores de 18 años.
- 3) Pacientes derechohabientes del IMSS.
- 4) Pacientes sin distinción de género, ocupación, religión o escolaridad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
2. Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
3. Pacientes que se nieguen a contestar el cuestionario.
4. Pacientes que presenten alguna discapacidad auditiva o visual que impida contestar el cuestionario.
5. Pacientes portadores de cualquier enfermedad psiquiátrica.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes con cuestionario incompleto.
2. Pacientes con cuestionario contestado erróneamente.

VARIABLES DEL ESTUDIO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Hipertensión Arterial:** Tensión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg, presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg o ambas, enfermedad crónico-degenerativa, la cual es causa principal de enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y muerte en México.

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Adherencia al Tratamiento:** Es la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente para seguir y cumplir adecuadamente el tratamiento propuesto por el profesional de la salud; no solo farmacológico, sino también asistencia a citas, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

- **Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta. La edad suele expresarse en años.
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
- **Ocupación:** Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en esta) de una persona, independiente del tipo de estudio que hubiese recibido.
- **Escolaridad:** Nivel de estudios formales que posee el paciente hasta el momento de realizada la encuesta.
- **Religión:** Colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia.
- **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.

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

- **Años de evolución de la enfermedad:** Tiempo transcurrido desde la confirmación de la enfermedad, hasta el momento de realizada la encuesta.
- **Control de la enfermedad:** Ultima medición de cifras de tensión arterial, que puede ser catalogada como enfermedad controlada o descontrolada

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

- **Nivel de Adherencia al tratamiento:** Grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitarios.
 - **Adherencia Total:** entendiéndola como completa y adecuada
 - **Adherencia Parcial:** comprendiéndola como incompleta, subóptima o inadecuada, generalmente por defecto de la misma.
 - **No adherencia:** es decir la cual es nula o carente.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLE
EDAD	CUANTITATIVA	NUMERICA	AÑOS CUMPLIDOS
RANGO DE EDAD	CUANTITATIVA	NOMINAL	1= 18-39 AÑOS 2=40-69 AÑOS 3= >70 AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= AMA DE CASA 2=JUBILADO O PENSIONADO 3= COMERCIANTE 4= EMPLEADO 5= DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNION LIBRE 6=SEPARADO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=PRIMARIA 2=SECUNDARIA 3=BACHILLERATO 4=CARRERA TÉCNICA 5=LICENCIATURA 6=ANALFABETA
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1= CATOLICO 2=CRISTIANO 3=TESTIGO DE JEHOVA 4=MORMON 5= OTROS
NIVEL SOCIOECONOMICO	CUALITATIVA	NOMINAL	1= BAJA- BAJA 2= BAJA- ALTA 3= MEDIA- BAJA 4= MEDIA 5= MEDIA - ALTA 6= ALTA

ELABORÓ: DRA. MÓNICA NORELI SOLIS TERÁN

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN RANGOS	CUANTITATIVA	NOMINAL	1= ≤ 5 AÑOS 2= 6 – 10 AÑOS 3= 11 – 15 AÑOS 4= 16 – 20 AÑOS 5= ≥ 21 AÑOS
CIFRAS DE PRESION ARTERIAL	CUNATITATIVA	NUMERICA	Mm Hg
CONTROL DE LA ENFERMEDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= CONTROLADA (≤ 139/89 mm Hg) 2= NO CONTROLADA (≥ 140/90 mm Hg)

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

ELABORÓ: DRA. MÓNICA NORELI SOLIS TERÁN

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	1= ADHERIENCIA TOTAL (38 – 48 puntos) 2 =ADHERENCIA PARCIAL (8 – 37 puntos) 3= NO ADHERENCIA (0 – 17 puntos)

ELABORÓ: DRA. MÓNICA NORELI SOLIS TERÁN

DISEÑO ESTADÍSTICO

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), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calculó distribución de las frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de la prevalencia nacional de Hipertensión Arterial Sistémica en donde según la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) la prevalencia es de 25.5%. Tomando como valor de la proporción esperada (p) 0,10 de sujetos que presentan la variable de interés, con un nivel de confianza del 90%. La muestra estudiada fue de 228 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN (Anexo 2)

El cuestionario de Martin Bayarre Grau está constituido por 12 ítems que consisten en afirmaciones que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. La prueba se encuentra diseñada para medir el nivel de adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento a partir de los 18 años en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo con 5 posibilidades: Siempre, Casi siempre, A veces, Casi nunca y Nunca. Con un puntaje total máximo de 48 puntos. La administración del instrumento se puede llevar a cabo de manera individual o grupal y no dispone de más de 10 minutos para la realización de este. La respuesta de Siempre equivale a 4 puntos, Casi siempre = 3 puntos, A veces= 2 puntos, Casi nunca= 1 punto, Nunca= 0. Los puntajes se suman y según este hay 3 calificaciones y 3 intervalos. La validación del cuestionario de Martin Bayarre Grau se realizó en Cuba en el 2008, por Moriyama y colaboradores. Encontrando un coeficiente de confiabilidad al usar alfa de Cronbach de 0.889. Los intervalos de cada categoría son:

- 38 – 48 = Adheridos totales
- 18 – 37 = Adheridos parciales
- 0 – 17 = No adheridos

METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo del investigador del estudio, Dra. Solís Terán Mónica Noreli, el cual se llevó a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del IMSS. Previo acuerdo con las autoridades de esta unidad y con la aprobación del proyecto de investigación. Se procedió a la selección de los pacientes (de acuerdo con los criterios de inclusión) que asistían a la consulta de medicina familiar, en cualquier turno, que se encontraron en la sala de espera. Se aplicó el cuestionario de Martín Bayarre Grau a los pacientes seleccionados previa 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 10 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, para realizar posteriormente su análisis y aplicación de las pruebas estadísticas.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de sesgos de información

- Se utilizaron artículos recientes de fuentes confiables mediante una revisión sistemática de la bibliografía y limitados al padecimiento en cuestión.
- El cuestionario fue presentado en forma clara y bien estructurada.
- Los participantes no tuvieron conocimiento de las hipótesis bajo investigación.

Control de sesgos de selección

- Se seleccionó una muestra representativa de la población, calculada de acuerdo a la prevalencia de la enfermedad con un intervalo de confianza del 99%.
- La selección se llevó a cabo en base a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición

- Se utilizó el instrumento de evaluación: Cuestionario de Martin Bayarre Grau con alfa de Cronbach de 0.88, la cual se encuentra dentro de parámetros de confiabilidad.
- La aplicación del instrumento fue realizada únicamente por el investigador quien contaba con conocimiento sobre el mismo.

Control de sesgos de análisis

- Se utilizó el programa operativo SPSS 22 de Windows y Excel para llevar a cabo el registro y análisis de los datos obtenidos de forma sistemática, así como mediante la aplicación de la estadística descriptiva.
- Se fue cauteloso en las interpretaciones de los datos recabados.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

**ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA
 EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 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	X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS						X						
PROPOSITOS							X					
DISEÑO METODOLOGICO							X	X				
ANALISIS ESTADISTICO								X	X			
CONSIDERACIO- NES ETICAS									X			
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFIA										X	X	
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACION												X

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
PRUEBA PILOTO	X	X										
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO			X									
RECOLECCION DE DATOS				X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANALISIS DE DATOS						X						
DESCRIPCION DE DATOS							X					
DISCUSIÓN DE DATOS								X				
CONCLUSION DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, toda la información se manejó de forma confidencial y con fines de investigación. Se integra la carta de consentimiento informado de este trabajo: “Adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial en el HGZ con UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se encuentra en anexos (Anexo 3).

El estudio estuvo bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

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 utilizó 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 y consentimiento que se aplicó.

Recursos humanos: Entrevistador: Residente de Medicina Familiar Solis Terán Mónica Noreli, así como se contó con el apoyo de asesores experimentales y clínicos del presente protocolo.

Financiamiento: Todos los gastos para la realización de este estudio fueron financiados por la Residente de Medicina Familiar Solis Terán Mónica Noreli.

RESULTADOS

Se estudió a 228 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica del H. G. Z con U. M. F. No. 8. La media de edad fue de 67.04 años con una desviación estándar de 13.040. Un valor mínimo de 26 años y máximo de 94 años.

En el rango de edad de 18 – 39 años se encontraron 6 (2.6%), 40 – 69 años 122 (53.5%), ≥ 70 años 100 (43.9%) (Ver Tabla y Gráfica 1).

Respecto al de sexo se encontraron 152 (66.7%) femeninos y 76 (33.3%) masculinos. (Ver Tabla y Gráfica 2).

Para escolaridad hubo 98 (43%) pacientes con primaria, 48 (21.1%), con Secundaria, 14 (6.1%) con bachillerato, 25 (11%) con carrera técnica, 25 (11%) con licenciatura, 11 (4.8%) con analfabetismo. (Ver Tabla y Gráfica 3)

En cuanto a ocupación se encontró 105 (46.1%) amas de casa, jubilados o pensionados 59 (25.9%), comerciantes 4 (1.8%), empleados 52 (22.8%), desempleado 8 (3.5%). (Ver Tabla y Grafica 4)

Referente al estado civil se tuvo a solteros 24 (10.5%), casados 119 (52.2%), divorciados 6 (2.6%), viudos 56 (24.6%), unión libre 11 (4.8%), separados 12 (5.3%). (Ver Tabla y Grafica 5).

Para la religión hubo católicos 188 (82.5%), cristianos 21 (9.2%), Testigos de Jehová 9 (3.9%) y con otra religión 10 (4.4%). (Ver Tabla y Grafica 6).

En el nivel socioeconómico se encontró un nivel Bajo – bajo 45 (19.7%), Bajo – alto 126 (55.3%), Media- baja 38 (16.7%), Media 19 (8.3%). (Ver Tabla y Grafica 7)

Respecto a los años de evolución de la hipertensión arterial se encontró a ≤ 5 años 58 (25.4%), 6 – 10 años 54 (23.7%), 11- 15 años 32 (14%), 16 – 20 años 46 (20.2%), >21 años 38 (16.7%). (Ver Tabla y Grafica 8).

En el caso del control de la enfermedad, se encontró que 165 (72.4%) pacientes están controlados y 63 (27.6%) tuvieron la enfermedad descontrolada. (Ver Tabla y Grafica 9).

Referente a la Adherencia al tratamiento se reportó adheridos totales 67 (29.4%), adheridos parciales 160 (70.2%), No adheridos 1 (0.4%). (Ver Tabla y Grafica 10).

Analizando la edad en rangos y la adherencia al tratamiento, en los pacientes de 18 a 39 años 1 (16.7%) tenía una adherencia total al tratamiento, 4 (66.7%) una adherencia parcial y 1 (16.7%) no estaban adheridos. En los pacientes de 40 a 69 años, 32 (26.2%) tenían una adherencia total al tratamiento y 90 (73.8%) estaban parcialmente adheridos. En los pacientes ≥ 70 años 34 (34%) tenían una adherencia total y 66 (66%) una adherencia parcial. (Ver Tabla y Grafica 11)

Tomando en cuenta el sexo y la adherencia al tratamiento, el estudio mostró que del sexo femenino 51 (33.6%) pacientes tienen una adherencia total al tratamiento, 100 (65.8%) una adherencia parcial y 1 (0.7%) no está adherida al tratamiento; mientras que del sexo masculino 16 (21.1%) pacientes tienen una adherencia total al tratamiento y 60 (78.9%) una adherencia parcial. (Ver Tabla y Grafica 12).

En lo referente a la escolaridad y la adherencia al tratamiento, se encontró que en el grupo con primaria 28 (26.5%) tenían adherencia total, 72 (73.5%) tenían adherencia parcial. Para secundaria 7 (14.6%) tenían adherencia total, 41 (85.4%), bachillerato 3 (21.4%) con adherencia total, 10 (71.4%) adherencia parcial y 1 (7.1%) no está adherida, para Carrera Técnica 13 (40.6%) tienen adherencia total, 19 (11.9%) tienen adherencia parcial, en el caso de la licenciatura 10 (40.6%) tienen adherencia total, 15 (59.4%) tienen adherencia parcial y para analfabetismo 8 (40%) tienen adherencia total y 3 (60%) tienen adherencia parcial. (Ver Tabla y Grafica 13).

En relación con la Ocupación y la Adherencia al tratamiento, se encontró que 36 (34.3%) tienen una adherencia total, 69 (65.7%) tienen una adherencia parcial al tratamiento. En el grupo de los jubilados o pensionados 16 (27.1%) tienen una adherencia total y 43 (72.9%) tienen una adherencia parcial. En el grupo de comerciantes 4 (100%) tienen una adherencia parcial. Mientras que los empleados 14 (26.9%) tiene una adherencia total, 37 (71.2%) adherencia parcial y 1 (1.9%) no está adherido al tratamiento y en el grupo de desempleados 1 (12.5%) tiene una adherencia total y 7 (87.5%) una adherencia parcial al tratamiento. (Ver Tabla y Grafica 14).

Respecto al estado civil y la adherencia al tratamiento el estudio reportó que para solteros 11 (16.4%) tienen una adherencia total y 13 (8.1%) pacientes una adherencia parcial. En los casados 34 (50.7%) tienen una adherencia total, 84 (52.5%) una adherencia parcial y 1 (100%) no está adherido. Divorciados con 1 (1.5%) paciente con adherencia total y 5 (3.1%) con adherencia parcial. Viudos, 16 (23.9%) con adherencia total y 40 (25%) con adherencia parcial. Unión libre con 2 (3%) pacientes con adherencia total y 9 (5.6%) con adherencia parcial. Por último, Separados con 3 (4.5%) pacientes con adherencia total y 9 (5.6%) con adherencia parcial. (Ver Tabla y Grafica 15).

Para religión y la adherencia al tratamiento, se encontró que los católicos 58 (30.9%) tienen adherencia total al tratamiento y 130 (69.1%) tienen adherencia parcial; en los cristianos 4 (19%) tienen una adherencia total, 16 (76.2%) una adherencia parcial y 1 (4.8%) paciente no está adherido al tratamiento; en los Testigos de Jehová 9 (100%) pacientes tienen adherencia parcial al tratamiento; por último pacientes con otra religión 5 (50%) tienen una adherencia total y 5 (50%) tienen una adherencia parcial. (Ver Tabla y Gráfica 16).

En el caso del Nivel Socioeconómico y el control de la enfermedad, se observó que los pacientes de clase Baja - Baja 29 (64.4%) tienen la enfermedad controlada y 16 (35.6%) tienen la enfermedad controlada; los de clase Baja – Alta 99 (78.6%) tienen la enfermedad controlada y 27 (21.4%) tienen descontrol de la enfermedad; los de nivel Medio – Baja 27 (71.1%) tienen la enfermedad controlada, 11 (28.9%) tienen la enfermedad descontrolada y el nivel Medio, 10 (52.6%) tienen la enfermedad controlada, mientras que 9 (47.4%) tienen la enfermedad descontrolada. (Ver Tabla y Gráfica 17).

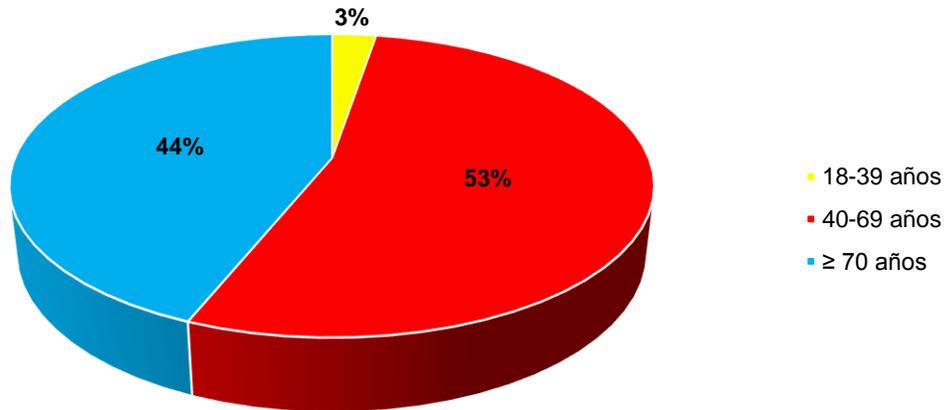
En lo relativo a los años de evolución de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, el estudio demostró que con ≤ 5 años 13 (22.4%) pacientes tienen adherencia total, 44 (75.9%) tienen adherencia parcial y 1 (1.7%) paciente no tiene adherencia al tratamiento. En el grupo de 6 – 10 años 8 (14.8%) de pacientes tienen adherencia total y 46 (85.2%) tienen adherencia parcial. Para el grupo de 11 – 15 años 11 (34.4%) tienen adherencia total y 21 (65.5%) tienen adherencia parcial. En el de 16 – 20 años 19 (41.3%) tienen adherencia total y 27 (58.7%) tienen adherencia parcial y en el grupo de > 21 años 16 (42.1%) tienen adherencia total y 22 (57.9%) tienen adherencia parcial. (Ver Tabla y Gráfica 18)

De acuerdo con el control de la enfermedad y la adherencia al tratamiento el reporte del estudio fue, para el grupo de controlados 48 (29.1%) tienen una adherencia total, 116 (70.3%) tienen una adherencia parcial y 1 (0.6%) paciente no tiene adherencia al tratamiento. En cuanto al grupo de Descontrolados 19 (30.2%) tienen una adherencia total y 44 (69.8%) tienen una adherencia parcial. (Ver Tabla y Gráfica 19).

TABLA 1. RANGOS DE EDAD DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL HGZ/UMF No. 8		
EDAD EN RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
18 – 39 AÑOS	6	2.6
40 – 69 AÑOS	122	53.5
≥ 70 AÑOS	100	43.9
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 1. RANGOS DE EDAD DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL HGZ/ UMF No. 8

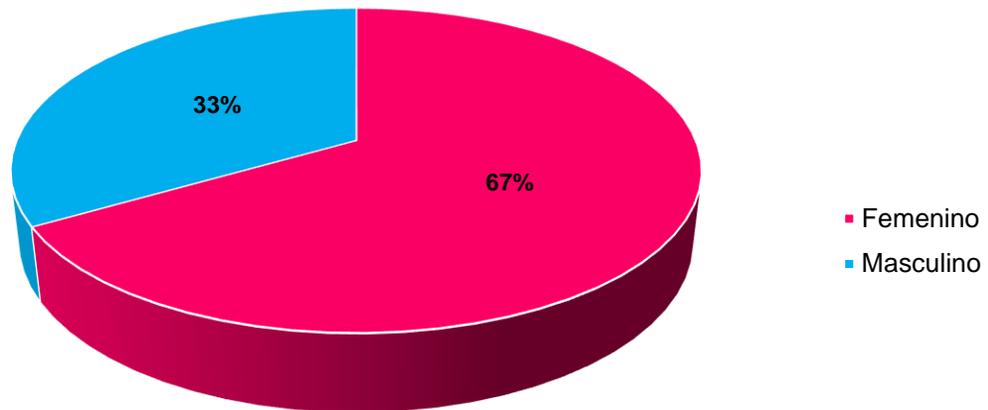


Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sanchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 2. SEXO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	152	66.7
MASCULINO	76	33.3
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 2. DISTRIBUCION DE SEXO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL HGZ/UMF No. 8

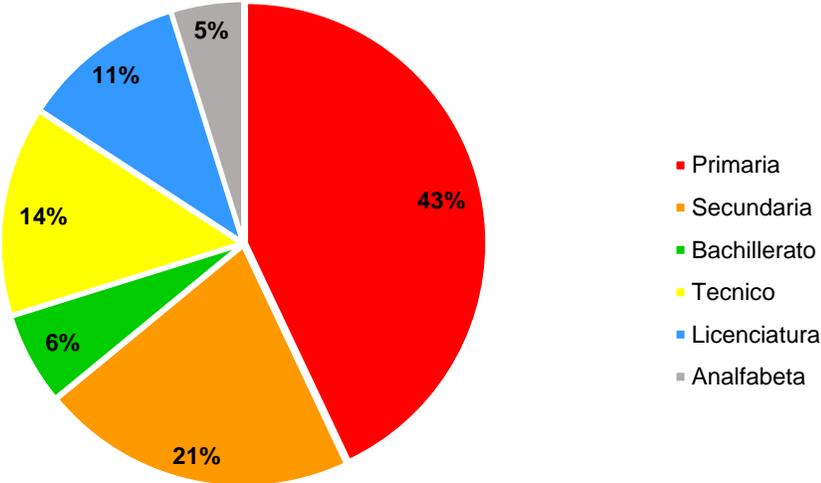


Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sanchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 3. ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8		
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PRIMARIA	98	43
SECUNDARIA	48	21.1
BACHILLERATO	14	6.1
CARRERA TÉCNICA	32	14
LICENCIATURA	25	11
ANALFABETA	11	4.8
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 3. ESCOLARIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No. 8

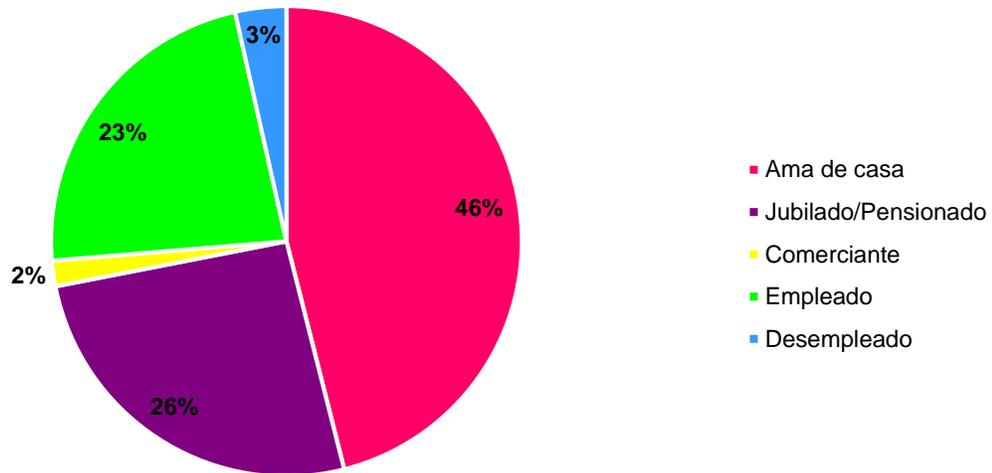


Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sanchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 4. OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8		
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
AMA DE CASA	105	46
JUBILADOS/ PENSIONADOS	59	25.9
COMERCIANTE	4	1.8
EMPLEADO	52	22.8
DESEMPLEADO	8	3.5
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 4. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL HGZ/UMF No.8



Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sanchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 5. ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA HGZ/UMF No.8		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltero	24	10.5
Casado	119	52.2
Divorciado	6	2.6
Viudo	56	24.6
Unión libre	11	4.8
Separado	12	5.3
Total	228	100

Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

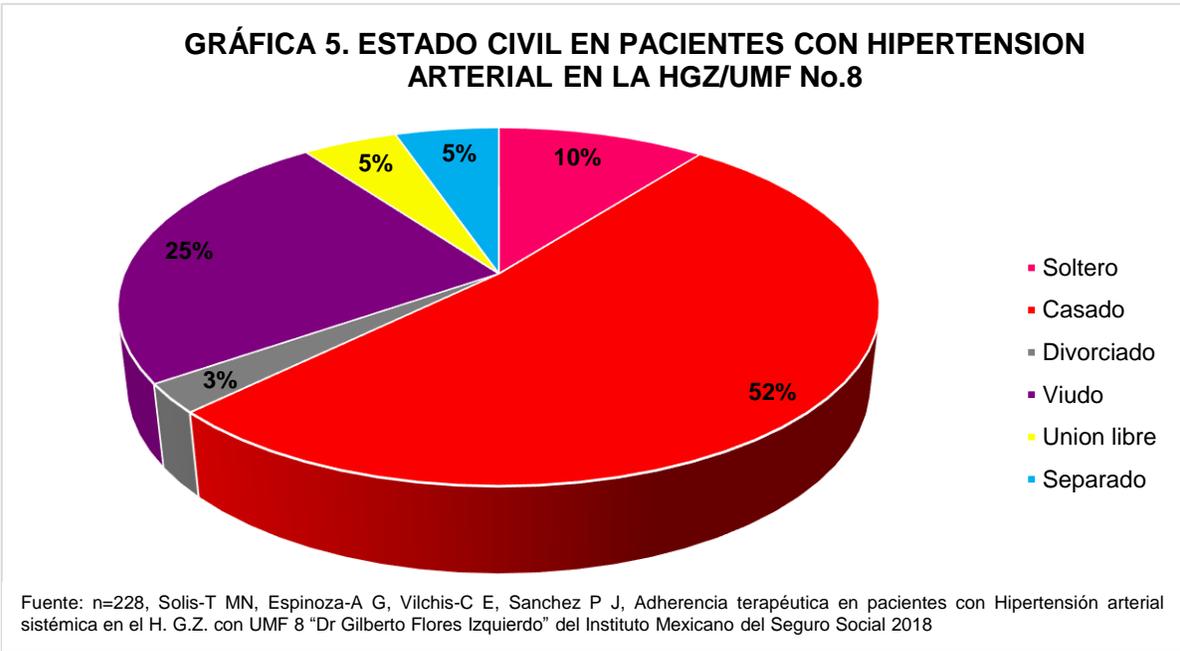


TABLA.6. RELIGIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA HGZ/UMF No.8		
RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CATÓLICO	188	82.5
CRISTIANO	21	9.2
TESTIGO DE JEHOVÁ	9	3.9
MORMÓN	0	0
OTRO	10	4.4
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

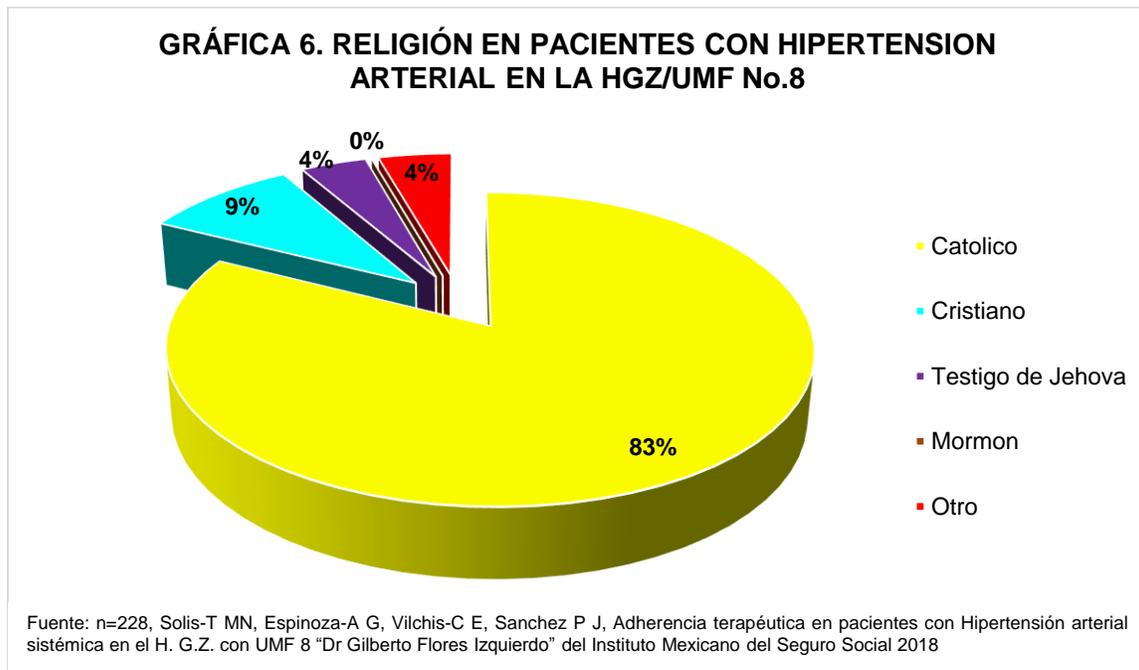
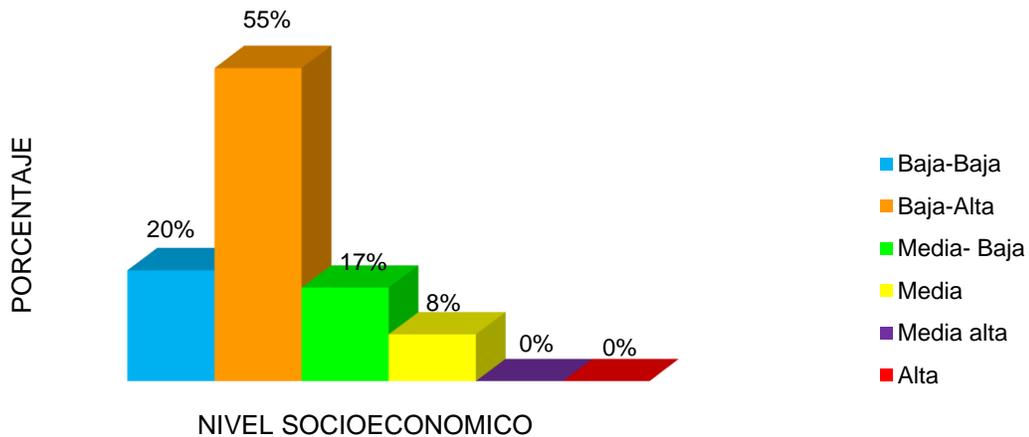


TABLA 7. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8		
NIVEL SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
BAJA- BAJA	45	19.7
BAJA – ALTA	126	55.3
MEDIA- BAJA	38	16.7
MEDIA	19	8.3
MEDIA- ALTA	0	0
ALTA	0	0
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 7. NIVEL SOCIOECONOMICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA HGZ/UMF No. 8



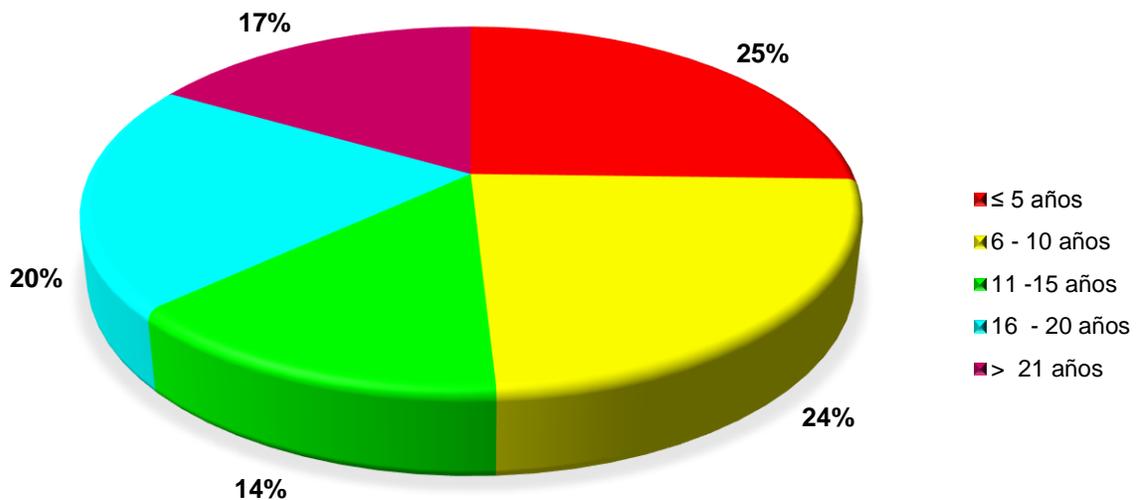
Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sanchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 8. AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No. 8

AÑOS DE EVOLUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
≤ 5 AÑOS	58	25.4
6 – 10 AÑOS	54	23.7
11 – 15 AÑOS	32	14
16 – 20 AÑOS	46	20.2
> 21 AÑOS	38	16.7
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 8. AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA HGZ/UMF NO. 8



Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 9. CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8		
CONTROL DE LA ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CONTROLADA	165	72.4
DESCONTROLADA	63	27.6
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

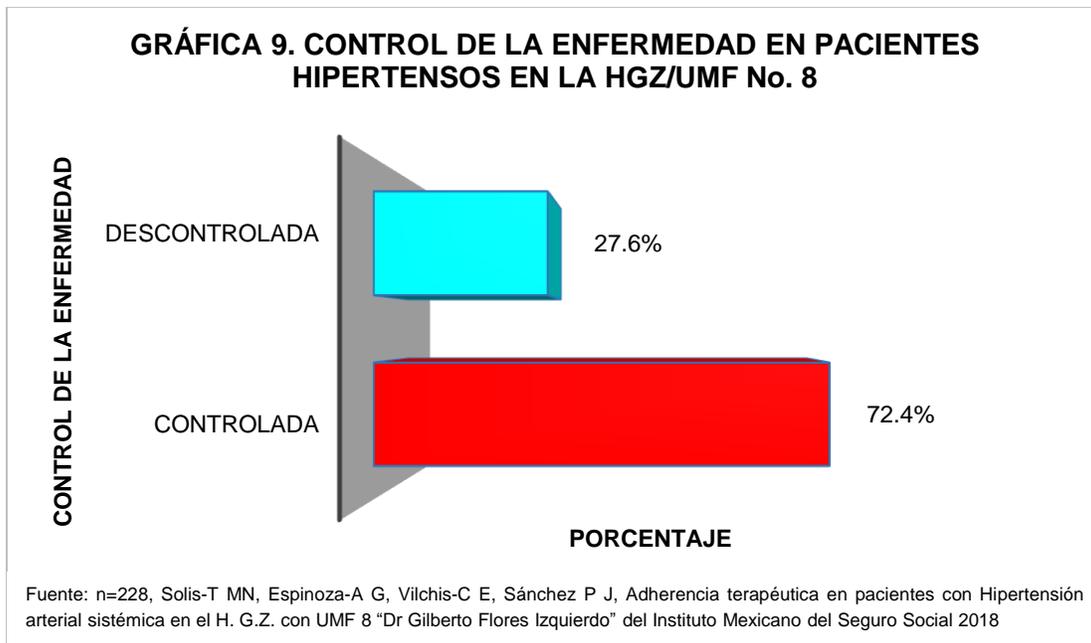
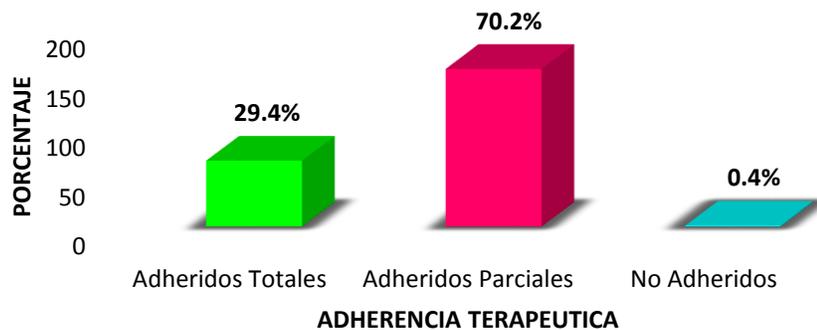


TABLA 10. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No. 8

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ADHERIDOS TOTALES	67	29.4
ADHERIDOS PARCIALES	160	70.2
NO ADHERIDOS	1	0.4
TOTAL	228	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 10. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF #8



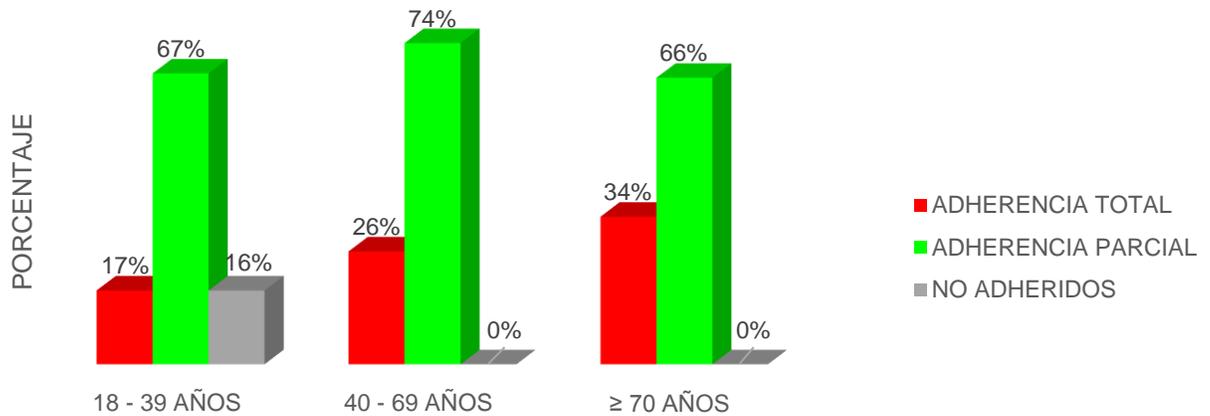
Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 11. RANGO DE EDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8

EDAD EN RANGOS	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
18 – 39 AÑOS	1	16.7	4	66.7	1	16.6	6	100
40 – 69 AÑOS	32	26.2	90	73.8	0	0	122	100
≥ 70 AÑOS	34	34	66	66	0	0	100	100

Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 11. RANGO DE EDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF #8



Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 12. SEXO POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR SEXO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No. 8								
SEXO	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
FEMENINO	51	33.6	100	65.8	1	0.6	152	100
MASCULINO	16	21.1	60	78.9	0	0	76	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

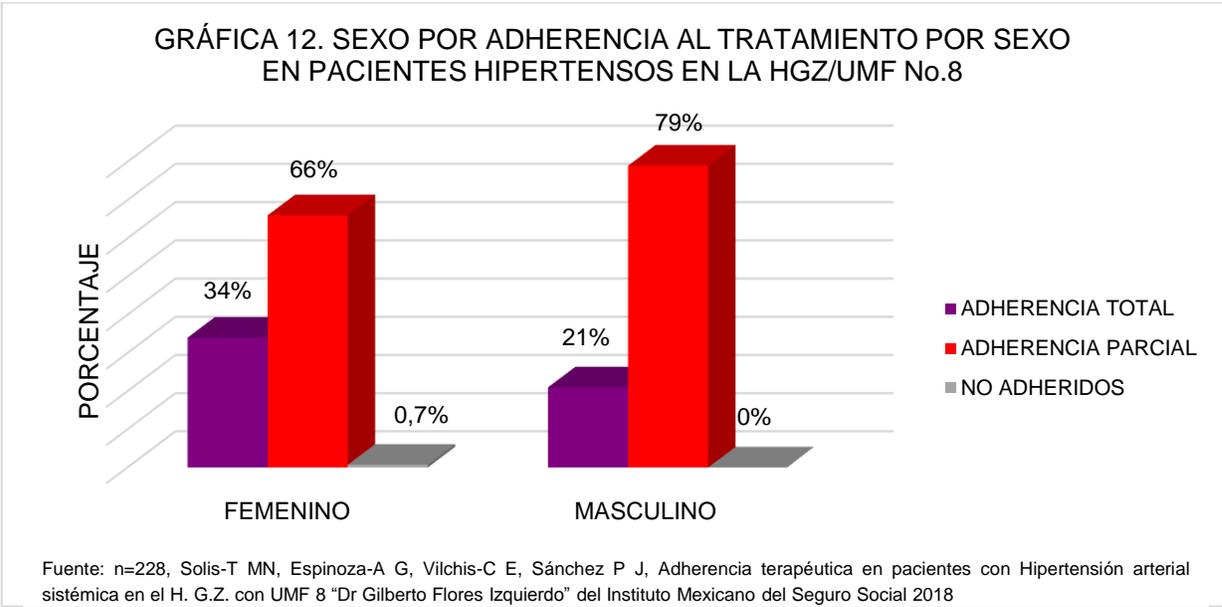
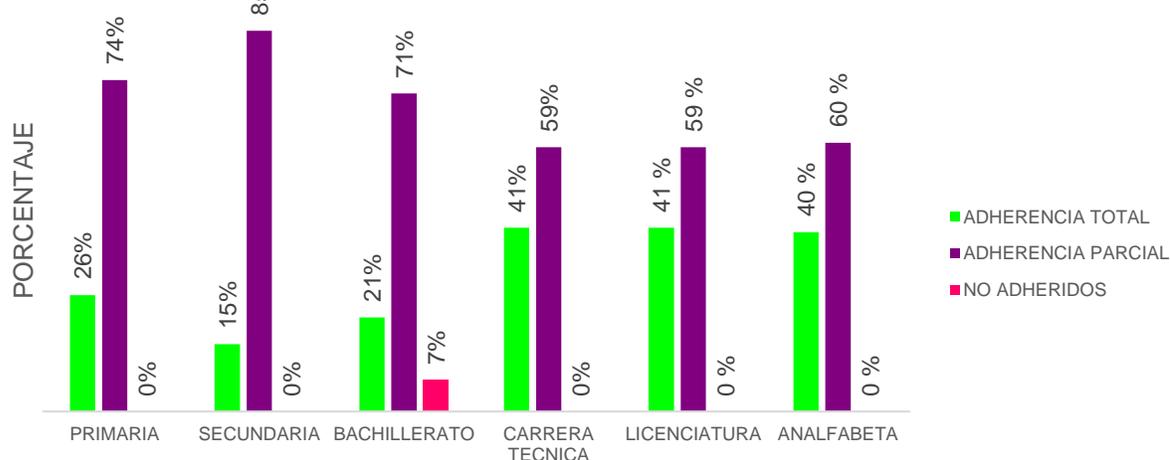


TABLA 13. ESCOLARIDAD POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8

ESCOLARIDAD	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
PRIMARIA	26	26.5	72	73.5	0	0	98	100
SECUNDARIA	7	14.6	41	85.4	0	0	48	100
BACHILLERATO	3	21.4	10	71.4	1	7.2	14	100
CARRERA TECNICA	13	40.6	19	59.4	0	0	32	100
LICENCIATURA	10	40.6	15	59.4	0	0	25	100
ANALFABETA	8	40	3	60	0	0	11	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 13. ESCOLARIDAD POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No. 8



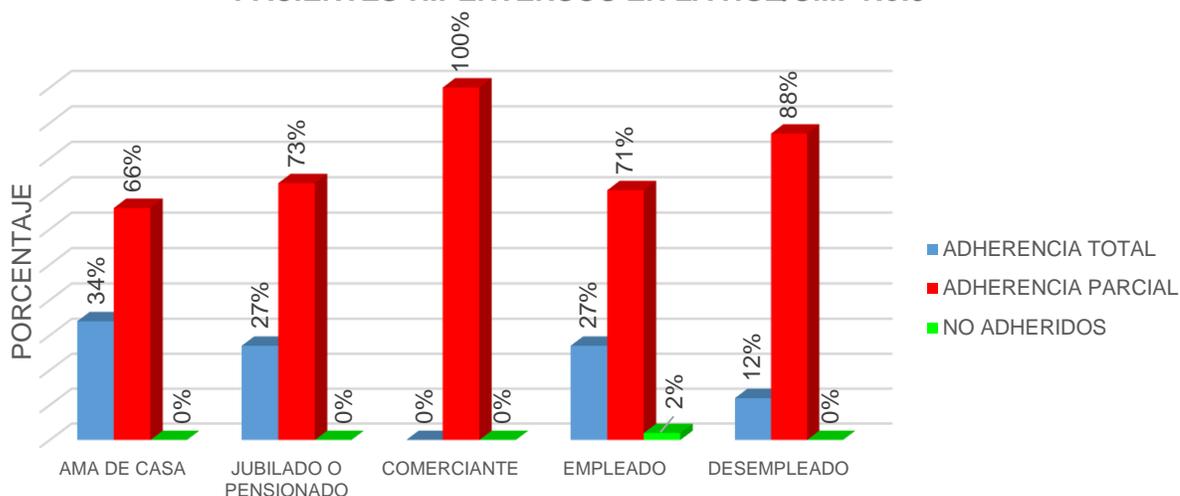
Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 14. OCUPACION POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8

OCUPACIÓN	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
AMA DE CASA	36	34.3	69	65.7	0	0	105	100
JUBILADO O PENSIONADO	16	27.1	43	72.9	0	0	59	100
COMERCIANTE	0	0	4	100	0	0	4	100
EMPLEADO	14	26.9	37	71.2	1	1.9	52	100
DESEMPLEADO	1	12.5	7	87.5	0	0	8	100

Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 14. OCUPACION POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8



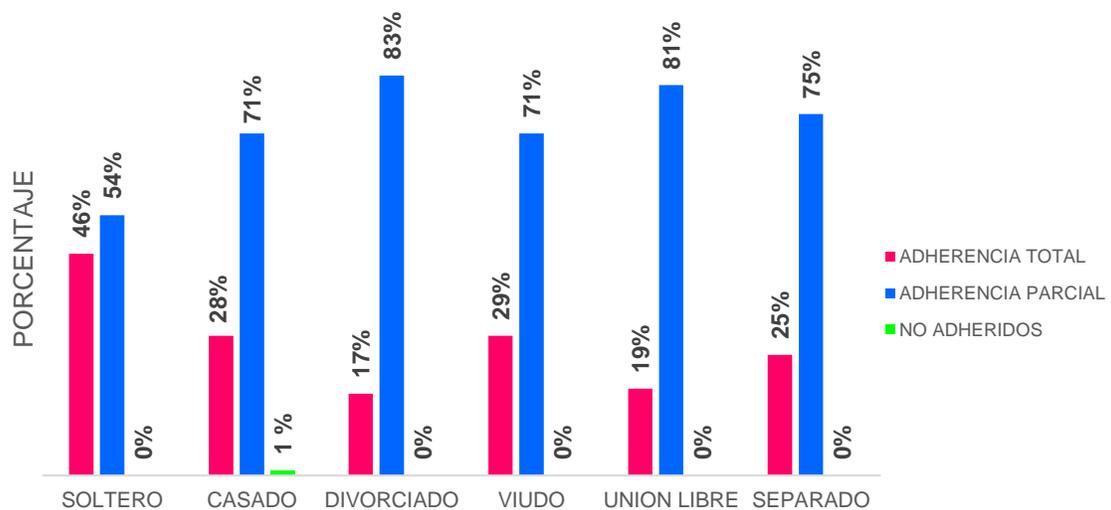
Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 15. ESTADO CIVIL POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8

ESTADO CIVIL	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS		Frec	%
	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
SOLTERO	11	45.8	13	54.2	0	0	24	100
CASADO	34	28.6	84	70.6	1	0.8	119	100
DIVORCIADO	1	16.7	5	83.3	0	0	6	100
VIUDO	16	28.6	40	71.4	0	0	56	100
UNIÓN LIBRE	2	18.5	9	81.5	0	0	11	100
SEPARADO	3	25	9	75	0	0	12	100

Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 15. ESTADO CIVIL POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No8



Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 16. RELIGION POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8								
RELIGIÓN	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
CATÓLICO	58	30.9	130	69.1	0	0	188	100
CRISTIANO	4	19	16	76.2	1	4.8	21	100
TESTIGO DE JEHOVÁ	0	0	9	100	0	0	9	100
OTRO	5	50	5	50	0	0	10	100

Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

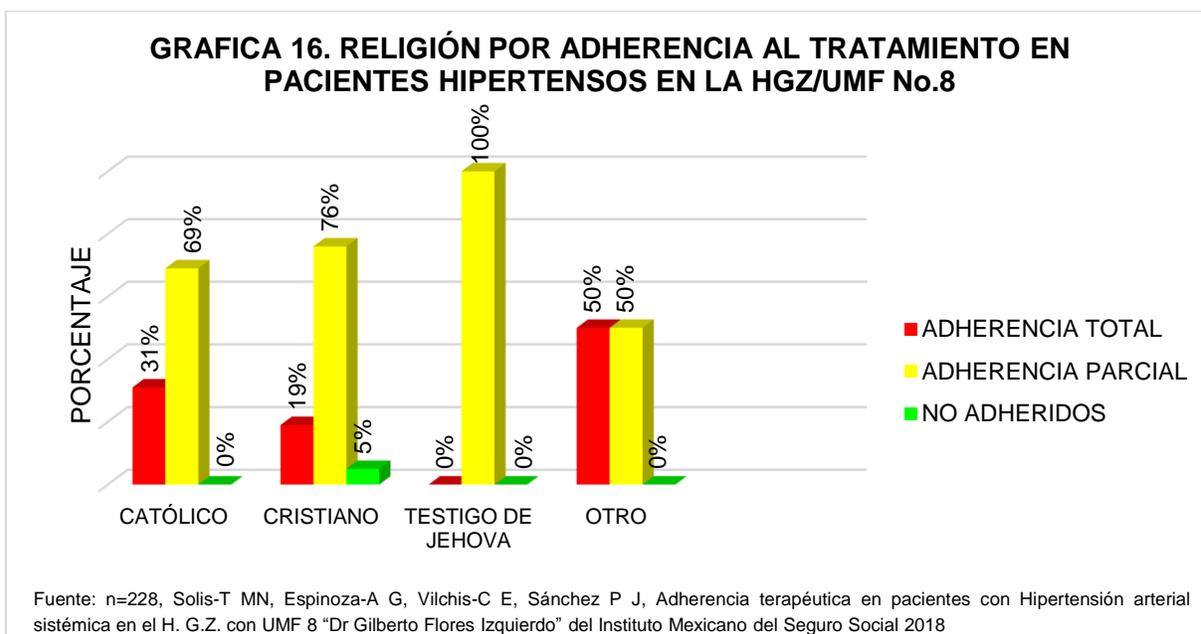
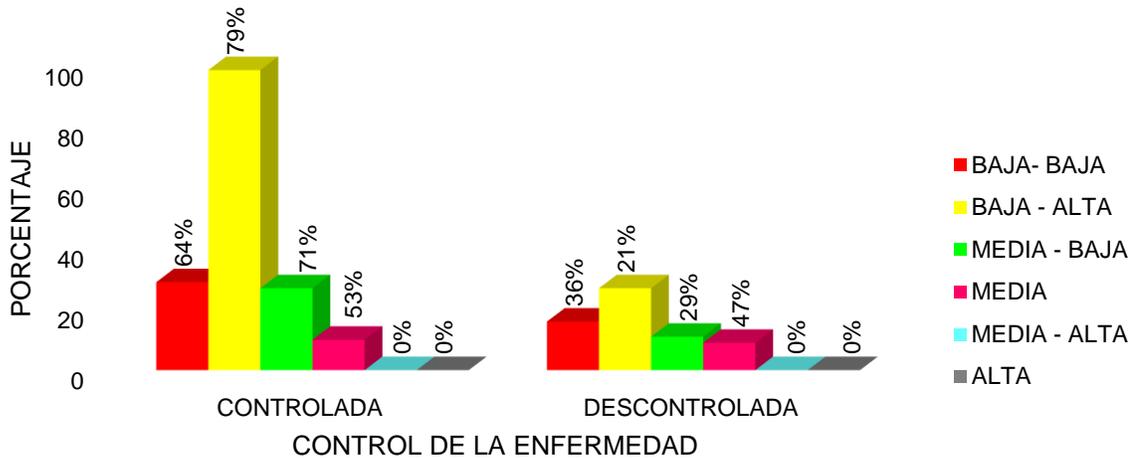


TABLA 17. NIVEL SOCIOECONOMICO POR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8

NIVEL SOCIOECONOMICO	CONTROL DE LA ENFERMEDAD					
	CONTROLADA		DESCONTROLADA		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
BAJA – BAJA	29	64.4	16	35.6	45	100
BAJA – ALTA	99	78.6	27	21.4	126	100
MEDIA – BAJA	27	71.1	11	28.9	38	100
MEDIA	10	52.6	9	47.4	19	100
MEDIA – ALTA	0	0	0	0	0	0
ALTA	0	0	0	0	0	0

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

GRÁFICA 17. NIVEL SOCIOECONOMICO POR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8



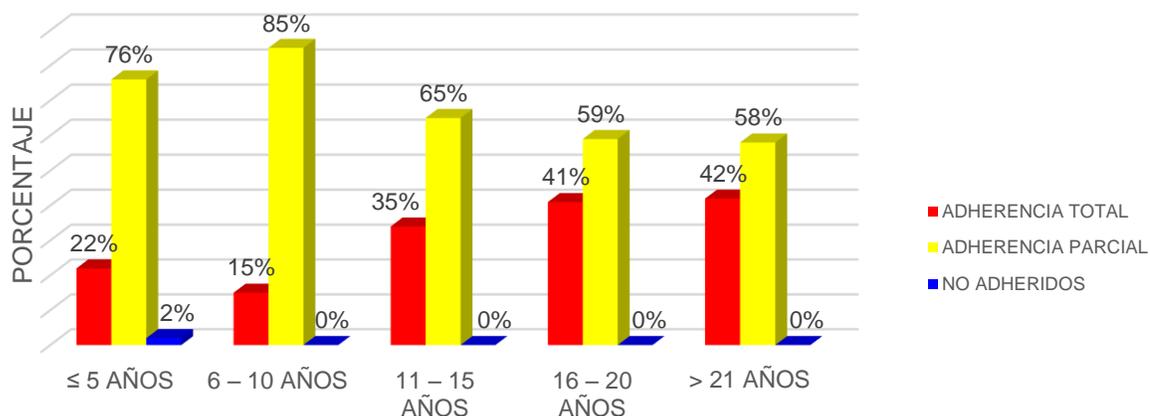
Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 18. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR AÑOS DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No. 8

AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS		Frec	%
	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
≤ 5 AÑOS	13	22.4	44	75.9	1	1.7	58	100
6 – 10 AÑOS	8	14.8	46	85.2	0	0	54	100
11 – 15 AÑOS	11	34.5	21	65.5	0	0	32	100
16 – 20 AÑOS	19	41.3	27	58.7	0	0	46	100
> 21 AÑOS	16	42.1	22	57.9	0	0	38	100

Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

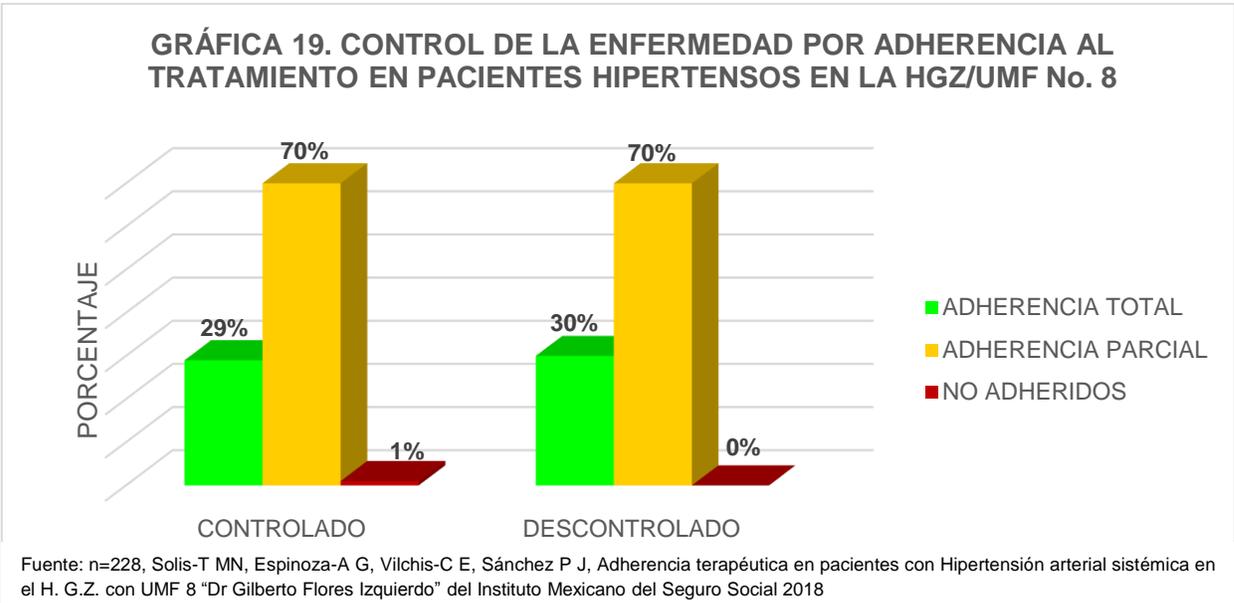
GRÁFICA 18. AÑOS DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8



Fuente: n=228, Solís-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

TABLA 19. CONTROL DE LA ENFERMEDAD POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA HGZ/UMF No.8								
CONTROL DE LA ENFERMEDAD	ADHERENCIA						TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		NO ADHERIDOS		Frec	%
	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
CONTROLADOS	48	29.1	116	70.3	1	0.6	165	100
DESCONTROLADOS	19	30.2	44	69.8	0	0	63	100

Fuente: n=228, Solis-T MN, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J, Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial sistémica en el H. G.Z. con UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018



DISCUSIONES

Maldonado Reyes y cols, en su artículo “Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martin- Bayarre- Grau” realizado en Tamaulipas en el 2016 reportó que, para una muestra de 322 pacientes, 126 (39%) estaban totalmente adheridos al tratamiento, 190 (59%) parcialmente y 6 (2%) no adheridos. Nosotros encontramos que para una muestra de 228 pacientes 67 (29.4%) tenían una adherencia total, 160 (70.2%) tienen una adherencia parcial y 1 (0.4%) no está adherido al tratamiento. Este trabajo coincide con nuestros resultados y esta adecuadamente correlacionado debido a que fue realizado en nuestro país. Hubo un predominio de pacientes con adherencia parcial (70%) esto es debido principalmente a factores relacionados con el comportamiento, sobre todo a que los pacientes no siguen las indicaciones propuestas por el medico familiar como la dieta y la actividad física. Otro factor que influye en la inadecuada adherencia de los pacientes es que no utilizan recordatorios para tomar los medicamentos, lo cual representa un área de oportunidad para implementar medidas de intervención para promover la participación proactiva respecto al comportamiento y sus hábitos higiénico - dietéticos de los pacientes, lo que daría como resultado un mayor cumplimiento del tratamiento.

Camacho Mata y cols. “Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos con sobrepeso u obesidad” realizado en Ciudad Victoria en el 2015, encontró un 67.5% de femeninos y un 32.4% de masculinos. En nuestro caso encontramos un 66.7% de femeninos y 33.3% masculinos, coincidiendo con el trabajo mencionado, lo cual es debido a que en México continúa habiendo un predominio del sexo femenino. Las mujeres tienen una mejor capacidad de autocuidado y al mismo tiempo se ocupan del cuidado del resto de la familia. En muchas ocasiones fungen como cuidadoras primarias de otros parientes incluso son jefes de familia. Con esto en mente el medico familiar puede investigar la situación en el que se desenvuelven las pacientes de su consulta y realizar acciones encaminadas a la detección de los problemas que impiden que las pacientes sigan el tratamiento médico.

Luna Breceda y cols, en su estudio “Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México” hecho en el 2017 se encontró que el rango de edad predominante es el de 40 – 69 años en un 64%, mientras que en nuestro estudio se encontró que el rango predominante fue el de 40 – 69 años con 53.5%, similar a la investigación anterior. En las últimas décadas ha habido un aumento en la esperanza de vida al nacer y un mayor número de adultos mayores. Se ha encontrado un mayor número de hipertensos en los grupos de mayor edad, lo que puede estar provocado por los importantes cambios que suceden durante el envejecimiento y que aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Este grupo de edad pueden tener otras complicaciones que dificultan la adherencia al tratamiento como, por ejemplo: disminución de la agudeza visual o amaurosis, fragilidad, alteraciones cognitivas etc. y por esto requieren de ayuda de otros familiares o amigos. Además, este grupo de pacientes pueden tener otras comorbilidades que lleven al paciente a la polifarmacia y a tratamientos múltiples como diabetes mellitus, enfermedad pulmonar crónica obstructiva, enfermedad multiinfarto, entre otras.

García Reza y cols ,en su trabajo “Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial” realizado en 3 centros de salud en el Estado de México en el 2012 encontró que: 76.3% tenían un nivel socioeconómico bajo - alto en pacientes hipertensos de los cuales 45.3% tenían descontrol de las cifras de tensión arterial, por otro lado en nuestra investigación encontramos que el 55% de los pacientes tenían una nivel socioeconómico bajo – alto, de los cuales 78.6% tenían un buen control de las cifras de tensión arterial. Los resultados del estudio son discordantes con los nuestros, esto es debido a que en nuestra población a pesar de que se cuenta con diferentes estratos socioeconómicos, la seguridad social brindada por el IMSS no varía y proporciona tratamiento farmacológico por igual a todos los pacientes que lo requieren, por este motivo los pacientes pueden controlar mejor su enfermedad y refleja una adherencia al tratamiento, aunque no completa, permite un adecuado control de la enfermedad.

Castaño Castrillón y cols, en su estudio “Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizalez (Colombia) 2012”, realizado en el país y año mencionado reportó que la ocupación con mayor predominio fueron las amas de casa con un 59% de las cuales 30% tenían una adherencia parcial; Nosotros encontramos que la ocupación con mayor frecuencia fueron las amas de casa con un 41.6%de las cuales 65.7% tienen una adherencia parcial. La inadecuada adherencia en este caso es debido a que estas pacientes no cuentan con una fuente de ingresos propia si no que dependen de la pareja u otra instancia para obtener los recursos suficientes, de esta manera tienen menos acceso a los fármacos necesarios, menor acceso a los servicios de salud, dificultad para transportarse hacia las unidades médicas, además de que prioriza las responsabilidades del hogar antes que su propia salud.

Rodríguez Abt y cols, en su estudio “Asociación de conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015”, realizado en el país y año referido. Informa que el 14.6% de los pacientes tenían una escolaridad de Primaria, dentro de este grupo 61.4% tienen una adherencia parcial. Mientras que en nuestro estudio se encontró que el 43% de los pacientes tuvieron una escolaridad Primaria de los cuales 74% tuvieron una adherencia parcial. Perú es un país en vías de desarrollo con un nivel educativo alto sin embargo no tienen una adherencia al tratamiento completa o adecuada esto es debido a que no tienen acceso a los fármacos antihipertensivos, o a alimentos de mejor calidad nutritiva, disponibilidad ineficiente del servicio médico, entre otros. Mientras que en nuestro país existe un nivel educativo menor y adherencia subóptima, esto habla del desconocimiento que el paciente tiene de su enfermedad y sus complicaciones que potencialmente afectan su calidad de vida y la de su familia. Entre otras a que la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa que puede presentarse de manera asintomática de primera instancia, entre otros factores, por este motivo el paciente no dedica la atención suficiente al cuidado de su salud. El médico familiar independientemente del grado de estudios del paciente debe hacer énfasis en la enseñanza para concientizarlo y fomentar el cumplimiento de las metas terapéuticas.

Veliz Rojas y cols, en su trabajo “Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de atención primaria” realizado en Chile en el 2015 reportó que: 39% de los pacientes tienen un adecuado control de sus cifras de tensión arterial. Mientras que en nuestro trabajo encontramos que el 72% de los pacientes tienen un adecuado control y de estos el 70% tienen adherencia parcial al tratamiento esto es debido que el sistema de salud chileno resulta ser insuficiente para proporcionar los servicios de salud necesarios para garantizar el tratamiento a los enfermos lo que repercute en el control de su enfermedad. Nuestro sistema de salud cuya principal institución mexicana es el IMSS, cuenta con mejores programas de salud para el control y seguimiento de este tipo de padecimientos. Con esto podemos afirmar que la adherencia no fue impactante para el control de la enfermedad como se esperaba sin embargo el personal sanitario debe continuar con las mejoras en los programas de salud, ya que la tendencia es a la mejora de la adherencia al tratamiento.

Dentro de los alcances que se obtienen de la realización de este estudio es el poder identificar las variables sociodemográficas en un grupo de pacientes con Hipertensión arterial, de esta manera obtenemos una visión más amplia sobre la problemática del entorno del paciente y de las características propias del paciente, que influyen significativamente en el seguimiento del tratamiento antihipertensivo. Gracias a este estudio se puede captar a los grupos de mayor riesgo como los adultos jóvenes, jubilados y pensionados, en los cuales el médico familiar puede implementar diferentes medidas de intervención para mejorar el cumplimiento tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Este estudio permite establecer antecedentes para que, en generaciones futuras, se realicen más investigaciones de ese tipo, así se llevara un mejor seguimiento a futuro e incluso se podrían realizar intervenciones encaminadas a mejorar la salud de las familias mexicanas y llevarlas de la mano con el control de las enfermedades crónico - degenerativas.

La limitación más importante para la realización de este trabajo fue la fidelidad y veracidad de los datos proporcionados por los pacientes por tratarse de un trabajo con componente subjetivo muy importante. En el futuro se pueden diseñar otros instrumentos con elementos más objetivos que permitan cuantificar de manera más adecuada los resultados.

Otra limitación es la poca disponibilidad de tiempo por parte de los pacientes, debido a que el programa de unifila permite una movilidad de los pacientes más constante y disminuye los tiempos de espera e impide que el paciente tenga suficiente tiempo para contestar el cuestionario. Este hecho nos llevó a no incluir variables como el tipo de ejercicio y características de la dieta de los pacientes, entre otros, que son de importancia para determinar puntos específicos en los cuales intervenir.

Un factor que pudiera sesgar los resultados obtenidos es el no haber interrogado el número de medicamentos antihipertensivos que el paciente ingería ya que algunos pacientes toman solo un solo tipo de fármaco y otros toman un mayor número de fármacos antihipertensivo, incluso algunos de mejor calidad y de uso sencillo que otros lo que influye en su control de la enfermedad.

La aplicabilidad de este estudio en el ámbito asistencial se vería reflejada en que el medico familiar obtenga una visión más amplia de la características sociodemográficas que más se relacionan con la adherencia al tratamiento como por ejemplo la ocupación, el nivel socioeconómico, la escolaridad, y como médicos de primer nivel no pasarlos por alto, de esta manera reconocer su utilidad en la atención de la salud de los pacientes ya que podemos incidir de manera temprana en la adherencia al tratamiento por parte del paciente, brindándoles una intervención de carácter informativo multidisciplinario para mejorar hábitos higiénico- dietéticos así como el cumplimiento del tratamiento farmacológico, acordes con sus recursos socioeconómicos disponibles, su nivel de estudios, entre otros.

Dentro del ámbito educacional permite aumentar el acervo bibliográfico que demuestra la aplicabilidad del conocimiento de este instrumento de evaluación, así como el conocimiento del estado sociodemográfico actual de nuestra población. También se realza la importancia de realizar evaluaciones periódicas respecto a la dieta y el ejercicio físico, a nuestros pacientes para garantizar el reforzamiento y actualización de los conocimientos del paciente, en conjunto con el equipo multidisciplinario como un método oportuno que puede utilizarse en la consulta familiar de manera planeada y que impacten de manera benéfica en la salud de los enfermos.

En el ámbito de la investigación genera un precedente para la realización de estudios posteriores que incluyan mayor número de pacientes, nuevos instrumentos que midan adherencia al tratamiento más completos, y que se realicen en más unidades de salud (clínicas y hospitales), para que tengan un mayor peso estadístico.

Para el ámbito administrativo esta investigación permite mejorar y crear nuevas estrategias de intervención durante la atención de los pacientes, que permitan disminuir los gastos en salud del instituto, producidos por la propia enfermedad y sus complicaciones, como por ejemplo gastos en materiales de insumo como fármacos o instrumental, personal, como enfermeras, administrativos, físico: hospitales, unidades médicas, gestión de recursos: procedimientos invasivos o días de estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

Con el previo análisis de resultados podemos concluir que cumplimos el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial del H. G. Z/ U. M. F. # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Los resultados muestran que los pacientes tienen un mayor porcentaje de adherencia parcial (incompleto o subóptimo), de estos en su mayoría pertenecían al sexo femenino, tenían una edad predominante entre 40 – 69 años, eran amas de casa en su mayoría, tenían nivel socioeconómico bajo y bajo nivel de estudios. Varios estudios previos realizados en México y países latinoamericanos aseguran que la población presenta un patrón de adherencia parcial o subóptimo. Determinando que, aunque no carecemos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, aún queda mucho por hacer para aumentarla y así poder mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir los gastos innecesarios y reducir la mortalidad por complicaciones de la enfermedad.

Evaluando los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula que con fines educativos fue planteada, concluyendo que Los pacientes con hipertensión arterial sistémica del HGZ/UMF No. 8 tienen una adherencia parcial al tratamiento.

La atención médica moderna se encuentra en una época de altas exigencias y competitividad, donde no se reconoce adecuadamente la labor del médico especialista en medicina familiar tanto por los pacientes como por otros colegas especialistas, siendo que el Médico Familiar es el pilar más importante del sistema de salud y el médico de cabecera de los pacientes. El Médico familiar debe ser promotor de su propia importancia y tomar acciones para fortalecerse tanto en el ámbito técnico científico como en el holístico, y así definir de manera integral la salud humana.

Las investigaciones en Hipertensión Arterial se han enfocado en conocer a fondo la fisiopatología y en encontrar tratamientos más efectivos, que mantengan controlada esta enfermedad. Pero se han olvidado de buscar estrategias para empoderar a los pacientes en el control de su enfermedad. No se han buscado a fondo las implicaciones en la adherencia al tratamiento en los enfermos, y por tanto no se han planeado acciones encaminadas a mejorar ese aspecto de las personas que padecen esta enfermedad.

Es en la medicina de primer contacto donde se puede realizar la evaluación de la adherencia al tratamiento y en ese momento detectar a los enfermos que necesiten alguna intervención primaria que permita mejorar su cumplimiento del tratamiento encaminado a mejorar su calidad de vida, brindarles una mejor atención primaria con un enfoque holístico y fortalecer la salud de las familias mexicanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Favela E, Gutiérrez J, Medina Ma. Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en primer nivel de atención. Consejo de Salubridad General, 2014. disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_RR_CENETEC.pdf
2. Hernández M, Rivera J, Shamah T. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública. 2016 disponible en: <http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/index.php#.WdwsaGiCyyI>
3. Weschenfelder M, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia de salud de la familia. *Enf Global*. 2012; 26 (3); 344-353.
4. Ortiz R, Torres M, Siguencia W. Factores de Riesgo para Hipertensión Arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):248-55.
5. Bryce A, Gustavo M, Tamayo A. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial. *Diagnostico*. 2015;54 (4)184-188.
6. Castaño R, Medina M, de la Rosa L. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011; 49 (3): 315- 324
7. Proyecto de Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-030-SSA-2017. Para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 2017. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/201
8. Rosas M, Palomo S, Borrayo G. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54 Supl 1: S6-51.
9. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. Guía de práctica clínica de la ESH- ESC para el manejo de la hipertensión arterial. *Hipertens riesgo vasc*. 2013; 30 (supl 3):4-91.
10. Esteban-Fernández Alberto. Manejo de la hipertensión arterial. *Archivos de medicina*. 2013; 24 (9) 1- 11.
11. James P, Oparil S, Carter B. Evidence Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults, Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014.
12. Andrade- Castellanos Carlos A. Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. *Med Int Mex*. 2015; 31:191-195.
13. López J, Scrocchi S, Suarez F. Estratificación de Riesgo Cardiovascular de pacientes ambulatorios de la red de hipertensión, Tachira-Venezuela. *CIMEL*. 2015;20(1):3-7.
14. Lira María Teresa. Impacto de la Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Rev. Med Clin Condes*. 2015;26(2): 156-163.
15. Diccionario de la Real Academia Española, que se encuentra en: <http://www.rae.es/>.

16. Casas M, Chavarro L, Cardona D. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. *Rev. Hacia la Promoción de la Salud*. 2013. 18(1): 81-96.
17. Aguado F, Arias G, Sarmiento A. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. *Rev. enferm Herediana*. 2014;7(2):132-139.
18. Luna B, Haro S, Uriostegui L. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad familiar de Zapopan Jalisco, México. *Rev. At en Fam*. 2017; 24(3): 116-120
19. Gutiérrez M, Lopetegi P, Sánchez I. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Rev. de Calid. Asist*. 2012;27(2):72-77.
20. OMS. Declaración de Ginebra. Que se encuentra disponible en:
21. Carlos Julio Ramírez Pinzón. Adherencia a la farmacoterapia en pacientes hipertensos ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, Norte de Santander (Colombia). *Cien. Tecnol. Salud Vis Ocul*. 2014; 12 (2): 27-35.
22. Libertad MA, Amado J, Espinosa AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014; 40 (2): 225-238.
23. Martín A, Bayarre V, Grau A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008. 34(1):2-10.
24. Ingaramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M. Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Rev. Fed Arg Cardiol*. 2005; 34: 104-111.
25. Rendon M, Ávila N, Becerril A, Guerrero E. Desconocimiento del nombre del medicamento como factor de riesgo relativo de incumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica de poblaciones rurales. *Med Int Mex*, 2014; 30:240 – 246.
26. Marín F, Rodríguez M. Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Rev. Salud Publica de México*. 2001; 43(4): 336-339.
27. Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk, L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*. 2007; (7): 55-68
28. Castaño J, Echeverría C, Giraldo J. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizalez (Colombia). *Rev. Fac Med*. 2012;60(3):179-197
29. Rivas G, Pino M, Osada J. Programas de hipertensión arterial: gran asistencia y baja adherencia. *Rev. Colomb Cardiol*. 2016;23(6):578-579.

30. Martin L, Bayarre H, Coruego M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud en tres provincias cubanas. Rev. Cubana de Salud Pública. 2015;41(1): 33-45.
31. Rodríguez J, Solis R, Rogic S. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima Perú. Rev. Fac Med. 2017;65(1):55-60
32. Ramalho S, Botelho T, Lucia V. Internal consistency and interrater reliability of the Brazilian versión of Martin-Bayarre-Grau (MBG) adherence scal. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sicences.2016;52(4);796-799.
33. Maldonado F, Vázquez V, Loera J. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martin-Bayarre-Grau. Rev. Aten Fam. 2016;23(2): 48-52.

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LAS CIFRAS DE PRESION ARTERIAL EN EL CONSULTORIO

Categoría	PAS	PAD
Presión Arterial Óptima	< 120	< 80
Presión Arterial Subóptima	120 - 129	80 - 84
Presión Arterial Límite	130 - 139	85 - 89
Hipertensión Grado 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensión Grado 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensión Grado 3	≥ 180	≥ 110

Proyecto de Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-030-SSA-2017. Para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 2017. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/201

ANEXO 3



**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: ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: México D.F., de Marzo del 2016 a Febrero del 2018

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y multifactorial, que se define por la presencia presión arterial sistólica mayor de 140 y/o diastólica mayor o igual a 90 mm Hg de manera persistente, perjudicial para la salud, actualmente ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, razón por la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de llevar a cabo acciones preventivas enfocadas a disminuir la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial. La dificultad en el control de las cifras de presión arterial y por lo tanto de la enfermedad se ve afectada mayormente por el incumplimiento de la terapéutica establecida por el personal de salud.

Procedimientos: Se aplicará de forma individual el cuestionario Martin Bayarre Grau para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en la HGZ/MF 8

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos de la HGZ/MF #8 de la consulta externa

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará 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):

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: No aplica

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

Investigador Responsable: Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia. Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Matricula 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax. Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

Colaboradores: Gilberto Espinoza Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF#8, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF#8, Matricula 99374232, Teléfono 55506422 ext. 28235 Cel: 5535143649 Fax: No Fax. Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx
Jorge Sánchez Pineda, Médico Familiar. Adscrito al HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99379893 Tel: 5540432002 Fax: No Fax Email: ljomshuk@gmail.com.
Mónica Noreli Solís Terán, Residente de MF HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99167553 Teléfono: 7223942282 Fax: No Fax. Email: mony_948@hotmail.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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Mónica Noreli Solís Terán

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