

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION ESTATAL COAHUILA
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 81**

**PREVALENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y LAS CAUSAS DEL MAL APEGO
TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. EDUARDO VAZQUEZ RAMOS

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. ERICK RUIZ VILLANUEVA**

REGISTRO R-2016-506-4

CIUDAD ACUÑA COAHUILA MAYO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PREVALENCIA DE EN PACIENTES HIPERTENSOS Y LAS CAUSAS DEL MAL
APEGO TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Dr. Erick Ruiz Villanueva

DIRECTOR DE TESIS

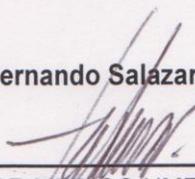
Dr. Erick Ruiz Villanueva
Med Esp en Medicina del Trabajo
Ced Prof 5514973
Mat. 99166279

Dr. Eduardo Vázquez Ramos

Tesista

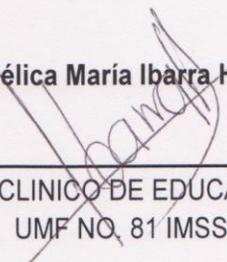
**PREVALENCIA DE EN PACIENTES HIPERTENSOS Y LAS CAUSAS DEL MAL
APEGO TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

Dr. Fernando Salazar Quiroga



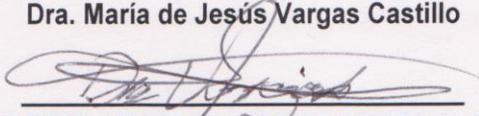
DIRECTOR MEDICO UMF No. 81 IMSS
CIUDAD ACUÑA COAHUILA

Dra. Angélica María Ibarra Hernández



COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMF NO. 81 IMSS

Dra. María de Jesús Vargas Castillo



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES
UMF No 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA.

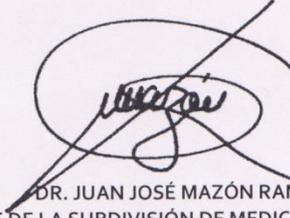
**“PREVALENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y LAS CAUSAS
DEL MAL APEGO TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. EDUARDO VAZQUEZ RAMOS

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **506** con número de registro **14 CI 05 032 036** ante COFEPRIS

H. GRAL. ZONA - MF - NUM 24, COAHUILA

FECHA **14/07/2016**

DR. EDUARDO VÁZQUEZ RAMOS

PRESENTE

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

PREVALENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y LAS CAUSAS DEL MAL APEGO TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MEDICINA FAMILIAR

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-506-4

ATENCIAMENTE

DR. (A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS.

A mí esposa: Mony G.S. a ella que es una gran mujer y está conmigo, en los momentos más difíciles y en los que necesite apoyo, alentándome a seguir adelante para lograr lo que he perseguido.

A mi esposa le dedico este nuestro trabajo y le agradezco su ayuda, faltándole tiempo de mi vida para corresponderle por ser quien es y como es. Te amo.

A mis hijos Eduardo, Jorge y Santiago, Porque en este tiempo de mi vida han estado a mi lado y espero que algún día entiendan por los días que no estuve con ustedes.

Porque gracias a ustedes he aprendido mucho y porque a su lado hemos pasado los momentos más felices de mi vida y son la razón de mi existir.

Título	1
Índice	7
Resumen	8
Marco Teórico	9
Justificación	14
Planteamiento del problema	15
Objetivos	17
a) General	17
b) Especifico	17
Hipótesis	20
Material y Metodos	20
Bibliografía	34
Anexos	36
a) Consentimiento Informado	36
b) Cuestionario Test Morisky – Green	37

III. RESUMEN.

Debido a su alta prevalencia y su íntima relación con las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial (HTA) es uno de los primeros factores de riesgo para la morbilidad y el tercero más importante en discapacidad en todo el mundo; así como la primera causa de muerte a nivel mundial, según investigaciones de países como España, Cuba, EEUU, Costa Rica pero sobre todo en México. Anualmente más de 13 millones de consulta se generan por hipertensión arterial en las unidades médicas de IMSS, además se reportan 85 mil egresos hospitalarios por personas que fueron tratadas por esta enfermedad. Se estima que en México 16 millones de personas padecen hipertensión arterial sistémica (HAS) y que de estos, menos del 31.5% se encuentran bajo control médico por el desconocimiento de su enfermedad. Según la encuesta nacional de salud y nutrición 2012, la población más afectada por HAS es la de varones de más del 47% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo presentan un control ineficaz de su presión arterial debido esencialmente al mal apego de las medidas no farmacológicas y farmacológicas.

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de factores asociados en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No. 81, Ciudad Acuña, Coahuila.

METODOLOGIA: Diseño de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Se aplicó el test de Morisky-Green a los pacientes adscritos a la UMF. 81 de ciudad Acuña, Coahuila.

IV. MARCO TEORICO.

La hipertensión arterial constituye en la actualidad uno de los grandes retos de la medicina moderna, es una de las enfermedades que más ha sido estudiada en todo el mundo. Afecta sobre todo a las sociedades eminentemente más desarrolladas y en desarrollo extraordinariamente prevalente pues uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta hipertensión arterial según datos recabados en diferentes países. Hace más de un siglo se sabe que la presión arterial elevada disminuye la supervivencia, y que junto con sus consecuencias, constituye el fenómeno de la denominada hipertensión arterial la cual está considerada como una enfermedad multifactorial.^{1,2}

A pesar que desde la década del 50 se sabía que la hipertensión arterial intervenía en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, fueron los estudios realizados en las décadas de los años 60s y de los 70s los que claramente mostraron la relación entre hipertensión arterial y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos blancos: corazón, riñón y vasos sanguíneos y como consecuencia de este hecho se produjo un gran estímulo a la investigación en aspectos epidemiológicos y básicos tales como sus mecanismos fisiológicos. Hoy se sabe mucho más acerca de la hipertensión arterial, de sus aspectos epidemiológicos y fisiopatológicos. Han aparecido nuevas opciones terapéuticas y se dispone de una gran cantidad de fármacos que con notable eficacia ofrecen un mejor control terapéutico de la hipertensión y una mayor reducción de la morbimortalidad.²

En la conceptualización y manejo de la enfermedad por parte de los clínicos, lo cual hace imprescindible revisar con atención la evidencia científica y a la luz de las realidades de cada comunidad, proponer un nuevo marco de referencia para la práctica médica.^{1,2}

La relevancia clínica de la hipertensión no reside en sus características como enfermedad en el sentido habitual de la palabra sino en el incremento de sus complicaciones. En la actualidad existen múltiples teorías que tratan de explicar esta patología a partir de la alteración de un sistema o un componente biológico, pero ninguna llega a explicar el fenómeno como un todo. Por tanto se estima que aun en el siglo XXI se mantiene vigente la teoría de mosaico de Page, postulada en 1949 en la que se plantea que la Hipertensión Arterial se debe a falla de múltiples factores y sistemas estrechamente relacionados entre sí, más que a la alteración básica de alguno de ellos.³

La hipertensión Arterial de acuerdo a la guía de práctica clínica del IMSS 238-09, Sociedad europea de hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología se clasifica según ⁴ (Tabla 1).

TABLA 1. CLASIFICACION DE HIPERTENSION ARTERIAL

Categoría	Sistólica	Diastólica
Optima	<120	<80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal alta	130 – 139	85 - 89
Hipertensión grado 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensión grado 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensión grado 3	➤ 180	➤ 110
Hipertensión aislada	➤ 140	< 90

Fuente: Clasificación de la hipertensión arterial: JNC 6 y JNC 7.

Se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de HTA en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Cada año alrededor del 1.5% de toda la población Hipertensa muere por causas relacionadas directas con la hipertensión, es decir más de una muerte cada 3 minutos. Según la Organización mundial de la salud, la HTA debe ser considerada como un problema de salud prioritario en el continente Americano, con enormes repercusiones sociales y económicas. Esto es aún más evidente si se considera el hecho de que un número apreciable de pacientes, cuando buscan atención médica por HTA o son detectados por el equipo de salud en centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blancos lo que se explica en parte por la ausencia de sintomatología en sus fases iniciales.^{5,6}

Un mínimo de 72 millones de estadounidenses sufren de hipertensión arterial y por lo tanto como 20 millones no se diagnostican oportunamente y cursa asintóticamente hasta que aparecen una o varias complicaciones, la cual sin tratamiento de la presión arterial alta; aumenta considerablemente el riesgo de un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular.¹

En México la mayoría de la población hipertensa tiene menos de 54 años de edad, situación que va principalmente con la hipertensión diastólica y no con la sistólica como en los países desarrollados en donde el incremento en la esperanza de vida permite observar una mayor prevalencia de HTA de predominio sistólico y la gran mayoría de los pacientes se ubicaron en el estadio uno, mientras que solo el 7.1% se ubicó en el estadio 3.¹

Anualmente más de 13 millones de consultas se generan por ese padecimiento en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), además se reportan

85 mil egresos hospitalarios por personas que fueron tratados por esta enfermedad. Se estima que en México 16 millones de personas padecen hipertensión arterial sistémica (HAS) y que de estos, menos del 31.5 % se encuentran bajo control médico por el desconocimiento de su enfermedad. Según la encuesta nacional de salud y nutrición 2012, la población más afectada por HAS es la de varones de más de 20 años de edad, pero al llegar a los 50 años la prevalencia aumenta.^{7,2}

En la actualidad sabemos que la hipertensión arterial es una enfermedad poligénica, determinada por factores ambientales desencadenantes que favorecen que los genes implicados comiencen a expresarse, lo que implica un incremento de esas estructuras de los vasos y del corazón con la consiguiente elevación de la presión arterial.^{7,2}

Las perspectivas para el futuro no difieren mucho de las actuales. Se prevé que para el año 2030 las enfermedades cardiovasculares continúen en la cima de la lista de las principales causas de muerte discapacitada en todo el mundo. Algunos estudios han demostrado que la hipertensión arterial por sí misma es la causa de cerca de siete millones de muertes prematuras por año. Las estrategias que reduzcan la prevalencia de hipertensión arterial permitirán aumentar la calidad de vida de estos pacientes.⁸

En la práctica médica una parte importante de los tratamientos queda bajo la responsabilidad del paciente de ahí que la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial se ha convertido en un serio problema de salud pública.^{9,8}

El término adherencia según Di Matteo y Di Incola (1982) es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general el término adherencia se refiere al proceso del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones de su médico basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y sus características psicológicas y sociales.^{10,6}

Durante los últimos años se ha comprendido la importancia que tiene la adherencia al tratamiento por parte del paciente constituyéndose en la piedra angular en el control de su enfermedad: sin embargo se estima que más del 50% de estos pacientes son incapaces de cumplir un régimen terapéutico así como de seguir las recomendaciones de su médico. Hablamos de un problema de adherencia terapéutica, definida por la organización mundial de salud como el grado en que el cumplimiento de una persona, ya sea tomar un medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en su estilo de vida corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

11

La falta de adherencia es la verdadera dificultad para el manejo de la hipertensión arterial, Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial, algunos estudios han informado que entre el 24 y 30% de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el

tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto en el cual, la reducción beneficiosa de la hipertensión arterial no se alcanza. ¹²

Existen múltiples factores que influyen en el mal apego terapéutico entre los que destacan: la edad, alta ingesta de sodio, dieta elevadas en grasas, tabaquismo, sedentarismo, enfermedades crónicas, obesidad, dislipidemia entre otros factores relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud, factores relacionados con las características de la enfermedad y los factores relacionados con los aspectos psicosociales del paciente. ^{13,14}

En la interacción profesional de la salud cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. ¹⁴

Se ha observado que al proporcionar al paciente la información necesaria favorece a que el enfermo mejore su apego al tratamiento de la hipertensión arterial e igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con una relación establecida con su médico aumento el cumplimiento por parte del paciente para seguir un régimen terapéutico indicado. ¹⁵

El régimen terapéutico constituye una de las principales determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica y existen aspectos que ejercen una mayor influencia como son: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios. ¹⁵

Las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor implicado en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud. De igual forma el apoyo social, los factores culturales la familia se ha demostrado que contribuyen a incrementar la adherencia al tratamiento. ¹⁰

Meichenbaum y Turk (1991) identificaron cuatro variantes y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial:

- Variables del paciente. Características del individuo: Falta de comprensión; modelo implícito al enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o en el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; falta de recursos.

- Variables de la enfermedad. Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas).

- Variables de tratamiento. Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de

las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características de tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; efectos secundarios de la medicación.¹³

-Variables de la relación. Comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente y supervisión inadecuada.¹⁶ La no adherencia al tratamiento es un problema universal algunos autores señalan que en relación a los pacientes hipertensos la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento es muy baja dado los cambios en el estilo de vida y la toma de medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos, y a medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento.¹⁷

Es aceptado en los actuales momentos que la calidad de vida es un factor importante en el apego y el cumplimiento terapéutico antihipertensivo por lo que la administración de medicamentos que produzca efectos secundarios desagradables podrían comprometer el control adecuado de la enfermedad y por consiguiente impedir la reversión del curso natural de la enfermedad sin embargo por ser una enfermedad crónica, el control requiere acompañamiento y tratamiento farmacológico y no farmacológico durante toda la vida.(12) El impacto económico del tratamiento antihipertensivo es otro de los factores importantes en mal apego al tratamiento pues en nuestro país donde la mayoría de los pacientes hipertensos proviene de las clases socioeconómicas bajas, sumándosele el hecho de que la mayor parte de los medicamentos antihipertensivos desarrollados en los últimos 10 años y que producen mínimos efectos secundarios son muy costosos y estas poblaciones no pueden adquirirlos¹¹

En los países europeos como España los estudios realizados muestran que más del 70% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo no controla adecuadamente sus niveles de tensión arterial. La baja adherencia a las medidas terapéuticas se encuentra entre las principales causas de esta situación la mayoría de los pacientes hipertensos no llevan a cabo suficientes cambios en sus hábitos cotidianos, no toman la medicación o no la toman en pautas adecuadas. Y de manera particular respecto al cumplimiento farmacológico prescrito las cifras de algunos estudios revelan que entre el 29% y el 56% de los hipertensos no toman la medicación indicada¹¹

Estudios realizados en países de América latina como Cuba señalan que entre el 24 al 30% de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico. En otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año. La falta de adherencia terapéutica es un problema de salud pública de primera magnitud con una prevalencia media de 50% en relación con la hipertensión arterial y cualquier estrategia de intervención, en orden a maximizar su eficacia, debería incidir en la no culpabilización del paciente, el fortalecimiento de los

vínculos de confianza con el personal sanitario, la simplicidad de las intervenciones, la multidisciplinaridad de los agentes implicados y la individualización de las técnicas empleadas. ¹⁸

V. JUSTIFICACIÓN.

La hipertensión arterial sistémica afecta aproximadamente al 20% de la población en la mayoría de los países, es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.

La hipertensión arterial es un padecimiento frecuente, ocupando uno de los primeros 10 lugares de consulta de primera vez y el tercer lugar de la consulta subsecuente.

Es frecuente, tanto a nivel local como nacional, sobre todo en los estados del norte, su incidencia entre los 25 y 55 años de la vida del individuo, precisamente en la etapa productiva, lo cual genera pérdidas económicas que absorbe el gobierno y la sociedad entera, pues por sus consecuencias como factor pre disponente para otras enfermedades graves como son la enfermedad coronaria y vascular cerebral es una de las causas más frecuentes de incapacidad laboral.

Conocer los factores que intervienen en la falta de apego terapéutico de la hipertensión arterial ayuda a mejorar las expectativas de vida de los pacientes, con énfasis en la calidad de la misma, de los enfermos hipertensos adscritos a la U.M.F. NUM. 81 del IMSS del turno vespertino.

Por la frecuencia y repercusiones de la hipertensión arterial considero importante llevar a cabo este trabajo de investigación, en la UMF. 81 del IMSS.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La hipertensión arterial es uno de los grandes retos de la medicina moderna en muy diferentes aspectos. Es un proceso que afecta eminentemente a las sociedades desarrolladas y es extraordinariamente prevalente, por lo que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial.

Esta enfermedad se relaciona con múltiples factores de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica; la prevalencia se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales en su relación con los hábitos tóxicos

La hipertensión arterial sigue siendo un tema de estudio para los investigadores, ya que se ha demostrado que en grupos de personas mayores a 45 años de edad, el 90% de los casos desarrolla la hipertensión esencial o primaria y menos del 10% desarrolla hipertensión arterial secundaria. Por tal razón es importante conocer los factores tradicionales modificables y no modificables que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

En México, la prevalencia identificada de hipertensión arterial sistémica es de 31.5%, es decir, más de 16 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años. Los estados del norte de la república presentan las mayores cifras. La encuesta nacional de salud nos mostró que lamentablemente el 61% de los hipertensos de este país desconocen ser portadores de hipertensión arterial situación que es de extrema importancia ya que, en general el paciente acude al médico cuándo ya han transcurrido varios años desde su inicio y probablemente ya habrá en su mayoría daño a órgano blanco.

De mayor preocupación, es que, de los que ya se sabían hipertensos, solo la mitad estaba tomando medicamento antihipertensivo, y de estos solo el 14.6% tuvo cifras de control (<140/90 mmHg), sin contar que el criterio reciente para control en el paciente diabético o con daño renal, es más estricto (<130/80mmhg). De manera que, de forma rigurosa, observaríamos que alrededor del 8% de toda la población hipertensa está realmente en control óptimo.

Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento lo que imposibilita al apego al tratamiento que es la piedra angular en el control de la enfermedad, sin embargo es conocido el alto índice de pacientes con falta de apego al tratamiento del control de la hipertensión arterial que en algunos países llegan a niveles de hasta 50% convirtiéndose en una verdadera dificultad para el manejo y tratamiento de la hipertensión arterial.

¿Son los factores relacionados con la interacción del paciente con el profesional de salud así como el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos Psicosociales del paciente causa importante para la falta de apego al tratamiento de hipertensión arterial?

VII. OBJETIVOS:

a) Objetivo General:

- Identificar la prevalencia de factores asociados en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No. 81, Ciudad Acuña, Coahuila.

b) Objetivos Específicos:

- Determinar los factores asociados que modifican el tratamiento y apego terapéutico en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No. 81, Ciudad Acuña, Coahuila.
- Estudiar la relación entre los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial y sus factores asociados: Edad, Talla, sexo, índice de masa corporal, escolaridad, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, apego terapéutico, percepción de mejoría y reacción adversa del medicamento.

METODOLOGIA:

- TIPO DE ESTUDIO.- observacional, prospectivo, transversal, descriptivo tipo encuesta, sobre una muestra aleatoria de 300 pacientes de ambos sexos, de los 30 a los 90 años de edad que acudieron a la consulta mensual en los consultorios de UMF 81 de Ciudad Acuña, Coahuila en los meses de septiembre 2016 y octubre 2017, también se tomó encuesta su estado civil, ocupación y escolaridad.

- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra que se calculó es de 300 pacientes El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta un 5% de error, un nivel de confianza del 95%, distribución de respuestas del 50%. Se utilizó la siguiente fórmula para calcular el tamaño de muestra para población finita

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

- En donde:

Z = nivel de confianza (95%)

P = probabilidad de éxito

Q = probabilidad de error (5%)

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

- INSTRUMENTO: Se aplicó el test de Morisky - Green a los pacientes adscritos a la UMF. 81 de ciudad Acuña Coahuila consistente en 4 preguntas. Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, si, no, no) bueno regular y malo. Los encuestados serán orientados por su

DESCRIPCION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad en años cumplidos	La registrada en credencial oficial o cartilla de salud	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1= Masculino 2= Femenino
Peso	La cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona	Lo registrado en cuestionario	Cuantitativa discreta	Kilogramos
Talla	Altura de un individuo	Lo registrado en el cuestionario	Cuantitativa discreta	Metro
IMC	Índice del peso de una persona en relación con su altura	Lo registrada en cuestionario	Cuantitativa discreta	Km/m ²
Ocupación	Función que desempeña el trabajador de acuerdo a las habilidades y capacidades propias	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1.- Obrero 2.- Hogar 3.- Jubilado 4.- Profesional 5.- Comerciante 6.- Campesino
Estado civil	Situación civil del paciente al momento de realizar la encuesta	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1= Soltero 2= Casado
Escolaridad	Grado de estudios al momento de realizar la encuesta	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.- Ninguno

Variables dependientes: Edad, talla, sexo, IMC, ocupación, escolaridad, estado civil

Variables independientes:

- a) Apego al tratamiento
- b) Sensación de mejoría
- c) Reacción adversa de medicamento

VIII. HIPOTESIS.

- a) por ser un estudio descriptivo, no requiere hipótesis

IX. MATERIAL Y METODOS.

a) Diseño de estudio

Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

b) Población de estudios

Todos los asegurados adscritos a la UMF 81 Ciudad Acuña Coahuila del turno vespertino.

c) Periodo de estudio. 1 año

d) Lugar de estudio.

Unidad de UMF No. 81 del I.M.S.S. Ciudad Acuña Coahuila

e) Tamaño de la muestra

Serán evaluados y encuestados 300 pacientes del turno vespertino de la UMF. 81 de atención primaria considerándose el cumplimiento terapéutico y el control de la tensión arterial,

f) Criterios de inclusión.

a) Pacientes que deseen participar de manera voluntaria y previo consentimiento Informado.

b) Pacientes que acuden regularmente a control mensual de hipertensión arterial

g) Criterios de exclusión.

a) pacientes con secuela o deterioro de órgano blanco.(IRC, Enfermedades Endocrinas y Neuroendocrinas).

b) Pacientes que abandonen el protocolo durante el curso del estudio

c) Portadores de enfermedades mentales o físicas invalidantes.

h) Criterios de eliminación:

- Los que se pierden.

Variables:

Variable independiente: factores importantes en la falta de adherencia terapéutica

Definición conceptual: Por adherencia terapéutica entendemos desde la definición clásica enunciada por Sackett y Haynes, el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden.

La OMS considera la siguiente definición: a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un regimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

Definición Operacional: Por adherencia terapéutica entendemos, desde la definición clásica enunciada por Sackett y Haynes, el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden.

Escala de medición: nominal

Fuente de información: Expediente clínico, entrevista personalizada test de Morisky-Green el cual valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

Variable dependiente:

- Hipertensión Arterial

Definición conceptual.- La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica, de etiología multifactorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica por arriba de 140 mmHg y/o de la presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg. La Jong National comité de los EUA, la hipertensión arterial de acuerdo a sus cifras se clasifica en:

Categoría normal -120 mmHg y -80 mmHg de tensión arterial sistólica y diastólica

Pre hipertensión de 120 a 139 mmHg a de 80 a 89 mmHg sistólica y diastólica

Grado I = de 140 a 159 mmHg a de 90 a 99 mmHg sistólica y diastólica

Grado II = de 160 y mas a 100 y más mmHg⁴

Definición operacional.-

La presión arterial elevada se define como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140 mmHg, una presión diastólica en reposo superior o igual a 90 mmHg o la combinación de ambas. En la hipertensión, generalmente tanto la presión sistólica y diastólica son elevadas

Escala medición.- nominal

Fuente de información: Expediente clínico, entrevista personalizada test de Morisky-Green el cual valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

Muestra:

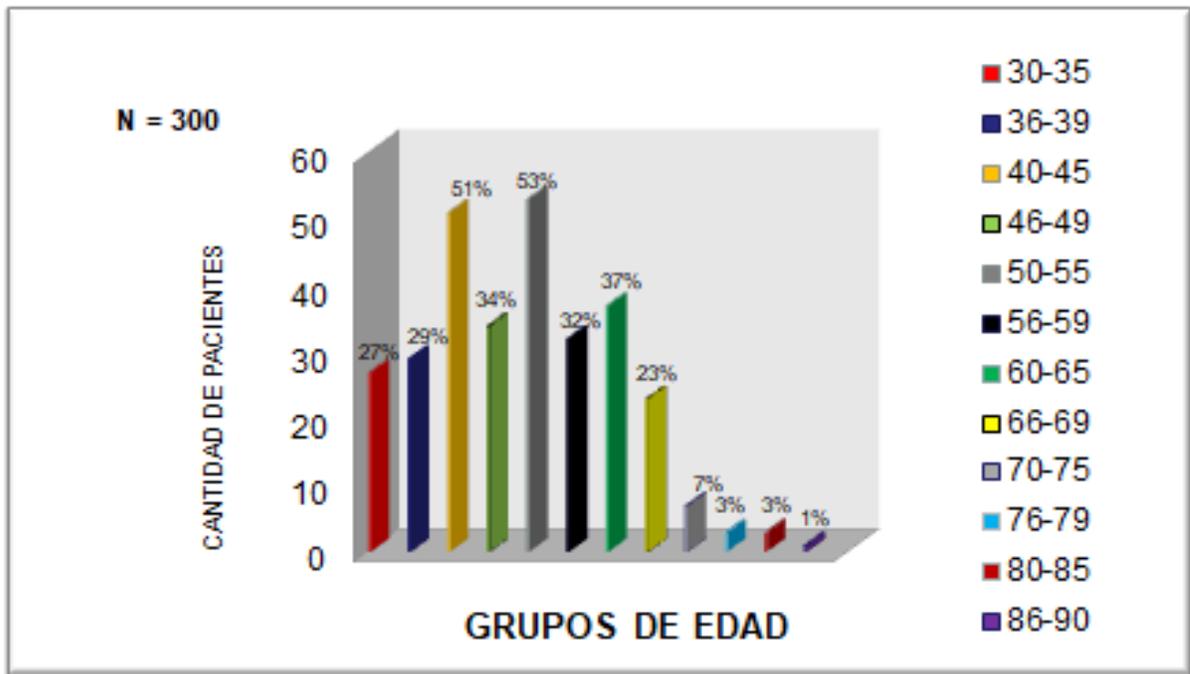
- Técnica de muestreo: no probabilística por conveniencia
- Tamaño de muestra. Fueron evaluados y encuestados 300 pacientes durante un año que acudieron a consulta en la UMF 81 de atención primaria considerándose el cumplimiento terapéutico y el control de la tensión arterial.

Consideraciones Éticas

La investigación se apegó a los lineamientos establecidos en la normatividad internacional vigente, así como la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Seres Humanos y a los principios éticos del reporte de Belmont, la presente no es una investigación con riesgo, ya que se trata de un estudio donde se emplean técnicas y métodos de investigación prospectivo, transversal y descriptivo, se realiza encuesta directa del trabajador

Los datos obtenidos de la investigación se conservaran anónimos y confidenciales de acuerdo a los principios básicos de la investigación médica. Siendo manejada exclusivamente por el investigador en base a la declaración de Helsinki, Reglamento de la Ley General de Salud y los comités Locales de Investigación, dando a conocer de manera oportuna los resultados solo al personal del área correspondiente.

FIGURA 1.

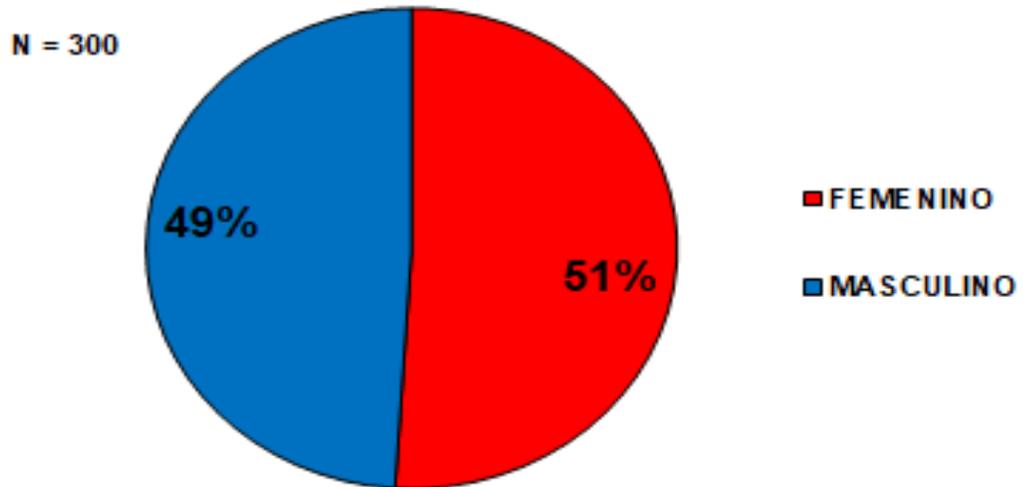


Fuente: Hoja de recolección de datos de prevalencia de pacientes hipertensos.

MEDIA = 55.27 AÑOS

De acuerdo a los resultados obtenidos el total de la población estudiada se encontró que 300 casos hipertensos encuestados predominan en los grupos de edad promedio entre los 56 a 59 años con un (53%) seguido de un (51%) con una edad de 40 a 45 años, el menor resultado entre los encuestados se encontró con una edad entre los 86 a los 90 años con un porcentaje del (1%) de acuerdo a la descripción en la (Figura 1).

FIGURA 2.

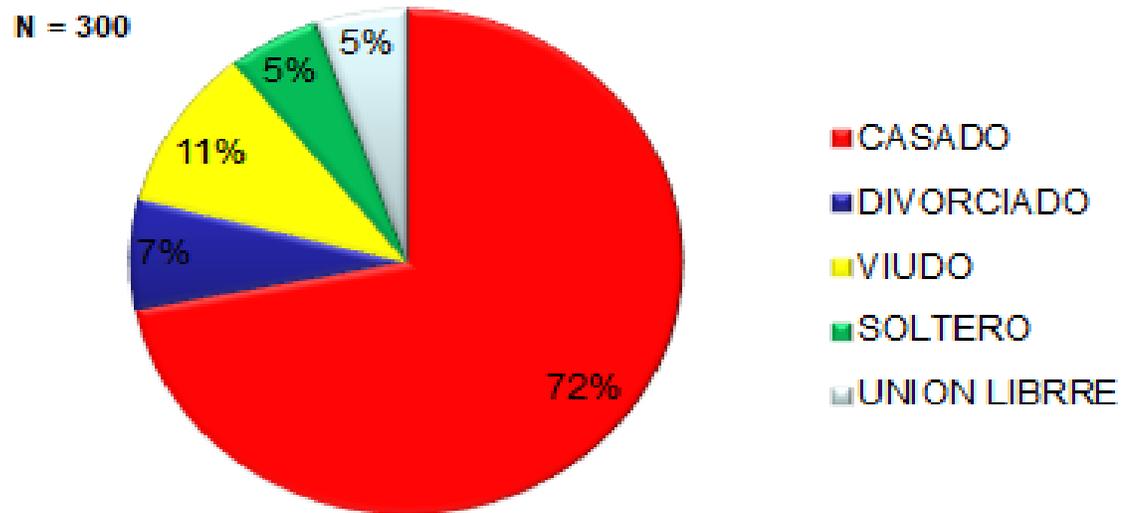


PREVALENCIA DE SEXO CON PACIENTES CON H.T.A.

Fuente: Hoja de recolección de datos de prevalencia de pacientes hipertensos.

Los resultados obtenidos del total de la población estudiada se encontraron que de 300 casos en particular el de mayor número de pacientes pertenecen al sexo femenino con un (51%) y casos correspondieron al sexo masculino (49%). (Figura 2).

FIGURA 3.

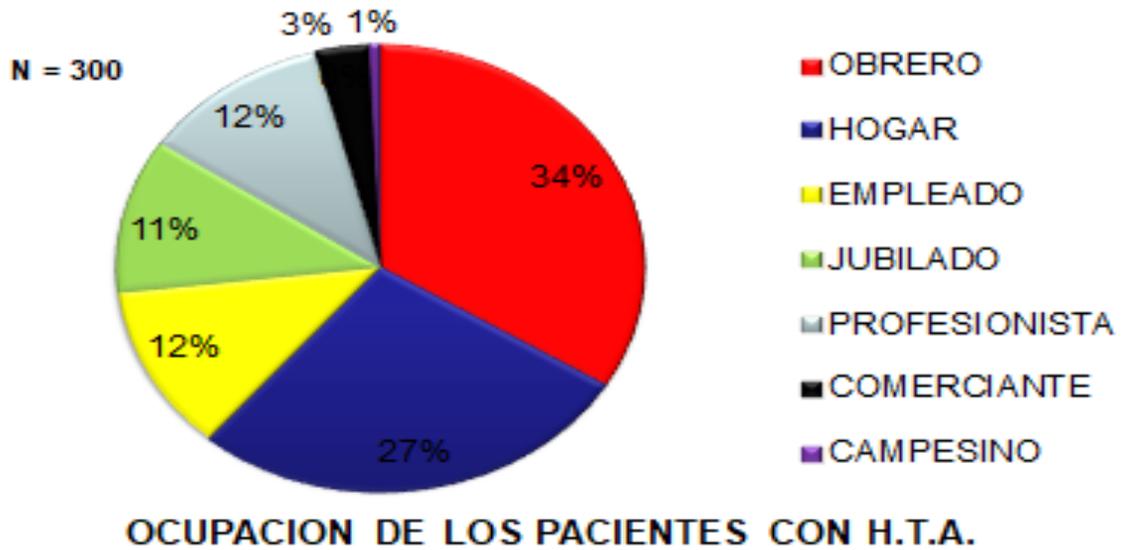


ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON H.T.A.

Fuente: Hoja de recolección de datos de prevalencia de pacientes hipertensos.

De acuerdo al estudio realizado a la población se encontró que el (72%) de los casos pertenece a estado civil casado mientras que el de menor en un (5 %) casos (Figura 3).

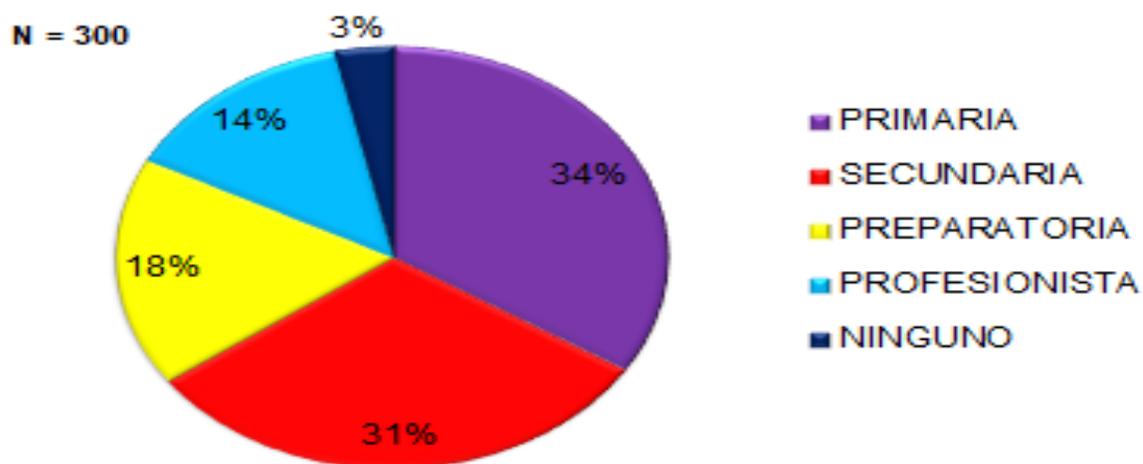
FIGURA 4.



Fuente: Hoja de recolección de datos de prevalencia de pacientes hipertensos.

Los resultados obtenidos en cuanto a la ocupación de los pacientes hipertensos, el primer lugar es ocupado por obreros con un 34% de la población total. El segundo lugar lo ocupan amas de casa en el hogar con un 27% de la población estudiada, en tercer lugar tenemos a los empleados/profesionistas con 12% personas de la población, en cuarto lugar se encuentran los jubilados con un 11%, en quinto lugar están los comerciantes con una minoría mínima de un 3%, en sexto lugar están los campesinos con el 1% del total de pacientes de la población estudiada. (Figura 4).

FIGURA 5.



ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON H.T.A.

Fuente: Hoja de recolección de datos de prevalencia de pacientes hipertensos.

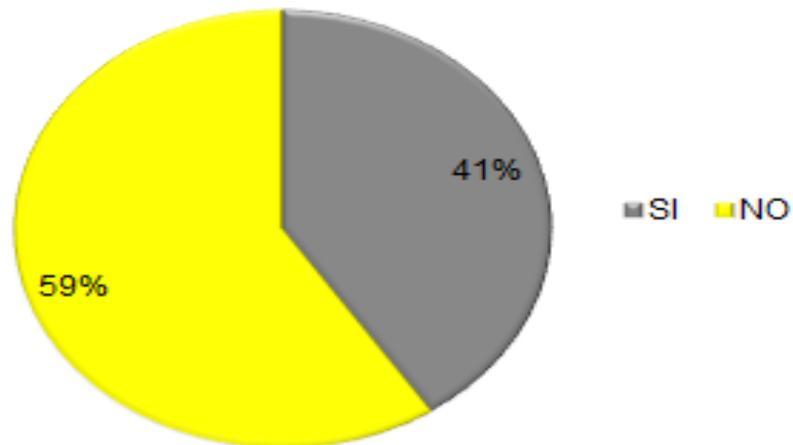
En la población de hipertensos encontramos que el grado de escolaridad de los pacientes va de un (34%) que tan solo cuenta con el nivel de primaria, encontrándose secundaria en el (31%), en el nivel medio superior es de un (18%) y los profesionistas en un (14%) mientras que los pacientes con un porcentaje del (3%) reflejaron con ningún nivel de estudio (Figura 5).

RESULTADOS OBTENIDOS DE ACUERDO AL TEST DE MORISKY – GREEN

FIGURA 6.

¿OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR LOS MEDICAMENTOS PARA LA PRESION?

N=300

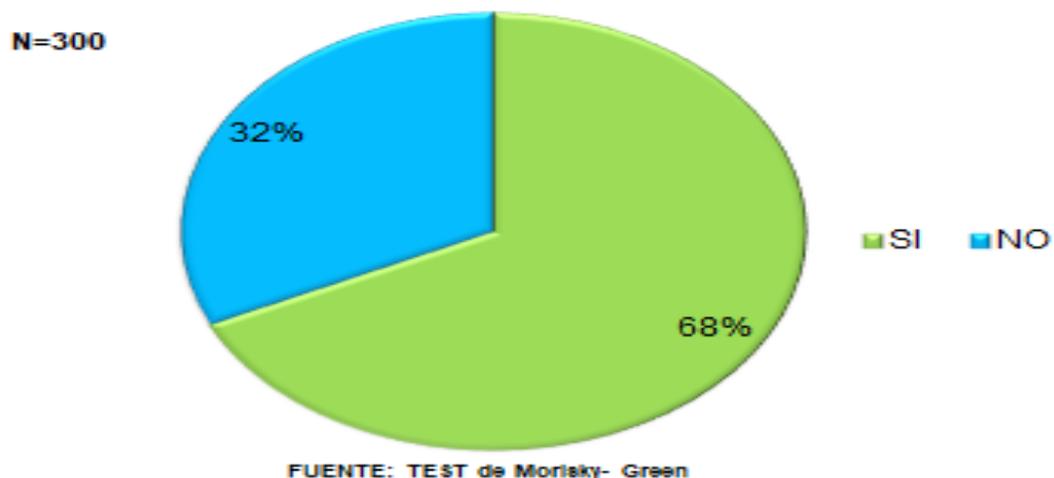


FUENTE: TEST de Morisky- Green

De acuerdo al test, el resultado obtenido en los pacientes hipertensos que alguna vez olvidan tomar sus medicamentos para la presión es del (41%), mientras que el (59%) tiene buen apego a su tratamiento.

FIGURA 7.

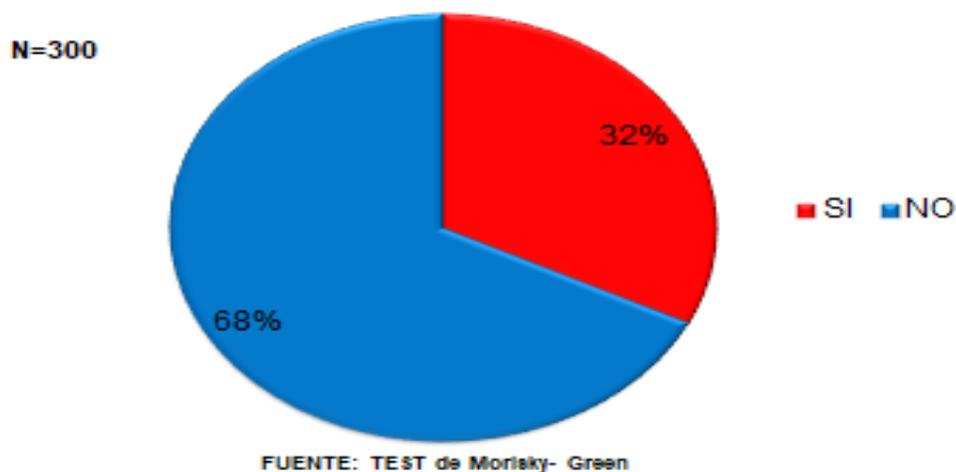
¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LOS HORARIOS INDICADOS?



Los pacientes hipertensos que toman y tiene un buen apego a los medicamentos en los horarios indicados son de un (68%) y el resto de los 300 pacientes encuestados es tan solo del (32%).

FIGURA 8.

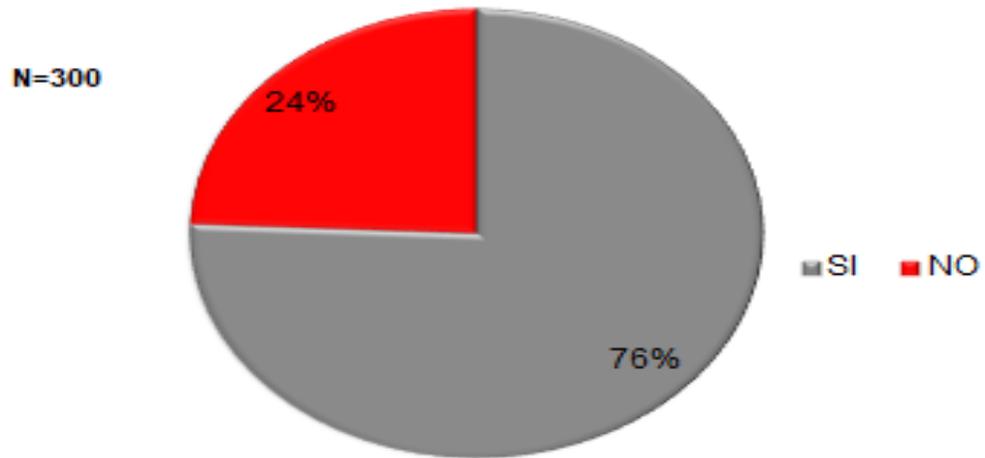
¿CUÁNDO SE ENCUENTRA MEJOR DEJA DE TOMAR LA MEDICACIÓN?



Los resultados obtenidos en los pacientes que cuando encuentran mejoría en sus niveles de hipertensión dejan de tomar sus medicamentos en tan solo de un (32%), mientras que un porcentaje elevado de un (68%) continúa y sigue con su buen apego al tratamiento.

FIGURA 9.

¿SI ALGUNA VEZ LE SIENTAN MAL LOS MEDICAMENTOS DEJA DE TOMARLOS?



FUENTE: TEST de Morisky- Green

De acuerdo a los resultados del test de Morisky se los pacientes que tienen mal apego al tratamiento y dejan de tomar sus medicamentos cuando se siente mal es de un porcentaje elevado reflejado en la gráfica de la (figura 4) con un (76%) y tan solo al buen apego es de un (24%).

RESULTADOS.

De los 300 pacientes encuestados con un rango de edades de 30 a 90 años un promedio de edades de 55.27 años, la edad en la que se presentó más la hipertensión arterial fue a los 50 y 55 años y es más frecuente en el sexo femenino en 51% comparado con el sexo masculino 49%.

De los pacientes encuestados el 72% son casados, la escolaridad más común fue la primaria en un 34%, el peso promedio es de 80 kg, de las 300 resultaron 135 pacientes tenían un ineficaz control de la hipertensión arterial debido esencialmente a la baja adherencia de las medidas dietéticas farmacológicas 50.2% la cual apenas sobrepasa los datos arrojados por la encuesta nacional de salud y nutrición 2012 y conforme avanzan en la edad en los diferentes grupos etarios aumenta la frecuencia de padecer esta enfermedad. En los hombres y mujeres, también incrementa la falta de adherencia.

Por grupos etáreos encontramos que las mujeres y hombres más afectados son las que están entre los grupos de 40 y 55 años.

La ocupación donde más se observó la hipertensión arterial fue en el obrero con un 34% de los casos, seguidos de las mujeres que se dedican al hogar con un 27%.

También se encontró que en los pacientes con sobre peso (promedio 80 kg) es más frecuente la hipertensión arterial indistintamente del sexo.

El nivel de escolaridad más alto fue la primaria.

Para analizar los resultados de la falta de adherencia se aplicó el test de Morisky-Green consistente en 4 preguntas el cual considera como una buena adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial cuando la respuesta a todas las preguntas es adecuada (no, si, no, no) bueno regular y malo.

Al analizar donde existe más falta de adherencia si entre hombres y mujeres encontramos que los hombres son los que menos se adhieren al tratamiento debido a sus actividades laborales. Así como las mujeres económicamente activas (obreras).

Mujeres solo dedicadas al hogar del grupo de estudiado encontramos mayor adherencia comparada con los hombres y mujeres económicamente activas.

Por lo que en este punto se refiere nuestros resultados que el riesgo de no adherencia varia si la mujer solo se dedica al hogar que sí económicamente activa.

ANALISIS DE RESULTADOS:

Encontramos un 50.2% de pacientes no eran cumplidos en su adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sobre todo en las áreas dietética-farmacológico una cifra apenas mayor que la tasa nacional que es de 50% según los datos que reporta la encuesta nacional de 2012⁶ estos datos nos hablan de que el índice de no apego al tratamiento en nuestra localidad o de nuestra población continua siendo importante para el control y tratamiento de esta enfermedad, también pudiera deberse a que nuestros

pacientes continúan con malos hábitos alimenticios ya que en la mayoría de los pacientes se observó sobre peso.

Por grupos etáreos encontramos que los pacientes más afectados son los que están entre los grupos de 40 a 55 años de edad y aumentan conforme avanza la edad y con una falta de adherencia al tratamiento de un 50.2% de todos los pacientes estudiados. Datos que coinciden con los reportados por estudios realizados en el paraclínico docente Carlos. Finlay en la ciudad de la habana Cuba y por N. Crespo de España.

Encontramos que el mayor índice de no apego al tratamiento se observó en pacientes económicamente activos y con menor índice de escolaridad.

CONCLUSION.

Los resultados que obtuvimos fue un índice de falta de adherencia al tratamiento sobre todo en las áreas dietético-farmacológico de 50.2% la cual coincide con los estudios hechos en otros países de América Latina y Europa como España, y el grupo etáreo más afectado en hombres y mujeres entre los 40 y 55 años de edad dado que también es el grupo que más es afectado por este padecimiento pero es más frecuente en mujeres con una falta de adherencia más pronunciada en las mujeres económicamente activas lo que habla de un caro impacto en las personas que trabajan y no se adhieren al tratamiento adecuadamente debido probablemente a limitación de tiempo por sus actividades laborales y a su bajo nivel escolar.

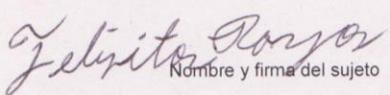
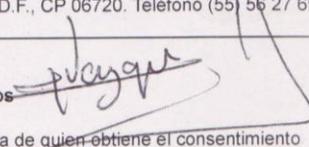
BIBLIOGRAFIA.

1. N. Crespo Tejero, V.J. Rubio franco. M.I. Casado Morales. J. Sánchez Martos y C. Campos Sien. Factores moduladores de la adherencia en hipertensión arterial. Revista digital – Madrid -. PP. 4-8 (2000).
2. Álvarez Tosté M. Alfonso Sague K. Mariano Bonet Gorbea, calidad de vida relativa a salud e hipertensión arterial en Cuba. Artículo digital pp 1-18 (2001).
3. Hipertensión Arterial <http-es Wikipedia org/wiki/hipertensi%L3% B 3n-Arterial>.
4. Guía de práctica clínica IMSS 238.09 de hipertensión arterial.
5. Ramones Igor. Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. Revista Latinoamericana de hipertensión vol. 2 Núm. 5, septiembre octubre, 2007. PP., 147 – 150 sociedad latinoamericana de hipertensión Caracas organismo Internacional. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170216972004>
6. Sánchez Cisneros Noé. adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana Vol. 14, Núm. 3. Septiembre-Diciembre2006 PP. 98-101.Ed México DF.
7. Rendón Medina Ma, Ávila López N. Becerril- Ayala A, Guerrero-Loza, Rodríguez-weber. Desconocimiento del nombre del medicamento como factor de riesgo relativo de incumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica de poblaciones rurales. Medicina Interna de México volumen 30, núm. 3, mayo-junio 2014. PP. 240-246.
8. Herrera Guerra Eugenia. adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Artículo de investigación, vol. xxx n. (2): mayo-agosto 2012. PP. 67-75
9. Zoraida Rojas M. Sandra Yamile Morales B. Adherencia farmacológica tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una calidad? Bogotá Colombia. Revista Colombiana. Volumen 9 año 2014. PP. 133-141.
10. Liana k. Ayala L. Kelya Condezo M, José R. Juárez E. Impacto del seguimiento farmacoterapeutico de la calidad de vida relacionada a la salud del pacientes con hipertensión Arterial. Ciencia e investigación, Edición impresa: ISSN: 1561-0861 Edición Electrónica: ISSN 1609-9044.; 13(2): PP. 77-80. 2010
11. Artacho Pino R, Prado Torres JD, Barnestein Fonseca P, Aguilar García C. García Ruiz A, Leiva Fernández F. et al- cumplimiento Terapéutico en pacientes con

hipertensión arterial. ¿ha cambiado con el paso del tiempo. Artículo original Med fam andal 2012; vol. 13, n. 2: 95-106. agosto 2012

12. Cremilde Aparecida Trindade R. Alfonso dos Santos Lucimary, Maria Dalva de Barros Carvalho, Silvia Mar con S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Jul-Ago. 2014; 22 (4): 547-53. [www. Eerp.usp.br.rlae](http://www.Eerp.usp.br.rlae).
13. Campos-Nonato I. Dr., (1) Lucia Hernández-Beccera, MsC. Martínez Rojas R. Adolfo Pedroza, MSc, Medina García C. MSc, Barquera-Cervera PhD. Hipertensión Arterial: Prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos Mexicanos. Artículo Original Salud pública Méx. Vol. 55 supl. 2 Cuernavaca 2013.
14. Barquera S. Campos-No rato I, Hernández-Becerra L. C Medina, rojas R. Jiménez A. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Revista salud pública de México disponible en <http://ensanut.Insp.mx>
15. Ortiz Marrón H. (1) Ricardo J. Baamonde Martín (1), Zorrilla Torras B. Arrieta Blanco F. Casado López M. Medrano Albero Ma, J. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial. Artículo Original. Rev. Esp. Salud Publica vol. 85 No 4 Madrid jul/ ago.2011.
16. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del sistema nacional de salud Vol. 29-No 2. 2005.
17. A.Ingaramo R. Vita N. Bendersky, Arnolt M, Bellido C. Piskorz D. Lindstrom O. Garcia, Piazza A. Manzur R. Marigliano E. Hauad S, Donato Alfredo, Santana M. Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT) Rev. Federal Argentina de Cardiología vol. 34, pp. 104-111. 2005,
18. Tortos Guzmán j. F.A.C.C. Cardiólogo. Actualización Médica Periódica, Hipertensión Arterial. Artículo de Revisión Número 58. Pp 1 – 20 marzo 2006 disponible en: [www. ampmd.com](http://www.ampmd.com)

ANEXOS.

		<p align="center"> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) </p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>			
Nombre del estudio:	<p>Prevalencia en pacientes hipertensos y las causas del mal apego terapéutico en UMF 81</p>		
Patrocinador externo (si aplica):			
Lugar y fecha:	Ciudad Acuña Coahuila		
Número de registro:	f-2016-506-4		
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia de hipertensión arterial esencial y las causas de mal apego terapéutico en pacientes de la UMF 81 turno vespertino.		
Procedimientos:	Test de Morisky - Green		
Posibles riesgos y molestias:	Rechazo al ser cuestionado a la encuesta		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Disminuir los riesgos de posibles causas al no tener un buen control a su tratamiento		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se determina de acuerdo a los porcentajes generales de cada paciente los resultados obtenidos para una buena orientación sobre su tratamiento.		
Participación o retiro:	aplicar		
Privacidad y confidencialidad:	Se manejará la información y resultados médicos de manera confiable		
En caso de colección de material biológico (si aplica):			
	No autoriza que se tome la muestra.		
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.		
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA		
Beneficios al término del estudio:	Que el familiar y el paciente entiendan la importancia de un buen apego al tratamiento de hipertensión		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	<p align="center"> Dr. Eduardo Vázquez Ramos vazgro@hotmail.com </p>		
Colaboradores:	<p align="center"> Dr. Erick Ruiz Villanueva </p>		
<p>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</p>			
 Nombre y firma del sujeto	<p align="center"> Dr. Eduardo Vázquez Ramos  Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento </p>		
<p align="center"> Dr. Juan Fidencio García plata Francisco Zarco 722 Frac Héroes Mexicanos R1 Medicina Familiar </p> <p align="center">Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p align="center"> Dr. María de Jesús Vargas Gracia C. Gardenias #208 Fraccionamiento Amistad Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar Para Médicos Generales IMSS </p> <p align="center">Nombre, dirección, relación y firma</p>		
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin información relevante del estudio</p>			
<p>Clave: 2810-009-013</p>			

**PREVALENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y LAS CAUSAS DEL MAL APEGO
TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TESISTA: DR EDUARDO VAZQUEZ RAMOS

TEST DE MORISKI-GREEN

NOMBRE (SOLO SUS

INICIALES)_____

EDAD_____

SEXO_____

ESTADO CIVIL_____

OCUPACION_____

ESCOLARIDAD_____

- | | | |
|--|----|----|
| 1-¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para la presión? | Si | no |
| 2-¿Toma los medicamentos a los horarios indicados? | Si | no |
| 3-¿Cuándo se encuentra mejor deja de tomar la medicación? | Si | no |
| 4-¿si alguna vez le sientan mal los medicamentos deja de tomarlos? | Si | no |