



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO".**

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8 "DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN:**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CRUZ RODRIGUEZ MITZI SAMARA

ASESOR DE TESIS

**MENDIOLA PASTRANA INDIRA ROCÍO
DIRECTORA DE TESIS DE INVESTIGACION**

**VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO**

**MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA
ASESOR CLINICO**

**POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CIUDAD DE MÉXICO, 2022



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.

“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ / MF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Autores: Dra. Mendiola Pastrana India Rocio¹ Dr. Vilchis Chaparro Eduardo², Dra. Maravillas Estrada Angelica³, Dra. Cruz Rodriguez Mitzi Samara⁴.

1. Médico Especialista en Medicina Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica. Coordinadora de Medicina Familiar Turno Matutino. HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.

3. Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar. HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

4. Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

OBJETIVO:

Evaluar el grado de adherencia terapéutica en paciente portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF de No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio transversal, prospectivo. Tamaño de muestra 271 pacientes con un intervalo de confianza de 90 %. Criterios de inclusión: portadores de Hipertensión arterial sistémica, derechohabientes IMSS, con una edad entre 40 y 80 años, sin distinción de sexo, ocupación o estado civil. Instrumento de medición: cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau.

RESULTADOS:

Predominio del sexo femenino 56.5%. Media de edad fue de 63.68 años. Grado de adherencia terapéutica total de 16.6%, adherencia parcial 72.3% y no adheridos 11.1%. El 63.1% de los pacientes presento control hipertensivo, con predominio de tratamiento actual farmacológico con el 64.2%, así como sobrepeso 39.5% y obesidad del 33.2%.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes presentó un grado de adherencia terapéutica parcial de acuerdo al cuestionario de Martin Bayarre Grau. La presencia y efectividad de las estrategias de atención a este tipo de patologías son trascendentes, y hemos objetivado a través de los resultados de esta tesis que existe un grado de adherencia terapéutica parcial importante; que, al aplicar intervenciones para una mejor adherencia, favorecemos que exista una mayor apego al tratamiento y control de la enfermedad, así como una optimización en la asignación de los recursos del sistema sanitario público para afrontar las consecuencias desfavorables de las complicaciones de esta entidad.

Palabras clave: Hipertensión arterial sistémica, adherencia terapéutica, cuestionario Martin Bayarre Grau.

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES
PORTADORES DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA DE LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZ/MF No 8 “DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

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

AUTORIZACIONES

**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. INDIRA ROCIO MENDIOLA PASTRANA
MAESTRA EN CIENCIAS EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA,
COORDINADORA DE MEDICINA FAMILIAR TURNO MATUTINO.
DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD SIGLO XXI
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESORA CLÍNICA DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer infinitamente a las personas que más amo en este mundo que sin ellos no estaría en el lugar en el que me encuentro en estos momentos, que me han enseñado que a través del ejemplo y la perseverancia puedes llegar tan lejos como tú quieras, gracias, Mamá Lilia, gracias, Papá Juan, esto es por ustedes y para ustedes.

A mis hermanos Lily y Enrique, que con su enorme comprensión me han enseñado que las cosas se pueden lograr con el apoyo, gracias por ser mis pilares y cuidar de mi hijo como si fuera su hermano en este tiempo. Se que llegarán tan lejos como se lo propongan, los amo, está es la primera de los tres.

A mi hijo Emi que, aunque sea pequeño, gracias a su adaptación y su inteligencia para comprender las cosas, pude lograr este desarrollo profesional siendo mamá al mismo tiempo; te amo mi bebé, esto también siempre será por ti y para ti.

A ti mi Bray que apareciste justo en el momento que más lo necesitaba, que me hiciste creer de nuevo en mí y me diste la fuerza que me faltaba para terminar este proceso que no es nada fácil, gracias por tu amor, comprensión y apoyo, te amo.

Gracias a todos mis profesores que me formaron en la aérea académica y personal, estos logros con gracias a ustedes. Pero sobre todo a esas 3 personas con las que me encontré en este camino lleno de agotamiento, Covid, esfuerzo, llanto, discusiones, enseñanza, amor y risas, siendo mis incondicionales, mis amigos Karina, Gustavo e Iván, les agradezco todo el apoyo.

“Nadie tiene éxito sin esfuerzo. Aquellos que tienen éxito se lo deben a la perseverancia”

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico.	1
2. Justificación.	10
3. Planteamiento del problema.	11
4. Objetivos.	12
5. Hipótesis.	13
6. Material y métodos.	14
7. Diseño de investigación.	15
8. Ubicación temporal y espacial de la población	16
9. Muestra	16
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	17
11. Variables.	18
12. Diseño estadístico.	23
13. Instrumento de recolección.	23
14. Método de recolección.	24
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	25
16. Aspectos éticos	26
17. Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento del estudio	32
18. Cronograma de actividades.	34
19. Resultados.	35
20. Tablas y gráficas.	38
21. Discusión.	56
22. Conclusiones.	60
23. Referencias bibliográficas.	61
24. Anexos.	64

MARCO TEÓRICO

Introducción

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad controlable 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. Se clasifica en presión arterial normal, normal-alta, hipertensión grado 1 e hipertensión grado 2. La mayoría de los pacientes que sufren hipertensión no presentan manifestación alguna y es una determinación casual la que descubre la elevación de la presión arterial. El tratamiento debe iniciar con recomendaciones de un cambio en el estilo de vida, así como farmacológico considerando tanto las cifras de presión arterial como la presencia de otros factores de riesgo, el daño a órganos blanco y las condiciones clínicas asociadas. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que exige tratamiento de por vida. Así mismo, diversos estudios evidencian que muchos pacientes no comprenden o entienden la enfermedad y su medicación, es por eso que para evitar complicaciones se debe tener una adherencia terapéutica. ⁽¹⁾

Epidemiología

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables. El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de estas enfermedades. ⁽²⁾

La hipertensión arterial es un problema de salud pública que afecta a 29.1% de los adultos en Latinoamérica. De acuerdo con los datos presentados por la investigación ENSANUT 2016, la prevalencia de hipertensos con tensión arterial controlada en México es de solo 45.6%, la cual es considerablemente más baja que la de países como Cuba (85.8%), Estados Unidos (65.4%) y Chile (56.8%). ⁽³⁾

La prevalencia de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad fue de 49.2% (46.8% en mujeres y 52.2% en hombres). De estos, 54.7% fue identificado con esta enfermedad hasta el momento de realizar la encuesta y 45.3% ya había sido diagnosticado previamente por un médico. En los adultos que tenían un diagnóstico médico previo de HTA (22.3%), el 69.0% recibía tratamiento farmacológico. Como medida complementaria para controlar la TA, 20.7% de estos adultos reportó seguir una dieta y 14.9% redujo su consumo de sal. El 6.5% reportó medir su TA al menos una vez a la semana mientras que 12.5% no la midió en ningún momento. El 7.0% de los adultos que recibieron atención no entendió las indicaciones recibidas y 9.4% no consiguió la totalidad de los medicamentos para tratar su enfermedad. En 87.6% de los casos, el costo de los medicamentos fue el motivo para que en los últimos 12 meses los usuarios de servicios de salud no compraran o tomaran todas las dosis del fármaco. ⁽⁴⁾

En conclusión, casi la mitad de los adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad tiene HTA y, de ellos, más de la mitad desconoce que la tiene. Adicionalmente hasta un tercio de los adultos hipertensos tiene un control inadecuado de su tensión arterial. Esta información puede contribuir al conocimiento de los tomadores de decisiones en políticas de salud para que evalúen la pertinencia de los actuales programas de detección oportuna de HTA, se mejoren las estrategias dirigidas a controlar la tensión arterial de los hipertensos, se asegure la disponibilidad de esquemas completos de tratamiento farmacológico, se facilite el acceso a medicamentos antihipertensivos de bajo costo y se concienticen a la población general sobre la importancia de tener un estilo de vida saludable y mejorar el autocuidado en quienes ya tienen HTA. ⁽⁵⁾

Factores de riesgo

Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren, tales como: dieta con alto contenido de sal, grasa o colesterol, además de las condiciones crónicas (problemas renales y hormonales, diabetes *mellitus* y colesterol alto), antecedentes familiares de la enfermedad, falta de actividad física, vejez (mientras mayor sea la persona existe más probabilidad de padecerla), sobrepeso, obesidad, color de la piel, algunos medicamentos anticonceptivos, estrés y consumo excesivo de tabaco o alcohol. ⁽⁶⁾

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas *trans* e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y el sobrepeso o la obesidad. Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad (más de 65 años) y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías. ⁽⁷⁾

Etiología

La causa principal de Hipertensión arterial es esencial o primaria que corresponde a aproximadamente el 90% de los casos. La HTA secundaria a una causa en principio corregible se puede detectar en un 10% de los pacientes. La HTA esencial es un trastorno muy heterogéneo de base poligénica en el que influyen múltiples genes o combinaciones genéticas. Se han identificado hasta 120 loci asociados con la regulación de la presión arterial, pero incluso analizados conjuntamente, explican una mínima parte de la herencia de la HTA. ⁽⁸⁾

Existen unas formas monogénicas de HTA, muy infrecuentes, como el síndrome de Liddle o el aldosteronismo corregible mediante glucocorticoides en las que una única mutación genética condiciona la HTA. En la HTA esencial, sobre la base poligénica citada, una serie de factores adquiridos o ambientales ejercen un efecto deletéreo para el desarrollo de HTA. Entre estos factores destacan el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el contenido elevado en sal de la dieta, la dieta pobre en potasio y la ingesta excesiva de alcohol. ⁽⁹⁾

Con respecto a la HTA secundaria, las causas se clasifican en frecuentes e infrecuentes. Entre las primeras figuran la enfermedad renal parenquimatosa, la enfermedad renovascular, el hiperaldosteronismo primario, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño y la HTA inducida por fármacos o drogas incluido el alcohol. Entre las causas infrecuentes de HTA destacan la feocromocitoma, el síndrome de Cushing, el hipertiroidismo, el hipotiroidismo, el hiperparatiroidismo, la coartación de aorta y varios síndromes de disfunción suprarrenal distintos a los anteriores. ⁽¹⁰⁾

Fisiopatología

La presión arterial corresponde a la tensión en la pared que genera la sangre dentro de las arterias, y está determinada por el producto de dos factores: el gasto cardíaco y la resistencia periférica total. El gasto cardíaco depende de la contractibilidad miocárdica y del volumen circulante intra-torácico. La participación de la frecuencia cardíaca es menor en el gasto cardíaco, excepto cuando está en rangos muy extremos. A su vez, la resistencia periférica depende del tono del árbol arterial y de las características estructurales de la pared arterial. El latido cardíaco sólo inyecta sangre en el árbol arterial durante la fase de sístole ventricular. Esto determina un flujo pulsátil sobre las paredes de las arterias. ⁽¹¹⁾

Gracias a que la aorta y grandes arterias son distensibles, almacenan en su zona distendida parte de la sangre recibida durante la sístole, la cual es devuelta a la circulación durante la diástole. El hecho anterior determina que también fluya sangre por las arterias durante la diástole, a pesar de que el corazón no expulsa sangre en esa fase. El valor máximo de la presión durante la sístole se conoce como PA sistólica (PAS), y el valor mínimo durante la diástole se conoce como PA diastólica (PAD). La PAS depende fundamentalmente del gasto cardíaco y la distensibilidad de la aorta y grandes arterias, esta última se expresa a través de la onda de pulso retrógrada. En cambio, la PAD depende fundamentalmente de la resistencia periférica. ⁽¹²⁾

La fisiopatología de la hipertensión arterial es compleja. En ella intervienen múltiples factores que tienen, en su mayoría, una base genética. Sin embargo, entre todos estos factores ha podido mostrarse que es el sistema renina-angiotensina-aldosterona el que tiene mayor importancia puesto que, de algún modo, condiciona la acción de otros factores humorales y/o neurales, tales como producción de endotelina, la inhibición del óxido nítrico o de la prostaciclina, la acción de catecolaminas o de vasopresina, del tromboxano A2 y de diversas sustancias vasopresoras endógenas. ⁽¹³⁾

Cuadro clínico

En la mayoría de los pacientes la hipertensión arterial transcurre sin síntomas y, por tanto, pasa desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, pero existen manifestaciones clínicas comunes como cefalea, sudoraciones, pulso rápido, respiración corta, mareo, alteraciones visuales como fosfenos, tinnitus, rubor facial y acufenos. ⁽¹⁴⁾

Según datos de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial, los hipertensos que han estado sin diagnóstico durante mucho tiempo, pueden sufrir en un momento dado una

complicación, como la angina de pecho, que es un síntoma derivado de esta. El exceso de presión en las arterias mantenida durante años y no tratada, puede conducir a un número elevado de complicaciones como aterosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente vascular cerebral. ⁽¹⁵⁾

Clasificación

Según el JC8 la hipertensión arterial sistémica se clasifica en presión arterial normal: sistólica < 130 mm Hg, y diastólica < 85 mm Hg, normal-alta: presión arterial sistólica 130 - 139 mm Hg y/o presión arterial diastólica 85 - 89 mm Hg, hipertensión grado 1: presión arterial sistólica 140 - 159 mm Hg y/o presión arterial diastólica 90 - 99 mm Hg e hipertensión grado 2: presión arterial sistólica \geq 160 mm Hg y/o presión arterial diastólica \geq 100 mm Hg. ⁽¹⁶⁾

Toma de la presión arterial

La presión arterial se caracteriza por grandes variaciones en un mismo día o entre días. Por lo tanto, el diagnóstico de HTA se debe basar en la toma de varias mediciones efectuadas en ocasiones separadas. Si la presión sanguínea se encuentra solo ligeramente elevada, de manera ocasional, se recomienda establecer un sistema de vigilancia más frecuente. ⁽¹⁷⁾

En condiciones ideales, la persona debe abstenerse de fumar, tomar café o hacer ejercicio, al menos 30 minutos antes de la medición. Asimismo, deben considerarse las variaciones debidas al dolor o la ansiedad. Se debe establecer una plática cordial para romper el estado de ansiedad que generalmente tiene el enfermo al llegar al consultorio, el paciente debe estar sentado de manera confortable y con un buen soporte para la espalda, su brazo descubierto, semiflexionado y apoyado en una mesa que permita al brazo mantenerse a la altura del corazón. Se debe palpar los pulsos e identificar su amplitud e intensidad. Es recomendable, además, que en toda evaluación inicial se tome también la presión en ambos brazos, en posición supina, y de pie. Se debe tomar al menos dos mediciones separadas entre 1 y 2 minutos, en ambos brazos y hacer una adicional, cinco minutos después, si hubo una diferencia sustancial entre las dos primeras. ⁽¹⁸⁾

Si se encuentran valores elevados, se recomienda medir también en ambas extremidades inferiores. Se debe utilizar un brazaletes estándar (12-13 cm de ancho y 35

cm de largo). En el caso de los obesos (> 35 cm de circunferencia del brazo), hay que utilizar un brazalete de 20 cm de ancho y 40 cm de largo. La cámara de aire debe cubrir al menos 80 % de la circunferencia del brazo. En personas muy delgadas o adolescentes se recomienda brazalete de 12 x 18 cm. Se debe usar la fase I y V de los ruidos de Korotkoff para identificar las presiones sistólica y diastólica, respectivamente. No se ejerce presión con el estetoscopio sobre la arteria y no se coloca la campana del estetoscopio por debajo del brazalete. Un pulso amplio o presión diastólica muy baja (> 40 mm Hg) con sistólica normal o alta, debe hacerle sospechar de la presencia de insuficiencia aórtica o estado hiperdinámico. Se debe medir la presión arterial en ambos brazos durante la primera visita y tomar el valor más alto como referencia. Diferencias de más de 15 mm Hg entre brazos sugieren la posibilidad de obstrucciones o malformaciones, se debe medir la presión uno y 5 minutos después de asumir la posición de pie en sujetos con medicación antihipertensiva, en ancianos, diabéticos y a sujetos en otras condiciones en las cuales se sospeche de hipotensión ortostática. ⁽¹⁹⁾

Diagnóstico

Tradicionalmente, el diagnóstico de HTA se basa en la medición de la PA en la consulta médica. Así entonces, se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta repetidamente cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg. Universalmente no hay un número aceptado de mediciones ni de visitas necesarias para el diagnóstico de HTA. Las guías internacionales no son muy específicas y todas recomiendan varias mediciones en la consulta en días diferentes. Así, por ejemplo: el informe norteamericano JNC VI establece que el diagnóstico de HTA debe estar basado en el promedio de 2 o más visitas después de una inicial de tamizaje y que lecturas adicionales deberían ser tomadas en cada visita si las 2 primeras difieren en >5mmHg. A su vez, las guías de la OMS/ISH recomiendan que el diagnóstico de la HTA esté basado en múltiples mediciones de la PA, efectuadas en varias visitas en días distintos, pero sin especificar en cuántas visitas. En cambio, las guías británicas NICE son más precisas y recomienda realizar dos o más mediciones en cada visita en hasta cuatro ocasiones diferentes. Esta última recomendación se basa en que modelos matemáticos sugieren que la mayor sensibilidad y especificidad se logra con dos determinaciones cada vez en 4 visitas en diferentes días. ⁽²⁰⁾

La AHA señala que es bien reconocido que el poder predictivo de múltiples mediciones de la PA es mucho mayor que una sola medición en la consulta, y que cuando se toma una serie de mediciones, la primera es típicamente la más alta. La AHA recomienda un

mínimo de 2 mediciones que deben realizarse a intervalos de al menos 1 minuto, y el promedio de esas lecturas debe ser usado para representar la PA del paciente. Si hay diferencia entre la primera y la segunda medición mayor a 5 mmHg, deben ser obtenidas 1 o 2 mediciones adicionales, y utilizar el promedio de estas lecturas. ⁽²¹⁾

Tratamiento

Las bases terapéuticas de la HTA son las modificaciones del estilo de vida (tratamiento no farmacológico) y el tratamiento farmacológico. Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base del tratamiento de la HTA y de la prevención cardiovascular en general. Sin embargo, la mayoría de los pacientes necesitarán además tratamiento farmacológico. La evidencia acerca de la eficacia del tratamiento farmacológico en reducir la morbimortalidad relacionada con la HTA está avalada por el mayor número de ensayos clínicos aleatorizados de la medicina clínica. ⁽²²⁾

En cuanto al fármaco antihipertensivo recomendado para los pacientes de raza negra, los fármacos de inicio recomendados son diuréticos tiazídicos o antagonistas del calcio. Si el paciente presenta enfermedad renal crónica, los fármacos de inicio recomendados son IECA ó ARA II. ⁽²³⁾

La mayoría de los pacientes con HTA requieren tratamiento farmacológico además de tratamiento no farmacológico con modificaciones del estilo de vida. Al igual que en recomendaciones precedentes, las guías europeas ESC/ESH 2018 continúan considerando como primera línea para el tratamiento antihipertensivo a cinco tipos de fármacos: 1) inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECA), 2) antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II), 3) beta-bloqueantes (BB), 4) calcio antagonistas (CA), y 5) diuréticos (diuréticos tiazídicos y clortalidona). ⁽²⁴⁾

La eficacia de estos tipos de fármacos para reducir la PA y la morbimortalidad asociada a la HTA ha sido demostrada de forma indiscutible en múltiples ensayos clínicos. El debate acerca de qué tipo concreto de fármaco ha de constituir la primera elección ha ido perdiendo fuerza en base a dos hechos evidentes como son que el beneficio del tratamiento se basa en la reducción en sí de la PA y que una amplia mayoría de pacientes hipertensos necesitan una combinación de fármacos para conseguir el control adecuado. ⁽²⁵⁾

La elección del primer fármaco a utilizar será individualizada y basada en el perfil de indicaciones especiales, contraindicaciones y precauciones a tener en cuenta de los distintos grupos de fármacos antihipertensivos si bien las estrategias básicas para el

tratamiento de la HTA incluyen la recomendación del inicio de tratamiento combinado en un amplio número de situaciones clínicas. ⁽²⁶⁾

La estrategia básica para el tratamiento de la HTA no complicada se considera también indicada para la mayoría de los pacientes con lesión subclínica de órgano diana, diabetes, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica. ⁽²⁷⁾

Metas del tratamiento

Esencial: reducir la presión arterial al menos 20/10 mm Hg para lograr idealmente <140/90 mm Hg. Optimo: < de 65 años la PA objetivo es: < de 130/80 mm Hg si lo tolera, pero no menos de 120/70 mm Hg y > de 65 años la PA objetivo es: < de 140/90 mm Hg si lo tolera, pero individualizar cada caso, evaluar fragilidad, independencia, funcionalidad y el contexto del paciente. Una vez se instaure manejo, se evaluará la meta al menos cada 3 meses. ⁽²⁸⁾

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, la toma de medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria; esto es de vital importancia porque es factible considerar que la mayoría de las enfermedades de alta incidencia 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. ⁽²⁹⁾

Se ha documentado que la no adherencia ocurre en más de 60% de los pacientes cardiovasculares lo que conduce a malos resultados clínicos, reingresos hospitalarios, infarto agudo de miocardio y aumento en la mortalidad de los pacientes. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia en la adherencia destacan: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios del tratamiento. Mientras más complejo sea un tratamiento más dificultades presentará en la adherencia del paciente. ⁽³⁰⁾

Por otra parte, se ha documentado que aquellas personas con mayor conocimiento sobre su propia salud, tienen mayor adherencia a las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud, lo que a futuro representa un mayor control de las complicaciones. ⁽³¹⁾

Existen diversos instrumentos que miden la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, entre estos se encuentra el “Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)”. Este instrumento incluye la valoración farmacológica y no farmacológica en relación con tres posibles estados calculados de acuerdo con tres grados de puntuación de factores que influyen en la adherencia y que permite ubicarlos en los siguientes grados: adheridos totales, adherido parciales, y no adheridos; consta de 12 ítems, relacionadas con el cumplimiento de la toma de medicamentos, asistencia a consultas de seguimiento, cambios en estilos de vida saludable, etc., con 5 posibles respuestas, siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca, el grado de adherencia se medirá de la siguiente forma: la calificación se establece a partir de la estimación de la totalidad de los puntos obtenidos en el cuestionario (GAM-B) por cada paciente, para calcular dicha puntuación se le asigna el valor cero a la columna nunca, uno a casi nunca, dos para a veces, tres a casi siempre y 4 para siempre; siendo 48 la totalidad de puntos a alcanzar.⁽³²⁾

Existe una publicación de la validez de forma, donde el instrumento ha sido valorado en forma crítica en aspectos teóricos y las categorías que se proponen, las cuales expresan un modo específico la adecuada operacionalización del concepto de adherencia terapéutica. No existe un instrumento que sea mejor que otro, todos tienen ventajas y desventajas, este cuestionario al ser validado tuvo un índice de consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.889; además, los resultados obtenidos hacen que se pueda utilizar tanto en el área clínica como en la investigación.⁽³³⁾

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: En la actualidad y en nuestro país, de los diagnosticados con hipertensión arterial el 73.6% reciben tratamiento y menos de la mitad tienen la enfermedad en control, es por ello que el inicio de tratamiento antihipertensivo oportuno y la adherencia terapéutica de él, permitirá disminuir las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial.

Viabilidad: El Programa Nacional de Salud y los programas prioritarios de atención, contemplan a las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, incluyendo a la hipertensión arterial sistémica, como áreas prioritarias de atención por nuestro sistema de salud.

Vulnerabilidad: Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en lo que implica la adherencia terapéutica y así en el control hipertensivo, para una prevención de complicaciones.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados a la población en estudio.

Trascendencia: Este padecimiento trae repercusiones económicas a nuestro sistema de salud así como alto riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que puedan llevar a la muerte a los pacientes portadores de hipertensión arterial; al tener una buena adherencia terapéutica por consiguiente control hipertensivo, podremos disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida en los pacientes; así como la disminución del uso de recursos para esta patología, ya que las enfermedades crónicas, son enfermedades que generan altos costos y elevado uso de recursos de nuestro sector salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica es un problema importante de Salud Pública no sólo por su alta incidencia y prevalencia, sino por su estrecha asociación con el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que causan anualmente 9,4 millones de muertes. Según estudios en México 1 de cada 4 adultos padecen esta enfermedad (25.5%), de estos solo el 60% tiene conocimiento previo de su enfermedad y tan solo el 30% acude a los servicios de consulta externa para control de la misma. Además de relacionarse con el envejecimiento poblacional, así como incapacidad y pensión lo que genera altos gastos sanitarios.

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta 75% de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, los cuales no logran un control óptimo de la presión arterial. La baja o nula adhesión a los fármacos es la principal causa de descontrol hipertensivo. Diversos estudios han demostrado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas promedia solo 50%. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia en la adherencia destacan: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios del tratamiento. Mientras más complejo sea un tratamiento más dificultades presentará en la adherencia del paciente.

Un punto importante a resaltar es que existen asociaciones entre la adherencia y diversos factores como lo son el estado civil de los pacientes, la edad, el sexo, la escolaridad, la actividad física, el vivir acompañado o no, asistencia regular a consultas, el costo de la medicación; las enfermedades concomitantes, el daño a órganos blanco, disminución de la agudeza visual, los cuadros depresivos, los problemas de memoria, problemas socioeconómicos, así como factores relacionados con el equipo sanitario. En México existen muy pocos estudios de adherencia terapéutica y la importancia que tiene para el control de la enfermedad. Por estos hechos es que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Calificar la adherencia terapéutica con el cuestionario de Martin- Bayarre – Grau en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de medicina familiar del HGZ / MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Comparar la relación entre el control de cifras de presión arterial y la presencia de adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/ MF No 8 “Dr. Gilberto Flores izquierdo”.
- Analizar la adherencia terapéutica de acuerdo al grupo de edad en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/ MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPÓTESIS

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

HIPÓTESIS NULA (H_0):

- Los pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica de la consulta externa de medicina familiar del HGZ / MF No. 8 no tienen adherencia terapéutica parcial.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

- Los pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica de la consulta externa de medicina familiar del HGZ / MF No. 8 tienen adherencia terapéutica parcial.

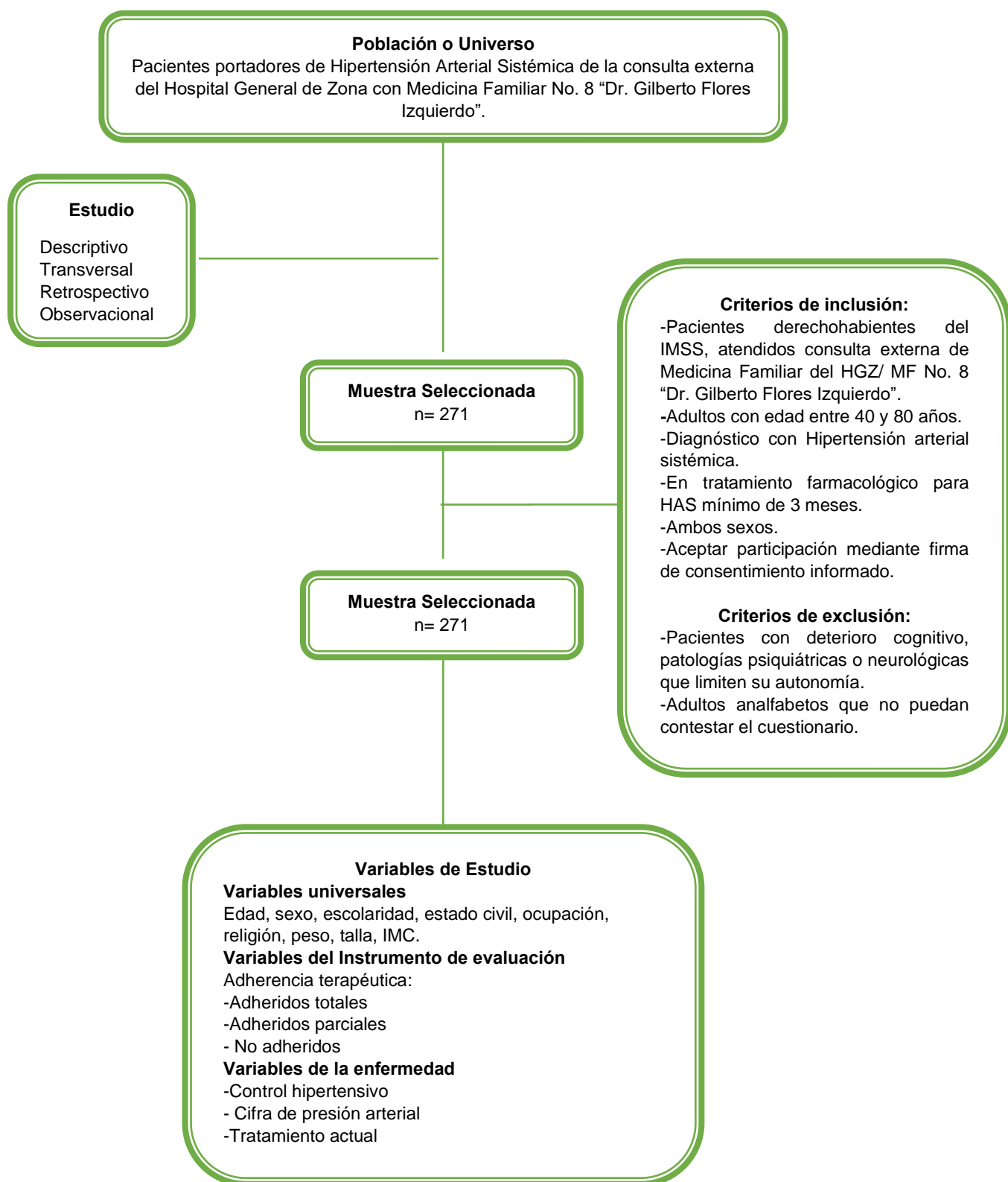
MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio, descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional.

- a) **DESCRIPTIVO**: Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.
- b) **TRANSVERSAL**: Según el numero de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- c) **RETROSPECTIVO**: Según el proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y los registros de la información.
- d) **OBSERVACIONAL**: Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

El estudio se realizará en una población urbana en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en la Ciudad de México en pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica, que acudan al servicio de consulta externa de medicina familiar, desde marzo de 2020 a febrero de 2022.

TAMAÑO DE MUESTRA

Para un estudio descriptivo de una variable dicotómica la muestra necesaria será de 271 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.05, con una amplitud total de confianza de 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.

$$N = \frac{4Z\alpha * P(1-P)}{W_2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes del IMSS, atendidos en consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/ MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Adultos con edad entre 40 y 80 años.
- Diagnosticados con Hipertensión arterial sistémica.
- En tratamiento farmacológico para HAS mínimo de 3 meses.
- Ambos sexos.
- Aceptar participación mediante firma de consentimiento informado.

CRITERIOS EXCLUSIÓN

- Pacientes con deterioro cognitivo, patologías psiquiátricas o neurológicas que limiten su autonomía.
- Adultos analfabetos que no puedan contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que pidan alta voluntaria.
- Pacientes que contesten de forma inadecuada o incompleta el instrumento de evaluación.

VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO:

- **Variable independiente:** Hipertensión arterial sistémica
- **Variable dependiente:** Adherencia terapéutica

VARIABLES UNIVERSALES:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Religión
- Peso
- Talla
- IMC

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

- Control hipertensivo
- Cifra de presión arterial
- Tratamiento actual

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

- Adherencia total
- Adherencia parcial
- No adherencia

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Hipertensión arterial sistémica	Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg (NOM-030-SSA2-1999). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.
Adherencia terapéutica	Grado en que el comportamiento de una persona, en relación a la toma de medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria, OMS.

Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES UNIVERSALES:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento
Sexo	Género al que pertenece un individuo.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor a ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.
Peso	Fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo.
Talla	Estatura o altura de la persona.
IMC	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).

Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Control hipertensivo	Cuando se presentan cifras de presión arterial idealmente <140/90 mm Hg. Optimo: < de 65 años la PA objetivo es: < de 130/80 mm Hg si lo tolera, pero no menos de 120/70 mm Hg y > de 65 años la PA objetivo es: < de 140/90 mm Hg.
Cifra de presión arterial	Resultado de la medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre al cuerpo, en sístole y diástole; se mide en milímetros de mercurio (mm Hg).
Tratamiento actual	Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos o farmacológicos) que se utilizan para paliar o curar una enfermedad.

Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Adherencia total	Conducta de cumplimiento completa y adecuada, de las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria,
Adherencia parcial	Conducta de cumplimiento incompleta, subóptima o inadecuada, de las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria,
No adherencia	Nulo o carente conducta de cumplimiento, de las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria,

Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Universal	Tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos en el momento de la clasificación en caso o control	Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Universal	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Universal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel de estudios referidos en el expediente clínico	Cualitativa Politómica Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Posgrado
Estado civil	Universal	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Condición civil referida por el paciente y documentado en el expediente clínico	Cualitativa Politómica Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado/ separado
Ocupación	Universal	Trabajo, empleo u oficio.	Trabajo, empleo u oficio referido por el paciente en el expediente clínico	Cualitativa Politómica Nominal	1. Empleado 2. Desempleado 3. Pensionado
Religión	Universal	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Creencia referida por el paciente	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No
Peso	Universal	Fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo.	Peso medido en el momento de la clasificación en caso o control	Cuantitativa continua	Kilogramos
Talla	Universal	Estatura o altura de las personas.	Medición de estatura al momento de la clasificación en caso o control	Cuantitativa continua	Metros

IMC	Universal	Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).	Relación peso y talla en el momento de la clasificación en caso o control	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peso bajo (< 18.5) 2. Normal (18.5-24.9) 3. Sobrepeso (25-29.9) 4. Obesidad (> 30)
Control hipertensivo	De la enfermedad	Cuando se presentan cifras de presión arterial idealmente <140/90 mm Hg.	Cifra de presión arterial tomada al momento de la encuesta menor a 140/90 mm Hg.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. En control (<139/89 mm Hg) 2. En descontrol (>140/90 mm Hg)
Cifra de presión arterial	De la enfermedad	Resultado de la medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre al cuerpo, en sístole y diástole; se mide en milímetros de mercurio (mm Hg).	Cifra de presión arterial tomada al momento de la encuesta.	Cuantitativa continua	mm Hg
Tratamiento actual	De la enfermedad	Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos o farmacológicos) que se utilizan para paliar o curar una enfermedad.	Tratamiento referido por el paciente que utiliza al momento de la clasificación.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higiénico /dietéticos 2. Farmacológico 3. Ambos
Adherencia terapéutica	Independiente	Grado en que el comportamiento de una persona, la toma de medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria	Sumatoria de puntos según la aplicación del cuestionario de Martin Bayarre Grau	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adherencia total (38-48 puntos) 2. Adherencia parcial (37-18 puntos) 3. No adherencia (17-0 puntos)

Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central y de dispersión, además de medidas de distribución de frecuencias. Se utilizarán elementos gráficos y tablas para resumir los datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

El cuestionario de adherencia Martín Bayarre Grau (MBG), es un instrumento que incluye la valoración farmacológica y no farmacológica en relación con tres posibles estados calculados de acuerdo con tres grados de puntuación de factores que influyen en la adherencia y que permite ubicarlos en los siguientes grados: adheridos totales (38-48 puntos), adherido parciales (18-37 puntos), y no adheridos (0-17 puntos); consta de 12 ítems, relacionadas con el cumplimiento de la toma de medicamentos, asistencia a consultas de seguimiento, cambios en estilos de vida saludable, etc., con 5 posibles respuestas, siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca, el grado de adherencia se medirá de la siguiente forma: la calificación se establece a partir de la estimación de la totalidad de los puntos obtenidos en el cuestionario (GAM-B) por cada paciente, para calcular dicha puntuación se le asigna el valor cero a la columna nunca, uno a casi nunca, dos para a veces, tres a casi siempre y 4 para siempre; siendo 48 la totalidad de puntos a alcanzar. Existe una publicación de la validez de forma, donde el instrumento ha sido valorado en forma crítica en aspectos teóricos y las categorías que se proponen, las cuales expresan un modo específico la adecuada operacionalización del concepto de adherencia terapéutica.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

La recolección se llevará a cabo dentro del HGZ/ MF No. 8 en el área de consulta externa de Medicina Familiar, se identificarán a pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica de ambos sexos que cumplan con los criterios de inclusión. Se presentará el médico encuestador y se explicarán los motivos por los cuales se está realizando el estudio. Se procederá a aplicar tanto la hoja de recolección de datos que se creó para recabar la información de las variables sociodemográficas que contiene las variables sociodemográficas (**anexo 1**), así como el instrumento de evaluación cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau (**anexo 2**), y se finalizará con la toma de presión arterial, con previa autorización y firma de consentimiento informado (**anexo 3**) para participar en el estudio.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Control de sesgo de información:

- Se realizará una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos se someterá a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se elegirán grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

- Se aplicará el instrumento Cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau, el cual está validado un alfa de Cronbach de 0.889.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificarán los datos recabados.
- Los resultados serán analizados mediante el programa validado S.P.S.S versión 20 de Windows, que servirá para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularán los resultados.

PRUEBA PILOTO

Se utilizará para evaluar un instrumento ya validado en estudios previos por lo que no se realizará prueba piloto.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones 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.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

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

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

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

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

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

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

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.

4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

En tanto en el **artículo 17 de la Ley General de Salud** se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, este estudio de investigación se clasifican en:

- I. **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio es determinar la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apegará a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador: Mitzi Samara Cruz Rodriguez
- Director de protocolo: Indira Rocío Mendiola Pastrana
- Aplicador de encuestas: Mitzi Samara Cruz Rodriguez
- Recolector de datos: Mitzi Samara Cruz Rodriguez
- Asesor metodológico: Eduardo Vilchis Chaparro
- Asesor clínico: Angelica Maravillas Estrada

Físicos:

- Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el área de consulta externa.

Materiales:

- Cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre -Grau
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	8000
	Impresora	1	1500
	Tinta para impresora	1	1000
	Hojas blancas	800	750
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
	Diccionario	1	500
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		21130



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCERTADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TÍTULO DEL PROYECTO: IDENTIFICACION DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIA EN EL HGZ/MF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2020-2021

FECHA	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE 2021	FEB 2021
TÍTULO	+	+	+									
ANTECEDENTES				+								
MARCO TEÓRICO					+							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA						+						
JUSTIFICACIÓN							+					
OBJETIVOS								+				
HIPÓTESIS								+				
PROPÓSITOS									+			
DISEÑO METODOLÓGICO										+	+	
ANÁLISIS ESTADÍSTICO												+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

2021-2022

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	+											
CONSIDERACIONES ETICAS		+										
RECURSOS			+									
BIBLIOGRAFIA				+								
ASPECTOS GENERALES					+	+						
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS							+	+				
PRUEBA PILOTO								+				
EJECUCIÓN DEL PROYECTO								+				
RECOLECCIÓN DE DATOS									+			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									+			
ANÁLISIS DE DATOS									+			
DESCRIPCIÓN DE DATOS									+			
DISCUSIÓN DE DATOS										+		
CONCLUSIÓN										+		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										+		
REPORTE FINAL											+	
AUTORIZACIONES											+	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												+
PUBLICACIÓN												+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara
 Mendiola Pastrana Indira Rocío
 Vilchis Chaparro Eduardo
 Maravillas Estrada Angelica

RESULTADOS

Se estudió a 271 pacientes con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, la media de edad fue de 63.68 años, con una mediana de 64 años y moda de 80 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 11.513 años, varianza de 132.611 años, un rango de edad de 50 años, un valor mínimo de 40 años y un valor máximo de 80 años.

Con respecto a la sección de rango de edad en pacientes con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, observamos 37 (13.7%) con rango de edad de 40 a 50 años, 59 (21.8%) 51 a 60 años, 83 (30.6%) 61 a 70 años y 92 (33.9 %) 71 a 80 años. (Ver tabla y gráfica 1).

En la categoría de sexo en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, se encontró 153 (56.5%) femenino y 118 (43.5%) masculino (Ver tabla y gráfica 2).

Para el rubro de escolaridad en pacientes con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica se apreció, 60 (22.1%) primaria, 73 (26.9%) secundaria, 79 (29.2%) preparatoria, 52 (19.2%) universidad y 7 (2.6%) posgrado. (Ver tabla y gráfica 3).

Por lo que respecta al estado civil se analizó que: 14 (5.2%) solteros, 175 (64.6%) casados, 34 (12.5%) unión libre, 35 (12.9%) viudos y 13 (4.8%) son divorciados o separados. (Ver tabla y gráfica 4)

En el apartado de ocupación se observó 92 (33.9%) como empleados, 36 (13.3%) como desempleados y 143 (52,8%) como pensionados. (Ver tabla y gráfica 5)

De acuerdo con el gráfico de religión se presentó 245 (90.4%) si practica alguna religión y 26 (9.6 %) no. (Ver tabla y gráfica 6)

En la sección de IMC se identificó que 9 (3.3%) peso bajo, 65 (24%) normal, 107 (39.5%) sobrepeso y 90 (33.2%) obesidad. (Ver tabla y gráfica 7)

En el ramo de la presión arterial se reconoció que 171 (63.1%) en control y 99 (36.5%) en descontrol. (Ver tabla y gráfica 8)

Por otra parte, en el bloque de tratamiento actual se apreció 18 (6.6%) higiénico-dietético, 174 (64.2%) farmacológico y 79 (29%) ambos. (Ver tabla y gráfica 9)

En el bloque de grado de adherencia terapéutica de acuerdo con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, hallamos 45 (16.6%) con adherencia total, 196 (72.3%) con adherencia parcial y 30 (11.1%) no adheridos. (Ver tabla y gráfica 10).

En el apartado rango edad y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica, se observó: rango de edad: 40 a 50 años 7(15.6%) con adherencia total, 21 (10.7%) adherencia parcial, 9 (30%) no adherencia; de 51 a 60 años 10 (22.2%) adherencia total, 43 (21.9%) adherencia parcial, 6 (20.0%) no adherencia; entre 61 y 70 años: 20 (44.4%) con adherencia total, 60 (30.6%) adherencia parcial, 3 (10.0%) no adheridos; y entre 71 y 80 años: 8 (17.8%) con adherencia total, 72 (36.7%) adherencia parcial, 12 (40.0%) no adheridos. (Ver tabla y gráfica 11).

En la categoría sexo y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, se visualizó que el sexo masculino 23 (51.1%) con adherencia total, 81 (41.3%) adherencia parcial y 14 (46.7%) no adherencia, mientras que el sexo femenino 22 (48.9%) con adherencia total, 115 (58.7%) adherencia parcial y 16 (53.3%) no adherencia. (Ver tabla y gráfica 12)

Respecto a la escolaridad y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, se analizó lo siguiente: primaria: 8 (17.8%) con adherencia total, 48 (24.5%) adherencia parcial, 4 (13.3%) no adherencia. Secundaria: 9 (20.0%) con adherencia total, 52 (26.5%) adherencia parcial, 12 (40.0%) no adherencia. Preparatoria: 9 (20.0%) con adherencia total, 63 (32.1%) con adherencia parcial y 7 (23.3%) no adherencia. Universidad: 17 (37.8%) con adherencia total, 28 (14.3%) adherencia parcial, 7 (23.3%) no adherencia. Posgrado 2(4.4%) con adherencia total, 5 (2.6%) adherencia parcial y 0 (0%) no adheridos. [Ver tabla y grafica 13].

En el módulo estado civil y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, se examinó lo siguiente: soltero 5 (11.1%) con adherencia total, 9 (4.6%) adherencia parcial, 0 (0%) no adheridos. Casado 22 (48.9%) adherencia total, 137 (69.9%) adherencia parcial, 16 (53.3%) no adheridos. Unión libre: 7 (15.6%) con adherencia total, 19 (9.7%) adherencia parcial, 8 (26.7%) no adherencia. Viudo: 8 (17.8%) con adherencia total, 21 (10.7%) adherencia parcial, 6 (20.0%) no adherencia. Divorciado/separado 3 (6.7%) con adherencia total, 10 (5.1%) adherencia parcial y 0 (0%) no adheridos. (Ver tabla y gráfica 14).

En la valoración de la ocupación y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, se percibió lo siguiente: empleado 12 (26.7%) con adherencia total, 66 (33.7%) adherencia parcial y 14 (46.7%) no adheridos. Desempleado: 7 (15.6%) con adherencia total, 25 (12.8%) adherencia parcial y 4 (13.3%) no adherencia. Pensionado: 26 (57.8%) con adherencia total, 105 (53.6%) adherencia parcial y 12 (40.0%) no adheridos. (Ver tabla y grafica 15)

En la categoría IMC y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, se describió lo siguiente: peso bajo: 8 (17.8%) con adherencia total, 1 (0.5%) adherencia parcial y 0 (0%) no adheridos. Normal: 15 (33.3%) adherencia total, 46 (23.5%) adherencia parcial y 4 (13.3%) no adheridos. Sobrepeso: 12 (26.7%) con adherencia total, 84 (42.9%) con adherencia parcial y 11 (36.7%) no adheridos. Obesidad: 10 (22.2%) adherencia total, 65 (33.2%) adherencia parcial y 15 (50.0%) no adheridos. (Ver tabla y grafica 16).

Así mismo, en la categoría de control de presión arterial y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8 se distinguió lo siguiente: en control 39 (86.7%) con adherencia total, 130 (66.3%) adherencia parcial y 2 (6.7%) no adherencia y en descontrol: 6 (13.3%) adherencia total, 65 (33.2%) adherencia parcial y 28 (93.3%) no adheridos. (Ver tabla y grafica 17).

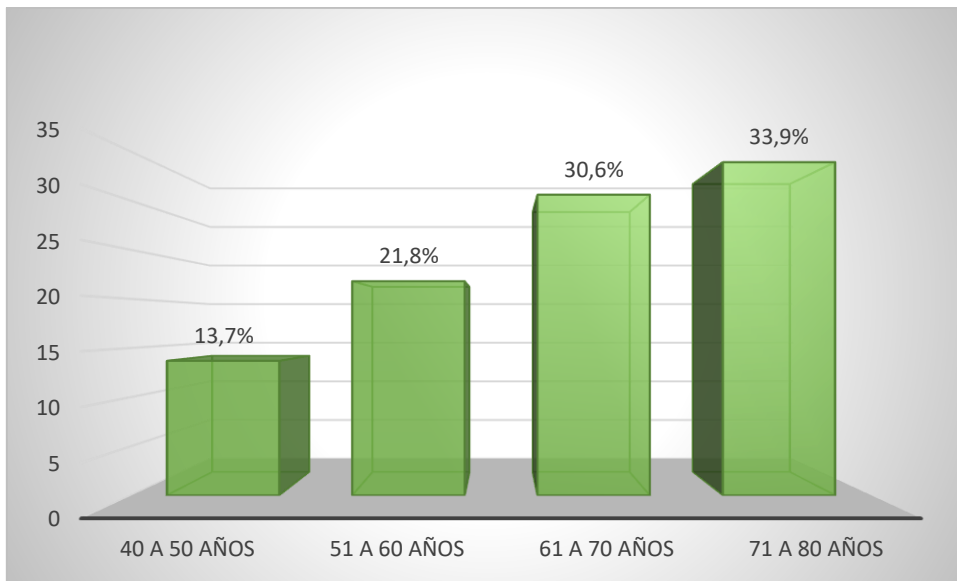
En la sección de tratamiento actual y grado de adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau en pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica en el HGZ/MF No. 8, se destacó: higiénico/dietético 0 (0%) adherencia total, 16 (8.2%) adherencia parcial y 2 (6.7%) no adheridos. Farmacológico: 19 (42.2%) adherencia total, 130 (66.3%) adherencia parcial y 25 (83.3%) no adheridos. Ambos tratamientos: 26 (57.8%) adherencia total, 50 (25.5%) adherencia parcial y 3 (10,0%) no adheridos. (Ver tabla y gráfica 18)

Tabla 1. Edad en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Edad en rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
40 a 50 años	37	13.7
51 a 60 años	59	21.8
61 a 70 años	83	30.6
71 a 80 años	92	33.9

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 1. Edad en rangos en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



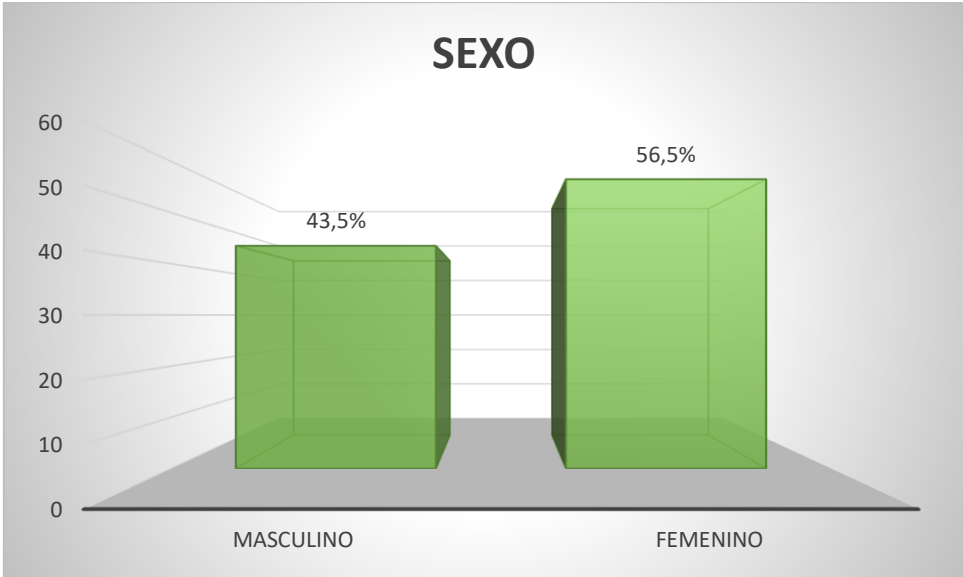
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 2. Sexo en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	118	43.5
Femenino	153	56.5

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 2. Sexo en rangos en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 3. Escolaridad en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	60	22.1
Secundaria	73	26.9
Preparatoria	79	29.2
Universidad	52	19.2
Posgrado	7	2.6

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 3. Escolaridad en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



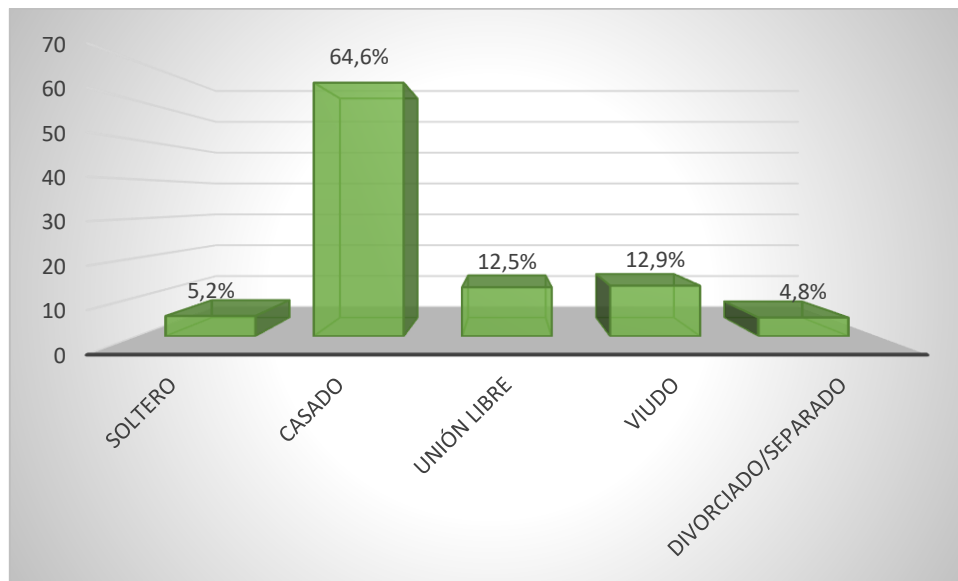
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 4. Estado civil en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	14	5.2
Casado	175	64.6
Unión libre	34	12.5
Viudo	35	12.9
Divorciado/separado	13	4.8

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 4. Estado civil en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



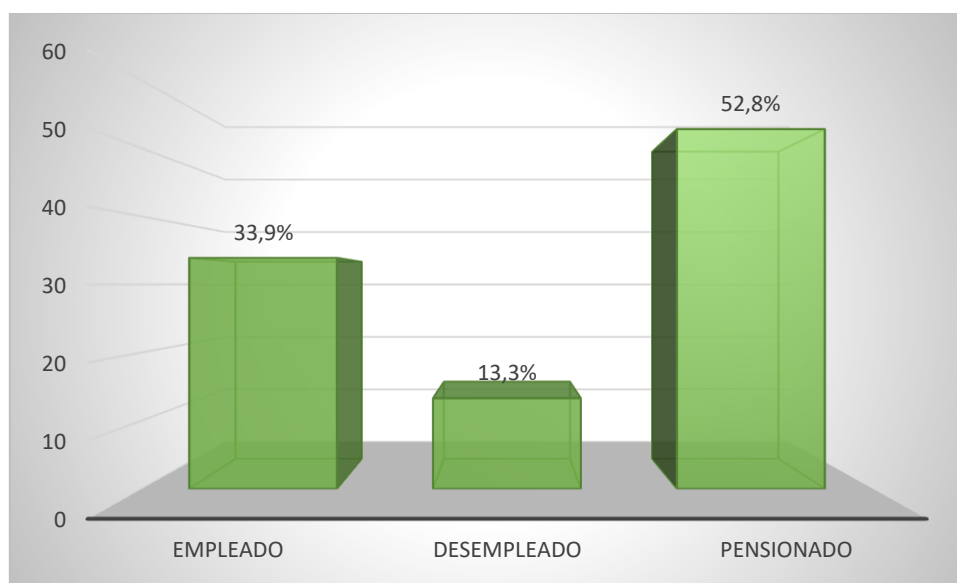
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 5. Ocupación en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	92	33.9
Desempleado	36	13.3
Pensionado	143	52.8

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 5. Ocupación en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



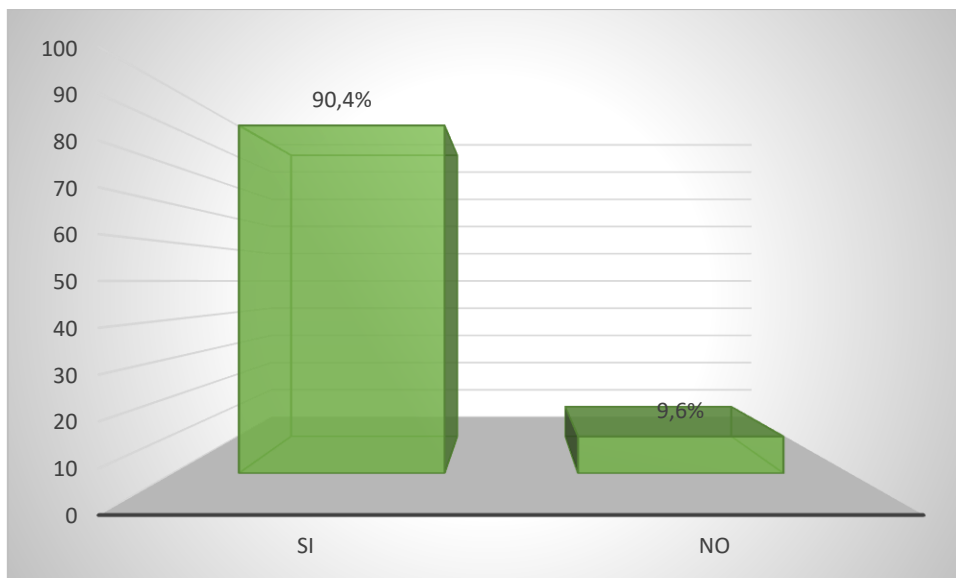
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 6. Religión en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	92	33.9
No	36	13.3

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 6. Religión en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



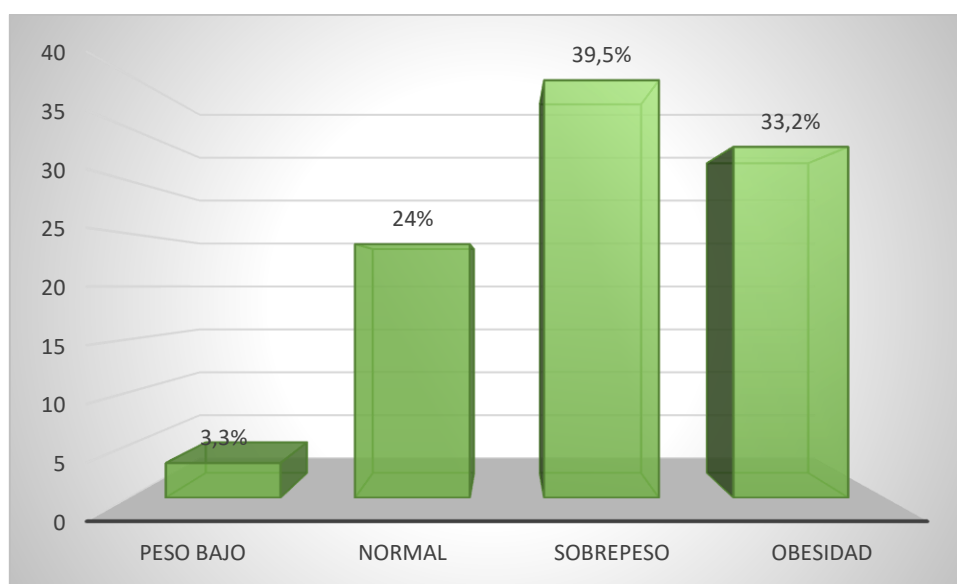
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 7. IMC en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

IMC	Frecuencia	Porcentaje (%)
Peso bajo	9	3.3
Normal	65	24.0
Sobrepeso	107	39.5
Obesidad	90	33.2

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 7. Índice de Masa Corporal en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



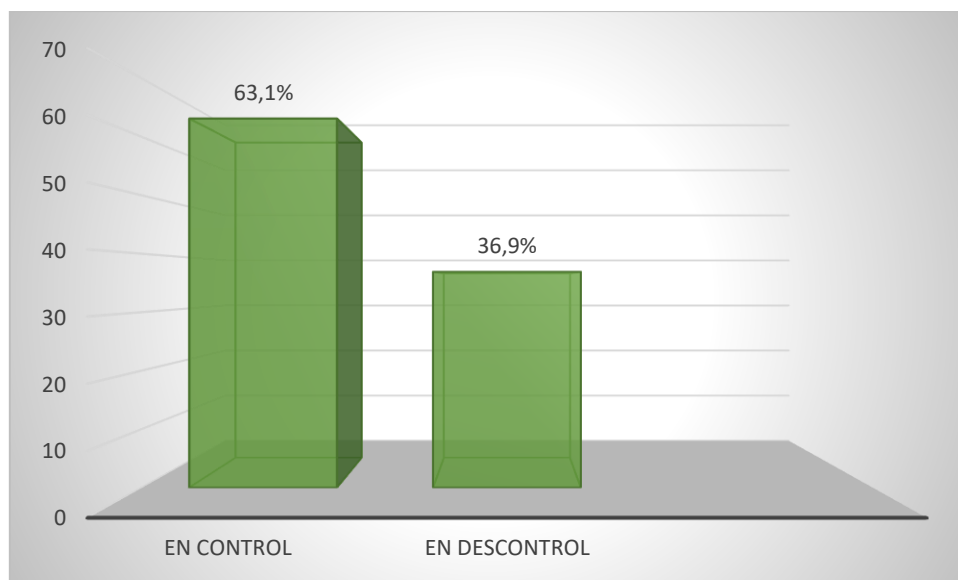
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 8. Presión arterial en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Presión arterial	Frecuencia	Porcentaje (%)
En control	171	63.1
En descontrol	100	36.9

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 8. Presión arterial en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



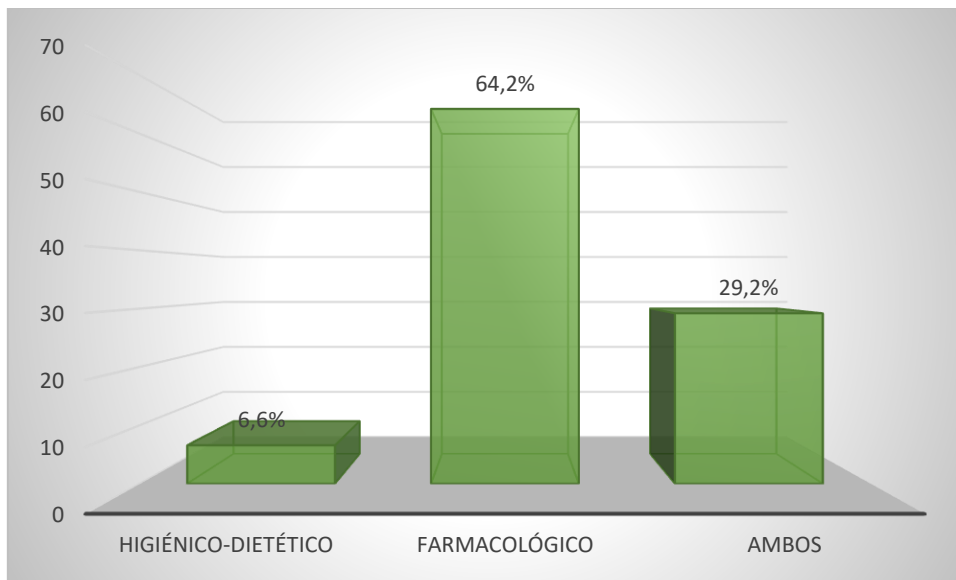
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 9. Tratamiento actual en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Higiénico/dietético	18	6.6
Farmacológico	174	64.2
Ambos	79	29.2

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 9. Tratamiento actual en pacientes con HAS mediante cuestionario de Adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



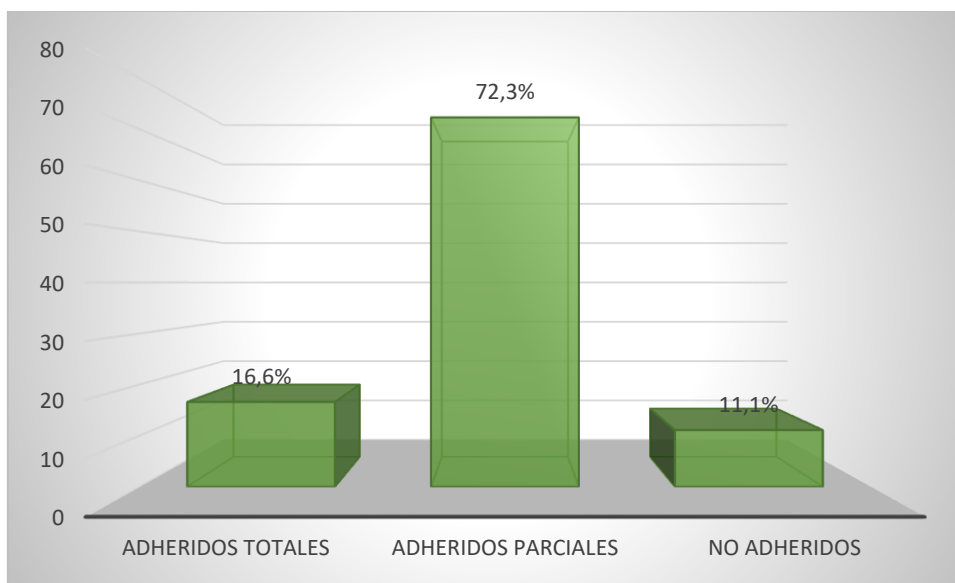
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 10. Grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Grado de adherencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adheridos totales	45	16.6
Adheridos parciales	196	72.3
No adheridos	30	11.1

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 10. Grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



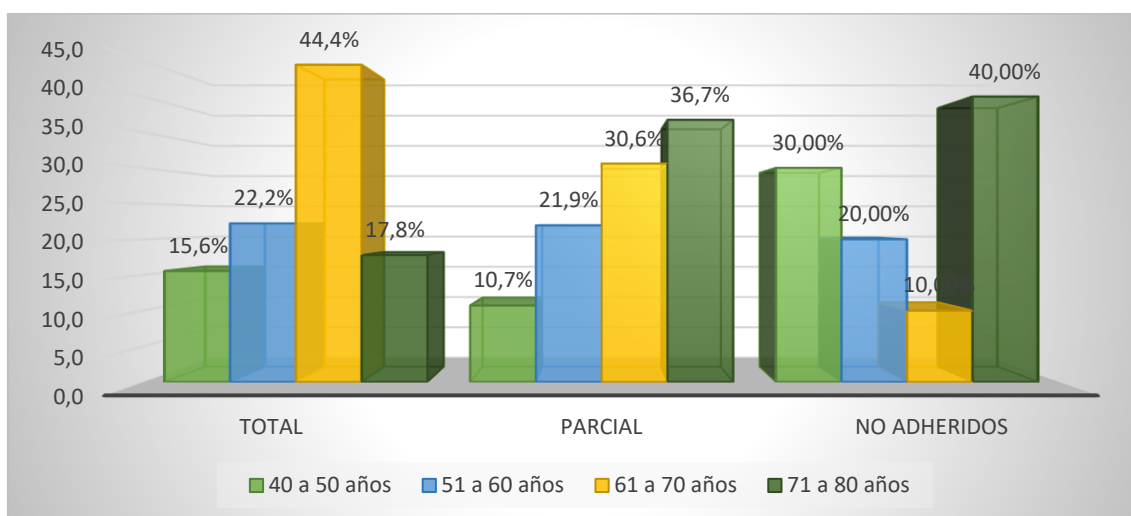
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 11. Edad y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Edad	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
40 a 50 años	7	15.6	21	10.7	9	30
51 a 60 años	10	22.2	43	21.9	6	20
61 a 70 años	20	44.4	60	30.6	3	10
71 a 80 años	8	17.8	72	36.7	12	40
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 11. Edad y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



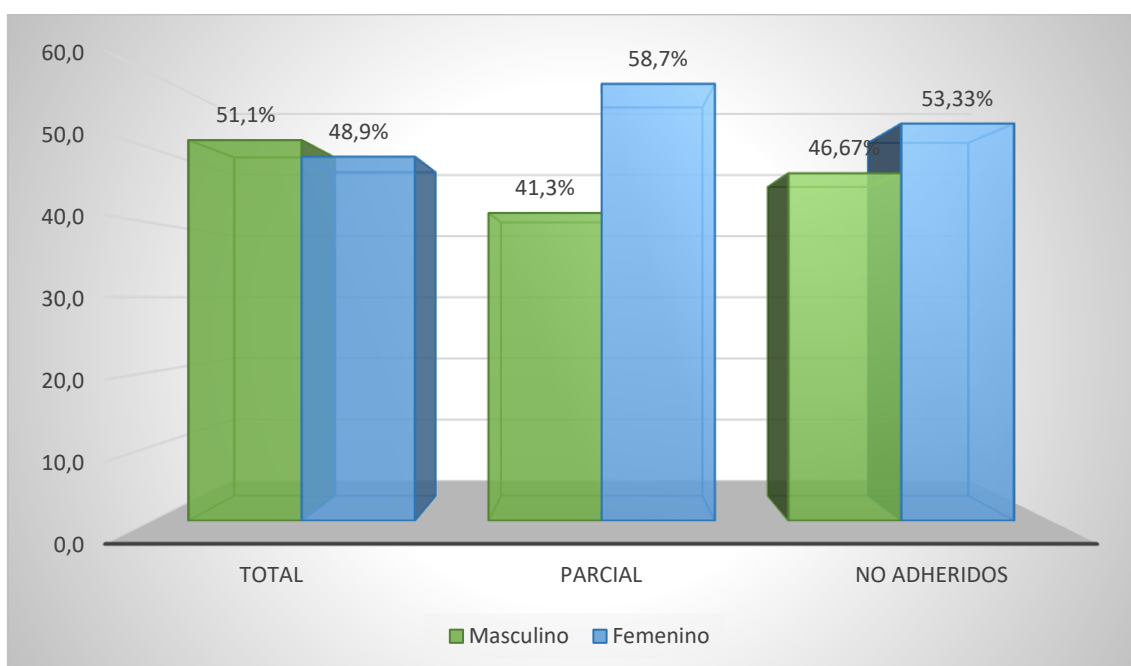
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 12. Sexo y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Sexo	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Masculino	22	48.9	115	58.7	16	53.33
Femenino	23	51.1	81	41.3	14	46.67
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 12. Sexo y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



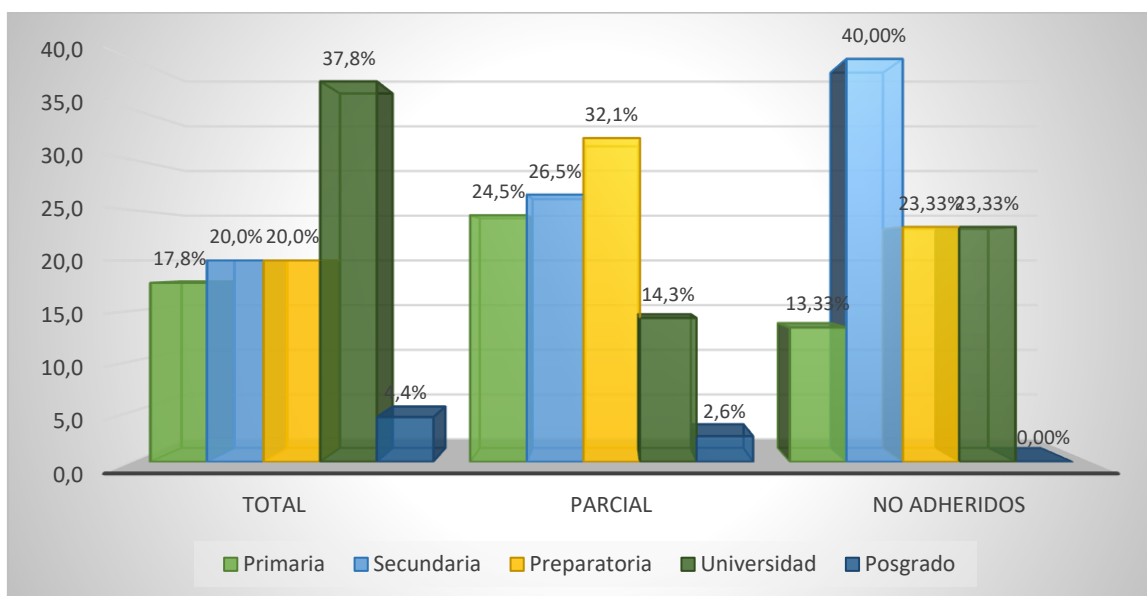
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 13. Escolaridad y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Escolaridad	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Primaria	8	17.8	48	24.5	4	13.3
Secundaria	9	20.0	52	26.5	12	40.0
Preparatoria	9	20.0	63	32.1	7	23.33
Universidad	17	37.8	28	14.3	7	23.33
Posgrado	2	4.4	5	2.6	0	0.0
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 13. Escolaridad y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



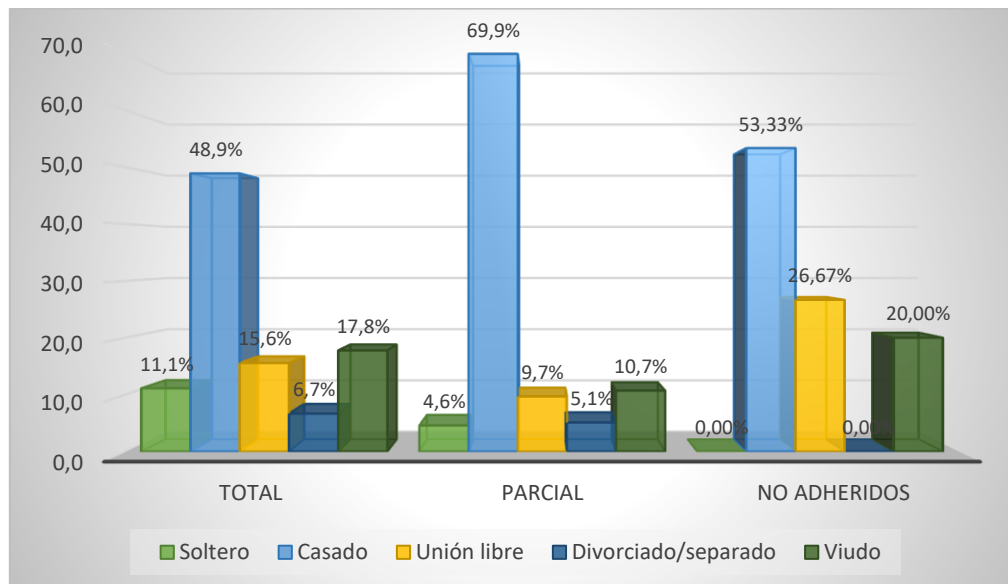
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 14. Estado civil y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Estado civil	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Soltero	5	11.1	9	4.6	0	0.0
Casado	22	48.9	137	69.9	16	53.33
Unión libre	7	15.6	19	9.7	8	36.67
Viudo	8	17.8	21	10.7	6	
Divorciado/separado	3	6.7	10	5.1	0	
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 14. Estado civil y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



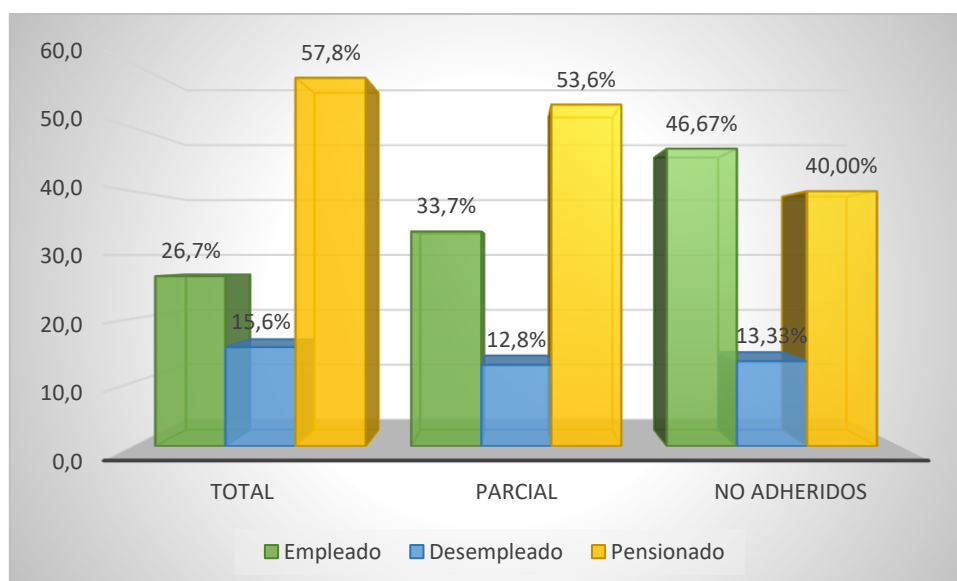
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 15. Ocupación y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Ocupación	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Empleado	12	25.7	66	33.7	14	46.67
Desempleado	7	15.6	25	12.8	4	13.33
Pensionado	26	57.8	105	53.6	12	40.0
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 15. Ocupación y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



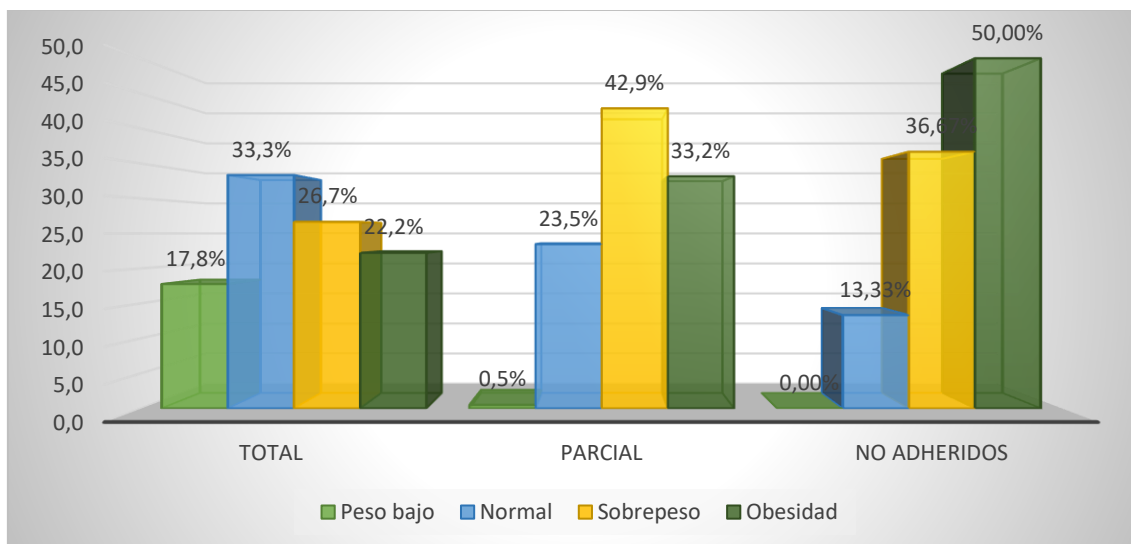
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 16. IMC y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

IMC	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Peso bajo	8	17.8	1	0.5	0	0.0
Normal	15	33.3	46	23.5	4	13.33
Sobrepeso	12	26.7	84	42.9	11	36.67
Obesidad	10	22.2	65	33.2	15	50.0
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 16. Índice de masa corporal y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



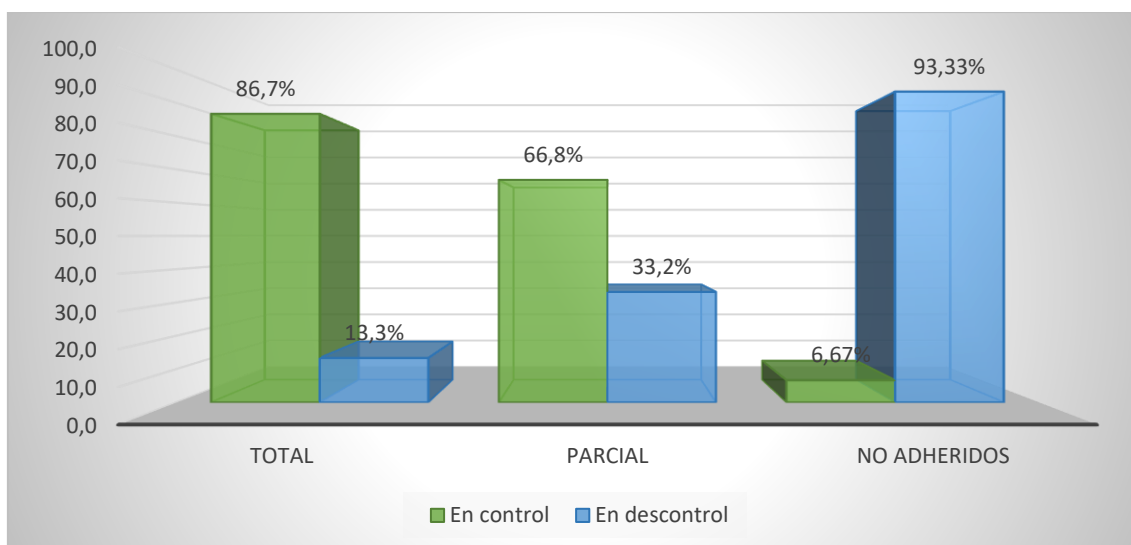
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 17. Presión arterial y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Presión arterial	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
En control	39	86.7	131	66.8	2	6.67
En descontrol	6	13.3	65	33.2	28	93.33
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 17. Presión arterial y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



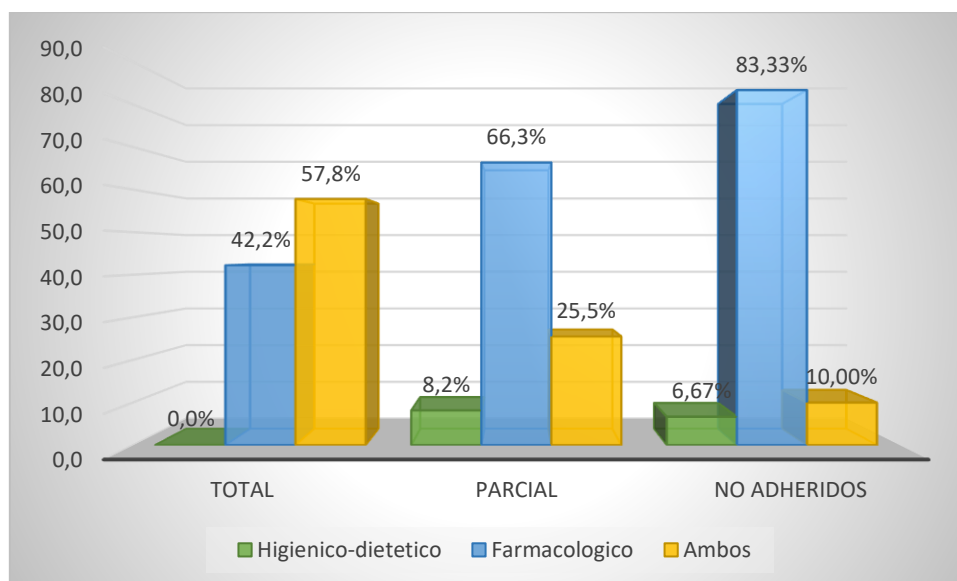
Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 18 Tratamiento actual y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8

Tratamiento actual	Adherencia terapéutica					
	Adherencia total		Adherencia parcial		No adherencia	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Higiénico/dietético	0	0.0	16	8.2	2	6.67
Farmacológico	19	42.2	130	66.3	25	83.3
Ambos	26	57.8	50	25.3	3	10.0
Total	45	100	196	100	30	100

Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 18. Tratamiento actual y grado de adherencia terapéutica en pacientes con HAS mediante cuestionario de Martin-Bayarre-Grau en el HGZ/MF No 8



Fuente: n=271 Cruz-R MS, Mendiola-P IR, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

DISCUSION

En el artículo “Prevalencia de adherencia terapéutica en paciente hipertensos con el uso del cuestionario Martín- Bayarre- Grau” de Maldonado Reyes y cols. Tamaulipas 2016 reportó que para una muestra de 322 paciente 126 (39%) estaban totalmente adheridos al tratamiento, 190 (59%) parcialmente y 6 (2%) no adheridos. En nuestro estudio encontramos que para una muestra de 271 pacientes 45 (16.6%) tienen una adherencia total, 196 (72.3%) tienen una adherencia parcial y 30 (11.1%) no están adheridos al tratamiento. Este trabajo coincide con nuestros resultados y están adecuadamente correlacionados debido a que fue realizado en nuestro país donde hubo un predominio de pacientes con adherencia parcial 196 (72.3%) esto quiere decir que los pacientes si cumplen su tratamiento pero no de forma total, debido principalmente a factores relacionados con el comportamiento, sobre todo a que no siguen las indicaciones propuestas por el medico familiar como la dieta y la actividad física, así como no utilizar recordatorios para tomar los medicamentos; lo cual representa un área de oportunidad para implementar medidas de intervención para promover la participación proactiva respecto al grado de disciplina y los hábitos higiénicos- dietéticos de los pacientes, lo que dará como resultados un cambio o mayor grado de comportamiento para cumplimiento del tratamiento.

Luna-Breceda Ulises et al cols. En su artículo “Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco México” del año 2017 describió que para una muestra de 348 pacientes el 71.84 % (250) presentó en su última toma de presión arterial, cifras en control (menor de 140/90 mmHg), así mismo en el rubro de adherencia terapéutica encontró que el 53% sí presenta adherencia, mostrando correlación con el control de cifras de presión arterial, sin embargo en nuestro proyecto se encontró que en nuestra población el 63.1% de los pacientes presentó cifras en control (menor de 140/90 mmHg), con una adherencia total del 16.6 % y adherencia parcial del 72.3%. Estos datos son importantes ya que demuestran que la mayoría de pacientes con Hipertensión arterial sistémica y adherencia terapéutica, presentan un control de cifras de presión arterial; lo que nos permite analizar la importancia de la toma de presión arterial en consultorio y el automonitoreo de los pacientes, para así implementar intervenciones para prevenir y reducir las complicaciones con base en las características y necesidades de cada paciente.

En el artículo “Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial” de Pomares Avalos Ahmed y cols Cuba del año 2017, se encontró que la edad mayor a 60 años predomina en un 51.9%, observándose una adherencia terapéutica parcial del 64.3% en ese rango de edad. Mientras que en nuestro estudio se encontró que los rangos de edad predominantes son 61 a 70 años con 30.6% y 71 a 80 años 33.9%, (64.5%) ambos rangos mayores de 60 años; con una adherencia terapéutica parcial de 30.6% y 36.7% respectivamente (67.3%), teniendo una similitud con nuestra investigación, resaltando que en las últimas décadas se ha presentado una inversión en la pirámide poblacional, misma que se refleja con un número mayor de adultos mayores portadores de Hipertensión arterial, teniendo un incremento en el riesgo de padecer complicaciones de la enfermedad. De esta forma el mayor porcentaje de adherencia terapéutica es en mayores 60 años, percibiéndose un descenso del porcentaje de pacientes por arriba de los 71 años, donde la adherencia terapéutica total pasa a ser adherencia parcial; siendo justo en este grupo de edad donde se pueden sumar aún más factores de riesgo para dificultar la adherencia al tratamiento, tales como presbicia, hipoacusia, fragilidad, alteraciones cognitivas entre comorbilidades. Por ello es de suma importancia tener mayor atención en esta población para brindar mayor educación de la enfermedad, tanto al paciente como a su cuidador primario y familia, para lograr una concientización y por tanto mayor adherencia terapéutica.

Arévalo Astudillo María Paz y cols. en su artículo “Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial”, Ecuador 2016; encontró una adherencia total del 63% al tratamiento farmacológico, en comparación con un 63.3% de adherencia parcial y 42.2% de adherencia total con tratamiento farmacológico, resultados muy semejantes con el trabajo antes mencionado. En México nuestro sistema de salud, siendo el máximo representante el Instituto Mexicano del Seguro Social, brinda de manera gratuita el tratamiento farmacológico a sus derechohabientes, siendo un factor que influye de manera positiva a la adherencia terapéutica, sin embargo, no solo radica en el cumplimiento de la terapéutica farmacológica si no también intervienen factores diversos (socioeconómicos, los relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad y con el equipo sanitario), para lograr la adherencia terapéutica, teniendo esto en mente, el médico familiar puede investigar los diferentes elementos que presentan los pacientes de su consulta y realizar acciones encaminadas a la detección de los problemas que impiden la buena adherencia, logrando así el potencial de disminuir costos y mejorar de manera importante la condición clínica de los pacientes.

En el artículo “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar” de Martínez Fajardo Eréndira Jazmín y cols. BCS México 2019; informó que para los pacientes estudiados portadores de Hipertensión arterial sistémica el 42.9% tienen sobrepeso y 47.2% obesidad. Mientras que en nuestro estudio se encontró que el 39.5% de los pacientes tuvieron sobrepeso y 33.2% obesidad siendo resultados similares. México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad, con una prevalencia de sobrepeso del 38.8% y obesidad del 32.4% en la población adulta, siendo el factor de riesgo modificable más importante para el aumento de las cifras de presión arterial y desarrollo de complicaciones. El médico familiar debe analizar el IMC de sus pacientes en cada consulta; para así reeducar, concientizar e implementar estrategias que ayuden a modificar el comportamiento individual y familiar; para fomentar la disminución del peso, lograr una mejor adherencia terapéutica y un mayor cumplimiento de metas terapéutica.

Pretendiendo en la presente investigación obtener un impacto positivo en la prevención, detección temprana de factores de riesgo, diagnóstico oportuno, control hipertensivo-metabólico y tratamiento correcto de la Hipertensión arterial sistémica, sobre todo porque la frecuencia con la que se presenta es cada vez mayor, por lo que conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente, nos ayudara a mejorar el conocimiento de la enfermedad en el personal de salud y en población afectada para lograr una atención multidisciplinaria que tenga repercusiones positivas, así evitar futuras complicaciones desencadenantes.

Dentro de los alcances obtenidos fue el desarrollo de conocimiento de las variables sociodemográficas en un grupo de pacientes con Hipertensión arterial sistémica, de esta manera obtenemos una visión más amplia sobre la problemática del entorno del paciente y de las características propias, que influyen significativamente en la adherencia terapéutica. Gracias a este estudio se pueden captar grupos de mayor riesgo como los adultos jóvenes, y la tercera edad, en los cuales el médico familiar puede implementar estrategias y medidas de intervención para mejorar el cumplimiento de tratamiento farmacológico y no farmacológico, logrando así el mayor beneficio e impacto en la salud de los pacientes.

Otro alcance fue la relación entre el grado de adherencia terapéutica en los pacientes con Hipertensión arterial sistémica y el control hipertensivo; apreciando que quienes tienen un grado mayor de adherencia terapéutica (parcial o total), tienen control hipertensivo, teniendo así una puerta para lograr un impacto positivo en la población y para dar a conocer la información pertinente y los beneficios obtenidos si se realiza un automonitoreo de cifras de presión arterial, para así tener una mejor adherencia terapéutica y disminuir el desarrollo de complicaciones propias de la enfermedad.

La limitación más importante para la realización de este trabajo fue la veracidad de los datos proporcionados por los pacientes ya que por tratarse de un trabajo con componentes subjetivos muy importantes. En el futuro se puede diseñar otros instrumentos con elementos más objetivos que permitan cuantificar de manera más adecuada los resultados.

Un factor que pudiera sesgar los resultados obtenidos es el no haber interrogado la dieta y la actividad física específica que el paciente realizaba ya que son datos que influyen en el control de la enfermedad.

La investigación presentada tiene una relevancia importante sobre todo en el primer nivel de atención ya que al poder identificar de manera temprana a los pacientes que se presentan un mal apego al tratamiento, este puede ser canalizado a un programa de enfermedades crónicas desde su unidad de medicina familiar, lo cual sería fundamental para evitar complicaciones.

La aplicabilidad de este estudio en el ámbito asistencial se vería reflejada en que el médico familiar obtenga una visión más amplia de las características sociodemográficas que más se relacionan con la adherencia al tratamiento, y como médicos de primer contacto 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, brindarles una intervención de carácter informativo multidisciplinario y educativo para mejorar hábitos higiénico-dietéticos, así como cumplimiento de tratamiento farmacológico, acordes con sus recursos disponibles, de manera individual y familiar. realizar encaminadas a mejorar la salud de las familias.

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 actual de la Hipertensión arterial sistémica de nuestra población. También se revisa la importancia de realizar evaluaciones periódicas respecto a la dieta y ejercicio físico o implementación de talleres, 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 pacientes.

En el área de investigación genera un precedente para la realización de estudios posteriores que incluyan mayor número de paciente, en diferentes centros de salud y niveles de atención, para que se tenga un mayor peso estadístico. De igual forma se abre una brecha para realizar nuevos instrumentos que midan adherencia terapéutica más complejos, que logren un mejor impacto.

Para el ámbito administrativo la presente investigación permite impulsar y orientar políticas de salud a favor de pacientes con Hipertensión arterial sistémica; así como la mejora o creación de 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. A través de la gestión de presupuestos específicos y contratación de personal médico capacitado en esta área de la salud, así como del entrenamiento de otros personajes de la salud para atender esta problemática lo que generaría un decremento en el gasto público y disminución en el uso de los servicios de salud, encaminadas a mejorar la salud de las familias mexicanas y llevarlas de la mano con el control de las enfermedades crónico-degenerativas.

CONCLUSIONES

En el presentes estudio se cumplió el objetivo de evaluar el grado de adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial sistémica mediante el cuestionario de Martin Bayarre Grau del HGZ / MF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” encontrando una adherencia terapéutica en la mayoría de los pacientes del estudio.

Los resultados que se obtuvieron en el estudio fueron de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, en la que se aceptó hipótesis alterna y se rechazó la hipótesis nula, por lo que se concluye que la mayoría de los pacientes con HAS presentan adherencia terapéutica parcial valorada mediante el cuestionario de Martin Bayarre Grau, al acudir a su consulta en el HGZ/ MF No 8.

Nuestro estudio muestra que el sexo femenino predomino como población afectada, siendo la media de edad en la séptima década de la vida; que en su mayoría se encontraban pensionados, casados y con nivel educativo básico. Además de predominar el sobrepeso por IMC, así como el tratamiento actual a base de fármacos, un control hipertensivo y la adherencia terapéutica parcial en más de la mitad de los pacientes estudiados.

Estudios previos realizados en México y países latinoamericanos aseguran que la población presenta un patrón de adherencia parcial. La presencia y efectividad de las estrategias de atención a este tipo de patologías son trascendentes, y hemos objetivado a través de los resultados de esta tesis que existe un grado de adherencia terapéutica parcial importante; que, al aplicar intervenciones para una mejor adherencia, favorecemos que exista una mayor apego al tratamiento y control de la enfermedad, así como una optimización en la asignación de los recursos del sistema sanitario público para afrontar las consecuencias desfavorables de las complicaciones de esta entidad.

Las investigaciones de Hipertensión arterial sistémica se han enfocado en conocer a fondo la fisiopatología, etiología y tratamientos más efectivos que ayuden al control de la enfermedad. Sin embargo, se han olvidado de la búsqueda de nuevo material para evaluación y estrategias para concientizar y educar a los pacientes sobre importancia de la adherencia terapéutica para el control de su enfermedad, y así mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir los gastos innecesarios y reducir la mortalidad por complicaciones de la enfermedad.

La atención medica se encuentra en una época de altas exigencias, donde no se reconoce adecuadamente la labor del médico familiar, tanto por los pacientes como por otros médicos especialistas, siendo que el médico familiar es uno de los pilares más importante del sistema de salud por ser el médico de primer contacto, el médico de cabecera de las familias, así como el que lleva el control mes con mes de los pacientes y sus enfermedades. Es por eso que debemos ser promotores de nuestra importancia, ya que es en la medicina de primer contacto donde se puede realizar la evaluación de la adherencia terapéutica y es en eses momento donde podemos detectar a quien necesite alguna intervención primaria que permita mejorar su cumplimiento terapéutico al igual que su esfera biopsicosocial y la de su familia; como factores, para una mejor adherencia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas MT, Carrillo C. Hipertensión arterial sistémica (HAS) Diagnóstico, tratamiento y prevención. Boletín de practica medica efectiva. INSP 2016.
2. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030- SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de abril de 2017.
3. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A. Et al. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Publica Mex 2018;60: 233-243.
4. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Flores-Coria A. Et al. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. Salud Publica Mex. 2019;61: 888-897.
5. Berenguer G, Lazaro J. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN. 2016 Nov. ; 20(11) : 2434-2438.
6. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. 2019.
7. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. Guidelines for the management of arterial hypertension : The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018 ;39 : 3021-3104.
8. Warren HR, Evangelou E, Cabrera CP, et al. Genome-wide association analysis identifies novel blood pressure loci and offers biological insights into cardiovascular risk. Nat Genet. 2017 ; 49 : 403-415.
9. Dominiczak A, Delles C, Padmanabhan S. Genomics and precision medicine for clinicians and scientists in hypertension. Hypertension. 2017 ;69 : e10-e13
10. Gorostidi M, Santamaría R, Oliveras A. Nefrología al día Hipertensión Arterial Esencial, Sociedad española de Nefrología, 2020 <https://www.nefrologiaaldia.org/302>
11. Tagle R. Diagnóstico de Hipertensión Arterial. Rev. Med. Clin. Condes - 2018 ; 29(1) : 12-20.
12. Wagner-Grau, P. Fisiopatología de la hipertensión arterial : nuevos conceptos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2018. 64(2) : 175-184.
13. Rondón-Carrasco J ; Fajardo-Rodriguez M, Morales-Vazquez CL, et al. Etiopatogenia de la hipertensión arterial. Bases fisiopatológicas. Morfovirtual2020, Norte América, Ago. 2020.

14. Guías clínicas de la hipertensión. Medscape. (ISH, 2020).
15. Pérez O. MD. Principales Mensajes de las Guías de Hipertensión Arterial de la ISH 2020. 2020 Jun ;75(6) :1334-1357.
16. Rubio-Guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta Med Int Méx. 2018 Mar ;34(2):299-303.
17. Rosas-Peralta M et al. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016 ;54 Supl 1 : S6-51.
18. Leung A.A., Nerenberg K., Daskalopoulou S.S., et al. Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk Prevention, and Treatment of Hypertension. Can J Cardiol, 32 (2016), pp. 569-588.
19. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. México, IMSS ; 2017
20. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. Gac Med Mex. 2018 ;154 : 633-637.
21. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice : The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016 ;37 :2315-2381.
22. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension : The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension : The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2019 ;37 :226.
23. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death : a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016 ;387 :957-967.
24. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood-pressure-lowering treatment on outcome incidence. 12. Effects in individuals with high-normal and normal blood

- pressure : overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens*. 2017 ;35 :2150-2160.
25. Castillo-Sánchez M, Galera-Morcillo L, Sánchez-Sánchez JA, et al. Sobrediagnóstico y sobretratamiento en el ámbito cardiovascular : factores de riesgo, no enfermedades. *Atencion primaria*. Elsevier. 2018 50, Supl, 2 ; 20-29.
 26. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure : the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016 ;37 :2129-2200.
 27. Wright JM, Musini VM, Gill R. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No. : CD001841.
 28. Martínez-Fajardo E, García-Valdezb R, Álvarez-Villaseñor A. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Med Gen Fam*. 2019 ; 8(2) : 56-61.
 29. Luna-Breceda U, Haro-Vázquez SR, Uriostegui-Espíritu LC, et al. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial : experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. *Aten Fam*. 2017 ;24(3) :116-120.
 30. Romero S, Parra D, Sánchez J, et al. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017 ; 49(1) : 37-44
 31. Maldonado-Reyes FJ, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales J, et al. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. *Aten Fam*. 2016 ;23(2):48-52.
 32. Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda OA, et al. Adherencia terapéutica : un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2018 ; 16(3): 226-232.
 33. Arévalo AM, López GM, López SD, Martínez RF. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica HJCA*. 2016 ; 8(1) : 8-13.

ANEXOS

ANEXO 1.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCERTADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TÍTULO DEL PROYECTO: **IDENTIFICACION DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIA EN EL HGZ/MF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

2020-2021

FECHA	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE 2021	FEB 2021
TÍTULO	+	+	+									
ANTECEDENTES				+								
MARCO TEÓRICO					+							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JUSTIFICACIÓN						+						
OBJETIVOS								+				
HIPÓTESIS								+				
PROPÓSITOS									+			
DISEÑO METODOLÓGICO										+	+	
ANÁLISIS ESTADÍSTICO												+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

2021-2022

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	+											
CONSIDERACIONES ETICAS		+										
RECURSOS			+									
BIBLIOGRAFIA				+								
ASPECTOS GENERALES					+	+						
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS							+	+				
PRUEBA PILOTO								+				
EJECUCIÓN DEL PROYECTO								+				
RECOLECCIÓN DE DATOS									+			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									+			
ANÁLISIS DE DATOS									+			
DESCRIPCIÓN DE DATOS									+			
DISCUSIÓN DE DATOS										+		
CONCLUSIÓN										+		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										+		
REPORTE FINAL											+	
AUTORIZACIONES											+	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												+
PUBLICACIÓN												+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

Elaboró: Cruz Rodriguez Mitzi Samara
 Mendiola Pastrana Indira Rocío
 Eduardo Vilchis Chaparro
 Maravillas Estrada Angelica

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TITULO DEL PROYECTO: Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Investigadores a cargo:

Pastrana Indira Matricula 9937287 Adscripción HGZ/UMF#8
Eduardo Vilchis Chaparro N51 Profesor Medico Matricula 99377278 Adscripción CIEFD Siglo XXI
Maravillas Médico Familiar Matricula 99377489 Adscripción HGZ/UMF#8
Mitzi Samara Cruz Rodriguez Médico Residente Matricula 97376220 Adscripción HGZ/UMF#8

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una X el o los recuadros que correspondan. Llenar con letra de molde nombre completo, número de seguridad social y edad del paciente.

Tiempo de aplicación: 10-15mins.
Folio

Nombre: _____ **Edad:** _____ ()

Sexo: 1 () Femenino 2 () Masculino

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

Estado civil: 1 () Soltero 2 () Casado 3 () Unión libre
4 () Viudo 5 () Divorciado / Separado

Ocupación: 1 () Empleado 2 () Desempleado 3 () Pensionado

Religión 1 () Si 2. () No

Talla _____ **Peso** _____

IMC _____ **Cifra de TA** _____

1 () Peso bajo 1 () En control
2 () Normal 2 () En descontrol
3 () Sobrepeso
4 () Obesidad

Tratamiento actual: _____

1 () Higiénico-dietético
2 () Farmacológico
3. () Ambos

Cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau.

1 () 38-48, adheridos totales
2 () 18-37, adheridos parciales
3 () 0-17, no adheridos

ANEXO 3. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA DE MARTIN-BAYARRE-GRAU

A continuación, usted encontrara un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarán de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piensa en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

AFIRMACIONES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su medicación					
TOTAL					

ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar del H.G.Z. / M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Octubre-noviembre del 2021
Número de registro institucional:	En Trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en conocer el nivel de adherencia terapéutica y como este es fundamental para lograr un adecuado control y apego al tratamiento en especial en pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica. Objetivo: Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica en la consulta externa de medicina familiar Hospital General de Zona con Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Procedimientos:	Por ser un estudio de tipo retrospectivo, no lleva consentimiento informado
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo (se realizará una encuesta), sin molestia para el participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Elevar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica, para un mejor control hipertensivo, mejor entendimiento de su patología y garantizar su autonomía.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará en caso de datos relevantes, se realizará platica informativa posterior a la entrevista y se dará tríptico informativo sobre el tema.
Participación o retiro:	El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin que se afecte su atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o en su caso, de estudios futuros.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

<input type="checkbox"/>	NA	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio
<input type="checkbox"/>	NA	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	NA	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:	Mendiola Pastrana Indira Rocío Matricula:99126743. Medica familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica. Coordinadora de Medicina Familiar Turno Matutino. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Teléfono: 2222395398, Fax: No Fax Email: indira.mendiola@imss.gob.mx
Colaboradores:	Vilchis Chaparro Eduardo, Mat 99377278 Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Medico del CIEFD Siglo XXI. CMNSXXI. Teléfono: 56276900 ext. 217425. Fax: No Fax. Email: lalovilchis@gmail.com Maravillas Estrada Angelica. Matricula: 99113861. Medica Familiar. Titular de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Matricula: 98113861 Teléfono: 5545000340. Fax: No Fax Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx Cruz Rodriguez Mitzi Samara. Matricula: 97376220. Médico Residente de 2 año de Medicina Familiar en el HGZ/MF No.8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Tel: 5534300334. Fax: No Fax. Email: mitfacmedunam@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Cruz Rodriguez Mitzi Samara
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

ANEXO 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



Ciudad de México, a 10 de Noviembre del 2021.
CCEIS/ 490 /2021

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCENTRALIZADA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angélica; Médico familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matrícula: 98113861, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación con Matrícula: 99377278, Dra. Mendiola Pastrana Indira Rocío; Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica con Matrícula: 99126743, realicen la investigación titulada: **"EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/MF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Médico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el periodo comprendido 1º de marzo de 2021 al 28 febrero del 2023. El procedimiento que se llevara a cabo será seleccionando pacientes de 40 a 80 años de edad que acudan a consulta externa de medicina familiar con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica, se aplicara el test y se recabaran los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y resultados del test.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angélica, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dra. Mendiola Pastrana Indira Rocío y a la Médico Residente Cruz Rodríguez Mitzi Samara con matrícula 97378220 para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZ/MF No 8**