



UNIVERSIDAD VERACRUZANA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Veracruz Sur
Unidad de Medicina Familiar Número 61.
Córdoba Veracruz**

TÍTULO:

Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz.

Tesis de Posgrado

Grado a obtener: Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Teresa Adriana Ruiz Lávida

ASESORES.

Dra. Verónica Medel Ibáñez

Dr. Jorge Martínez Torres.

C.D. María Elena Garrido Amieva

Córdoba Ver, 2014.



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Universidad Veracruzana

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Veracruz Sur
Unidad de Medicina Familiar Número 61.
Córdoba Veracruz

Título:

Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz.

Tesis de Posgrado

Grado a obtener: Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Dra. Teresa Adriana Ruiz Lávida

ASESORES:

Dra. Verónica Medel Ibáñez

Dr. Jorge Martínez Torres.

C.D. María Elena Garrido Amieva.

Córdoba Ver, 2014



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud
Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz.

Nombre del Autor: Dra. Teresa Adriana Ruiz Lávida
Número de Registro: R-2012-3102-22.
Especialidad que acredita: Medicina Familiar
Promoción: 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2014
Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Dr. Andrés. Zavaleta Pérez
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación del HGZ
Número 8

Dra. Yolanda Fuentes Flores
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación UMF 64
Profesor Titular de la RMF.

Asesor de Tesis.
Dra. Verónica Medel Ibáñez



Universidad Veracruzana

Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud
Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz.

Nombre del Autor: Dra. Teresa Adriana Ruiz Lávida
Número de Registro: R-2012-3102-22
Especialidad que acredita: Medicina Familiar
Promoción: 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2014

Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Autorizaciones Delegacionales:

Dr. Enrique Leobardo Ureña Bogarín
Coordinador Delegacional de
Planeación y Enlace Institucional
Delegación Veracruz Sur

Dr. Carlos Francisco Vázquez
Rodríguez
Auxiliar Delegacional de Investigación
Médica Delegación Veracruz Sur

Dr. José Arturo Córdoba Fernández
Auxiliar Delegacional de Educación
Delegación Veracruz Sur.

III.- AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por permitir terminar un sueño más que hoy se hace realidad.

A mis padres con todo mi cariño y mi amor, ya que a ustedes les debo lo que soy ahora, por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi esposo por su amor, paciencia, comprensión, y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, gracias por estar siempre a mi lado Mario.

A mis profesores, por compartir sus conocimientos en todo el proceso del aprendizaje.

A mis compañeros de la residencia en especial a Vere, por estar en las buenas, las malas y me acompaño en el camino del conocimiento.....

Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz.

V. ÍNDICE

I. Portada	1
II. Autorización	4
III. Agradecimientos	5
IV. Título	6
V. Índice	7
VI. Resumen	8
1. Marco teórico	10
1.1 Antecedentes	10
2. Planteamiento del problema	16
2.1 objetivo general	18
2.2 objetivos específicos	18
3. Material y métodos.	19
4. Población, lugar y tiempo	19
5. Muestra	19
6. Criterios de selección de las unidades de muestreo	19
7. Variables: Tipo y escala de medición	20
8. Consideraciones éticas del estudio	29
9. Recursos humanos, materiales y financieros del estudio.	30
10. Resultados	31
11. Discusión	38
12. Conclusiones	39
13. Bibliografía	40
14. Anexos	44
14.1 Instrumento de recolección	44
14.2 Cronograma de actividades	46
14.3 Consentimiento informado	47
14.4 Autorización	48

VI. RESUMEN

Título: Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz.

Objetivo: Determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal, observacional; pacientes atendidos de manera regular, que al momento del levantamiento de la información contaran con diagnóstico definitivo de hipertensión arterial y con criterios de inclusión, en el periodo del estudio del 1 de enero del 2012 al 30 de marzo del 2013. Se realizó un análisis estadístico de los datos con el programa SPSS 18.

Resultados: Se demostró que el 61% son del género masculino, con una edad promedio de 44.8 años, la ocupación más frecuente empleado en un 78%, el 48 % de la población presento nivel de educación secundaria, relacionado al grado de adherencia se encontró una adherencia parcial del 88%, una adherencia total del 1 %, no adherencia del 11% de los pacientes estudiados.

Conclusiones: Se evidenciaron tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos parciales con respecto a los demás, pero a pesar de que fueron superiores en magnitud, resultan insuficientes en relación con la importancia de la adherencia total para esta enfermedad.

Palabras Claves: hipertensión arterial, adherencia terapéutica.

Title: Degree of adherence in patients diagnosed with hypertension in Family Medicine unit number 64 of Cordoba Veracruz.

Objective: To determine the degree of adherence in patients diagnosed with hypertension in the Family Medicine unit number 64 of Córdoba, Veracruz.

Material and Methods: A descriptive, transversal, prospective; patients seen on a regular basis at the time of lifting the count information with definitive diagnosis of hypertension and inclusion criteria in the study period of January 1, 2012 to March 30, 2013. Statistical analysis of data was performed using SPSS 18 program

Patients seen on a regular basis at the time of lifting the count information with definitive diagnosis of hypertension and inclusion criteria in the study period of January 1, 2012 to March 30, descriptive, cross-sectional, observational study 2013. A statistical analysis of the data with the SPSS 18 program was conducted.

Results: It showed that 61% were male gender, with a mean age of 44.8 years, the most common occupation employee by 78%, 48% of the population present level of secondary education, related to the degree of adhesion was found part of 88%, a full 1% adherence, no adhesion of 11% of the patients studied.

Conclusions: Three levels of adherence were noted: total, partial and non-bonded, bonded partial predominated with respect to others, but although they were higher in magnitude, are insufficient in relation to the importance of full adherence to this disease.

Key words: Blood hypertension, therapy compliance.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública mundial. Hoy en día constituyen la primera causa de enfermedad y muerte en el mundo occidental y continuarán avanzando en los países en vías de desarrollo ocasionando una transición en relación a las causas de morbilidad y mortalidad hasta sobrepasar a las enfermedades infecciosas, (OPS 2007). Dentro de las enfermedades cardiovasculares se encuentra la hipertensión arterial (HTA) la cual es una de las principales causas de consulta y una de las enfermedades con más riesgo de desarrollar trastornos cardiovasculares, cerebrales, renales.^(1,2)

La hipertensión arterial, se considera uno de los problemas más importantes de Salud Pública, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial, se estima que es responsable de 35% de las muertes prematuras y causa de incapacidad e invalidez permanente. La hipertensión arterial sistémica (HAS) es de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, ya que afecta al 30.8% (ENSANUT 2006) de la población de entre 20 a 69 años de edad (34.2% en hombres y 26.3 en mujeres), sin embargo 2 de cada 3 hipertensos desconoce la enfermedad, de estos poco mas de la mitad reciben tratamiento y solo el 14.6% logran su control adecuado.^(3,4)

Las complicaciones y la mortalidad, asociadas la Hipertensión Arterial traen como consecuencia altos costos económicos y sociales, que repercuten en los propios Sistemas de Salud como es el caso de México. En nuestro país, los datos obtenidos del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica para el período 2004-2010 de la población general existen 3, 738,174 casos de Hipertensión arterial, de los cuales el año que registró más casos fue el 2004.^(5,6)

La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, define a la hipertensión arterial a aquella mayor o igual a 140 mmHg de sistólica e igual o mayor a 90 mmHg de diastólica y la clasifica en tres etapas. El séptimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII) recientemente la clasificó en dos etapas y acuñó el término “pre hipertensión”.^(7,8)

Todo paciente con HTA confirmada debe ser clasificado según riesgo cardiovascular con el objetivo de graduar la intensidad de las intervenciones, el riesgo cardiovascular se duplica por cada aumento de 10 mm de Hg en la presión diastólica y por cada 20 mm Hg de la sistólica. El riesgo total suele expresarse como el riesgo absoluto de tener un episodio de enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años. En todo paciente Hipertenso monitorear la adherencia al tratamiento, permite mejorar la efectividad de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. ^(9, 10, 11,12)

A pesar de los esfuerzos por controlar la Hipertensión Arterial, la adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones no farmacológicas es muy baja, lo que dificulta la disminución de la presión arterial y su mantenimiento en niveles controlados. ⁽¹³⁾

La mayor parte de los pacientes requerirán tratamiento farmacológico, siendo imprescindible para los clínicos poder distinguir entre falta de respuesta al tratamiento o falta de adherencia terapéutica (AT), con el objeto de conseguir un buen control y disminuir los acontecimientos cardiovasculares. Los beneficios del tratamiento antihipertensivo es la reducción de complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular 21% y 34% respectivamente en ensayos controlados aleatorios a largo plazo), insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal, independientemente de la edad, sexo, raza u origen étnico). Discutir sobre la adherencia en personas hipertensas es hablar sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico; en el caso de la hipertensión arterial el tratamiento tiene dos pilares fundamentales, lograr un control óptimo de la presión arterial y evitar las complicaciones a largo plazo mediante el cumplimiento de una adherencia terapéutica eficaz. ^(14, 15, 16)

El 70 % de los pacientes en tratamiento antihipertensivo no se controlan adecuadamente, la baja adherencia a las medidas terapéuticas se encuentra entre las principales causas. ⁽¹⁷⁾

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud, y expresión de la responsabilidad de los individuos con su cuidado y mantenimiento, es una estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su

comportamiento que mejoren su vida. El término adherencia según DiMatteo y DiNicola (1982) es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. ^(18, 19, 20)

La OMS define a la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria, y asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, la NOM-030-SSA2-1999 la define como la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente, para el control de la Hipertensión Arterial tanto mediante el tratamiento conductual como medicamentoso, en general la adhesión en el contexto del tratamiento médico se refiere a qué tan bien y consistentemente el paciente sigue el plan de manejo elaborado con ella o con su proveedor de cuidado de la salud. ^(7,21, 22)

Según el análisis realizado por esta organización, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo del 50 %, y en casos extremos puede alcanzar hasta 90% de los casos (Márquez-Contreras y Figueroa Von Wichmann,2009). ⁽²³⁾

Durante los últimos años se ha comprendido, que la adherencia del paciente hipertenso al tratamiento, es una piedra angular en el control de su enfermedad. Todos los autores coinciden en reconocer al incumplimiento como uno de los grandes desafíos en el tratamiento de la hipertensión arterial. Los buenos resultados de las enfermedades crónicas en gran parte dependerán del grado de adherencia del paciente al tratamiento. La noción de la adhesión se propone una alianza con lo que la orientación terapéutica deben ser acordados entre el paciente y el profesional de salud. ⁽²⁴⁾

Existen factores que juegan un papel muy importante para que los pacientes sean o no adherentes a sus tratamientos y están relacionados con la calidad de la relación médico-paciente, características del tratamiento y de la enfermedad, y las variables relacionadas con el propio paciente y su entorno social. ^(25, 26)

Un estudio reciente de Rodríguez, Molero y Acosta (2004), en una muestra de 8862 pacientes encontró que el 31.70% no seguía regularmente el tratamiento y entre las variables asociadas a la falta de adherencia, se encontró la falta de síntomas en el 28.85% de los pacientes no adherentes. ⁽²⁷⁾

Las dificultades en la adherencia terapéutica se refieren no sólo al consumo de medicamentos, en el mundo a pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos más de la mitad de los pacientes abandonan el tratamiento dentro de un año después del diagnóstico. Existe evidencia remarcable que permite sostener que en pacientes con terapias de un solo medicamento se observan menores índices de cumplimiento que en aquellos que toman más de uno. Sin embargo Yiannakopoulou sugiere en un estudio europeo el cumplimiento está asociado con una mayor efectividad en el control de la Presión Arterial y sugiere que los médicos pueden aumentar el cumplimiento de sus pacientes y el control de la hipertensión invirtiendo mayor cantidad horas en la consejería al paciente, evitando cambios de terapia innecesarios y reduciendo el número de medicamentos por prescripción. Se describen conductas como dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito. (28, 29, 30, 31)

También incluye la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación (Martín, 2003; Martín y Grau, 2005, Sánchez, 2006). En 2008, una actualización de las intervenciones simples mostró ser relativamente eficaz para mejorar a corto plazo la adhesión y se hizo hincapié en el seguimiento de las prescripciones de medicamentos a largo plazo. De manera que la adherencia terapéutica es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía. El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: los olvidos simples en la toma de la medicación, la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras

más complejo sea un tratamiento –si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios– más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con mono dosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. Es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen, tales como: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida. La importancia del padecimiento radica en la repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.⁽³²⁾

El paciente hipertenso con una historia larga de la enfermedad puede beneficiarse de las intervenciones que se centran en la mejora de la adherencia al tratamiento de drogas en el entorno de atención primaria, así como medidas no farmacológicas para mejorar el control de la hipertensión.⁽³³⁾

La adherencia puede ser afectada por factores relacionados con la frecuencia de la dosis, las creencias sobre la salud, estatus socioeconómico, la depresión, el abuso, débil apoyo social y pobre relación entre paciente y médico. Al ser abordados a través de estrategias específicas, estos factores pueden facilitar la adherencia al tratamiento y disminuir el abandono (W Choo et al. 2001, Palacín et al. 2002, Bardorf et al. 2006, La Rosa et al. 2007). El objetivo de la adherencia no es solo controlar las cifras de tensión arterial, sino también brindar años con buena calidad de vida y evitar las posibles complicaciones de esta patología. El tratamiento médico debe ir acompañado de recomendaciones como disminuir el consumo de sal, evitar el tabaquismo y el alcohol, controlar el estrés, hacer

ejercicio y mantener un peso adecuado (Bautista & Pérez 2003, Holguín et al. 2008, Rivas et al. 2008).⁽³⁴⁾

La interrupción o abandono de una terapia encarece al menos en 20% los costos de la salud pública e incrementa el uso de recursos hospitalarios (DiMatteo *et al.*, 2002; OMS, 2004; Schmidt *et al.*, 2006; Van Dulmen *et al.*, 2007). Lo anterior denota los importantes retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que sus consecuencias demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, por ello es necesario explorar otras alternativas que apoyen a la persona a mejorar su calidad de vida a través de una adecuada adherencia terapéutica.⁽³⁵⁾

La falta de apego al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares crónicas, es un problema clínico. No existe una solución integral, pero está el potencial de resolverlo con la colaboración amplia de médicos, pacientes y las facilidades que brinde la acción comunitaria organizada. El punto clave es llegar a la comprensión cabal del concepto apego terapéutico, de sopesar las posibilidades de organizar e intervenir el curso de la enfermedad y realizar las acciones apropiadas.⁽³⁶⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población en estudio y para el país desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

La OMS recomienda incrementar la investigación sobre la adherencia terapéutica a fin de reconocer los grandes beneficios en las personas que abordan la adherencia terapéutica de forma eficaz, con ausencia completa o radical de complicaciones posteriores al diagnóstico de hipertensión arterial. De acuerdo con las anteriores consideraciones es pertinente examinar si existe adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial así como el reconocimiento de los factores que influyen en su comportamiento de adherencia a los mismos teniendo en cuenta las altas tasas de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. La relevancia social de esta investigación, es dada por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter sanitario, evidenciado en los altos índices de la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial con sus respectivas complicaciones conocidas, como gran precursor de las enfermedades cardiovasculares y de las implicaciones sobre la calidad de vida de la población.

El propósito de este estudio es conocer la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF Núm. 64, e identificar factores asociados con base a los resultados obtenidos, proponer estrategias de mejora, individuales y colectivas y disminuir los riesgos de falta de adherencia con sus implicaciones en la consulta y en los diferentes programas de riesgo cardiovascular.

PREGUNTA DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz?

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el grado de adherencia terapéutica, por edad en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.
2. Identificar el grado de adherencia terapéutica por sexo en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.
3. Identificar el grado de adherencia terapéutica por ocupación en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.
- 4.- Identificar el grado de adherencia terapéutica, por nivel de escolaridad en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.
- 5.- Identificar el grado de adherencia terapéutica, por años de diagnóstico de la enfermedad en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.
- 6.- Identificar el grado de adherencia terapéutica, en relación al tratamiento higiénico-dietético en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.
- 7.- Identificar el grado de adherencia terapéutica, con y sin tratamiento con medicamentos en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.

3. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO: Descriptivo, transversal, observacional.

4. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO: Estará conformado por 6250 pacientes atendidos de manera regular en la unidad Médica Familiar número 64, Córdoba, Veracruz, que al momento del levantamiento de la información tengan diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, tomando de manera regular por lo menos un medicamento indicado para la enfermedad prescrito por el médico familiar. Durante el periodo de recolección de la muestra del 15 de septiembre al 15 de diciembre del 2012.

LUGAR DEL ESTUDIO: Unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba, Veracruz.

PERIODO DEL ESTUDIO: enero del 2012 a marzo del 2013.

5. MUESTRA

Todos los pacientes hipertensos de 30 a 50 años adscritos a la unidad de Medicina Familiar número 64, en 20 consultorios de ambos turnos; por lo que el muestreo se hará estratificado de la siguiente forma del total de la población que integra el tamaño de muestra (231 sujetos) se tomará 12 pacientes de cada consultorio en forma consecutiva hasta completar el tamaño de la muestra.

6. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adscritos a la unidad de Medicina Familiar número 64 en el periodo que comprende el estudio.
- Pacientes de ambos sexos con un año y más del diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a control en la unidad de Medicina Familiar número 64.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión con o sin otras comorbilidades.

- Pacientes que acepten participar en el proyecto y firmen la hoja de consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial entre 30 a 50 años de edad
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que sepan leer y escribir

Criterios de no inclusión

- Pacientes adscritos a la unidad de Medicina Familiar número 64 fuera del periodo que comprende el estudio.
- Pacientes de ambos sexos sin diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a control en la unidad de Medicina Familiar número 64.
- Pacientes con menos de un año de evolución con diagnóstico de hipertensión con o sin otras comorbilidades.
- Pacientes que no acepten participar en el proyecto y no firmen la hoja de consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial fuera del rango de edad señalado para este estudio.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que no sepan leer y escribir.

Criterios de eliminación

- Pacientes que acepten participar en el estudio y que sus cuestionarios no responda al 90% de las preguntas.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y que sus cuestionarios estén contestados al 100% pero tengan letra ilegible.

7. VARIABLES: Tipos y escala de medición

GRADO DE ADHERENCIA A LA TERAPEUTICA

DEFINICION CONCEPTUAL:

Se considera al nivel de acción activa y voluntaria del sujeto con cifras tensionales altas en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el profesional de la salud en relación a la toma de medicamentos con acciones farmacológicas sobre los parámetros clínicos que dan las cifras de tensión arterial, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.) Teniendo como fin producir un resultado terapéutico deseado y lograr un control óptimo de la presión arterial y evitar las complicaciones a largo plazo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines de este estudio se tomará como grado de adherencia terapéutica a lo reportado por el propio paciente en la encuesta que incluye el instrumento validado por Martín. A Bayarre V.Grau. A. Validación del Cuestionario MBG La Habana en el 2008. Rev.Q.Salud Pública; 34 (1) y 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, adherido parciales, y no adheridos. Dicho instrumento 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.

TIPO DE VARIABLE:

Cualitativa

TIPO DE ESCALA:

Ordinal

INDICADORES

Grado de adheridos totales: 38 a 48 puntos

Grado de adheridos parciales: 18 a 37 puntos

Grado de no adheridos: 0 a 17 puntos

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL

Sujetos que mediante exploración clínica y con apoyo de auxiliares diagnósticos por el profesional del área de la salud (Médico Familiar) mantiene un nivel de presión arterial (PA) sistólica mayor de 130 mmHg y mayor de 90 mmHg para la diastólica por lo menos tres lecturas de preferencia en tres días diferentes o cuando la PA sea muy elevada y/o cuando el paciente presente cifras normales bajo tratamiento antihipertensivo.

DEFINICION OPERACIONAL

Para fines de este estudio se tomará como paciente diagnosticado con hipertensión arterial aquel que se encuentre con dicho diagnóstico reportado en su tarjeta prevenimss.

TIPO DE VARIABLE

Cualitativa

TIPO DE ESCALA

Nominal dicotómica

INDICADOR

Con hipertensión arterial

Sin hipertensión arterial

EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Tiempo transcurrido en años que ha vivido una persona, desde el nacimiento hasta la actualidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines de este estudio se considerara los años cronológicos los que anote el propio paciente en su encuesta aplicada.

TIPO DE VARIABLE:

Cuantitativa

TIPO DE ESCALA:

Razón

INDICADOR:

En años

GÉNERO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Constitución orgánica que hace la diferencia de femenino con el masculino.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines de este estudio se tomara como femenino o masculino lo que el propio paciente anote en su encuesta aplicada.

TIPO DE VARIABLE:

Cualitativo

TIPO DE ESCALA:

Nominal dicotómica

INDICADOR

- Masculino

- Femenino

OCUPACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Clase de trabajo que efectúa una persona ocupada, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines de este estudio se considerara al trabajo, empleo, puesto u oficio que anote el propio paciente en su encuesta aplicada.

TIPO DE VARIABLES:

Cualitativa

TIPO DE ESCALA:

Nominal politómica.

INDICADORES:

Ama de casa, campesino, empleado, desempleado, pensionado.

NIVEL DE ESCOLARIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Grado de estudio más alto aprobado en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines de este estudio se tomará como el grado máximo de estudios lo referido por el paciente en la encuesta aplicada.

TIPO DE VARIABLE:

Cualitativa

TIPO DE ESCALA:

Nominal politómica

INDICADOR:

Primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura.

AÑOS DE DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Tiempo transcurrido desde la identificación de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos.

DEFINICIÓN OPERACIÓN

Para fines de este estudio se tomará como el tiempo de evolución de la hipertensión arterial referida por el paciente en su encuesta aplicada. Este ítem es forma parte del instrumento que se aplica para el presente estudio, validado en Martin L, Bayarre V, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. La Habana, 2008. Rev Q Salud Pública; 34 (1).

TIPO DE VARIABLE:

Cuantitativa

TIPO DE ESCALA:

Razón

INDICADOR:

En años

TRATAMIENTO HIGIENICO-DIETETICO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Medidas no farmacológicas o de modificaciones en el estilo de vida recomendadas por el médico tratante.

DEFINICIÓN OPERACIÓN

Para fines de este estudio se tomaran como medidas higiénico-dietéticas las que el paciente refiera que lleva a cabo ya sea recomendadas por su médico u otro personal de salud y que lo anote en su encuesta aplicada. Este Ítem es tomado del instrumento validado Martin L, Bayarre V, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. La Habana, 2008. Rev Q Salud Pública; 34 (1) y que lo considera como dieta sin sal o baja de sal, consumir grasa no animal, realizar ejercicio físico.

TIPO DE VARIABLE:

Cualitativa

TIPO DE ESCALA:

Nominal politómica

INDICADOR:

Dieta sin sal o baja de sal

Consumir grasa no animal

Realizar ejercicio físico

TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

DEFINICION CONCEPTUAL:

Procedimiento empleado con cualquier sustancia, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.

DEFINICION OPERACIONAL:

Para fines de este estudio se tomara como en “tratamiento con medicamentos”, cuando el paciente refiera consumir algún fármaco antihipertensivo y lo anote en la encuesta aplicada. Este ítem es considerado como parte del instrumento validado Martin L, Bayarre V, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. La Habana, 2008. Rev Q Salud Pública; 34 (1) y mencionado como si o no.

TIPO DE VARIABLE.

Cualitativa

TIPO DE ESCALA

Nominal dicotómica

INDICADOR.

- Si
- No

PROCEDIMIENTO

- a) Se sometió a revisión el protocolo de estudio por el Comité local de investigación, una vez aceptado se acudió con el director de la unidad de Medicina Familiar No. 64 para dar a conocer el estudio y solicitar las facilidades para la realización del mismo.
- b) Terminado el protocolo y previa aceptación del comité y autoridades correspondientes se procedió a identificar a los sujetos de investigación de

acuerdo a los criterios de inclusión, posteriormente se explicó el objetivo del estudio en cuestión, que la información proporcionada fuera útil y confidencial para dicha investigación, de igual manera se mencionaron los posibles inconvenientes o molestias que pudiera ocasionar su participación así como los beneficios que este conllevo, y fue decisión propia ser o no participantes del estudio, en caso afirmativo se les proporciono una carta de consentimiento informado para su lectura y firma, posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos el cual se encontró dividido en tres partes la primera: que corresponde a los datos generales del paciente, que incluye: nombre, afiliación, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad y años de diagnóstico de la enfermedad. La segunda sección midió variables en relación a tratamiento higiénico-dietético y tratamiento con medicamentos. La tercera que consto de 12 afirmaciones que miden el grado de adherencia terapéutica del paciente hipertenso (Martin-Bayarre-Grau), clasificándolo en los siguientes grados: adheridos totales, adheridos parciales y no adheridos de acuerdo al instrumento validado por Martín. A Bayarre V. Grau. A. Validación del Cuestionario MBG. La Habana en el 2008. Rev Q Salud Pública; 34 (1).

c).- Una vez obtenida la información, se seleccionaron los cuestionarios con letra legible y completos al 100%, y se procedió a calificar los grados de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en control de la UMF número 64, dando seguimiento al instrumento validado.

d) Una vez obtenida las variables a determinar, a través de la aplicación del instrumento de evaluación, se registraron los datos del instrumento colector de datos. Los resultados obtenidos se capturaron en una base de datos del programa SPSS versión 17 para realizar el análisis estadístico de los mismos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva, presentando los resultados obtenidos en porcentajes y proporciones, se llevara a cabo estadística inferencial acorde con los resultados obtenidos.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II. ⁽³⁸⁾

9. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.

- Recursos humanos

1 médico residente.

1 médico especialista en Medicina Familiar.

1 médico especialista en Medicina Familiar, Maestría en Ciencias.

- Recursos Materiales:

5 lápices,

5 lapiceros

4 goma de borrar,

2 sacapuntas

500 hojas blancas

1 memoria USB

1 equipo de cómputo

1 impresora

- Recursos financieros

1.- Los propios de los investigadores.

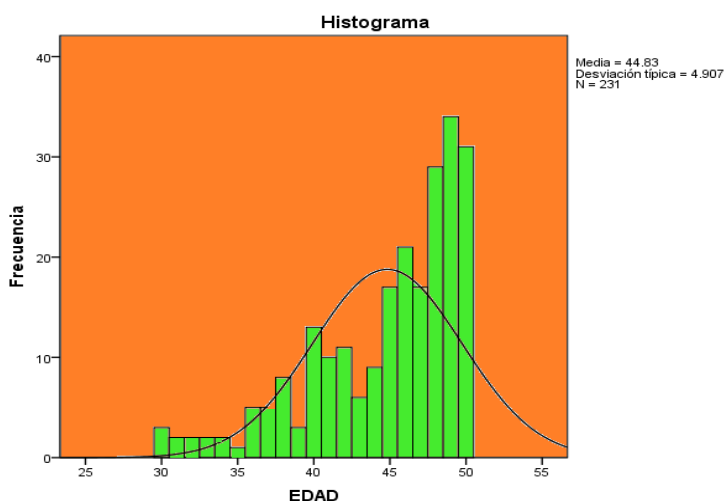
10. RESULTADOS.

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la Unidad de medicina familiar Número 64 de Córdoba Veracruz; donde se evaluaron 231 pacientes, la media de edad en los pacientes estudiados fue de 44.83 ± 4.9 años. Con una moda de 49 años. (Tabla 1 y grafica 1).

TABLA 1 Y GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

TABLA No. 1

N	Válidos	231
	Perdidos	0
Media		44.83
Mediana		46.00
Moda		49
Desv. típ.		4.907
Rango		20
Mínimo		30
Máximo		50
Suma		10355



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Otra variable sociodemográfica estudiada fue sexo, de los cuales 140 (61%) fueron masculino y 91 (39%) del sexo femenino, en relación a la ocupación 40 pacientes (17%) se dedican a labores del hogar, 179 (78%) son empleados, 5 (2%) pensionados y 7 (3%) son desempleados, la variable grado de escolaridad

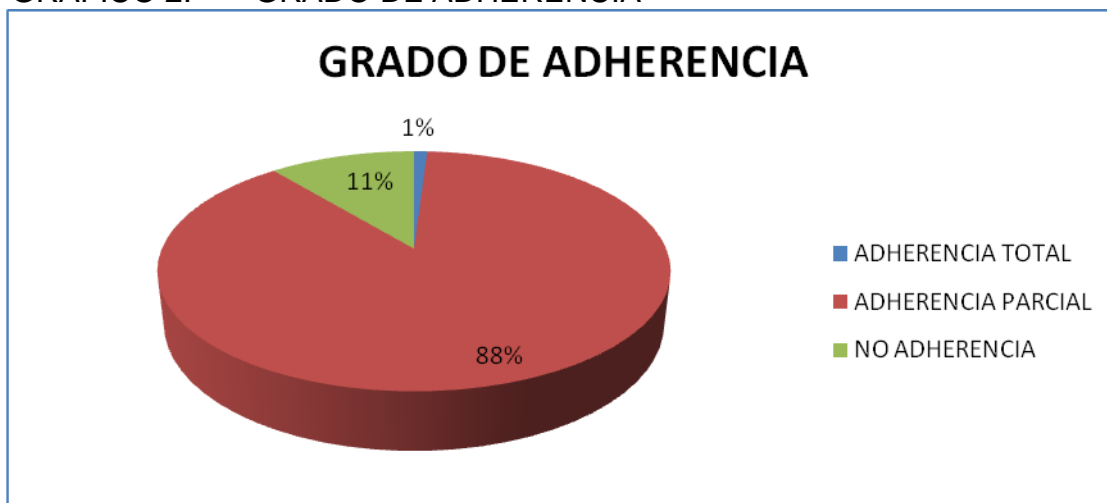
fue secundaria con 111 (48%) siguiendo el bachillerato con 61 (27%), primaria con 42 (18%) por último licenciatura con 17 (7%).

Otra variable del estudio fue los años de diagnóstico encontrando una media de 6.76 + 3.1 y una mediana de 6 años.

En lo que respecta a los hábitos higiénico-dietéticos, como la dieta sin sal, del total de pacientes encuestados 167 (72%) respondieron no tener una dieta baja en sal, 163 (71%) pacientes consumen grasa animal, y solo 52 pacientes (23%) realiza actividad física. Los 231 pacientes (100%) refieren tener indicado tratamiento con medicamentos.

En relación al grado de adherencia terapéutica, solo 3 pacientes (1%) están en un grado de adherencia total, 203 (88 %) se encuentran parcialmente adheridos, y 25 (11%) no se encuentran adheridos al tratamiento antihipertensivo.

GRAFICO 2. GRADO DE ADHERENCIA



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau).

El grado de adherencia terapéutica según el sexo, de 140 masculinos (100%), de los cuales 3(2%) pacientes se encuentran totalmente adheridos, la adherencia parcial predomina con 123 (88%) pacientes (Tabla 2, Grafico 2).

TABLA. 2. RELACION ENTRE EL GRADO DE ADHERENCIA Y SEXO.

SEXO	ADHERENCIA							
	A. TOTAL		A. PARCIAL		NO ADHERENCIA		TOTAL	
MASCULINO	3	2%	123	88%	14	10%	140	

FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

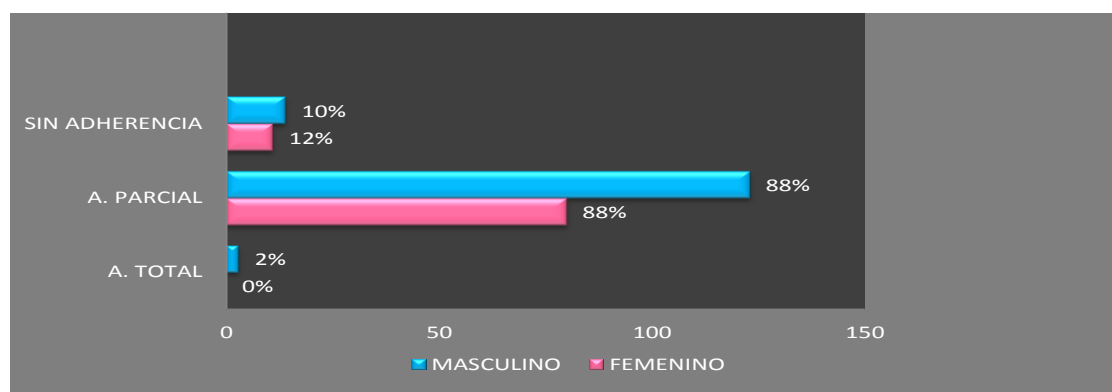
En el sexo femenino se observa una semejanza en relación al grado de adherencia parcial 80 (88%) pacientes, no se reportan mujeres con adherencia total al tratamiento (Tabla 3).

TABLA 3. RELACION DEL GRADO DE ADHERENCIA Y SEXO.

SEXO	ADHERENCIA							
	A. TOTAL		A. PARCIAL		NO ADHERENCIA		TOTAL	
FEMENINO	0	0%	80	88%	11	12%	91	100%

FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

GRAFICO 2. RELACION DEL GRADO DE ADHERENCIA Y SEXO



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau).

En la variable ocupación se encontró la adherencia total en 3 (1%) empleados, la adherencia parcial 158(68%), la no adherencia se observó en 18 (11%) empleados (Tabla 4).

TABLA 4. RELACIÓN ENTRE OCUPACION Y GRADO DE ADHERENCIA

OCUPACION Y GRADO DE ADHERENCIA.								
OCUPACION	ADHERENCIA TOTAL		ADHERENCIA PARCIAL		NO ADHERENCIA		TOTAL	
LABORES DEL HOGAR	0	0%	35	15%	5	2%	40	17%
EMPLEADO	3	1%	158	68%	18	8%	179	78%
PENSIONADO	0	0%	5	2%	0	0%	5	2%
DESEMPLEADO	0	0%	5	2%	2	1%	7	3%
TOTAL	3	1%	203	88%	25	11%	231	100%

FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau).

En escolaridad y grado de adherencia terapéutica 3 pacientes con primaria (1%) se encuentran totalmente adheridos, 2 de escolaridad secundaria (1%) 1 de escolaridad bachillerato (0.5%), la adherencia parcial es mayor en escolaridad secundaria con un total de 97 pacientes (42%).

Podemos observar que la mayor prevalencia se encuentra dentro de la adherencia parcial en 88%, de los cuales 97 pacientes (42%) tienen un grado de escolaridad secundaria, 56 (24%) bachillerato, 36 (16%) con grado de escolaridad primaria y 14 (6%) tienen grado de licenciatura. En la adherencia total 2(1%) son de escolaridad primaria (Tabla 5).

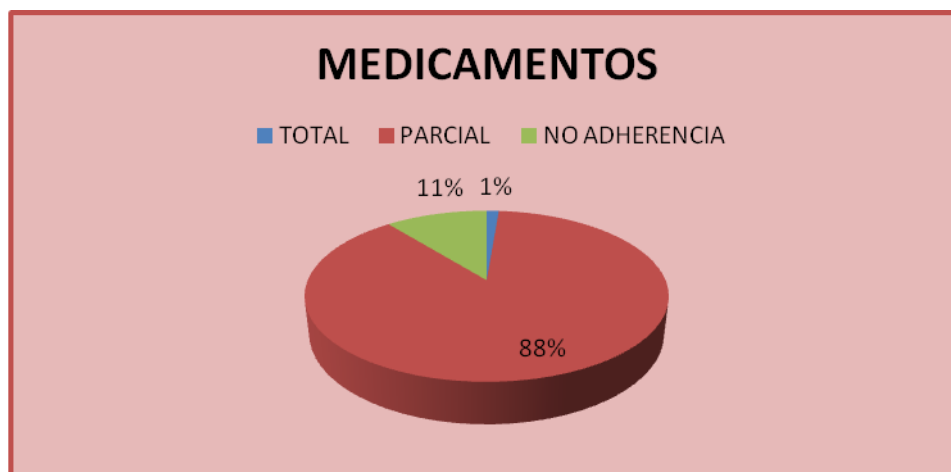
TABLA. 5. RELACIÓN DE ESCOLARIDAD Y GRADO DE ADHERENCIA

GRADO DE ADHERENCIA								
ESCOLARIDAD	ADHERENCIA TOTAL		ADHERENCIA PARCIAL		NO ADHERENCIA		TOTAL	
PRIMARIA	0	0%	36	16%	6	3%	42	18%
SECUNDARIA	2	1%	97	42%	12	5%	111	48%
BACHILLERATO	1	0%	56	24%	4	2%	61	26%
LICENCIATURA	0	0%	14	6%	3	1%	17	7%
TOTAL	3	1%	203	88%	25	11%	231	100%

FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

De los 231(100%) pacientes del estudio consumen medicamentos, encontrando adherencia parcial en 203 (88%), y 3 (1%), adherencia total. (Grafico 3).

GRAFICO. 3. RELACION DE ADHERENCIA Y MEDICAMENTOS



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau).

La variable de hábitos-higiénico dietéticos que engloba dieta sin sal o baja en sodio, consumir grasa no animal y realizar ejercicio referente a la adherencia parcial el 97 (42%) tiene malos hábitos. (Tabla 6)

TABLA 6. RELACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS.

ADHERENCIA TERAPEUTICA DE HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS					
	muy malo	Malo	Regular	bueno	Total
Adherencia total	0 0%	2 .9%	1 .4%	0 .0%	3 1.3%
Adherencia parcial	35 15.2%	97 42.0%	60 26.0%	11 4.8%	203 87.9%
No adherencia	2 .9%	13 5.6%	10 4.3%	0 .0%	25 10.8%
Total	37 16.0%	112 48.5%	71 30.7%	11 4.8%	231 100.0%

FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau).

11. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud, en un informe presentado en el 2004, ha destacado que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, es solo del 50%, y supone que esta situación debe ser peor en países en vías de desarrollo, debido a la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria.⁽²¹⁾

En nuestro estudio los cuestionarios empleados agrupan las respuestas en base a afirmaciones básicas sencillas (siempre/casi siempre/a veces/casi nunca/nunca) para facilitar las respuestas y de esta forma detectar el grado de adherencia terapéutica antihipertensiva, se encontró una adherencia parcial del 88%, una adherencia total del 1 %, no adherencia del 11% de los pacientes estudiados.

Un estudio conducido por Martín Alfonso 2009, "Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario", La Habana; 2009 en pacientes hipertensos en tres áreas de la atención primaria de salud en Cuba, mostró que en solo una de estas, los niveles de adherencia total se comportan ligeramente por encima del 50 %, las restantes no llegan a superar esta cifra.⁽⁴⁰⁾

Otro estudio realizado en 2009 en Cuba sobre "Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento", se habla de no adherencia hasta un 50%.

En nuestro estudio se encontró una adherencia total por debajo de las cifras.⁽⁴⁰⁾

En relación al sexo podemos observar que en las mujeres no hay adherencia total a diferencia del sexo masculino en donde se observó que el 2% esta adherido totalmente al tratamiento, como se observó en el estudio "Género y niveles de

adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica 2009".^(41,42)

Otros factores relacionados con la adherencia son la ocupación de los cuales encontramos que los empleados son los únicos totalmente adheridos en 1%, del nivel de escolaridad se observa con mayor porcentaje en los 3 grados de adherencia en el nivel secundaria; el 1% totalmente adheridos, 42% parcialmente adheridos, así como 5% no adheridos.

Con respecto al tratamiento farmacológicos, el 100% tiene tratamiento farmacológico establecido, de los cuales 3 (1%) tienen adherencia total, y 203 (88%) con adherencia parcial y solo 16 (11%) no tienen adherencia en su tratamiento.

Por ultimo encontramos los hábitos higienico-dieteticos, que incluye medidas como ingesta baja en sodio, consumo de grasas de origen animal, así como la realización de actividad física, de todos ellos se obtuvo que el 4.8% de nuestra población en estudio cumplen con las medidas antes mencionadas, y 48.5% sus hábitos son deficientes o malos.

12. CONCLUSIONES

Se evidenciaron tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos parciales con respecto a los demás, pero a pesar de que fueron superiores en magnitud, resultan insuficientes en relación con la importancia de la adherencia total para esta enfermedad.

Se evidencia que los factores relacionados con la adherencia total de manera favorable fueron nivel de escolaridad secundaria y ocupación empleado en el grado de no adherencia.

No se ha estudiado sistemáticamente la influencia de los factores relacionados con el prestador de asistencia sanitaria en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Algunos de los factores más importantes probablemente son: falta de conocimiento, tiempo inadecuado, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño. Las estrategias educativas multifacéticas para mejorar el conocimiento, la auditoría con retroalimentación sobre el desempeño y los incentivos financieros son algunas de las intervenciones cuya efectividad debe probarse.

13. BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Secretaria de prevención y promoción a la Salud. Programa de Acción específico. Riesgo Cardiovascular 2007-2012.
- 2 - Méndez E. Roxero L. Prevalencia de Hipertensión en adultos mayores en Costa Rica. Población salud Mesoamérica 2007;(5):1-9.
- 3 - Guía de Tratamiento Farmacológico y control de la Hipertensión Arterial Sistémica. Rev Mex Cardiol 2011;(22): 1A-21^a.
- 4 - Ancona A. De Lago A. Parada M., González M. Eficacia del besilato de amlodipino en pacientes hipertensos, mexicanos, manejados en condiciones de vida real. Medicina interna de México. 2010;6; (26) 535-543.
- 5 - Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Boletín epidemiológico, No. 22 (vol. 28): Semana 22 del 29 de mayo al 4 de junio 2011.
- 6 - Anuarios de morbilidad 2004-2010. Secretaría de Salud. Dirección Adjunta de Epidemiología.
- 7 - Norma Oficial Mexicana NOM-030SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión.
- 8 - Joint National Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart Lung and Blood Institute.2007.
- 9 - Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o esencial de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL 2010.
- 10 - González R, Alcalá J. Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. Rev de la Facultad de Medicina de la UNAM.2010;(53).
- 11 - Guías de 2007 para el manejo de la Hipertensión Arterial. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) y la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) Journal of Hypertension 2007;(25):1105-1187.
- 12 - Lawes C, Vander H, Rodgers A. International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease. Lancet 2008; 371:1513.

- 13 - Varela AM. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Redalyc Rev Científica de América Latina*. 2010; 14 (7): 127-139.
- 14 - Baena J, Gómez C, Vilató M, Vásquez E, Byram A, Vidal M. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Aten Primaria* 2011 ;(10): 1016.
- 15 - Chobanian A. Impact of non adherence to antihypertensive therapy. *Journal of the American Heart Association circulation* 2009; (120): 1558-1560.
- 16 - Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V. et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;(120): 1598-1605.
- 17 - Fernández L, Guerrero L, Gutiérrez V, Estrada R, Casal G, Andugar H, et al. Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2007; 10 (2) 79-85.
- 18 - García M, Carbonell L, Puig L, Yera A, Ruiz S, Blanco H. Reacciones adversas a medicamentos como causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Intergr* 2009; 1 (25).
- 19 - Carhuallanqui R, Diestra C, Tang H, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered* 2010; 4 (21).
- 20 - Agámez PA, Hernández RR, Cervera EL, Rodríguez GY. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. 2009.
- 21 - Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas de acción. Organización Mundial de la Salud 2004.
- 22 - Fongwa M, Evangelista LS, Hays RD, Martins DS, Elashoff D, Cowan M. et al. Adherence treatment in hypertensive African American women. *Vasc Health Risk Manag* 2008; 4(1): 157-166.
- 23 - Arce EL, Monge NJ, González LM. The lack of relationship between reported self-care, and the factors that influence blood hypertension, in

- Costa Rican patients. *Research Journal of the Costa Rican Distance Education University* 2010; 2 (2): 147-156.
- 24 - Battistella N, Tiaraja S, Caraciolo M, Relva B. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2009; 25(3): 5392-5400.
- 25 - Soria T, Vega V, Nava Q, Saavedra V, Interacción médico-paciente y sus relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Univ Nac Aut de México 2011.
- 26 - Ortiz V, Ortega H. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en la salud. *Psicología y salud* 2011; 1 (21): 79-90.
- 27 - Granados G, Roales N, Moreno E, Ybarra J. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Int J Clin Health Psychol* 2007; 3(7): 697-707.
- 28 - Martín A. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. Ministerio de Salud Pública 2009.
- 29 - Oliveira R, Suely N. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009;17(1): 59-65.
- 30 - Elliott W, Plauschinat C, Skrepnek G, Gause D. Persistence, Adherence, and Risk of Discontinuation Associated with Commonly Prescribed Antihypertensive Monotherapies. *JABFM* 2007; 1(20).
- 31 - Yiannakopoulou Ch, Papadopoulos E, CokkinosJS, Mountokalakis JV. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2007; 3 (12): 243-249.
- 32 - Pierobon A, Giardini A, Giuseppina M, Callegari S, Lenta F, La Rovere T., et al. Into the cognitive constructs related to adherence to treatment in CHD outpatients: the importance of accepting the disease limitations. 2009 ;(72): 130-138.

- 33 - Amado G, Pujol R, Pacheco H, Borrás M. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit* 2011; 25(1): 62-67.
- 34 - Arce E, Monge N. Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a distancia de Costa Rica. *Cuadernos de Investigación UNED* 2009; 2 (1).
- 35 - Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk, L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*. 2007; (7): 55-68.
- 36 - DiMatteo, Giordani MR, Lepper PJ, Croghan HS. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care* 2008; 40(9) 794-811.
- 37 - Chávez R, Domínguez C, Ilarraza H, Lomelí G, Hernández J. Apego terapéutico. Informe a la comunidad cardiológica. *Arch Cardiol Mex* 2011; (81):03 267-272.
- 38 - Martín L, Bayarre V, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. La Habana, 2008. *Rev Q Salud Pública*; 34 (1).
- 39 - The International Response to Helsinki; VI The WAR, Declaration of Helsinki, on Ethical-Principles for medical Research Involving Human Subjects as adopted by the 52 WMA General Assembly, Edeimburg, October 2000.
- 40 - Martín A. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario: 2003-2007. *Ciencias de la salud, atención primaria de la salud, Cuba*: 2009.
- 41 - Quintana S, Fernández J., Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos con su incumplimiento. *Rev Cubana de Invest Bioméd* 2009(28):2.
- 42 - Arce E.L, Móngé N.J. Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. *Cuadernos de Investigación UNED (Edición en Línea ISSN: 1659-4266) Vol. 1(2), Diciembre, 2009.*

14. ANEXOS

14.1 Instrumento de recolección.

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau)

Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

A).- Nombre: _____ Afiliación: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

B) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

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


Forma de selección	Siempre 4	Casi Siempre 3	A veces 2	Casi Nunca 1	Nunca 0
---------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------	-------------------------	--------------------

Afirmaciones					
1. Toma los medicamentos en el horario establecido.	4	3	2	1	0
2. Se toma todas las dosis indicadas.	4	3	2	1	0
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	4	3	2	1	0
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	4	3	2	1	0
5. Realiza los ejercicios físicos indicados.	4	3	2	1	0
6.- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	4	3	2	1	0
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.	4	3	2	1	0
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.	4	3	2	1	0
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.	4	3	2	1	0
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.	4	3	2	1	0
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento	4	3	2	1	0
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.	4	3	2	1	0

14.2 Cronograma de actividades.


ACTIVIDAD	Noviembre 2011	Diciembre 2011	Enero 2012	Febrero 2012	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012	Julio 2012	Agosto 2012	Septiembre - diciembre 2012	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013
Diseño del proyecto														
Registro y autorización por el comité local de investigación														
Recolección de los datos														
Análisis estadístico														
Difusión de los resultados														
Redacción del escrito médico con fines de publicación														

14.3 Consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	
H.G.Z.N. 8	
Lugar y Fecha Córdoba, Ver. A	
Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial. En la Unidad de medicina familiar no. 64	
Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o CNIC _____	
El propósito del estudio es; Determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial de una Unidad de Primer Nivel de Atención.	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: <u>Responder los instrumentos de medición que me serán aplicados por una persona que se identifica como Estudiante del Curso. Especialista en Medicina de Familia integrante del equipo de investigación del mencionado proyecto.</u>	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
<u>Tengo como beneficio saber si este fenómeno está o pudiera estar afectando mi vida personal, familiar, laboral, etc.</u>	
<u>El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</u>	
El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).	
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.	
El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
_____ Nombre y firma del participante	
Nombre, firma y matrícula del investigador principal	
Número telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 012717143800 ext. 345	
Testigos:	_____ _____
Clave: 2810 – 009 – 002	_____ _____

14.4 Autorización

Carta Dictamen Página 1 de 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3102
H GRAL ZONA NUM 8, VERACRUZ SUR

FECHA 04/08/2012

DRA. VERONICA MEDEL IBAÑEZ

P R E S E N T E

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

Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial En la Unidad de medicina familiar Número 64 de Córdoba Veracruz.

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

Núm. de Registro
R-2012-3102-22

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSE RAMON DELGADO MARTÍNEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3102

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL