



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/MEDICINA FAMILIAR NO. 12



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“PORCENTAJE DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HGZ MF NO 12 LÁZARO CÁRDENAS
MICHOACÁN DE ENERO A JUNIO 2022”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SERGIO ANTONIO GALINDO LIMON
Hospital General de Zona / Medicina Familiar No.12

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. SKARLET RAMÍREZ CORTEZ
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona / Medicina Familiar No.12

Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2021-1603-015

LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN, ENERO 2024



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/MEDICINA FAMILIAR NO. 12



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“PORCENTAJE DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HGZ MF No 12 LÁZARO CÁRDENAS
MICHOACÁN DE ENERO A JUNIO 2022”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SERGIO ANTONIO GALINDO LIMON
Hospital General de Zona/Medicina Familiar No.12

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. SKARLET RAMÍREZ CORTEZ
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona/Medicina Familiar No.12

Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2021-1603-015

LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN, ENERO 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN



Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

Dr. Abel Ruiz González

Director de Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 12

Dra. Skarlet Ramírez Cortez

Coordinadora de Educación e Investigación

Dr. Alejandro Orta Iñiguez

Profesor Titular de la Residencia

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez.

Director Facultad Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefa de Posgrado Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

Coordinador del Programa Especialidad en Medicina Familiar.

AGRADECIMIENTOS:

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme la oportunidad de pertenecer a él, por ser un hogar para mí, en el cual, he tenido la dicha de ayudar, pero, sobre todo, de que me ayudaran a continuar con mi formación como Médico Familiar.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, mi alma máter, por formarme como médico general y ahora avalándome como médico especialista en Medicina Familiar. Agradezco a cada directivo por su trabajo y gestión, sin lo cual no estarían las bases ni las condiciones para llevar a cabo nuestra formación.

A la Dra. Skarlet, mi asesora de tesis, por su sabiduría, paciencia y dedicación incansable. Por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia para lograr este proyecto, por su valioso tiempo y por demostrarme con hechos, que el proceso de aprendizaje es interminable.

Al Dr. Orta, por guiarme con ética y profesionalismo, por sus consejos, y, sobre todo, por esa confianza que inspira y que me ha ayudado a expresar y a resolver mis dudas en incontables ocasiones. Gracias por su paciencia Dr., mis respetos.

DEDICATORIA:

Dedicar este trabajo a quienes son fundamentales en mi vida es un honor y un privilegio.

Antes que nada, agradezco a Dios por permitirme creer en él, por abrirme las puertas para cumplir mis objetivos, por guiarme y sostenerme.

A mis padres Sergio Antonio y María Eugenia, por su apoyo incondicional, porque con su ejemplo me enseñaron a amar y a respetar la medicina, por mostrarme el camino y darme las herramientas necesarias al educarme con valores y principios.

A mi hijo Sergio, el ser más importante en mi vida, gracias por alegrar mis días con tu sonrisa, tu amor y tus palabras de cariño, que me demuestran que no hay distancia grande cuando el amor es puro.

A mi esposa Marcela, por estar conmigo en este proceso a pesar de las adversidades, apoyándome, fortaleciéndome con su amor y por estar para en mí en los días buenos y malos.

A mis hermanos, Luis e Itzel, gracias por ser y estar, su cariño y paciencia me motivan a ser ese hermano mayor que deje para ustedes un buen ejemplo. Cuenten conmigo siempre.

INDICE

	PAG.
I. RESUMEN-----	1
II. ABSTRAC-----	2
III. ABREVIATURAS-----	3
IV. GLOSARIO-----	4
V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS-----	5
VI. INTRODUCCIÓN-----	6-8
VII. MARCO TEÓRICO	
Epidemiología-----	9-11
Prevalencia-----	11-12
Definición-----	12
Factores de riesgo-----	12-13
Clasificación-----	13
Manifestaciones clínicas-----	14
Complicaciones HAS no controlada-----	14
Tratamiento-----	14-16
Adherencia al tratamiento-----	16-17
VIII. JUSTIFICACIÓN -----	18
IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	19
X. OBJETIVOS	
General-----	20
Específico-----	20
XI. HIPÓTESIS-----	21
XII. MATERIAL Y MÉTODOS	
Diseño de estudio-----	22
Población de estudio-----	22
Estimación del tamaño de la muestra-----	22
Criterios de selección-----	23
Definición de variables-----	23
Cuadro de operacionalización de las variables-----	24-27

	Descripción operativa-----	28
	Análisis estadístico -----	29
	Consideraciones éticas-----	30
	Recursos y financiamiento-----	31
	Factibilidad-----	32
XIII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES-----	33
XIV.	RESULTADOS-----	34-38
XV.	DISCUSIÓN-----	39
	Limitantes-----	40
XVI.	CONCLUSIÓN-----	41
XVII.	RECOMENDACIÓN-----	42
XVIII.	REFERENCIAS-----	43-46
XIX.	ANEXOS-----	47-55

RESUMEN:

PORCENTAJE DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HGZ MF No 12 LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN DE ENERO A JUNIO 2022

Introducción: La adherencia terapéutica es fundamental para las personas que viven con Hipertensión Arterial como proceso con factores asociados al paciente, el profesional, el sistema sanitario, la propia enfermedad y fármacos empleados. De ella depende en gran medida la disminución del riesgo de complicar esta enfermedad.

Objetivos: Conocer el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión en el HGZ No MF 12 de enero a junio 2022.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal prospectivo de enero a marzo de 2023 en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. De una población de 5970 personas con un error de estimación aceptado de 0.05, se obtuvo una muestra de 102 participantes. Se incluyeron ambos sexos con edad entre 20 y más de 50 años, se empleó test de Martin Bayarre Grau para recolección de datos. No se incluyó a pacientes sin aceptar participar o que fallecieron durante la investigación. Se utilizó estadística descriptiva y Chi cuadrado para conocer el grado de asociación entre las variables. Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2021-1603-015

Resultados: La adherencia terapéutica parcial fue del 77.45% (n=79), la adherencia total fue en un 21.5% (n=22) y la no adherencia representó solo el 0.98% (n=1).

Conclusiones: La adherencia terapéutica total fue menor del 22%, la relación transaccional resaltó en incumplimiento; el cumplimiento de tratamiento y la implicación personal de acuerdo al instrumento de recolección arrojó un 49.22%. El test aplicado mostró un índice de fiabilidad de 0.698.

Palabras claves: Hipertensión arterial, adherencia terapéutica, Complicaciones

ABSTRACT:

PERCENTAGE OF THERAPEUTIC ADHERENCE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AT HGZ MF No 12 LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN FROM JANUARY TO JUNE 2022

Introduction: Therapeutic adherence is essential for people living with Arterial Hypertension as a process with factors associated with the patient, the professional, the health system, the disease itself and the drugs used. The reduction of the risk of complicating this disease depends to a large extent on it.

Goals: To know the percentage of therapeutic adherence in patients with hypertension in the HGZ No MF from January to June 2022.

Material and methods: An observational, descriptive, prospective cross-sectional study was carried out from January to March 2023 in patients diagnosed with arterial hypertension. From a population of 5970 people with an accepted estimation error of 0.05, a sample of 102 participants was obtained. Both sexes between 20 and over 50 years of age were included, the Martin Bayarre Grau test was used for data collection. Patients who did not agree to participate or who died during the investigation were not included. Descriptive statistics and Chi square were used to determine the degree of association between the variables. Registration before the Ethics and Research Committee: R-2021-1603-015

Results: Partial therapeutic adherence was 77.45% (n=79), total adherence was 21.5% (n=22) and non-adherence represented only 0.98% (n=1).

Conclusions: Total therapeutic adherence was less than 22%, the transactional relationship highlighted non-compliance; compliance with treatment and personal involvement according to the collection instrument yielded 49.22%. The applied test showed a reliability index of 0.698.

Keywords: Arterial hypertension, therapeutic adherence.

ABREVIATURAS.

ACC. American College of Cardiology.

AHA. American Heart Association.

ARA-II. Antagonista de los Receptores de Angiotensina II.

ERC. Enfermedad Renal Crónica.

HAS. Hipertensión Arterial Sistémica.

HDL. High Density Lipoprotein.

HGZ/MF. Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

IC. Intervalo de confianza.

IECA. Inhibidor de Enzima Convertidora de Angiotensina.

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social.

LDL. Low Density Lipoprotein.

MBG. Martín-Bayarre-Grau.

Min. Minuto.

mg. Miligramo.

ml. Mililitro.

mmHg. Milímetros de mercurio.

OMS. Organización Mundial de Salud.

GLOSARIO.

Adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica puede definirse como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito.

Epidemia. Enfermedad que ataca a un gran número de personas o de animales en un mismo lugar y durante un mismo período de tiempo.

Epidemiología. Estudio de la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas.

Hipertensión arterial sistémica. Es una enfermedad crónica controlable de etiología multifactorial, que se caracteriza por aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica por arriba de 140mmHg, y/o de la presión arterial diastólica igual o menor a 90mmHg.

Prevalencia. Proporción de casos de una enfermedad en un periodo de tiempo, respecto a la población existente en la zona objeto de estudio.

RELACIÓN DE TABLAS:

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial del HGZ MF No. 12 (N=102).....	34
Tabla 2. Asociación de adherencia de acuerdo a variables sociodemográficas.....	36

FIGURAS:

Figura 1. Porcentaje de adherencia de acuerdo a Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). N=102.....	35
Figura 2. Representación gráfica de respuestas en la categoría relación transaccional (ítems 7, 11 y 12) de acuerdo a Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). N=102.....	37
Figura 3. Representación gráfica de respuestas en las categorías cumplimiento de tratamiento ítems (1, 2, 3 y 4) e implicación personal (ítems 5, 6, 8, 9 y 10), de acuerdo a Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). N=102.....	38

INTRODUCCIÓN:

La epidemia mundial de hipertensión está en gran parte incontrolada y la hipertensión sigue siendo la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles en todo el mundo. La adherencia subóptima, que incluye no iniciar la farmacoterapia, tomar los medicamentos con la frecuencia prescrita y persistir en la terapia a largo plazo, es un factor bien reconocido que contribuye al mal control de la presión arterial en la hipertensión.

Varias categorías de factores, incluidos los factores demográficos, socioeconómicos, las condiciones médico-conductuales concomitantes, los factores relacionados con la terapia, el equipo de atención médica y el sistema, y los factores del paciente, están asociados con la no adherencia. Comprender las categorías de factores que contribuyen a la no adherencia es útil para gestionar la no adherencia. En pacientes con alto riesgo de resultados cardiovasculares adversos importantes, la monitorización electrónica y bioquímica es útil para detectar la falta de adherencia y para mejorar la adherencia.

El aumento de la disponibilidad y asequibilidad de estas medidas de cumplimiento más precisas representa una oportunidad futura para obtener más beneficios comprobados de los medicamentos basados en evidencia. En ausencia de nuevos medicamentos antihipertensivos, es importante que los proveedores de atención médica centren su atención en cómo mejorar con los medicamentos que tienen.

Esta es la razón por la que las guías recientes han enfatizado la importante necesidad de abordar la adherencia a los medicamentos como un tema importante en el manejo de la hipertensión.¹

Adherencia terapéutica y como medirla.

La adherencia terapéutica es un comportamiento del paciente hacia la toma de medicación. La OMS la definió como «el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario». Tiene carácter dinámico y está influenciada por múltiples factores.

La adherencia al tratamiento generalmente se expresa como una variable dicotómica (adherente vs no adherente) o bien como porcentaje en función de las dosis tomadas de la medicación prescrita durante un periodo de tiempo determinado (de 0% a $\geq 100\%$). Conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente es de gran importancia a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos. Por ejemplo, si el grado de adherencia fuera inferior al deseable y no se alcanzasen los objetivos clínicos deseados, podría producirse una intensificación del tratamiento prescrito o la sustitución de un tratamiento por otro con peor perfil de seguridad o con un coste superior.

Por este motivo, es necesario que los profesionales sanitarios dispongamos de herramientas para valorar la adherencia al tratamiento y su resultado nos ayude a tomar decisiones en cuanto a las intervenciones más apropiadas para cada paciente. Al ser la adherencia terapéutica un comportamiento que puede variar a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente.

Actualmente existen múltiples y diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica. Hasta la fecha, no se ha descrito ningún método óptimo por lo que se recomienda la utilización de varias técnicas, aunque en la práctica clínica diaria es difícil. En el ámbito de la Farmacia Comunitaria, la utilización de cuestionarios administrados por el propio paciente y el análisis del registro de dispensaciones son los métodos más factibles para medir la adherencia terapéutica.²

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta 75% de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en Estados Unidos, 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 de la hipertensión. Diversos estudios han demostrado que; en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas promedia solo 50%.

La adhesión al tratamiento se entiende como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente para seguir y complementar adecuadamente su tratamiento; 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.

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. Un punto importante a resaltar es que existen asociaciones entre la adherencia y el estado civil de los pacientes, así como con la edad, sexo, escolaridad, actividad física, el vivir acompañado o no, gravedad de la hipertensión, asistencia regular a consultas y el costo de la medicación. Las enfermedades concomitantes, el daño a órganos blanco, la edad del paciente, la disminución de la agudeza visual, los cuadros depresivos y los problemas de memoria también ejercen una influencia en el cumplimiento estricto del tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que si bien, el nivel socioeconómico, no se detecta como un factor de predicción de la adherencia terapéutica, se atribuye un efecto considerable a cuestiones como la pobreza, el analfabetismo y el desempleo.³

MARCO TEÓRICO

EPIDEMIOLOGÍA

Asia.

La prevalencia de hipertensión sigue aumentando en los países en desarrollo, incluida China, faltan datos recientes. Se realizó una encuesta a nivel nacional desde octubre de 2012 hasta diciembre de 2015 para evaluar la prevalencia en China.

En general, el 23,2% de la población adulta china ≥ 18 años padece la enfermedad, y otro 41,3% la tenía previamente según las directrices chinas. No hay diferencias significativas en la prevalencia entre los residentes urbanos y rurales (23,4% vs 23,1%). Entre las personas con hipertensión, el 46,9% conoce su enfermedad, el 40,7% toma medicamentos antihipertensivos prescritos y el 15,3% están controlados. Los bloqueadores de los canales de calcio son el fármaco antihipertensivo más utilizado (46,5%) como monoterapia, y el 31,7% de los pacientes hipertensos tratados utilizan ≥ 2 fármacos. La prevalencia según la guía del Colegio Americano de Cardiología / Asociación Americana del Corazón de 2017 fue dos veces más alta que la basada en la guía china de 2010 (46,4%), mientras que la tasa de control cayó al 3,0%.⁴

La hipertensión es muy prevalente en Japón y afecta hasta al 60% de los hombres y al 45% de las mujeres. El accidente cerebrovascular es el principal evento cardiovascular adverso, y se produce a una tasa mayor que el infarto agudo de miocardio. Por lo tanto, la reducción de la presión arterial tiene un papel importante que desempeñar en la disminución de la morbilidad y la mortalidad. El alto uso de la monitorización domiciliar de presión arterial en Japón es positivo, y la medición domiciliar es un mejor predictor de la ocurrencia de eventos cardiovasculares que la encontrada en el consultorio.

Las nuevas pautas de la Sociedad Japonesa de Hipertensión de 2019 recomiendan encarecidamente el uso de la medición domiciliar de la presión arterial para facilitar el control de la hipertensión a nuevos niveles, objetivos más bajos (en el consultorio $<130/80$ mm Hg y en el hogar $<125/75$ mm Hg). Las modificaciones del estilo de vida, especialmente la reducción de la ingesta de sal, también son una parte importante de las estrategias de manejo de la hipertensión en Japón.⁵

India.

La hipertensión es el factor de riesgo más importante para la carga de enfermedades crónicas en la India. Los estudios de varias partes de la India han informado de una alta prevalencia de hipertensión. Estos estudios también han informado que la hipertensión está aumentando y hay poca conciencia y control. La Cuarta Encuesta Nacional de Salud Familiar evaluó la hipertensión en una muestra poblacional grande y reportó hipertensión en 13.8% de hombres versus 8.8% de mujeres (11.3% en general) de 15 a 49 años y de 15 a 54 años, respectivamente. Los datos más representativos (edad > 18 años) en la Encuesta de Hogares del Cuarto Nivel Distrital reportaron hipertensión en 25.3% con mayor prevalencia en hombres (27.4%) que en mujeres (20.0%). Esto se traduce en 207 millones de personas (hombres 112 millones, mujeres 95 millones) con hipertensión en la India.⁶

Norteamérica

La hipertensión está presente en el 21% de la población canadiense, la prevalencia estimada del 10% al 30% es hipertensión resistente. Este subgrupo de hipertensos es importante, porque presagia un alto riesgo cardiovascular.

El Comité de Directrices de Hipertensión de Canadá recomienda que los pacientes con presión arterial por encima del objetivo, a pesar del uso de 3 o más medicamentos para bajar la presión arterial en dosis óptimas, preferiblemente que incluyan un diurético, identificarse como aquellos con hipertensión resistente aparente.⁷

Europa.

En España, es una enfermedad de elevada prevalencia. Estudios como el ENRICA y el DI@BETES estiman una prevalencia entre el 33 y el 43%, respectivamente. En estas cohortes, aproximadamente la mitad de los sujetos no eran conocedores de su enfermedad. Estas cifras son muy relevantes, dado que es un trastorno que al día de hoy es responsable, según la Organización Mundial de la Salud, de 7,1 millones de muertes al año, a pesar de ser una enfermedad prevenible y tratable.⁸

México.

La transición epidemiológica de las enfermedades en México se ha reconocido desde finales del siglo pasado. Las encuestas nacionales de salud permitieron al gobierno de nuestro país establecer políticas de salud dirigidas específicamente a enfrentar esta nueva pandemia. A principios de este siglo XXI surgieron programas integrados de salud como PREVENIMSS, reconocidos como una estrategia para la prestación de servicios que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas, tales como promoción de la salud, vigilancia nutricional, prevención, detección y control de enfermedades y salud reproductiva, que estimulan la cultura del autocuidado. Actualmente los resultados de esta estrategia son muy relevantes.

Sin embargo, a pesar de la mejora en la detección oportuna de las enfermedades crónicas, el gran desafío es lograr cifras aún mayores de pacientes tratados y controlados, para evitar la generación de complicaciones tardías como infarto del miocardio e infarto cerebral, así como enfermedad arterial periférica, insuficiencia renal y ceguera secundaria a retinopatía hipertensiva y diabética.

En México, por ejemplo, a mediados de 2017 existían alrededor de 128 millones de personas, 65% (76 millones) correspondía a población mayor de 20 años. La prehipertensión, también llamada presión sanguínea límite, se consideró en el informe anterior del Octavo Joint National Committee y se informó que su prevalencia era de aproximadamente 25 a 30% en la población adulta.⁹

PREVALENCIA EN MÉXICO

En México, la prevalencia de prehipertensión era de 37.5% (intervalo de confianza [IC] de 95% = 36.0-39.0), 46.7% correspondió a hombres (IC del 95% = 44.1-49.4) y 33.2% a mujeres (IC 95% = 31.5-5.0). Esta situación es dramática debido a que 37% de la prehipertensión en México representa alrededor de 30.9 millones de población adulta. Con la prevalencia estimada en 30% conforme al criterio de 140/90 mm Hg, alrededor de 22.8 millones corresponden al diagnóstico de hipertensión, pero con los nuevos criterios de la AHA la población con hipertensión será al menos del doble. En otras palabras, necesitaremos programas de prevención y tratamiento para alrededor de 53 millones de adultos en México.

Esta es una alerta epidemiológica real que requerirá nuevas estrategias para enfrentar un viejo problema con nuevos desafíos diagnóstico-terapéuticos.⁹

DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se hace referencia a dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.

Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg.¹⁰

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores encontramos:

No Modificables: Relacionados con las condiciones propias de los individuos.

- Antecedentes de la enfermedad en un familiar (herencia); tener padres y hasta hermanos gemelos aumentan hasta un 20%.
- Edad mayor aumenta un 5.49%.
- Genero con mayor prevalencia es en varones 37.8% versus 32.1% en mujeres.
- Etnia en la población negra es independientemente de la edad se incrementa hasta en un 74%.
- Comorbilidades en antecedentes como la intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2.

Modificables: Son relacionados con las conductas y estilo de vida de los individuos.

- Consumo de alcohol y tabaco.

- Consumo de drogas como cocaína.
- Consumo de cafeína.
- La obesidad aumenta el riesgo hasta en 5 veces más.
- Sedentarismo.
- Estado civil, con mayor prevalencia en divorciados y viudos donde hay una falta a corto plazo del cónyuge.
- Dislipidemias: Triglicéridos >150 mg/dl, colesterol total >200mg/dl, un LDL>100mg/dl y un HDL >40mg/dl.
- Hiperuricemia: >6.2 mg/dl en hombres y >4.6 mg/dl en mujeres.
- Dieta no saludable.
- Estrés como respuesta emocional del individuo aumentando la frecuencia cardiaca, vasoconstricción y metabolismo basal.¹¹

CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Nuevos criterios de hipertensión arterial sistémica del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón. Se describen en la siguiente tabla.

Nueva clasificación de hipertensión arterial:

Normal	< 120/80 mmHg
Elevada	120-129/< 80 mmHg
Etapa 1	130-139/80-89 mmHg
Etapa 2	Por lo menos 140/90 mmHg
Crisis hipertensiva	> 180/120 mmHg

AHA/ACC, noviembre de 2017¹²

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mayoría de las personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta, por lo que se dice que mata silenciosamente. Por tanto, es muy importante medir la tensión arterial periódicamente. Pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardíaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos. La hipertensión grave puede provocar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares.

COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA

La hipertensión puede producir daños cardíacos graves. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de la presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar:

- Dolor torácico (angina de pecho).
- Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardíaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón.
- Insuficiencia cardíaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardíaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.

La hipertensión puede también causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular. Asimismo, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal.¹³

TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes requerirán terapia con fármacos antihipertensivos además de medidas de estilos de vida para alcanzar un control óptimo de su presión arterial. Aunque se

dispone de 5 grandes clases de fármacos (IECA, ARA-II, betabloqueantes, calcio antagonistas y diuréticos), el efecto sobre la morbilidad es similar entre ellos.

Para alcanzar un buen control, más aún en los grados 2 o 3, se suelen necesitar 2 o más fármacos. Como la regulación depende de muchos mecanismos, en la mayoría de las personas las combinaciones de fármacos que actúan por diferentes mecanismos reductores de la presión arterial son especialmente eficaces. Además, algunos estudios han mostrado que la asociación farmacológica en un solo comprimido es más eficaz que la monoterapia o la combinación de fármacos por separado.

Esas son las razones por las que la guía europea recomienda el inicio del tratamiento farmacológico mediante combinación de 2 fármacos (preferiblemente en un solo comprimido) en una gran parte de los pacientes hipertensos; la excepción son los pacientes muy mayores, los mayores con fragilidad, y los pacientes con grado 1 en bajo riesgo cardiovascular.

Por su parte, las guías ACC/AHA recomiendan el tratamiento combinado con 2 fármacos de diferente clase en estadio 2 ($\geq 140/90$ mmHg en esta guía). Respecto a las clases de fármacos utilizados en las combinaciones, las guías europeas recomiendan un IECA o ARA-II con un calcio antagonista o un diurético tiazídico o similar a las tiazidas (clortalidona, indapamida) como terapia inicial para la mayoría de los pacientes. Para aquellos que requieran 3 fármacos, se recomienda una combinación de un IECA o ARA-II con un calcio antagonista y un diurético tiazídico o similar.

Respecto a los diuréticos tiazídicos y análogos tiazídicos son menos efectivos como fármacos antihipertensivos para los pacientes con un filtrado glomerular disminuido (< 45 ml/min) y son ineficientes cuando es < 30 ml/min. En estos casos, los diuréticos de asa, como furosemida o torasemida, deben reemplazar a las tiazidas o análogos tiazídicos para lograr el efecto antihipertensivo. Por otra parte, los IECA y ARA-II reducen más la albuminuria que otros fármacos y retrasan la progresión de la ERC, diabética o no diabética, siendo los fármacos de elección en la persona con diabetes, con o sin nefropatía.

En cuanto a los betabloqueantes, se recomienda que se utilicen cuando haya una indicación específica para su uso (p. ej., angina, tras un infarto de miocardio o en insuficiencia cardíaca

con fracción de eyección reducida), o cuando se requiera el control de la frecuencia cardíaca. Por otra parte, persiste la contraindicación de asociar betabloqueantes con calcio antagonistas no dihidropiridínicos (diltiazem y verapamilo), así como la asociación de IECA con ARA-II.

Aunque el tratamiento inicial combinado suele ser bien tolerado por los pacientes, y puede mejorar la adherencia terapéutica y el control de la enfermedad, no se dispone de evidencia suficiente de beneficio en términos de morbilidad cardiovascular ni sobre los efectos secundarios, el tratamiento combinado de entrada podría suponer una excesiva medicalización de los pacientes hipertensos. Por último, la pandemia de la COVID-19 ha generado un debate sobre la discontinuidad de los fármacos que inhiben el sistema renina-angiotensina, en pacientes hipertensos con esta enfermedad. Aunque la evidencia disponible es escasa, una revisión reciente y un estudio poblacional de casos y controles indican que no incrementan el riesgo de la infección por el SARS-CoV-2 ni empeoran el curso clínico de esta enfermedad infecciosa.¹⁴

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.

La hipertensión arterial se presenta a nivel mundial como una de las principales causas de muerte y discapacidad. Como todas las afecciones crónicas, requiere de tratamiento para toda la vida. El objetivo del tratamiento es disminuir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular.

Una de las grandes problemáticas de esta enfermedad crónica es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Esta realidad hace que muchos pacientes no logren tener un buen control de la tensión arterial y aumenten el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, deteriorando en gran medida su calidad de vida

La adherencia terapéutica es un proceso complejo en el que se deben tener en cuenta determinados factores: factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. La OMS señala que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad, que permite la

planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad. A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de la salud.¹⁵

En el 2008 en la Habana Cuba Martín L y colaboradores realizaron un proyecto de validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial

La validez de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales utilizando el método de rotación Varimax. Se realizó un análisis de las comunalidades para conocer la representatividad de las variables en los factores retenidos y de la consistencia interna Alfa de Cronbach de .889

Validez tres categorías:

1.- Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas, a través de los siguientes ítems 1-2-3-4

2.- Implicación personal: es la búsqueda por los pacientes de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios, a través de los ítems 5-6-8-9-10

3.- Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para continuar con el tratamiento y elaborar las estrategias a seguir que garantice cumplimiento y aceptación por ambos, a través de los ítems 7-11-12.

Su calificación se obtiene de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos. Determinando tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida se asigna el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para A veces, 3 a Casi siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.¹⁶

JUSTIFICACIÓN

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. Un gran número de pacientes requerirá tratamiento farmacológico, resultando imprescindible para los clínicos lograr diferenciar entre falta de respuesta al tratamiento o falta de adherencia terapéutica, con el objeto de conseguir un buen control y disminuir los acontecimientos cardiovasculares.

La relevancia social en esta investigación es dada por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter sanitario, evidenciado los altos índices en la falta de adherencia al tratamiento de 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.

Así, el propósito en este estudio será conocer el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes hipertensos derechohabientes del IMSS adscritos al HGZ MF No 12, identificar factores asociados y así fortalecer estrategias de mejora, individuales y colectivas reduciendo los riesgos de complicaciones asociadas a la falta de adherencia terapéutica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha documentado el incremento en las complicaciones cardiovasculares por el descontrol hipertensivo asociado a la falta de adherencia en los tratamientos establecidos.

La OMS recomienda incrementar la investigación sobre la adherencia terapéutica a fin de reconocer los grandes beneficios en las personas que abordan la terapéutica de forma eficaz, con ausencia completa o radical de complicaciones posteriores al diagnóstico de hipertensión arterial. 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 permite generar estrategias que favorezcan un mejor control.

Es por lo anterior que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el HGZ MF No 12 de Lázaro Cárdenas Michoacán de enero a junio 2022?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Conocer el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el HGZ MF No 12 de enero a junio 2022.

Objetivos específicos:

- Identificar el porcentaje de adherencia terapéutica, por grupo de edad, sexo y ocupación.
- Obtener un análisis exploratorio de factores que afecten a la adherencia terapéutica.

HIPÓTESIS

Existe un 60% de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el HGZ/MF
No. 12 de enero a junio 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

- Tipo de estudio: Cuantitativo
- Control se asignación de factores de estudio: Observacional
- Secuencia y/o temporalidad: Transversal, se realizó una sola evaluación del fenómeno de interés.
- Método de observación: Descriptivo
- Cronología de la recolección de datos: Prospectivo, se aplicó un cuestionario.

Población de estudio

La población de estudio fueron los pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial en el HGZ MF No 12. Con un promedio de 5970 entre hombres y mujeres la muestra representa el 100% de los pacientes afiliados en el servicio de medicina familiar. Para la selección de muestra se utilizó el método no probabilístico no intencional.

Estimación de la muestra.

Se calculó el tamaño de la muestra mediante la fórmula de población finita, es decir tamaño de población conocida, la población del servicio de medicina familiar es de 5970 pacientes hipertensos en el HGZ MF No. 12.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde N= Total de la población. Z alfa= 1.96 al cuadrado. P= Proporción esperada (en este caso 5%= 0.05). q= 1-p (1-0.050= 0.95). D= Precisión (use un 5%).

$$\frac{5970 * 3.8416 * 0.05 * 0.95}{0.0025 (5970) + 3.8416 * 0.05 * 0.95} = \frac{1089.38172}{15.107476} = 72.1087838$$

Se amplió la muestra a 102.

Tipo de muestreo: Probabilístico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial
- Pacientes que acepten participar en el estudio

Criterios de no inclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Pacientes que fallecen durante el estudio
- Pacientes que al inicio aceptaron participar y al otorgar el cuestionario decidieron optaron por no participar

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable dependiente:

- Hipertensión arterial sistémica

Variable independiente:

- Porcentaje de adherencia terapéutica

Variables sociodemográficas:

- Edad, genero, ocupación, escolaridad, tiempo de diagnóstico.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Unidad de Medida
Hipertensión arterial	La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada	Con diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg	Cualitativa	1.- Controlada menor o igual a 140/90 mmHg 2.- Descontrolada mayor o igual a 140/90 mmHg
Adherencia terapéutica	El grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, seguir un alimentario u ejecutar un cambio al estilo de vida con	El descrito mediante el cuestionario de adherencia terapéutica MBG (Martin-Bayarre-Grau)	Cualitativa	1.- Adherido total de 38-48 puntos 2.- Adheridos parciales de 18-37 puntos 3.- No adheridos de 0-17 puntos

	las recomendaciones acordadas de un restador de salud			
Genero	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra en los seres humanos, los animales o las plantas	El sexo que reporte el paciente en el cuestionario	Cualitativa	1.- Femenino 2.- Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta un tiempo determinado	Edad que reporte el paciente en el cuestionario	Cualitativa	1.- 20-30 años 2.- 31-40 años 3.- 41-50 años 4.- Más de 50 años
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear su tiempo en otra cosa	Ocupación que refiere al paciente en el cuestionario	Cualitativa	1.- Ama de casa 2.- Empleado(a) 3.-Desempleado(a) 4.- Pensionado(a) 5.- Profesionista
Escolaridad	Grado de estudio más alto aprobado en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional	Para fines de este estudio se tomará como el grado máximo de estudios lo referido por el paciente en la encuesta aplicada	Cualitativa	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Licenciatura

Tiempo de diagnóstico	Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión arterial hasta la actualidad	Tiempo que reportó el paciente en el cuestionario	Cualitativa	1.- 1-5 años 2.- 6-10 años 3.- 11-15 años 4.- 16-20 años 5.- 21-25 años 6.- Más de 25 años
Tratamiento higiénico-dietético	Medidas no farmacológicas o de modificaciones en el estilo de vida recomendadas por el médico tratante.	Son medidas higiénico-dietéticas las que el paciente refiere que lleva a cabo ya sea recomendadas por su médico u otro personal de salud y que lo anote en su encuesta aplicada. Se considera como dieta sin sal o baja de sal, consumir grasa no animal, realizar ejercicio físico.	Cualitativa	1.- Dieta sin sal o baja de sal 2.- Consumir grasa no animal 3.- Realizar ejercicio físico
Tratamiento con medicamentos	Procedimiento empleado con cualquier sustancia, que se usa para	Cuando el paciente refiere consumir algún fármaco	Cualitativa	1.- Si 2.- No

	prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	antihipertensivo y lo anote en la encuesta aplicada.		
--	---	---	--	--

DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Previo autorización del protocolo del comité de ética e investigación en salud se procedió a lo siguiente:

Primera etapa: Se realizó un oficio a la Dirección del HGZ MF No. 12 obteniendo autorización para la obtención de la información a través de las bases de datos del servicio de Medicina Familiar. Se hizo una invitación a todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que cumplieron los criterios de selección y que además se encontraban cautivos en el HGZ MF No. 12 afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social. En la sección informativa se expuso: la planeación de objetivos, beneficios del proyecto de investigación a realizar, así mismo, se le proporcionó la carta de consentimiento informado para los que hayan aceptado participar en el estudio y se le permitió al paciente realizar todas las preguntas que considere necesarias.

Segunda etapa: Una vez confirmada su participación y firmado el formato de consentimiento informado (**Anexo 1**), se procedió a aplicar el instrumento de medición (**Anexo 2**); el cual consta de tres secciones, la primera, que corresponde a los datos generales del paciente: nombre, afiliación, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad y años de diagnóstico de la enfermedad. La segunda, mide variables en relación a tratamiento higiénico-dietético y tratamiento con medicamentos. Y la tercera, se conforma 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 y Grau A. Validación del Cuestionario MBG, La Habana en el 2008. Rev Q Salud Pública; 34.

Tercera etapa: Se citó al paciente en un área destinada una vez concluido el protocolo para informarles sobre los resultados del proyecto.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva: los resultados se muestran en medias, desviación estándar para variables continuas, mientras que las categóricas en frecuencias. (Se empleó estadística según el tipo de variables).

Para las cuantitativas continuas media desviación estándar.

Para las variables discretas o cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje.

Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS: 23.0 La asociación de las variables se efectuó con el diagnóstico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas fueron las que asocian a un P valor <0.05

Se presentaron tablas de contingencia y gráficos de barras en porcentajes. El estadístico de contraste que se empleó fue en base al tipo de distribución de los datos sean estos paramétricos o no paramétricos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo fue enviado al Comité Local de Investigación para su aprobación y realización. Este proyecto de investigación se clasificó como una investigación sin riesgo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicada en el diario oficial de la federación el 07 de febrero de 1984 y se da cumplimiento a los artículos 13 y 14, del Título Segundo y de acuerdo al artículo 17 de la misma ley, la cual sigue vigente en México.¹⁷

Se basó en el código de Helsinki, para de esta forma apegarse a seguir los principios generales; el estudio fue con fines de mejorar la salud de los pacientes con hipertensión arterial reduciendo sus cifras de tensión arterial, considerando en todo momento lo mejor para los pacientes involucrados, justificando los resultados con fines de avance científico, respetando en todo momento sus derechos humanos y protegiendo su salud y sus derechos en cuanto a los datos personales de los participantes, con lo que se buscó procurar su integridad y el manejo de la información de manera confidencial.¹⁸

Al aceptar participar se explicó el objetivo del estudio de manera verbal, para lo cual se le solicitó firmar el consentimiento informado (**anexo 1**), también se les informó de manera explícita que, si rechazan participar, no implicó ninguna represalia por parte del equipo de investigación, de salud, ni de la institución.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos:

Investigadores:

- ❖ Sergio Antonio Galindo Limon. Investigador principal. Residente de tercer año de Medicina Familiar del HGZ MF No. 12, Lázaro Cárdenas, Michoacán.
- ❖ Skarlet Ramírez Cortez. Especialista en Urgencias Médicas, CCEIS del HGZ MF No. 12, asesor metodológico.

Recursos materiales:

1 Equipo de cómputo

1 Impresora

Copias de la carta de consentimiento informado y del cuestionario que se aplicó

Insumos de papelería: hojas, lápices, plumas, borradores y sacapuntas

Recursos financieros:

Los propios de los investigadores

Impresiones de carta de consentimiento informado y de los cuestionarios

FACTIBILIDAD

Para la realización del este proyecto se contó con pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que se encuentran registrados en el primer nivel de atención, se contó con la infraestructura necesaria, por lo que no requiere financiamiento.

Los datos solicitados para la localización de los pacientes se encuentran registrados en la Unidad de Medicina Familiar, además que asisten a consulta externa de manera regular (mensual y trimestral). Por lo tanto, no existió limitación para su realización.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

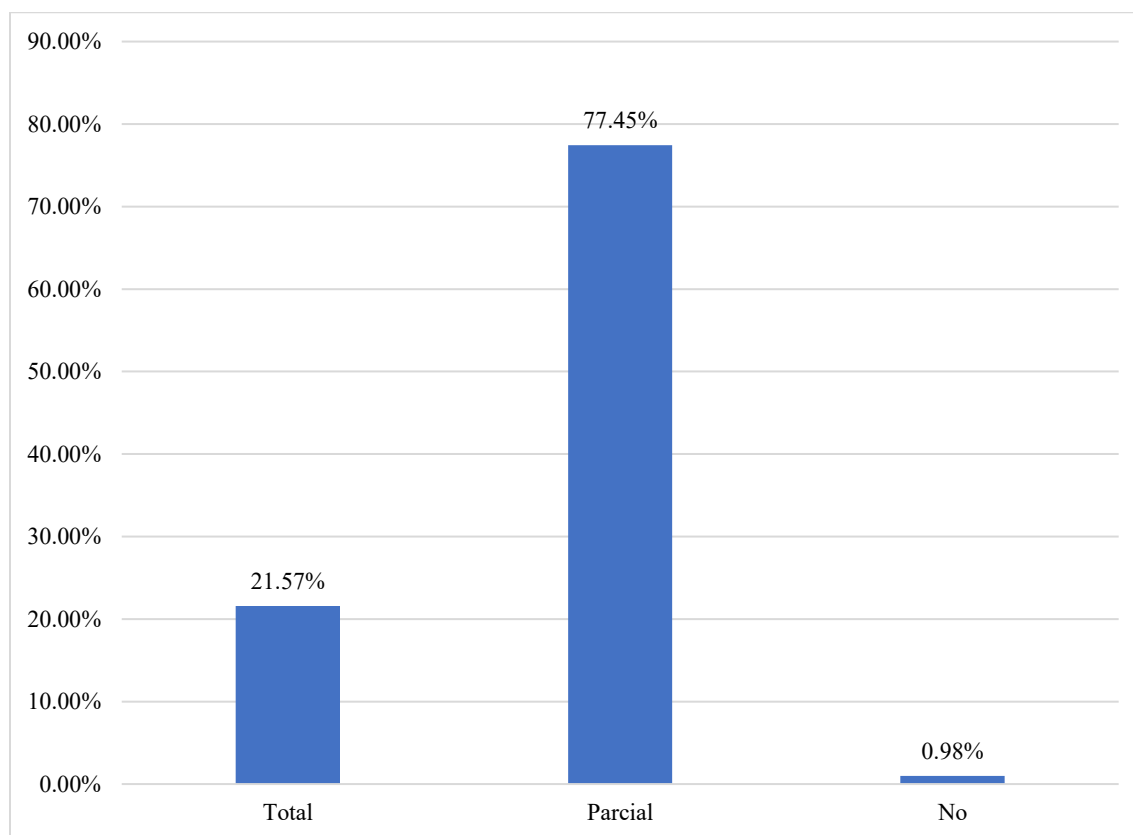
ACTIVIDAD	Marzo 2021 - Octubre 2022	Noviembre 2022	Enero – Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023	Julio 2023	Agosto 2023	Septiembre 2023
Realización del anteproyecto									
Envío y aprobación del CLIES									
Inicio del protocolo									
Análisis de datos									
Discusión									
Difusión de los resultados									
Trabajo final									
Realización del manuscrito									
Examen de grado									
Presentación en foro de investigación									

RESULTADOS:

Tabla I. Variables Sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial del HGZ MF No. 12 (N=102)	
Variable	Frecuencia (%)
Genero	
Femenino	67 (65.69)
Masculino	35 (34.31)
Edad	
Más de 50 años	90 (88.24)
	X ± DE
	63.80 ± 11.63
Ocupación	
Ama de casa	51 (50)
Empleado(a)	22 (21.57)
Pensionado(a)	27 (26.47)
Tiempo de diagnóstico	
1-5 años	34 (33.33)
6-10 años	29 (28.43)
11-15 años	16 (15.69)
Peso	
Normopeso	23 (22.55)
Sobrepeso	36 (35.29)
Obesidad	43 (42.16)
	X ± DE
	29.51 ± 5.14
Hipertensión arterial	
Controlada	67 (65.69)
Descontrolada	35 (34.31)
	X ± DE
	125/77mmHg ± 17/11mmHg
Adherencia terapéutica	
Total	22 (21.57)
Parcial	79 (77.45)

Del total de pacientes (N= 102) examinados, se escrutó que, los que mostraron una adherencia terapéutica total fueron 22 (21.57%), adherencia parcial 79 (77.45%) y no adheridos 1 (0.98%), de acuerdo al Cuestionario MBG aplicado (Fig. 1).

FIGURA I. Porcentaje de adherencia de acuerdo a Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). N=102.



Se estudiaron 102 pacientes derechohabientes adscritos al HGZ MF 12 que cumplieron los criterios de selección en un período comprendido de enero a marzo de 2023.

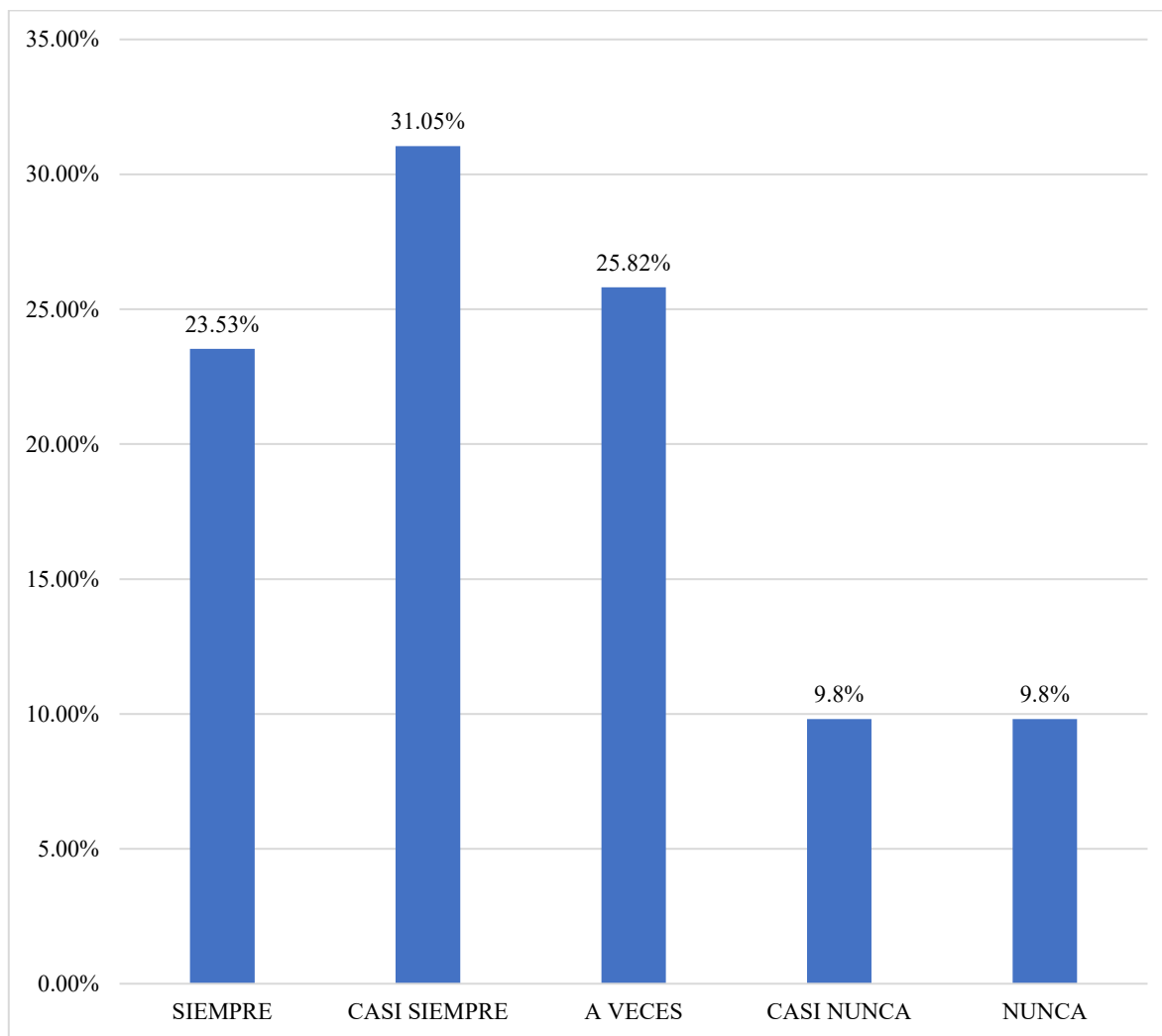
El rango de edad promedio de los participantes fue de >51 años. Respecto al género, se observó que, el que se presenta con mayor frecuencia fue el femenino. En lo correspondiente a la ocupación, ama de casa.

Las cuales resultaron significativas (valor de $p < 0.005$) para una adherencia total y parcial. (Tabla 2).

Tabla 2. Asociación de adherencia de acuerdo a variables sociodemográficas.						
		Adherencia total	Adherencia parcial	No adherido	Total	p
Rango de edad	20-30 años	0%	0.98%	0%	100%	0.000
	31-40 años	0%	2.94%	0%		
	41-50 años	0.98%	6.86%	0%		
	> 50 años	20.59%	66.67%	0.98%		
Sexo	Femenino	14.71%	50.00%	0.98%	100%	0.002
	Masculino	6.86%	27.45%	0%		
Ocupación	Ama de casa	7.84%	41.18%	0.98%	100%	0.000
	Pensionado	6.86%	19.61%	0%		
	Empleado	6.86%	14.71%	0%		
	Profesionista	0%	1.96%	0%		

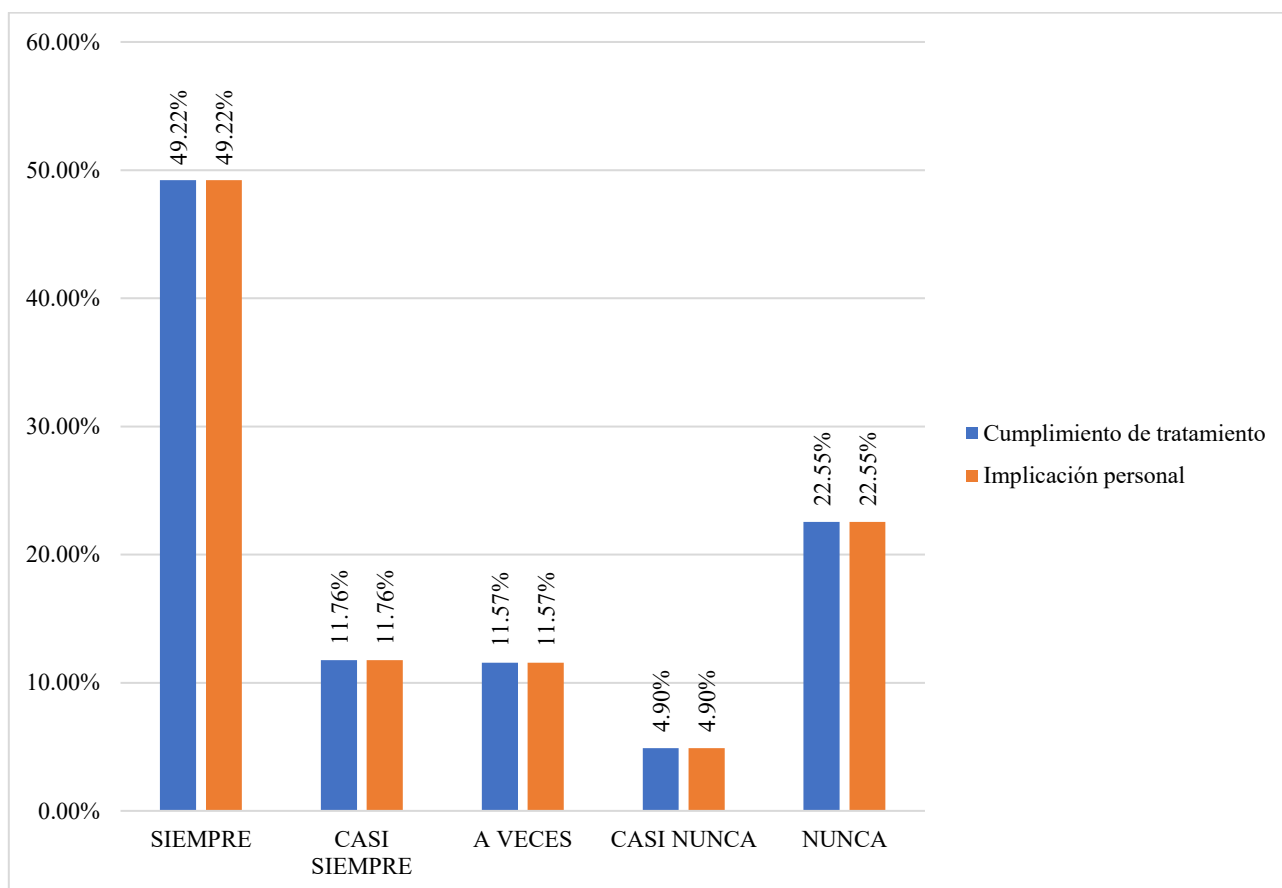
En lo correspondiente a los componentes del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), relación transaccional, encontramos que los pacientes casi siempre cumplen los ítems 7, 11 y 12 con un porcentaje de 31.05%, a veces 25.82%, siempre 23.53% y casi nunca y nunca 9.8% (Fig. 2).

FIGURA 2. Representación gráfica de respuestas en la categoría relación transaccional (ítems 7, 11 y 12) de acuerdo a Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). N=102



Respecto a cumplimiento de tratamiento e implicación personal detectamos que un alto porcentaje de pacientes siempre cumplen los ítems 1, 2, 3 y 4, y 5, 6, 8, 9 y 10, respectivamente, seguido de nunca con un 22.55%, casi siempre 11.76%, a veces 11.57% y casi nunca 4.9%. (Fig. 3)

FIGURA 3. Representación gráfica de respuestas en las categorías cumplimiento de tratamiento ítems (1, 2, 3 y 4) e implicación personal (ítems 5, 6, 8, 9 y 10), de acuerdo a Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). N=102



DISCUSIÓN:

Hernandez Castro *et al.* En un estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS en el Estado de Mexico, durante 2021, donde se incluyeron 218 participantes, la adherencia se clasificó por medio del instrumento MBG cuyo alfa de Cronbach es de 0.8, se observó 54.1% tenía adherencia total, en cuanto a la adherencia parcial se identificó que 45.8% estaban dentro de este rubro.¹⁹ Lo cual contrasta con nuestra investigación derivado que al utilizar el mismo instrumento MBG con alfa de Cronbach de 0.698 la adherencia total fue del 21.57% y la adherencia parcial 77.45%.

Gavrilova *et al.* En un estudio realizado en Letonia durante 2019, con 187 participantes, utilizando la Escala Morisky Modificada de ocho puntos (MMAS-8), donde la edad media de los encuestados fue de 64,36 (DE = 13,38); el nivel de adherencia se correlacionó con la edad de los pacientes y no dependió del género: cuanto mayor es el paciente, más adherente es.²⁰ Lo cual coincide con nuestro estudio teniendo una similitud en la edad de los encuestados 63.80 (DE 11.63), donde a mayor edad hay una mejor adherencia terapéutica total y parcial.

Hernández-Quintero *et al.* Se realizó un estudio en el consultorio 22 del área de salud del Policlínico Comunitario Turcios Lima del municipio Pinar del Río, durante el período 2019. El universo estuvo conformado por 160 participantes, la prueba para medir la adherencia al tratamiento fue el Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine. La alta adherencia terapéutica resultó ser más frecuente en el sexo femenino con un 31,3 % lo cual es desde el punto de vista estadístico altamente significativo para una p menor de 0.001.²¹ En nuestros resultados el sexo femenino permanece con una adherencia total de 27.45% y una parcial de 50%, con una p de 0.002.

Martínez Fajardo *et al.* En un estudio en el IMSS Baja California Sur, del consultorio auxiliar de Medicina Familiar N° 36, con 70 participantes no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento respecto a la actividad del participante $p=0.56$, presentando una adherencia al tratamiento del 49.4% en las personas dedicadas al

hogar²², lo cual contrasta en nuestro estudio derivado que solo el 7.84% tiene una adherencia total en las personas dedicadas al hogar, con una asociación estadística significativa con una $p= 0.000$.

Sabio RF. Se ha demostrado que el médico dedica en general poco o nada de tiempo de la consulta para evaluar la adherencia al tratamiento²³, lo cual concuerda con nuestros resultados derivado que relación transaccional es la categoría en la que los participantes respondieron en su mayoría que casi siempre y a veces cumplen esta categoría.

Limitantes:

No se contó con ninguna limitante, para la realización de este trabajo.

CONCLUSIÓN:

Este trabajo demostró que la adherencia terapéutica total se encuentra por abajo del 22% mientras que la adherencia parcial se encuentra por arriba del 77% en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del HGZ/MF No. 12. Además, se observó que el sexo femenino, una edad mayor a 50 años y las personas dedicadas al hogar presenta una mayor adherencia parcial a la terapeutica seguida de una menor adherencia terapeutica total , lo que traduce que los pacientes que no tienen una adherencia total corren el riesgo de presentar alguna discapacidad o muerte prematura ocasionada por las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial sistémica.

Se comprobó que la relación transaccional fue la categoría en la que los pacientes tienen menos aprobación a la respuesta de siempre, lo cual implica un relación médico-paciente deficiente.

RECOMENDACIONES:

El medico familiar como responsable en primera instancia de establecer una terapeutica para los pacientes con hipertensión arterial, debe evaluar la adherencia terapeutica la cual abarca el compromiso para llevar a cabo el tratamiento, la implicación personal y la relación con el profesional sanitario, por lo cual analizar constantemente estas categorías servirán para identificar la adherencia terapeutica total y así mismo reducir las complicaciones propias de la hipertensión arterial.

Insistir a la población joven en involucrarse, comprometerse con una adherencia terapeutica total para que no afecte en su entorno familiar y laboral, disminuyendo las complicaciones físicas, emocionales y económicas que se pueden presentar.

Como responsable sanitario se debe escuchar, analizar y explicar ampliamente al paciente y familiares sobre el tratamiento no farmacológico y farmacológico establecido, con el fin de lograr la adherencia terapeutica adecuada para disminuir el riesgo de padecer complicaciones y/o un desenlace fatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Michel B, Brent M. Egan “Adherence in Hypertension A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management”. (Circ Res.2019; 124:1124-1140. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.)
2. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 20 de septiembre de 2018 [citado 15 de noviembre de 2021]; 59(3):163-72.Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7387>
3. Luna-Breceda U, Haro-Vázquez SR, Urióstegui-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.
4. Wang Z, Chen Z, Zhang L, Wang X, Hao G, Zhang Z, Shao L, Tian Y, Dong Y, Zheng C, Wang J, Zhu M, Weintraub WS, Gao R; China Hypertension Survey Investigators. Status of Hypertension in China: Results from the China Hypertension Survey, 2012-2015. *Circulation.* 2018 May 29; 137(22):2344-2356. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032380. Epub 2018 Feb 15. PMID: 29449338.
5. Kabutoya T, Hoshide S, Kario K. Asian management of hypertension: Current status, home blood pressure, and specific concerns in Japan. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2020 Mar; 22(3):486-492. doi: 10.1111/jch.13713. Epub 2019 Oct 17. PMID: 31622008.
6. Gupta R, Gaur K, S Ram CV. Emerging trends in hypertension epidemiology in India. *J Hum Hypertens.* 2019 Aug; 33(8):575-587. doi: 10.1038/s41371-018-0117-3. Epub 2018 Sep 25. PMID: 30254382.
7. Hiremath S, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Gabor JY, Khan NA, Kuyper LM, Ruzicka M, Tobe SW, Tran K, Rabi DM, Daskalopoulou SS. Hypertension Canada's 2020 Evidence Review and Guidelines for the Management of Resistant

- Hypertension. Can J Cardiol. 2020 May; 36(5):625-634. doi: 10.1016/j.cjca.2020.02.083. PMID: 32389336.
8. Arbe G, Pastor I, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. Med Clin (Barc). 2018 Apr 23; 150(8):317-322. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2017.09.027. Epub 2017 Nov 24. PMID: 29174704.
 9. 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(6):633-637. Spanish. doi: 10.24875/GMM.18004690. PMID: 30532109.
 10. Hipertensión (who.int) World Health Organization. World Health Observatory data. Disponible en: <http://www.who.int/gho/ncd/en/>. Fecha de consulta: 08 de Octubre 2018.
 11. Abujerres-Galeano C. Garmendia-Robles KA. Figueroa-Luna LE. Paz-Banegas HA “Factores de riesgo asociados a Hipertensión Arterial en Estudiantes”. Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud, Volumen 6, Año No. 6, No.2/julio a diciembre 2019:(17-26)
 12. Taler SJ. Initial Treatment of Hypertension. N Engl J Med. 2018 Feb 15; 378(7):636-644. doi: 10.1056/NEJMcp1613481. PMID: 29443671.
 13. World Health Organization. Hipertensión [internet]: 2021[citado 10 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
 14. E. Villareal-Rios, et al.: Vida saludable perdida en hipertensión. 2020 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Arch Cardiol Mex.2021; 91(2):202-207. DOI: 10.24875/acm.20000140.
 15. D. Orozco-Beltrán et al © 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, ~ S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.08.002>

16. Martín-Alfonso L, Bayarre-Vea HD, Grau-Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 Mar [citado 2021 Dic 20]; 34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000100012&lng=es.
17. Secretaria de salud. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaria de Salud, 14 de junio de 1992.
18. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos Para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. (punto 32), última revisión 21 marzo 2017
19. Hernandez-Castro E, Martinez-Gomez L, Cuevas-Tellez OI, Carrillo-Flores G, Guerrero-Morales AL. Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapeutica en pacientes hipertensos en una unidad de medicina familiar. Aten Fam. 2022;29(4):257-262. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.4.83417>
20. Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska I, Šmits D, Mauriņa B, Poplavska E, Urtāne AI. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. Medicina (Kaunas). 2019 Oct 28;55(11):715. doi: 10.3390/medicina55110715. PMID: 31661904; PMCID: PMC6915331.
21. Hernández-Quintero L, Crespo-Fernández D, Trujillo-Cruz L, Hernández-Quintero L, Azcuy-Pérez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay [revista en Internet]. 2021 [citado 2023 Ago 8]; 11(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973>
22. Martínez-Fajardo EJ, García-Valdez R, Álvarez-Villaseñor AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Med Gen Fam. 2019; 8(2): 56-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2019.018>
23. Sabio RF. Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. Rev Cubana Salud Púb [Internet]. 2018 [citado 16 Mar 2021];

44(3). Disponible en:

<http://www.revsaludpublicaa.sld.cu/index.php/spu/article/view/1233>

ANEXOS:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603
H. GRAL. ZONA NUM. 8

Registro COFEPRIS 17 CI 16 102 028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 001 2017033

FECHA: Viernes, 24 de diciembre de 2021

Dra. Skarlet Ramirez Cortez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PORCENTAJE DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HGZMF No. 12 LAZARO CARDENAS DE ENERO A JUNIO 2022** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2071-1603-015

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Patricia Ortega León

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Empresario

IMSS

SEGUROS Y SALUD PARA TODOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



"Dictamen de Reaprobación"

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVEST. H. GRAL. ZONA-MF-RUM 12
Comité de Ética en Investigación 16038

Jueves, 13 de abril de 2023

CONBIOÉTICA 16 CEI 001 2017033

DRA. SKARLET RAMIREZ CORTEZ

P R E S E N T E

En atención a su solicitud de evaluación de documentos del protocolo de investigación con título: PORCENTAJE DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HGZMF No. 12 LAZARO CARDENAS DE ENERO A JUNIO 2022, y número de registro institucional R-2021-1603-015; me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación revisó y aprobó la solicitud de reaprobación del 13 de Abril de 2023 al 13 de Abril de 2024

ATENTAMENTE

DR. MARIA JOSE LÓPEZ BLANCAS
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 16038

Impresión

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Anexo 1. Consentimiento informado

“PORCENTAJE DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HGZ/MF12 LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN ENERO A JUNIO 2022”

Lázaro Cárdenas, Michoacán, a _____ de _____ del 2023.

Le estamos invitando a participar en el estudio de investigación titulado: “PORCENTAJE DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HGZ/MF12 LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN DE ENERO A JUNIO 2022”

Registrado ante el Comité Local de Investigación y de Ética de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número: R-2021-1603-015

El siguiente documento le proporciona información detallada sobre el mismo.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:

Es conveniente que usted como paciente con hipertensión arterial conozca la importancia de llevar un control adecuado de su tratamiento: cumplir con la toma de sus medicamentos en horario y dosis indicada por el médico, acudir a las citas programadas para su valoración, realizar actividad física tres veces a la semana, entre otras medidas que le permitan su control de la presión arterial y evitar de esta manera las posibles complicaciones. El objetivo del estudio es conocer el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el HGZMF No. 12 de enero a junio 2022.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar en el estudio se le realizara una encuesta que cuenta con tres apartados a contestar, el primero son preguntas como nombre, edad, genero, ocupación, nivel de escolaridad lo que nos permitirá tener sus datos generales, un segundo apartado sobre las medidas higiénico dietéticas para conocer sobre su tipo de alimentación y actividad física que realiza y el tercer apartado son 12 preguntas sobre la manera en que usted lleva su manejo para la hipertensión arterial, de tal manera que esta encuesta solo le tomara 10 minutos en

contestarla, nos dejara conocer el apego que usted tiene en su tratamiento para la hipertensión arterial.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son mínimos, incomodidad al responder algunas preguntas del cuestionario.

BENEFICIOS:

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: recibir información de la importancia de llevar un apego adecuado al tratamiento en el caso de que usted no tenga un control adecuado al tratamiento el cuestionario nos permitirá conocer los factores que influyen y poder realizar acciones que permitan mejorar su apego al tratamiento y como consecuencia mejorar su salud.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO:

La Dra. Skarlet Ramírez Cortez (investigador responsable) se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca del estudio. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mejorar su estado de salud en caso de requerirlo.

PARTICIPACIÓN O RETIRO:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir, que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas al cuestionario y los resultados de su encuesta, para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES:

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

La Dra. Skarlet Ramírez Cortez, Investigador Responsable, adscripción Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.12 de Lázaro Cárdenas, Michoacán, al teléfono 01 753 1194506; o con el colaborador : Dr. Sergio Antonio Galindo Limon, R3 de Medicina Familiar del HGZ MF No. 12, Lázaro Cárdenas, al teléfono 7531071228.

En caso de Aclaraciones sobre los derechos como participante podrá dirigirse con:

Enf. Esp. MF. María José Viveros Blancas presidenta del Comité de Ética en Investigación en Salud, 1603, con sede en el Hospital General Regional No. 8, Domicilio. Calz. Benito Juárez S/N, colonia linda Vista, C.P. 60050, Uruapan, Michoacán, al teléfono. 452, correo @gmail.com

Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS al teléfono 555 Ext 21230, correo comision.etica@imss.gob.mx ubicada en Avenida Cuauhtemoc 330 4º piso bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, Ciudad de México. C. P. 06720.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado

una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Anexo 2. Hoja de recolección de datos

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:** _____

Escolaridad: _____ **Consultorio:** _____

Tiempo de diagnóstico de 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 algunas afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que usted piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular.

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

FORMATO PARA CALIFICAR EL CUESTIONARIO BMG

ADHERENCIA TERAPEUTICA	
CATEGORIAS	ITEMS
1.- Cumplimiento del tratamiento	1, 2, 3 y 4
2.- Implicación personal	5, 6, 8, 9 y 10
3.- Relación transaccional	7, 11 y 12
NIVELES DE ADHERENCIA TERAPEUTICA	
NIVELES	PUNTUACION
Adherencia total	38 a 48 puntos
Adherencia parcial	18 a 37 puntos
No adherencia	0 a 17 puntos