



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE D.F.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

**DETERMINACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
APLICANDO EL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA MARTÍN-BAYARRE-GRAU.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA GUADALUPE ALVAREZ FLORES

México, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DETERMINACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR APLICANDO EL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA MARTÍN-BAYARRE-GRAU.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA GUADALUPE ALVAREZ FLORES

AUTORIZACIONES:

DRA. MARTHA BEATRIZ CORONA HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

DR. VICTOR MANUEL AGUILAR
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR DE PLANEACIÓN Y ENLACE

DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL

**DETERMINACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA HIPERTENSION
ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR APLICANDO EL
CUESTIONARIO DE ADHERENCIA MARTÍN-BAYARRE-GRAU.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

MARIA GUADALUPE ALVAREZ FLORES

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

DETERMINACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR APLICANDO EL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA MARTÍN-BAYARRE-GRAU.

Aguilar Víctor Manuel, (1) Alvarez Flores MG (2) Instituto Mexicano del Seguro Social.

Antecedentes: La adherencia terapéutica en pacientes hipertensos se ha convertido en un problema de gran importancia a nivel mundial. La falta de adherencia terapéutica trae consigo grandes repercusiones principalmente en la calidad de vida del paciente, en los resultados clínicos obtenidos y en los costos para el sistema de salud y la sociedad.

Objetivo General: Determinar los niveles de adherencia al tratamiento de la Hipertensión arterial aplicando el cuestionario de adherencia Martín-Bayarre-Grau.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo en 202 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que acudieron al control mensual de Hipertensión Arterial, muestreo por conveniencia y bajo consentimiento informado. A través de entrevista individual se aplicó el Cuestionario de adherencia Martín-Bayarre-Grau (índice de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.889). Análisis con estadística descriptiva

Resultados: Adheridos Totales 1 %, Adheridos Parciales de 87 % y No Adheridos 13%.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial fue en su mayoría parcial sin influir edad, ocupación o escolaridad.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia terapéutica.

(1) Coordinador auxiliar de planeación y enlace delegacional. IMSS

(2) Médico Residente de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar.

INDICE

1. Marco teórico	1
2. Planteamiento del problema	5
3. Justificación	6
4. Objetivos	7
- General	
- Específicos	
5. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)	7
6. Metodología	8
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	9
- Información a recolectar	10
- Recursos	13
- Consideraciones éticas	13
7. Resultados	14
- Descripción de los resultados	
- Tablas y gráficas	
8. Discusión de los resultados encontrados	25
9. Conclusiones	26
10. Referencias bibliográficas	27
11. Anexos	30

MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de tensión arterial a cifras > o igual a 140/90 mm/Hg (NOM-030-SSA2-1999)(1). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

La prevalencia de la hipertensión arterial en México es de 30.8% en pacientes mayores de 20 años, se estima que el número de casos es de 15 millones de hipertensos en la población entre los 20 y 60 años de edad. Más de la mitad de la población portadora de hipertensión lo ignora, ya que por causas diversas solo se detectan del 13.4 al 22.7 %. Menos de la mitad de los que se conocen hipertensos toman medicamentos y de estos solo el 20% está controlado. El sobrepeso y la obesidad son factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad y se estima que cerca del 70 % de la población los padecen. (ENSANUT 2006).

La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbi mortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la enfermedad cerebrovascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida. (2)

En los ensayos clínicos, la terapia antihipertensiva se ha asociado con reducciones en incidencias de ictus de un 35-40 %, de infarto de miocardio de un 20-25 %, y de insuficiencia cardiaca en más de un 50 %. Se estima que en pacientes con HTA en estadio 1 (PAS 140-159 mmHg y/o PAD 90-99 mmHg) y factores de riesgo adicionales, manteniendo una reducción sostenida de 12 mmHg, en 10 años y se evitará una muerte por cada once pacientes tratados. En presencia de ECV o daño en órganos diana, solo 9 pacientes requieren ser tratados para evitar una muerte. (3).

En el caso de la HTA, existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad, (4, 5).

Los factores de riesgo más asociados en las investigaciones a niveles de presión arterial no controlados se encuentran en: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y el patrón de conducta tipo A, (6, 7), Actualmente se considera que estos factores de riesgo están aumentando a medida que cambian las condiciones de vida y de trabajo de las personas hacia hábitos alimenticios menos saludables (e.g., mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales) (8,9), menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios, permisividad del consumo de sustancia psicoactivas ilegales. Lo que hace más evidente la importancia de la participación activa del paciente en el cumplimiento de la toma de los medicamentos y en el cambio de hábitos y estilos de vida para la prevención y/o tratamiento de las patologías. (10,11).

La modificación de los factores de riesgo y el estilo de vida, disminuye su incidencia y favorece el control. Así mismo, la hipertensión arterial es susceptible de control y con ello prevenir y modificar la aparición de sus complicaciones, (12).

Para el control del paciente hipertenso, existe una gran variedad en el tratamiento farmacológico, en muchos casos, no se han instrumentado medidas no farmacológicas, y en un elevado porcentaje no existe un adecuado control de las cifras tensionales, con los consecuentes incrementos en el riesgo de daño en los órganos blanco, la discapacidad, los costos de atención y su repercusión en la economía familiar, en los sistemas de salud y en el país. (13, 14).

Cuando sea posible se recomienda el tratamiento con fármacos que puedan ser administrados en una sola dosis diaria. (13, 15).

En el Reino Unido, de los pacientes que reciben 3 o más fármacos, se estima que cerca de la cuarta parte de ellos no alcanza el control de la presión arterial por una pobre adherencia a tratamiento más que por una hipertensión arterial resistente (16).

Los pacientes mayores de 80 años deben recibir el mismo tratamiento farmacológico que los pacientes de 55 años considerando siempre la presencia de co-morbilidad y polifarmacia. (13).

La hipertensión arterial es el resultado de un proceso multifactorial, que disminuye la calidad de vida, afectando al individuo en su capacidad física, laboral, y recreativa, también su independencia y autonomía, satisfacción sexual, emocional, espiritual y social. Para la persona con hipertensión, la enfermedad obliga a modificar hábitos y costumbres arraigados durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control, como la alimentación y el ejercicio.

Aceptar la enfermedad, adherirse al tratamiento, seguir a conciencia las indicaciones médicas y mantener un nivel de vida "saludable", son actitudes y conductas necesarias de parte del paciente crónico, si se pretende llevar una vida "normal". Sin embargo, no siempre se presentan tales conductas, bien sea por temores, por negación, por el estrés que ésta produce o por la no adaptación a la nueva condición que se vive; además, de los mitos y prejuicios, que se tienen de la enfermedad. Y resulta paradójico que personas que acuden a nuestras consultas libremente para resolver problemas tan importantes como su salud, no atiendan a las indicaciones que se les hacen.

El grupo de la OMS 2003 (17), define el concepto como: "El alcance conductual al que llegue una persona que, tomando sus medicamentos, siguiendo un régimen

de alimentación, efectúe cambios en el estilo de vida y, que estos correspondan a las recomendaciones propuestas por su terapeuta o agente de salud".

Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como monitoreo electrónico, (18) MEMS (medication event monitoring system, (19), auto-reporte, conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares, entre otros (20).

Para mejorar la adherencia al tratamiento se han utilizado diferentes tipos de intervención como educación a personal de salud y pacientes, simplificación de los regímenes de dosis, involucramiento de otros profesionales de la salud (como enfermeras, farmacéuticos etc.), auto monitoreo, y estrategias motivacionales, de los cuales la simplificación de los regímenes de dosis ha sido la más efectiva. (19).

El avance en el tratamiento de las enfermedades se ha basado en la formación continuada de los facultativos, la mejora de las técnicas de diagnóstico y el desarrollo de nuevas terapias. Los ensayos clínicos controlados representan los instrumentos que prueban la eficiencia de un fármaco en una cohorte seleccionada, controlada y monitorizada de forma estricta. Sin embargo, el paso del fármaco a la población general hace que se pierda efectividad debido a la falta de cumplimiento por el paciente, tanto en lo que se refiere a la dosificación como a la duración del tratamiento. (1).

El enfoque de salud pública, como reducción de calorías, grasas saturadas y sal en los alimentos procesados y el incremento de oportunidades en la escuela y la comunidad para realizar ejercicio físico, puede conseguir una tendencia descendente en la distribución de la PA poblacional, así reducir potencialmente la morbilidad, mortalidad, y el tiempo de riesgo de individuos que serán hipertensos. Esto resulta especialmente crítico por el incremento de IAM que en América ha alcanzado niveles epidémicos. En la actualidad, 122 millones de adultos tienen sobrepeso u obesidad, que contribuyen al aumento de PA y sus consecuencias

relacionadas. El JNC-7 aprueba una resolución de la American Public Health Association para que en las comidas manufacturadas y restaurantes se reduzca el sodio alimentario un 50 % en la próxima década. Cuando la estrategia de intervención en salud pública contemple los factores raciales, étnicos, culturales, lingüísticos, religiosos y sociales en la prestación de sus servicios, incrementará la aceptación por la comunidad. El acceso a la salud pública podrá proporcionar una atractiva oportunidad para interrumpir y prevenir el continuo costo cíclico del manejo de la HTA y sus complicaciones (3).

Existen en la literatura algunos Test como el de Morisky-Green y el de Batalla que se han empleado para medir el apego terapéutico que han sido validados y de fácil aplicación (21), sin embargo, ambos se han utilizado en numerosas patologías no siendo específicos para la Hipertensión Arterial.

En la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba se desarrolló un proyecto de investigación para evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas, tomando como base la definición de adherencia terapéutica emitida por la OMS "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico", realizándose la construcción y validación de un cuestionario. Se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica, se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.

Los resultados de la validación del contenido permitieron considerar que la formulación de los ítems es razonable se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario; aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento son adecuadas. Los resultados

sugirieron la presencia de tres factores denominados: cumplimiento activo, autonomía ante el tratamiento y complejidad de la adhesión, que explicaron el 68.72% de la varianza acumulada.

La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach el cual es de 0.889., eliminando el puntaje del ítem a analizar y con la correlación Ítem-total y el Coeficiente de determinación. Este último ofrece información acerca del grado de homogeneidad entre los reactivos que constituyen un instrumento.¹³

El instrumento tiene validez de contenido; esto constituye un importante indicador de su valor y una justificación loable tenida en cuenta en el proceso de validación, pues esta alternativa de validez, permite realizar una valoración crítica del constructo teórico del que se parte y las categorías que se proponen, las cuales expresan un modo específico de conceptualizar el fenómeno de la adherencia terapéutica, tal como se ha expresado en este y en trabajos precedentes.^{3,15,16} Se parte de considerar la adherencia terapéutica como un proceso donde el paciente participa de modo activo y donde se produce una relación de colaboración entre este y su médico con el fin de obtener un resultado comportamental adecuado; la adherencia así concebida supera el mero cumplimiento obediente y pasivo que fomentaría poco la responsabilidad del individuo con el control de su enfermedad.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

(22)

En estudios previos en los cuales se empleó este cuestionario, en el 2009, la Dra. Corugedo (23) encontró 55.6 % de adheridos totales, un 36.8 % de adheridos parciales y un 7.7 % de no adheridos.

En un estudio conducido por el Dr. Martinez (24) en 2011, para conocer los factores de riesgo vascular en pacientes hipertensos en un hospital de segundo nivel, reportan un 42.1 % de adheridos y un 57.9 % de no adheridos según el test MBG.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica por su frecuencia y gravedad se considera una de las principales entidades asociadas al riesgo de sufrir un evento cardiovascular mayor, incluyendo la muerte.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2000, reportó una tasa de HAS del 30.05%, por lo que es la primera causa de morbilidad y mortalidad del adulto entre 20 y 69 años.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 21, es la primera causa de demanda de consulta con un total de casos de 61,481, predominando en edades de 18 a 60 y más. La proporción de pacientes con descontrol de la presión arterial es aproximadamente 80% según la ENSANUT 2006. El control de las enfermedades crónico degenerativas depende en gran parte del apego al tratamiento médico y los cambios en el estilo de vida. Existen causas que dificultan este apego, algunas son imputables a los pacientes, otras a los médicos y algunas más a la misma institución.

Diferentes investigaciones respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y una barrera para el manejo de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados (26,27,28), es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (toma de los medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional), (29,30,31).

Por tal motivo, consideramos importante:

Determinar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

JUSTIFICACION

Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud, OMS 2005 (25), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente. Se propone un objetivo mundial: Disminuir la tendencia prevista para la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta el 2015. Con esto se evitará que 36 millones de personas mueran de enfermedades crónicas en el próximo decenio, casi la mitad de ellas antes de cumplir los 70 años. El 80% de las enfermedades crónicas se producen en los países pobres donde vive la mayor parte de la población mundial (25).

En las últimas décadas México ha logrado una mejoría notable en las condiciones de salud y el mejor indicador es la esperanza de vida, que aumentó 14.8 años entre 1970 y 2010 al ubicarse en la actualidad en un promedio de 75.4 años, señala el Consejo Nacional de Población (Conapo).

El país se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, misma que ha venido acompañada de un cambio en el perfil epidemiológico, siendo más frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

En 2005 el 74.3 por ciento de las defunciones registradas de adultos mayores correspondió a enfermedades no transmisibles, como padecimientos cardiovasculares, que es la primera causa de muerte general, así como tumores y diabetes mellitus.

Especialistas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) advierten que de no seguir las indicaciones del médico y tomar los medicamentos prescritos, una persona con hipertensión arterial puede desarrollar engrosamiento del corazón o embolia cerebral, dos de sus complicaciones más frecuentes, lo que incrementaría

el costo de la atención y demanda de servicio, así como la mortalidad en este tipo de pacientes.

El uso de cuestionarios validados, específicos para evaluar la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial sistémica y de fácil aplicación, es de suma importancia ya que favorece un mejor control y participación activa de los pacientes en el tratamiento de esta patología, principalmente en el primer nivel de atención.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 aplicando el cuestionario de adherencia Martin-Bayarre-Grau.

ESPECIFICOS

1. Identificar los factores socio-demográficos de los pacientes con hipertensión arterial.
2. Determinar tiempo de evolución de la hipertensión arterial sistémica y si existe control o no de la misma.
3. Conocer si existe apego a la dieta con restricción de sodio y si realiza actividad física.
4. Describir si el esquema de manejo terapéutico de la presión arterial es con monoterapia o multiterapia.
5. Identificar si los pacientes presentan peso normal, sobrepeso u obesidad.
6. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal, observacional y descriptivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El universo lo constituyo una población de 188,582 personas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 con un total de 61,481 pacientes hipertensos, de los cuales 20,085 son hombres y 41,396 son mujeres (Diagnostico de Salud 2011). La unidad de análisis se conformo con una muestra de 202 pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años de edad. La recolección de datos se realizó durante el período comprendido entre los meses de febrero a junio de 2012.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizara la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

N = total de individuos que comprende la población (61,481)

Z = es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población (1.96², ya que la seguridad es del 95%)

p = proporción de observación que se espera obtener en una categoría (en este caso 5%= 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1 – 0.05= 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

Entonces:

$$n = \frac{61,481 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 (61,481-1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 202$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION

Pacientes con hipertensión arterial bajo tratamiento clínico adscritos a la consulta externa de medicina familiar de la UMF.

Pacientes del sexo masculino y femenino de la UMF mayores de 18 años.

Cuestionario completo aplicado a los pacientes hipertensos de la UMF.

EXCLUSION

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Pacientes que no aceptaron firmar el consentimiento informado

ELIMINACIÓN

Cuestionarios que por algún motivo no se contestaron en forma completa.

PROCEDIMIENTO

Se aplicó el cuestionario de adherencia MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, cuyo índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.889.

Este es un cuestionario de autorreporte, corto y sencillo, de fácil aplicación y cómodas posibilidades de respuesta por parte del paciente, como la mejor vía para realizar la evaluación rápida del nivel de adhesión o no que tiene el paciente al tratamiento médico indicado. Se reconoció que el reporte del paciente resulta ser

más confiable y ajustado, que la información dada por los propios médicos y familiares.¹⁰

Adicionalmente se tomo el Índice de Masa Corporal y la toma de presión arterial con el método estándar según el JNC 7 (32).

Los datos obtenidos por medio de los cuestionarios fueron procesados a través del programa estadístico SPSS v.20, se utilizó estadística descriptiva. Los resultados se muestran en tablas y gráficas.

VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDADES DE MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años registrados por el paciente en el cuestionario	Cuantitativa	Intervalo	Rangos
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Género registrado por el paciente en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
OCUPACION	Oficio o profesión a la que se dedica una persona	Ocupación registrada por el paciente en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	Obrero, Empleado, Profesionalista, Hogar, Jubilado, Desempleado
NIVEL ESCOLAR	Periodo medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	Grado escolar registrado por el paciente en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	Analfabeta, primaria, secundaria, técnico, bachillerato, licenciatura.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee	Nivel registrado por el paciente en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	Alto, medio, bajo
AÑOS DE DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido que el paciente se conoce con la enfermedad	Tiempo manifestado por el paciente en el cuestionario	Cuantitativa	Nominal	Años
DIETA	Régimen alimenticio que se indica a los pacientes	Sin sal, baja en sal, consumo grasa animal	Cualitativa	Nominal	Si No

ACTIVIDAD FISICA	Régimen de ejercicios indicados al paciente	Caminar 30 min	Cualitativa	Nominal	Si No
NUMERO DE MEDICAMENTOS	Numero de medicamentos indicados al paciente para su control	Numero de medicamentos registrado por el paciente en el cuestionario	Cuantitativa	Ordinal	1 2 3 4 > 4
ADHERENCIA TERAPEUTICA	Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento	Nivel de cumplimiento del tratamiento	Cualitativa	Nominal	Adherencia Total Adherencia parcial No adheridos
INDICE DE MASA CORPORAL	Indicador simple de la relación entre el peso corporal y la talla	Se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos	Cuantitativa	Intervalos	NORMAL 18.5 – 24.99 SOBREPESO 25.0-29.99 OBESO TIPO I 30.0-34.99 OBESO TIPO II 35.0-39.99 OBESO TIPO III + 40
TOMA DE PRESION ARTERIAL	Fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias	La presión sistólica referencia al funcionamiento del corazón y al estado de los grandes vasos. La presión diastólica coincide con la diástole del ventrículo	Cuantitativa	Intervalos	Normal <120 y < 80 Pre hipertensión 120-139 ó 80-89 HTA Estadio 1 140-159 ó 90-99 HTA Estadio 2 >160 ó >100

RECURSOS

HUMANOS:

Médico familiar con población adscrita a la consulta externa de la unidad de medicina familiar. (Investigador)

FISICOS:

Consultorio de la Unidad de Medicina Familiar

Computadora e impresora personales

Hojas blancas para impresión de cuestionarios y consentimientos informados

Lápices, goma, plumas, engrapadora

FINANCIEROS:

A cargo del investigador

CONSIDERACIONES ETICAS

Se aplicaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, justicia, equidad y confidencialidad, en base a los siguientes artículos de reglamento federal y de la ley general de salud:

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

RESULTADOS

Se analizaron los resultados de 202 pacientes de los cuales se excluyeron 21 por datos incompletos.

De los datos socio demográficos (tabla y grafico 1), respecto a la edad mostró la mayor frecuencia el rango de 61 a 70 años, 52 pacientes para un porcentaje de 29 % teniendo una media de 65.6 años. En relación al sexo (tabla y grafico 2), predomina el femenino con 130 mujeres =72 %. Conforme a la ocupación (tabla y grafico 3) el 55 % se dedica al hogar (99), el 22 % son empleados (40), el 12 % jubilados (22), el 5 % desempleados (8), 3 % son obreros (6) y 3 % profesionistas (6). La escolaridad (tabla y grafico 4) con nivel licenciatura 8 (4%), bachillerato 17 (9 %), técnico 28 (16 %) secundaria 36 (20 %), primaria 79 (44 %) y analfabeta 13 (7 %). El nivel socioeconómico (tabla y grafico 5), medio el 77 % (140) y bajo el 33 % (41) respectivamente. Finalmente según los años de diagnosticada la enfermedad (tabla y grafico 6), de 0 a 5 el 29 % (52), de 6 a 10 el 24 % (43), de 11 a 15 el 20 % (37), de 16 a 20 el 12 % (22), de 21 a 25 el 4 % (8), de 26 a 30 el 5 % (9) y más de 30 el 6 % (10).

El 100 % de los pacientes acepto que su médico le había indicado el tratamiento con dieta baja de sal, evitar consumir grasa animal y realizar ejercicio físico.

Respecto al número de medicamentos para su tratamiento (tabla y grafico 7), el 63 % (114) toma un solo medicamento, el 23 % (42) toma 2, el 12 % (21) toma 3 y el 2 % (4) toma 4 respectivamente.

Según el instrumento de evaluación aplicado se obtuvieron: Adheridos Totales 1 % (1), Adheridos Parciales de 87 % (157) y No Adheridos 13% (23) (tabla y grafico 8).

En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC) (tabla y grafico 9) se encontraron 13 % (24) normales, 44 % (80) en sobrepeso, 27 % (48) en obesidad GI, 14 % (25) en obesidad GII y 2 % (4) en obesidad GIII.

Respecto a la toma de cifras de Tensión Arterial encontramos 50 % (90) controlados y 50 % (91) descontrolados según JNC 7 (tabla y grafico 10).

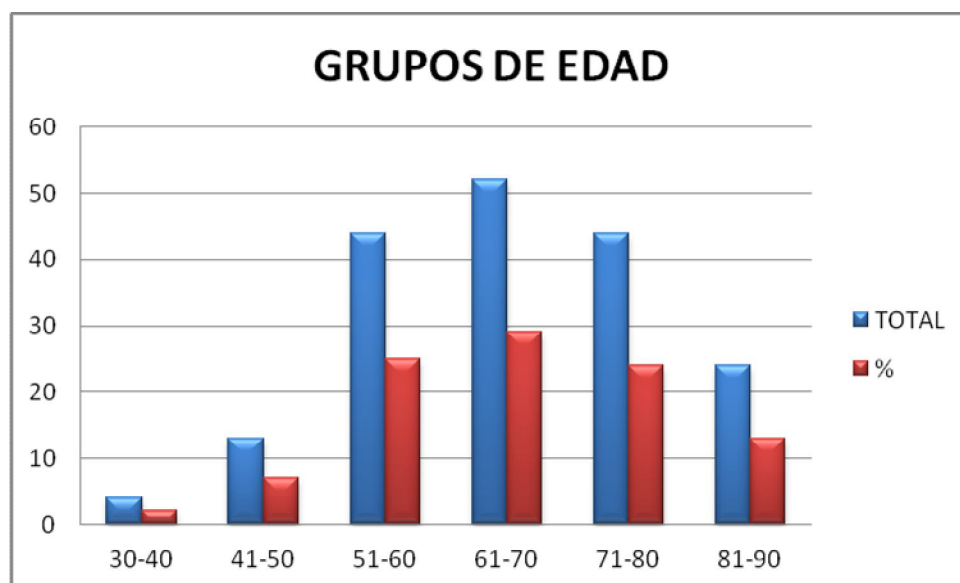
109 pacientes relacionan la toma de medicamentos con actividades de la vida diaria y en el momento que se presenta un cambio en su rutina olvidan la ingesta de los medicamentos.

Se encontró que 156 pacientes deciden de manera conjunta con su médico el tratamiento a seguir y analizan como cumplirlo, pero finalmente el paciente no lo lleva a cabo.

Como es poca la supervisión por parte de la familia en relación a el régimen dietético es bajo el apego al mismo.

TABLA Y GRAFICO No. 1 GRUPOS ETARIOS

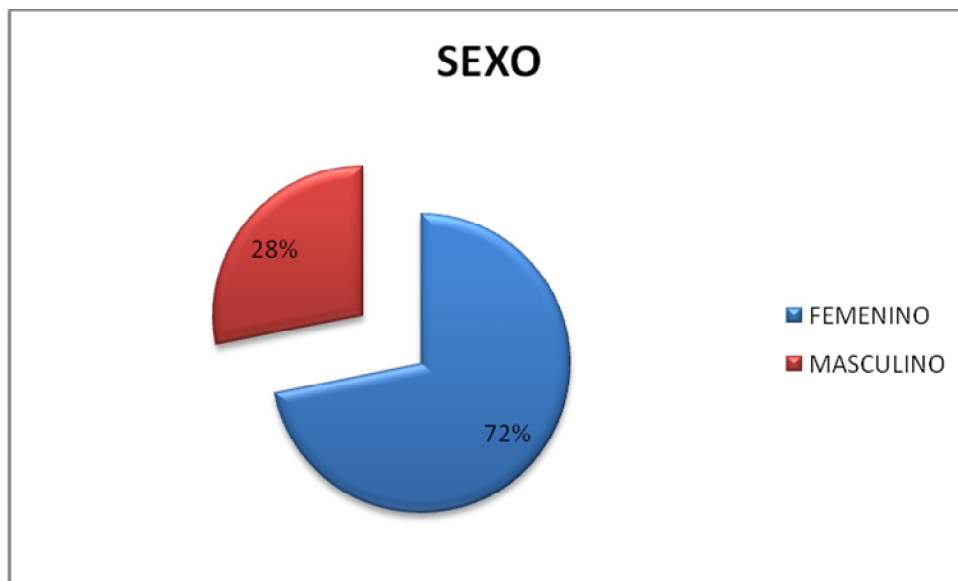
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	%
30-40	4	2
41-50	13	7
51-60	44	25
61-70	52	29
71-80	44	24
81-90	24	13



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 2 SEXO DE LOS PACIENTES

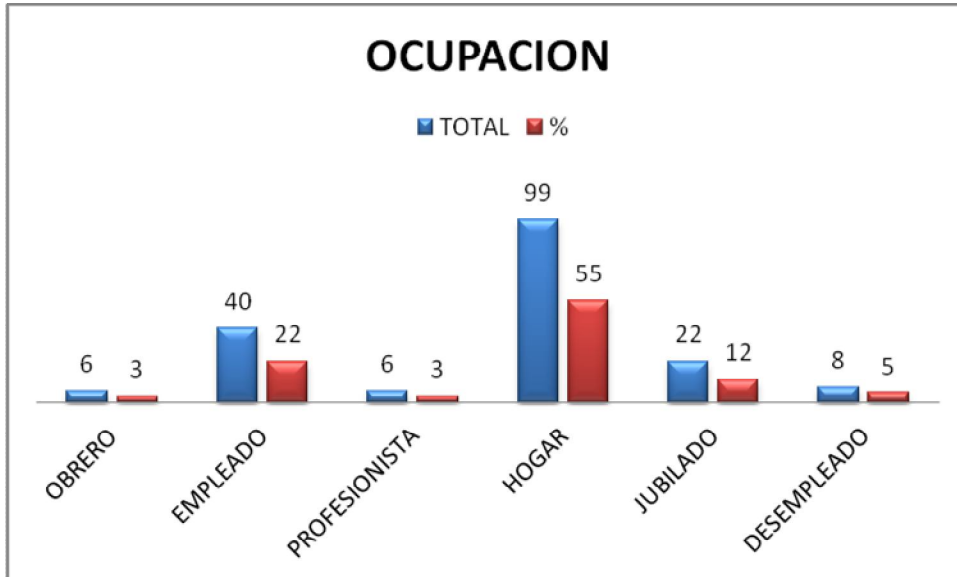
SEXO	TOTAL	%
FEMENINO	130	72
MASCULINO	51	28



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 3 OCUPACION DE LOS PACIENTES

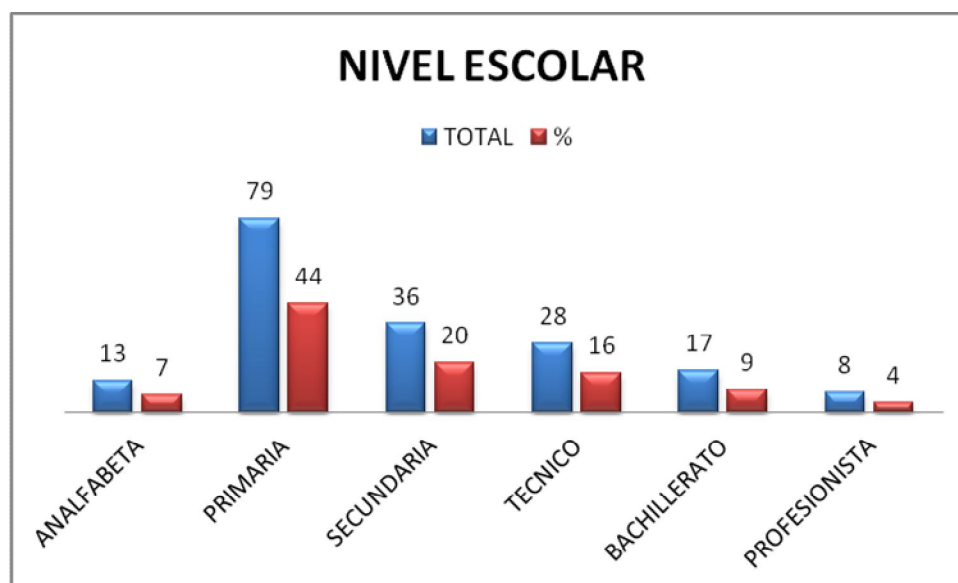
OCUPACION	TOTAL	%
OBRERO	6	3
EMPLEADO	40	22
PROFESIONISTA	6	3
HOGAR	99	55
JUBILADO	22	12
DESEMPLEADO	8	5



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 4 NIVEL ESCOLAR DE LOS PACIENTES

NIVEL ESCOLAR	TOTAL	%
ANALFABETA	13	7
PRIMARIA	79	44
SECUNDARIA	36	20
TECNICO	28	16
BACHILLERATO	17	9
PROFESIONISTA	8	4



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 5 NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES

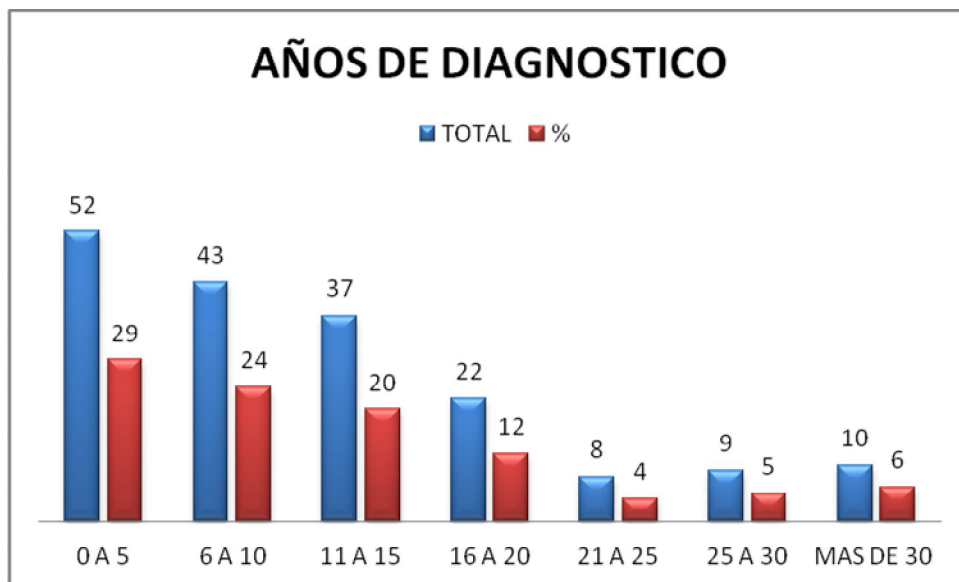
NIVEL SOCIOECONOMICO	TOTAL	%
ALTO	0	0
MEDIO	140	77
BAJO	41	23



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 6 AÑOS DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

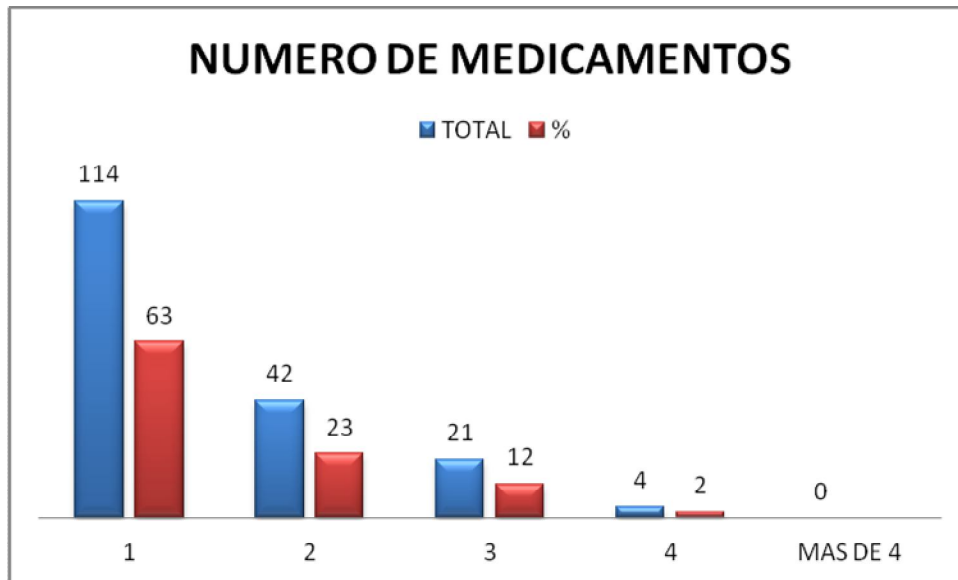
AÑOS DE DIAGNOSTICO	TOTAL	%
0 A 5	52	29
6 A 10	43	24
11 A 15	37	20
16 A 20	22	12
21 A 25	8	4
25 A 30	9	5
MAS DE 30	10	6



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 7 NUMERO DE MEDICAMENTOS QUE TOMAN LOS PACIENTES

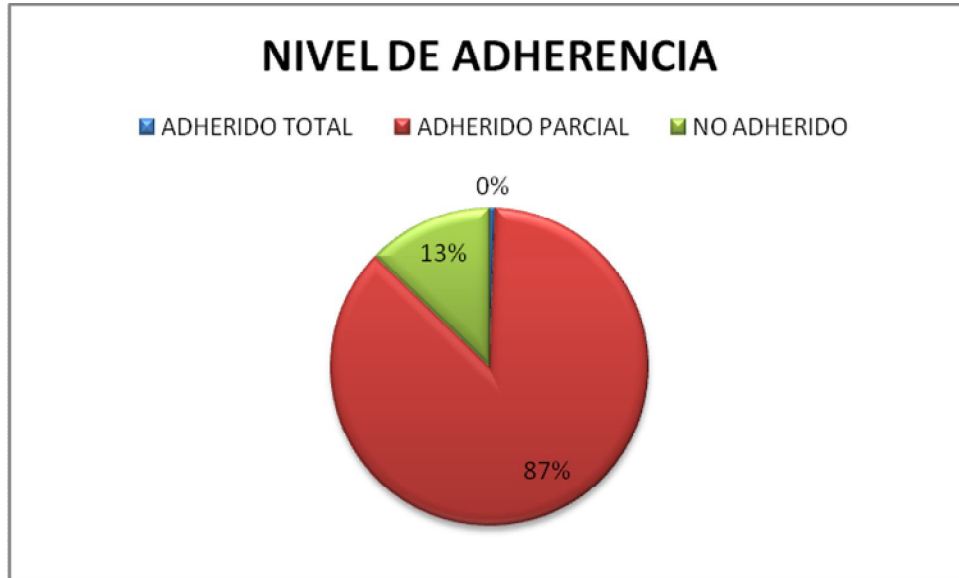
MEDICAMENTOS	TOTAL	%
1	114	63
2	42	23
3	21	12
4	4	2
MAS DE 4	0	



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 8 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

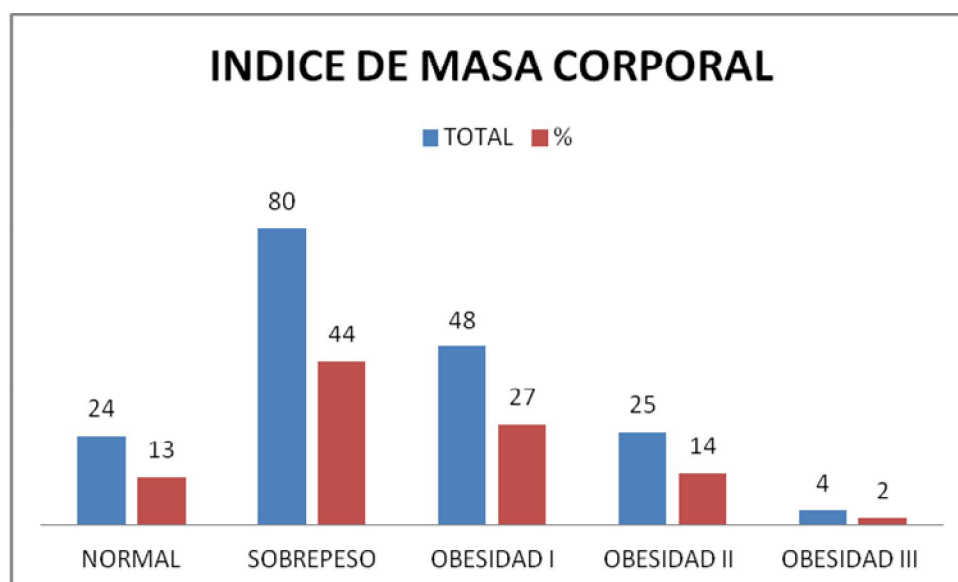
NIVEL DE ADHERENCIA		
ADHERIDO TOTAL	1	
ADHERIDO PARCIAL	157	87%
NO ADHERIDO	23	13%



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 9 INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES

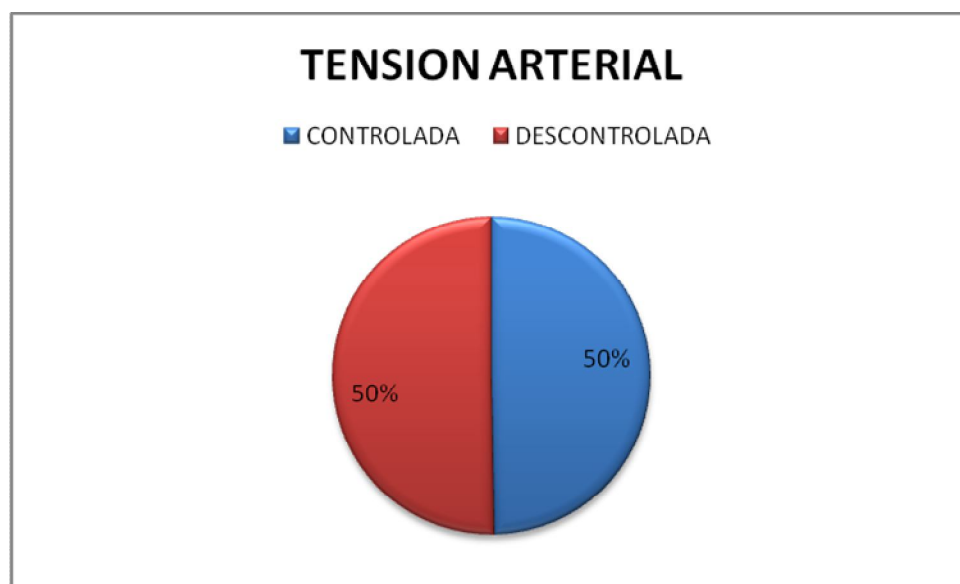
IMC	TOTAL	%
NORMAL	24	13
SOBREPESO	80	44
OBESIDAD I	48	27
OBESIDAD II	25	14
OBESIDAD III	4	2



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

TABLA Y GRAFICO No. 10 TENSION ARTERIAL DE LOS PACIENTES

TENSION ARTERIAL	TOTAL	%
CONTROLADA	90	50
DESCONTROLADA	91	50



Fuente: Cuestionario de Adherencia MBG.

DISCUSION

La importancia del problema de la adherencia al tratamiento está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial; además de su efecto en la calidad de la atención y la relación médico-paciente. Conocer las razones por las cuales un paciente no se adhiere al tratamiento es esencial, de manera que se puedan diseñar y reorientar las intervenciones que buscan mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito, equivocación en el uso de uno u otro medicamento), inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida, automedicación, entre otros. Con base a los resultados obtenidos en este trabajo observamos que hay más mujeres que hombres en los programas de control de hipertensión arterial. El 1% corresponde a adheridos totales, los adheridos parciales predominaron con un 87%, y los no adheridos ocuparon el 13%, en comparación con lo reportado por la Dra. Corugedo (23) en el 2009 quien obtuvo un 55.6 % de adheridos totales, un 36.8 % de adheridos parciales y un 7.7 % de no adheridos. A pesar de que existe un mayor porcentaje de adheridos parciales, los resultados reflejan que existen dificultades con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, solo el 55,6 % de pacientes son adheridos totales. Entre los factores relacionados con la adherencia, las variables dieta y ejercicio presentaron menores posibilidades de adherirse al tratamiento, sobre todo en aquellos pacientes que tienen una vida laboral activa. Esto puede estar relacionado con la presencia de responsabilidades y obligaciones de los pacientes en el ámbito laboral, que provocan la falta de cuidado en la atención a su salud.

En un estudio conducido por el Dr. Martinez (24) en 2011, para conocer los factores de riesgo vascular en pacientes hipertensos en un hospital de segundo nivel, reportan un 42.1 % de adheridos y un 57.9 % de no adheridos según el test MBG. El gran porcentaje de pacientes que presentaron exposición a los factores

de riesgo cardiovasculares evaluados es un indicador de la falta de adherencia al tratamiento. También en este estudio las principales barreras encontradas para la adherencia al tratamiento antihipertensivo son el seguimiento adecuado de la dieta y la actividad física.

Estas cifras ponen de manifiesto que a pesar de la efectividad de los tratamientos para reducir la presión arterial, muchos pacientes no se adhieren a su tratamiento antihipertensivo, lo que según la OMS impide que se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes.

La adherencia al tratamiento es uno de los componentes básicos de la aceptabilidad de la asistencia, una de las dimensiones de la calidad. De igual manera, aumenta la insatisfacción y deterioro de la relación médico-paciente, incrementa la frustración del paciente y del médico y conlleva a diagnósticos incorrectos y a tratamientos innecesarios

CONCLUSIONES

Debido al alto porcentaje de adheridos parciales encontrados en este estudio, consideramos que este es un problema en el cual hay que prestar especial atención ya que la no adherencia al tratamiento conlleva dificultades en el control de la enfermedad hipertensiva y genera complicaciones clínicas que comprometen la vida del paciente además de las múltiples repercusiones socioeconómicas y familiares.

Es necesaria la formación de un grupo interdisciplinario de salud que garantice el entendimiento de la enfermedad por parte del paciente y elabore estrategias para mejorar la adherencia.

Es de vital importancia que los pacientes tengan conocimiento que la hipertensión arterial es una enfermedad que no desaparecerá pero que puede controlarse adecuadamente con dieta, ejercicio y medicamentos. De tal modo que al percatarse de que estas medidas son trascendentes para su salud, el paciente está preparado para convivir con una enfermedad crónica y por lo tanto a adaptarse al tratamiento mientras viva.

Como algunos pacientes responden de forma negativa al enterarse de que tienen esta patología, presentan frustración, ira y estrés que favorecen el desajuste de la personalidad y por ende la falta de adherencia al tratamiento. Por ello, es importante afrontar esta situación con el paciente y su familia e identificar con que recursos cuenta el paciente que favorezcan una interrelación participativa en el manejo y control de la enfermedad.

Como sabemos, la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. Este apoyo es el principal recurso de promoción de salud y prevención de enfermedades y sus daños. Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de la red de apoyo familiar, en especial, para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente.

Por tal motivo, concluimos que los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con eficacia y la percepción de redes de apoyo social suficientes, se asocian a la adherencia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma Oficial Mexicana: NOM-030-SSA 2 1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
2. Dragomir A, Côté R, Roy L, Blais L, Lalonde L, Bèrard A, Perreault S. Impact of Adherence to Antihypertensive Agents on Clinical Outcomes and Hospitalization costs. *Med Care* 2010; 48; 418-425.
3. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7).
4. Appel, L. J. The role of diet in the prevention and treatment of hypertension. *Current Arteriosclerosis Reports*, (2000) 2; 521-528.
5. Appel, L., Champagne, C., Harsha, D., Cooper, L. et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*, (2003); 289(16); 2083-2094.
6. Gatchel, R. J. & Oordt, M. S. Hipertensión. En R. J. Gatchel, M. S. Oordt, (Eds.), *Clinical Health Psychology and Primary Care*. Washington, DC: American Psychological Association. (2002).
7. Gutiérrez, J. Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. *Colombia médica*, (2001). 32, 83-86.
8. Hagberg, J. M., Park, J. J. & Brown, M. D. The role of exercise training in the treatment of Hypertension: an update. *Sports Medicine*, (2000). 30, 193-206.
9. Linden, W., Lenz, J. W. & Con, A. H. Individualized stress management for primary hypertension: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, (2001). 161(8), 1071-1081.
10. Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman, C., Ryden, L. & Nygren, A. Long-Term Effects of Lifestyle Behavior Change in Coronary Artery Disease: Effects on Recurrent Coronary Events After Percutaneous Coronary Intervention. *Health Psychology*, (2005). 24, 1-4.
11. McCraty, R., Atkinson, M. & Tomasina, D. Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(3), 355-369.
12. Paz, M., Sanz, J. & Labrador, F. (2004). Variabilidad de la presión arterial y entrenamiento del manejo de estrés para la hipertensión esencial. *Summer*, (2003). 30(2), 53-62.

13. National Institute of Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 34. Hypertension: Management of Hypertension in Adults in Primary Care. Partial Update of NICE Clinical Guideline 18. June 2006.
14. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon L, Merlino L, Cesana G, Mancia G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *Journal of Hypertension* 2011, 29: 610-618.
15. Roberts M, Epstein B, Optimizing Management of Hypertension With Combination Therapy. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2009;24:5:380-389.
16. Bunker I, Callister W, Chang C-L. How common is true resistant hypertension?. *Journal of Human Hypertension* (2011) 25, 137-140.
17. WHO. Adherence to long term therapies. evidence for action. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 2003. Adherence to long-term-therapies; evidence for action. WHO report 2003.
18. Christensen A, Loring L, Fabricius P, Chrostowska M, Wronka M, Narkiewicz K, Holme E. The impact of an electronic monitoring and reminder device on patient compliance with antihypertensive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of hypertension* 2010, 28: 194-200.
19. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.
20. Macía D, Méndez FX. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, editores. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI; 1996.
21. Rodríguez Chamorro MA et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7
22. Martín Alfonso L^I; Bayarre Vea HD^{II}; Grau Ábalo JA^{III}. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev. cub. salud pública* 2008; 34:1.
23. Corugedo Rodríguez MC^I; Bayarre Vea HD^{II}; Grau Ábalo JA^{III}. Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertension arterial del Policlínico Universitario Manuel Fajardo en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009.
24. Martinez JW, Villa JA, Quintero AM, Jaramillo J, Calderon V, Copete AV. Frecuencia de Factores de riesgo cardiovascular en paciente hipertensos en un hospital de segundo nivel. *Rev. Fac. Nac. Salud Publica* 2011; 29 (2): 19-24.

25. Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital. Recuperado de: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.
26. Amigo I., Fernández, C. & Pérez, M. Manual de Psicología de la salud. Madrid: Pirámide. (1998).
27. Márquez, E., Casado, J., Gil, V., & Martell, N. El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. Hipertensión, (2002).19, 12.
28. Meichenbaum, D. & Turk, D. C. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid: Desclée de Brouwer. (1991).
29. Morrell, R., Park, D., Kidder, D. & Martin, M. Adherence to antihypertensive medications across the life span. The Gerontologist, (1997). 37(5), 609.
30. Rodríguez, J. Psicología social de la salud. España: Síntesis. (1995).
31. Lamb D, Eurich D, Mc Alister F, Tsuyuki R, Semchuk W, Wilson T, Blackburn D. Changes in Adherence to Evidence-Based Medicatios in the First Year After Initial Hospitalization for Heart Failure. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009;2:228-235.
32. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. The Executive Committee of the National Heart, L, and Blood Institute. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington: NIH; 2004.

ANEXOS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACION CLINICA**

Lugar y Fecha

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

DETERMINACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR APLICANDO EL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA MARTÍN-BAYARRE-GRAU.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o de la CNIC con el número: R-2012-3511-12

El objetivo del estudio es:

Determinar la adherencia al tratamiento en personas hipertensas de la UMF aplicando el cuestionario de adherencia MBG (Martin-Bayarre-Grau)

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder una serie de preguntas que tomara un promedio de 15 minutos

Declaro que se me ha informado ampliamente no correré ningún riesgo, inconveniente, molestia o beneficio derivado de mi participación en el estudio ya que solo consiste en responder un cuestionario

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como 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. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente y que no habrá ninguna represalia o pérdida de mis beneficios asistenciales si decido no participar. Mi nombre y datos personales de la investigación serán confidenciales. La privacidad y confidencialidad de los expedientes y su contenido están protegidas por la ley, sin embargo, la información científica derivada de los resultados obtenidos de este estudio puede ser publicada, con la obligación de mantener mi identificación en secreto. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

MC. Víctor Manuel Aguilar Matricula 8978239
Coordinación Auxiliar Medica de Investigación
Delegación Norte del Distrito Federal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: TEL 5747 3500 EXT 25158 victor.aguilar@imss.gob.mx

Testigos

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Estimado paciente:

Con el fin de determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial, le solicitamos 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.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel escolar: _____

Nivel socioeconómico: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) 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 _____ Dieta baja de sal _____
2. No consumir grasa animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Con cuantos medicamentos tiene usted indicado su tratamiento?

1 () 2 () 3 () 4 () más de 4 ()

C) De las siguientes preguntas de acuerdo a la siguiente escala, responda a cada una de ellas:

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	2	3	4	5

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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2011	2012			
		ENERO	FEBRERO- JUNIO	JULIO- AGOSTO	SEPTIEMBRE- OCTUBRE
Investigación bibliográfica	XXXXX				
Elaboración del protocolo	XXXXX				
Registro del protocolo		XXXXX			
Recolección de Datos			XXXXX		
Captura de datos				XXXXX	
Análisis de resultados					XXXXX
Conclusiones					

