



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



**“FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL”**

Proyecto terminal de carácter profesional para obtener el grado de

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

P R E S E N T A:

NANCY CERÓN DELGADO

DIRECTOR DE PROYECTO TERMINAL

D. en C.S.P. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Comité Tutorial

Co-Director: M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Asesor: D en P. S. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Pachuca de Soto, Hidalgo, junio de 2018




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
Master in Public Health

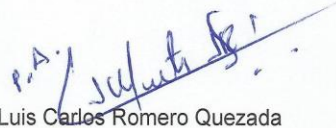
Oficio No. ICSa/AAM/MSP/150/2018
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.
 Pachuca de Soto, Hgo., junio 19 del 2018

C. NANCY CERÓN DELGADO
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"Factores que condicionan la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial"**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 "Amor, Orden y Progreso"


 MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences


 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa


 D. en CSP. Sergio Muñoz Juárez
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

SMJ/mchm*



Eliseo Ramirez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Pachuca de Soto, Hgo., junio 12 del 2018

D. en C. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH

Los integrantes del comité tutorial de la alumna Nancy Cerón Delgado con número de cuenta 109344, comunicamos a usted que el proyecto de producto terminal denominado "Factores que condicionan la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de la impresión.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"

D. en CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Sedezma

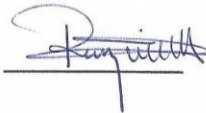
Director





MSP. Josefina Reynoso Vázquez

Codirectora



D en Ps Andromeda Ivette Valencia Ortiz

Asesor



Agradecimientos

A mi esposo Federico por sus palabras y confianza, por su amor, y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente. Amor... gracias por tu paciencia y esas palabras sabias, por acompañarme en los desvelos, te amo.

A mi hija Anette por ser mi fuente de inspiración para poder superarme cada día más, en todos los ámbitos, por su sonrisa, su alegría, chaparrita...eres mi motorcito.

A mis padres Isabel y Guillermina que me dieron la vida por su esfuerzo y dedicación y entera confianza... Gracias por su apoyo, la orientación que me han dado, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y en mi vida. Agradezco los consejos sabios que en el momento exacto han sabido darme para no dejarme caer y afrontar los momentos difíciles, por ayudarme a tomar decisiones que me ayuden a balancear mi vida, y sobre todo gracias por el amor tan grande que me dan.

A mi hermano Osciel... por su apoyo incondicional por estar siempre a mi lado cada que lo necesito, por sus palabras.

A mis amigas Karla Valeria Suberbiel Ramírez y Kenia Yazmin García Perusquía quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento sus alegrías y tristezas por su apoyo incondicional sobre todo por ser mis amigas.

D. en C.S.P. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma por haberme brindado la oportunidad de compartirme su conocimiento, así como la paciencia para guiarme, por su apoyo en la dirección y realización de este proyecto. ¡Muchas Gracias!

M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez por su acompañamiento dedicación, interés y apoyo incondicional, por su paciencia y sobre todo por el tiempo dedicado. ¡Muchas Gracias!

D en P. S. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz en mi memoria tengo el día que ingresamos a la Maestría, en especial a su clase llena de emociones, curiosidades, nerviosismo y alegría, ver cómo y sin pensarlo usted fue nuestra confidente a la hora de las clases...gracias por darme lo mejor de sus enseñanzas, por sus aportes, apoyo, colaboración incondicional en la culminación de este proyecto. ¡Muchas Gracias!

A la Institución del ISSSTE Hospital General de Columba Osorio Rivera, en Especial a las Unidades de Medicina Familiar región Pachuca por su apoyo en la realización de este proyecto.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por la maravillosa oportunidad de poder estudiar y continuar creciendo profesionalmente en mi casa de estudios formar parte de esta gran institución.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca para la realización de mis estudios de maestría.

Tabla de contenido

Resumen	9
Introducción	15
Capítulo 1.....	20
Hipertensión Arterial Sistémica.....	20
Etiología de la Hipertensión Arterial	22
Interacción Genética-Ambiente	23
Historia Familiar de Hipertensión Arterial.....	24
Otros Factores Etiológicos de la hipertensión Arterial	28
Elementos de Riesgo Cardiovasculares en pacientes con HTA	33
Clasificación de la presión arterial CIE-10	34
Fisiopatología	34
Capítulo 2.....	37
Epidemiología.....	37
Capítulo 3.....	43
Factores Relacionados con el Descontrol de la Hipertensión Arterial	43
Capítulo 4.....	54
Planteamiento del Problema	54
Pregunta de Investigación.	56
Justificación	56
Hipótesis.....	57
Objetivos Específicos:	58
Capítulo 5.....	59
Metodología.....	59
Capítulo 6.....	69
Resultados Cuantitativos y Cualitativos.....	69
Capítulo 8.....	81
Discusión	81
Conclusiones	84
Capítulo 9.....	86
Recomendaciones	86

Capítulo 10	88
Limitaciones	88
Bibliografía.....	89
Anexos	94

Contenido de Tablas

Tabla 1. Clasificación de la Presión Arterial

Tabla 2. Definición de variables

Tabla 3. Características sociodemográficas según adherencia

Tabla 4. Puntuación en el cuestionario BMQ, según adherencia al tratamiento

Tabla 5. Resumen del modelo

Tabla 6. Medidas discriminantes por variables

Tabla 7. Códigos y documentos primarios

Tabla 8. Co-ocurrencia de códigos

Contenido de Ilustración

Ilustración 1. Medidas discriminantes

Ilustración 2 Conjunto de puntos de categoría

Ilustración 3 Red familia de códigos y códigos por fundamentación de densidad

Ilustración 4. Red de documentos primarios

Resumen

Introducción. La Hipertensión Arterial Sistémica (HTA), una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, que aquejan la vida moderna, es un problema de salud pública que afecta desproporcionadamente a países desarrollados y en vías de desarrollo, el cual generalmente se puede iniciar en la edad reproductiva, además acorta la esperanza de vida y su descontrol puede aumentar una calidad de vida precaria. Sin embargo a pesar de que actualmente es conocida la asociación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el mayor grado de control de las enfermedades crónicas, la forma en que los pacientes afrontan su enfermedad, por el hecho de que la hipertensión arterial rara vez produce síntomas, hace que se vea mermado el cumplimiento de su tratamiento por ignorancia, olvido o por el hecho de poco interés del médico o la nula capacidad en este problema de Salud Pública que hace que no se logre el control de las cifras de presión arterial. Es por ello que el comportamiento de las personas podrá desempeñar un papel importante en este cambio y con ello lograr incidir en disminuir las principales complicaciones e incluso tener una mayor calidad de vida, si se compromete el paciente adecuadamente al nuevo estilo de vida que exige la enfermedad. **Objetivo.** Analizar los factores que condicionan el descontrol de la hipertensión arterial en pacientes que acuden a Unidades de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a través de la aplicación de un instrumento. **Metodología.** Se realizó un estudio mixto observacional descriptivo de carácter transversal y analítico, mediante las encuestas Morinsky-Green-Levine, Faces III, BMQ General en 314 pacientes con hipertensión arterial descontrolada y el enfoque cualitativo etnometodológico mediante la aplicación de 8

entrevistas a profundidad en informantes clave. El análisis se efectuó por medio del Software IBM SPSS Statistics® 22.0 para Windows (IBM Corp) y Atlas Ti respectivamente.

Resultado. Los factores asociados al descontrol fueron no ser profesional y no tener una estabilidad económica en el retiro de la actividad laboral, esto por el hecho de ser profesional (67.3%) predice que el paciente tiende a ser adherente a su tratamiento, mientras que ser jubilado (13.5%) también influencia en la adherencia al tratamiento, no obstante, el ser ama de casa (31.3%) es predictor de no adherencia. La prueba arroja que el hecho de tener quien te apoye familiarmente, que no se les olvide tomar sus medicamentos y no desconozcan la enfermedad marcara la tendencia hacia la adherencia al tratamiento y en consecuencia control de las cifras de tensión arterial. **Conclusiones** La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) no controlada es un problema de salud pública que afecta a un alto porcentaje de la población, los beneficios económicos de la buena adherencia implican ahorros para el sistema por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. El control de la hipertensión arterial es crucial para evitar complicaciones, los pacientes que tienen adherencia terapéutica tienen mejor control de la presión arterial y esto hace la diferencia a largo plazo.

Palabras clave: hipertensión, paciente, cumplimiento, comportamiento, control, salud pública.

Summary

Introduction. Systemic Arterial Hypertension (SAH), one of the major chronic non-communicable diseases that afflict modern life, is a public health problem that disproportionately affects developed and developing countries, which can usually be started at age reproductive, it also shortens life expectancy and its lack of control can increase a precarious quality of life. However, despite the fact that the association between compliance with pharmacological treatment and the greater degree of control of chronic diseases is currently known, the way patients face their disease, due to the fact that hypertension rarely produces symptoms, makes the fulfillment of his treatment due to ignorance, forgetfulness or due to the fact of little interest of the doctor or the null capacity in this problem of public health that does not achieve the control of the blood pressure figures is reduced. This is why the behavior of people can play an important role in this change, thereby achieve reducing the main complications, and even have a higher quality of life, if the patient is committed appropriately to the new lifestyle that requires the disease. **Objective.** To analyze the factors that condition the lack of control of Systemic Arterial Hypertension in patients that go to Family Medicine Units of the Institute of Security and Social Services of State Workers, through the application of an instrument. **Methodology.** A cross-sectional and analytical descriptive observational mixed study was conducted, using the Morinsky-Green-Levine, Faces III, General BMQ surveys in 314 patients with uncontrolled hypertension and the qualitative ethnomethodological approach through the application of 8 in-depth interviews with key informants. The analysis was carried out using the IBM SPSS Statistics® 22.0

Software for Windows (IBM Corp) and Atlas Ti respectively. **Result.** The factors associated with lack of control were not being professional and not having an economic stability in the retirement of the work activity, this by virtue of being a professional (67.3%) predicts that the patient tends to be adherent to his treatment, while being retired (13.5%) also influences adherence to treatment, however, being a housewife (31.3%) is a predictor of non-adherence. The test shows that having someone support you, do not forget to take your medication. and do not ignore the disease marked the trend towards adherence to treatment and consequently control of blood pressure figures. **Conclusions** Systemic Arterial Hypertension (HAS) not controlled is a public health problem that affects a high percentage of the population, the economic benefits of good adherence imply savings for the system due to the decrease in the use of complex and expensive health services in case of progression of the disease, crisis or relapse. The control of high blood pressure is crucial to avoid complications, patients who have therapeutic adherence have better control of blood pressure and this makes the difference in the long term.

Key words: hypertension, patient, compliance, behavior, control, public health

Glosario de términos

OMS: Organización Mundial de la Salud

NOM: Norma Oficial Mexicana

ISSSTE: Instituto Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores en el Estado

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF: Unidad de Medicina Familiar

HTA: Hipertensión Arterial Sistémica

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

ENSANUT MC: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

TAS: Hipertensión Arterial Sistólica

TAD: Hipertensión Arterial Diastólica

DM: Diabetes Mellitus

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PA: Presión Arterial

GC: Gasto Cardíaco

RVPT: Resistencia Vascular Periférica Total

AVE: Accidente Vascular Cerebral

IC: Insuficiencia Cardíaca

ACV: Accidente Cerebrovascular

ECA: Enzima Convertidora de Angiotensina

Na: Sodio

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud

Ca: Calcio

Mg: Magnesio

HDL: Lipoproteínas de Alta Densidad

EDHF: Factor Hiperpolarizante del Endotelio

ETs: Endotelinas

Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HTA), una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, es un problema de salud pública que afecta desproporcionadamente a países desarrollados y países en vías de desarrollo. (Arias-Albuja G, 2014) La HTA, es definida por una tensión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 140mmHg y/o una tensión arterial diastólica (TAD) igual o superior a 90mmHg. Es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiencia renal. (Belgica, 2013; OMS, 2013)

La hipertensión implica una carga de primer orden en la mortalidad y morbilidad en las enfermedades del sistema circulatorio, y una enorme carga en los costes de atención sanitaria y en los costos de producción por ausentismo laboral. (OPS, 2014), por lo que es uno de los mayores retos junto con la obesidad y la diabetes que enfrenta en Sistema de Salud.

La alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en 2006, 47.8% de los adultos con hipertensión no había sido diagnosticado, aunado a que únicamente 39% de los que ya habían sido diagnosticados, recibía tratamiento. El problema es que no se diagnostica a todos.

Impacto Económico

El aumento de los costos en salud derivados de la falta de cumplimiento o de los cambios en la medicación originariamente prescrita ha sido calculado en un 20% *per cápita* por año. Es decir, los gastos directos para la atención de la HTA en México (consultas,

medicamentos, hospitalización, etcétera) fueron de poco más de 2,446 millones de dólares y pasaron a 3,100 millones en 2012. En tanto que los costos indirectos (muerte, incapacidad permanente o temporal) se incrementaron en esas mismas fechas de más de 2,713 millones de dólares a más de 3,437 millones. Por otro lado, destaca que, en 2011, los mayores gastos por proveedores de servicios de salud los tenía el IMSS (más de 1,404 millones de dólares), seguido por la SSA (842 millones 711,000) y el ISSSTE (561 millones 796,000). Sin embargo, el mayor gasto que se hizo fue el de bolsillo (pacientes y familiares), el cual contabilizó 2,924 millones de dólares.

Por otra parte, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida. En la esfera laboral puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan la vida económica y suelen interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que la persona tiene en la familia.

La detección temprana de HTA, su tratamiento apropiado y el control sostenido de la tensión arterial, produce importantes beneficios sanitarios y de índole económica. Ser diagnosticado como hipertenso condiciona un estado clínico en donde la expectativa de vida del paciente se acorta y la calidad de vida se altera. La mitad de los pacientes infartados son hipertensos; dos terceras partes de los pacientes con accidente cerebrovascular son hipertensos. Cuando uno analiza y compara un sujeto normotenso con uno hipertenso, las complicaciones cardiovasculares son más frecuentes en este segundo grupo. Al igual que la

obesidad y la diabetes, la hipertensión arterial es una de las enfermedades de la civilización que se produce por la combinación de los estilos de vida del mundo moderno con la carga genética que tenemos. Conocida como el enemigo silente o el “asesino silencioso”, la hipertensión arterial en sus inicios es muy difícil de diagnosticar clínicamente ya que las manifestaciones que produce suelen aparecer cuando la enfermedad ha avanzado lo suficiente como para producir daños en los denominados órganos "blanco o diana" como son el cerebro, los riñones, ojos o el corazón. Por tal motivo es de vital importancia controlar bien a los hipertensos. El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remontan a tiempos muy antiguos. Hipócrates afirmaba en algunos de sus escritos que algunos pacientes mentían al médico cuando eran interrogados acerca de si habían tomado las medicinas indicadas; en efecto, en el corpus hipocrático se habla ya de los errores y engaños de los enfermos y de cómo aquellos eran considerados como un obstáculo para la curación del paciente. (Vinaccia S, 2006)

Actualmente es conocida la asociación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el mayor grado de control de las enfermedades crónicas, y como consecuencia de ello la menor o mayor morbimortalidad cardiovascular. Desde este punto de vista, el control de la hipertensión arterial y la forma en que los pacientes afrontan su enfermedad es clave a la hora de prevenir riesgos posteriores. Además, la HTA rara vez produce síntomas en las primeras etapas y, en muchos casos, no se diagnostica adecuadamente, por lo que el enfermo puede no ser consciente de que está padeciendo ningún tipo de dolencia. (Martos-Méndez, 2016)

Sin embargo, el comportamiento de las personas podrá desempeñar un papel importante en esta evolución e incluso alargar su vida, si se adhiere adecuadamente al estilo de vida que exige la enfermedad. Actualmente se reconoce a la adherencia una gran importancia en el manejo de las enfermedades crónicas, puesto que la falta de ella hace ineficaz el tratamiento prescrito aumentando la morbilidad y mortalidad, al igual que los costos de asistencia hospitalaria (Zambrano R, 2012) Esto nos hace entender que un aspecto importante en los pacientes con hipertensión arterial es el compromiso con el cumplimiento del tratamiento. (Grau-Abalo., Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales., 2016) (Gonzalez, 2014)

El cumplimiento del tratamiento médico se refiere al grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud. El no cumplimiento, por otra parte, se refiere a la ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico. A pesar de ser una práctica común es poco detectada por los profesionales de la salud, por lo que uno de los más grandes problemas que enfrentan los profesionales de la salud, es cómo maximizar el cumplimiento de los planes terapéuticos en los pacientes. (D'Anello., 2006)

Cada año se gastan muchas horas y recursos económicos en mejorar la eficacia y seguridad de los medicamentos, así como en implementar protocolos de atención médica; sin embargo, se dedican muy pocos recursos al hecho de si el paciente los toma o no, y de poco sirve disponer de tratamientos excelentes si el paciente no atiende correctamente las recomendaciones médicas (Zambrano R, 2012)

La adherencia al tratamiento ha sido definida de diferentes formas, pero principalmente como el cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas. Con el transcurso de los años, se ha ido superando esta connotación reduccionista, otorgándosele cada vez más un papel activo al paciente. Asimismo, la adherencia a otros aspectos no farmacológicos que hacen parte de los tratamientos (como la modificación de hábitos alimentarios, de actividad física, el manejo de emociones, etc.) ha empezado a considerarse como importante. (Varela-Arévalo., 2010)

Así, a pesar de los esfuerzos por controlar la HTA, 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. (Varela-Arévalo., 2010; Noack, 2013; James, 2014)

Al comparar por instituciones de salud se observó que el más bajo control de hipertensión arterial lo obtuvo el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 34.4% de sus derechohabientes estaba controlada, seguido de la Secretaría de Salud con el 45.4% y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 46.6%. (Campos., 2013).

El presente estudio, es un Estudio mixto observacional descriptivo de carácter transversal y analítico, posteriormente se realizará un estudio cualitativo fue realizado con el propósito de conocer cuáles son los factores biopsicosociales que obstaculizan el control de la hipertensión arterial de acuerdo a lo descrito en la literatura.

Capítulo 1

Hipertensión Arterial Sistémica

La Presión Arterial (PA) se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media, es controlada por el gasto cardíaco y la resistencia periférica total ya que como se sabe está es igual al producto de ambas, a su vez estos dependen de otros factores fisiológicos como:

- Gasto Cardíaco (GC): el cual está determinado por la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción, estos a su vez están en función del retorno venoso que depende de otros factores como son: la actividad constrictora o dilatadora de las venas, la actividad del sistema renal, etc.
- Resistencia Vascular Periférica Total (RVPT): Dependerá de la actividad constrictora o dilatadora de las arteriolas, del eje renina angiotensina y de la propia magnitud del gasto cardíaco, entre otros.

La Norma Oficial Mexicana define como Hipertensión Arterial Sistémica, al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg. y como Hipertensión Arterial descontrolada, a la elevación sostenida de las cifras

de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada o no de manifestaciones menores de daño agudo a órganos blanco. (NOM-030-SSA2-2009)

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México. Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. La falta de actividad física es un riesgo para la salud mundial y es un problema extendido y en rápido ascenso en los países, tanto desarrollados como en los que están en vías de desarrollo y para lograr los mejores resultados en la prevención de las enfermedades crónicas, es muy importante que las estrategias y las políticas que se apliquen reconozcan plenamente el papel fundamental de la actividad física como marcador de riesgo para las mismas. (Ismael, 2013; Alvarez, 2013; Weschenfelder M, 2012). Existe una asociación entre la hipertensión arterial y el excedente de peso. (IMSS, 2014)

Frecuentemente está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardiaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. (Ruiz E., 2015) (AHA, 2013) La hipertensión persistente es considerada uno de los factores de riesgo para AVE, infarto de miocardio, IC y aneurisma arterial, y es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica y diálisis. Incluso una moderada elevación

de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida. (Sanchez R. A., 2010) (Cinza S, 2011) Esta patología se ha convertido en un importante factor de riesgo, para desarrollar enfermedades cardiológicas y cerebrovasculares.

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, sino también factores de riesgo cardiovascular modificable y no modificable. Entre los factores de riesgo modificables tenemos: los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad) y los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés). Entre los factores de riesgo no modificables tenemos la edad, el género, el grupo étnico (afrodescendientes), y la predisposición genética. (Sanchez J. , 2010; Cisnero D, 2011; Rodriguez R, 2011)

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad. (Maldonado-Reyes., 2016; Bertoldo., 2013; Salgado, 2016)

Diversas investigaciones consideran varios factores fisiopatológicos como posibles causantes de hipertensión, entre ellos destaca el estrés, factor que está aumentando por los estilos de vida de la población actual lo que lleva al incremento de la actividad del sistema nervioso simpático (Moncloa A, 2015; Perk J, 2012).

Etiología de la Hipertensión Arterial

Existen diversas causas que condicionan la aparición de hipertensión arterial: entre la que encontramos: interacción genética- ambiente, historia familiar de la Hipertensión Arterial

Interacción Genética-Ambiente

La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta y la actividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial. Esta interacción origina los denominados fenotipos intermedios, mecanismos que determinan el fenotipo final hipertensión arterial a través del gasto cardíaco y la resistencia vascular total. Los fenotipos intermedios incluyen, entre otros: el sistema nervioso autónomo, el sistema renina angiotensina, factores endoteliales, hormonas vasopresoras y vasodepresoras, volumen líquido corporal.

En una población libre de factores que predispongan a la hipertensión, la PA presentará una distribución normal, estará desviada a la derecha y tendrá una base estrecha o menor varianza. Cuando surge un factor que predispone a la hipertensión, como el aumento de masa corporal, la curva de distribución normal se desplaza más hacia la derecha, aumenta la base (mayor varianza), y se aplanan. Si al aumento de masa corporal se agrega otro factor, como el consumo de alcohol, la curva se desplazará aún más hacia la derecha, aumentará la variancia y habrá más individuos considerados hipertensos. Los límites entre la influencia del ambiente y de los genes son borrosos. Sobre todo, con la detección del retardo del crecimiento intrauterino como fuerte indicador predictivo de hipertensión futura. (Archiong F, 2014; Gonzalez, 2014; Libre, 2011; Hansen, 2002).

Historia Familiar de Hipertensión Arterial

Se ha comprobado que la correlación entre la PA de hermanos naturales es muy superior a la de hermanos adoptados, así como la correlación de los valores de PA entre padre e hijo y madre e hijo son muy superiores en los hijos naturales que en los adoptados. Entre los gemelos monocigotos la correlación de los valores de PA es muy superior a la de los dicigotos. La historia familiar de hipertensión predice de forma significativa la afectación futura por la hipertensión en miembros de esa familia. La fuerza de la predicción depende de la definición de historia familiar positiva y del sexo y la edad de la persona en riesgo: es mayor el riesgo de padecerla cuantos más familiares de primer grado la presenten, cuando la presentaron a edad más temprana, cuanto más joven es el sujeto en riesgo, y para la misma definición y edad, siempre mayor en las mujeres.

Papel de la Genética en la Hipertensión Arterial

Hay muchos genes que pueden participar en el desarrollo de hipertensión. La mayoría de ellos están involucrados, directa o indirectamente, en la reabsorción renal de sodio.

Síndromes mendelianos monogénicos:

Sólo 1-2% de los casos de HTA se deben a lesiones monogénicas. Reúnen las características de la herencia de tipo mendeliano: se hereda la causa, el impacto ambiental es escaso y se producen por mutaciones específicas de un solo gen. Estas mutaciones tienen como resultado excesiva retención renal de sodio, bien por defectos primarios en los sistemas de transporte en la nefrona distal, bien por estimulación de la actividad del receptor de mineralocorticoides. Se dividen en: Síndromes por sobreproducción de mineralocorticoides,

síndromes por incremento de la actividad mineralocorticoide. El fenotipo de estos síndromes es una hipertensión arterial severa desde el nacimiento, aumento de la reabsorción renal de sal, expansión de volumen, sensibilidad a la sal, supresión de la actividad de renina plasmática, elevación de aldosterona o supresión de aldosterona, alcalosis metabólica e hipopotasemia variable. Se produce muerte prematura por accidente cerebrovascular (ACV).

Hiperaldosteronismo que responde a los glucocorticoides (GRA)

Autosómica dominante. Reside en el cromosoma 8. Es una quimera resultado de la fusión de secuencias del nucleótido de la región promotora-reguladora de la 11-beta hidroxilasa, controlada por la hormona adrenocórtico trófica, y la porción estructural del gen de aldosteron-sintetasa.

La secreción de aldosterona es regulada por la hormona adrenocorticotrófica. El tratamiento con glucocorticoides disminuye la PA y da el nombre al cuadro.

Síndrome de Liddle's

Autosómica dominante. Reside en el cromosoma 16. Consiste en mutaciones en el canal epitelial del sodio sensible a amiloride (subunidades beta o gamma de los canales del sodio), que conducen a incremento de su actividad. Genéticamente es un síndrome heterogéneo. Consiste en la eliminación de 45 a 75 aminoácidos del terminal citoplásmico carboxil de la beta o gamma subunidades del canal. A diferencia del aldosteronismo primario en el síndrome de Liddle's, la aldosterona está suprimida. Es posible que algunos pacientes considerados salsensibles tengan en realidad un síndrome de Liddle's.

Exceso aparente de mineralocorticoides

Autosómica recesiva. Consiste en la mutación en la isoforma renal-específica 11 beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa. Este gen puede ser un locus para la hipertensión esencial sensible a la sal.

Normalmente esta enzima convierte el cortisol al metabolito inactivo cortisona. En la nefrona distal el cortisol y la aldosterona tienen una afinidad similar por el receptor mineralcorticoide. La deficiencia enzimática favorece que los receptores de la nefrona sean ocupados y activados por el cortisol, causando el fenotipo habitual de hipertensión en estos síndromes, con aldosterona baja, y más importante, una forma sal-sensible de hipertensión. Se ha denominado hipertensión juvenil monogénica.

Hipertensión autosómica dominante con braquidactilia

Es el único de estos síndromes monogénicos que no actúa a través de la retención renal de sodio. Se trata de un síndrome familiar con braquidactilia autosómica dominante y baja estatura, localizado en el cromosoma 12p, y que puede incluir un defecto neurovascular.

Genes candidatos (con fuerte evidencia de relación con la HTA)

Frente a la herencia mendeliana de los síndromes monogénicos, la herencia de la mayor parte de los pacientes con hipertensión esencial es la denominada herencia de rasgos complejos, en la que se hereda la predisposición, existe un importante impacto ambiental y son polimorfismos de genes comunes, interviniendo habitualmente varios genes. Están involucrados muchos cromosomas, entre los que se encuentran el 17 y el Y.

Genes del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona:

Variantes del gen del angiotensinógeno, que interactúa con la sensibilidad al sodio de la dieta:

- polimorfismo M235T del gen del angiotensinógeno. Los sujetos con alelo T (genotipo TT) presentan valores elevados de angiotensinógeno en plasma y se ha asociado a HTA. La asociación es menos consistente con las repercusiones vasculares, cardíacas y renales de la HTA.
- Polimorfismos de inserción (I)/delección(D) del gen de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). La delección de una parte del gen que codifica la enzima (genotipo DD) aumenta su actividad. Aunque existen discrepancias sobre su asociación a HTA, sí se ha observado una asociación más constante con las repercusiones vasculares, renales y cardíacas de la misma.
- Gen de la aldosteron-sintetasa: se encuentran mutaciones en los pacientes hipertensos con renina más baja¹⁰. También es responsable de una forma monogénica de hipertensión con bajos niveles de renina. Se ha asociado a hipertrofia ventricular izquierda y fibrosis miocárdica.
- Gen del receptor tipo I de la Angiotensina II.

Gen de la Kalicreina (enzima que transforma el quininógeno en bradicinina): variación en el gen que origina disminución del 50% del nivel de Kalicreina con disminución consecuente de bradicinina. Anomalías del transporte celular:

- Alfa-adducina: Incrementa la reabsorción tubular del sodio. La sustitución de un aminoácido (glicina por triptofano) en el codon 460 del gen aumenta el riesgo de HTA.

Se asocia al subgrupo de hipertensos sal-sensible. También se asocia con respuesta aumentada a la hidroclorotiazida (reduce dos veces más la PA).

- Contratransporte eritrocitario Na-Li. – Lugares de unión a la ouabaina.
- Ácido úrico.

Otros Factores Etiológicos de la hipertensión Arterial

Se han descrito los siguientes factores hipertensinogénicos:

- Obesidad.
- Resistencia a la insulina.
- Ingesta elevada de alcohol.
- Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles a la sal.
- Edad y Sexo.
- Sedentarismo.
- Estrés.
- Ingesta baja de potasio.
- Ingesta baja de calcio.

Muchos de estos factores son aditivos, tal como ocurre con la obesidad y la ingesta de alcohol.

Obesidad

La obesidad ha sido ampliamente reconocida como un factor de riesgo para el desarrollo de HTA. Es común en todas las sociedades desarrolladas y ha sido observada con

una alta frecuencia entre niños. Es sabido, que el aumento de la grasa abdominal, se asocia con peores consecuencias metabólicas y se ha relacionado con la dislipemia, la diabetes mellitus (DM) tipo II y con la HTA. El mecanismo por el cual la obesidad y la distribución de la grasa a nivel abdominal provoca un mayor riesgo de HTA no es conocido. Se ha observado que la pérdida de peso se correlaciona con una disminución de las cifras de PA.

Resistencia a la insulina

La resistencia a la insulina es un trastorno metabólico que se manifiesta por una reducción en la utilización de la glucosa en el músculo esquelético periférico. El hecho de que ciertos grupos étnicos no presenten asociación entre la resistencia a la insulina y la hipertensión significa probablemente, que están participando tanto mecanismos genéticos como fenómenos ambientales, que contrarrestan la influencia de la insulina. No todos los individuos que presentan resistencia a la insulina son hipertensos y la mayoría de los hipertensos no obesos no presentan resistencia a ella. Sin embargo, ambas alteraciones se presentan juntas con una frecuencia mucho mayor de lo que se esperaría por azar.

La insulina favorece la retención renal de sodio (Na) con el consecuente aumento del volumen intravascular, incrementa la actividad del Sistema Nervioso Simpático aumentando las resistencias periféricas y el gasto cardíaco, favorece la proliferación de las células musculares lisas, facilitando la aterogénesis y parece provocar, una alteración en el transporte transmembrana, incrementando la concentración de Ca intracelular y aumentando la resistencia vascular.

Existe un mecanismo que podría explicar la relación entre la resistencia a la insulina y la hipertensión arterial, una asociación que habitualmente también se acompaña de un grado mayor o menor de obesidad, que es el sedentarismo. Se ha demostrado que el ejercicio físico regular mejora todas las alteraciones metabólicas y hemostásicas que sufren los pacientes con resistencia a la insulina. Además, tiende a revertir la composición corporal anormal y la distribución de la grasa que presentan estos enfermos.

Diabetes mellitus:

La DM y la HTA se asocian con una frecuencia elevada. Los pacientes con DM tipo I, presentan HTA cuando desarrollan nefropatía diabética, no siendo más frecuente la hipertensión en pacientes sin diabetes, que en aquellos con diabetes sin nefropatía. Por el contrario, en los individuos con DM tipo II, la mayoría de los cuales son obesos, la hipertensión es más frecuente que en pacientes obesos no diabéticos. Cuando la DM se acompaña de HTA las complicaciones tales como el ACV, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca y eventos coronarios aumentan, en relación a los pacientes no diabéticos. La DM aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular prematura.

Alcohol

El consumo excesivo de alcohol debe ser considerado como un posible factor de riesgo para la HTA, así como con arritmias cardíacas, miocardiopatía dilatada y ACV hemorrágicos. Se han descrito varios posibles mecanismos por los que el alcohol media su efecto en la PA:

- Aumento de los niveles de renina-angiotensina y/o de cortisol.
- Efecto directo sobre el tono vascular periférico, probablemente a través de interacciones con el transporte del calcio.
- Alteración de la sensibilidad a la insulina.
- Estimulación del Sistema Nervioso Central.
- Depleción de magnesio que podría provocar vasoespasmo e HTA.

Ingesta de sal

El aporte excesivo de Na induce hipertensión por aumento del volumen sanguíneo y de la precarga, lo cual eleva el gasto cardíaco. También puede aumentar la PA mediante otros mecanismos.

Edad y sexo

La prevalencia de HTA aumenta a partir de los 20 años de edad y es más frecuente en el sexo femenino.

Sedentarismo

Varios estudios han demostrado que el ejercicio regular y la actividad física se asocian con niveles menores de PA y menor prevalencia de HTA. El ejercicio físico previene y reestablece las alteraciones en la vasodilatación dependiente del endotelio que aparecen con la edad. Además del efecto sobre la PA, el ejercicio influye favorablemente sobre determinados factores que se relacionan con la cardiopatía isquémica como son la reducción del colesterol y triglicéridos, de la agregación plaquetaria y del peso; aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y la tolerancia a la glucosa.

Estrés

El estrés es un estimulante evidente del sistema nervioso simpático. Los individuos hipertensos y los que probablemente presentarán hipertensión sufren mayor estrés o responden a él de una manera diferente. Existen estudios que avalan que las personas expuestas al estrés psicógeno pueden desarrollar hipertensión más frecuentemente que quienes no lo sufren. Incluso en individuos jóvenes sanos se ha demostrado disfunción endotelial transitoria después de experimentar estrés mental.

Otros aspectos nutricionales

Pueden afectar a la PA y participar en la alta prevalencia de la HTA: Calcio (Ca), participa en numerosas funciones orgánicas, incluyendo la conducción de los impulsos nerviosos, la contracción muscular, la coagulación y la permeabilidad de las membranas celulares. Magnesio (Mg): La deficiencia de Mg es rara, siendo más frecuente en pacientes con enfermedades gastrointestinales, renales, en alcohólicos o aquellos con tratamientos que inhiban la reabsorción de Mg (tiacidas). Las alteraciones del metabolismo del Mg se han relacionado con múltiples enfermedades, incluyendo cardiopatías, sin embargo, su relación con la PA es aún controvertida.

Tabaquismo

El tabaco puede elevar, de forma transitoria, la PA en aproximadamente 5-10 mmHg³³⁻³⁴. El uso crónico del tabaco no se ha asociado con un incremento de la incidencia de HTA. Los fumadores habituales, generalmente, tiene niveles más bajos de PA que los no fumadores, que puede estar relacionado con el menor peso del fumador,

así como por el efecto vasodilatador de los metabolitos de la nicotina. El tabaco se debe evitar en la población en general, y en hipertensos en particular, ya que aumenta marcadamente el riesgo de enfermedad coronaria y parece estar relacionado con la progresión hacia insuficiencia renal.

Elementos de Riesgo Cardiovasculares en pacientes con HTA

Factores de Riesgo Mayores

- Tabaquismo, dislipidemias, Diabetes mellitus.
- Edad por encima de 60 años,
- Sexo (hombres y mujeres postmenopáusicas)
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular (Mujeres por debajo de 65 y hombres por debajo de 55 años). (Martínez, 1999; Wagner, 2010)

Es importante en el primer nivel de atención identificar a los pacientes con hipertensión arterial no diagnosticada y principalmente a los pacientes con hipertensión arterial descontrolada, con la finalidad de diseñar estrategias a fin de promover y proteger a las pacientes de las complicaciones.

A continuación, se presenta la clasificación de Hipertensión Arterial de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (Tabla 1).

Clasificación de la presión arterial CIE-10

Tabla 1. Clasificación de Hipertensión arterial

presión arterial optima	< 120/80 mmHg
presión arterial normal	120-129/80 -84 mmHg
presión arterial normal alta	130-139/85-89 mmHg
Hipertensión Arterial	
etapa 1	140-159 /90 -99 mmHg
etapa 2	160-179 / 100 -109 mmHg
etapa 3	≥180 / ≥ 110 mmHg

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Fisiopatología

La hipertensión arterial se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial, con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico, factor hiperpolarizante del endotelio -EDHF) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Es conocida la disminución a nivel del endotelio de la prostaciclina-PGI₂ vasodpresora y el aumento relativo del tromboxano-TXA₂ intracelular vasoconstrictor (Hansen, 2002) (Wagner, 2010)

Endotelinas

Las endotelinas (ETs) son factores vasoconstrictores locales muy potentes, cerca de 10 a 100 veces más poderosos que la angiotensina II. Se sabe actualmente que se trata de un

sistema complejo: pre-proendotelina =proendotelina, =ET1, formándose principalmente ET1, pero también en menor proporción, ET2 y ET3. La ET1 ejerce diversas acciones: sobre el tono vascular, la excreción renal de sodio y agua y la producción de la matriz extracelular. (Zhang, 2014; Márquez, 2012)

Sistema Renina Angiotensina-Aldosterona

Es un sistema sumamente complejo, que comprende una serie de proteínas y 4 angiotensinas (I, II, III y IV) con actividades propias y específicas. Además de sus acciones propiamente vasculares, induce estrés oxidativo a nivel tisular, el que produce tanto cambios estructurales como funcionales, especialmente disfunción endotelial, que configuran la patología hipertensiva. (Carbajal L, 2013; Mas-Heredia M, 2014)

Las acciones de la angiotensina II incluyen: contracción del músculo liso vascular arterial y venoso, estimulación de la síntesis y secreción de aldosterona, liberación de noradrenalina en las terminaciones simpáticas, modulación del transporte del sodio (Na) por las células tubulares renales, aumento del estrés oxidativo por activación de oxidasas NADH y NADPH. (Means, 2012; Takahashi H, 2011)

Factor digitálico endógeno

Se trata de un factor hormonal, inhibe a la bomba Na – K – Mg – ATPasa, con intensa actividad vasoconstrictora, de acción natriurética. Su concentración se halla elevada en cerca de 50% de pacientes hipertensos esenciales.

Hormonas gastrointestinales del sistema – Captación y descarboxilación de los precursores del grupo amino. Muchas de estas hormonas, secretadas por diversas células especializadas del aparato digestivo, poseen una intensa acción vascular. Así el péptido

intestinal vasoactivo es vasodilatador, la coherina es vasoconstrictora, la colecistokinina es vasodilatadora, la sustancia P también es vasodilatadora. Lo mismo, la bombesina, las endorfinas y los eicosanoides. (Ruiz, 2014; Lewis, 2010)

Existe la posibilidad de que estas hormonas contribuyan a la regulación de la presión arterial, regulación que se perdería en la HTA esencial.

El tratamiento medicamentoso de la HAS está compuesto por grupos de medicamentos de acciones diversas cuyo objetivo mayor es la reducción de la morbimortalidad cardiovascular. Este beneficio es observado, independientemente de la clase de medicamento utilizado. Se destaca que el tratamiento no implica solo la utilización de medicamentos, es preciso también invertir en la modificación del estilo de vida. Así, son necesarios cambios en algunos hábitos y costumbres, en relación a la alimentación, al consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, así como la práctica de ejercicios físicos. Cambiar el hábito de vida implica cambios en la forma de vivir y en la propia idea de salud que tiene el individuo.

Constituye uno de los problemas médicos sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo, y su control es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbimortalidad por cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca, enfermedades cerebro-vasculares e insuficiencia renal.

Capítulo 2.

Epidemiología

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible que persiste durante toda la vida, y que puede en muchos casos, comportarse de forma compensada. Es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. (Ferreira, 2014) (Reyes, 2013) Esta enfermedad afecta al individuo, a la familia y al ambiente próximo en que estos se desarrollan. En esto influyen factores propios de la enfermedad, ya sean estables o progresivas, constantes o por brotes, invalidantes incapacitantes. (Marin M, 2012; Santana López & Montero Díaz, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que anualmente las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9.4 millones de muertes es decir la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (OMS, 2013) es decir, cada 4 segundos ocurre un ataque cardíaco y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral.

En 2008, en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008; 17,3 millones de personas murieron en 2008 afectadas por enfermedades cardiovasculares; de ellas, 9,4 millones presentaron complicaciones por hipertensión 80% de las defunciones por enfermedades no transmisibles

se producen en los países de ingresos bajos y medios. (Morejon M, 2013) (Rosas M L. A., 2010; Martinez J, 2011)

La hipertensión es responsable de al menos el 45% de las muertes mundiales por enfermedad del corazón y 51% de los fallecimientos por accidente cerebrovascular. Se estima que alrededor del 40% de los adultos mayores de 25 años en el mundo tienen hipertensión. La prevalencia más alta de hipertensión se registra en la región de África (46% de los mayores de 25 años), y la más baja en las Américas (35%) En Uruguay la enfermedad del sistema circulatorio sigue siendo la primera causa de muerte. Ocupa el primer lugar en mortalidad por enfermedad cerebrovascular en América Latina y el Caribe (con una tasa 85 por 100.000 habitantes), y se encuentra en primer lugar por mortalidad por cardiopatía isquémica en América latina (78 por 100.000 hb.). En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que, en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%. (OMS, 2013) (Volpe M, 2012) (Tinageros J, 2015)

Presenta perfil epidemiológico muy similar a la de los países desarrollados. La prevalencia en el año 1988 era del 38,5% y en el año 2006 lo es de 30,4 %. En mayores de 50 años la prevalencia llega al 50%. El control clínico (no necesariamente normalización de las cifras) pasó del 12% en 1999 al 27 % en el 2010. Es claro que el 77% de los hipertensos aún está afuera de la atención adecuada o directamente de cualquier atención. Es obligatorio recordar que la hipertensión es también la principal causa de insuficiencia renal severa y en nuestro país se realizan 350.000 diálisis renales al año con costo anual de USD 50.000.000. (Salud, 2016)

La hipertensión implica una carga de primer orden en la mortalidad y morbilidad en las enfermedades del sistema circulatorio, y una enorme carga en los costes de atención sanitaria y en los costos de producción por ausentismo laboral. (OPS, 2014) (Herrera AD, 2014). La OPS estima que durante los próximos 10 años ocurrirá aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones serán atribuidas a la HTA componente importante de riesgo cardiovascular. En el futuro se calcula que en el año 2030 morirán cerca de 23.6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares.

En México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico. De estos que han sido diagnosticados y que están en tratamiento 5.7 millones presentaron cifras de tensión arterial que pueden considerarse como adecuadas, es decir mantienen su padecimiento como controlado. (ENSANUT, 2012; Rosas, 2016)

De esta manera en el País en tan sólo 6 años (entre 2000 y 2006) la prevalencia a nivel nacional de HTA se incrementó en 19.7% y afecta a 1 de cada 2 adultos mayores de 50 años, adquiere mayor importancia si se considera que en 2006, el 39% de los que habían sido diagnosticados recibía tratamiento y de estos solo la mitad se mantiene en control.

Por otro lado las defunciones registradas según causa de seguimiento epidemiológico por entidad federativa el estado de Hidalgo está en el lugar número 8 con 429 defunciones en comparación con el estado de México el cual presenta 237 defunciones. (SSA, 2011).

De estos que han sido diagnosticados y que están en tratamiento 5.7 millones presentaron cifras de tensión arterial que pueden considerarse como adecuadas, es decir mantienen su padecimiento como controlado.

En México la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 25.5%, y de éstos el 40.0% desconocía que padecía esta enfermedad. La proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada (<140/90mmHg) es de 58.7%. Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial.

En los hombres la prevalencia de hipertensión arterial es de 24.9%, de los cuales el 48.6% ya conocían que tenían hipertensión antes de participar en la encuesta porque un médico previamente les había dado el diagnóstico. En las mujeres, la prevalencia de hipertensión arterial es de 26.1%, de las cuales el 70.5% ya había recibido previamente el diagnóstico médico de hipertensión. En la ENSANUT MC 2016, la prevalencia de hipertensión arterial por hallazgo de la encuesta fue 4.1 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 80 o más años de edad. Por otro lado, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo fue 12.8 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 80 o más años de edad.

Por otro lado, la prevalencia de la HTA se ha mantenido constante; en hombres fue de 32.4 y 33.3%, respectivamente; mientras que en las mujeres fue de 31.1% y 30.8%. Esta misma encuesta evidenció que el 100 % de los adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA (ENSANUT, 2012; Orozco C, 2016)

En Contraste en el Estado de Hidalgo la prevalencia de Hipertensión Arterial fue del 16%, la cual aumento en 18.5% respecto a la prevalencia reportada en ENSANUT 2006 (13.5%). La prevalencia de hipertensión arterial fue de 17.6% en mujeres y 14.1% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1: 0.8. (ENSANUT, 2012).

Así mismo durante el 2012 al comparar por instituciones de salud se observó que el más bajo control de hipertensión arterial lo obtuvo el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 34.4% de sus derechohabientes estaba controlada, seguido de la Secretaria de Salud con el 45.4% y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 46.6%. (Campos., 2013). En México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico. De estos que han sido diagnosticados y que están en tratamiento 5.7 millones presentaron cifras de tensión arterial que pueden considerarse como adecuadas, es decir mantienen su padecimiento como controlado. (ENSANUT, 2012). (Rosas M P. S., 2016) La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que anualmente las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9.4 millones de muertes es decir la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (OMS, 2013) es decir, cada 4 segundos ocurre un ataque cardiaco y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral.

El control de la HTA reduce la incidencia de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca en un 40%, 25% y 50%, respectivamente. La población mundial envejece rápidamente. El envejecimiento demográfico es el gran desafío del tercer

milenio, unido a ello, las principales enfermedades que afectan a estos pacientes, dentro de la cual es muy frecuente la hipertensión arterial (HTA). (Gonzalez, 2014)

Uno de los principales factores asociados al control de la hipertensión es la adherencia terapéutica, o cumplimiento. El control es de suma importancia, ya que de ello depende la disminución de las complicaciones; sin embargo, un tercio de los pacientes no sabe que padece la alteración, 67% sabe que tiene el desorden, pero solo la mitad de ellos tienen control de la misma. (Maldonado-Reyes., 2016)

Es común que estudios referidos sobre cumplimiento farmacológico en la HTA reporten que el 25,6% de los hipertensos de todo el mundo incluidos son incumplidores. Mientras que más de la mitad de las personas tiene una adherencia parcial y más de un tercio está totalmente adherido, esto es similar a lo encontrado en otros reportes utilizando instrumentos de medición de la adherencia terapéutica. (Espinosa-García, 2012; Maldonado-Reyes, 2016)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el caso de la hipertensión, el porcentaje de pacientes que cumplen con el régimen terapéutico es solo del 27% en Gambia, 46% en China, y 51% en los Estados Unidos. Mientras que, aquellos que tienen una buena adherencia, el porcentaje de pacientes controlados alcanza el 96%.

Capítulo 3.

Factores Relacionados con el Descontrol de la Hipertensión Arterial

Una de las principales razones del pobre avance en la observancia de las indicaciones terapéuticas en hipertensión, es la escasa atención que se ha dedicado a factores determinantes psicológicos y sociales, como son los: factores determinantes con la condición de la enfermedad, factores relacionados con los sistemas de salud y la atención médica, factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente. La adherencia fisioterapéutica es un proceso en el cual se involucran diversos factores, según la OMS éstos se clasifican en 5 grupos:

Factores relacionados con el paciente se incluyen factores como: edad, sexo, expectativas, motivación, confianza, poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento, ideas equivocadas acerca de esto, actitudes negativas del paciente o sus familiares con respecto al tratamiento, falta de apoyo familiar, problemas emocionales o de personalidad, olvido, bajo nivel de actividad física, dificultad de comprensión de las explicaciones dadas por el fisioterapeuta y/o falta de percepción de necesidad y/o efectividad del tratamiento.

Factores relacionados con la condición de la enfermedad: se refiere a estados emocionales, malestares físicos por efectos de medicamentos o de la misma patología, tiempo de evolución de la enfermedad, velocidad de progresión, comorbilidades, grado de discapacidad. Se ha mostrado que las patologías crónicas generan mayores problemas de adherencia que las agudas, así como la ausencia de síntomas.

Factores relacionados con el sistema de salud y la atención: se refiere a excesiva carga laboral para profesionales, falta de recursos, falta de monitorización y seguimiento periódico del paciente, poca capacidad del sistema para educar los pacientes, ideas equivocadas o desconocimiento sobre la adherencia terapéutica, actitudes negativas del personal que atiende al paciente, inadecuación de los servicios, insuficiente comunicación entre profesionales y pacientes, consultas cortas, tiempos de espera prolongados, horarios de atención, supervisión profesional inadecuada, falta de conocimiento sobre adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarlas, insatisfacción del paciente con el servicio

Factores socioeconómicos: contiene analfabetismo, bajo nivel educativo, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, conflictos sociales, problemas laborales que impiden asistir a los programas o seguir las recomendaciones, pobreza, que generalmente obliga al paciente a elegir entre suplir necesidades básicas o mantener su tratamiento.

Factores relacionados con el tratamiento: los factores más importantes que influyen en la adherencia son: duración del tratamiento, fracasos previos, cambios frecuentes de tratamiento, inminencia de efectos beneficiosos y disponibilidad de apoyo médico.

Cumplimiento del Tratamiento Medico

Actualmente es conocida la asociación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el mayor grado de control de las enfermedades crónicas, y como consecuencia de ello la menor o mayor morbimortalidad cardiovascular. (Espinosa-García., 2012)

Desde este punto de vista, el control de la hipertensión arterial y la forma en que los pacientes afrontan su enfermedad es clave a la hora de prevenir riesgos posteriores. Además, la HTA rara vez produce síntomas en las primeras etapas y, en muchos casos, no se diagnostica adecuadamente, por lo que el enfermo puede no ser consciente de que está padeciendo ningún tipo de dolencia. (Martos-Méndez, 2016)

Sin embargo, el comportamiento de las personas podrá desempeñar un papel importante en esta evolución e incluso alargar su vida, si se adhiere adecuadamente al estilo de vida que exige la enfermedad. Actualmente se reconoce a la adherencia una gran importancia en el manejo de las enfermedades crónicas, puesto que la falta de ella hace ineficaz el tratamiento prescrito aumentando la morbilidad y mortalidad, al igual que los costos de asistencia hospitalaria. (Zambrano R, 2012) Esto nos hace entender que un aspecto importante en los pacientes con hipertensión arterial es el compromiso con el cumplimiento del tratamiento. (Grau-Abalo., 2016)

El cumplimiento del tratamiento médico se refiere al grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud. El no cumplimiento, por otra parte, se refiere a la ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico. A pesar de ser una práctica común es poco detectada por los profesionales de la salud, por lo que uno de los más grandes problemas que enfrentan los profesionales de la salud, es cómo maximizar el cumplimiento de los planes terapéuticos en los pacientes. (D'Anello., 2006)

Cada año se gastan muchas horas y recursos económicos en mejorar la eficacia y seguridad de los medicamentos, así como en implementar protocolos de atención médica; sin

embargo, se dedican muy pocos recursos al hecho de si el paciente los toma o no y de poco sirve disponer de tratamientos excelentes si el paciente no atiende correctamente las recomendaciones médicas. (Zambrano R, 2012)

La adherencia al tratamiento ha sido definida de diferentes formas, pero principalmente como el cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas. Con el transcurso de los años, se ha ido superando esta connotación reduccionista, otorgándosele cada vez más un papel activo al paciente. Asimismo, la adherencia a otros aspectos no farmacológicos que hacen parte de los tratamientos (como la modificación de hábitos alimentarios, de actividad física, el manejo de emociones, etc.) ha empezado a considerarse como importante. (Varela-Arévalo., 2010)

Así, a pesar de los esfuerzos por controlar la HTA, 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. (Varela-Arévalo., 2010)

Definición de cumplimiento del tratamiento medico

Actualmente no existe un acuerdo sobre una definición particular del concepto de adherencia terapéutica, comúnmente nos podemos encontrar en la literatura con conceptos tales como: cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia. (Fernández-Pacheco., 2015)

Según Boza (Boza RA, 1987), el cumplimiento del tratamiento es “el notable entendimiento por parte del paciente acerca de las necesidades de tratamiento y de sus diferentes posibilidades, seguido de la acción apropiada”. Para Galperin (Galperin., 1994),

es “la medida en que el paciente responde a las indicaciones médicas y las hace suyas, existiendo diferentes motivaciones por parte del mismo que explican los grados de adhesión a las distintas indicaciones”. Para Haynes, (Haynes RB, 1979) es “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de dieta y modificación del hábito de vida, coinciden con las instrucciones proporcionadas por el médico”. (Herrera-Guerra, 2012; Espinosa-García J, 2012; Castells, 2007)

No obstante, podemos entender como cumplimiento: La medida en la cual el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él, el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por parte del paciente, asumidas tras una decisión completamente razonada por este. (Espinosa-García J, 2012)

Epidemiología del cumplimiento de la terapia

Uno de los principales factores asociados al control de la hipertensión es la adherencia terapéutica, o cumplimiento. El control es de suma importancia, ya que de ello depende la disminución de las complicaciones; sin embargo, un tercio de los pacientes no sabe que padece la alteración, 67% sabe que tiene el desorden, pero solo la mitad de ellos tienen control de la misma. (Maldonado-Reyes., 2016)

Es común que estudios referidos sobre cumplimiento farmacológico en la HTA reporten que el 25,6% de los hipertensos de todo el mundo incluidos son incumplidores. Mientras que más de la mitad de las personas tiene una adherencia parcial y más de un tercio está totalmente adherido, esto es similar a lo encontrado en otros reportes utilizando

instrumentos de medición de la adherencia terapéutica. (Espinosa-García, 2012; Maldonado-Reyes., 2016)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el caso de la hipertensión, el porcentaje de pacientes que cumplen con el régimen terapéutico es solo del 27% en Gambia, 46% en China, y 51% en los Estados Unidos. Mientras que, aquellos que tienen una buena adherencia, el porcentaje de pacientes controlados alcanza el 96%. (Zambrano R, 2012)

Etiología del cumplimiento y el incumplimiento del tratamiento médico

Son muchas las causas atribuidas a las manifestaciones de esta problemática, el cumplimiento al tratamiento médico requiere de múltiples factores para lograr impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes hipertensos. Existen diferentes autores dedicados al estudio del tema plantean la existencia de un amplio grupo de factores influyentes en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico involucrando componentes de naturaleza psicosocial y médica (características de la enfermedad y tratamiento propiamente dicho) y de la relación médico- paciente. Así mismos factores personales, económicos, que favorecen el incumplimiento y en consecuencia las comorbilidades que afecta la calidad de vida de los pacientes. (Bertoldo, 2013; Libertad-Martín, 2007)

Factores determinantes del cumplimiento terapéutico

Factores socioeconómicos: En las zonas rurales se ha hecho menos esfuerzos para determinar la magnitud del problema, aquí la gran mayoría de la población se dedica actividades ligadas a la tierra en un medio físico desfavorable, además viven en zonas

agrestes, mal comunicadas en un marco de notables carencias como son: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro sanitario, el elevado coste del transporte y de la medicación, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares sobre la enfermedad y el tratamiento y disfunción familiar. (Fernández-Pacheco, 2015; Bertoldo, 2013).

Factores relacionados con los sistemas de salud La detección y control de estos enfermos debe ser responsabilidad del primer nivel de atención, cuyas funciones incluyen introducirlos al sistema de salud, iniciar el tratamiento temprano, evitar complicaciones y tener capacidad de referencia oportuna hacia otros niveles de atención. Sin embargo encontramos cosas distintas como son: los servicios de salud pocos desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, los sistemas incompletos de distribución de medicamentos, la falta de conocimiento y enseñanza del personal sanitario para el control de las enfermedades crónicas, la abundante carga de trabajo del personal, la falta de alicientes y retroalimentación sobre el desempeño de su trabajo, las consultas de corta duración, la poca capacidad del sistema para dar enseñanza a los usuarios y proporcionar un seguimiento adecuado, la incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidados, la falta de conocimientos sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para su mejora. (Fernández-Pacheco, 2015; Ortiz-Domínguez, 2011)

Factores relacionados con el medico: se han que estos factores afectan la adherencia en la hipertensión. Incluyen buenas relaciones médico-paciente, disposición a tratar Hipertensión Arterial desde el punto de valoración de la dosis y combinación terapia y el grado de conocimiento de los costos de los medicamentos y la cobertura de formularios. (Erdine., 2009)

Factores relacionados con la enfermedad y condición de salud del paciente: La enfermedad es también un factor relevante, pues se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye. La adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Esta es un factor que influye sobre la adherencia terapéutica, pero, de manera irregular. La percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente se percata que su enfermedad es grave y pone en riesgo su vida, cumplirá con mayor precisión el tratamiento. Sin embargo, si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, se adherirá menos al tratamiento y, cuando el tratamiento tiene fines preventivos ocurre lo mismo. (Fernández-Pacheco, 2015; Florez-Torres, 2009)

Factores relacionados con la terapia la politerapia, la complejidad del régimen médico, los tratamientos crónicos y/o recurrentes, los fracasos de tratamiento que ha llevado el paciente anteriormente, los cambios frecuentes de tratamiento, están asociados con diferentes perfiles de tolerabilidad la incomprensión del régimen terapéutico, el costo de la medicación, las formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo. Se ha comprobado que cuando un

tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia, la cual disminuye cuando el tratamiento es prolongado, debido a que las diferentes clases de antihipertensivos. (Fernández-Pacheco, 2015; Erdine, 2009)

Factores relacionados con el paciente Para los pacientes es importante seguir el tratamiento para mejorar su salud, son conscientes de su enfermedad y de la importancia del cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y de las modificaciones en el estilo de vida. Sin embargo, esta es una problemática que afecta a los pacientes, dentro de éstos podemos encontrar la falta de motivación que existe en el enfermo para recuperar la salud, la mala comunicación, la actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento, el escaso grado de conocimiento sobre su enfermedad y/o de la terapia, la desconfianza en la eficacia del tratamiento, la percepción que tiene el paciente de su enfermedad como poco grave y, finalmente, el desconocimiento de las consecuencias del incumplimiento. Si los pacientes no son conscientes de la naturaleza crónica de la enfermedad, o creen que es una condición trivial, es menos probable que se adhieran y persistan con prescrito. (Fernández-Pacheco, 2015; Erdine, 2009; Florez-Torres, 2009)

En los últimos años se ha desarrollado un número importante de intervenciones sobre cumplimiento terapéutico dirigidas a la formación de los profesionales sanitarios, elaboradas por sociedades científicas médicas y, en menor medida, por organismos públicos, que deberían haber dado lugar a un marcado descenso del incumplimiento. Probablemente, la etiología multifactorial del incumplimiento dificulte alcanzar un mayor impacto y, en un futuro, para disminuir el incumplimiento, las intervenciones deban dirigirse no solo a los

profesionales sanitarios, sino también a la población hipertensa y a los tomadores de decisiones de la Salud. (Espinosa-García J, 2012)

Población más afectada

En un artículo sobre prevalencia se reportó que el 48.5% de los hombres tenía adherencia total; 37% de las mujeres estaba totalmente adherida al tratamiento; 61% de estas últimas tenía adherencia parcial y 2% no tenía adherencia, así mismo las edades de los participantes oscilaban entre 31 y 69 años; 71.4% de los hipertensos tenía entre 50 y 69 años, además, los participantes de este grupo de edad tenían mayor adherencia terapéutica que aquellos con edades menores. Y en cuanto a ocupación las amas de casa tenían un 38.33% de adherencia en comparación con los jubilados que tenía un 56 % de adherencia. (Maldonado-Reyes., 2016)

El Institute for Social Research, University of Michigan realizó una investigación acerca del apego antihipertensivo en 48 pacientes con edades de 35 a 87 años y encontró una relación directamente proporcional: a mayor edad menor adherencia al medicamento; en este estudio la adherencia fue mayor en los grupos de edad entre 40 a 45 años y 45 a 50 años. Kirscht concluye que ha menor educación y mayor edad la adhesión es menor tal como se observa en los resultados del presente estudio: el 34 % tuvo una escolaridad de primaria y de estos pacientes el 33 % se ubicaba entre los 40 y 50 años de edad. (Kirscht., 1977)

Prevención de complicaciones de la hipertensión por el cumplimiento del tratamiento médico

Con la finalidad de que las terapias farmacológicas resulten exitosas para combatir las referidas enfermedades, requieren del cumplimiento terapéutico, la adhesión a pautas complementarias relacionadas con los hábitos de vida, el conocimiento y el compromiso del paciente con su salud y la confianza que se establece con el profesional tratante. Este conjunto de factores, asociados entre sí, aunque de naturalezas diversas, es el que impacta positivamente en la calidad de vida del paciente. (Bertoldo., 2013)

El control de la hipertensión arterial es crucial para evitar complicaciones, los pacientes que tienen adherencia terapéutica tienen mejor control de la presión arterial y esto hace la diferencia a largo plazo. Por ello se deben de crear programas que puedan ser enfocadas de forma particular a cada paciente con el compromiso multidisciplinario, de todo el personal que tenga que ver con los pacientes hipertensos de una u otra manera. Varios estudios han demostrado que mejorar la conciencia del paciente sobre la hipertensión para lograr su cumplimiento en el tratamiento, se logra haciendo que el paciente sea consciente de sus niveles de presión arterial, así como a tener una mayor comprensión de la naturaleza crónica de su enfermedad, y de que en ocasiones puede hacerse pasar como pacientes asintomáticos, por ser la hipertensión arterial considerada un enemigo silencioso. (Maldonado-Reyes, 2016; Erdine, 2009)

Capítulo 4

Planteamiento del Problema

La Hipertensión Arterial Sistémica (HTA), una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, que aquejan la vida moderna, es un problema de salud pública que afecta desproporcionadamente a países desarrollados y en vías de desarrollo, el cual generalmente se puede iniciar en la edad reproductiva, además acorta la esperanza de vida y su descontrol puede aumentar una calidad de vida precaria sin olvidar que es una de las principales causas de enfermedades cerebrovasculares.

En México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico. De estos que han sido diagnosticados y que están en tratamiento 5.7 millones presentaron cifras de tensión arterial que pueden considerarse como adecuadas, es decir mantienen su padecimiento como controlado. (ENSANUT, 2012). (Rosas M P. S., 2016). Así mismo la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 25.5%, y de éstos el 40.0% desconocía que padecía esta enfermedad. La proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada (<140/90mmHg) es de 58.7%. Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial.

En la ENSANUT MC 2016, la prevalencia de hipertensión arterial por hallazgo de la encuesta fue 4.1 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 80 o más años de edad. Por otro lado, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico

médico previo fue 12.8 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 80 o más años de edad.

Por otro lado, la prevalencia de la HTA se ha mantenido constante; en hombres fue de 32.4 y 33.3%, respectivamente; mientras que en las mujeres fue de 31.1% y 30.8%. Esta misma encuesta evidenció que el 100 % de los adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA (ENSANUT, 2012; Orozco C, 2016)

En Contraste en el Estado de Hidalgo la prevalencia de Hipertensión Arterial fue del 16%, la cual aumento en 18.5% respecto a la prevalencia reportada en ENSANUT 2006 (13.5%). Es decir la prevalencia de hipertensión arterial fue de 17.6% en mujeres y 14.1% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1: 0.8. (ENSANUT, 2012).

Así mismo durante el 2012 al comparar por instituciones de salud se observó que el más bajo control de hipertensión arterial lo obtuvo el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 34.4% de sus derechohabientes estaba controlada, seguido de la Secretaria de Salud con el 45.4% y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 46.6%. (Campos., 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que anualmente las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9.4 millones de muertes es decir la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (OMS, 2013) es decir, cada 4 segundos ocurre un ataque cardíaco y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral.

El aumento de los costos en salud derivados de la falta de cumplimiento o de los cambios en la medicación originariamente prescrita ha sido calculado en un 20% *per cápita*

por año. Es decir, los gastos directos para la atención de la HTA en México (consultas, medicamentos, hospitalización, etcétera) fueron de poco más de 2,446 millones de dólares y pasaron a 3,100 millones en 2012. En tanto que los costos indirectos (muerte, incapacidad permanente o temporal) se incrementaron en esas mismas fechas de más de 2,713 millones de dólares a más de 3,437 millones.

Por lo anterior y que el hecho de conocer la opinión de las personas con hipertensión arterial descontrolada derechohabientes al ISSSTE, se consideró realizar un estudio Mixto observacional que pueda observar y contrastar los diferentes enfoques de la atención de salud que reciben los pacientes derechohabientes de las UMF del ISSSTE región Pachuca, y con ello poder observar las áreas de oportunidad con respecto a la adherencia y poder generar estrategias que permitan disminuir la incidencia de las complicaciones y así evitar el gasto excesivo de bolsillo de la hipertensión arterial descontrolada..

Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son los factores que condicionan la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes que acuden a UMF del ISSSTE región Pachuca 2016-2017?

Justificación

La hipertensión arterial sistémica comparte con otras enfermedades crónicas la característica, de ser motivo habitual de estudio al ser considerada como un problema de salud pública (OMS, 2013).

Es necesario tener en cuenta el riesgo que tienen los pacientes hipertensos en relación con las enfermedades cardiovasculares el cual se determina no solo por el nivel de su presión

arterial sino además por la presencia o ausencia de daño a órganos blanco. Ya que existen hipertensos que acuden de forma mensual a revisión a sus unidades, aun así, se ha identificado que más de la mitad de las personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial se encuentran en descontrol aun a pesar de que refieren que se toman el medicamento como lo tiene indicado y estar al pendiente de su dieta, sin embargo, sus cifras que muestran no coinciden con lo que refieren. Es por ello que el seguimiento de los pacientes hipertensos es vital para mantener mejor nivel de calidad de vida y así evitar complicaciones, las UMF del ISSSTE, no cuentan con información referente a las causas de la no adherencia al tratamiento de la HTA, lo que condiciona el descontrol de misma en sus unidades, por lo que tener información referente a estos factores es de suma importancia, así también tener un enfoque cualitativo y cuantitativo.

Por lo tanto, realizar un estudio que pueda medir los factores que condicionan el descontrol de la Hipertensión arterial que perciben los usuarios, a pasar de que el tratamiento que les proporcionan es más integral, y con esto poder encontrar áreas de oportunidad que permitan la generación de estrategias que mejoren el control de la hipertensión arterial y con ello disminuir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares.

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

Existe relación entre los factores sociodemográficos, el apoyo de la familia, los factores relacionados con el paciente con una mejor adherencia al tratamiento.

Hipótesis Nula

No existe relación entre los factores sociodemográficos, el apoyo de la familia, los factores relacionados con el paciente con una mejor adherencia al tratamiento.

Objetivo General:

Analizar los factores que condicionan la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes que acuden a UMF del ISSSTE, a través de la aplicación de un instrumento cualitativo y cuantitativo y con ello disminuir la incidencia de las complicaciones y así evitar gastos excesivos de las instituciones y los pacientes.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a la población en estudio.
- Identificar los factores relacionados con el propio paciente que influyen en la adherencia a su tratamiento.
- Identificar si las creencias sobre el tratamiento tienen influencia en la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión.
- Determinar cómo influye la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con HTA.
- Contrastar el análisis cuantitativo con el análisis cualitativo de UMF del ISSSTE.

Capítulo 5

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo, y analítico, posteriormente un estudio cualitativo etnometodológico, a partir del análisis de discurso mediante Atlas ti.

Tiempo Lugar y Persona

- Tiempo. 1 enero 2016 a julio del 2017
- Lugar. 6 Unidades de las UMF región Pachuca ISSSTE Hidalgo (UMF Jubilados y Pensionados, UMF Tizayuca, UMF Mineral del Monte, UMF Atotonilco, UMF Actopan, UMF Metztlán)

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión:**
 - Todos los pacientes hipertensos descontrolados a partir de los de 20 años de edad, siendo atendidos de forma mensual para control en las UMF.
 - Haber iniciado tratamiento antihipertensivo desde hace por lo menos 1 año
 - Pacientes que estén dentro del censo de enfermedades crónicas en la UMF.
 - Pacientes que otorguen consentimiento informado para participar en el estudio
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes hipertensos que sean dependientes de otras personas para toma de decisiones.

- Cursar con enfermedad psicológica y/o psiquiátrica en el momento de estudio.
- **Criterios de eliminación.**
 - Cambio de clínica de adscripción
 - Expediente incompleto
 - Cuestionario inconcluso

Población y Muestra

El ISSSTE se divide por regiones, la región Pachuca cuenta con 11 unidades ubicadas en 6 municipios de Actopan, Mineral del Monte, Tizayuca, Pachuca, Atotonilco el Grande, Tepeapulco, Apan, Zacualtipan, Meztitlan, Zapotlan. Sin embargo, se consideró conveniente trabajar con 6 UMF ubicadas en los municipios de Pachuca, Tizayuca, Mineral del Monte, Atotonilco el Grande, Actopan, Metztitlan. Se consideró la población total de las 6 UMF y de ahí se eligió la muestra a conveniencia determinada en función del periodo enero 2016 a julio 2017. Se aplicaron 3 encuestas Test Morisky-Green- Levine, Faces III.

Variables de Estudio

Tabla 2. *Definición de variables*

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de Medición
Hipertensión Arterial Sistémica Descontrolada	Elevación de la presión arterial. P.A. >140 mm de Hg (sistólica), y/o >90 mm de Hg (diastólica)	Que el paciente derechohabiente acuda a la unidad de salud a control de Hipertensión	Dependiente Cualitativa dicotómica • Si • No

		arterial de 20-89 años de edad	
Edad		Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de los pacientes hasta el momento de la entrevista.	Años de vida al momento del estudio Independiente Cuantitativa
Sexo		Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Sexo del paciente Independiente Cualitativa nominal • Masculino • Femenino
Años Diagnostico Hipertensión	con de	Tiempo transcurrido a partir del diagnóstico de la enfermedad de los pacientes hasta el momento de la entrevista.	Años de diagnóstico con la enfermedad al momento del estudio Independiente Cuantitativa de razón
Ocupación		Rol ocupacional social (trabajo) realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Independiente Cualitativa Nominal • Profesional • Jubilado (a) • Ama de casa • Oficio

Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil de los pacientes al momento del estudio	Independiente Cualitativa nominal • Soltero (a) • Casado (a) • Unión Libre • Divorciado (a) • Viudo (a)
Tipo de derechohabiencia	Paciente que obtiene atención medica como beneficio de un trabajador según dispone un documento legal.	Beneficiario al momento del estudio	Independiente Cualitativa nominal • Trabajador (a) • Esposo (a) • Concubino (a) • Padre/Madre • Abuelo/Abuela • Pensionado (a)
Adherencia al tratamiento medico	Adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.	Se obtendrá por medio del Test Morisky-Green-Levine	Independiente Cualitativa nominal • SI • NO

	Falta de información	Se obtendrá por medio	Independiente
Desconocimiento de la enfermedad	acerca de la hipertensión arterial de su prevención diagnóstico y tratamiento.	del Test Morisky-Green-Levine	Cualitativa nominal <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Funcionalidad Familiar	Grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella y se ayudan mutuamente	Se obtendrá por medio de la encuesta de Faces III	<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión familiar • Adaptabilidad familiar
Apoyo familiar	Núcleo social y el primer sistema de formación del individuo	Se obtendrá por medio de la encuesta de Faces III	Independiente <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Falta de compromiso del paciente	Olvido de la obligación contraída por el paciente acerca de su enfermedad	Se obtendrá por medio del Test Morisky-Green-Levine	Independiente <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Renuencia del paciente a tomar sus medicamentos	Actitud del paciente que está poco dispuesto a hacer lo que se le dice acerca de su enfermedad	Se obtendrá por medio del Test Morisky-Green-Levine	Independiente <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Independiente <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Cualitativa nominal

Médicos utilizan demasiados medicamentos	Percepción del paciente acerca del tratamiento medico	Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
			Independiente
			Cualitativa nominal
Descanso del tratamiento	Percepción del paciente para dejar de tomar su tratamiento médico por algún tiempo y volver a tomarlo.	Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
			<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Cualitativa nominal • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo
La mayoría de los medicamentos crean adicción	Percepción del paciente acerca de los medicamentos	Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo

			<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
			Independiente
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	Percepción del paciente referente a los remedios naturales y los medicamentos para el control de la hipertensión	Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
			Independiente
Los medicamentos hacen más mal que bien	Percepción del paciente acerca del beneficio de los medicamentos.	Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
			Independiente
			Cualitativa nominal

<p>Todos los medicamentos venenosos (tóxicos)</p>	<p>Percepción del paciente referente a si son tóxicos los medicamentos.</p>	<p>Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
			Independiente
			Cualitativa nominal
<p>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</p>	<p>Percepción del paciente referente a que tanto confían los médicos en los medicamentos</p>	<p>Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
			Independiente
			Cualitativa nominal
<p>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</p>	<p>Percepción del paciente con respecto al tiempo de consulta y el número de medicamentos recetados.</p>	<p>Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • En Desacuerdo • Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo

			<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo • Totalmente de acuerdo
Orientación deficiente parte de los médicos	Desorganización de la información, Orientación deficiente del médico al momento de estudio	Se obtendrá por medio de la encuesta BMQ General	Independiente Cualitativa dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Las variables cuantitativas se caracterizaron con medias y desviaciones típicas; las variables cualitativas, con frecuencias y porcentajes. Para determinar la existencia de diferencias en los niveles promedio de dos escalas entre dos grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. Las diferencias de medias significativas se cuantificaron con intervalos de confianza (IC) al 95%.

Objetivo 1. La población se caracterizó en función de las siguientes variables, edad, sexo, ocupación, estado civil, años con hipertensión, tipo de vivienda.

Objetivo 2 Y 3. Para identificar la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimientos se aplicó la encuesta Morinsky Green- Levine también denominado Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morinsky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Este cuestionario consiste en 4 preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente las cuatro preguntas es decir No, Sí, No, No (Puigdemont, 2017) y la versión española del cuestionario sobre creencias sobre medicación, BMQ- General este test evalúa

las creencias sobre la medicación en general y consta de 8 ítems (BMQ-General) engloba los factores de “abuso” y “daño”. Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de 5 puntos (1 “totalmente en desacuerdo, 2 “desacuerdo”, 3 “ni de acuerdo-ni desacuerdo”, 4 “de acuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”). (De las Cuevas, 2015)

Objetivo 4. Para determinar el funcionamiento de la familia se midió el nivel de funcionamiento mediante la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner, y Lavee, es instrumento compuesto por 20 ítems.

Objetivo 5. Para contrastar el análisis cuantitativo con el cualitativo se realizó un estudio cualitativo etnometodológico, a partir del análisis de discurso mediante Atlas Ti. Se emplearon datos provenientes de los expedientes clínicos y entrevistas estructuradas a los pacientes con hipertensión arterial detectados con descontrol de sus cifras tensionales.

Capítulo 6

Resultados Cuantitativos y Cualitativos

De los 314 pacientes encuestados, no se excluyó ningún paciente puesto que todos cumplían con los criterios de inclusión. En base al sexo la población fue de 201 femeninos (64%) y 113 masculinos (36%) con base a si era o no adherente el 16% fue adherente y el 83.4 % no adherente; en cuanto al tipo de derechohabiencia 135 (43%) corresponde al trabajador (a), Esposo (a) 109 (34.7%), concubino 2 (0.6%), padre- madre 22 (7%), abuelo-abuela (1.3%), pensionado 42 (13.4%). Con respecto a su ocupación profesional 164 (52.2%), Jubilado 42 (13.4%), ama de casa 92 (29.3%), oficio 16 (5.1%).

Todos los pacientes contaban con el descontrol de la presión arterial, el cual para efectos de este estudio se trató de explorar con respecto a la adherencia y no adherencia al tratamiento farmacológico de acuerdo al Test Morisky-Green-Levine, de acuerdo con dicho test el 83 % (262) de los pacientes presentaban no adherencia al tratamiento farmacológico y con el fin de determinar las causas se evaluaron diferentes variables sociodemográficas.

Las diferencias entre los pacientes no adherentes y adherentes se muestran en la tabla 3. donde, se observan los valores de significancia estadística (P-valor) obtenidos con la prueba bivariada de la Chi cuadrada, con la cual se compararon la dependencia o no, de las distribuciones de las variables cualitativas nominales. De acuerdo con los resultados de la significancia estadística, de las variables independientes evaluadas, el rango de edad ($p = 0.984$) no fue determinante como factor de influencia en la adherencia o no al tratamiento farmacológico.

Tabla 3. Características sociodemográficas según adherencia*

Variable	No adherentes (n = 262)	Adherentes (n = 52)	P-valor**
Rango de Edad: n (%)			0.984
25-35	28 (10.7)	5 (9.6)	
36-45	43 (16.4)	9 (17.3)	
46-55	57 (21.8)	11 (21.2)	
56-65	69 (26.3)	15 (28.8)	
66-75	31 (11.8)	7 (13.5)	
76-85	22 (8.4)	4 (7.7)	
86-95	12 (4.6)	1 (1.9)	
Sexo: n (%)			0.391
Femenino	165 (63)	36 (69.2)	
Masculino	97 (37.0)	16 (30.8)	
Ocupación: n (%)			0.045
Profesional	129 (49.2)	35 (67.3)	
Jubilado(a)	35 (13.4)	7 (13.5)	
Ama de casa	82 (31.3)	10 (19.2)	
Oficio	16 (6.1)	0 (0.0)	
Estado Civil: n (%)			0.588
Soltero(a)	4 (1.5)	2 (3.8)	
Casado(a)	184 (70.2)	38 (73.1)	
Unión libre	58 (22.1)	11 (21.2)	
Divorciado(a)	4 (1.5)	0 (0.0)	
Viudo(a)	12 (4.6)	1 (1.9)	
Tipo de derechohabencia: n (%)			0.005
Trabajador(a)	100 (38.2)	35 (67.3)	
Esposo(a)	101 (38.5)	8 (15.4)	
Concubina	2 (0.8)	0 (0.0)	
Padre/Madre	19 (7.3)	3 (5.8)	
Abuelo/abuela	4 (1.5)	0 (0.0)	
Pensionado(a)	36 (13.7)	6 (11.5)	
Desconocimiento de la enfermedad: n (%)			0.000
SI	262 (100)	0 (0.0)	
NO	0 (0.0)	52 (100)	
Cohesión Familiar: n (%)			0.247
Semirelacionada	70 (26.7)	11 (21.2)	
Relacionada	183 (69.8)	41 (78.8)	
Aglutinada	9 (3.4)	0 (0.0)	
Adaptabilidad Familiar: n (%)			0.395
Rígida	13 (5.0)	1 (1.9)	
Estructurada	160 (61.1)	38 (73.1)	
Flexible	83 (31.7)	12 (23.1)	
Caótica	6 (2.3)	1 (1.9)	
Apoyo Familiar: n (%)			0.029
SI	108 (41.2)	30 (57.7)	
NO	154 (58.8)	22 (42.3)	
Olvido tomar sus medicamentos: n (%)			0.000
SI	262 (100)	0 (0.0)	

NO

0 (0.0)

52 (100)

**La adherencia se determinó de acuerdo al Test Morisky-Green-Levine. Se considera adherente si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/sí/no/no. ** Valores de significancia estadística obtenidos con la prueba χ^2 (Chi-cuadrada).*

El sexo tampoco influencia en la adherencia al tratamiento, por lo que ser mujer u hombre no fue determinante en que el paciente pueda o no seguir su tratamiento farmacológico. Por otra parte, cuando se ensayó la ocupación se observó que esta variable si es predictora ($p = 0.045$) en el comportamiento de adherencia del paciente. El resultado de la prueba arroja que el hecho de ser profesional (67.3%) predice que el paciente tiende a ser adherente a su tratamiento, mientras que ser jubilado (13.5%) también influencia en la adherencia al tratamiento, no obstante, el ser ama de casa (31.3%) es predictor de no adherencia. El estado civil no presentó influencia ($p = 0.588$) alguna sobre la variable de estudio. El tipo de derechohabencia mostró una influencia significativa ($p = 0.005$) sobre la adherencia. El derechohabiente trabajador (67.3%) tiende a ser más adherente a su tratamiento, mientras que ser el/la esposo(a) (38.5%) no lo es, al igual que los pensionados, concubina, madre/padre, abuelo/abuela y pensionados.

Por otra parte, el funcionamiento de la familia, cohesión ($p = 0.247$) y adaptabilidad familiar ($p = 0.395$) no resultaron influyentes en el comportamiento de adherencia del paciente. Y por último de las variables cualitativas evaluadas, el apoyo familiar ($p = 0.029$), el olvido a tomar sus medicamentos (0.000) y el desconocimiento de la enfermedad ($p = 0.000$), influyen en la forma que el paciente se adhiere a su medicamento. La prueba arroja que el

hecho de tener quien te apoye familiarmente, que no se les olvide tomar sus medicamentos y no desconozcan la enfermedad marcara la tendencia hacia la adherencia al tratamiento.

Por último, el resultado de las creencias del paciente hacia los medicamentos se muestra en la tabla 4, en la que se condensan los resultados de la prueba bivariada *t-student* que es una prueba para estudiar la relación entre variables cualitativas y cuantitativas. Ninguno de los ítems del cuestionario presentó influencia significativa en el comportamiento de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes. Por lo anterior se considera que las creencias de los pacientes sobre la medicación, no influencia en si estos logran adherirse a un tratamiento o no.

Tabla 4. Puntuación en el cuestionario BMQ según adherencia al tratamiento*

Ítem del cuestionario	No adherentes (media ± DE)	Adherentes (media ± DE)	P** valor
ABUSO	7.76 ± 1.72	8.21 ± 1.71	0.081
1. Los médicos utilizan demasiados medicamentos	3.03 ± 0.04	3.12 ± 0.11	0.432
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando	2.31 ± 0.07	2.42 ± 1.13	0.486
3. La mayoría de medicamentos crean adicción	2.42 ± 1.07	2.67 ± 1.00	0.122
DAÑO	16.15 ± 1.74	16.25 ± 1.67	0.689
1. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	3.68 ± 0.974	3.5 ± 1.00	0.238
2. Los medicamentos hacen más mal que bien	3.05 ± 0.74	3.08 ± 0.79	0.836
3. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	2.55 ± 0.50	2.48 ± 0.51	0.365
4. Los médicos confían demasiado en los medicamentos	4.23 ± 0.77	4.40 ± 0.75	0.133
5. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos	2.64 ± 0.94	2.79 ± 0.83	0.242

*Ítems de la encuesta según escala tipo Likert de 5 puntos (1=totalmente desacuerdo 2=desacuerdo 3=ni de acuerdo-ni desacuerdo 4=de acuerdo 5=totalmente de acuerdo). BMQ: Beliefs about Medicines Questionnaire. DE: desviación estándar. ** Valores de significancia estadística obtenidos con la prueba t-student para muestras independientes.

Se realizó un análisis de las variables que resultaron significativas para la variable de apego al tratamiento del Test Morisky-Green-Levine; las variables analizadas fueron: ocupación,

tipo de derechohabencia, desconocimiento de la enfermedad, apoyo familiar y olvido tomar sus medicamentos. El análisis estadístico multivariado se realizó mediante el método de Análisis de Correspondencias Múltiples, tomando como base un modelo de dos dimensiones.

Tabla 5. Resumen del Modelo

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para		
		Total (autovalor)	Inercia	% de varianza
1	,822	3,176	,529	52,941
2	,583	1,945	,324	32,417
Total		5,121	,854	
Media	,731 ^a	2,561	,427	42,679

a. La media de alfa de Cronbach se basa en la media de autovalor.

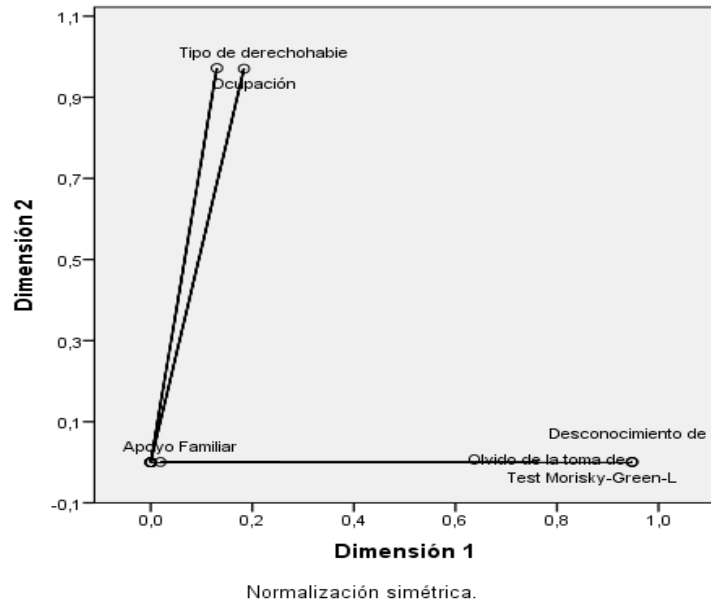
La inercia indica la proporción de la varianza de los datos explicada por cada una de las dimensiones. Se observa que hay un 85.4% de la variabilidad de los datos explicada por las dimensiones incluidas en el modelo. Se observa que hay un 53% explicada por la primera dimensión y 32% explicada por la segunda. El coeficiente Alfa de Cronbach mide la fiabilidad de la escala de medida y es una media ponderada de las correlaciones entre las variables. Su valor máximo es 1, por cuanto más se aproxime el valor obtenido a 1, mayor resulta la fiabilidad de la escala. En esta oportunidad, se ha obtenido un valor promedio de 0,73 aproximadamente el cual puede considerarse elevado. Este coeficiente está basado en los autovalores. En la tabla 6 de las medidas discriminantes por variable y el grafico 1 de medidas discriminantes se pueden observar las distancias y relación con las dimensiones de

las variables. Las variables que están más explicadas en la dimensión 1 es el apego al tratamiento de acuerdo al Test Morisky-Green-Levine, desconocimiento de la enfermedad y olvidó tomar sus medicamentos, mientras que en la dimensión 2 las variables que aportan al modelo son la ocupación y el tipo de derechohabiencia, mientras que el apoyo familiar tiene muy poco peso sobre el modelo ya que se encuentra como se puede ver en el grafico muy cerca del origen. De acuerdo al grafico 1 hay una mayor interacción entre las variables: apego al tratamiento de acuerdo al Test Morisky-Green-Levine, desconocimiento de la enfermedad y olvidó tomar sus medicamentos y por otro lado hay una mayor interacción entre tipo de derecho habiente y la ocupación.

Tabla 6. Medidas discriminantes por variable

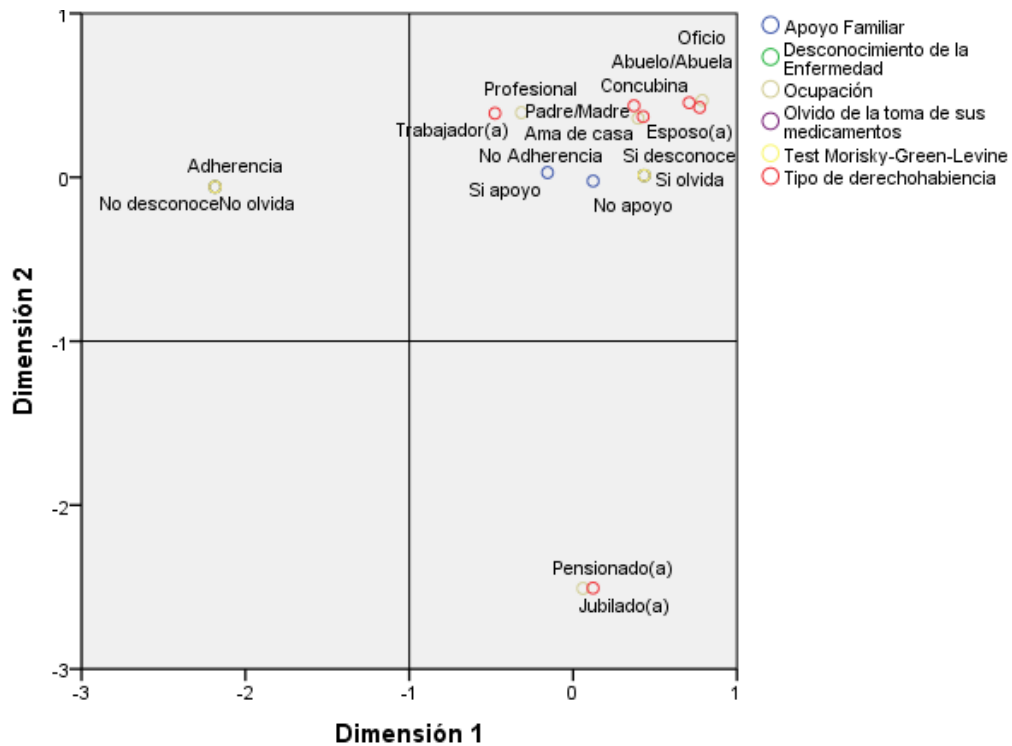
	Dimensión		Media
	1	2	
Ocupación	,130	,972	,551
Tipo de derechohabiencia	,184	,970	,577
Desconocimiento de la Enfermedad	,948	,001	,474
Apoyo Familiar	,019	,001	,010
Olvido de la toma de sus medicamentos	,948	,001	,474
Test Morisky-Green-Levine	,948	,001	,474
Total activo	3,176	1,945	2,561
% de varianza	52,941	32,417	42,679

Ilustración 1 . Medidas discriminantes



En análisis del conjunto de puntos por categoría (Gráfico 2), muestra que hay correlaciones entre la adherencia al tratamiento y el hecho de que no desconozca la enfermedad y que no se le olvide tomar su medicamento, mientras que las demás categorías están cercanas a la no adherencia al tratamiento, a excepción, de los jubilados y pensionados, lo que indica que todas esas categorías son determinantes para que los pacientes no se adhieran al tratamiento.

Ilustración 2. Conjunto de puntos de categoría



Normalización de principal de variable.

El análisis de correspondencias múltiples arroja que el modelo de dos dimensiones evaluado, presenta una buena explicación de la relación entre las variables del conjunto de los pacientes con descontrol de la presión arterial, ya que se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.73. Las variables que tienen más peso sobre el modelo (dimensión 1) y que explicarían el descontrol de la presión de los pacientes son el desconocimiento de la enfermedad, el olvido a tomar sus medicamentos, y la adherencia al tratamiento. Mientras que en un menor grado (dimensión 2) la presión de los pacientes se ve influenciada por el tipo de derechohabencia y la ocupación. Las correlaciones de las categorías solo muestran que la distancia entre las categorías fue muy corta, por lo que todas ellas influyen en la explicación del

padecimiento del paciente. A excepción de la adherencia al tratamiento, que no desconoce la enfermedad y que no olvida tomar el medicamento, además de los pensionados y jubilados.

Investigación Cualitativa

Tal y como lo recomienda el método científico, con el fin de diseñar el cuestionario, se ha llevado a cabo una investigación cualitativa. Se realizaron entrevistas a profundidad a pacientes clave con hipertensión arterial descontrolada, cada entrevistado tiene más de 5 años contando con diagnóstico de hipertensión arterial, está constituido por un total de 8 participantes y la duración de las mismas fue de 45 min, en estas entrevistas se ha tenido en cuenta las variables de ambiente laboral, apoyo familiar, calidad de la atención conocimiento de la enfermedad, cumplimiento en el tratamiento, estado de salud, tratamiento.

Por parte del área cualitativa, se aplicaron 8 entrevistas a profundidad en las UMF ISSSTE, llevando como guion una entrevista semiestructurada.

El análisis se realizó mediante el programa ATLAS. TI versión 7.5.17, Así también se realizó la categorización y se obtuvieron tablas de resultados de relación de categorías. Ya contando con las categorías, así como citas y memos, se procedió a realizar una tabla de co-ocurrencias con las categorías y la creación de la red para la identificación visual de la relación de las distintas categorías.

Resultados cualitativos

En la tabla se aprecia la relación de las entrevistas, con las familias de forma cuantitativa se observan las relaciones entre ambos, el elemento de conocimiento tiene mayor relación por lo que demuestra que hay una relación directa de los mismos con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial (tabla 5).

Tabla 7 Códigos y Documentos Primarios

	P 1: Entrevista 1.pdf	P 2: Entrevista 10.pdf	P 3: Entrevista 11.pdf	P 4: Entrevista 12.pdf	P 5: Entrevista 3.pdf	P 6: Entrevista 4.pdf	P 7: Entrevista 7.pdf	P 8: Entrevista 9.pdf	TOTALES:
Adherencia	5	2	4	3	10	5	2	3	34
Ambiente Laboral	6	0	4	2	2	6	1	3	24
Apoyo Familiar	4	4	3	2	3	0	4	3	23
Calidad de Atención	3	3	2	3	3	5	4	3	26
Conocimiento Patología	4	5	5	5	7	3	2	8	39
Estado de Salud	0	1	5	3	6	2	3	3	23
Medicina Alternativa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Percepción de la Familia	1	1	2	3	0	2	4	1	14
Tratamiento	2	1	4	0	1	2	4	2	16
TOTALES:	25	17	29	21	32	25	24	26	199

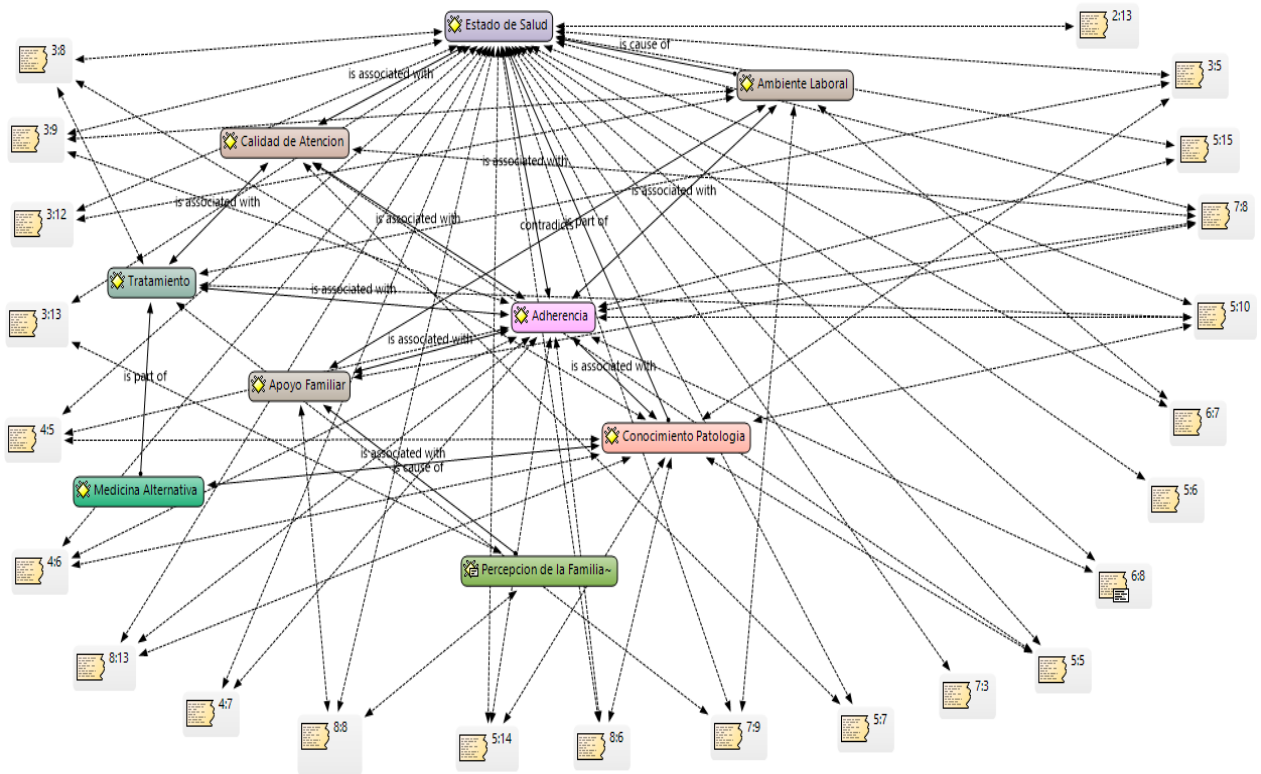
En la siguiente tabla se muestran los códigos y la relación que tienen entre ellos por lo que el código de Conocimiento de la enfermedad, estado de salud y la adherencia al tratamiento tienen una frecuencia superior así también observamos equivalencia con el análisis cualitativo por lo que se puede inferir que los derechohabientes relacionan de forma muy estrecha el conocimiento de la enfermedad con el cumplimiento del tratamiento y la mejora en el estado de salud que se proporcionan en las Unidades de medicina familiar; los otros componentes se vuelven a un segundo plano (tabla 6)

Tabla 8 de Co- Ocurrencias de Códigos

	Adherencia	Ambiente Laboral	Apoyo Familiar	Calidad de Atención	Conocimiento Patología	Estado de Salud	Percepcion de la Familia	Tratamiento	TOTALES:
Adherencia	0	0.05	0.04	0.07	0.26	0.24	0	0.09	0.75
Ambiente Laboral	0.05	0	0	0	0.03	0.09	0.12	0.03	0.32
Apoyo Familiar	0.04	0	0	0.02	0.03	0.05	0.19	0	0.33
Calidad de Atención	0.07	0	0.02	0	0.08	0.07	0	0.11	0.35
Conocimiento Patología	0.26	0.03	0.03	0.08	0	0.17	0.04	0.12	0.74
Estado de Salud	0.24	0.09	0.05	0.07	0.17	0	0.06	0.11	0.78
Percepcion de la Familia	0	0.12	0.19	0	0.04	0.06	0	0	0.41
Tratamiento	0.09	0.03	0	0.11	0.12	0.11	0	0	0.45

Red familia y códigos

La red muestra la interacción de los códigos con la adherencia creando direccionalidad en ambos sentidos, así mismo muestra la relación de las citas con los códigos tomando en el centro la adherencia, el conocimiento de la enfermedad y el estado de salud esto es un diseño semántico, así se muestra que el conocimiento de la enfermedad y el estado de salud tienen relación con la adherencia



Capítulo 8

Discusión

La hipertensión arterial, el hipercolesterolemia y el tabaquismo vistos en conjunto explican más del 80% de las ECV, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y 49% de la cardiopatía isquémica. Tratar y controlar la HTA es, por lo tanto, una estrategia medular en la atención de las ECV. Aquellos estudios que han demostrado la efectividad de los fármacos y de los programas de intervención para el manejo de la hipertensión arterial, reafirman la importancia de la adherencia al tratamiento para lograrlo (Varela, 2010). Es por lo anterior que es importante identificar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento, para así poder generar estrategias que permitan controlar a los pacientes hipertensos. En el presente estudio se encontró que variables sociodemográficas como son el tipo de derechohabiencia y la ocupación tienen un efecto en la adherencia al tratamiento. Los resultados exponen que el apoyo familiar es una variable que en la muestra analizada presentó una influencia para la adherencia. Así también el hecho de olvidar tomar los medicamentos, así como desconocer de la enfermedad influye en la no adherencia, lo cual presenta cierta ventaja ya que para este tipo de variables que resultaron significativas, se pueden generar campañas que mejoren estos problemas.

Los datos del presente estudio se basaron en la información de 314 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, los datos fueron recolectados mediante la aplicación de un cuestionario y revisión de expedientes clínicos con la finalidad de evitar el sesgo de

memoria relacionado con los años de diagnóstico de la enfermedad, cifras de t/a que reporta para saber si esta en control o descontrol.

Existen reportes de estudio sobre adherencia al tratamiento para pacientes hipertensos en los cuales se han encontrado que los factores que influyen pueden ser diferentes. (Yang, 2016) reportan que para una muestra de 745 pacientes en Beijing, una buena adherencia se observaba en adultos mayores que contaban con seguro de salud y un buen conocimiento de la enfermedad, aunque este estudio coincide con el nuestro en el hecho de que el olvido de toma del medicamento es un factor importante en la no adherencia. Otros estudios marcan 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 (Carhuallanqui, 2010); (Ferrera, 2010). (Buendía, 2012) refiere en un estudio que alrededor del 48 % de los pacientes refiere olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo. El 68 % considera que, si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes, recetarían menos medicamentos. Alrededor del 40 % no sabe que órganos pueden lesionarse como consecuencia de la tensión arterial elevada. Por otro lado, (Ruppar, 2012), encontraron que la subescala de preocupaciones del test BMQ era un factor importante para la no adherencia al tratamiento. Los factores relacionados con la adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial pueden variar de una población a otra. Es por ello que es importante identificar claramente cuáles son los factores que afectan a una población en específico, con el fin de asegurar mayor asertividad cuando se generen campañas encaminadas a mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Aquellos estudios que han demostrado la efectividad de los

fármacos y de los programas de intervención para el manejo de la hipertensión arterial, reafirman la importancia de la adherencia al tratamiento para lograrlo (Varela, 2010). Es por lo anterior que es importante identificar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento, para así poder generar estrategias que permitan controlar a los pacientes hipertensos. En el presente estudio se encontró que variables sociodemográficas como son el tipo de derechohabiencia y la ocupación tienen un efecto en la adherencia al tratamiento. Los resultados exponen que el apoyo familiar es una variable que en la muestra analizada presentó una influencia para la adherencia. Así también el hecho de olvidar tomar los medicamentos, así como desconocer de la enfermedad influye en la no adherencia, lo cual presenta cierta ventaja ya que para este tipo de variables que resultaron significativas, se pueden generar campañas que mejoren estos problemas.

Conclusiones

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) no controlada permanece como un importante problema médico y social en los países desarrollados y en desarrollo, es un problema de salud pública que afecta a un alto porcentaje de la población. Inclusive conociendo la eficacia, efectividad y eficiencia de varias medidas preventivas y de control disponibles, los perjuicios de la enfermedad probablemente continuarán, por décadas, representando uno de los mayores desafíos sociales y de salud.

Los beneficios económicos de la buena adherencia implican ahorros para el sistema por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas y el paciente se ve directamente afectado puesto que implica recaídas más intensas, complicaciones, aumenta el riesgo de dependencia y de condiciones incapacitantes

En cuanto a las consecuencias económicas, se puede traducir para el paciente en pérdida económica por ausentismo laboral secundario a su condición, pérdidas en la economía familiar y gastos adicionales que se representan en reingresos hospitalarios o interconsultas y exámenes adicionales. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente sin embargo si un paciente con hipertensión arterial tiene un buen control de sus cifras de tensión arterial existe mejoría en el paciente al disminuir las complicaciones médicas, mejorar o perseverar la calidad de vida.

El médico familiar es el que atiende a la mayoría de los pacientes, por ello es necesario que conozca las guías clínicas para identificar los factores de riesgo, medicamentos de

elección y adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas. Conocer herramientas como guías clínicas, en las cuales se aborda la educación al paciente, podría mejorar la adherencia. El control de la hipertensión arterial es crucial para evitar complicaciones, los pacientes que tienen adherencia terapéutica tienen mejor control de la presión arterial y esto hace la diferencia a largo plazo.

Se ha mostrado que la reducción en los tiempos de espera y la planificación del seguimiento mejora el cumplimiento con el tratamiento, es por esto que los pacientes hospitalizados tienen mayores tasas de adherencia que los ambulatorios.

Muchos de quienes padecen hipertensión arterial desconocen su condición de hipertensos y una significativa proporción de los tratados no alcanzan la meta de control (< 140/90 mmHg). La cobertura de las intervenciones de detección aumenta cuando se fomentan acciones de tamizaje con personal sanitario no médico, especialmente enfermeras entrenadas y certificadas, y en enclaves no tradicionales tales como los lugares de trabajo. El diagnóstico de la HTA es relativamente fácil y su tratamiento, de bajo costo.

Capítulo 9

Recomendaciones

Con los resultados del presente proyecto se proponen las siguientes recomendaciones las cuales son factibles y de escaso costo:

- Empoderar a todos los derechohabientes con Hipertensión arterial para la gestión en la mejora de su salud.
- Promover y formalizar la integración de Grupos de Ayuda Mutua (GAM EC) como el que se cuenta en la Secretaria de Salud con la finalidad de contribuir a control de los pacientes, brindando conocimientos, desarrollando habilidades y destrezas en los pacientes, enfocado en el autoconocimiento y autocuidado de la salud y con ello reforzar la adherencia al tratamiento.
- Capacitar al personal de salud de las UMF para detectar oportunamente casos de hipertensión arterial con la finalidad de garantizar un adecuado control y manejo a fin de evitar complicaciones.
- Realizar visitas de supervisión y acompañamiento continuo a las unidades de Primer Nivel de Atención con la finalidad de evaluar los conocimientos y aspectos técnicos de la detección oportuna de hipertensión arterial y sus complicaciones.
- Enfocar acciones de salud pública con la finalidad de crear talleres en donde se incluya a los beneficiarios a los talleres esto con la finalidad de empoderarlos con el conocimiento de su enfermedad.

- Existe la necesidad de crear en cada una de las UMF un registro nominal de los pacientes con enfermedades crónicas con la finalidad de tener un mayor control en el número de pacientes que cursan con enfermedades crónicas y no solo HTA.

Capítulo 10

Limitaciones

Es importante aclarar que el presente es solo una foto en un momento en el tiempo, dado que es un estudio transversal, tiene entre sus principales limitaciones la temporalidad, los resultados deben de tomarse con mucha cautela ya que representan solo asociaciones estadísticas y por otro lado representan solo la opinión de los pacientes, tanto en el estudio cualitativo como cuantitativo.

En estudios posteriores el estudio debería ampliarse a todas las UMF del estado de Hidalgo, y a enfermedades como Diabetes, obesidad y dislipidemia.

Aspectos Éticos y Bioseguridad

Corresponde a una investigación sin riesgo según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. Se enfatiza cuidar la confidencialidad de la información según el Reglamento de la Ley General de Salud.

Bibliografía

- AHA, A. A. (2013). statistical Fact Sheet. *American Heart Association*.
- Alvarez, F. (2013). Sedentarismo y actividad física. *revista científica medica cienfuegos*, 10, 55-60.
- Archiong F, R. J. (marzo de 2014). Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroe del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2013. Recuperado el septiembre de 2016, de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema06.htm>
- Arias-Albuja G, P.-R. F. (2014). valoración de la adherencia a la terapéutica prescrita y sus factores condicionantes en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica esencial tratados en el Hospital Delfina Torres Viuda de Concha (tesis de licenciatura). Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador.
- Belgica, H. (abril de 2013). Hipertensión Arterial. *Analisis revista coyuntal*, 8-10.
- Bertoldo., P. A. (2013). Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm.*, 468-474.
- Boza RA, e. a. (1987). Patient noncompliance and overcompliance. Behavior patterns underlying failure to follow doctor's order. *Postgraduate Medicine*. (81), 163-170.
- Buendía, J. A. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Biomédica*, 32(4).
- Campos., N. I. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55(2), 144-150.
- Carbajal L, R. R. (2013). Las endotelinas (Et) en la hipertensión arterial. *Revista Mexicana de Pediatría*, 80(4), 150-153.
- Carhuallanqui, R. D.-C.-H. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista médica herediana*, 21(4), 197-201.
- Castells., M. (2007). Cumplimiento terapéutico. En C. M., *Farmacología en enfermería*. 2a ed. (pág. 570). Elsevier.
- Cinza S, M. A. (2011). Hipertensión arterial resistente en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria de España. *Elsevier*, 41(3), 123-130.
- Cisnero D, F. D. (2011). Comportamiento Clínico Epidemiológico de la Hipertensión Arterial en el anciano. *Clinical and Epidemiological Behavior of Hypertension in the elderly*, 1-15.
- D'Anello., S. (2006). Cumplimiento del tratamiento médico: Aspectos psicosociales. Cap. 10. En Aportes a la Psicología Social de la Salud. En U. d. Andes. Mérida-Venezuela.: Ediciones Vicerrectorado Académico.
- ENSANUT. (2012). Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: <http://ensanut.insp.mx>
- Erdine., S. (2009). Compliance With the Treatment of Hypertension: The Potential of Combination Therapy. *The Journal of Clinical Hypertension*.(12), 40-46.

- Espinosa-García J, M.-C. N.-R.-B.-G. (2012). Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen*(38), 292-300.
- Espinosa-García., J. M.-C.-R.-B.-G. (2012). Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen*(38), 292-300.
- Fernández-Pacheco., N. (2015). Adherencia terapéutica pacientes con hipertensión arterial, dislipidemia y sobrepeso. (tesis licenciatura). España: Universidad de la Laguna; Facultad de Ciencias de la Salud, España.
- Ferreira, G. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista de cardiología*, 67, 139-144.
- Ferrera, N. M. (2010). Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. *Rev. Fed. Arg. Cardiol*, 194-203.
- Florez-Torres., I. (2009). Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.*(27), 25-32.
- Galperin., J. (1994). Como entender la adherencia a tratamientos. *Medifam.*(4), 213-216.
- Gonzalez, M. (2014). Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Medica*, 31(1).
- Grau-Abalo., J. (2016). *Salud & Soc*(7), 138-166.
- Grau-Abalo., J. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Soc.*(7), 138-166.
- Hansen, W. R. (2002). La relación Médico Paciente y su papel en el apego al tratamiento. *CONAMED*, 7(3).
- Haynes RB, T. D. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Herrera AD, D. A.-R. (2014). Prehipertension arterial prevalencia y evolucion en poblacion cubana de 35 años y mas . *Revista cubana de cardiologia*, 19(3), 142-146.
- Herrera-Guerra., E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Av. Enferm.*(30), 67-75.
- Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un cventtro de atención primaria de la salud de la ciudadada de Parana. (2010). *Revista de Cardiologia de Argentina*, 194-203.
- IMSS, I. M. (2014). *Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertension Arterial en el primer nivel de atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Ismael, C. N. (2013). Hipertensión Arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Publica de México*, 55(2). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342013000800011&script=sci_arttext
- James, P. (2014). Evidence-Based. *JNC VIII*, 311(15), 507-520.
- Kirscht., J. R. (1977). Patient adherence to antihypertensive medical regimens. *J Community Health*(3), 115-124.

- Lewis, J. (2010). Blood pressure control in chronic kidney disease: is less really more? *Journal American Society Nephrol*, 1086-1092.
- Libertad-Martín., A. B.-V.-M. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública*.(33), 1-10.
- Llibre, J. (2011). Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. . 242-251.
- Maldonado-Reyes., F. V.-M.-M. (2016). Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. . *Aten Fam*.(23), 48-52.
- Marin M, F. G. (2012). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial. Estudio RENATA. *Revista Argentina de Cardiología*, 80(2), 121-129.
- Márquez, S. (2012). Fisiopatología de la Hipertension arterial. *Facultad de Ciencias Medicas UNR*.
- Martinez J, V. J. (2011). Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en un hospital de segundo nivel. *Nacional de Salud publica*, 29(2), 139-144.
- Martínez, D. C. (1999). Programa Nacional de Prevención, Diagnostico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 15(1).
- Martos-Méndez. (2016). Analisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Rev. Psicol. Salud*(4), 24-59.
- Mas-Heredia M, M. E. (2014). Validez y aplicabilidad de un nuevo método de registro para la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 717-723.
- Means, B. (2012). Tackling challenges in the diagnosis and management. *Revista de Cardiologia*, 9(5), 253-254.
- Moncloa A, S. M. (2015). Fisiopatología de la Hipertensión Arterial. *Fundacion Instituto Hipolito Unanue*, 54(4), 184-188.
- Morejon M, A. F. (2013). Prevalencia de hipertension arterial y factores asociados. *Reviste medica electronica*, 35(5), 461-169.
- Noack, K. (2013). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. *REVISTA ANACEM*., 7(2), 75-78.
- NOM-030-SSA2-2009. (s.f.). *Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica*.
- NOM-030-SSA2-2009. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- OMS. (2013). Recuperado el 1 de Septiembre de 2016, de Información General sobre la Hipertensión en el Mundo: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spapd
- OPS. (2014). Recuperado el 1 de Noviembre de 2015, de La OPS/OMS insta a las persons en las Ámericas a chequear su presión arterial para prevenir infartos y accidentes

- cerebrovasculares:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=844:la-opsoms-insta-a-las-personas-en-las-americas-a-chequear-su-presion-arterial-para-prevenir-infartos-y-accidentes-cerebrovasculares&catid=697:noticias
- Orozco C, C. L. (2016). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.
- Ortiz-Domínguez., M. G.-L.-P.-S. (2011). Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Pública Mex.*(53), 436-444.
- Perk J, B. G. (2012). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la practica clinica. *Revista Española de Cardiología*, 65(10), 937.
- Reyes, M. (2013). 5HJLVWUR 1DFLRQDO GH,QIDUWR GH 0LRFDUGLR. *Revista Peruana de Cardiología*, 39, 55-59.
- Rodriguez R, G. Y. (2011). Hipertensión arterial en mujeres. *Archivo Medico de Camaguey*, 4(1), 1-10.
- Rosas M, L. A. (2010). Consolidacion mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. *Archivo cardiologia de Mexico*, 96-111.
- Rosas M, P. S. (2016). Consenso de Hipertensión Arterial sistémica en México. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro social*, 54, S56-S51.
- Ruiz E., R. H. (2015). Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. *Horizonte medico*, 15(3), 23-33.
- Ruiz, G. (2014). Hypertension y obesity: Correlates with renin-angiotensin-aldosterone system and uric acid. *Journal of clinical hipertension*, 18(8), 559-560.
- Ruppar, T. M. (2012). Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: a pilot study. *Geriatric Nursing*, 33(2), 89-95.
- Salud, S. d. (30 de mayo de 2016). *Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2011*. Obtenido de <http://dgepi.salud.gob.mx>.
- Sanchez, J. (2010). Factores de riesgo asociados a la presentación de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 29(1), 110-114.
- Sanchez, R. A. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 29(1).
- Santana López, S., & Montero Díaz, R. (2012). Dilemas éticos en el diagnóstico de hipertensión arterial. *Finlay*.
- SSA. (2011). Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2011: <http://dgepi.salud.gob.mx>
- Takahashi H, Y. M. (2011). The central mechanism underlying hypertension: a review of the roles of sodium ions, epithelial sodium channels the renin-angiotensin-aldosterone system, oxidative stress and endogenous digitalis in the brain. *Hipertens Res*, 34(11), 1147-1160.
- Tinageros J, C. F. (2015). Hipertension arterial en la población económicamente activa. *Revista Peruana de Cardiología*, 102-108.
- Varela, A. M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento psicológico*.

- Varela-Arévalo., M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico.*, 7, 127-139.
- Vinaccia S, Q. J. (2006). Apoyo Social y Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes con Diagnostico de Hipertensión Arterial. *Informes psicologicos*(8), 89-106.
- Volpe M, B. A. (2012). Cardiovascular risk assessment beyond systemic coronary risk estimation: a role for organ damage markers. *Journal Hypertenses*, 30, 1056-1064.
- Wagner, G. (2010). Fisiopatología de la Hipertension Arterial. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71, 225-229.
- Weschenfelder M, G. M. (2012). hipertension arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Universidad de Murcia*, 344-355.
- Yang, S. H. (2016). Determinants of antihypertensive adherence among patients in Beijing: application of the health belief model. *Patient education and counseling*, 99(11), 1894-1900.
- Zambrano R, D. J. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.*(30), 163-174.
- Zhang, J. (2014). Elevated serum uric acid is associated with angiotensinogen in obese patients with untreated hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, 16(8), 569-574.

Anexos

Anexo 1

Cuestionario Test Morisky-Green-Levine,

Versión española del cuestionario sobre creencias sobre medicamentos, BMQ-General

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación-General, FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee). Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Anexo 2

Concentrado de Códigos, Citas y Memos del análisis por el software ATLAS. Ti ([página 1-
....](#))

Consentimiento informado

Anexo 3

Concentrado de Códigos, Citas y Memos del análisis por el software ATLAS. Ti ([página 1-
....](#))

Test Morisky-Green-Levine

Preguntas	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?		
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		
Adherente		

Adherente	SI	NO
Resultado:		

Para valorar el nivel de conocimientos se realizarán las siguientes tres preguntas a los pacientes

Preguntas	SI	NO	NO SABE
Es la Hipertensión Arterial una enfermedad para toda la vida			
¿Se puede controlar con dieta o medicación?			
Cite 2 o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión elevada			

Versión española del cuestionario sobre creencias sobre medicamentos, BMQ-General

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación-General

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los médicos utilizan demasiados medicamentos	1	2	3	4	5
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando	1	2	3	4	5
3. La mayoría de medicamentos crean adicción	1	2	3	4	5
4. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	1	2	3	4	5
5. Los medicamentos hacen más mal que bien	1	2	3	4	5
6. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	1	2	3	4	5
7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos	1	2	3	4	5
8. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos	1	2	3	4	5

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:				
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5
Describa su familia:				
<input type="radio"/> n 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="radio"/> n 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="radio"/> n 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="radio"/> n 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="radio"/> n 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="radio"/> n 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="radio"/> n 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="radio"/> n 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="radio"/> n 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="radio"/> n 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="radio"/> n 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="radio"/> n 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="radio"/> n 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="radio"/> n 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="radio"/> n 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="radio"/> n 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="radio"/> n 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="radio"/> n 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="radio"/> n 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="radio"/> n 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido

Informado (a) por la C. _____ Alumna de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, que desarrolla un trabajo de investigación en la zona, acerca de la Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos antihipertensivos.
2. Permito que la C. _____ utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que la C. _____ tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por ella manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Firma

_____ Hidalgo, ___ de _____, 201__

Anexo

Reporte de consulta

UH: Atlas tesis2
File: [C:\Users\nancy\Desktop\Atlas tesis2.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2018-06-09 09:51:47

34 Citas encontradas por consulta:
"Adherencia"

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:4 [no me da todo mi medicamento] (1:665-1:695) (Super)

Códigos: [Adherencia]
no me da todo mi
medicamento

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:7 [tomo 2 medicamentos 2 veces al...] (1:1029-1:1140) (Super)

Códigos: [Adherencia]
tomo 2 medicamentos 2 veces al día en la
mañana y en la noche, pero luego se me olvida tomarlos por 2 o 3 días

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:10 [se me olvida tomarlos] (1:2029-1:2049) (Super)

Códigos: [Adherencia]
se me olvida tomarlos

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:14 [a veces olvido tomarme mis med..] (2:220-2:255) (Super)

Códigos: [Adherencia]
a veces olvido tomarme mis medicinas

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:15 [por decidía] (2:407-2:417) (Super)

Códigos: [Adherencia]
por decidía

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:5 [no me acuerdo como se llaman, ...] (1:449-1:506) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia]
no me acuerdo como se llaman, son unas pastillas chiquitas

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:11 [me da molestias cuando no tomo...] (1:1026-1:1121) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia]
me da molestias cuando no tomo mis medicinas como debe de ser, me duele la cabeza
y el cuello.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:2 [y debo de tomar mi medicamento...] (1:150-1:181) (Super)

Códigos: [Adherencia]

y debo de tomar mi medicamento

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:4 [Depende de mis cifras que teng..] (1:358-1:457) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia] [Tratamiento]

Depende de mis cifras que tenga será lo que tenga que tomar y la alimentación que tengo que seguir

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:9 [Mal porque no rindo en mi trab...] (1:1081-1:1173) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Adherencia] [Estado de Salud]

Mal porque no rindo en mi trabajo, me estreso con facilidad en él, y pues me sube la presión.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:10 [soy maestro de secundaria, ya ...] (1:1212-1:1271) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Adherencia]

soy maestro de secundaria, ya usted sabrá si me estreso o no

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:5 [Pues cuando me los tomo me va ...] (1:916-1:1018) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

Pues cuando me los tomo me va bien, estoy más tranquila no me duele la cabeza ni me zumban los oídos.

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:6 [Es una enfermedad que me dicen...] (1:1109-1:1233) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

Es una enfermedad que me dicen que uno se muere, así de poco en poco, y que se acostumbra mi cuerpo a las cifras de presión

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:7 [Pues normal, no sé cómo me deb...] (1:1362-1:1484) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Estado de Salud]

Pues normal, no sé cómo me debo de sentir, solo sé que estoy enfermo de la presión, me dicen que esta alta, pero ni siento

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:1 [es una enfermedad complicada... ...] (1:95-1:206) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia]

es una enfermedad complicada... ya que si no me cuido puedo haber cambios en mi organismo y pueden ser muy malos

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:2 [Trato siempre de estar en mis ...] (1:272-1:377) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento Patología] [Adherencia]

Trato siempre de estar en mis consultas ya que esas me sirven para saber cómo se comporta la enfermedad...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:4 [eso es lo difícil realmente pr...] (1:543-1:628) (Super)

Códigos: [Adherencia]

eso es lo difícil realmente programar el cerebro para acordarse de los medicamentos.

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:8 [mi problema es el olvido] (1:1092-1:1115) (Super)

Códigos: [Adherencia]

mi problema es el olvido

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:9 [mi problema es no querer tomar...] (1:1137-1:1220) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia]

mi problema es no querer

tomar mis medicamentos a veces... yo digo porque me aburre

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:10 [es una enfermedad complicada, p...] (1:1313-1:1399) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia] [Estado de Salud] [Tratamiento]

es una enfermedad complicada, pero con el medicamento eh podio llevar una vida normal...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:11 [mi problema es que me aburre m...] (1:1401-1:1470) (Super)

Códigos: [Adherencia]

mi problema es que me aburre mi medicina... eso hace que olvide tomarlas

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:12 [Me eh sentido muy bien, gracias...] (1:1533-1:1657) (Super)

Códigos: [Adherencia]

Me eh sentido muy bien, gracias a ser aplicado en mi tratamiento... como le dije anteriormente mi problema es el aburrimiento

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:14 [En algunas ocasiones si, ya qu...] (1:2052-1:2187) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [adherencia] [Estado de Salud]

En algunas ocasiones si, ya que por el trabajo muchas veces uno no come adecuadamente lo cual provoca una alteración en la enfermedad.

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:15 [solo en algunas ocasiones, pero...] (2:19-2:169) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Estado de Salud]

solo en algunas ocasiones, pero con el tratamiento no se presenta mayor

problema al menos en mi... si no me aburre sigo mi tratamiento al pie de la letr

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:3 [El tratamiento mmm hasta eso n...] (1:581-1:822) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento Patología] [Adherencia]

El tratamiento mmm hasta eso no son muchos los medicamentos que tengo que tomar, son 2 y me los tengo que tomar cada 12 horas los 2 pero créame luego se me olvida y a veces no tiene medicamento entonces tengo que dar más vueltas eso me enoja

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:5 [cuando no hay tanto medicamento...] (1:1094-1:1215) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Adherencia] [Tratamiento]

cuando no hay tanto medicamento que me den a tomar, hago corajes y por eso siento que me va mal... no se preocupan por uno...

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:6 [es una enfermedad muy difícil ...] (1:1306-1:1385) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia]

es una enfermedad muy difícil porque tengo que tomar medicinas todo el tiempo....

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:8 [si le agregamos que no siempre...] (1:1493-1:1569) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Estado de Salud]

si le agregamos que no siempre tienen mis
medicinas en mi clínica imagínese

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:11 [a veces cuando no puedo ir a t...] (1:2042-1:2139) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Adherencia]

a veces cuando no puedo ir a trabajar porque me duele la cabeza...eso me pone en
ocasiones triste

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:5 [es más fácil comprar mi medica...] (1:1013-1:1061) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Tratamiento]

es más fácil comprar mi medicamento en el similar

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:8 [al principio triste pero aho...] (1:1526-1:1649) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Calidad de Atención] [Adherencia] [Estado de Salud]

al principio triste pero ahorita ya me acostumbré ya sé que si me cuido me puedo
controlar solo es cuestión que me decida

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:6 [Un poco mejor bueno cuando me ...] (1:1357-1:1461) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

Un poco mejor bueno cuando me los tomo me siento bien, cuando no me los tomo ahí
es donde me siento mal

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:11 [Que siga las indicaciones del ...] (2:330-2:460) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Adherencia]

Que siga las indicaciones del médico que le haga caso en lo que me dice que es por mi
bien, me quieren ... la verdad que me quieres

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:13 [hace meses ... me tuvieron que h...] (2:664-2:726) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

hace meses ...
me tuvieron que hospitalizar porque me desmaye...

Reporte de consulta

UH: Atlas tesis2

File: [C:\Users\nancy\Desktop\Atlas tesis2.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2018-06-09 09:50:20

24 Citas encontradas por consulta:

"Ambiente Laboral"

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:12 [es muy demandante mi jefe] (2:149-2:173) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

es muy demandante mi jefe

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:17 [con mi jefe hay] (2:625-2:639) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

con mi jefe hay

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:19 [Me gusta mi trabajo, salvo por...] (2:884-2:959) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

Memo: [estrés laboral]

Me gusta mi trabajo, salvo por mi jefe que no nos
deja ni a sol ni asombra

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:20 [no mucho, solo cuando me duele...] (2:1317-2:1356) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

no mucho, solo cuando me duele la cabeza

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:21 [no casi no faltó] (2:1527-2:1542) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

no casi no faltó

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:22 [si llego a faltar un solo día ...] (2:1571-2:1642) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

si llego a faltar un solo día sin avisar con tiempo
a mi jefe me va peor

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:9 [Mal porque no rindo en mi trab...] (1:1081-1:1173) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Adherencia] [Estado de Salud]

Mal porque no rindo en mi trabajo, me estreso con facilidad en él, y pues me sube la presión.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:10 [soy maestro de secundaria, ya ...] (1:1212-1:1271) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Adherencia]

soy maestro de secundaria, ya usted sabrá si me estreso o no

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:11 [Si porque me incapacito muy se...] (1:1360-1:1477) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

Si porque me incapacito muy seguido y luego en mi trabajo ya no me creen, dicen que me hago
tonto que todo lo invento

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:12 [A veces, esos dolores de cabez...] (1:1530-1:1573) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Estado de Salud]

A veces, esos dolores de cabeza no me dejan.

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:8 [Pues yo digo que bien, cada qu...] (1:1740-1:1785) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]
Pues yo digo que bien, cada quien en sus cosas

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:9 [No me dicen nada, ni preguntan...] (1:1846-1:1936) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]
No me dicen nada, ni preguntan nada, me gusta porque me dejan comer y hacer lo que quiero

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:13 [es un muy buen trabajo, aunque ...] (1:1753-1:1842) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]
es un muy buen trabajo, aunque ahorita con lo de la reforma ha aumentado mucho el trabajo

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:16 [pero tengo una relación excele...] (2:264-2:311) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]
pero tengo una relación excelente con mi familia

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:7 [mal porque no rindo en mi tra...] (1:1449-1:1482) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Estado de Salud]
mal porque no rindo en mi trabajo

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:9 [si, por que a veces me siento...] (1:1760-1:1793) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]
si, por que a veces me siento mal

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:11 [a veces cuando no puedo ir a t...] (1:2042-1:2139) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Adherencia]
a veces cuando no puedo ir a trabajar porque me duele la cabeza...eso me pone en ocasiones triste

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:12 [buena... me quieren y los quiero...] (1:2213-1:2242) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]
buena... me quieren y los quiero

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:13 [este...que le eche ganas y que...] (1:2324-1:2375) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]
este...que le eche ganas y que tome mi medicamento....

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:14 [no, siempre que recuerdo tomar...] (2:269-2:320) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]
no, siempre que recuerdo tomar mi medicina estamos b

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:9 [al principio si ahora ya no po..] (1:1970-1:2133) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Estado de Salud] [Tratamiento]
al principio si ahora ya no porque ya sé cuándo me siento mal y sé que es porque no me tome mis medicamentos como era y entonces me los tomo y ya me siento bien

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:9 [Muy poco procuro no faltar por...] (1:2213-1:2286) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral]

Muy poco procuro no faltar por nada, para no tener problemas en el trabajo

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:10 [me cuidan un poco más y me reg...] (2:148-2:271) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Conocimiento Patología]

me cuidan un poco más y me regañan porque no me cuido, pero la verdad procuro no preocuparlos de más... sé que me quieren ...

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:14 [no se no me han dicho nada al ...] (2:831-2:926) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Conocimiento Patología]

no se no me han dicho nada al menos se limitan a decirme que puedo y no comer me dicen cuídate

Reporte de consulta

UH: Atlas tesis2

File: [C:\Users\nancy\Desktop\Atlas tesis2.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2018-06-09 09:53:33

14 Citas encontradas por consulta:

"Percepción de la Familia"

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:26 [solo dicen tú tienes que cuidar...] (3:179-3:277) (Super)

Códigos: [Percepción de la Familia]

solo dicen tú tienes que cuidarte no comas esto no comas lo otro, pero veo que ellos no se cuidan

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:15 [No, prácticamente ellos siguen...] (2:1-2:100) (Super)

Códigos: [Percepción de la Familia]

No, prácticamente ellos siguen con sus actividades normales sin que les cause alguna preocupación.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:13 [Diferente, no me dejan comer o..] (1:1629-1:1745) (Super)

Códigos: [Estado de Salud] [Percepción de la Familia]

Diferente, no me dejan comer o hacer muchas cosas que ellos si comen o hacen, y me entran unos antojos muy fuertes.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:16 [No cada quien tiene sus cosas,..] (2:239-2:323) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Conocimiento Patología] [Percepción de la Familia]

No cada quien tiene sus cosas, digo es grave lo que tengo, pero no para que los afecte

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:8 [Pues yo digo que bien, cada qu..] (1:1740-1:1785) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]

Pues yo digo que bien, cada quien en sus cosas

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:9 [No me dicen nada, ni preguntan..] (1:1846-1:1936) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]

No me dicen nada, ni preguntan nada, me gusta porque me dejan comer y hacer lo que quiero

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:11 [Pues hasta ahorita que lo pr..] (2:170-2:278) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Conocimiento Patología] [Percepción de la Familia]

Pues hasta ahorita que lo pregunta yo pienso que por eso la mayor parte de mi familia tiene la enfermedad

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:13 [este....que le eche ganas y que..] (1:2324-1:2375) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]

este....que le eche ganas y que tome mi medicamento....

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:14 [no, siempre que recuerdo tomar...] (2:269-2:320) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Percepción de la Familia]

no, siempre que recuerdo tomar mi medicina estamos b

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:10 [a veces no entienden cuando me...] (2:325-2:413) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Percepción de la Familia]

a veces no entienden cuando me siento mal, pero yo los entiendo trato de no molestarlos

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:11 [que me cuide que no quieren qu..] (2:622-2:767) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Percepción de la Familia]

que me cuide que no quieren que me pase nada ... que me quieren pero como se luego se preocupan de mas procuro no decir nada... asi todos tranquilos

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:12 [pues en el momento que me tien..] (2:927-2:1100) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Percepción de la Familia]

pues en el momento que me tienen que acompañar a consulta y se que pierden tiempo aunque no me lo dicen, por eso procuro a veces no decirles a donde voy o cuando es mi cita

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:13 [no pues procuro y trato de no ..] (2:1163-2:1231) (Super)

Códigos: [Percepción de la Familia]

no pues procuro y trato de no molestarlos para que no pen su trabajo

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:8 [luego me siento mal, pero mal ..] (1:1912-1:2069) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Estado de Salud] [Percepción de la Familia]

luego me siento mal, pero mal

conmigo porque no me cuido en ocasiones siento que engaño a mi familia, para que no se preocupen por mí, es difícil a veces

Reporte de consulta

UH: Atlas tesis2
File: [C:\Users\nancy\Desktop\Atlas tesis2.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2018-06-09 09:53:54

16 Citas encontradas por consulta:
"Tratamiento"

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:9 [me han quedado bien a] (1:1828-1:1848) (Super)

Códigos: [Tratamiento]
me han quedado bien a

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:13 [con los medicamentos ya estoy ..] (2:176-2:211) (Super)

Códigos: [Tratamiento]
con los
medicamentos ya estoy bien

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:10 [A veces me duele el estómago d..] (1:914-1:989) (Super)

Códigos: [Tratamiento]

A veces me duele el estómago de tantas pastillas, pero si me he sentido bien

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:4 [Depende de mis cifras que teng..] (1:358-1:457) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Cumplimiento Tx] [Tratamiento]
Depende de mis cifras que tenga será lo que tenga que tomar y la alimentación que tengo que seguir

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:5 [exagera el medico diciéndome q..] (1:479-1:609) (Super)

Códigos: [Conocimiento Patología] [Estado de Salud] [Tratamiento]
exagera el medico diciéndome que es lo que me va a pasar si no me controlo me dice que las complicaciones, pero no siento yo nada

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:7 [Pues Bien... bien] (1:844-1:858) (Super)

Códigos: [Tratamiento]
Pues Bien... bien

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:8 [es una enfermedad complicada, ..] (1:945-1:1027) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Estado de Salud] [Tratamiento]
es una enfermedad complicada, porque tengo que tener mucho cuidado con lo que como.

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:10 [s una enfermedad complicada, p..] (1:1313-1:1399) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Cumplimiento Tx] [Estado de Salud] [Tratamiento]
es una enfermedad complicada, pero con el medicamento eh podio llevar una vida normal...

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:5 [uando no hay tanto medicamento..] (1:1094-1:1215) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Cumplimiento Tx] [Tratamiento]
cuando no hay tanto medicamento que me den a tomar, hago corajes y por eso siento que me va mal... no se preocupan por uno...

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:10 [no me dan mis medicinas comple..] (1:1821-1:1917) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Tratamiento]
no me dan mis medicinas completas ya se imaginará me dicen los doctores tómese sus medicamentos

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:5 [es más fácil comprar mi medica..] (1:1013-1:1061) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Tratamiento]
es más fácil comprar mi medicamento en el similar

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:6 [Bien, fíjese que también me ha..] (1:1130-1:1210) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Tratamiento]
Bien, fíjese que también me han quedado los de los similares por que siento nada...

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:7 [pues....con la presión alta es m..] (1:1301-1:1422) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Tratamiento]
pues...con la presión alta es mala traerla muy alta muchos días, pero con tratamiento, ejercicio y comer bien se controla

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:9 [al principio si ahora ya no po..] (1:1970-1:2133) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Estado de Salud] [Tratamiento]
al principio si ahora ya no porque ya se cuándo me siento mal y se que es por que no me tome mis medicamentos como era y entonces me los tomo y ya me siento bien

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:3 [mire yo tengo que tomar mis me..] (1:523-1:601) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Tratamiento]
mire yo tengo que tomar mis medicamentos diarios 2 veces al día es el micardis

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:4 [luego no hay en mi clínica y l..] (1:803-1:1005) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Tratamiento]
luego no hay en mi clínica y la verdad está muy caro el medicamento para comprarlo, aparte me dicen no consumir sales, no hacer corajes, o llevar impresiones fuertes y pues uno como le hace para eso?

Reporte de consulta

UH: Atlas tesis2
File: [C:\Users\nancy\Desktop\Atlas tesis2.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2018-06-09 09:50:53

23 Citas encontradas por consulta:
"Apoyo Familiar"

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:16 [ya no me enojo tanto como an..] (2:555-2:611) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]
Memo: [Dieta]

, ya no me enojo tanto como antes al menos con mi familia

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:18 [recuerdo que solo cuando me di..] (2:688-2:775) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]
recuerdo que solo cuando me dicen que no coma esto o aquello... me enojo con mi familia

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:23 [es buena ... de heme aguantan mu..] (2:1736-2:1859) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]
es buena ... de heme aguantan mucho porque me enojo con mucha facilidad y más si me dicen que no puedo comer esto o aquello

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:24 [me regaña mucho mis hijos que ..] (2:1965-2:2024) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]
me regaña mucho mis hijos que por que no me cuido me dicen

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:4 [mi esposa, me llama irresponsa..] (1:330-1:364) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]
mi esposa, me llama irresponsable

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:6 [mi esposa es la que se encarga..] (1:509-1:575) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]
No memos
mi esposa es la que se encarga de dármelas, cuando estoy en casa.

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:8 [me dice mi esposa: lo hace por..] (1:712-1:749) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

me dice mi esposa: lo hace por tu bien

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:14 [Que me cuide, que tenga ánimo ..] (1:1776-1:1830) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

Que me cuide, que tenga ánimo y que siga mi tratamiento

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:14 [que me cuide y que siga adelan..] (1:1802-1:1848) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

que me cuide y que siga adelante, me dan ánimos

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:15 [Solo cuando van conmigo a la c..] (2:47-2:202) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

Solo cuando van conmigo a la consulta, pues faltan a su trabajo, porque dicen que si no, luego yo les cuento nada de lo que me dice el Dr. Y se preocupan.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:16 [No cada quien tiene sus cosas,..] (2:239-2:323) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Conocimiento patología] [Percepcion de la Familia]

No cada quien tiene sus cosas, digo es grave lo que tengo pero no para que los afecte

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:10 [No nos ha afectado en nada, co..] (2:11-2:103) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

No nos ha afectado en nada, como le dije que quien hace sus cosas y nadie se mete con nadie

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:11 [: Pues hasta ahorita que lo pr..] (2:170-2:278) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Conocimiento patología] [Percepción de la Familia]

No memos

Pues hasta ahorita que lo pregunta yo pienso que por eso la mayor parte de mi familia tiene la enfermedad

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:17 [Me apoya en el tratamiento y e..] (2:377-2:448) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

Me apoya en el tratamiento y este proceso de la enfermedad, no me quejo...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:18 [nos ha ayudado a empezar una v..] (2:633-2:708) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

nos ha ayudado a empezar una vida saludable... siento que el problema soy yo

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:19 [concientizarnos en mejorar la ..] (2:776-2:817) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

concientizarnos en mejorar la alimentación

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:8 [al principio triste pero aho..] (1:1526-1:1649) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Calidad de Atención] [Adherencia] [Estado de Salud]

No memos

al principio triste pero ahorita ya me acostumbré ya sé que si me cuido me puedo controlar solo es cuestión que me decida

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:10 [a veces no entienden cuando me..] (2:325-2:413) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Percepción de la Familia]

a veces no entienden cuando me siento mal, pero yo los entiendo trato de no molestarlos

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:11 [que me cuide que no quieren qu..] (2:622-2:767) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Percepción de la Familia]

que me cuide que no quieren que me pase nada ... que me quieren, pero como se luego se preocupan de más procuro no decir nada... así todos tranquilos

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:12 [pues en el momento que me tien..] (2:927-2:1100) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Percepción de la Familia]

pues en el momento que me tienen que acompañar a consulta y se que pierden tiempo aunque no me lo dicen, por eso procuro a veces no decirles a donde voy o cuando es mi cita

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:8 [luego me siento mal, pero mal ..] (1:1912-1:2069) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Estado de Salud] [Percepción de la Familia]

No memos

luego me siento mal, pero mal

conmigo porque no me cuido en ocasiones siento que engaño a mi familia, para que no se preocupen por mí, es difícil a veces

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:11 [Que siga las indicaciones del ..] (2:330-2:460) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Adherencia]

Que siga las indicaciones del médico que le haga caso en lo que me dice que es por mi bien, me quieren ... la verdad que me quieres

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:12 [se asustan...] (2:600-2:610) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar]

No memos

se asustan...

Reporte de consulta

UH: Atlas tesis2

File: [C:\Users\nancy\Desktop\Atlas tesis2.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2018-06-09 09:51:25

39 Citas encontradas por consulta:
"Conocimiento patología"

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:2 [Es una enfermedad que eleva la..] (1:344-1:446) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

Es una enfermedad que eleva la presión y causa dolor de cabeza, se hinchan los pies y puede uno morir

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:6 [es para controlar mi presión t..] (1:1000-1:1091) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

es para controlar mi presión tomo 2 medicamentos 2 veces al día en la mañana y en la noche

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:11 [me dio la presión alta por los..] (2:96-2:146) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

me dio la presión alta por los corajes y mi trabajo

P 1: Entrevista 1.pdf - 1:25 [se que se hereda la presión al..] (3:285-3:330) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

sé que se hereda la presión alta en los hijos,

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:1 [es una enfermedad que cuando t..] (1:95-1:155) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

es una enfermedad que cuando te duele la cabeza te desvaneces

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:2 [silencioso] (1:185-1:194) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

silencioso

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:5 [no me acuerdo como se llaman, ..] (1:449-1:506) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [adherencia]

No memos

no me acuerdo como se llaman, son unas pastillas chiquitas

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:11 [me da molestias cuando no tomo..] (1:1026-1:1121) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia]

me da molestias cuando no tomo mis medicinas como debe de ser, me duele la cabeza y el cuello.

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:12 [Que es peligrosa, la enfermedad...] (1:1232-1:1301) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

Que es peligrosa, la enfermedad, puede causar la muerte si sube mucho.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:1 [Es una enfermedad que si no me..] (1:84-1:136) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

Es una enfermedad que si no me controlo me pongo mala

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:4 [Depende de mis cifras que teng..] (1:358-1:457) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Tratamiento]

Depende de mis cifras que tenga será lo que tenga que tomar y la alimentación que tengo que seguir

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:5 [exagera el medico diciéndome q..] (1:479-1:609) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Estado de Salud] [Tratamiento]

exagera el medico diciéndome que es lo que me va a pasar si no me controlo me dice que las complicaciones, pero no siento yo nada

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:8 [es una enfermedad complicada, ..] (1:945-1:1027) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Estado de Salud] [Tratamiento]

es una enfermedad complicada, porque tengo que tener mucho cuidado con lo que como.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:16 [No cada quien tiene sus cosas,..] (2:239-2:323) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Conocimiento patología] [Percepción de la Familia]

No memos

No cada quien tiene sus cosas, digo es grave lo que tengo, pero no para que los afecte

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:1 [es una enfermedad que afecta a..] (1:86-1:169) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

es una enfermedad que afecta a los vasos del cuerpo y que puede ocasiona la muerte

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:3 [Me explica la Dra. como me deb..] (1:484-1:627) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento patología]

Me explica la Dra. como me debo de tomar mis medicamentos, como me encuentro y si necesito laboratorios me los pide para la siguiente consulta

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:5 [Pues cuando me los tomo me va ..] (1:916-1:1018) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

Pues cuando me los tomo me va bien, estoy más tranquila no me duele la cabeza ni me zumban los oídos.

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:6 [Es una enfermedad que me dicen..] (1:1109-1:1233) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

No memos

Es una enfermedad que me dicen que uno se muere, así de poco en poco, y que se acostumbra mi cuerpo a las cifras de presión

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:11 [: Pues hasta ahorita que lo pr..] (2:170-2:278) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Conocimiento patología] [Percepción de la Familia]
Pues hasta ahorita que lo pregunta yo pienso que por eso la mayor parte de mi familia tiene la enfermedad

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:1 [es una enfermedad complicada... ..] (1:95-1:206) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia]
es una enfermedad complicada... ya que si no me cuido puedo haber cambios en mi organismo y pueden ser muy malos

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:2 [Trato siempre de estar en mis ..] (1:272-1:377) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento patología] [Adherencia]
No memos
Trato siempre de estar en mis consultas ya que esas me sirven para saber cómo se comporta la enfermedad...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:3 [Es un tratamiento muy fácil, s..] (1:435-1:541) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]
Es un tratamiento muy fácil, solo es aprender a comer y no descuidar los tiempos en tomar el medicamento...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:5 [La atención ha sido muy buena,..] (1:733-1:822) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento patología] [Estado de Salud]
No memos
La atención ha sido muy buena, y siempre me han despejado mis dudas sobre la enfermedad...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:9 [mi problema es no querer tomar..] (1:1137-1:1220) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [adherencia]
mi problema es no querer
tomar mis medicamentos a veces... yo digo porque me aburre

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:10 [es una enfermedad complicada, p..] (1:1313-1:1399) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud] [Tratamiento]
No memos
Es una enfermedad complicada, pero con el medicamento eh podio llevar una vida normal...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:14 [En algunas ocasiones si, ya qu..] (1:2052-1:2187) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]
En algunas ocasiones si, ya que por el trabajo muchas veces uno no come adecuadamente lo cual provoca una alteración en la enfermedad.

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:1 [enfermedad que afecta a la san..] (1:96-1:204) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

enfermedad que afecta a la sangre, duele la cabeza es difícil de controlarla, sin medicamentos, es heredada

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:3 [El tratamiento mmm hasta eso n..] (1:581-1:822) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento patología] [adherencia]

El tratamiento mmm hasta eso no son muchos los medicamentos que tengo que tomar, son 2 y me los tengo que tomar cada 12 horas los 2 pero créame luego se me olvida y a veces no tiene medicamento entonces tengo que dar más vueltas eso me enoja

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:6 [es una enfermedad muy difícil ..] (1:1306-1:1385) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Cumplimiento Tx]

No memos

es una enfermedad muy difícil porque tengo que tomar medicinas todo el tiempo....

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:1 [es una enfermedad que no se va..] (1:111-1:168) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

es una enfermedad que no se va a curar solo la controlan

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:7 [pues....con la presión alta es m..] (1:1301-1:1422) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Tratamiento]

pues...con la presión alta es mala traerla muy alta muchos días, pero con tratamiento, ejercicio y comer bien se controla

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:1 [Es una enfermedad que no se qu..] (1:84-1:151) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

No memos

Es una enfermedad que no se quita, sube la presión y duele la cabeza

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:2 [porque voy a consulta y me rev..] (1:250-1:409) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento patología]

porque voy a consulta y me revisa..., hacen

preguntas, me dan indicaciones y medicamento para mantener mi presión controlada... pero si es muy difícil la verdad

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:3 [mire yo tengo que tomar mis me..] (1:523-1:601) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Tratamiento]

No memos

mire yo tengo que tomar mis medicamentos, diario 2 veces al día es el micardis

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:6 [Un poco mejor bueno cuando me ..] (1:1357-1:1461) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

Un poco mejor bueno cuando me los tomo me siento bien, cuando no me los tomo ahí es donde me siento mal

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:7 [Que es una enfermedad delicada...] (1:1670-1:1796) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología]

Que es una enfermedad delicada, si no se cuida uno y los medicamentos son buenos, se que uno se puede complicar y puede morir

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:10 [me cuidan un poco más y me reg..] (2:148-2:271) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Conocimiento patología]

me cuidan un poco más y me regañan porque no me cuido, pero la verdad procuro no preocuparlos de más... se que me quieren ...

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:13 [hace meses ... me tuvieron que h..] (2:664-2:726) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

No memos

hace meses ...

me tuvieron que hospitalizar porque me desmaye...

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:14 [no se no me han dicho nada al ..] (2:831-2:926) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Conocimiento patología]

No memos

no se no me han dicho nada al menos se limitan a decirme que puedo y no comer me dicen cuídate

Reporte de consulta

UH: Atlas tesis2

File: [C:\Users\nancy\Desktop\Atlas tesis2.hpr7]

Edited by: Super

Date/Time: 2018-06-09 09:52:26

23 Citas encontradas por consulta:

"Estado de Salud"

P 2: Entrevista 10.pdf - 2:13 [Me siento mal yo no quiero est..] (1:1387-1:1477) (Super)

Códigos: [Estado de Salud]

Me siento mal yo no quiero estar enfermo, Si no me tomo las pastillas a veces me siento mal

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:5 [exagera el medico diciéndome q..] (1:479-1:609) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Estado de Salud] [Tratamiento]

No memos

exagera el medico diciéndome que es lo que me va a pasar si no me

controlo me dice que las complicaciones, pero no siento yo nada

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:8 [es una enfermedad complicada, ..] (1:945-1:1027) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Estado de Salud] [Tratamiento]

es una enfermedad complicada, porque tengo que tener mucho cuidado con lo que como.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:9 [Mal porque no rindo en mi trab..] (1:1081-1:1173) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Adherencia] [Estado de Salud]

Mal porque no rindo en mi trabajo, me estreso con facilidad en él, y pues me sube la presión.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:12 [A veces, esos dolores de cabez..] (1:1530-1:1573) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Estado de Salud]

No memos

A veces, esos dolores de cabeza no me dejan.

P 3: Entrevista 11.pdf - 3:13 [Diferente, no me dejan comer o..] (1:1629-1:1745) (Super)

Códigos: [Estado de Salud] [Percepción de la Familia]

Diferente, no me dejan comer o hacer muchas cosas que ellos si comen o hacen, y me entran unos antojos muy fuertes.

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:5 [Pues cuando me los tomo me va ..] (1:916-1:1018) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

Pues cuando me los tomo me va bien, estoy más tranquila no me duele la cabeza ni me zumban los oídos.

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:6 [Es una enfermedad que me dicen..] (1:1109-1:1233) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

No memos

Es una enfermedad que me dicen que uno se muere, así de poco en poco, y que se acostumbra mi cuerpo a las cifras de presión

P 4: Entrevista 12.pdf - 4:7 [Pues normal, no sé cómo me debo...] (1:1362-1:1484) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Estado de Salud]

No memos

Pues normal, no sé cómo me debo de sentir, solo sé que estoy enfermo de la presión, me dicen que esta alta, pero ni siento

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:5 [La atención ha sido muy buena...] (1:733-1:822) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Conocimiento patología] [Estado de Salud]

No memos

La atención ha sido muy buena, y siempre me han despejado mis dudas sobre la enfermedad...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:6 [desde el inicio me explicaron ...] (1:824-1:920) (Super)

Códigos: [Estado de Salud]

No memos
desde el inicio me explicaron que era y como se trata, pero como no se siente nada
uno se confía

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:7 [Los medicamentos me han ayudado...] (1:990-1:1089) (Super)

Códigos: [Calidad de Atención] [Estado de Salud]

Los medicamentos me han ayudado mucho y no he sentido malestar alguno deriva de la
ingesta de esta

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:10 [s una enfermedad complicada, p...] (1:1313-1:1399) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud] [Tratamiento]

No memos

s una enfermedad complicada, pero con el medicamento eh podio llevar una vida
normal...

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:14 [En algunas ocasiones si, ya qu...] (1:2052-1:2187) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]

En algunas ocasiones si, ya que por el trabajo muchas veces uno no come
adecuadamente lo cual provoca una alteración en la enfermedad.

P 5: Entrevista 3.pdf - 5:15 [solo en algunas ocasiones, pero...] (2:19-2:169) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Estado de Salud]

solo en algunas ocasiones, pero con el tratamiento no se presenta mayor
problema al menos en mi... si no me aburre sigo mi tratamiento al pie de la letr

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:7 [mal porque no rindo en mi tra...] (1:1449-1:1482) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Estado de Salud]

No memos

mal porque no rindo en mi trabajo

P 6: Entrevista 4.pdf - 6:8 [si le agregamos que no siempre...] (1:1493-1:1569) (Super)

Códigos: [Adherencia] [Estado de Salud]

si le agregamos que no siempre tienen mis
medicinas en mi clínica imagínese

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:3 [me ayuda a controlar mi presión...] (1:473-1:593) (Super)

Códigos: [Estado de Salud]

me ayuda a controlar mi presión...mmmm... pues que más le digo... mmmm no se mejor
pregúnteme otra cosa, no sé qué contestar.

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:8 [al principio triste pero ahor...] (1:1526-1:1649) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Calidad de Atención] [Adherencia] [Estado de Salud]

al principio triste pero ahorita ya me acostumbré ya sé que si me cuido me puedo
controlar solo es cuestión que me decida

P 7: Entrevista 7.pdf - 7:9 [al principio si ahora ya no po...] (1:1970-1:2133) (Super)

Códigos: [Ambiente Laboral] [Estado de Salud] [Tratamiento]
al principio si ahora ya no porque ya sé cuándo me siento mal y sé que es porque no me tome mis medicamentos como era y entonces me los tomo y ya me siento bien

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:6 [Un poco mejor bueno cuando me ..] (1:1357-1:1461) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]
Un poco mejor bueno cuando me los tomo me siento bien, cuando no me los tomo ahí es donde me siento mal

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:8 [luego me siento mal, pero mal ..] (1:1912-1:2069) (Super)

Códigos: [Apoyo Familiar] [Estado de Salud] [Percepción de la Familia]
luego me siento mal, pero mal
conmigo porque no me cuida en ocasiones siento que engaño a mi familia, para que no se preocupen por mí, es difícil a veces

P 8: Entrevista 9.pdf - 8:13 [hace meses ... me tuvieron que h..] (2:664-2:726) (Super)

Códigos: [Conocimiento patología] [Adherencia] [Estado de Salud]
No memos
hace meses ...
me tuvieron que hospitalizar porque me desmaye...