

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO
2010-2012

TITULO DEL PTP:

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO
EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2
Y/O HIPERTENSIÓN DE LA LOCALIDAD DE
CALDERONES, GUANAJUATO

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL
GRADO DE MAESTRA(O) EN SALUD PÚBLICA PRESENTA

Alumno: Araceli Cortez Domínguez

e-mail: joarhaga.lc@gmail.com

Guanajuato, Gto., Agosto 2014



INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	ANTECEDENTES.....	3
3.	MARCO CONCEPTUAL.....	5
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
4.1	Preguntas de Investigación.....	17
5.	JUSTIFICACIÓN.....	18
6.	OBJETIVOS.....	19
6.1	Objetivo General.....	19
6.2	Específicos.....	19
7.	MATERIAL, MÉTODOS E INSTRUMENTOS.....	20
8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
9.	RESULTADOS.....	23
10.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	32
11.	RECOMENDACIONES.....	34
12.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	35
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	36
14.	ANEXOS.....	41

1. INTRODUCCIÓN.

En México, durante la última década, la salud de la población y de los individuos se ha considerado como un asunto prioritario del Estado ⁽¹⁾. El sistema de salud aún enfrenta retos importantes en lo que se refiere a la rectoría, organización, planeación, prestación de servicios de salud, seguimiento y evaluación. Entre éstas destaca la política para universalizar el derecho a la protección de la salud y con esto contribuir con el mandato del artículo 4° de la Constitución. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. ⁽²⁾

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, ^(3,6) su creciente contribución a la mortalidad general, ^(4,6) la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento ^(5,6). Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. ⁽⁶⁾

La hipertensión arterial sistémica (HTAS), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) son ECNT del adulto cuya prevalencia mundial va en dramático ascenso. Este cambio en la prevalencia mundial de las enfermedades no transmisibles se ha denominado Transición epidemiológica. ⁽⁷⁾

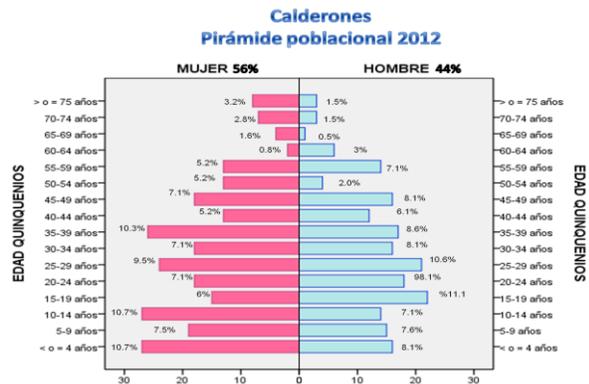
2. ANTECEDENTES

De acuerdo con los datos del INEGI Calderones es una comunidad que pertenece al municipio de Guanajuato del Estado de Guanajuato, México, es de tipo rural ⁽⁹⁾. El acceso a la localidad consiste en un camino de terracería con un trayecto de 5 km desde la ciudad de Guanajuato y se localiza en las coordenadas GPS: longitud: -101´1334; latitud: 20´5928, se encuentra a una mediana altura de 2,385 metros sobre el nivel del mar. ⁽⁸⁾



De acuerdo al INEGI la localidad de Calderones cuenta con una población total de 946 habitantes de los cuales el 47.5% (449) son hombres y el 52.5 % (497) son mujeres. ⁽⁸⁾

En un estudio observacional, transversal y descriptivo de la situación en salud de la localidad de Calderones del municipio de Guanajuato, Gto. en el año 2012, se entrevistaron 131 familias de las cuales se obtuvo una población de



450 personas. El 56% son mujeres y el 44% son hombres. La pirámide poblacional tiene un patrón expansivo dado que la fecundidad continua siendo elevada, pero la población de 35 a 60 años ocupa la mayor proporción en su estructura, por lo



tanto es una pirámide en transición. Son las típicas de las poblaciones en que se ha controlado la mortalidad pero no la natalidad recientemente. La media de la edad es de 30.01 ± 19.6 años, siendo la mínima 0 años 2 meses y la máxima 89 años. ⁽¹⁰⁾

En el 2010 las ECNT como HTAS y DM2 ocupan el segundo y cuarto lugar respectivamente con una tasa de 3.48 y 1.9 por cada 100 habitantes (Tabla 1). ⁽⁹⁾

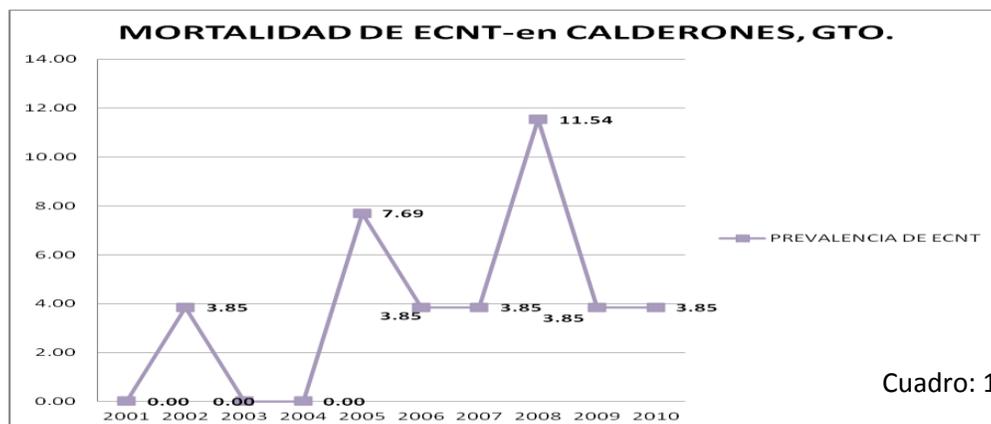
Tabla 1	NO.	TASA x 100
ENFERMEDADES		hab.
Infecciones Respiratorias Agudas	269	28.43
Hipertensión Arterial	33	3.48
Infecciones Intestinales por otros organismos	19	2.00
Diabetes Mellitus tipo 2	18	1.90
Infección de Vías Urinarias	3	0.31
Candidiasis urogenital	2	0.21
Otitis Media aguda	2	0.21
Mordeduras por perro	2	0.21
Displasia Cervical Leve y Moderada	1	0.10
Úlceras, Gastritis y Duodenitis	1	0.10
Fuente: SUAVE 2010 (8) Pob.Total: 946 (9)-INEGI 2010		

En la Tabla 2 y en el cuadro 1 se muestra que en los últimos 10 años la mortalidad general, siendo para complicaciones de las ECNT como HTAS y DM2 de 1.057 por cada 100 habitantes ⁽¹¹⁾. En los últimos de años la Prevalencia de mortalidad de complicaciones por ECNT-HTAS y DM2 es de 38.46 por cada 100 habitantes; ya que se tienen censados 26 personas con ECNT-HTAS y/o DM2.



Tabla: 2

Año	EDAD	DIAGNOSTICO
2001	52	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL POR VARICES ESOFÁGICAS
2002	9	PARO CARDIACO POR EFECTOS DE RAYO
	71	COMPLICACIONES DE DM2
	64	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL
2003	79	CA DE PRÓSTATA
2004	35	LEUCEMIA MIEOLOIDE AGUDA
2005	2 meses	ASFIXIA
	54	COMPLICACIONES DE DM2
	73	CA DE RIÑÓN
	67	COMPLICACIONES DE DM2
2006	93	IAM POR HAS
	38	SUICIDIO-AHORCAMIENTO
	67	TB RESPIRATOIRA NO CONFIRMADAD BACTERIOLÓGICAMENTE
	52	OBSTRUCCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS POR CUERPO EXTRAÑO
2007	44	ECV-HAS
2008	70	NEUMONIA
	82	IRC
	66	ECV-HAS y DM2
	68	IAM-ENF. CARDIOVASC NO ESPEC.
	68	COMPLICACIONES DE HAS
2009	64	COMPLICACIONES DE DM2
2010	46	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL DE QUÍMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS
	3	CARDIOPATÍA CONGÉNITA
	39	ENVENENAMIENTO AUTOINFLINGIDO POR DROGS ANTIEPILEPTICAS, SEDANTES, HIPNÓTICAS
	84	COMPLICACIONES DE HAS
	19	MALFORMACION DE TUBO DIGESTIVO
<i>SEEDS GUANAJUATO. 2001-2010</i>		



3. MARCO CONCEPTUAL

El cumplimiento de los tratamientos de las enfermedades crónicas es un problema de gran magnitud debido al aumento observado en su prevalencia en los últimos años. Diferentes estudios han demostrado que en los países desarrollados el

cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos se sitúa entre el 50 y el 75%; pero la magnitud de este problema es aún más notoria en los países en vías de desarrollo, dada su escasez de recursos sanitarios y la falta de equidad en el acceso a la atención de la salud por parte de los usuarios ⁽²⁴⁾. A pesar de la gran cantidad de información disponible, las conclusiones con respecto a la efectividad de intervenciones destinadas a la mejora de la adherencia en patologías cardiovasculares son muy limitadas, dada la escasa calidad de los estudios primarios ⁽¹⁹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento terapéutico como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones pactadas entre un profesional de la salud y un paciente, en cuanto a la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen dietético y la ejecución de los cambios en el estilo de vida pactados ⁽²⁴⁾. Además el cumplimiento terapéutico no es una responsabilidad exclusiva del paciente, como bien defiende la OMS, sino un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores relacionados con el paciente: tratamiento, enfermedad, factores sociodemográficos y el sistema de salud. ⁽²⁴⁾

La DM2 y la HTAS son ECNT del adulto cuya prevalencia mundial va en dramático ascenso ⁽⁷⁾. Además los cambios en el estilo de vida y tipo de alimentación están favoreciendo el incremento en la prevalencia de factores de riesgo tales como obesidad y dislipidemia, que si bien, tienen factores genéticos subyacentes, la influencia del medio ambiente es innegable. ⁽⁷⁾

Las enfermedades crónicas se han definido como las enfermedades que son permanentes, tienen discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención ⁽¹⁷⁾.

La ENSANUT 2012 revela que la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%).⁽¹⁾

Este hallazgo es muy importante en términos de la demanda por servicios de salud que actualmente ocurre en el sistema de salud y es indicativo de la gravedad del problema que representa la diabetes tipo 2 en México.⁽¹⁾

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes (*ADA por sus siglas en inglés*), la DM2 es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Existen muchos procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición, que varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina. La base de todas las alteraciones metabólicas es la acción deficiente de la insulina sobre los tejidos blanco. Esto último se debe a la secreción inadecuada de insulina o a la disminución de la respuesta tisular en alguno de los distintos puntos de la compleja vía de la hormona.⁽¹²⁾

Las complicaciones agudas y potencialmente mortales del descontrol metabólico son la hiperglucemia con cetoacidosis o síndrome hiperosmolar cetósico⁽¹²⁾. Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen la retinopatía con pérdida potencial de la visión; la nefropatía que conduce a la insuficiencia renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras en los pies, amputaciones; la neuropatía autonómica que causa trastornos gastrointestinales, genitourinarias y síntomas cardiovasculares así como disfunción sexual. Las personas con diabetes tienen una mayor incidencia de la aterosclerosis cardiovascular, arterial periférica y enfermedad cerebrovascular.⁽¹²⁾



La DM2 es uno de los principales problemas epidemiológicos nacionales debido a su elevada mortalidad, morbilidad y costos; sin embargo, a pesar de conocer la existencia de factores de riesgo considerados modificables (obesidad, alimentación y sedentarismo).⁽¹⁴⁾

Los siguientes son criterios de laboratorio para hacer el diagnóstico de DM2⁷:

1. Dos glucosas en Ayuno ≥ 127 mg/dl
2. Glucemia en la muestra de 2 horas durante una curva de tolerancia a la glucosa (75g) ≥ 140 mg/dL
3. Glucemia plasmática tomada en cualquier momento del día ≥ 200 mg/dL y síntomas compatibles con hiperglucemia.

En muchas de las ocasiones la DM2, no es el único problema en los pacientes, sino que va acompañado de otros problemas metabólicos que pueden aparecer de manera simultánea o secuencial en el sujeto, esto como consecuencia de una clara resistencia a la insulina ya sea genética o adquirida en útero, llamado síndrome metabólico. La OMS en 1999, propone que se puede considerar un síndrome metabólico si cumple alguno de los siguientes criterios:

1. Alteración de la glucemia en ayuno, intolerancia a hidratos de carbono por curva de tolerancia a la glucosa oral (GTGO) o DM.
2. Resistencia a la insulina, demostrada por una captación de glucosa en el cuartil más bajo de la población, bajo condiciones de hiper-insulinemia-euglucémica (sólo demostrable en la realización de un 'clamp' o 'pinza euglucémica' no factible en población abierta).

CONTROL METABÓLICO⁽²⁷⁾: Los parámetros del control del paciente con DM2 son señalados en la siguiente tabla:

Parámetro	Bueno	Aceptable	Ajustar Manejo
Glucosa plasmática ayuno de 8-12 hrs	80-110 mg/dl	111-140mg/dl	>140 mg/dl
Hemoglobina glucosilada (HbA1c)	<7%	7-7.9%	>8%
Colesterol Total	<200mg/dl	200-220 mg/dl	>220mg/dl
Triglicéridos en ayuno	<150mg/dl	150-175 mg/dl	>175 mg/dl
Presión arterial	≤130/80 mm/Hg	130/80 a 160/90 mm/Hg	>160/90 mm/Hg
Índice de Masa Corporal	<25	25-27	>27

La HTAS es otra de las enfermedades con un prevalencia mundial alta ⁽¹⁵⁾. La prevalencia de HTAS obtenida de acuerdo con los criterios del Comité Conjunto Nacional de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada se ha mantenido constante en los últimos seis años (ENSANUT 2006 y 2012) tanto en hombres (32.4 frente a 33.3%) como en mujeres (31.1 frente a 30.8%) ⁽¹⁾. Para Guanajuato fue de 5.6%, siendo mayor en mujeres (6.3%) que en hombres (4.7%). ⁽¹³⁾

La prevalencia de HTAS guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente-estilo de vida, género y factores co-mórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y predisposición genética ⁽¹⁵⁾. La interacción con estos factores, es la que determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco. ⁽¹⁵⁾

Y al menos dos de los siguientes criterios clínicos:

1. Hipertensión arterial (>140/90 mmHg, cifras para TA sistólica y diastólica respectivamente);
2. Hipertrigliceridemia (triglicéridos \geq 150 mg/dl) y/o colesterol HDL bajo (<35 ó 39 mg/dl en hombres y mujeres respectivamente);
3. Obesidad abdominal (relación cintura/cadera > 1 en hombres y 0.85 en mujeres) y/o índice de masa corporal (IMC) > 30Kg/m²;
4. Microalbuminuria > 30 mg/g de creatinina en muestra aislada de orina.

La HTAS y la DM2 son consecuencia entonces de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental ⁽¹⁶⁾. La OMS considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y las características personales de los individuos. ⁽¹⁶⁾

Las personas con HTAS y con DM2 generalmente presentan co-morbilidades tornan aún más complejos los regímenes de tratamiento. En particular, se sabe que se caracterizan por tasas de adherencia deficientes y aumentan aun más las probabilidades de resultados de tratamiento deficientes. ⁽¹⁷⁾

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

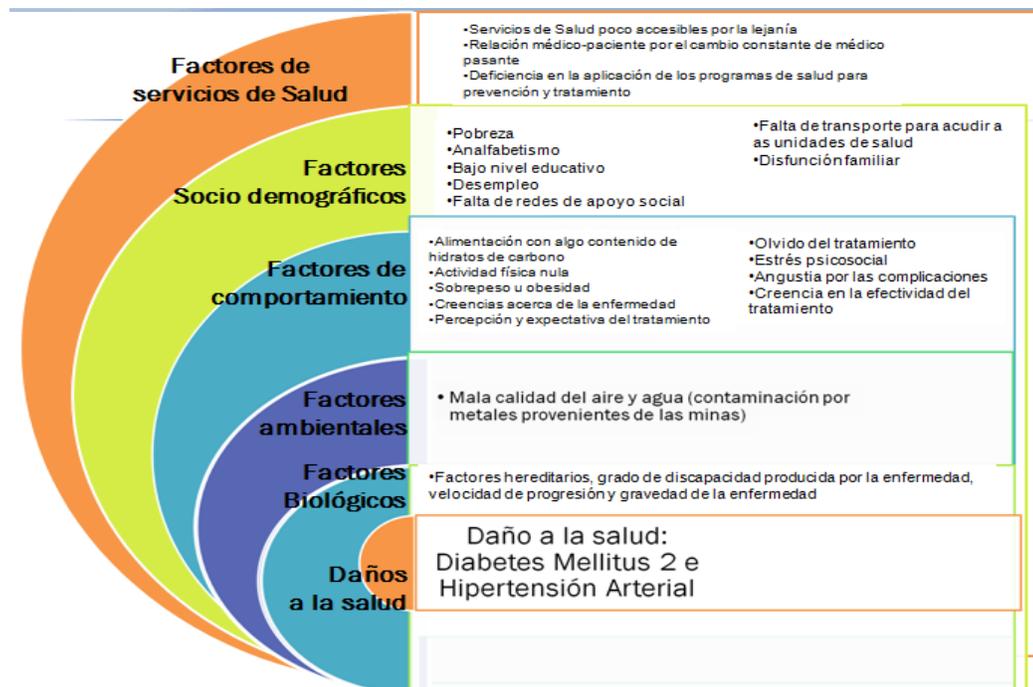
El cumplimiento terapéutico abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas ⁽¹⁷⁾. El cumplimiento terapéutico es un determinante primario de la efectividad del tratamiento; se ha demostrado que el cumplimiento terapéutico mejora el control del las enfermedades crónicas ⁽¹⁷⁾. Para la prevención de la DM2 el cumplimiento de un régimen alimentario hipograso y ejercicio físico regular fue es efectivo para reducir la aparición de la enfermedad; ^(17,18) también se ha correlacionado en forma directa con los resultados de tratamiento, brindan beneficios económicos, e influye en la efectividad de las intervenciones. ⁽¹⁷⁾

Los riesgos potenciales de la falta de cumplimiento terapéutico corresponde a recaídas más intensas, riesgo aumentado de dependencia, riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote, riesgo aumentado de toxicidad; mayor riesgo de complicaciones clínicas y por consiguiente mayor morbilidad y mortalidad, entre otros. ⁽¹⁷⁾

Para los profesionales de la salud, los formuladores de políticas y los donantes, medir el desempeño de sus programas y sistemas de salud mediante los criterios de valoración de la utilización de recursos y la eficacia de las intervenciones es más fácil que medir los resultados de salud deseados. ⁽¹⁷⁾

Medir el cumplimiento terapéutico presenta dificultades porque no existe un método exclusivo para ello. Este hecho, junto con los múltiples factores que lo condicionan, explica las diferencias observadas entre los diversos estudios. El cumplimiento terapéutico es una conducta de la persona y, por tanto, un paciente puede ser cumplidor, no cumplidor o parcialmente cumplidor de una parte o de la totalidad del tratamiento. ⁽²⁴⁾

DETERMINANES SOCIALES



A. Factores socioeconómicos

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a las personas en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos, los padres que los cuidan. Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

B. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica.

C. Factores relacionados con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de las personas con estas enfermedades, la importancia del tratamiento



de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, es modificador importantes del comportamiento de adherencia.

D. Factores relacionados con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

E. Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento



asesoramiento, a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Los sistemas de medición descritos en la bibliografía son diversos. Se diferencian entre métodos directos (MD) e indirectos (MI) para medir el cumplimiento del tratamiento no farmacológico (tabla 4).

Tabla 4: Sistemas para medir el cumplimiento directo (MD) e indirectos (MI) utilizados en la práctica clínica y en investigación.	
<i>ALIMENTACIÓN</i>	
MI	Frecuencia de alimentos, Recordatorio de 24 hrs
MD	Antropometría (peso, talla, bioimpedancia eléctrica (% de grasa corporal total, % músculo total, % grasa visceral), glucosa, hemoglobina glucosilada)
<i>ACTIVIDAD FÍSICA</i>	
MI	Cuestionarios de frecuencia e intensidad de actividad física

CÓMO DETECTAR LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Existen varios métodos para calcular la adherencia terapéutica que pueden ser clasificados en directos e indirectos.

Los **métodos directos** se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana ⁽¹⁹⁾. Las ventajas e inconvenientes de los **métodos indirectos** se recogen en la Tabla 2, detallándose a continuación los tres cuestionarios principales pertenecientes al método de la entrevista personalizada, probablemente el más práctico desde la perspectiva de un profesional sanitario.



TABLA 2			
MÉTODOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES	OBSERVACIONES
Entrevistas personalizada o autocuestionario	Sencillo y el más útil en la práctica médica diaria	Diferentes resultados según los cuestionarios usados. Alterable por los pacientes	Test de Batalla Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett
Recuento de la medicación sobrante	Objetivo, cuantificable, fácil de aplicar	Requiere tiempo, No detecta pautas incorrectas, Alterable por el paciente	Utilizado en ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo y fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Complementa otros métodos
Monitorización electrónica	Objetivo, preciso, cuantificable	Requiere tecnología cara Se asume que apertura de envase = toma de medicación	Utilizado en ensayos clínicos. Adaptados al envase de los medicamentos.
Evaluación del resultado Terapéutico	Sencillo y fácil de aplicar	Requiere tiempo Interferencia con otros factores	

Según los resultados obtenidos en los distintos estudios de validación, el conocimiento de la enfermedad (test de Batalla) es un método sensible y el mejor en la detección de pacientes con falta de adherencia, mientras que el cumplimiento autocomunicado (test de Haynes-Sackett) presenta mayor especificidad, siendo más útil en pacientes con buena adherencia. El test de Morisky-Green,^(22,23) sencillo en su utilización y disponible en el sistema informático de historia clínica al que tienen habitualmente acceso médicos y enfermeras^(19,22). Aunque el cuestionario no ha sido validado oficialmente en México si existen investigaciones en América Latina arrojando información importante no sólo en hipertensos para quienes se diseñó originalmente, sino en la adherencia al tratamiento en otras enfermedades incluida la DM2.

El cuestionario Martin-Bayarre-Grau o “MBG” está conformado por 12 ítemes de la Escala Lickert que presenta cinco posibilidades de respuesta desde “siempre” hasta “nunca”⁽²⁵⁾; el cual está validado^(24,25). Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial o metabólico a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial o metabólico a los 5 años. Este estudio fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care, yeste se utiliza desde



entonces en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital, entre otros, debido a lo breve y sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma (si alguna vez se siente mal, ¿las deja de tomar?), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro miembro de la familia como apoyo a largo plazo. ⁽²⁰⁾

El cumplimiento terapéutico comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere. La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o, incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. En función de ello, el paciente adopta su rol de enfermo ⁽²⁵⁾. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes del mismo son aspectos psicológicos muy importantes para el cumplimiento, la cual podemos considerar como un contenido del rol de enfermo, un repertorio de conductas que se adoptan después de que la persona asume su condición de enfermedad. Ha sido de gran interés en las ciencias de la salud encontrar los móviles que llevan a las personas a incumplir los regímenes terapéuticos; no obstante, no existe aún una respuesta acabada acerca del modo en que se pueda explicar dicha situación. Los resultados de las investigaciones no apuntan hacia una sola dirección, y los factores que se consideran influyentes o determinantes son múltiples y de diversa naturaleza ⁽²⁵⁾. Por tanto es necesaria la aplicación de un cuestionario como prueba tamiz como instrumento confiable para identificar malestar psicológico en los pacientes con enfermedades crónicas como la DM2 y la HTAS para así derivar a la persona a un servicio de atención de la salud mental ⁽²⁶⁾. Para ello la versión

corta del cuestionario General de Salud de Goldberg puede aplicarse como tamiz en instituciones públicas no especializadas en salud mental. Este instrumento con 9 reactivos ha demostrado su utilidad en el rastreo de casos de malestar psicológico con sensibilidad de 0.988, especificidad de 0.828 y α de Cronbach de 0.910. ⁽²⁶⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de la gran cantidad de información disponible, las conclusiones con respecto a la efectividad de intervenciones destinadas a la mejora de la adherencia en patologías cardiovasculares son muy limitadas, dada la escasa calidad de los estudios primarios ⁽¹⁹⁾. Un informe que sintetizó la información de revisiones sistemáticas halló pruebas consistentes de que simplificar los calendarios de dosificación conlleva mejorar la adherencia, sobretodo cuando se compara una dosis frente a más de dos dosis diarias. Para el resto de intervenciones la evidencia no es tan robusta, destacando las estrategias mixtas sobre las individuales ⁽¹⁹⁾. Según el informe de JNC-VII ⁽³⁰⁾, la causa principal del control inadecuado de la hipertensión arterial es el incumplimiento del tratamiento a largo plazo, tanto en lo que se refiere a las modificaciones del estilo de vida como a la toma de medicación. ⁽¹⁹⁾

Las perspectivas actuales sobre la atención de la diabetes otorgan una función central al autocuidado del paciente. Esto implica no sólo la responsabilidad de una correcta administración de la terapia farmacológica (antidiabéticos orales y/o insulina), sino que se extiende a la adecuada monitorización de la glicemia, ajuste del consumo de alimentos, actividad física, cuidado de los pies, visitas de control médico, etc. ⁽¹⁹⁾

La evaluación exacta del comportamiento del cumplimiento terapéutico es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr



que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado ^(17,24). Las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre el cumplimiento terapéutico. No existe patrón de oro. ⁽¹⁷⁾

4.1. PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA

¿Existe relación entre los factores condicionantes de la HTAS y/o DM2 y el grado de adherencia terapéutica que tienen las personas que padecen estas enfermedades, en la localidad de Calderones?

4.2. HIPOTESIS:

Ha.: Los factores condicionantes de la HTAS y/o DM2 tienen relación con el grado de adherencia terapéutica que presentan las personas que padecen estas enfermedades.

Ho.: Los factores condicionantes de la HTAS y/o DM2 no tienen relación con el grado de adherencia terapéutica que presentan las personas que padecen estas enfermedades.

5. JUSTIFICACIÓN

La evaluación del cumplimiento terapéutico es decisiva para definir cambios en las políticas o recomendaciones del tratamiento, los medicamentos, o para la generación de cambios de estilo de vida; y es necesaria para planificar programas y modelos de atención efectivos y eficientes para lograr estos cambios. ⁽²²⁾

Se tienen identificados 26 pacientes, del diagnóstico de salud realizado en 2012 en la comunidad de Calderones, Guanajuato, Gto., con DM2 y/o HTAS, de los cuales el 34.6% tienen derechohabiencia en el IMSS, 15.4% cuentan con folio de



Seguro Popular, al ISSSTE pertenecen el 3.8% y el 46.2% no cuentan con derechohabencia 46.2%. Los habitantes de Calderones presentan una prevalencia de ECNT: de 3.48 para HTAS y 1.9 para DM2, y una tasa de mortalidad por complicaciones de ambas de 38.46 por cada 100 habitantes, y de acuerdo al cuadro 1, esta última va en ascenso. El 50.2% de los mismos acude menos de 3 veces a consulta en el año, el 22.2% de los pacientes acuden a consulta al UMAPS el Cubo; el 16.7% refiere llevar tratamiento nutricional y médico (dieta y medicamentos). El 50% refiere realizar actividad física, de estos el 66.6% realiza caminata, el 33.3% lo efectúa 2 veces a la semana y el 22.2% lo desarrolla más de 5 veces a la semana. Un meta-análisis de estudios observacionales evaluó la asociación entre cumplimiento terapéutico y mortalidad, encontrando que el cumplimiento terapéutico está ligado con resultados positivos en salud. ^(19,21)

6. OBJETIVOS

6.1 General

- Analizar la relación entre los factores condicionantes para padecer DM2 y/o HAS con el grado de cumplimiento terapéutico de las personas que padecen estas enfermedades en la localidad de Calderones

6.2 Específicos:

- Identificar el control metabólico de las personas seleccionadas
- Caracterizar a los pacientes que cumplen o no la terapia farmacológica para su control
- Analizar los determinantes positivos y negativos relacionados a la adherencia a la terapia no farmacológica en las personas con ECNT de la localidad

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. La recolección de información será a través de:

- A. Historia clínica y nutricional, y recordatorio de 24 hrs. para conocer hacer de enfermedades crónicas degenerativas (HTAS y DM2) para identificar



- factores biológicos; edad, sexo, estado nutricional, hábitos de alimentación e higiénicos, control de la enfermedad y atención a la salud. (Anexo 1)
- B. Cuestionario General de Salud para identificar alteraciones mentales (CPHQ-9). (Anexo 2)
- C. Cuestionario socioeconómico para conocer el nivel socioeconómico. (Anexo 3)
- D. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) para averiguar el tipo de actividad física que realizan las personas cotidianamente. (Anexo 4)
- E. Cuestionario MBG Martín-Alonso y cols., ^(24,25). La formulación de los ítems es razonable, son claramente definidos y la presencia en el cuestionario de estos está justificada; los resultados sugieren la presencia de tres factores denominados: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión, ⁽²⁶⁾. Por lo tanto su uso en el campo investigativo es confiable (Anexo 5). Los criterios de evaluación son los siguientes (Tabla 3):

Nivel de adherencia	Puntos
Adheridos totales	38 - 48
Adheridos parciales	18 - 37
No Adheridos	0 - 17
Máxima puntuación	48

- F. El Test para medir el cumplimiento terapéutico, denominado Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green (Anexo 5), el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan al cumplimiento o no cumplimiento. Se considera persona con cumplimiento que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-cumplimiento.

7.2 Tipo de estudio:

Se realizará un estudio descriptivo transversal.

7.3 Universo de estudio:

La localidad de Calderones Guanajuato, Gto.

7.4 Unidad de estudio:

Se convocará a las personas con DM2 y/o con HTAS que tengan más de 18 años y habiten en la localidad de Calderones, Gto.

7.5 Tamaño de muestra

No se calcula tamaño de muestra. Debido a que se incluirá a las personas identificados en el diagnóstico de salud realizado en 2012 ⁽¹⁰⁾, y a aquellas que quieran participar.

7.6 Criterios de selección

Criterios de inclusión: Personas con HTAS y/o DM2 mayores de 18 años que deseen participar mediante consentimiento informado, y que habiten en la localidad de Calderones.

Criterios de exclusión: Que las personas se rehúsen a participar

Criterios de eliminación: Ninguno.

7.7 Fuentes de información:

Se recabará de fuentes primarias ya descritas.

7.8 Variables

Variable dependiente: Grado de cumplimiento terapéutico, control metabólico.



Variable independiente: servicios de salud, tratamiento, hábitos dietéticos, actividad física, algún grado de depresión; nivel de educación.

7.9. Análisis estadístico

Análisis univariado de un grupo con variables de proporciones y variables continuas, aplicando las siguientes pruebas estadísticas paramétricas: Prueba Z y Prueba T respectivamente, y X^2 -Fisher.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS (Anexo 7)

Todos los procedimientos estarán sujetos a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 100, Fracción IV; la cual dice de la siguiente forma (9): ARTICULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. a III. ... IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.



9. RESULTADOS.

Factores biológicos y Daños a la salud:

Participaron 41 personas en el estudio de las cuales el 82.9% son mujeres (34), y el 17.1% hombres (7); en relación a su estado civil el 73.2% están casados (30), el 17.1% viudos (7), el 9.8% (4) solteros; al preguntar sobre la escolaridad el 36.6% contestaron tener primaria incompleta y el 24.4% (10) se refiere como analfabeta; y el 9.8% tiene la secundaria completa. El 82.3% (34) son amas de casa y el 4.9% (2) comerciante. (Cuadro 2)

El 29.27% solo padece DM2; y el 14.63% padece solo HAS, 56.1% padece DM2 e HAS. (Cuadro 3)

Cuadro 2

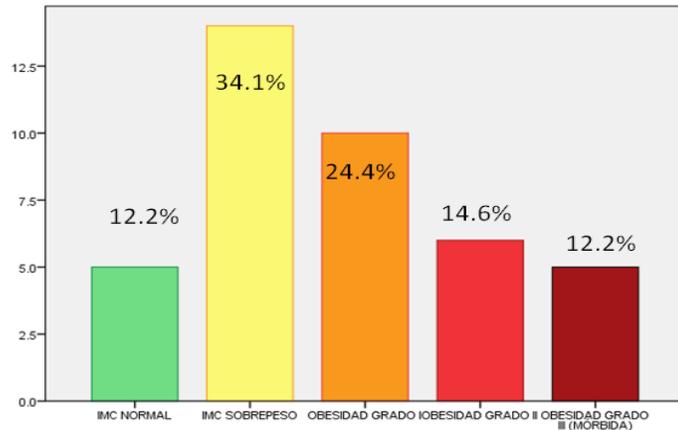
Variable	N	%
Sexo Mujeres	34	82.9
Hombres	7	17.1
Edo. Civ. Casado	30	73.2
Viudo	7	17.1
Soltero	4	9.8
Escolaridad		
Prim. Incompl.	15	36.6
Analfabeta	10	24.4
Sec. Compl.	4	9.8
Ocupación		
Ama de casa	34	82.9
Comerciante	2	4.9

Cuadro 3

Variable	N	%
DM2	12	29.27
HAS	6	14.63
DM2/HAS	23	56.1
TOTAL	41	100



Antropometría: la media del peso es de 69.17 ± 12.4 kg (rango= 47.8 a 96.4); la media de la talla es de 1.51 ± 0.07 mts (rango=1.41 a 1.74); la media del Índice de masa corporal (IMC) es del 30.4 ± 5.8 kg/mts² (rango= 18.22 a 45.22), EL 34.1% (14) presenta sobrepeso, 24.4% Obesidad grado I, 14.6% obesidad grado II y el 12.2% (5) obesidad mórbida



Al 90.2% (37) se les pudo realizar bioimpedancia eléctrica, encontrando lo siguiente: la media del porcentaje de grasa corporal total es del 36.5 ± 8.18 % (rango= 7.4 a 50.60); el 34.1% (14) tiene un alto porcentaje total de grasa corporal total, el 22% (9) tiene un porcentaje de grasa total saludable y el 29.3% (12) tiene Obesidad. La media del porcentaje de grasa visceral es del 10.8 ± 4 % (rango= 4 a 23), el 63.4 % (26) de las personas tiene grasa visceral saludable, y el 26.8% (11) tiene grasa visceral excesiva; la media del porcentaje de músculo es del 31 ± 6 % (rango= 1.78 a 34.02).

Los valores para el control metabólico fueron los siguientes:

Cuadro 4

Variable	N	RANGO	MEDIA	DS (+)
Gluc. Ayuno (mg/dL)	39	75-455	136.1	73
Tasa de filtrado glomerular (ml/min x1.73m ²)	38	6.69-163.94	102	33
Colesterol total (mg/dL)	39	197.18	197.18	38.9
HDL-C (mg/dL)	37	25-76	49.1	11.22
LDL-C (mg/dL)	36	47-163	110.75	30
Triglicéridos (mg/dL)	37	19-381	180.75	76
%HbA1c	22	5-11.7	6.62	1.7
MAU (microalbuminuria)				

En la toma de TA, la media de la TA sistólica es de 130 ± 20 mm/Hg, y de la TA diastólica es de 80 ± 10 mm/Hg; el 29.3% presentó una TA normal; el 19.5% tiene hipertensión Grado I; el 7.3% Hipertensión Grado 3; y solo el 14.6% una TA óptima.

Al aplicar el CPHQ-9 para buscar algún grado de depresión, encontramos que el 78% (32) de los pacientes presentan depresión mínima, y el 12.2% (5) depresión moderada, solo un paciente presenta depresión severa y 3 depresión leve.

En cuanto a la actividad física el 68.3% (28) refiere realizar actividad física moderada (la mayoría quehaceres de la casa) solo el 12.2% (5) actividad física intensa y el 19.5% (8) actividad física leve.

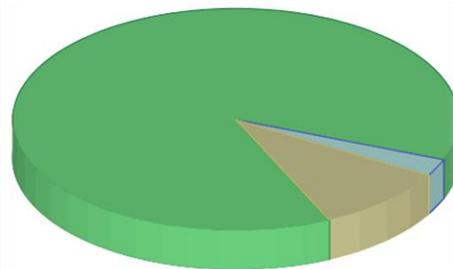
Adherencia terapéutica.

Al aplicar el Test Morisky-Green, el 51.2%(21) tiene un resultado de adherente (cuadro 5).

Cuadro 5.		
Variable	N	%
Adherente	21	51.2
No adherente	20	48.8

Al utilizar el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) se encontró que el 87.8% son adheridos parciales (36), el 9.8% son adheridos totales (4) y el 2.4% no adheridos (1).

ADHERENTE		
	N	%
NO ADHERIDOS	1	2.4
ADHERIDOS PARCIALES	36	87.8
ADHERIDOS TOTALES	4	9.8





Factores socio-demográficos

En cuanto al nivel socioeconómico de las familias, el 39% (16) son de clase muy baja; el 58.5% (24) pertenece a clase baja y el 2.4%(1) son de clase media alta.

El 85.4% de los pacientes viven en vivienda propia; el 68.3% tiene piso firme con cemento, el 26.8% tiene techo de loza; 7.3% tiene aun vivienda con paredes de ladrillo de barro; 7.3% de los pacientes viven en hacinamiento (duermen más de 3 personas en una misma habitación); 7.3% no cuenta con sistema de alcantarillado sino con fosa séptica.

El ingreso económico semanal la media es de \$ 656.76 \pm \$ 405.00 (rango: \$200.00 a \$2,000.00); y el monto que disponen para la compra de alimentos semanal es de \$571.43 \pm 488.3 (rango: \$150.00 a \$3,000.00). Solo el 12.2% (5) cuenta con vehículo propio; 85.4% cuenta con refrigerador.

Factores de Servicios de Salud

El 68.3% refiere contar con seguro popular, el 24.4% cuenta con IMSS y el 4.9% 7.3% con ISSSTE.

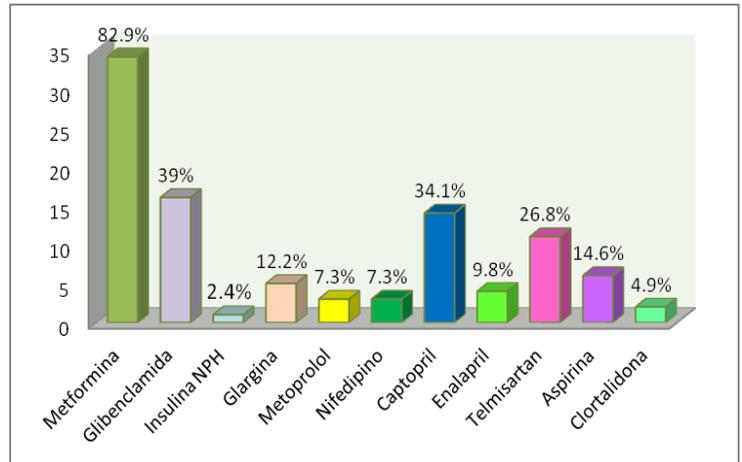
El 73.2% lleva su control en el Centro de Salud (30). El 39% ha estado en consulta con el médico internista (16) en promedio 0.51 \pm 0.8 visitas en el último año (r=0 a 3 visitas); ninguno de los pacientes ha recibido consulta por un médico endocrinólogo.

El 17.1% ha tenido en promedio 0.37 \pm 1.13 consultas con el nutriólogo (r=0 a 4 consultas), el 4.9% con el psicólogo sin referir el número de consultas y el 17.1% ha recibido consulta por oftalmólogo en promedio 0.22 \pm 0.7 consultas (r=0 a 4).

Terapéutica

Los pacientes utilizan los siguientes medicamentos como terapéutica para los padecimientos de DM2 e HAS:

Medicamento	N	% (del total)
Metformina	34	82.9
Glibenclamida	16	39
Insulina NPH	1	2.4
Glargina	5	12.2
Metoprolol	3	7.3
Nifedipino	3	7.3
Captopril	14	34.1
Enalapril	4	9.8
Telmisartán	11	26.8
Aspirina	6	14.6
Clortalidona	2	4.9

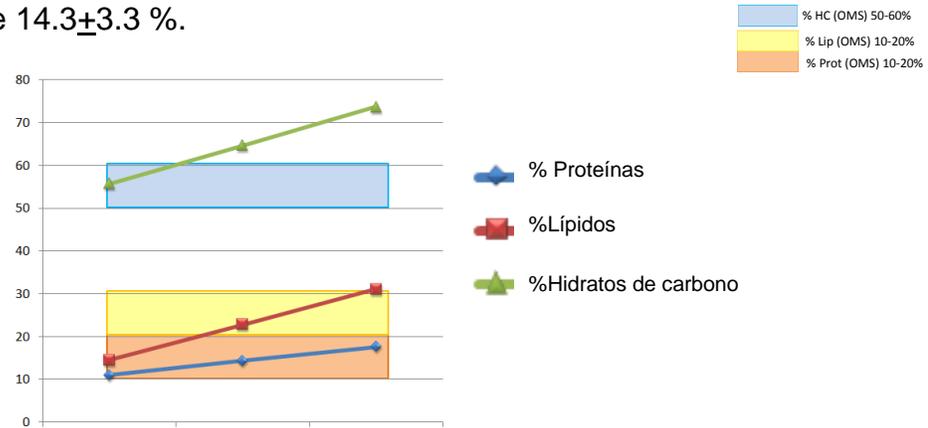


Factores de comportamiento

El 29.3% de las personas al preguntarles sobre que pensamientos vienen a su mente al escuchar la palabra Diabetes o Hipertensión; respondió que siente temor, que morirá pronto y que ya está desahuciado; el 31.7% (13) tiene un pensamiento técnico de lo que es la diabetes; el 29.3% (12) prefiere evitar pensar sobre la enfermedad (negación).

El 51.2% (21) de las personas perciben tener buen control sobre la glucosa, y el 53.7% (22) sobre su presión arterial; EL 2.4% (1) reconoce no tener control sobre su glucosa y el 4,9%(2) mal control con su presión arterial. El 24.4% (10) refiere sentirse afectado al padecer enfermedades crónicas y el 31.7% (13) no le afecta. En cuanto a la percepción de su calidad de vida el 48.8% (20) refiere una calidad regular. El 68.3% considera que la diabetes es una enfermedad muy grave (28), el 70.7% (29) piensa que la hipertensión es muy grave. El 70.7% (29) no busca obtener información sobre la diabetes además de la que le otorgan en su unidad de salud.

La media del porcentaje de consumo de hidratos de carbono en el recordatorio de 24 hrs es de 64.7 ± 9 %; el porcentaje de lípidos es del 22.8 ± 8.3 % y el porcentaje de proteínas es de 14.3 ± 3.3 %.



Grasa Visceral con Adherencia terapéutica

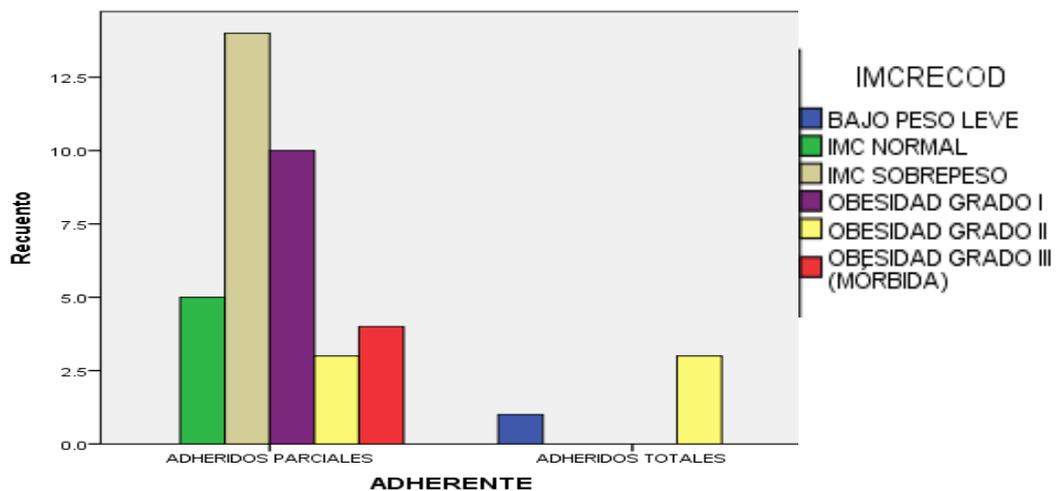
ADHERENCIA	GRASA VISCERAL		Total
	SALUDABLE	EXCESIVA	
PARCIAL	25 (78.12%)	7 (21.87%)	32
TOTAL	1 (25%)	3 (75%)	4
Total	26	10	36

De 36 personas a quienes se les analizó grasa visceral, el 78.12% de los adheridos parciales tienen grasa visceral saludable y el 21.87% tiene grasa visceral excesiva; a diferencia de los adheridos totales en donde el 25% tiene grasa visceral saludable y el 75% grasa excesiva. Al aplicar la prueba de X^2 para comparar las proporciones de casos; el resultado de la prueba tuvo una diferencia significativa con un 95% de confianza con X^2 5.002, con gl 1 y una $p < 0.05$ [p 0.025].

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.002	1	.025
Corrección por continuidad	2.704	1	.100
Razón de verosimilitudes	4.421	1	.035
Asociación lineal por lineal	4.863	1	0.027

Indice de Masa Corporal con Adherencia terapéutica

Adherencia	IMC (Indice de Masa Corporal)						Total
	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad Grado I	Obesidad Grado 2	Obesidad Mórbida	
PARCIAL	0	5 (13.8%)	14 (38.8%)	1	3	4	36
TOTAL	1	0	0	0	3(75%)	0	4
Total	1	5	14	10	6	4	40



El 38.8% de las personas con adherencia parcial tienen sobrepeso y 13.88% tienen peso normal. De los pacientes con adherencia total el 75% (3) tienen Obesidad Grado 2.

Porcentaje de Hemoglobina glucosilada (%Hb1AC) y Adherencia terapéutica

%HbA1C	ADHERENTE		Total
	PARCIALES	TOTALES	
CONTROL ($\leq 6.5\%$)	15 (71.4%)	1	16
REGULAR CONTROL (6.5-7.5%)	2	0	2
DESCONTROL ($> 7.5\%$)	4	0	4
TOTAL	21	1	22

A los pacientes que se les realizó %HbA1C, de los pacientes con adherencia parcial el 71.4% tiene control metabólico; el 19.04% tiene descontrol metabólico; solo hubo un paciente con adherencia total con %HbA1C en control.



Para el control de HDL-C en mujeres se aplicó una U de Mann-Whitney y se observaron diferencia significativa en el nivel de adherencia parcial y total ($Z=-1.9606$ y $p \leq 0.05$). El 80% (12) de las mujeres con HDL-C >50 presentan adherencia parcial y el 20%(3) adherencia total; el 100% (17) de las pacientes con HDL-C <50 presenta adherencia parcial.

	HDL CONTROL MUJERES		Total
	HDL <50 MUJERES	HDL >50 MUJERES	
ADHERIDOS PARCIALES	17 100%	12 80%	29 90%
ADHERIDOS TOTALES	0 0%	3 20%	3 1.0%
TOTAL	17	15	32

HDL CONTROL MUJERES	N	Rango promedio
HDL <50 MUJERES	17	15.00
HDL >50 MUJERES	15	18.20
Total	32	

Estadísticos de contraste^a

	ADHERENTE
U de Mann-Whitney	102.000
W de Wilcoxon	255.000
Z	-1.906
Sig. asintót. (bilateral)	.05
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.350 ^b

Actividad física con Adherencia terapéutica

ACT.FIS.	ADHERENTE			Total
	NO ADHERIDOS	PARICALES	TOTALES	
AF.INTENSA	0	4 (11.1%)	1	5
AF.MODERADA	1	25 (69.4%)	2	28
AF.LEVE	0	7 (19.4%)	1	8
TOTAL	1	36	4	41

El 69.4% de las personas con adherencia parcial realiza actividad física moderada, el 19.4% actividad física leve y el 11.1% actividad física intensa.



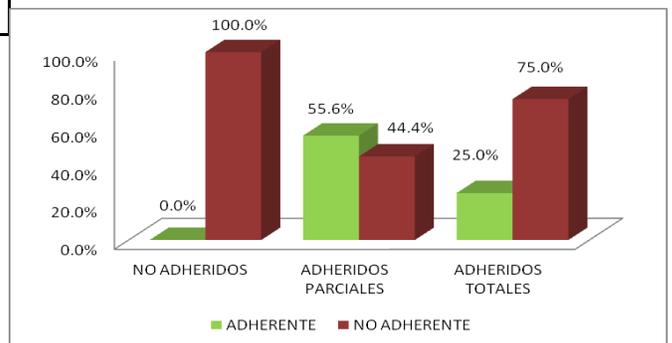
Riesgo Cardiovascular de Framingham con Adherencia terapéutica

Adherencia	% Riesgo Cardiovascular de Framingham				
		N	RANGO	MEDIA	DESV.EST.
No adheridos	COL	1	17	17	
	LDL	0			
Adheridos Parciales	COL	32	1-32	12.47	8.6
	LDL	34	1-27	12.38	8.2
Adheridos Totales	COL	4	1-14	8.25	5.62
	LDL	3	3-37	21.33	17.2

La media del riesgo cardiovascular a 10 años en los adheridos parciales, utilizando colesterol total (Col T) o LDL-C es e $12.47 \pm 8.6\%$ y $12.38 \pm 8.2\%$ respectivamente; para los no adheridos es de 17% con Col T. y para los adheridos totales $8.25 \pm 5.62\%$ y $21.33 \pm 17.2\%$ para Col T. y LDL-C respectivamente

Los pacientes con adherencia parcial mostraron que el 55.6% tienen adherencia al tratamiento médico, y el 44.4% mostraron ser no adherentes; el 75% (3) de los pacientes con adherencia total mostraron no ser adherentes a la terapéutica; y el paciente que no tiene adherencia realmente no tiene adherencia a la terapéutica médica.

ADHERENCIA	ADHERENCIA TERAPÉUTICA		Total
	ADHERENTE	NO ADHERENTE	
NO ADHERIDOS	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
ADHERIDOS PARCIALES	20 55.6%	16 44.4%	36 100.0%
ADHERIDOS TOTALES	1 25.0%	3 75.0%	4 100.0%
TOTAL	21 51.2%	20 48.8%	41 100.0%





10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las personas que participaron en el presente proyecto, de acuerdo al Test Morinky-Green, 51.2% tienen adherencia terapéutica, es decir refieren que no dejan de tomar sus medicamentos ante cualquier circunstancia; el 87.8% de las personas tienen Adherencia parcial de acuerdo a la evaluación MBG, que además de medir si toma sus medicamentos abarca otras acciones que el paciente debe realizar para mejorar su estado de salud como la realización de ejercicio, acomodar sus horarios a las actividades, cumplimiento de la dieta, relación médico paciente, intervención de la familia o amigos para cumplir tratamiento. Encontramos que esta última evaluación mide cumplimiento activo, autonomía ante el tratamiento y complejidad de la adhesión. Analizamos estas dos variables y el 44.4% (16 personas) de los pacientes con adherencia parcial mostraron no ser adherentes a la terapéutica; y el 75% (3 personas) de los adheridos totales, realmente no tienen adherencia terapéutica. El 19.4% de los pacientes con adherencia parcial refiere que algunas veces olvida tomar sus medicamentos. Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados en este estudio fueron el cumplimiento de las indicaciones relacionadas con la dieta ya que el 55.5% (20 personas) de los adheridos parciales “a veces” cumple con la dieta; con la complejidad del régimen médico ya que la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, ya que el 69.4% (25 personas) nunca deciden en manera conjunta con su médico el tratamiento por la inminencia de los efectos beneficiosos y el 58.3% (21 personas) no analizan con su médico como cumplir su tratamiento. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

Aunque la mayoría (68.3%) refiere contar con seguro popular y 73.2% llevar su control en el Centro de Salud, se encontraron algunas deficiencias en cuanto a la referencia con los especialistas del área y el equipo multidisciplinario prescindible



para la atención integral de los pacientes, ya que el 39% ha visitado al médico internista y ninguno a recibido consulta por un médico endocrinólogo, el 17.1% ha visitado al nutriólogo y el 4.9% al psicólogo, el 17.1% ha recibido consulta por oftalmólogo u optometrista, pero particular. El 70.7% refiere cumplir su tratamiento sin supervisión de su familia o amigos, 17.07% refiere cumplirlo con la supervisión familiar; se han hallado que las estrategias como proporcionar recompensas, recordatorios y apoyo familiar para reforzar el nuevo comportamiento, mejoran la adherencia en las enfermedades crónicas; tales intervenciones relacionadas con el comportamiento tienen probabilidad de ser fundamentales para mejorar la adherencia a los medicamentos.

En general las personas con DM2 y/o tienen control metabólico ya que de las 22 a quienes se les realizó %HbA1C, ésta es menor de 7%, aunque la glucosa en ayuno está fuera de control pues el promedio es de 136.1, el HDL-C es <50mg/dl, y el LDL-C es >110.75mg/dl, y la media de los triglicéridos es >180.75. La TA se encuentra en control pues la media es de 130/80 mm/Hg ($\pm 20/10$). Para el HDL-C (mujeres) >50 se encontró diferencia significativa entre los grupos parcial y total, Los factores nutricionales y antropométricos demostraron tener una relación importante; aunque el promedio de consumo de hidratos de carbono es del 64.7%, y de lípidos del 22.8%, es decir más alto que los límites permitidos por la OMS. La grasa visceral tuvo una diferencia significativa entre el grupo de adherencia parcial y total significativa, pues el 78.12% de las personas con adherencia parcial tiene grasa visceral saludable y en el grupo de adherencia total el 25%.

El riesgo cardiovascular a 10 años es de 8 a 21.33 más veces de presentar un evento cardiovascular en esta población.



11.RECOMENDACIONES

Se necesita un compromiso más fuerte con un enfoque multidisciplinario para lograr avances en esta área. Esto requerirá la acción coordinada de los profesionales de la salud, los investigadores, los planificadores sanitarios y los formuladores de políticas. Dado que la mayor parte de la atención necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el autocuidado de los pacientes (que por lo general requiere politerapias complejas, empleo de tecnología médica para el monitoreo –glucómetro y/o baumanómetro- y cambios en los hábitos de vida del paciente, estos enfrentan varios riesgos potencialmente mortales si no observan las recomendaciones de salud como fueron prescritas.

En cuanto a los resultados, la falta de adherencia da lugar a mayor riesgo clínico y, por consiguiente, a mayor morbilidad y mortalidad. Para los profesionales de la salud, los formuladores de políticas y los donantes, medir el desempeño de sus programas y sistemas de salud mediante los criterios de valoración de la utilización de recursos y la eficacia de las intervenciones es más fácil que medir los resultados de salud deseados. Los resultados de salud poblacional previstos por los datos sobre eficacia del tratamiento no se lograrán a menos que las tasas de adherencia terapéutica se empleen como base para la planificación y la evaluación de proyectos.

Las intervenciones que promueven la adherencia terapéutica pueden ayudar a cerrar la brecha entre la eficacia clínica de las intervenciones y su efectividad cuando se las emplea en el campo y, por lo tanto, aumentar la efectividad y la eficiencia general del sistema de salud. Aumentar la efectividad de las intervenciones de adherencia terapéutica quizá tenga una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos ^(17,28).



12.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones que pudimos encontrar durante el estudio, es la poca participación de las personas en esta localidad, algunas tardaron un mes para llegar y pretender participar.

Otra limitación del estudio fueron la falta de insumos de laboratorio, ya que no se contaba con el reactivo para medir hemoglobina glucosilada; por lo que no se logró medir en la mitad de la población en estudio.



13. BIBLIOGRAFÍA

1. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica (MX), 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
2. World Health Organization. Lifestyles and health. Soc Sci Med. 1986;22(2):117-124.
3. Rivera JA, Barquera S, Gonzalez-Cossio T, Olaiz G, Sepulveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. Nutr Rev 2004;62(7 Pt 2):S149-S157.
4. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Publica Mex 2007;49(supl I):S37-S52
5. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002;288:1775-1779.
6. Córdova-Villalobos JA, Barrigete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Publica Mex 2008;50:419-427. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n5/a15v50n5.pdf>



7. Grupo ENSA 2000 (orden alfabético): Gutiérrez Trujillo, G., Henry-R, M., Oláiz, G., Lezana, M.A., Kuri-Morales, P., Sepúlveda-Amor, J., Tapia-Conyer, R., Valdespino, J.L., Velázquez-Monroy, O., Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Instituto Nacional de Cardiología. Secretaría de Salud. Vol. 73 Número 1/Enero-Marzo 2003:62-77. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2003/ac031i.pdf>

8. Fuente INEGI en el apartado del Censo de Población y Vivienda 2010 (Consultado 2011 Septiembre 12). Principales resultados por localidad (ITER) disponible en :
http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=27329&s=est

9. Sistema Único Automatizados para la Vigilancia Epidemiológica. Año 2010.

10. Diagnóstico de Salud realizado en 2012 por la alumna de Maestría en Salud Pública en Servicio, modalidad virtual: Cortez Domínguez Araceli.

11. Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. Año 2011

12. Diabetes Care 33(sup1):62-69, Ene 2010

13. Olaiz, Gustavo; Riverra, Juan; y Cols.; ENSANUT 2006. Instituto Nacional de Salud Pública



14. Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona J, Rodríguez-Pérez J, Jiménez-Mendéz JA. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México. Disponible en:
[\[http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im035d.pdf\]](http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im035d.pdf) Rev Med IMSS 2004; 42(5):383-392.
15. Rosas, M., Pastelín, G., Martínez-Reding, J., Herrera-Acosta, J., Attie, F., del Comité Institucional para el estudio y prevención de la Hipertensión Arterial Sistémica. Hipertensión Arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Arch Cardiol Mex 2004; 74:134-157.
16. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2003;45:259-268.
17. OMS 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.
18. Swinburn BA, Metcalf PA, Ley SJ, Long-term (5-years) effects of a reduced-fat diet intervention in individuals with glucose intolerance. Diabetes, Care, 2001, 24:619-624 Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=f2c2dd7e-0ae4-4a3e-9f31-fd429847e3e1%40sessionmgr13&hid=18>
19. Alonso M.A., Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora Salud Madrid, Vol 13, N°8, 200 Disponible en:
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf



20. Tapia- Muñoz, J.A. Tesis “ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN EL HOSPITAL DE CHAITEN 2005”. Valdivia-Chile 2006. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>
21. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney Jet al. A meta-analysys of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ, doi:10.1136/bmj.38875.675486.55 (published 21 June 2006). Disponible en:
http://www.bmj.com/highwire/filestream/369739/field_highwire_article_pdf_a_bri/0.pdf
22. Salcedo Barajas, Ariel (2011) Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4164/1/539474.2011.pdf>
23. Boletín INFAC. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. 19Liburukia. 10 Zk 2011. Vol. 19, No. 1 2011. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v_19_n1.pdf
24. Jansà, M., Vidal M., “Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus”; Avances en Diabetología; 2009; 25:55-61 Disponible en:
<http://sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1.pdf>
25. Martín-Alfonso, L., Grau-Abalo, J., “La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología”; Disponible en:
http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_14_1/14_1/LMart%C3%ADn.html



26. Morales-Carmona, F., Pimentel-Nieto, D., Sánchez-Bravo, C., Henales-Almaraz, C., “Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres”, Ginecol. Obstet. Mex. 2008;76 (6):313-8. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=57867&id_seccion=407&id_ejemplar=5857&id_revista=40

27. Oviedo-Mota, M.A., Larrñaga-Espinosa, F., y cols., “Guía Clínica para el diagnóstico y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2” Guía práctica clínica para medicina familiar. Capítulo 8. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/diabmellt2.pdf>

28. Haynes RB et al. Interventions for helping patients follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001. Disponible en:



14. ANEXOS

Anexo 1

DATOS GENERALES					
I. NOMBRE	(ap.paterno/ap.materno/nombre)				
II. EDAD					
III. DOMICILIO	(Calle, No., Col. o Municipio, Edo.)				
IV. TELEFONO					
V. FECHA DE LA TOMA DE DATOS	(dd/mm/aaaa)				
VI. FECHA DE NACIMIENTO	(dd/mm/aaaa)				
VI. ESTADO CIVIL			VIII. OCUPACIÓN		
1. Soltero			1. Estudiante		
2. Casado			2. Ama de casa		
3. Viudo			3. Jubilado o pensionado		
4. Divorciado			4. Incapacidad por trabajo		
5. Unión libre			5. Ayudante en un negocio familiar		
			6. Campesino		
VII. ESCOLARIDAD			7. Obrero		
1. Analfabeta			8. Albañil		
2. Escribir y/o leer			9. Empleado		
3. Primaria incompleta			10. Comerciante		
4. Primaria completa			IX. DERECHOHABIENCIA		
5. Secundaria incompleta			1. SEGURO POPULAR		
6. Secundaria completa			2. IMSS		
7. Preparatoria incompleta			3. ISSSTE		
8. Preparatoria completa			4. SEDENA		
9. Licenciatura incompleta			5. PEMEX		
10. Licenciatura completa			6. OTRO (ESPECIFICAR)		
			7. NINGUNA		



FECHA DE ENTREVISTA				HISTORIA CLÍNICA						FOLIO		
DD	MM	AAAA		AP.MATERNO		NOMBRE (S)						
EDAD		LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD O POBLACIÓN										
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (AHF) 1.SI 2.NO												
	CaCu	NEFROPATIAS	DM1	DM2	HEPATOPTIAS	Ca Mama	CARDIOPATIAS	TB	ENDOCRINOPATIAS	HAS	ENF. MENTALES	Ca PROSTATA
1 MADRE												
2 PADRE												
3 HERMANOS												
4 ABUELA MATERNA												
5 ABUELO MATERNO												
6 ABUELA PATERNA												
7 ABUELO PATERNO												
8 HIJOS												
9 TIOS MATERNOS												
10 TIOS PATERNOS												
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (APP)												
ASMA 1.SI 2.NO		ENF. HEMATOLÓGI		ENF. RENAL 1.SI 2.NO		CARDIOPATÍAS 1.SI 2.NO		DISLIPIDEMIAS 1.SI 2.NO		OBESIDAD 1.SI 2.NO		
OTRO (ESPECIFICAR)												
ANTECEDENTES PERINATALES Y NEURODESARROLLO EN PRIMER AÑO DE VIDA												
SEMANAS DE GESTACIÓN AL NACER		PESO AL NACIMIENTO (g)		TALLA AL NACIMIENTO (cm)		1.PARTO 2.CESÁREA 3.PARTO DISTÓCICO						
LLORÓ Y RESPIRÓ AL NACER 1.SI 2.NO		DIFICULTAD PARA RESPIRAR POR LO QUE TUBO QUE ESTAR EN INCUBADORA O INTUBADO 1.SI 2.NO		ICTERICIA PROLONGADA 1.SI 2.NO		DISMORFIAS 1.SI 2.NO						
ALIMENTADO AL NACIMIENTO CON: 1.LECHE MATERNA 2.FÓRMULA		EDAD (m) EN QUE INICIÓ LA ABLACTACIÓN:		EDAD (m) EN QUE LEVANTÓ LA CABEZA		EDAD (m) EN QUE SE SENTÓ						
EDAD (m) EN QUE GATEÓ		EDAD (m) EN QUE CAMINÓ		EDAD (m) EN QUE CONTROLÓ ESFÍNTERES								
ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS												
DM 1. DM1, 2.DM2, 3. SIN DM, 4.OTRA (ESPECIFICAR)		TIEMPO DE EVOLUCION Y/O DIAGNOSTICO (AÑOS)		¿RECIBIÓ TRATAMIENTO ?		RECIBIO DIETA 1.SI 2.NO		VISITO AL NUTRILOGO 1.SI 2.NO				
TRATAMIENTO CON HIPOGLUCEMIANTES 1.SI 2.NO				TRATAMIENTO CON INSULINA 1.SI 2.NO								
TIPO DE HIPOGLUCEMIANTE	1.SI 2.NO O NUMERO DE MEDICAMENT	DOSIS	NUM. VECES/DIA	TIEMPO DE USO (AÑOS)	TIPO DE INSULINA	1.SI 2.NO O NUMERO DE MEDICAMENT	DOSIS	NUM. VECES/DIA	TIEMPO DE USO (AÑOS)			
METFORMINA					LENTA							
GLIBENCLAMIDA					NPH							
ACARBOSA					RAPIDA							
OTROS: 1. TOLBUTAMIDA, 2.ROZIGLITAZONA, 3.GLIMEPIRIDA, 4. CLORPROPAMIDA 5. MEZCLAS (ESPECIFICAR)					GLARGINA							
					OTRAS INSULINAS: 1.ULTRARAPIDA, 2.COMBINACIÓN NPH-ULTRARAPIDA, 3.OTRO(ESPECIFICAR)							
ESPECIFICAR					ESPECIFICAR							



II. HAS 1.SI 2.NO		IIa.TIEMPO DE EVOLUCION Y/O DIAGNOSTICO (AÑOS)			TRATAMIENTO CON ANTIHIPERTENSIVOS 1.SI 2.NO			TRATAMIENTO CON DIURÉTICOS 1.SI 2.NO		TRATAMIENTO CON ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS 1.SI 2.NO		
TIPO DE ANTIHIPERTENSIVOS		1.SI 2.NO O NUMERO DE MEDICAMENTO	DOSIS	NUM. VECES/DIA	TIEMPO DE USO (AÑOS)	TIPO ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS			DOSIS	NUM. VECES/DIA	TIEMPO DE USO (AÑOS)	
METOPROLOL						1.ASPIRINA, 2. CLOPIDOGREL						
NIFEDIPINA						TIPO DE DURÉTICOS 1.SI 2.NO		1.SI 2.NO O NUMERO DE MEDICAMENTO	DOSIS	NUM. VECES/DIA	TIEMPO DE USO (AÑOS)	
CAPTOPRIL						CLORTALIDONA						
ENALAPRIL						HIDROCLOROTIAZIDA						
LOSARTAN						OTRO. 1. ESPIRONOLACTONA, 2. CLONIDINA, 3. METILDOPA, 4. TERAZOSINA, 5. PRAZOSINA, 6. OTRO (ESPECIFICAR)						
TELMISARTAN						ESPECIFICAR						
OTRO. 1. ATENOLOL, 2. TIMOLOL, 3. PINDOLOL, 4. HIDRALAZINA, 5. VERAPAMIL, 6. AMLODIPINO, 7. LISINAPRIL, 8. VALSARTAN 9. IBERSARTAN, 10. VERAPAMIL, 11. FELODIPINO, 12. OTRO						EN DONDE LLEVA EL CONTROL DE LA DIABETES 1.CENTRO DE SALUD 2. CONSULTORIO PRIVADO 3.HOSPITAL (INSTITUCIONAL) 4.HOSPITAL PRIVADO		¿DÓNDE ADQUIERE SUS MEDICAMENTOS 1.LOS COMPRA 2. LA INSTITUCIÓN SE LOS OTORGA 3.MUESTRAS MÉDICAS 4.OTRO(ESPECIFICAR)				
						HOSPITALIZACIONES 1.SI 2.NO	MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN 1. DESCONTROL METABÓLICO 2.INFECCIÓN 3.DESHIDRATACIÓN POR DIARREA 4.HIPERTENSIÓN 5.OTRA (ESPECIFICAR)			DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN		
ESPECIFICAR						SI RECUERDA QUE TRATAMIENTO LE APLICARON DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, ¿LO PODRÍA MENCIONAR?						
¿HA ASISTIDO CON EL		1.SI 2.NO	¿A CUANTAS CONSULTAS DESDE SU DIAGNÓSTICO HA ACUDIDO CON EL....	¿A CUANTAS CONSULTAS HA ASISTIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO CON EL....	CÁNCER 1.SI 2.NO	TIPO DE CANCER 1.MAMA 2. CACU 3.PROSTÁTICO 3.OTRO		3.OTRO (ESPECIFICAR)		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL CANCER Y/O DIAGNOSTICO(MESES)		
MÉDICO INTERNISTA						TRATAMIENTO DEL CANCER 1. QUIMIOTERAPIA 2. RADIOTERAPIA 3. QUIRÚRGICO 4. QTX Y RTX; 5. QTX, RTX, QX; 6. RTX Y QX; 7. QTX Y QX		¿SE HA REALIZADO EXAMEN PROSTÁTICO? 1. SI 2.NO		FECHA DE EXAMEN PROSTÁTICO DD/MM/AAAA/		
MÉDICO ENDOCRINOLOGO						¿SE HA REALIZADO PBA. DE ANTIGENO PROSTÁTICO? 1. SI 2.NO		RESULTADO DE ANTIGENO PROSTÁTICO 1.NORMAL 2.ALTERADO		PERTENECE A ALGUN GRUPO DE AYUDA MUTUA 1.SI 2.NO		
MÉDICO GENERAL						LE HAN APLICADO LA VACUNA CONTRA VIRUS H1N1 1.SI 2.NO		LE HAN APLICADO LA VACUNA ANTINEUMOC ÓICA 1.SI 2.NO		LE HAN APLICADO LA VACUNA ANTIINFLUEN ZA (ESTACIONAL) 1.SI 2.NO		
MÉDICO O U OPTOMETRISTA						LE HAN APLICADO LA VACUNA CONTRA VIRUS H1N1 1.SI 2.NO		LE HAN APLICADO LA VACUNA ANTINEUMOC ÓICA 1.SI 2.NO		LE HAN APLICADO LA VACUNA ANTIINFLUEN ZA (ESTACIONAL) 1.SI 2.NO		
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (APNP)												
ALCOHOLISMO 1.SI 2.NO		EDAD DE INICIO	EDAD DE TERMINO	EDAD DE TERMINO	VECES/ SEMANA	TIPO DE BEBIDA QUE CONSUME CON MAYOR FRECUENCIA 1.CERVEZA 2.TEQUILA 3.ALCOHOL 4.MEZCAL 5.OTRA BEBIDA		OTRA BEBIDA. ESPECIFICAR				
TABAQUISMO 1.SI 2.NO		EDAD DE INICIO	EDAD DE TERMINO	EDAD DE TERMINO	NUMERO E CIGARRILLOS POR DIA	ADICIONES (TOXICOMANÍ AS) 1.SI 2.NO		ESPECIFICAR ADICIÓN				
HABITOS HIGIENICOS PERSONALES (H.P.) Y BUCALES												
BAÑO 1. DIARIO 2. CADA 3ER DIA		CAMBIO DE ROPA 1. DIARIO 2. CADA 3ER DIA	LAVADO DE MANOS 1. ANTES Y DESPUES DE COMER E IR AL BAÑO 2. ANTES DE COMER E IR AL BAÑO 3. NO LAV. DE MANOS			LAVADO DE DIENTES 0. NUNCA 1. UNA VEZ AL DIA 2. DOS VECES AL DIA 3. TRES VECES AL DIA			SANGRADO AL CEPILLARSE LOS DIENTES 1. SI 2.NO			
HA ACUDIDO AL DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES 1.SI 2.NO		QUE TRATAMIENT O LE REALIZÓ	USO DE HILO DENTAL 1.SI 2.NO			NO. VISITAS AL DENTISTA EN EL AÑO		PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES		CAUSA DE LA PERDIDA		



ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (AGO)									
MENARCA	FUM (dd/mm/aa)			RTIMO Y DURACIÓN	IVSA (EDAD)	FPP (dd/mm/aaaa)			
GESTA NO.	0. OBITO 1.ABORTO 2.PARTO 3.CESAREA 4.PARTO DISTÓSICO	GEMELAR 1.SI 2.NO	PESO DEL RN(GR)	TALLA DEL RN(CMS)	NACIÓ 1.VIVO 2.MUERTO	CAUSA DE MUERTE		FECHA DE NAC IMIENTO (dd/mm/aaaa)	SDG AL NACIMIENTO (O DEL ABORTO, U OBITO, O CESAREA)
FLUJO VAGINAL (INFECCION) 1.SI 2. NO	M.P.F. 1. H. ORALES 2. H. INYECTABLES 3.OTB 4. PARCHES 5. DIU 6. IMPLANTE 7.PRESERVATIVO, 8. OTRO			TIEMPO DE USO DE MPF (MESES)	SI OTB FECHA (DD/MM/AAA A)	EDAD CUANDO TUVO LA ULTIMA MENSTRUACION EN LA VIDA (MENOPAUSIA)			
ANTEC. DMG 1.SI 2.NO	NO. DE EMBARAZO DE DMG	TRATAMIENTO DE DMG 1.DIETA 2.INSULINA 3.MIXTO		ULTIMA FECHA DEL PAPANICOL	RESULTADO DEL PAPANICOLAO 1.NORMAL 2.INFECCIÓN 3.NIC I 4.NIC II 5.NIC III O CANCER IN SITU 4.CANCER				
ULTIMA FECHA DE REVISIÓN MAMARIA (DD/MM/A	RESULTADO D (ESPECIFICAR)	SE HA REALIZADO MASTOGRAFÍA 1.SI 2.NO		RESULTADO (ESPECIFICAR)					
PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD									
¿PODRÍA USTED MENCIONAR LAS PALABRAS QUE VIENEN A SU MENTE AL ESCUCHAR LA PALABRA DIABETES?									
¿USTED RECONOCE LOS SÍNTOMAS CUANDO LE BAJA LA GLUCOSA O AZUCAR? 1.SI 2.NO									
SI SU RESPUESTA ES "SI" ¿QUE SINTOMAS PRESENTA?									
¿USTED RECONCE CUANDO LE SUBE LA GLUCOSA O AZUCAR? 1.SI 2.NO									
SI SU RESPUESTA ES "SI" ¿QUE SINTOMAS PRESENTA?									
¿SABE CUANDO ESTÁ CONTROLADA LA GLUCOSA O AZUCAR? 1.SI 2.NO									
SI SU RESPUESTA ES "SI" ¿CÓMO SABE QUE ESTÁ CONTROLADO?									
¿QUÉ TANTO CONSIDERA USTED QUE SU AZUCAR ESTÁ CONTROLADA?					1.NO TENGO CONTROL	2.MAL CONTROL	3.REGULAR CONTROL	4.BUEN CONTROL	5.EXCELENTE CONTROL
¿QUÉ TANTO CONSIDERA USTED QUE SU PRESIÓN ESTÁ CONTROLADA?					1.NO TENGO CONTROL	2.MAL CONTROL	3.REGULAR CONTROL	4.BUEN CONTROL	5.EXCELENTE CONTROL
¿QUÉ TANTO LE AFECTA TENER DIABETES?					1.SUMAMENTE AFECTADO	2.SI ME AFECTA	3.ME AFECTA REGULARMENTE	4.ME AFECTA MUY POCO	5.NO ME AFECTA
¿CÓMO CONSIDERA SU CALIDAD DE VIDA?					1.MÍNIMA CALIDAD	2.MALA CALIDAD	3.CALIDAD REGULAR	4.BUENA CALIDAD	5.EXCELENTE CALIDAD
¿QUÉ TAN GRAVE CONSIDERA LA DIABETES COMO ENFERMEDAD EN SU VIDA?					1.NINGUNA GRAVEDAD	2.MÍNIMA GRAVEDAD	3.REGULAR GRAVEDAD	4.MUY GRAVE	5.EXTREMADAMENTE GRAVE
¿QUÉ TAN GRAVE CONSIDERA LA HIPERTENSIÓN COMO ENFERMEDAD EN SU VIDA?					1.NINGUNA GRAVEDAD	2.MÍNIMA GRAVEDAD	3.REGULAR GRAVEDAD	4.MUY GRAVE	5.EXTREMADAMENTE GRAVE
¿TRATA DE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES?					1.NUNCA	2.CASI NUNCA	3.ALGUNAS VECES	4.CASI SIEMPRE	5.SIEMPRE
¿TIENE PENSAMIENTOS PESIMISTAS SOBRE SU FUTURO?					1.NUNCA	2.CASI NUNCA	3.ALGUNAS VECES	4.CASI SIEMPRE	5.SIEMPRE
¿OLVIDA TOMAR SU MEDICAMENTO PARA LA DABETES, APLICARSE LA INSULINA O SU MEDICAMENTO PARA LA PRESIÓN?					1.NUNCA	2.CASI NUNCA	3.ALGUNAS VECES	4.CASI SIEMPRE	5.SIEMPRE
¿SIGUE LAS INSTRUCCIONES MÉDICAS QUE LE INDICAN PARA SU CUIDADO?					1.NUNCA	2.CASI NUNCA	3.ALGUNAS VECES	4.CASI SIEMPRE	5.SIEMPRE
¿SABE QUE COMPLICACIONES TIENE LA DIABETES? 1.SI 2.NO			¿LAS PODRÍA MENCIONAR?						
¿USTED PRESENTA ALGUNA COMPLICACIÓN DE DIABETES?			¿QUÉ COMPLICACIÓN?		¿UTILIZA GLUCÓMETRO? 1.SI 2.NO				



DURANTE LA ULTIMAS DOS SEMANAS ¿USTED HA SENTIDO.....?:											
SINTOMAS DE HIPOGLUCEMIA 1.SI 2.NO						SINTOMAS DE HIPERGLUCEMIA 1.SI 2.NO					
SUDORACIÓN PEGAJOSA		TEMBLOR		HAMBRE EXAJERADA		SED EXTREMA (POLIDIPSIA)		AUMENTO EN LAS VECES A ORINAR (POLIURIA)		MUCHA HAMBRE (POLIFAGIA)	
QUE LATE SU CORAZÓN (PALPITACIONES)		QUE ESTA MUY NERVIOSO O CON ANSIEDAD		VISIÓN BORROSA		LA PIEL MUY SECA		QUE VE BORROSO		DEMASIADO SUEÑO	
QUE NO TIENE FUERZAS (DEBILIDAD)		QUE SE MAREA				DESEOS DE VOMITAR (NAUSEA)		QUE SE CANSA MUCHO (FATIGA)			
SINTOMAS DE HIPOTENSIÓN 1.SI 2.NO						SÍNTOMAS DE HIPERTENSIÓN 1.SI 2.NO					
DOLOR DE CABEZA (CEFALEA)		DOLOR EN EL PECHO		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		CONFUSIÓN		QUE LE ZUMBAN LOS OIDOS		QUE ESCUCHA CAMPANITAS (TINNITUS)	
¿SE HA DESMAYADO?		¿HA VOMITADO?				TENIDO HEMORRAGIAS POR LA NARIZ		QUE VE MANCHAS O LUCESITAS			
APNEA DEL SUEÑO											
¿USTED RONCA? 1.SI 2.NO		¿QUÉ TAN FUERTE RONCA? 1.TAN FUERTE COMO EL SONIDO DE SU RESPIRACIÓN 2.TAN FUERTE COMO SU VOZ 3.MAS FUERTE QUE SU VOZ				¿CADA CUANDO RONCA? 1.CASI DIARIO 2.TRES A CUATRO VECES A LA SEM. 3. UNA A DOS VECES A LA SEMANA 4.UNA A DOS VECES AL MES 5.CASI NUNCA				¿LE MOLESTAN SUS RONQUIDOS A OTRAS PERSONAS? 1.SI 2.NO	
¿USTED SE SIENTE CANSADO DESPUÉS DE HABER DORMIDO 1.CASI DIARIO 2.TRES O CUATRO VECES A LA SEM. 3.UNA O DOS VECES A LA SEM. 4.UNA O DOS VECES AL MES 5.CASI NUNCA						¿SE HA QUEDADO DORMIDO MIENTRAS HACE OTRAS COSAS QUE REQUIERAN SU ATENCIÓN COMPLETA COMO PLATICAR, MANEJAR O CUIDAR ALGO? 1.SI 2.NO					
INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (IPaYS)											
APARATO DIGESTIVO (AD)											
LE DIFICULTA PASAR A LIMENTOS (DISFAGIA) 1.SI 2.NO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DISFAGIA (MESES)		SE ESTRÍÑE (CONSTIPACIÓN) 1.SI 2.NO		SIENTE AGRURAS PIROSIS 1.SI 2.NO		SIENTE QUE SE LE INFLAMA EL ABDOMEN METEORISMO 1.SI 2.NO			
HA PRESENTADO EVACUACIONES CON SANGRE(MELENA) 1.SI 2.NO		NUM. DE EVACUACIONES CON MELENA AL DÍA		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE MELENA (SEMANAS)		PRESENTA DOLOR COLICO 1.SI 2.NO		DIARREA 1.SI 2.NO			
TIEMPO D EVOLUCIÓN DE DIARREA (SEMANAS)		NUM. DE EVACUACIONES AL DÍA		TRATAMIENTO (ESPECIFICAR)							
APARATO RESPIRATORIO (AR)											
TOS SECA 1.SI 2.NO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN (SEMANAS)		TOSE CON SANGRE (HEMOMPTISIS) 1. SI 2.NO		TIEMPO DE EVOLUCION (SEMANAS)		TOS PRODUCTIVA 1.SI 2.NO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN (SEMANAS)	
APARATO CARDIOVASCULAR (ACV)											
DOLOR PRECORDIAL 1.SI 2.NO		EDEMA 1.SI 2.NO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN (SEMANAS)		LOCALIZACIÓN DE EDEMA 1.M.PELVICOS 2.M.TORACICOS 3.CARA 4.ANASARCA					
APARATO URINARIO (AU)											
USTED ORINA (DIURESIS) 1.SI 2.NO(ANURIA)		CUANTOS MESES TIENE QUE NO ORINA		DURANTE LA NOCHE SE LEVANTA A ORINAR (NICTURIA) 1.SI 2.NO		NUM. DE VECES (NICTURIA)		PRESENTA DOLOR AL ORINAR (DISURIA) 1.SI 2.NO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DISURIA (SEMANAS)	
SU ORINA ES DE COLOR OSCURO (COLURIA) 1.SI 2.NO		¿ORINA CON SANGRE? HEMATURIA 1.SI 2.NO		LE RESULTA DIFICIL CONTENER LA ORINA (INCONTINENCIA) 1.SI 2.NO		TIEMPO DE EVOLUCION INCONTINENCIA (MESES)		DIALISIS 1.HEMODIALISIS 2.DIALISIS PERITONEAL (DP) 3.NO DIALISIS			TIEMPO DE EVOLUCIÓN DIALISIS (MESES)
DIALISIS PERITONEAL 1.AMBULATORIA 2.HOSPITALARIA		NUM. DE RECAMBIOS/DIA DE DIALISIS PERITONEAL		DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA : QUIEN REALIZA LOS RECAMBIOS 1.FAMILIAR 2.PERSONAL DE SALUD 3.EL MISMO 4.VECINO/AMIGO				HEMODIALISIS NUM.CAMBIOS/SEM			



APARATO GENITAL (AG)											
SANGRADO GENITAL 1. SI 2. NO		LEUCORREA 1. SI 2. NO		DOLOR AL TENER RELACIONES SEXIALES(DISPAREUNIA) 1.SI 2. NO		PRURITO VULVAR 1.SI 2. NO		SI ES HOMBRE TIENE DIFICULTAD PARA LOGRAR ERECCIÓN 1.SI 2.NO			
SISTEMA SENSORIAL (SIST.SENS)											
VISIÓN BORROSA 1.SI 2.NO 3.PÉRDIDA DE LA VISIÓN (AMAUROSIS)		¿USTED VE DOBLE? (DIPLOPIA) 1.SI 2.NO		¿ PRESENTA DOLOR EN LOS OJOS?1.SI 2.NO		¿LE MOLESTA DEMASIADO LA LUZ (FOTOFOBIA) 1.SI 2.NO		¿PRESENTA DOLOR DE OIDO? (OTALGIAS) 1.SI 2.NO		LE HA DISMINUIDO LA AUDICIÓN (HIPOCUSIA) 1.SI 2.NO	
PRESENTA SALIDA DE PUS O SANGRE POR EL OÍDO (OTORREA Y/O OTORRAGIA) 1. SI 2.NO		USA LENTES 1.SI 2.NO		CUANTO TIEMPO TIENE USANDO LENTES (AÑOS)		SI CONOCE SU GRADUACIÓN CUAL ES: OJO DERECHO		SI CONOCE SU GRADUACIÓN CUAL ES: OJO IZQUIERDO			
SISTEMA NERVIOSO (SIST.NERV)											
ALGUNA VEZ HA PRESENTADO CONVULSIONES 1.SI 2.NO		SE LE OLVIDAN LAS COSAS CON FRECUENCIA? (AMNESIA) 1.SI 2.NO		SE HA SENTIDO CONFUNDIRDO CON FRECUENCIA 1.SI 2.NO		¿PIERDE LA ATENCIÓN CON FACILIDAD?1.SI 2.NO					
CABEZA (Y FONDO DEOJO) Y CUELLO											
FARINGE 1.NORMAL 2.HIPERMIC A		LENGUA 1.NORMAL 2.SABURRAL 3.SECA 4.INFECCIÓN 5.MICOSIS		OIDO DERECHO 1.NORMAL 2.DATOS DE OTITIS MEDIA 3.DATOS DE OTITIS EXTERNA 4.OTRO (ESPECIFICAR)		OIDO IZQUIERDO 1.NORMAL 2.DATOS DE OTITIS MEDIA 3.DATOS DE OTITIS EXTERNA 4.OTRO (ESPECIFICAR)		PRESENCIA DE ACNÉ 1. SI 2.NO			
DATOS DE SINUSITIS 1. SI 2.NO		DOLOR DE MOV. OCULARES		FONDO DE OJO (FO) PAPILA CON BORDES DIFUMINADO		(FO)PIGMENTACION DE LA PAPILA		(FO)CAMBIO DE LA RELACION ARETERIO-VENOSA		(FO)MICROANEURIS MAS EN LA RETINA	
(FO)EXUDADOS		(FO)HEMORRAGIAS		(FO)VASOS DE NEOFORMACION		(FO)EDEMA MACULAR		(FO)PERDIDA DE EXCAVACION PAPILAR		(FO)AUMENTO DE BRILLO ARTERIOLAR	
(FO)ESTRECHAMIENTO DE ARTERIOLAS		(FO)AUMENTO DE TORTUOSIDAD VASCULAR		(FO)EXUDADOS DÜROS		(FO)EXUDADOS BLANDOS		(FO)MANCHAS ALGODONOSAS		(FO) OTROS (ESPECIFICAR)	
ADENOMEGALIAS 1. SI 2.NO		TIROIDES 1.NORMAL 2. BOCIO		3.ACANTOSIS NIGRICANS 1. SI 2.NO		ESPECIFIQUE LOS LUGARES DONDE PRESENTA LA ACANTOSIS		HIPERQUERATOSIS 1.SI 2.NO			
COMENTARIOS											
TÓRAX											
AMPLEXIÓN Y AMPLEXACION 1.NORMAL 2. DISMINUIDA 3.AUMENTADA		RITMO CARDIACO 1.NORMAL 2.ANORMAL 3.GALOPE		RUIDOS RESPIRATORIOS 1.BIEN AEREADOS 2.DATOS DE EDEMA PULMONAR 3.DATOS DE BRONCOESPASMO 4.DATOS DE ENFISEMA PULMONAR 5. OTRO (ESPECIFICAR)							
COMENTARIOS											
ABDOMEN											
ESPLENOMEGALIA 1.SI 2.NO		HEPATOMEGALIA 1.SI 2.NO		RUIDOS PERISTALTICOS 1.NORMALS 2.DISMINUIDOS 3.AUMENTADOS 4. AUSENTES				DOLOR A LA PALPACIÓN EN ABDOMEN 1. SI 2.NO			
COMENTARIOS											



PRESENCIA DE EQUIMOSIS		PRESENCIA DE PETEQUIAS		RIGIDEZ EN ALGUNA ARTICULACIÓN		PERDIDA DE LA FUERZA MUSCULAR		DEFORMIDADES OSEAS EN MIEMBROS TORÁCICOS		LOCALIZACIÓN DE LA DEFORMIDAD OSEA	
ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD EN MIEMBROS SUPERIORES			LOCALIZACIÓN DE LA ALTERACIÓN DE SENSIBILIDAD EN M.S			ALTERACIÓN EN LA MARCHA			TIPO DE MARCHA 1.ATÁXICA 2.CLAUDICACIÓN 3.PARAPARESICA(EN TIJERA) 4.MARCHA ANTIALGICA		
PIE DERECHO						PIE IZQUIERDO					
DEDOS EN MARTILLO		HALLUX VALGO		PIE DE CHARCOT		DEDOS EN MARTILLO		HALLUX VALGO		PIE DE CHARCOT	
ACROCIANOSIS		PALIDEZ		DISMINUCIÓN DE LA TEMP.		ACROCIANOSIS		PALIDEZ		DISMINUCIÓN DE LA TEMP.	
ATROFIA MUSCULAR		HAY CALLOS		CAMBIOS TROFICOS DE UÑAS		ATROFIA MUSCULAR		HAY CALLOS		CAMBIOS TROFICOS DE UÑAS	
ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD		LOCALIZACIÓN DE ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD			ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD			LOCALIZACIÓN DE ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD			
RETARDO EN EL LLENADO CAPILAR (>3-4SEG)		PRESENCIA DE PULSO PEDIO		PRESENCIA DE PULSO TIBIAL POSTERIOR		RETARDO EN EL LLENADO CAPILAR (>3-4SEG)		PRESENCIA DE PULSO PEDIO		PRESENCIA DE PULSO TIBIAL POSTERIOR	
DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE REFLEJO AQUILIANO		OTROS(ESPECIFICAR)				DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE REFLEJO AQUILIANO		OTROS(ESPECIFICAR)			
COMENTARIOS											
CUIDADOS DE LOS PIES											
LAVADO DE PIES	¿REALIZA LAVADO DIARIO CON AGUA TIBIA Y JABÓN? 1.SI 2.NO				¿SECA SUAVEMENTE Y POR COMPLETO LOS PIES Y ENTRE LOS DEDOS? 1.SI 2.NO				¿SUAVIZA CON VASELINA, LANOLINA O ACEITE? 1.SI 2.NO		
UÑAS Y CALLOSIDADES	¿SUMERGE SUS PIES EN AGUA TIBIA ANTES DEL CORTE DE UÑAS? 1.SI 2.NO				¿CORTA SUS UÑAS EN FORMA RECTA? 1.SI 2.NO				¿LIMA LAS CALLOSIDADES? 1.SI 2.NO		
CALZADO Y CALCETINES	¿UTILIZA ZAPATOS QUE PROTEJAN SUS PIES? 1.SI 2.NO				¿REVISAS EL INTERIOR DE SUS ZAPATOS PARA QUE NO EXISTAN ÁREAS ÁSPERAS O PEDAZOS DESPRENDIDOS? 1.SI 2.NO				¿REALIZA CAMBIO DE ZAPATOS DESPUÉS DE 5 HORAS PARA EL CAMBIO DE PUNTOS DE PRESIÓN? 1.SI 2.NO		
	¿UTILIZA ZAPATOS CÓMODOS (NO PUNTUDOS, NO ABIERTOS, NO TACONES ALTOS, CHACLETAS O SANDALIAS)? 1.SI 2.NO				¿UTILIZA DIARIAMENTE CALCETINES LIMPIOS Y SECOS? 1.SI 2.NO				¿UTILIZA MEDIAS O CALCETINES CON COSTURAS QUE PUEDAN CAUSAR PUNTOS DE PRESIÓN? 1.SI 2.NO		



HISTORIA CLINICO NUTRICIONAL

1. Ficha de identificación

Folio: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ () 1. Años 2. Meses

2. Antecedentes personales no patológicos

Peso al nac: _____ kg Talla al nac: _____ cm Peso Hab: _____ kg.

En los últimos 10 años Peso mín: _____ kg Peso max (sin embarazo): _____ kg

¿Ha cambiado de peso en el último año? () 1. Sí 2. No Describir cambio: () 1. Ganó 2. Perdió

¿Ha disminuido de peso voluntariamente? () 1. Sí 2. No Tratamiento seguido _____

¿Presenta vómito o náuseas? () 1. Sí 2. No

¿Presenta distensión abdominal? () 1. Sí 2. No

¿Presenta dolor abdominal? () 1. Sí 2. No

¿Presenta gastritis? () 1. Sí 2. No

¿Presenta estreñimiento? () 1. Sí 2. No

¿Presenta diarrea? () 1. Sí 2. No

¿Presenta alguna otra molestia gastrointestinal? _____

¿Toma café? () 1. Sí 2. No #Tzas _____ 1. Día 2. Sem 3. Mes Tiempo de evolución _____ años

¿Toma refresco? () 1. Sí 2. No #Tzas _____ 1. Día 2. Sem 3. Mes

¿Toma bebidas alcohólicas? () 1. Sí 2. No #Tzas _____ 1. Día 2. Sem 3. Mes

3. Indicadores dietéticos

entre semana: desayuno: _____ comida: _____ cena: _____

fin de semana: desayuno: _____ comida: _____ cena: _____

colaciones/hr entre semana:

colaciones/hr fin de semana:

¿Con qué frecuencia come fuera de casa?

Des: _____/sem Com: _____/sem Cen: _____/sem

C.M.: _____/sem C.V.: _____/sem

¿Quién prepara los alimentos habitualmente? ()

1. yo mismo

2. padre

9. Esposa

3. madre

4. hermano

5. hermana

6. abuelo

7. abuela

8. otro familiar

¿Con quién come generalmente? ()

1. solo

2. fam nuclear

3. fam extensa

4. fam monoparental madre

5. fam monoparental padre

6. fam monoparental madre extensa

7. fam monoparental padre extensa

Tiempo que dura su comida: _____ min.

¿Realiza otras actividades al momento de comer? ()

1. leer

2. ver TV

3. platicar

3. arreglar / limpiar hogar

5. otra actividad (especifique): _____



¿Ha notado que algo altere su apetito? () 1. Sí 2. No ¿Qué? _____

¿Come entre comidas? () 1. Sí 2. No ¿Qué? _____

¿Omite algún tiempo de comida? () (más de una opción)

1. desayuno 2. colación matutina
3. comida 4. colación vespertina
5. cena 6. no

¿Ha experimentado algún tipo de dieta? () (más de una opción)

1. hipocalórica 2. hipercalórica
3. hiperproteica 4. hipolipídica
5. baja en H. C. 6. hiposódica

¿Cuánto tiempo? _____ sem/mes/año Resultados obtenidos: _____

¿Productos o medicamentos para control de peso? () 1. Sí 2. No

¿Cuál? _____ Tiempo de uso: _____ sem/mes/año

¿Utiliza algún suplemento alimenticio? () 1. Sí 2. No

¿Cuál? _____ Tiempo de uso: _____ sem/mes/año

Sustituto de azúcar () 1. Sí 2. No ¿Cuál? _____

¿En su casa ponen el salero en la mesa durante las comidas? () 1. Sí 2. No

Tipo de sal: () 1. Grano 2. Yodada 3. Potásica

Tipo de grasa más utilizada en casa () 1. aceite vegetal 2. manteca 3. margarina 4. mantequilla

Segundo tipo de grasa utilizada en casa () 1. aceite vegetal 2. manteca 3. margarina 4. mantequilla

4. Exploración física:

CB:	_____	cm
CM:	_____	cm
CC:	_____	cm
Cca:	_____	cm

PB:	_____	mm	_____	mm	_____	mm
PT:	_____	mm	_____	mm	_____	mm
PSI:	_____	mm	_____	mm	_____	mm
PSE:	_____	mm	_____	mm	_____	mm

PESO:	_____	kg.
GEB:	_____	Kcal.
AGUA:	_____	%
VISCERAL:	_____	kg.
MASA ÓSEA:	_____	kg.
MASA MUSCULAR:	_____	kg.
GRASA TOTAL	_____	%
G. brazo derecho	_____	%
G. brazo izquierdo	_____	%
G. pierna izquierda	_____	%
G. pierna derecha	_____	%
G. Tronco	_____	%

Cuestionario sobre la salud del paciente - 9

Nombre: _____ Folio: _____ Fecha: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Sintiéndose decaído (a), deprimido (a), o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido (a), o dormir demasiado.	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado (a) o teniendo poca energía.	0	1	2	3
5. Pobre apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo (a) - o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo (a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión .	0	1	2	3
8. Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo o lo contrario - muy inquieto (a) o agitado (a) que usted ha estado moviéndose muchas más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto (a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo (a).	0	1	2	3

*SCORING FOR
USE BY STUDY
PERSONNEL
ONLY*

0+ + + _____

Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil



Anexo 3

Nombre _____ Folio _____

Fecha _____

No. de consulta _____

Cuestionario socioeconómico

1. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (ESPERE RESPUESTA Y PREGUNTE) ¿Realizó otros estudios? (RECLASIFICAR EN CASO NECESARIO). ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA.

RESPUESTA	PUNTOS
No estudio	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o Maestría	78
Doctorado	78
No sabe / no contesto	99

Datos de Blanco = 99

2. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?; por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o mas	14



3. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (escusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	13
2	13
3	31
4 o mas	48

4. ¿El hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

5. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o mas	46

6. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o cemento, o algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento firme	0
Otro tipo de materia o acabado	11

7. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22
2	41
3 o mas	58

8. ¿Cuántas televisiones a color funcionando tienen en este hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	26
2	44
3 o mas	58



9. ¿Cuántas computadoras personales, ya sea de escritorio o laptop, tiene funcionando en este hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	17
2 o mas	29

10. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

CLASIFICADOR DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

NIVEL		PUNTOS
E	Hasta 60	(Pasará a cuestionario de salud)
D	Entre 61 y 156	(Pasará a cuestionario de salud)
C	Entre 157 y 191	(Pasará a cuestionario de salud)
C+	Entre 192 y 241	Fin de cuestionario
A/B	Entre 242 y más	Fin de cuestionario

Anexo 4.

Nombre _____ Folio _____
Fecha _____
No. de consulta _____

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA (IPAQ)

Estamos interesados en averiguar acerca de los **tipos de actividad física** (cualquier movimiento del cuerpo) que hace la gente en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar, en el jardín, con sus hijos, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

*DATOS EN BLANCO
DADO: CERU*

Actividad física intensa (8 METs)
Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense **solo** en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuantos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados (botes de agua, garrafones), cavar, hacer ejercicios aeróbicos (zumba, correr, algún deporte como basket, voley, fut) o andar rápido en bicicleta?

5.1 _____ días por semana*

Ninguna actividad física intensa → **Vaya a la pregunta 3**

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

5.2 _____ horas por día
5.3 _____ minutos por día

5.4 No sabe/No está seguro

$(8 \text{ METs}) \times \text{días} \times \text{minutos por día} = \text{METs}$
 Se considera AF **intensa**, si: $> 1500 \text{ METs}$
 Se considera AF **moderada**, si realizó alguna de estas actividades durante 3 o más días durante 20min/día.

Actividad física moderada(4 METs)
Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense **solo** en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos (bolsa del mercado), andar en bicicleta a velocidad regular o alimentar animales, regar, cargar niños pequeños? No incluya caminar.

5.5 _____ días por semana

Ninguna actividad física moderada → **Vaya a la pregunta 5**

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

5.6 _____ horas por día
5.7 _____ minutos por día

5.8 No sabe/No está seguro

$4 \text{ METs} \times \text{días} \times \text{minutos por día} = \text{METs}$
 Se considera AF **moderada**, si realizó esta actividad durante 5 o más días.

M.V.



Caminar (3.3 METs)

Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

5.9 _____ días por semana

Ninguna caminata → **Vaya a la pregunta 7**

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

5.10 _____ horas por día

5.11 _____ minutos por día

5.12 No sabe/No está seguro

3.3 METs x _____ días x _____ minutos por día = _____ METs

Se considera AF moderada si
Caminó durante 30min/día

Actividad física leve

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un día hábil?

5.13 _____ horas por día

5.14 _____ minutos por día

5.15 No sabe/No está seguro

_____ Minutos

Se considera AF leve si
Ninguna de estas actividades se reportan o si la AF es menor a moderada

• Se considera AF Intensa si:
Durante 7 días o más combinó caminata + actividad moderada o intensa (alcanzando 3000 MET/min/sem)

• Se considera AF moderada si:
Durante 5 o más días combinó caminata + actividad moderada o intensa (alcanzando 600MET/min/sem)

Evaluación de actividad física

8. Tipo de actividad física	8.1 Intensa ____	8.2 Moderada ____	8.3 Leve ____
9. No. totales de METs			



ANEXO 5

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Test Morisky-Green

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	SI	NO
RESULTADO		



Anexo 1

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

Estimado paciente:

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

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

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

Tratamiento higiénico-dietético:

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

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

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

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1.Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de					



su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8 Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

Anexo 6: Variables Independientes

VARIABLE	TIPO	VARIABLE DE:	VALORES	FUENTE DE INFORMACION	INSTRUMENTO	TIPO DE FUENTE
Nombre	Cualitativa Nominal	Persona	Nombre	Anexo 1 datos generales	Anexo 1 datos generales	Primaria
Sexo	Cualitativa Nominal	Persona	1.mujer 2.hombre	Anexo 1 datos generales	Anexo 1 datos generales	Primaria
Edad	Cualitativa nominal	Persona	Años	Anexo 1 datos generales	Anexo 1 datos generales	Primaria
Estado civil	Cualitativa nominal	Persona	1.soltero, 2.casado, 3.divorciado, 4.viudo, 5.Otro-especificar	Anexo 1 datos generales	Anexo 1 datos generales	Primaria
Escolaridad	Cualitativa- ordinal	Persona	1.No sabe leer ni escribir, 2.Sabe leer y/o escribir, 3.Primaria incompleta 4. Primaria completa 5.secundaria incompleta, 6. secundaria completa, 7. preparatoria incompleta, 8. preparatoria completa, 9. licenciatura incompleta, 10. licenciatura completa	Anexo 1 datos generales	Anexo 1 datos generales	Primaria
Ocupación	Cualitativa nominal	Persona	1.Estudiante 2. Ama de casa 3.jubilado o pensionado 4. Incapacidad por trabajo 5. Ayudante en un negocio familiar 6. Campesino 7. Obrero 8. Albañil 9. Empleado 10. Comerciante	Anexo 1 datos generales	Anexo 1 datos generales	Primaria
Derechohabiencia	Cualitativa nominal	Persona	1.seguro popular 2. IMSS 3.ISSSTE 4.SEDENA 5.PEMEX 6.OTRO(ESPECIFICAR	Anexo 1 datos generales	Anexo 1 datos generales	Primaria



Ingreso económico	Cualitativa nominal	Persona	Monto	Estudio Socioeconómico	Estudio Socioeconómico	Primaria
Fuente de ingreso	Cualitativa nominal	Persona	1. empleo remunerado, 2. programas sociales, 3. otros	Habitantes de la localidad	Encuesta	Primaria
Nivel Socioeconómico	Cualitativa ordinal	Lugar	A/B: Clase alta C+: Clase media alta C: Clase media D+: Clase media baja D: Clase Baja E: Clase más baja	Cuestionario de Nivel socioeconómico	Cuestionario	Primaria
Alteración mental	Cualitativa ordinal	Persona	1. Depresión mínima 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión moderadamente severa 5. Depresión severa 6. Depresión mayor 7. Otros tipos de desorden depresivo 8. Sin depresión	CPHQ-9	Cuestionario	Primaria
Clasificación de IMC	Cualitativa ordinal	Persona	0. Desnutrición 1. Bajo peso leve 2. IMC normal 3. IMC sobrepeso 4. Obesidad grado I 5. Obesidad grado II 6. Obesidad Mórbida	IMC=Peso/talla ²	Antropometría	Primaria
Clasificación de grasa visceral	Cualitativa ordinal	Persona	0. Grasa visceral saludable 1. Grasa visceral excesiva	Porcentaje de grasa visceral	Bioimpedancia eléctrica	Primaria
Control metabólico	Cualitativa ordinal	Persona	1. Control 2. Regular control 3. Descontrol	% HbA1C	Laboratorios	Primaria
Actividad física	Cualitativa ordinal	Persona	1. A.f. Intensa 2. A.F. moderada 3. A.F. leve	Clasificación de METS	IPAQ	Secundaria
Riesgo de Framingham	Cuantitativa escalar	Persona	Escalar	% de riesgo cardiovascular a partir del LDL-C o HDL-C	Escala de Framingham	Secundaria
Adherencia a la terapéutica	Cualitativa nominal dicotómica	Persona	1. Adherente 2. No adherente	Test Morisky-Green	Test	Primaria
Grado de Adherencia terapéutico	Cualitativa ordinal	Persona	0. No adheridos 1. Adheridos parciales 2. Adheridos totales	cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)	Cuestionario	Primaria
Consultas con médicos especialistas y general	Cualitativa nominal dicotómica	Espacio	1. Si 2. No	Historia clínica	Historia clínica	Primaria
Lugar donde lleva su control	Cualitativa nominal	Lugar	0. Centro de salud 1. IMSS 2. ISSSTE 3. Hospital privado	Historia Clínica	Historia clínica	Primaria



Anexo 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2 Y PERSONAS CON HIPERTENSIÓN DE LA LOCALIDAD DE CALDERONES, GUANAJUATO

Estimado (a) Señor/Señora: _____

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación con el apoyo de la Jurisdicción no.1 de los Servicios de Salud del Estado de Guanajuato el cual tiene por objetivo identificar la situación de salud de los habitantes de Calderones en el municipio de Guanajuato, Guanajuato; a través del PROYECTO: **“Evaluación del cumplimiento terapéutico en las personas con diabetes mellitus 2 y/o hipertensión de la localidad de calderones, Guanajuato.”** Si usted acepta participar ocurrirá lo siguiente: Nos ayudará a contestar unas preguntas acerca de tratamiento que lleva a cabo para tratar la enfermedad y sobre su estado de salud personal.

BENEFICIOS.-Con su participación estará colaborando con el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA y el Instituto de Salud del Estado de Guanajuato para identificar los modelos de atención dirigido a los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, para la prevención de complicaciones a corto plazo.

CONFIDENCIALIDAD.- Toda información que usted nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible a terceras personas. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán presentados a las autoridades pero se presentarán de tal manera que no usted no podrá ser identificada.

RIESGOS POTENCIALES.- Propias de la toma de muestras sanguíneas. (usted puede experimentar incomodidad y dolor en el sitio de la inserción de la aguja. Puede sufrir sangrado excesivo, hematomas, mareo, náusea y desmayos; así como contracciones musculares involuntarias y muy raramente infecciones del sitio de punción. También puede presentarse la necesidad de puncionar varias veces antes de lograr la extracción de la muestra sanguínea)

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRO.- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera los servicios que pudiera recibir de las autoridades municipales y de salud de su comunidad.

DATOS DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información del investigador responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente de la Comisión de Ética del Instituto.

Investigador

Informante

Araceli Cortez Domínguez
