

MÉDICO GENERAL AYALA ORTIZ  
ERNESTO

SATISFACCIÓN Y APEGO A TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, EN PROGRAMA RECETA RESURTIBLE Y RECETA MENSUAL

2020



**Universidad Autónoma de Querétaro**

**SATISFACCIÓN Y APEGO A TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA, EN PROGRAMA RECETA RESURTIBLE Y RECETA  
MENSUAL**

**Tesis**

Que como parte de los requisitos  
para obtener el Diploma de la

**ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Médico General. Ayala Ortiz Ernesto



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad de Medicina Familiar

“Satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtible y receta mensual”.

### **Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Medicina Familiar

#### **Presenta:**

Médico General. Ernesto Ayala Ortiz.

#### **Dirigido por:**

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo.

Presidente

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz.

Secretario

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra.

Vocal

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña.

Suplente

M.E. Martha Leticia Martínez Martínez.

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Febrero 2021, México

## Resumen

**Introducción y objetivo:** El apego al tratamiento en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus de acuerdo al portal web de la OMS es de apenas un 50 %; en el IMSS se cuenta con el grupo de pacientes en receta resurtible y los pacientes de receta mensual, en el caso del programa de resurtible se ingresan los pacientes con mejor control, en este control está implícito un buen apego, y dado esto, hay investigar la satisfacción con cada uno de los grupos como posible factor influyente en el apego al tratamiento. **Objetivo general:** Determinar la satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa de receta resurtible y receta mensual. **Materiales y Métodos:** Estudio de diseño observacional, analítico, transversal comparativo, en pacientes con hipertensión arterial o diabetes mellitus 2, en programa de receta resurtible o mensual, atendidos en una institución de seguridad social de la ciudad de Querétaro, Querétaro, México. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para estudios cuyo objetivo es comparar dos proporciones, con  $n=70$  por cada grupo (grupo 1 receta resurtible, grupo 2, receta mensual); se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para evaluar la satisfacción del usuario se aplicó el cuestionario "PSQ-18", que por medio de 18 preguntas evalúa 7 áreas (Satisfacción general, calidad técnica, forma interpersonal, comunicación, aspectos financieros, tiempo dedicado por personal médico, accesibilidad y conveniencia), y para evaluar el apego del paciente a tratamiento se utilizó el test de Morisky-Green que por medio de 8 ítems determina el apego o no al tratamiento. Se respetaron los aspectos éticos. El plan de análisis fue con promedios, frecuencias, porcentajes y prueba de Chi cuadrada. **Resultados:** Se observó que los pacientes que se encontraban en el grupo del programa de receta resurtible, 84% de ellos estaban apegados al tratamiento, con un 65% de pacientes satisfechos. En comparación con los pacientes en receta mensual donde se encontró que había un 77% de pacientes satisfechos, pero con un 37% de pacientes apegados a su tratamiento, con diferencia estadísticamente significativa. **Conclusión:** La satisfacción del usuario de del servicio de salud no está directamente relacionada con un buen apego al tratamiento del paciente.

**Palabras clave:** Satisfacción, apego, PSQ-18, test de Morisky-Green

## Summary

**Introduction and objective:** Adherence to treatment in the care of patients with chronic diseases, such as hypertension and diabetes mellitus, according to the WHO web portal, is only 50%; In the IMSS there is a group of patients on refill prescription and patients with monthly prescription, in the case of the refill program, patients with better control are admitted, in this control a good adherence is implicit, and given this, it is necessary to investigate satisfaction with each of the groups as a possible influencing factor in adherence to treatment. **General objective:** To determine the satisfaction and adherence to treatment of patients with type 2 diabetes mellitus and systemic arterial hypertension, in a refill and monthly prescription program. **Materials and Methods:** Comparative cross-sectional, analytical, observational design study. In patients with Arterial Hypertension or Diabetes Mellitus 2, in a refill or monthly prescription program, treated at a social security institution in the city of Querétaro, Querétaro, Mexico. The sample size was calculated with the formula for studies whose objective is to compare two proportions, with  $n = 70$  for each group (group 1 refill prescription, group 2, monthly prescription), a simple random probability sampling was carried out in user patients and right holders of the UMF 9 IMSS Querétaro. To evaluate user satisfaction, the "PSQ-18" questionnaires were applied, which through 18 questions assesses 7 areas (general satisfaction, technical quality, interpersonal form, communication, financial aspects, time spent by medical personnel, accessibility and convenience), and to evaluate the patient's adherence to treatment, the Morisky-Green test was used, which by means of 8 items determines the adherence or not to the treatment. **Results:** It was observed that the patients who were in the group of the refillable prescription program, 84% of them were attached to the treatment, with 65% of patients satisfied. In comparison with patients on monthly prescription where it was found that there were 77% of patients satisfied, but with 37% of patients adhering to their treatment. **Conclusion:** User satisfaction with the health service is not directly related to a good adherence to the patient's treatment.

**Keywords:** Satisfaction, attachment, PSQ-18, Morisky-Green test

## Dedicatorias

Agradezco a Dios por la dicha de permitirme presenciar esta vida, y disfrutar de todo lo que me ha dado por vivir.

A mis padres Sergio y Martha Angélica, que me han dado todo lo que estuvo a su alcance para permitirme alcanzar mis metas, gracias por su amor, consejos, paciencia y guía.

A mis hermanas Lucero y Angélica, que siempre están ahí para reír y bromear, que siempre saben dar aliento, y de manera incondicional están apoyándome.

A mis abuelos: David, Melania, Sahara y Jesús, que estuvieron conmigo durante todo mi periodo de estudiante en la facultad, su tiempo, amor, su apoyo y consejos que me ayudaron a lograr la primera fase de este camino.

A mi esposa Luisa y a mis hijos Lena Amélie y Serj Ernesto, les dedico todo este esfuerzo que no solo fue mío, sino también de ellos por soportar mis ausencias, por darme su amor y paciencia de manera incondicional, por ser y por estar en mi vida, por darme la fuerza para terminar este sueño, los amo siempre, y gracias por todo.

## Agradecimientos

Quiero dar mi agradecimiento más grande y sincero a la Dra. Leticia Blanco, que es un pilar importante en estos 3 años, por escucharme, apoyarme, darme consejos, por enseñarme a mantener la serenidad, la objetividad y la sonrisa, aun por complicado que parezca el momento, pero sobre todo por brindarme su amistad y ayudarme en los momentos más difíciles de esta trayectoria, sin su apoyo no hubiese sido posible terminar este camino.

A la Dra. Roxana Cervantes por velar por nuestro bienestar, por siempre buscar las mejores oportunidades de aprendizaje, por mantener el sentido de justicia, por enseñarme que cada día podemos ser mejores, y por cuidar siempre de nosotros.

Al Dr. Alberto Alvarado por alentarme a ser mejor médico buscando siempre áreas de mejora, actualizando nuestros conocimientos médicos, así como cultivar nuestra área cultural, dignificando siempre el actuar del Médico Familiar. Y por enseñarme que el trato cordial al paciente es el primer paso para una correcta atención médica, buscando siempre el bienestar de nuestro paciente.

A mis amigos Alonso, Judith, Juanito, Francisco, Cesar, Ariadna, Lizeth, Martin, Israel, Jairo, que me han acompañado, que decididamente están ahí para escucharme, para darme sus consejos, para orientarme, para apoyarme, para reír, que pesar del tiempo y la distancia indudablemente están conmigo, y los llevo en mi mente y corazón.

“Si he llegado a ver más lejos que otros es porque subí a hombros de gigantes”

Sir Isaac Newton

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	I
<b>Summary</b>	II
<b>Dedicatorias</b>	III
<b>Agradecimientos</b>	IV
<b>Índice</b>	V
<b>Índice de cuadros</b>	VII
<b>Abreviaturas y siglas</b>	VIII
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Antecedentes</b>	
II.1 Satisfacción y apego del usuario a nivel mundial	3
II.2 Satisfacción y apego en México	4
<b>III. Fundamentación teórica</b>	5-18
<b>IV. Hipótesis o supuestos</b>	19
<b>V. Objetivos</b>	
V.1 General	20
<b>VI. Material y métodos</b>	
VI.1 Tipo de investigación	21
VI.2 Población o unidad de análisis	21
VI.3 Muestra y tipo de muestra	21
VI.3.1 Criterios de selección	22
VI.3.2 Variables estudiadas.	22
VI.4 Técnicas e instrumentos	23
VI.5 Procedimientos	23
VI.5.1 Análisis estadístico	24
VI.5.2 Consideraciones éticas	24
<b>VII. Resultados</b>	26
<b>VIII. Discusión</b>	30

<b>IX. Conclusiones</b>	32
<b>X. Propuestas</b>	33
<b>XI. Bibliografía</b>	34
<b>XII. Anexos</b>	38

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## Índice de cuadros

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
VII.1	Edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual.	26
VII.2	Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual	27
VII.3	Apego al tratamiento y satisfacción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual	28
VII.4	Satisfacción y apego al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual	29

## Abreviaturas y siglas

**GPC:** Guía de práctica clínica.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**HAS:** Hipertensión arterial sistémica.

**DM:** Diabetes mellitus.

**DM2:** Diabetes mellitus tipo 2.

**ADA:** American Diabetes Association.

## I. Introducción

Actualmente los servicios de salud están enfocados a la prevención y preservación de la salud individuo. Sin embargo, el esfuerzo no ha sido suficiente, por lo que los objetivos de los servicios de sanidad han seguido evolucionando. (Tovar 2012, Arnal 2001).

En los últimos años se ha venido dando importancia a la percepción de la calidad en los servicios por parte de los usuarios, esto porque en diversos estudios a nivel mundial, se ha observado que pacientes con mayor impresión de satisfacción en la atención recibida, tienen un mejor apego a los tratamientos y recomendaciones que se hacen a la salud por parte del personal de salud. (Pascasio 2016).

En el caso de las enfermedades crónico-degenerativas como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, el apego al tratamiento es de vital importancia para evitar la aparición de complicaciones o secuelas a corto, mediano y largo plazo en el transcurso de la enfermedad. En especial en estos pacientes, ya que, en el país dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, a pesar de los programas especiales orientados hacia esta población, como es el programa de receta resurtible o Diabetimss, no se llega a tener las metas deseadas en cuanto al control de los pacientes. (GPC diagnóstico y tratamiento de las hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014. GPC diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención 2018).

El programa de receta resurtible surge como medio para aliviar la demanda de consulta, agilizar trámites burocráticos y satisfacer las necesidades de los usuarios del sistema de salud, ya que se estima que entre un 25-30% de pacientes con diabetes o hipertensión se encuentra en control, por lo cual es factible de poner en marcha este programa. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2015).

El programa de receta resurtible, está dirigido a pacientes con control metabólico de las patologías crónicas, sin embargo, se desconoce si están satisfechos con el mismo o si tienen apego a la toma de sus medicamentos.

La satisfacción del usuario, se basa en la percepción que tiene el paciente de los servicios de salud, que van desde la infraestructura, hasta el trato, el tiempo y la comunicación con los que facilitan la atención médica. Se ha observado que los usuarios que tienen una mejor percepción de la atención son pacientes que llegan a tener un mejor apego al tratamiento, y por consiguiente un mejor control. (Tovar 2012, pascasio 2016).

Con respecto al apego, el correcto empleo y la disciplina al momento del uso de los medicamentos en horarios, como en evitar la omisión en la toma de los mismos repercuten de manera directa en el buen control de las enfermedades.

Es por ello que determinar la relación entre satisfacción del usuario y apego al tratamiento en pacientes con las enfermedades ya mencionadas, es de importancia para tomar medidas correspondientes de acuerdo al resultado.

## **II. Antecedentes**

### **II.1 Conceptos.**

De acuerdo a la OMS, se define como adherencia terapéutica al grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de la dieta, o los cambios en el estilo de vida, de acuerdo con las recomendaciones por parte del médico. (Tovar, 2012).

La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

La receta resurtible es una estrategia en la cual se expiden 3 recetas una para cada mes y que se mantendrá con ese esquema ya que se encuentra con patología controlada. Se expiden a diez patologías crónicas las cuales incluyen diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (Tovar, 2012).

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras  $\geq 140/90$  mm/Hg (NOM-030-SSA2-1999). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico (Tovar, 2012).

### **II.2 Satisfacción y apego del usuario a nivel mundial.**

El objetivo de los sistemas de salud a nivel mundial, además de preservar la salud, se está enfocando en desarrollar un sistema de salud de acuerdo a las necesidades del usuario con el fin de lograr una adecuada satisfacción por parte de

este. Este nuevo enfoque se debe a que se ha observado que una mejor percepción de la atención recibida por parte del paciente, repercute en un mejor apego a las recomendaciones por parte del personal médico hacia el usuario. Por lo que el vigilar o estudiar impresión que el usuario de servicio de salud tenga de los servicios obtenidos al momento de requerir atención médica. (Tovar, 2012).

La importancia de vigilar la satisfacción del usuario en nuestra población reside en la cantidad de paciente que se tiene con enfermedades crónico degenerativas, como diabetes e hipertensión arterial, que no llegan a tener un apego adecuado a pesar de contar con múltiples programas para lograr los objetivos trazados en las guías.

### **II.3 Satisfacción y apego en México.**

En México se han hecho diversos estudios en los que se ha visto que alrededor de un 72 % de pacientes que tienen buen apego al tratamiento, se debe al alto grado de satisfacción percibida del sistema de atención médica al que se han expuesto. (Tovar, 2012; Pascasio, 2016).

De las enfermedades crónicas más importantes de mayor consulta y de las cuales se tienen mayores complicaciones esta la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus; en el 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. (NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-2009, 2010; GPC: Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014).

### III. Fundamentación teórica

#### III.1 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) constituye un grupo de enfermedades caracterizadas por glucemias altas secundarias a defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas. La ADA la define como un grupo de enfermedades metabólicas, caracterizada por hiperglucemias, resultado de los efectos en la secreción o falla en la acción de la insulina o ambos. (GPC: Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención, 2018; ADA, 2020).

Los principales eventos que conllevan a la aparición de DM son la deficiencia de insulina, ya sea por la falla en el funcionamiento o por la disminución de las células  $\beta$ , junto con un incremento en la resistencia a la insulina manifestada por una mayor producción hepática de glucosa y por la menor captación de glucosa en tejidos sensibles, particularmente musculo esquelético y tejido adiposo. (Arnal,2001; Grant, 2004).

En los últimos años y gracias al desarrollo tecnológico, se sabe que en la fisiopatología de la enfermedad están implicados otros procesos que involucran diferentes órganos y sistemas de la economía, por ejemplo, el sistema nervioso central y el riñón; de hecho, en la actualidad se conocen 8 mecanismos responsables de la aparición de DM2, aunque la lista de mecanismos involucrados en la fisiopatología de la DM2 sigue aumentando. (GPC: Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención, 2018; Arnal,2001).

Así, se ha postulado que el microbiota intestinal y los productos generados por la misma pueden jugar un papel importante en el desarrollo de enfermedades metabólicas.

En los países desarrollados, como los Estados Unidos, la diabetes se ha notificado como la séptima causa de muerte y la causa principal de amputación de extremidades inferiores, nefropatía terminal y ceguera en personas de 18 a 65 años. Se calcula que la diabetes cuesta a la economía de los Estados Unidos más de 98 mil millones de dólares por año en costos directos e indirectos. También se calcula que las familias de bajos ingresos en los Estados Unidos que apoyan a un miembro adulto con diabetes dedican 10% de sus ingresos para su atención, y que esta cifra sube a 25% en la India. (Navarro,1992; Swinglehurst, 2011).

La prevalencia de la diabetes mellitus a nivel mundial, la OMS en 2002 considero que para el 2030 la diabetes ocupara la séptima causa de muerte a nivel mundial. El aumento de DT2 es relacionado con diferentes factores entre los que incluyen genéticos, estilo de vida, dietas hipercalóricas e hiperglucídicas, así como una falta total de ejercicio. Por lo que se ha investigado y se ha puesto en evidencia que las intervenciones en cambios del estilo de vida y la dieta mejoran la incidencia de DM2 y mejora la salud en el paciente con esta enfermedad. (GPC: Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención, 2018; ADA, 2020).

La diabetes se clasifica en tipo 1: es por un proceso autoinmune que destruye las células beta del páncreas, lo cual conlleva a una deficiencia total de la insulina.

La diabetes tipo 2: es debido a una pérdida progresiva de secreción de insulina de las células beta del páncreas y una resistencia a la insulina.

La diabetes gestacional: aún se desconoce exactamente su causa, pero se presenta en el 2do o 3er trimestre del embarazo.

Diabetes por otras causas, que va desde síndromes monogénicos, enfermedades del páncreas exocrino y fármacos o químicos que inducen la diabetes (ADA, 2020).

Es muy importante conocer la clasificación de la diabetes, para determinar así mismo el tratamiento. Aunque la diabetes tipo 1 y 2 son las más frecuentes, deben de investigarse algún otro tipo. Como se ha creído desde hace mucho tiempo que la diabetes tipo 1 era de jóvenes y la tipo 2 de adulto, a la fecha se ha confirmado que cualquiera de los tipos de diabetes se puede presentar a cualquier edad, lo más importante es realizar diagnóstico oportuno y tratamiento para evitar la aparición temprana de complicaciones (ADA, 2020).

El diagnóstico de la diabetes se puede realizar con diferentes métodos, que van desde la glucosa en plasma, glucosa en ayuno, glucosa sanguínea 2hr posteriores a una carga de 74gr de glucosa oral o la hemoglobina glicada. (Gonzalez, 2018; Pollak, 2016).

La guía 2018 de AACE/ACE refiere que la diabetes debe de tener un manejo integral el cual se enfoca en varias áreas a tratar para una mejor calidad de vida en el paciente y en la disminución de la morbimortalidad que se asocia a esta patología.

Los principales objetivos en el manejo de la diabetes son los siguientes:

1.- Optimización del estilo de vida: los cambios en el estilo de vida deben ser manejado o multitratado por un equipo de salud para su mayor optimización, aunque esto no debe retrasar en caso necesario la farmacoterapia, la cual puede iniciar simultáneamente y ajustarse en base a la respuesta del paciente.

2.- Pérdida de peso: esta acción debería ser considerada en todos los pacientes con prediabetes y diabetes tipo 2, los cuales en su mayoría tiene sobrepeso u obesidad. Para logra esto debe hacerse cambios en el estilo de vida que incluye un plan con dieta hipocalóricas, actividad física y terapia psicológica. De ser necesaria la terapia farmacológica para la pérdida de peso esta está indicada en obesidad.

3.- HbA1C: el objetivo debería de ser individualizado en base a la edad, expectativa de vida, comorbilidades asociadas, tiempo con diabetes, riesgo de

hipoglicemias, motivación de paciente y apego al tratamiento. Los niveles menores de 6.5% se consideran óptimos.

4.- Control glucémico: el objetivo incluye glucosa en ayuno y postprandial ya sea por auto monitoreo o glucosa sanguínea.

5.- La elección en la terapéutica deben ser individualizados en base a las características de los pacientes y los medicamentos, de estos últimos debe considerarse la eficacia, mecanismo de acción, riesgo de inducir hipoglucemias, riesgo de ganancia de peso, tolerabilidad, costo, seguridad, adherencias y disminución de los riesgos cardiovasculares, renales y hepáticos.

6.- Se debe minimizar el riesgo de hipoglucemia severa y no severa como prioridad.

7.- Minimizar la ganancia ponderal.

8.- Valorar los costos de los medicamentos en caso de ser necesario.

9.- Este algoritmo se basa en la elección de terapéutica en base a la HbA1C.

10.- La combinación de fármacos es usualmente requerida.

11.- El manejo es integral y también incluye lípidos, hipertensión y cualquier comorbilidad relacionada.

12.- la terapia debe ser evaluada frecuentemente hasta tener un paciente estable, el cual debe manejar diferentes criterios para considerarlo estable como son: HbA1C, glucosa en ayunas y postprandial, lípidos, TA, peso, edema, función renal y hepática, cardiovascular, etc.

13.- EL régimen terapéutico debe ser lo más simple, pero optimizando la adherencia.

14.- Este algoritmo maneja fármacos aprobados por la FDA. (Garber, 2017).

Las metas del tratamiento de la diabetes son mantener las glucemias lo más cerca posible de lo normal y evitar las complicaciones agudas y crónicas. Dado que los mecanismos de control homeostático normales se interrumpen en los pacientes con diabetes, el consumo de alimentos, el estrés emocional y los cambios en la actividad física pueden hacer que la glucemia sea demasiado baja o demasiado alta y conducir a las complicaciones agudas de la hipoglucemia o la hiperglucemia. Además, la nutrición inapropiada y la actividad física insuficiente aumentan el riesgo de desarrollar las complicaciones a largo plazo de la diabetes, especialmente la cardiopatía. (Feinglos, 2016).

Mantener la glucemia dentro de los límites proyectados requiere retroalimentación en la forma de auto monitoreo de la glucemia. Los pacientes con diabetes tipo 1 deben equilibrar cuidadosamente el consumo de alimentos, la insulina y la actividad física. A los pacientes con diabetes tipo 2 a menudo se les prescriben medicamentos orales que aumentan la producción de insulina, disminuyen la resistencia a la insulina, bloquean la absorción de carbohidratos, y pueden tener que recibir insulina exógena para lograr el control metabólico adecuado. Como la mejora del control metabólico elimina la glucosuria, quienes no reducen el consumo de alimentos incrementarán su peso y por ende aumentarán la resistencia a la insulina, el riesgo de cardiopatía y otras complicaciones relacionadas con la obesidad. (Feinglos, 2016).

### **III.2 Hipertensión Arterial**

La hipertensión arterial es como un predictor para morbilidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan enfermedad cerebrovascular, el infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. En un elevado porcentaje no existe un adecuado control de las cifras tensionales con el consecuente incremento de daño

en los órganos blanco, la discapacidad, los costos de la atención y su repercusión en la economía familiar en los sistemas de salud y en el país. (Pereira, 2015).

Es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. (Pereira, 2015).

La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva. (Liebow, 1949; Pereira, 2015).

Se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ACV es atribuible a la hipertensión. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial y, en Venezuela, solo 4,5% de los tratados lo presentaba. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. (Bundy, 2017; Joo Lee 2018).

Tradicionalmente, el diagnóstico de HTA se basa en la medición de la PA en la consulta médica. Así entonces, se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta repetidamente cifras mayores o iguales a 140/90mmHg. Universalmente no hay un número aceptado de mediciones ni de visitas necesarias para el diagnóstico de HTA. (Joo Lee, 2018; Gil, 2017).

Las guías internacionales no son muy específicas y todas recomiendan varias mediciones en la consulta en días diferentes, en otras palabras, luego de varias "visitas". Así, por ejemplo: el informe norteamericano JNC VI establece que el diagnóstico de HTA debe estar basado en el promedio de 2 o más visitas después de una inicial de tamizaje y que lecturas adicionales deberían ser tomadas en cada visita si las 2 primeras difieren en >5mmHg. A su vez, las guías de la OMS/ISH

recomiendan que el diagnóstico de la HTA esté basado en múltiples mediciones de la PA, efectuadas en varias visitas en días distintos, pero sin especificar en cuántas visitas. En cambio, las guías británicas NICE son más precisas y recomienda realizar dos o más mediciones en cada visita en hasta cuatro ocasiones diferentes. (Pereira 2015, Joo Lee, 2018).

Esta última recomendación se basa en que modelos matemáticos sugieren que la mayor sensibilidad y especificidad se logra con dos determinaciones cada vez en 4 visitas en diferentes días.

La AHA señala que es bien reconocido que el poder predictivo de múltiples mediciones de la PA es mucho mayor que una sola medición en la consulta, y que cuando se toma una serie de mediciones, la primera es típicamente la más alta. La AHA recomienda un mínimo de 2 mediciones que deben realizarse a intervalos de al menos 1 minuto, y el promedio de esas lecturas debe ser usado para representar la PA del paciente. Si hay diferencia entre la primera y la segunda medición mayor a 5mmHg, deben ser obtenidas 1 o 2 mediciones adicionales, y a continuación, se utiliza el promedio de estas lecturas múltiples. (Joo Lee, 2018; Gil, 2017; Tagle, 2018).

En primer lugar, se considera hipertenso a un sujeto si presenta en la primera visita las siguientes características: PAS  $\geq 180$ mmHg y/o PAD  $\geq 110$ mmHg, evidencias de daño de órgano blanco o una emergencia hipertensiva. En estas dos últimas condiciones no se requiere para el diagnóstico una determinada cifra de PA. (NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-2009, 2010; GPC: Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014).

En segundo lugar, si en la primera visita la PA en la consulta es  $\geq 140/90$ mmHg, se recomienda las siguientes opciones:

a) Efectuar mediciones de la PA fuera de la consulta, ya sea MAPA o auto medición de la PA con las consideraciones señaladas.

b) Nuevo control de la PA en la consulta dentro de un mes, siendo más próximo a mayor valor de la PA. Las guías británicas NICE 2011 y US Preventive Services Task Force 2014 recomiendan en esta situación el MAPA. En tercer lugar, si en la segunda visita la PA en consulta es  $\geq 160/100$ mmHg, se establece el diagnóstico de HTA. En el caso de PA  $< 160/100$ mmHg, se recomienda mediciones de la PA fuera de la consulta o una nueva visita dentro de un mes. Finalmente, si después de la cuarta visita persiste con PA  $\geq 140/90$ mmHg, se establece ya el diagnóstico de HTA. (Barba; 2014).

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbimortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial (PA) y el control de otros factores de riesgo (FR) cardiovasculares (CV), sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Es necesario corregir entonces, si el paciente los presentara, FR como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes y sedentarismo si se quiere disminuir significativamente su riesgo cardiovascular. (NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-2009, 2010; GPC: Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014; Tagle, 2018, Barba, 2014).

Modificaciones del estilo de vida:

Reducción de peso, ejercicio regular, abandono del tabaquismo, reducción de sal, reducción del consumo de alcohol.

Tratamiento farmacológico

Los antihipertensivos no deben emplearse como sustitutos de las medidas no farmacológicas sino como complemento de las mismas.

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado tomando en cuenta comorbilidades del paciente, estilo de vida etc.; entre estos tratamientos se encuentran los diuréticos, bloqueantes beta adrenérgicos, inhibidores de conversión de la angiotensina, bloqueantes de los canales de calcio, antagonista de los

receptores de angiotensina II. (NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-2009, 2010; GPC: Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014; Tagle, 2018, Barba, 2014).

### **III.3 Receta resurtible**

Debido a la importancia de estas enfermedades crónicas, el Instituto Mexicano del Seguro Social, implemento como parte de las acciones para beneficio de los derechohabientes, el programa de “Receta Resurtible”.

La Dirección de prestaciones médicas, es responsable del otorgamiento de servicios de salud a los trabajadores y sus familias, afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, esta incluye dentro de su programa de trabajo 2013-2018, acciones encaminadas a: “Consolidar las estrategias de salud con enfoque preventivo y curativo”.

En el primer nivel de atención durante el 2012, se proporcionó alrededor de 84.2 millones de consultas y de las cuales entre el 25%-30% fue a pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus y otros padecimientos crónicos que están controlados, motivo por lo que actualmente se aplica la estrategia de Receta Resurtible en la totalidad de las unidades de medicina familiar con la finalidad de mejorar la atención y los tiempos en las mismas.

El objetivo principal es optimizar la consulta de medicina familiar, otorgando receta resurtible a pacientes con enfermedades crónicas en control, con la finalidad de favorecer la atención, la saturación de los servicios de urgencias en primer y segundo nivel de atención, así como el impacto en la satisfacción de los usuarios; además de dar seguimiento a la continuidad de la atención, al fortalecer la vinculación con las unidades hospitalarias. Satisfacer las necesidades de los derechohabientes y facilitar los procesos de atención, eliminación de trámites burocráticos o procedimientos incomodos o tardados.

Los beneficios esperados son:

- No interferir en el presupuesto.
- Facilitar al derechohabiente surtir el medicamento sin generar gastos extras.
- Ampliar la oferta de servicio de consulta en medicina familiar.
- Reorganización de la consulta de medicina familiar.
- Promover el autocuidado de la salud.
- Mejorar la imagen institucional.

Políticas:

- La coordinación delegacional de informática y soporte técnico, vigilara que los elementos de infraestructura se encuentren en condiciones adecuadas.
- La coordinación de abasto delegacional será responsable de vigilar de manera diaria la existencia de medicamento en farmacia y en caso de carecer de inventario, realizar las acciones correspondientes al abasto.
- Los jefes de prestaciones médicas difundirán.
- El director de la unidad de medicina familiar será el responsable de implementar, difundir, y controlar las estrategias de receta resurtible.
- El director, administrador y jefes de servicio de la unidad de medicina familiar serán los responsables de determinar los consumos promedios mensuales de los medicamentos prescritos en receta resurtible.
- El administrador, asegurara el abasto de medicamentos y vigilara el cumplimiento del surtimiento de la receta resurtible en la farmacia de la unidad médica correspondiente.

- El jefe de servicio de medicina familiar realizara el seguimiento y control de la receta resurtible prescrita por los médicos familiares.
- La prescripción de la receta resurtible será responsabilidad directa de quien la emita; se expedirá desde SIMF (Sistema de Información de Medicina Familiar) por: director, jefe de servicio, médico familiar.
- El médico familiar, la asistente médica, y el personal de farmacia, atenderá y orientaran al paciente y familia con oportunidad, calidad, eficiencia, efectividad y trato digno

Con la finalidad de llevar un control estricto de la prescripción de medicamentos en receta resurtible, es indispensable que los pacientes que se incluyan a dicho proceso, correspondan a pacientes con enfermedades crónicas controladas y cumplan con los criterios de inclusión. (OMS, 2012).

**III.3.1 Criterios de inclusión para recibir receta resurtible** (Swinglehurst, 2011; OMS, 2012).

Consideraciones generales:

- Todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, deben de tener conocimiento de que, en caso de presentar descontrol o sintomatología de alarma, deberá de acudir en cualquier momento al servicio de urgencias o en horario hábil a su consulta de medicina familiar.
- Debe respetarse los criterios de subsecuencia de la consulta determinada por las “Guías de Práctica Clínica”.
- No incluir pacientes con medicamentos de transcripción, psicotrópicos, lácteos o antibióticos.
- La receta resurtible solo es válida en la unidad que se expide.

Criterios de inclusión para recibir receta resurtible:

- Diabetes mellitus tipo 2
  - Control glucémico de Hb1Ac: 7%
  - Glucemia en ayuno: <130 mg/dl en dos o más exámenes previos, se reduzca a 110 mg/dl.
  - Sin evidencia de complicación aguda.
  - Control en presencia de hipertensión arterial <130 mg/dl.
  - Sin evidencia de enfermedad vascular periférica.
  - Sin comorbilidad.

(GPC: Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención, 2018).

- Hipertensión arterial
  - Cifra sistólica menor a 130 mmhg.
  - Cifra diastólica menor de 80 mmhg.
  - Últimos 6 meses controlados.
  - Sin comorbilidad agregada.
  - Sin evidencia de complicación aguda por la hipertensión.

(GPC: Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014).

### **III. 3.2 Motivos de cancelación de receta resurtible**

- Falla en el SIMF
- Desabasto de medicamentos
- Falla de impresoras
- Deficiente cantidad de impresoras
- Problemas de conexión
- Vencimiento en vigencia de la receta
- Rotación personal medico
- Patologías diferentes

(GPC: Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014; GPC: Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención, 2018).

### **III.4 Instrumento de apego a tratamiento**

El test de Morisky Green, fue creado por Morisky Green y Levine en 1986, para valorar el apego al tratamiento en pacientes con HTA, sin embargo ha sido validado para diversas enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, con un alfa de Cronbach de 0.83, y dispone de 8 ítems de respuesta dicotómica, que evalúan la frecuencia, y continuidad, así como ciertas circunstancias que intervienen durante la toma de los medicamentos. Es útil para evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes en el primer nivel de atención, en el cual al haber una sola respuesta no favorable de las 8 se considere como “no adherente” al paciente, y en caso de ser positivos los 8 ítems se considera como “adherente” al tratamiento. Además de ser

de aplicación fácil y breve, con pocos requisitos para su comprensión en el nivel sociocultural. (Valencia, 2017).

### **III.5 Instrumento de satisfacción del paciente**

El test PSQ-E 18 (patient satisfaction questionnaire short form), desarrollado originalmente para valorar la satisfacción en la atención de pacientes con artritis reumatoide, en 1988 por Marshall y Hays, en busca de mejorar el apego al tratamiento por parte de los pacientes. Pero, ha sido validado para diferentes enfermedades, y en especial objetivo para la evaluación de los servicios de salud en cualquier nivel de atención. Este evalúa desde la comunicación e información obtenida por parte del médico, así como el trato recibido por el personal de salud, además evalúa la percepción de la infraestructura y logística previos, durante y posteriores a la atención médica. Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.96.

El PSQ-E 18, se basa en 18 ítems, que por medio de estos evalúa 7 áreas que son: Satisfacción general, Calidad técnica, Forma interpersonal, Comunicación, Aspectos financieros, Tiempo dedicado por personal médico, accesibilidad y conveniencia). La respuesta a cada pregunta están conformadas mediante una escala tipo Likert, que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), puntualizando que las preguntas de tipo afirmativo deben modificarse y calificarse de manera inversa, en este caso son las preguntas con número: 1, 2, 3, 5, 6, 11, 15, 18; y las preguntas 4, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 17, en cuyo caso se toma el mismo valor.

La puntuación máxima de los 18 ítems es 90 puntos que corresponde a un 100%, y de acuerdo en el desarrollo del PSQ-18 SHORT FORM de Marshall y Hays se toma 0.7 que correspondería al 70% como la ponderación mínima para determinar la adecuada satisfacción del usuario. (Susy, 2011; Canchero, 2019; Chakraborty, 2016, Holikatti, 2012; Marshall; The patient satisfaction questionnaire short-form).

#### IV. Hipótesis

**Ho:** La satisfacción del paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en el programa receta resurtible es menor o igual al 72% y en los pacientes que acuden mensualmente es menor o igual al 50%.

**Ha:** La satisfacción del paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en el programa receta resurtible es mayor al 72% y en los pacientes que acuden mensualmente es mayor al 50%.

**Ho:** El apego del paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en el programa receta resurtible es menor o igual al de los pacientes que acuden mensualmente.

**Ha:** El apego del paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en el programa receta resurtible es mayor al de los pacientes que acuden mensualmente.

## **V. Objetivos**

### **V.1 Objetivo general**

Determinar la satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtible y receta mensual.

Dirección General de Bibliotecas UFR

## VI. Material y métodos

### VI.1 Tipo de investigación

Estudio analítico, transversal comparativo, en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar No. 09, del mes de octubre de 2019 a agosto de 2020.

### VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes usuarios y derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica que acude por atención médica.

### VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El cálculo de tamaño de muestra fue con la fórmula cuyo objetivo es comparar 2 proporciones, con nivel de confianza de 95%, margen de error de 5% y poder de prueba de 80%. Se tomaron en cuenta para el cálculo, el valor de las hipótesis.

$$n = \frac{(p_1 q_1) + (p_2 q_2) k}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$p_1 = 0.72$$

$$q_1 = 1 - p_1 (0.28)$$

$$p_2 = 0.5 (50\%)$$

$$q_2 = 1 - p_2 (0.5)$$

$$k = 6.2$$

$$n = \frac{(0.72)(0.28) + (0.5)(0.5) 6.2}{(0.72 - 0.5)^2}$$

$$n = \frac{0.20 + 0.25}{0.04} (6.2)$$

$$0.04$$
$$n = \frac{0.45}{0.04} (6.2)$$

$$0.04$$

$$n = (11.25) (6.2) = 69.75 \text{ por cada grupo} = 70$$

Se trabajó con una muestra de 100 sujetos por grupo.

Grupo 1: Pacientes en receta resurtible

Grupo 2: Pacientes en receta mensual

#### **Técnica muestral:**

Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para seleccionar a los pacientes en receta resurtible, se seleccionó el listado de pacientes que se tienen registrados en el programa y de este listado se seleccionó cada 5 números el paciente al que se le aplicaría la encuesta. Se contó con apoyo de la jefa de asistentes para verificar la fecha de la cita del paciente. Y para los de receta mensual, se seleccionó el censo de los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, que no se encontraban en receta resurtible, de estos, se seleccionó cada 10 números al paciente que se entrevistaría. De la misma manera se contó con el apoyo de la jefa de asistentes para verificar el día de la cita y poder abordarlo para la aplicación de las encuestas. En caso de que el paciente no llegara a su cita o no quisiera participar, se seleccionó a otro paciente del listado.

#### **VI.3.1 Criterios de selección**

Se incluyeron los pacientes en tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtirle o con receta mensual,

se eliminaron los expedientes con información incompleta de pacientes o que no contestaron los instrumentos.

### **VI.3.2 Variables estudiadas**

Se estudiaron variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación), paciente en programa de receta resurtible, o receta mensual, apego a tratamiento y satisfacción del paciente. El test de Morisky-Green fue utilizado para determinar el apego o no del paciente a su tratamiento. El test PSQ-18 es un cuestionario aplicado por el entrevistador al usuario que determina la satisfacción del usuario en el transcurso de su atención médica.

### **VI.4 Técnicas e instrumentos**

Se utilizaron dos cuestionarios como el test de Morisky-Green que consta de 8 ítems, 7 de ellos de respuesta dicotómica, y 1 de respuesta cualitativa, los cuales hacen referencia a posibles causas de olvido en la toma de medicamentos, toma de medicamentos al día anterior, incomodidad al tomar medicamentos de manera diaria, y sensación de olvido en la toma de medicamentos. Se califica como no adherente al tratamiento en el caso de que exista una respuesta no favorable en el cuestionario.

El otro cuestionario utilizado fue el PSQ-18 que consta de 18 ítems, de tipo likert que van desde 1 (totalmente de acuerdo) hasta 5 (totalmente desacuerdo), las preguntas con número 1, 2, 3, 5, 6, 11, 15, 18, se valoran de manera inversa (ejemplo: si el valor original de la pregunta fue 1 se tomara como 5), en las preguntas 4, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 17, se toma el valor referido. Se toma una valoración con base de 90 puntos (que son el puntaje máximo que se puede obtener) considerándose como el 100%, se toma 0.7 que correspondería al 70% como la ponderación mínima para determinar un paciente como satisfecho.

## **VI.5 Procedimientos**

Al obtenerse la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de Unidad de Medicina Familiar N°9 IMSS Querétaro para realizar la investigación en el servicio correspondiente.

Se acudió en horario 08:00 - 14:00 hrs a la unidad medicina familiar N° 9, Querétaro para realizar la recolección de datos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial en receta resurtible o receta mensual, de acuerdo a como se menciona en el muestreo y se aplicaron los cuestionarios correspondientes.

Se abordó al paciente de manera personal en la recepción de farmacia o en la sala de espera, interrogando de manera directa para corroborar si padecía de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial sistémica, al recibir una respuesta afirmativa, se les explicó de manera breve la mecánica de la investigación y si deseaban o no participar y responder los cuestionarios, al aceptar se iniciaba a recabar los datos y posteriormente se les dio a firmar el consentimiento informado, e inmediatamente se iniciaba el cuestionario de Morisky-Green, seguido por el PSQ-18.

### **VI.5.1 Análisis estadístico**

Se utilizó estadística descriptiva. Para variables cuantitativas a través de medias y desviación estándar. Para las cualitativas, frecuencias, porcentajes; se sacaron intervalos de confianza. Para ver las diferencias entre grupos se utilizó la prueba de Chi cuadrada.

### **VI.5.2 Consideraciones éticas**

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Este estudio se apega a la Norma oficial Mexica NOM-012-SSA3-2012;

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 en congruencia con la declaración del 18° Asociación Médica Mundial realizada en Helsinki, en la cual se establece los principios éticos para la investigación para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y se respeta el artículo 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”. Así como el artículo 24 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social”. Obtenido de la 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil en octubre 2013.

Por las características del estudio se considera que no implica riesgo para los pacientes dado que se trabaja directa y confidencial y solo se toman las respuestas que ellos responden. Se requirió de firmar un consentimiento informado de pacientes y se solicitó autorización por parte de la dirección y se guardó la confidencialidad de los mismos. Los resultados se dieron a conocer al personal directivo de la unidad.

En el caso de los pacientes que se encontraban no adherentes, se les explicó de manera amplia y concisa acerca del beneficio de tomar de manera adecuada y de la problemática que podría derivar de no estarlo haciendo de manera adecuada, invitándolos a llevar un adecuado hábito en la toma de los mismos.

## VII. Resultados

**Cuadro VII.1** Edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual

n=100 pacientes en receta resurtible  
100 pacientes en receta mensual

	Receta resurtible		Receta mensual		*t	**p
	Promedio	DE	Promedio	DE		
Edad en años	56.48	1.39	58.43	1.23	1.05	0.295

\*Prueba de t para dos poblaciones independientes

\*\*Significativo cuando p es  $\leq$  a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo "Satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtible y receta mensual"

La edad de los pacientes fue de 56.48 años a los que estuvieron en el grupo de receta resurtible y de 58.43 años de los que estuvieron en receta mensual, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

**Cuadro VII.2** Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual.

n=100 pacientes en receta resurtible  
100 pacientes en receta mensual

		Receta resurtible		Receta mensual		X <sup>2</sup>	P
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Sexo	Hombre	49	49	45	45	0.321	0.671
	Mujer	51	51	55	55		
Escolaridad	Analfabeta	5	5	6	6	2.75	0.738
	Primaria	16	16	22	22		
	Secundaria	24	24	21	21		
	Bachillerato	33	33	25	25		
	Licenciatura	20	20	23	23		
	Posgrado	2	2	3	3		
Ocupación	Hogar	40	40	51	51	7.2	0.066
	Obrero	21	21	8	8		
	Empleado	22	22	23	23		
	Comerciante	17	17	18	18		

\*Prueba de Chi<sup>2</sup> para establecer relación en la distribución.

\*\*Significativo cuando p es <= a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo "Satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtible y receta mensual"

La frecuencia de paciente mujeres es de 51% en el grupo de receta resurtible y 55% en el grupo de receta mensual respectivamente, no hubo una diferencia significativa. En cuanto a la escolaridad el 33% contaba con bachillerato en el grupo de receta resurtible, y en el grupo de receta mensual el 25%, no existió diferencia significativa. Conforme a la ocupación se encontró que el 51% de pacientes se dedicaba al hogar en el grupo de receta mensual, al igual que el 40% en el grupo de receta resurtible, sin significancia estadística.

**Cuadro VII.3** Apego al tratamiento y satisfacción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión de los pacientes con diabetes e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual.

n=100 pacientes en receta resurtible  
100 pacientes en receta mensual

	Receta resurtible		Receta mensual		X <sup>2</sup>	p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Apego al tratamiento						
SI	84	84	37	37	46.21	0.000
NO	16	16	63	63		
Satisfacción con el programa						
SI	65	65	72	72	1.135	0.287
NO	35	35	28	28		

\*Prueba de Chi<sup>2</sup> para establecer relación en la distribución.

\*\*Significativo cuando p es  $\leq$  a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo "Satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtible y receta mensual"

Se encontró que un 84% de los pacientes en el grupo de receta resurtible estaban apegados al tratamiento, comparado con 37% del grupo de receta mensual, con una diferencia significativa de 0.000. En cuanto la satisfacción del usuario se halló que un 65% de pacientes en receta resurtible estaban satisfechos, comparados con un 72% de pacientes en receta mensual, sin una diferencia estadísticamente significativa.

**Cuadro VII.4** Satisfacción y apego al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en receta resurtible y en receta mensual.

n=100 pacientes en receta resurtible  
100 pacientes en receta mensual

		Satisfecho		No satisfecho		X <sup>2</sup>	P
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Apego al tratamiento	SI	79	57.7	42	66.7	1.464	0.226
	NO	58	42.3	21	33.3		

\*Prueba de Chi<sup>2</sup> para establecer relación en la distribución.

\*\*Significativo cuando p es  $\leq$  a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo "Satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtible y receta mensual"

Se observó que de los pacientes que se encuentran satisfechos el 57.7% están apegados al tratamiento, en comparación con un 66.7% de apego en cuanto a los pacientes nos satisfechos, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

## VIII. Discusión

De acuerdo con la OMS, se reporta que existe un 50% de pacientes apegados a su tratamiento, este punto en particular tiene repercusiones directas en el adecuado tratamiento y control de los pacientes en general. Existen diversos programas para facilitar la atención a pacientes con adecuado control, entre ellos el programa de receta resurtible. En el caso de la receta resurtible, se incluyen todos aquellos pacientes que cuenten con un adecuado control de la patología subyacente, en este caso se evaluó la DT2 y HAS.

Este programa es uno de los programas base del instituto que busca facilitar la atención a pacientes con alguna de 10 enfermedades crónicas controladas, entre ellas diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, siendo muy cómodo para el paciente porque recibe consulta cada 3 meses, en la que se le entregan 3 recetas canjeables, una por cada mes. Al acudir el paciente de manera trimestral, se puede suponer que se encuentra satisfecho, debido a que no pierde tiempo, ni recursos económicos, que implica el acudir de manera mensual.

Si el paciente se encuentra satisfecho al hacer uso de los sistemas de salud, la premisa sería que este sería un punto esencial en el apego al tratamiento sin embargo, no siempre sucede de esta manera.

De las fortalezas de la presente investigación es el uso del test de Morisky-Green de 8 ítems comparado con el de 4 ítems, como instrumento para medir la adherencia o apego del paciente al tratamiento, ya que indaga más sobre los comportamientos que afectan de manera directa la ingesta adecuada de la toma de medicamentos, sin dejar de ser un instrumento práctico, que no requiere de un nivel sociocultural en específico para la comprensión del mismo y de corto tiempo para su aplicación, tanto en la consulta como en la farmacia o pasillo de la unidad de salud.

Un punto que se podría considerar débil es el empleo del *Patient Satisfaction Questionnaire short form* (PSQ-18), como método para evaluar la satisfacción del paciente, ya que aunque es un instrumento completo, al tener 18 ítems, llega a ser

un poco más tardado en la aplicación, y esto puede hacer perder la tranquilidad al paciente en el momento de la entrevista, por lo que el uso de un cuestionario más corto en futuras investigaciones podría ser más adecuado por cuestiones de practicidad, sin embargo, da respuestas interesantes y completas sobre la satisfacción.

En este estudio se observó que los pacientes que se encontraban en el grupo del programa de receta resurtible, 84% de ellos estaban apegados al tratamiento, con un 65% de pacientes satisfechos. En comparación con los pacientes en receta mensual donde se encontró que había un 77% de pacientes satisfechos, pero con un 37% de pacientes apegados a su tratamiento. En general un 57.7% de los pacientes que se encontraban satisfechos estaban apegados, y un 66.7% de los pacientes no satisfechos, no estuvieron apegados a tratamiento. En comparación con Tovar 2012 y Pascasio 2016, donde se observa que un 72% de pacientes que se encuentran satisfechos tienen buen apego a tratamiento. Probablemente esto se deba al compromiso intrínseco del paciente con su cuidado.

Por lo tanto, había pacientes satisfechos, pero no apegados al tratamiento, y pacientes no satisfechos con un apego al tratamiento. Lo que puede ser causado por la conciencia del paciente sobre sus cuidados, y las consecuencias de tomar o no su medicamento, ya sea por cuestiones culturales o de conocimiento.

Sin embargo, valorar el control o no, del paciente aunado a la satisfacción de la atención y el apego al tratamiento, merece la oportunidad de ser investigado, ya que como se mencionó en párrafos anteriores, había pacientes con apego sin satisfacción, y viceversa. Igualmente, determinar el papel en la importancia del autocuidado o el compromiso propio del paciente con su tratamiento.

Estos hechos son importantes para planear estrategias que ayuden a que los pacientes, que se encuentren en programa de receta resurtible o no logren un apego a su tratamiento, para que exista un mejor control de las patologías subyacentes.

## IX. Conclusiones

Un 57.7% de pacientes que se encuentran satisfechos están apegados al tratamiento, comparados con un 66.7% de pacientes apegados pero no satisfechos.

La satisfacción del usuario del servicio de salud no está directamente relacionada con un buen apego al tratamiento del paciente. Al igual que la insatisfacción por parte del paciente sigue estando presente como un problema de relación médico-paciente o bien prestador de servicios-usuario. Además, el compromiso del paciente consigo mismo puede ser parte fundamental para la correcta adherencia a su tratamiento.

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, ya que 77% de los pacientes en receta trimestral se encontraron satisfechos y 65% de ellos con buen apego.

## IX. Propuestas

Hay que indagar en la información y educación del paciente con respecto a su patología y las consecuencias de llevar un mal control, a corto, mediano y largo plazo.

Se debe mejorar la atención y relación institución-usuario, para crear un vínculo empático durante toda la atención proporcionada al paciente o usuario de los servicios de salud.

Los puntos anteriores pueden mejorar de manera directa el apego de los pacientes a su tratamiento y mejorar la satisfacción del paciente al usar los servicios de salud.

En el futuro se podrían desarrollar investigaciones que evalúen el control y descontrol de estas patologías en conjunto con la satisfacción y apego de la atención y tratamiento, respectivamente.

## X. Bibliografía

- Tovar M, Acuña O. 2012. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. Rev Chil Salud Pública; Vol 16 (2): 131-136.
- Pascasio GD, Asencio GE, Cruz A, Guzman C. 2016. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco, vol. 22, núm. 1-2, pp. 23-31
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Premio Interamericano a la Innovación para la Gestión Pública Efectiva- Edición 2015 User Information; 1–12.
- Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-2009 , PARA LA PREVENCIÓN , HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. 1–39.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. [Internet]. Imss. 2014. 1-77 p.
- Arnal R, Blanco E, Cañones P, Díaz E, Grande JM, et al. 2012. ATENCIÓN PRIMARIA Propuestas de mejora Documento de consenso. Instituto Nacional de salud.
- Grant RW, O’Leary KM, Weilburg JB, Singer DE, Meigs JB. 2004. Impact of concurrent medication use on statin adherence and refill persistence. Arch Intern Med;164(21):2343–8.
- Navarro MG, Vicente FB. 1992. Revision of the Long Term Consultation Organization. Rev Esp Salud Publica; (I):29–37.
- Swinglehurst D, Greenhalgh T, Russell J, Myall M. 2011. Receptionist input to quality and safety in repeat prescribing in UK general practice: Ethnographic case

study. *BMJ*;343(7831):983.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención. Imss. 2018; 1-55 p.

González C. 2018. Actualización en el manejo de prediabetes y diabetes tipo 2 en PS. Rancagua, Chile;1. from: [www.medicinadefamiliares.cl](http://www.medicinadefamiliares.cl)

Pollak CF. 2016. Resistencia a La Insulina: Verdades Y Controversias. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]; 27(2):171–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864016300062>

Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, Blonde L, Bloomgarden ZT, Bush MA, et al. 2017. CONSENSUS STATEMENT BY THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY ON THE COMPREHENSIVE TYPE 2 DIABETES MANAGEMENT ALGORITHM – 2017 EXECUTIVE SUMMARY. *Endocr Pract* [Internet]; 23(2):207–38. Available from: <http://journals.aace.com/doi/10.4158/EP161682.CS>

Feinglos NM, Bethel MA. 2016. Diabetes Mellitus Type 2. An Evidence- Based Approach to practical management.

Liebow IM, Hellerstein HK. 1949. Cardiac complications of diabetes mellitus. *Am J Med*; 7(5):660–70.

Pereira O, Palay M, Rodríguez A. 2015. La diabetes y sus complicaciones cardiovasculares. 19(5):675–83.

Bundy JD, Li C, Stuchlik P, Bu X, Kelly TN, Mills KT, et al. 2017. Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2(7):775–81.

Joo Lee C, Park WJ, Suh J-W, Choi E-K, Jeon DW, Lim S-W, et al. 2018.

Relationship Between Health-Related Quality of Life and Blood Pressure Control in Patients With Uncontrolled Hypertension. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 71(11):A1919. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109718324604>

GIL JS, YORDELY A, PERDOMO G. 2017. Diplomado de profundización en fundamentos de salud pública. Colombia.

Tagle R. 2018. Hypertension diagnosis. *Santiago de Chile, Chile*. 29(1):12–20.

Barba Cosials J. 2014. JNC 8: Nuevas guías para hipertensión arterial. *Clínica Univ Navarra* [Internet]. 8–9. Available from: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hipertension-arterial>

Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Adherencia a los Tratamientos a largo plazo [Internet]. 2012;111–7. Available from: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/%5Cnelsevier/pdf/509/509v92n01a13134768pdf001.pdf>

Valencia Monsalvez F, Mendoza Parra S, LuengoMachuca L. 2017. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 34(2):245-9.

Susy Y, Olave Quispe Y, Maria Luz Traverso M L, Valeria Palchik, Bermudez E, La Casa Garcia, Perez Guerrero M C, Martin Calero J. 2011. Validation of a patient satisfaction questionnaire for services provided in Spanish community pharmacies. *Int J Clin Pharm* 33:949–957

Canchero-Ramírez A, Matzumura-Kasano J, Gutiérrez-Crespo H. 2018. Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. *An Fac med*. 2019;80(2):177-82. DOI: <https://10.15381/anales.802.16412>

Holikatti PC, Kar N, Mishra A, Shukla R, Swain SP, Kar S. 2012. A study on patient satisfaction with psychiatric services. Indian J Psychiatry. 54:327-32.

Marshall GN, Hays RD. The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18).

Chakraborty SN, Bhattacharjee S, Rahaman MA. 2016. A cross-sectional study on patient satisfaction in an Urban Health Care Centre of Siliguri Municipal Corporation, Darjeeling, West Bengal. Med J DY Patil Univ 9:325-30.

Dirección General de Bibliotecas UNQ

## XI. Anexos

### X1.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Apego a tratamiento y grado de satisfacción en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica.**

FOLIO
-------

Hoja de recolección de datos				Fecha:		
Nombre:						
NSS:						
Edad:						
Sexo:	Masculino (1)			Femenino (2)		
Escolaridad:	Analfabeta (1)	Primaria (2)	Secundaria (3)	Bachillerato (4)	Licenciatura (5)	Posgrado (6)
Ocupación:	Hogar (1)	Obrero (2)	Empleado (3)	Comerciante o independiente (4)		
<b>Datos de las variables</b>						
Receta resurtible	SI (1)  NO (2)					
Receta mensual	SI (1)  NO (2)					
Grado de apego de acuerdo al Test de Morisky Green	Calificación					
Grado de satisfacción de acuerdo a PSQ-E 18	Calificación					

### TEST DE MORISKY GREEN

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre...		

## INSTRUMENTO PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE-18 (PSQ-E 18)

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Los médicos son buenos explicándole la razón de los exámenes auxiliares que le solicitan.	1	2	3	4	5
2. Pienso que el consultorio de mi médico tiene todo lo necesario para brindar una atención completa.	1	2	3	4	5
3. La atención médica que he estado recibiendo es casi perfecta.	1	2	3	4	5
4. Algunas veces los médicos me hacen dudar de que su diagnóstico sea correcto.	1	2	3	4	5
5. Me siento seguro de obtener la atención médica que requiero sin gastar demasiado.	1	2	3	4	5
6. Cuando voy a buscar atención médica ellos son cuidadosos de evaluar todo cuando me interrogan y examinan.	1	2	3	4	5
7. Tengo que pagar más de lo que puedo para acceder a más atención que requiero.	1	2	3	4	5
8. Tengo acceso fácil a los médicos especialistas que requiero.	1	2	3	4	5
9. Cuando acudo por atención médica, la gente tiene que esperar mucho para un tratamiento de emergencia.	1	2	3	4	5
10. Los médicos parecen muy ocupados e indiferentes al atenderme.	1	2	3	4	5
11. Mis médicos me tratan de una forma muy amigable y cortés.	1	2	3	4	5
12. Aquellos que me prestan atención médica algunas veces lo hacen muy rápido.	1	2	3	4	5
13. Los médicos algunas veces ignoran lo que les comento.	1	2	3	4	5
14. Tengo algunas dudas sobre la capacidad de los médicos que me tratan.	1	2	3	4	5
15. Los médicos usualmente se toman mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5
16. Encuentro difícil obtener una cita médica rápidamente.	1	2	3	4	5
17. Estoy insatisfecho con algunas cosas de la atención médica que recibo.	1	2	3	4	5
18. Puedo obtener atención médica cuando sea que lo necesite.	1	2	3	4	5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Satisfacción y apego a tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en programa receta resurtible y receta mensual.
Lugar y Fecha	Santiago de Querétaro, Qro.
Justificación y	La diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial son enfermedades crónicas, que si usted no se controla de manera adecuada puedes presentar algunas complicaciones en sus ojos, corazón, riñón o daño en los pies. Es importante que usted se apegue al tratamiento de pastillas que le brinda su médico familiar. Pero también es importante saber si usted está satisfecho con venir cada 3 meses o cada mes.
Objetivo del estudio	Saber si usted está contento y si se toma mejor su medicamento si viene cada mes o cada tres meses
Posibles riesgos y Molestias	<u>Usted no sentirá ninguna molestia, posiblemente sienta que le estoy quitando su tiempo al darle a contestar un cuestionario. No tiene riesgo para usted.</u>
Posibles beneficios que Recibirá al participar en El estudio	<u>Usted va a conocer si se está tomando sus medicamentos de manera adecuada y se podrá dar cuenta si está contento de venir como lo cita su médico familiar. Puede expresar por qué no se toma sus medicamentos o porque no está contento y podemos ofrecerle alternativas de solución</u>
Información sobre Resultados y alternativas De tratamiento	se le dará a conocer los resultados en ese momento al terminar de contestar las encuestas. Si usted decidiera que no se apega a su tratamiento porque viene cada tres meses, se puede ver la opción si es el caso de citarlo cada mes. Todo depende de lo que encontremos en el momento en que termine de contestar las encuestas.
Participación o retiro	<u>La participación del estudio es voluntaria, conservando el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibe en el instituto.</u>
Privacidad y confidencialidad	<u>Se conservará la privacidad de los datos que se arroje en el cuestionario.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable	Dra. Leticia Blanco Castillo Coordinador de Educación e Investigación de la UMF 09 Matrícula 9923 1263 Correo: leticia.blanc@imss.gob.mx
Colaboradores	<u>Ernesto Ayala Oryiz</u> Residente de Medicina Familiar
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" del a Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: <a href="mailto:comisión.etica@imss.gob.mx">comisión.etica@imss.gob.mx</a>

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien  
obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013