

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

TESIS DE POSGRADO

**CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y
CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DEL PACIENTE
HIPERTENSO DE LA UMF No. 33.**

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE **MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DR. GERMAN APOLINEO FRANCO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

ASESORA:

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES, PROFESORA ADJUNTA
DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

MEXICO, DF.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dra. María del Carmen Morelos Cervantes.

Asesora de Tesis.

Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 33. “El Rosario

Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias.
Coordinador clínico de educación e investigación Médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.

Dra. Mónica Enríquez Neri.
Médico Especialista en Medicina Familiar
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 33. “El Rosario”.

Dra. María del Carmen Morelos Cervantes.
Médico Especialista en Medicina Familiar
Profesora adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 33. “El Rosario”.

Dr. Germán Apolineo Franco
Médico Residente del Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 33. “El Rosario”.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES.

Por su apoyo, confianza, paciencia y comprensión.

A MIS HERMANOS.

Por su cariño y confianza que me tienen.

A MI FAMILIA.

Por lo grande que somos todos juntos.

A UN AMIGO.

Caray que buen amigo eres Alex.

A LAURA.

Eres alguien muy especial y un gran ser humano.

A MIS PROFESORES.

Por su dedicación y empeño en formar buenos médicos residentes.

INDICE

TITULO.....	6
RESUMEN.....	7
INTRODUCCION.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	19
ANALISIS DE RESULTADOS.....	32
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35
ANEXOS.....	36

RESUMEN.

Apolineo-Franco G, Morelos-Cervantes MC. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Tesis, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF, 2007.

Objetivo: Determinar la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la UMF No. 33. Material y Métodos: Mediante un estudio descriptivo, transversal, observacional, en el grupo de pacientes hipertensos del sexo masculino y femenino, que cuenten con la edad de 30 a 69 años provenientes de la UMF No. 33, se determinó la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial, mediante el Test de Morisky Green, así como preguntas sociodemográficas. Resultados: se estudiaron 346 pacientes hipertensos; predominó el sexo femenino 2:1, así como la edad de 60 a 69 años, la escolaridad muestra que la mayoría estudio nivel primaria, y en el estado civil con un número elevado de pacientes casados, en la ocupación las amas de casa tienen el mayor número de casos. Solo 90 de los 346 pacientes cumplieron con el tratamiento farmacológico y se encontraban controlados de sus cifras arteriales, reportando que solo el 26 % esta en control óptimo en la UMF No 33. Los otros 226 fueron pacientes hipertensos descontrolados, cumplidor e incumplidor, predominando el estadio I con un total de 188 casos, y estadio II con un total de 38 casos. Conclusiones: El cumplimiento al tratamiento farmacológico es esencial para obtener resultados terapéuticos óptimos en el control de la presión arterial de los pacientes hipertensos. Palabras claves: Cumplimiento, tratamiento farmacológico, control, hipertensión arterial

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico, siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que esta influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por dos aspectos fundamentales; su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos (1)

La efectividad del tratamiento de una enfermedad depende principalmente de dos factores: la eficacia del tratamiento prescrito y el grado de cumplimiento del paciente con dicho tratamiento. En muchos casos, el efecto deseado de un fármaco no se consigue debido a que éste no se utiliza correctamente. El incumplimiento del tratamiento puede considerarse uno de los mayores problemas en la práctica clínica.

Por ejemplo, se ha descrito que no más de 50% de los pacientes hipertensos mantienen el tratamiento indicado y, entre éstos, un tercio lo aplican incorrectamente impidiendo así que se produzca el efecto esperado. Cerca de la mitad de los pacientes que inician un nuevo tratamiento antihipertensivo lo abandona o modifica dentro del año de realizado el diagnóstico y sólo entre un tercio y la mitad de los que permanecen bajo tratamiento controlan la presión arterial.

Por lo tanto, el problema actual no radica en la eficacia ni en la disponibilidad de los medicamentos, lo que en general se ha logrado, sino más bien el escaso cumplimiento a los tratamientos. (2)

Un eslabón importante para lograr la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es precisamente el adecuado control de la Hipertensión Arterial Sistémica, reconocido factor de riesgo asociado a estas afecciones.

Por su constante aumento y sus efectos en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, la hipertensión arterial es, en la actualidad, un problema de salud pública, existen más de 600 millones de hipertensos en el mundo; de éstos, el 70% corresponde a países en vías de desarrollo, afecta a 25% de la población adulta y su proporción aumenta conforme se incrementa la edad. (4)

México en el año 2000 la prevalencia informada de hipertensión entre los 20 y 69 años fue del 30.05%, es decir, más de 15 millones de mexicanos, en dicho grupo de edad. Los estados del Norte de la República Mexicana, alcanzaron cifras de prevalencia aún mayores. Lamentablemente el 61% de los hipertensos detectados en la encuesta nacional 2000, desconocieron ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, en México el paciente acude al médico cuando ya han

transcurrido varios años desde el inicio de su hipertensión y, probablemente, ya habrá en su mayoría algún grado de daño a órganos blanco.

Además, de los que fueron detectados como conocedores de su enfermedad, sólo la mitad estaba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, y de éstos, sólo el 14.6% mostró cifras consideradas de control ($< 140/90$ mm Hg). De manera que, de forma rigurosa, se estima que solamente menos del 10% de la población hipertensa en México está realmente en control óptimo.

Lo anterior podría contribuir a explicar el porqué nuestra tasa de urgencias hipertensivas y eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía, entre otros, van en aumento y no en reducción como en otros países. La prevalencia de hipertensión 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. Además, no sólo es la gravedad de la hipertensión, sino su interacción con estos factores, lo que determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco, situación que debe considerarse primordial para el establecimiento de un tratamiento médico racional.

Es importante reconocer que la mayoría de los lineamientos internacionales están basados en estudios realizados en población anglosajona y/o caucásica. En general, éstos incluyen a pacientes con edad ≥ 55 años (Los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar hipertensión). Sin embargo, en México la distribución poblacional es aún de tipo piramidal, es decir, la mayor parte de la población adulta se ubica entre los 20 y 54 años. Así, si bien es cierto que la prevalencia de la hipertensión en términos porcentuales se relaciona de manera directa con la edad, al cuantificar el número absoluto de pacientes portadores de hipertensión arterial, se encontró que en México menos del 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad.

Por lo tanto, debemos desmitificar que la hipertensión es una enfermedad de gente adulta mayor. En general, la hipertensión arterial sistémica en sus inicios es asintomática, o bien, produce síntomas inespecíficos que difícilmente el paciente los asocia a la misma. Así, en el año 2000 se encontró que el 20% de los pacientes entre 20 y 35 años de edad conocían ser portadores de hipertensión arterial, mientras que casi el 50% de los pacientes entre 55 y 69 años de edad lo reconoció. (6)

La hipertensión arterial sistémica es probablemente la enfermedad crónica degenerativa más frecuente tanto en México como en toda Latinoamérica. Su prevalencia en Latinoamérica fluctúa de un 10 a un 30 % de la población adulta y su presencia se eleva con la edad de los pacientes. En las personas mayores de 60 años la hipertensión se ha convertido en un factor de riesgo importante para la presencia de enfermedades primordialmente cardiológicas y cerebro vasculares.

El paciente hipertenso mayor de 60 es un individuo que suele cursar con múltiples enfermedades adicionales, que en su gran mayoría suelen ser de origen crónico, degenerativos, que concomitan con enfermedades agudas ocasionales.

La Hipertensión Arterial Sistémica es el diagnóstico primario más frecuente en América (35 millones de visitas en consulta como diagnóstico primario) y donde las actuales tasas de control Presión Arterial Sistólica (PAS <140mmHg) y Presión Arterial Diastólica (PAD <90mmHg), aunque mejoradas, están todavía demasiado por debajo de los objetivos del 50 % de Salud Poblacional para el 2010; el 30 % desconocen todavía ser hipertensos. En la mayoría de los pacientes, el control de la PAS, que es un factor de riesgo de Enfermedad Cardiovascular más importante que la PAD excepto en los pacientes menores de 50 años y afecta mucho más frecuentemente a personas ancianas, ha sido considerablemente más difícil que el control diastólico.

Actualmente muchos hipertensos tratados no logran un control adecuado de la presión arterial. El grado de control de la hipertensión arterial sistémica en España oscila entre el 10 y el 25 % según los diferentes estudios, siendo similar a escala mundial. (10)

En México se calcula que existen al menos 15 millones de los hipertensos, de los cuales mueren anualmente cerca de 200,000 personas relacionadas directamente con la enfermedad. De todos los hipertensos identificados por las encuestas de salud, solo una mínima parte están bien controlados, en México como se mencionó menos del 15 % tienen presión arterial menos de 140/90 mmHg. (9)

En el IMSS se reporta la hipertensión arterial sistémica con un total de pacientes en el 2000 de 431,658, para el 2010 de 697,161 y en el 2020 de 962, 661. Representando un costo anual (dólares) por la hipertensión arterial sistémica en el 2000 de 232,861,984 y en el 2010 de 376,862,886 y para el 2010 se tiene estipulado un costo de 520,861,655 dólares.

En la UMF No 33 “El Rosario” en el ultimo reporte del 2005, se contabilizaron un total de pacientes hipertensos de primera vez y subsecuentes de 5,306, de los cuales se registro una presión arterial de 140/90 mmHg o menos a 4,807 pacientes. Se cuenta con un total de 3498 pacientes hipertensos entre las edades de 30 a 70 años, en nuestra unidad. (ARIMAC).

El cumplimiento es un fenómeno complejo; por ello, muchas son las variables que influyen en él. En 1976, Yáñez realizó una revisión de estudio de cumplimiento en la que identificó más de 200 variables que se habían relacionado con él. (10) Las variables que pueden condicionar el cumplimiento con la toma del medicamento se han dividido en:

Variables del médico; la motivación del propio médico respecto al cumplimiento es fundamental, según su motivación y la responsabilidad que el mismo sienta que tiene respecto a como sus pacientes toman los tratamientos que les prescribe, condicionan al resto de factores que dependen de el. Una buena relación médico paciente-paciente y el grado de confianza que el facultativo genera en el paciente, son fundamentales.

Variables derivadas del enfermo; para obtener un correcto cumplimiento, es necesario una respuesta colaboradora de los pacientes, para ello, se precisa que éstos entiendan cuál y cómo es el tratamiento, así como los resultados que se esperan lograr con su cumplimiento.

VARIABLES derivadas del tipo de relación médico-paciente que se establezca; la relación médico-paciente adecuada es necesaria aunque no suficiente para un buen cumplimiento. Hay que considerar dos aspectos: la habilidad y la efectividad con la que se transmite la información precisa para cumplir las instrucciones y el posible impacto emocional de la comunicación, tanto la que se realiza de forma verbal como la expresión no verbal.

VARIABLES derivadas de la enfermedad; estas se consideran variables de predicción débil, se ha señalado que la pruripatología, la coexistencia de varias enfermedades tiene un efecto negativo sobre el cumplimiento.

VARIABLES derivadas del régimen terapéutico; se facilita el incumplimiento cuando más se prolongan los tratamientos y también cuando la dosis es mayor cantidad y más diarias mayor dificultad para el correcto cumplimiento de la terapia.

VARIABLES derivadas del ambiente y de la estructura sanitaria; se ha observado que determinadas variables se relacionan con el cumplimiento terapéutico como son la accesibilidad de los pacientes, la adecuada infraestructura, citas previas frecuentes, el entorno familiar, un adecuado soporte social.

VARIABLES derivadas de la propia decisión de paciente para incumplir; cada paciente tiene su propio razonamiento respecto a la enfermedad, cuando enferma trata de curarla solo, si no mejora busca apoyo del médico, y una vez conocida la opinión del médico, formará la suya que contrastará con sus creencias, situación personal y familiar hasta llegar a una decisión final. (10)

América Latina vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. Los factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y social, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial.

El envejecimiento poblacional representa un problema de magnitud diferente en los países de la región, al aumentar la población añosa, aumenta el número de hipertensos, con predominio de la hipertensión sistólica, de mayor riesgo cardiovascular y más difícil control. Además, el envejecimiento se asocia a un incremento de la comorbilidad general y cardiovascular. El bajo nivel socioeconómico y educacional favorece el desarrollo de la hipertensión, y contribuye a que se la reconozca y se la trate menos. Además, los años de escolaridad se correlacionan inversamente con la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular, correlación más evidente en las mujeres. Factores socioculturales parecen incidir en la diferente prevalencia de la hipertensión en determinados grupos étnicos, como la población negra de Cuba y de Brasil. El proceso de aculturación se asocia a una mayor prevalencia de hipertensión y otros factores de riesgo. La transición de las poblaciones indígenas al sedentarismo y a hábitos alimentarios urbanos, así como la incorporación de alcohol y tabaco, determina un aumento del promedio de presión arterial y su elevación con la edad, característica de las sociedades occidentales. (15)

El cuestionario de Morisky Green, es un método que valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento y que muestra un valor potencial predictivo del autoinforme sobre cumplimiento al tratamiento con capacidad para predecir el control en la presión arterial. (13)

El cuestionario de Morisky-Green, pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica de su enfermedad, asumiendo que si estas son correctas el enfermo es un buen cumplidor de la medicación y que se apega más a las variables derivadas de la propia decisión del paciente para incumplir. El Test de Morisky-Green, que muestra una alta fiabilidad (61%) y está validado en población española

Valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento.

¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su Hipertensión Arterial?

¿Los toma a la hora indicada?

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?

Si alguna vez le sientan mal ¿deja usted de tomarlas?

Se calificaran como cumplidores a los pacientes que respondan correctamente a las cuatro preguntas formuladas y una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor. El test de Morisky-Green es un método de fácil implementación muy útil para determinar el cumplimiento y quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de lograr un control tensional menor y cifras de Presión Arterial diastólica más elevadas. (13)

Medir el cumplimiento es difícil, ningún método, sea directo o indirecto, está exento de limitaciones. La toma de la medicación puede variar de semana en semana, y para conocer mejor la historia natural del incumplimiento terapéutico, es necesario realizar medidas repetidas durante el seguimiento clínico del paciente. (5)

Se ha aplicado el cuestionario Morisky Green, en varios países y en diferentes estudios como en los siguientes reportados.

Estudio Nacional Sobre Cumplimiento al tratamiento. El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento utilizando dicho test y, en base a ello, evaluar el control tensional en hipertensos esenciales crónicos. Secundariamente se valoró el uso de las diferentes drogas antihipertensivas. Se incorporaron al estudio 1.784 pacientes (999 mujeres) bajo tratamiento no menor de 6 meses, de los cuales el 48,15% fueron cumplidores y el 51,85% incumplidores. Los incumplidores al tratamiento mostraron una mayor falta de control (60%), no significativa, en la presión sistodiastólica comparados con los adherentes (56%), $p=0,84$. Sin embargo, las tensiones arteriales sistólica y diastólica aisladas mostraron una mayor falta de control en el grupo incumplidor: 55% vs 49%, $p=0,032$ y 34% vs 28%, $p=0,0086$. Los hombres cumplidores tuvieron un mejor control de la presión arterial que los incumplidores, pero no ocurrió lo mismo con las mujeres. El cumplimiento no superó el 50% luego de 6 meses de tratamiento. Los fármacos más utilizados fueron los inhibidores de la enzima de conversión (30,31%) seguidos por los betabloqueadores (22,34%). El test de Morisky-Green-Levine demostró utilidad para determinar la adherencia y los sujetos que fallan en contestar tendrían un menor control tensional. (14)

Las consecuencias sanitarias derivadas del incumplimiento son importantes y entre otras da lugar a, un aumento del número de consultas en atención primaria por la falta de control de la hipertensión y aumento del número de pruebas complementarias para descartar hipertensión secundaria, desconfianza en el médico de familia, disfunción familiar, aumento de la dosis de los antihipertensivos o la adición de nuevos fármacos, ante la falta de control de la hipertensión, crisis hipertensivas, eventos cardiovasculares, con la consiguiente morbimortalidad acompañante, atención en urgencias y reingresos hospitalarios por nuevos eventos cardiovasculares, aumento secundario de los costos del tratamiento de los hipertensos.

Desde luego que las cifras de presión arterial siguen siendo piedra angular en la estratificación de riesgo, pero nuestro enfoque debe ser integral. Las cifras de tensión arterial normal están definidas por la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité para la Detección Evaluación y Tratamiento de los Institutos de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica. Son: < 90 mmHg como diastólica y sistólica inferior a 140 mmHg, y constituye hipertensión arterial, valores por arriba de los normales, registrados por lo menos en dos determinaciones en días distintos.

La hipertensión arterial es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y expectativa de vida. Las actuales tasas de control de Presión Arterial Sistólica (PAS) menor de 140mmHg y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) menor de 90mmHg, aunque mejoradas están todavía por debajo de los objetivos de salud. (8,18)

La clasificación por estadios de acuerdo al Joint National Comitee 7, se basa en las cifras de presión arterial en mmHg, registrados tanto en la diastólica como en la sistólica. Si un paciente hipertenso de acuerdo con las cifras de presión detectadas cae en una categoría con la sistólica y en otra con la diastólica, se debe clasificar de acuerdo con el valor más alto de las dos.

Hipertensión Estadio I. Se cataloga al paciente como hipertenso estadio I cuando la presión sistólica está entre 140 y 159 mm Hg y/o la presión diastólica está entre 90 y 99 mm Hg

Hipertensión Estadio II. A este estadio pertenecen aquellos pacientes cuya presión sistólica es mayor de 160 mm Hg y/o la diastólica mayor de 100 mm Hg. (8)

La relación de presión arterial y riesgo de eventos de Enfermedad Cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanto más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus y enfermedad renal. Para individuos de entre 40 y 70 años, cada incremento de 20 mmHg en PAS ó 10 mmHg en PAD dobla el riesgo de Enfermedad cardiovascular en todo el rango desde 115/75 hasta 185/115 mmHg.

Se estima que en pacientes con Hipertensión Arterial en Estadio I (Presión Arterial Sistólica de 140-159 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica de 90-99 mmHg) y factores de riesgo adicionales, manteniendo una reducción sostenida de 12 mmHg, en 10 años y se evitará una muerte por cada once pacientes tratados.

Se debe de llevar una clasificación por niveles de presión arterial, para tomar como parámetros para llevar un diagnóstico, un tratamiento y un abordaje íntegro donde se incluya un control de las presión arterial.

El objetivo primario del tratamiento antihipertensivo es reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la hipertensión, incluidos episodios cardíacos, cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica, para lo cual es necesario, además, tratar los factores de riesgo modificables y las comorbilidades. Si bien algunos autores discrepan, la Presión Arterial parece correlacionarse de manera continua con el riesgo cardiovascular; a mayor reducción de la Presión Arterial, mayor disminución del riesgo cardiovascular, como lo han mostrado varios estudios clínicos. Por ello, es deseable lograr una Presión Arterial normal u óptima en todo sujeto hipertenso mayor de 18 años, sobre todo los de mayor riesgo. Sin embargo, como suele ser difícil lograr la normotensión, conseguir un nivel <140/90 mm Hg se considera un resultado satisfactorio. Vista la elevada proporción de pacientes que abandonan el tratamiento por distintas causas, se considera “tratamiento efectivo” a aquel que el paciente cumple a lo largo de los años.

Un desafío mayor del tratamiento antihipertensivo es mantener por muchos años el cumplimiento del paciente al tratamiento. La experiencia en la práctica diaria es desalentadora, pues muchos pacientes dejan de cumplir a las indicaciones médicas en el corto o el largo plazo. (1)

Se considera que el paciente adhiere al tratamiento cuando cumple el régimen de consultas acordado, la determinación periódica de la Presión Arterial fuera de la consulta, la realización de estudios complementarios, los cambios de los hábitos de vida y el tratamiento farmacológico indicado, así como la atención de otros factores de riesgo o enfermedades coexistentes. Es conveniente estar alerta para detectar la falta de cumplimiento y proponer soluciones para sus posibles causas. Para informarse sobre el cumplimiento a las prescripciones, es útil interrogar sistemáticamente al paciente, a familiares o a ambos sobre los efectos adversos y el cumplimiento, contar los comprimidos que quedan entre las visitas y evaluar parámetros clínicos que ayuden a confirmar que el paciente ha tomado la medicación (por ejemplo, frecuencia cardíaca en pacientes tratados con β -bloqueadores).

Los controles son un momento oportuno para estrechar la relación médico-paciente, brindar información sanitaria y alentar al paciente a que persista en el tratamiento a largo plazo. Su frecuencia dependerá de las características de los pacientes, la disponibilidad de recursos sanitarios, el riesgo cardiovascular global, el nivel de Presión Arterial y los requerimientos de medicación del paciente.

Mientras se evalúa y estabiliza el tratamiento, los controles deben ser frecuentes para verificar los cambios en la Presión Arterial, los factores de riesgo y otras condiciones clínicas. Con cada modificación del tratamiento, se justifica ajustar la frecuencia de las visitas. Es importante controlar periódicamente a los pacientes que no reciben tratamiento farmacológico, para reconsiderar su necesidad. El tratamiento antihipertensivo es de por vida. Cuando se lo interrumpe, si el diagnóstico ha sido correcto, tarde o temprano la Presión Arterial vuelve a los niveles previos al tratamiento. Sin embargo, después de un período prolongado, uno o dos años, de control adecuado, se puede intentar disminuir progresivamente las dosis y el número de fármacos administrados, sobre todo en pacientes que persisten en sus nuevos hábitos de vida, para que el tratamiento se mantenga con las dosis mínimas requeridas.

Como se ha visto hasta ahora, hay argumentos para apoyar la aplicación y la búsqueda de metodologías que favorezcan el cumplimiento de los pacientes para conseguir una mayor efectividad y eficiencia en lo que respecta al uso de fármacos en el sistema sanitario y también para obtener una mayor eficacia terapéutica que beneficie a la población tratada.

En el control de la hipertensión arterial requiere de la modificación de los factores de riesgo conocidos, y en su caso un riguroso cumplimiento al tratamiento farmacológico.

Con el propósito de propiciar el autocuidado, así como facilitar la educación, y la adopción de estilos de vida saludables, es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento. El paciente debe de ser informado acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones, y la necesidad de cumplimiento al tratamiento.

Conocer al enfermo cumplidor y los factores que favorecen al incumplimiento permite diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias. Estas estrategias son de fácil uso en la práctica clínica, aunque los resultados obtenidos a largo plazo, son pequeños al utilizarse como estrategia aislada, por lo cual deben utilizarse en combinación con otras estrategias. La falta de conocimientos mínimos sobre la Hipertensión Arterial Sistémica y del tratamiento antihipertensivo recomendado, facilita la aparición de una conducta o actitud incumplidora. Los hipertensos deben creer en el régimen terapéutico prescrito, entenderlo y conocerlo con detalle. Deben conocer diferentes aspectos de los antihipertensivos que toman, por qué deben tomarlos, cuándo, cómo tomarlos, en qué cantidad, qué hacer en el caso de olvido o retraso en una dosis, con qué frecuencia aparecen efectos adversos con ellos, qué efectos adversos graves pueden producir y se debe comprometer al paciente en la toma de la medicación.^(15,21)

El desarrollo de estrategias para mejorar el cumplimiento a los tratamientos es un proceso complejo que depende del tipo de tratamiento, de la enfermedad y del paciente, y está condicionado por las causas reales que la motivan. Las intervenciones deben ser multidimensionales y necesitan de recordatorios para mantener la efectividad, ya que los beneficios de éstas sobre el cuidador y el paciente anciano disminuyen con el tiempo.

Las intervenciones estarán dirigidas a realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso, informar al paciente de la enfermedad y de la necesidad o no del tratamiento farmacológico, seleccionar el medicamento más eficaz y adecuado a las características del paciente, informar de los objetivos a alcanzar y de la necesidad de seguir una pauta terapéutica determinada e informar sobre la posibilidad de efectos adversos), minimizar el número de fármacos prescritos y simplificar la pauta posológica, mejorar la información en la visita médica o al alta hospitalaria, realizar tarjetas calendario para el manejo de la medicación, mejorar la interacción entre el cuidador y el paciente, y realizar el seguimiento con llamadas domiciliarias recordatorias.

Es evidente, y no admite dudas, que deben ser los médicos de familia los responsables del correcto diagnóstico, el seguimiento y las decisiones terapéuticas que se deben tomar con los pacientes hipertensos, en colaboración, en caso de necesidad, con otros especialistas, ya sean internistas, nefrólogos o cardiólogos, entre otros.

Asimismo, éstos deben ser los responsables de la obtención de un correcto grado de control de sus cifras de presión arterial, en función del riesgo individual que recomiendan los diferentes consensos en la hipertensión arterial.

Queremos resaltar la estrecha relación encontrada entre cumplimiento del tratamiento farmacológico y control adecuado de la hipertensión arterial del paciente hipertenso, lo que ratifica la importancia de un tratamiento consistente para el logro de las metas de la terapia antihipertensiva. Los médicos familiares somos los responsables del correcto diagnóstico, el seguimiento y control de los pacientes hipertensos. Así mismo estos juntos con la participación de los pacientes, deben ser los responsables de la obtención de un correcto grado de control de sus cifras de presión arterial.

Por lo que en el presente trabajo me hago la siguiente pregunta ¿Cuál es la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la UMF No 33?

Objetivo General.

Determinar la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la UMF No. 33.

Objetivos Específicos.

- 1.-Identificar la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico en el paciente hipertenso controlado y descontrolado en estadio I y II de acuerdo al JNC-7.
- 2.- Identificar la frecuencia entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la UMF No.33.
- 3.- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos de la UMF No 33

Propósito: que mediante un método de fácil aplicación como es el cuestionario de Morisky Green, llevado a cabo en nuestra población hipertensa en la Unidad de Medicina Familiar No 33, logremos determinar la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial, para en un futuro planear estrategias encaminadas a un buen control de las cifras arteriales.

De tal forma que hoy en día el problema que nos enfrentamos ya no se trate solamente de evitar las muertes prematuras y aumentar la supervivencia, sino también de conservar la salud y restablecer las capacidades físicas, mentales, durante un ciclo de vida que cada día se prolonga más.

MATERIAL Y METODOS:

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional, se realizó en la consulta externa del turno matutino y vespertino de los diferentes consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario, perteneciente a la Delegación Norte, en un periodo de tiempo de Enero 2006 a Enero 2007, en un total de 346 pacientes hipertensos del sexo masculino y femenino, entre las edades de 30 a 69 años.

Para el estudio se tomaron los siguientes Criterios de Inclusión: pacientes derechohabientes del IMSS de la UNF No 33, con el diagnóstico de hipertensión arterial primaria y que estén llevando tratamiento farmacológico, sexo indistinto, y que estén o no cursando con alguna otra enfermedad crónica degenerativa. Criterios de Exclusión: pacientes hipertensos que por indicación médica hayan suspendido su toma del medicamento. Criterios de Eliminación: cuestionarios incompletos, pacientes que no quieran participar en el estudio.

Con las siguientes Variables Univariantes: Cumplimiento del tratamiento farmacológico, Control de la hipertensión arterial. Y las Variables Universales: Sociodemográficas, Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Escolaridad. Para determinar la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial del paciente hipertenso de la UMF No. 33, se aplicó un cuestionario a todos los pacientes donde respondieron a las cuatro preguntas del Test de Morisky Green, así como preguntas sociodemográficas, y se les tomó la presión arterial de acuerdo al procedimiento de la guía JNC7, los resultados se reportaron de manera textual y se mantuvo informado al paciente de los resultados obtenidos del estudio en todo momento, la lectura de los resultados se recopilaron y se llevó a cabo un análisis estadístico de este estudio a través de procedimiento descriptivo, obteniéndose frecuencias, seguido de la presentación de tablas y gráficas, entregándose un reporte del trabajo final.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El estudio fue factible llevándose a cabo satisfactoriamente ya que se contó con el personal adecuado y el material necesario, así como los pacientes indicados para poder aplicar el proyecto de investigación en la Unidad correspondiente, con autorización por el Comité Local de investigación de nuestra UMF.

Se realizó el trabajo de investigación conforme a los aspectos éticos que rigen a toda la investigación. Teniendo como principal exponente a la declaración del Helsinki que fue adoptada por la XVII Asamblea Médica Mundial. (Helsinki, Finlandia) en 1975 enmendada por la 52 asamblea general, Edimburgo Escocia, octubre 2000, esta como una propuesta de conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de este deber.

La asociación Médica Mundial en declaración de Ginebra, vincula al médico con la fórmula de velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente y el Código Internacional de Ética Médica declara: "cualquier acto o consejo que pueda debilitar la resistencia física o moral de un ser humano, puede utilizarse solo en su beneficio"

Considerando en el presente estudio los aspectos básicos que regirán a toda investigación biomédica, a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación de esta señala en la Ley Federal de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, toma en cuenta la responsabilidad penal, criminal y ética del investigador que se contempla en el Título V, Capítulo único, en su artículo del 96 al 103 de esta Ley.

Este trabajo se apejó a las Leyes Nacionales y a los lineamientos generales para realizar proyectos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que algunos de sus principales puntos señalados.

RESULTADOS

En el presente estudio para determinar la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso se evaluó a 346 pacientes hipertensos derechohabientes de la UMF No 33 del turno matutino y vespertino que acudieron a consulta médica los cuales reportaron los siguientes resultados, en lo que respecta a las edades se reportan de 30 a 40 años un total de casos; 28 (8.09%), de 40 a 50 años; 29 (3.38%), de 50 a 60 años; 81 (23.4 %), de 60 a 69 años (60.12%), tabla y grafica 1.

Respecto al sexo se reporta un total de casos de 217 (62.72%) pacientes del sexo femenino y 129 (37.28%) pacientes del sexo masculino, tabla y grafica 2.

Referente a la escolaridad se encontró un nivel académico predominantemente de primaria con un total de casos de 166 (47.98 %), secundaria 63 (18.21%), preparatoria 49 (14.16%), licenciatura 43 (12.43%), analfabeta 20 (5.78%), postgrado 5 (1.45%), tabla y grafica 3.

En el estado civil se encontró un total de casos de pacientes Casados; 244 (70.52%), Viudo 64 (18.50%), Soltero 26 (7.51%), Divorciado 12 (3.47%), tabla y grafica 4.

En la ocupación se encontró un predominio de ama de casa con un total de casos de 152 (44%), pensionado 97 (28.0%), empleado 46 (13.2%), obrero 11 (3.17%), maestro 10 (2.89%), contador 10 (2.89%), secretaria 5 (1.44%), mecánico 4 (1.15%), enfermera 4 (1.15%), guardia 4 (1.15%), ingeniero 3 (0.83%), tabla y grafica 5.

La hipertensión arterial controlada se reporta un total de pacientes de 120 (34.68%) casos, respecto a la hipertensión arterial descontrolada se reporta un total de 226 pacientes de los cuales en estadio I son 188 (54.34%) casos, y en estadio II son 38 (10.98%) para sumar un total de 346 pacientes.

Los pacientes hipertensos cumplidores al tratamiento farmacológico y controlados se reportan un total de 90 (26.01%) casos y los pacientes cumplidores pero con hipertensión arterial descontrolada en estadio I se reporta un total de 66 (19.08%) casos, y en estadio II se reporta un total de 14 (4.05%) casos.

Los pacientes hipertensos incumplidores al tratamiento farmacológico pero controlados se reportan un total de 30 (8.67%) casos, y los pacientes incumplidores pero con hipertensión arterial descontrolada en estadio I se reporta un total de 122 (35.26%) casos, y en estadio II se reportan un total de 24 (6.94%) casos.

Con una distribución total de las preguntas-respuestas (Si/No) del cuestionario de Morisky Green. Pregunta No 1. Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión arterial?; Si 120(38%), No 200(62%). Pregunta No 2. Los toma a la hora indicada?: Si, 282 (81%), No 68(19%), Pregunta No 3. Cuando se encuentra bien, deja de tomar su medicamento? ; Si 96(27%), No 266(73%), Pregunta No 4. Si alguna vez le sienta mal, deja usted de tomarlas? ; Si 76(22%), No 276(78%).

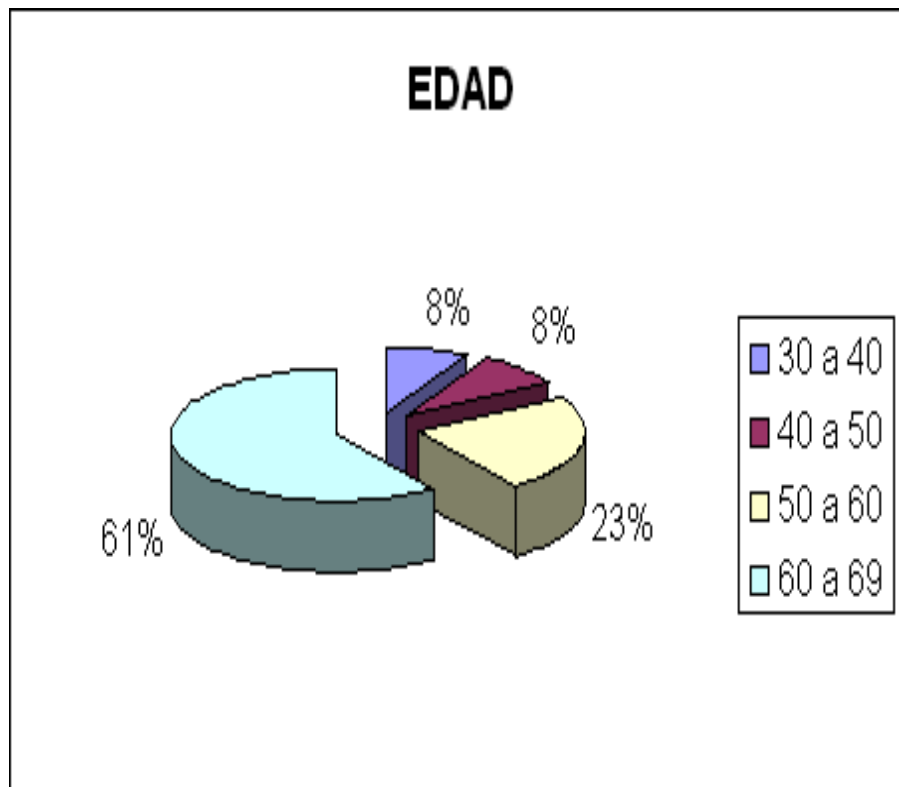
RESULTADOS

EDAD

TABLA N° 1

EDAD	N° DE CASOS	PORCENTAJE
30 a 40	28	8.09%
40 a 50	29	8.38%
50 a 60	81	23.41%
60 a 69	208	60.12%
TOTAL	346	100.00%

GRAFICA
No1



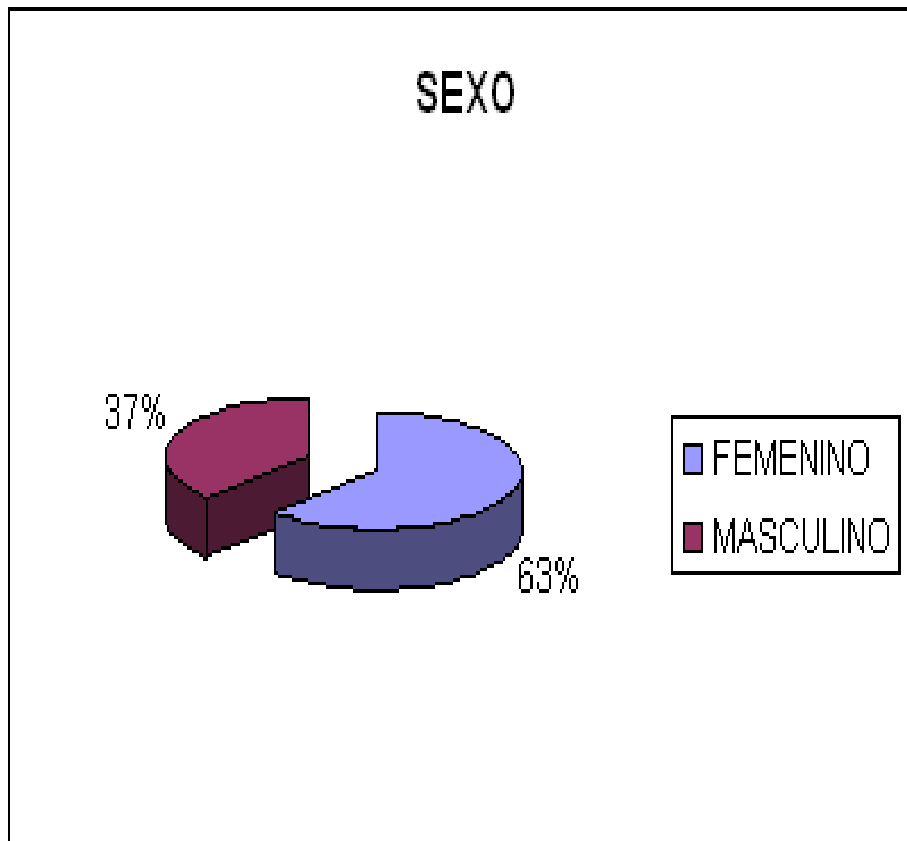
FUENTE: CUESTIONARIO
MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

SEXO

TABLA N° 2

SEXO	N° DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	217	62.72%
MASCULINO	129	37.28%
TOTAL	346	100.00%

GRAFICA No 2



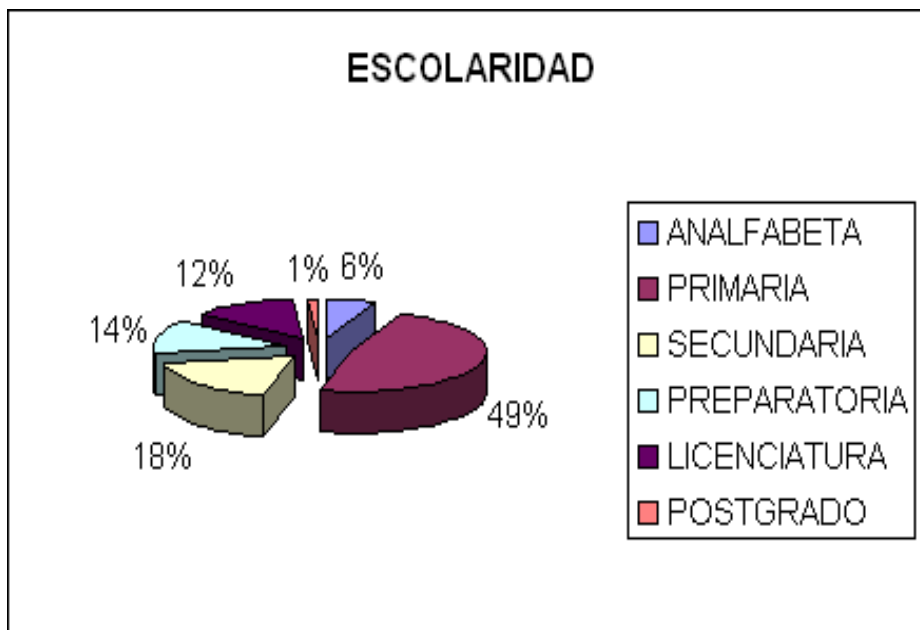
FUENTE: CUESTIONARIO
MORISKYGREEN, APLICADO EN
LA UMF 33 IMSS

ESCOLARIDAD

TABLA Nº 3

ESCOLARIDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
ANALFABETA	20	5.78%
PRIMARIA	166	47.98%
SECUNDARIA	63	18.21%
PREPARATORIA	49	14.16%
LICENCIATURA	43	12.43%
POSTGRADO	5	1.45%
TOTAL	346	100%

GRAFICA No 3



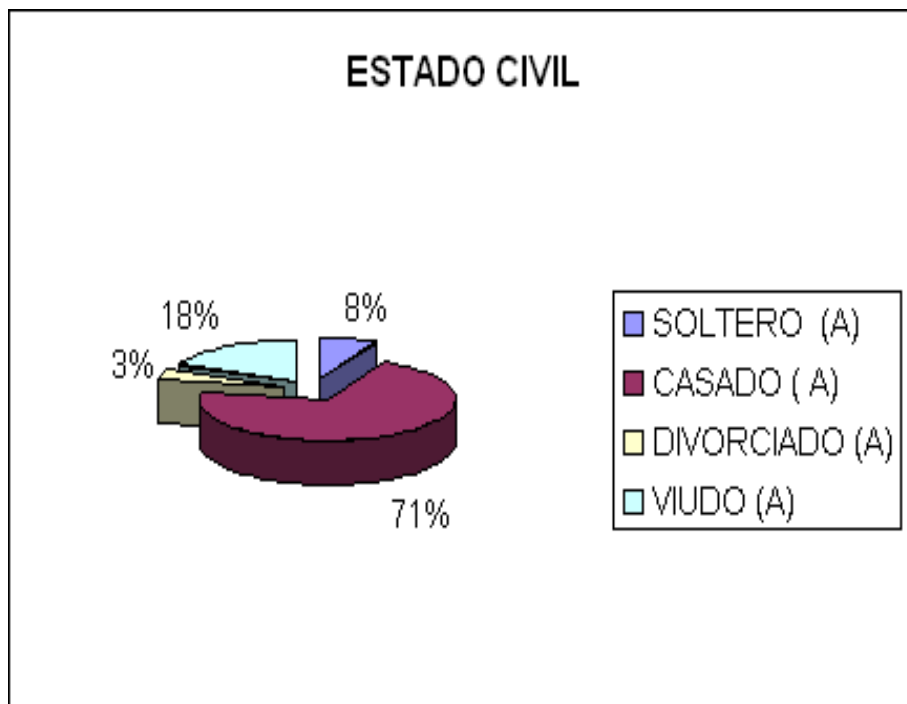
FUENTE: CUESTIONARIO
MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

ESTADO CIVIL

TABLA Nº 4

ESTADO CIVIL	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
SOLTERO (A)	26	7.51%
CASADO (A)	244	70.52%
DIVORCIADO (A)	12	3.47%
VIUDO (A)	64	18.50%
TOTAL	346	100.00%

GRAFICA No 4



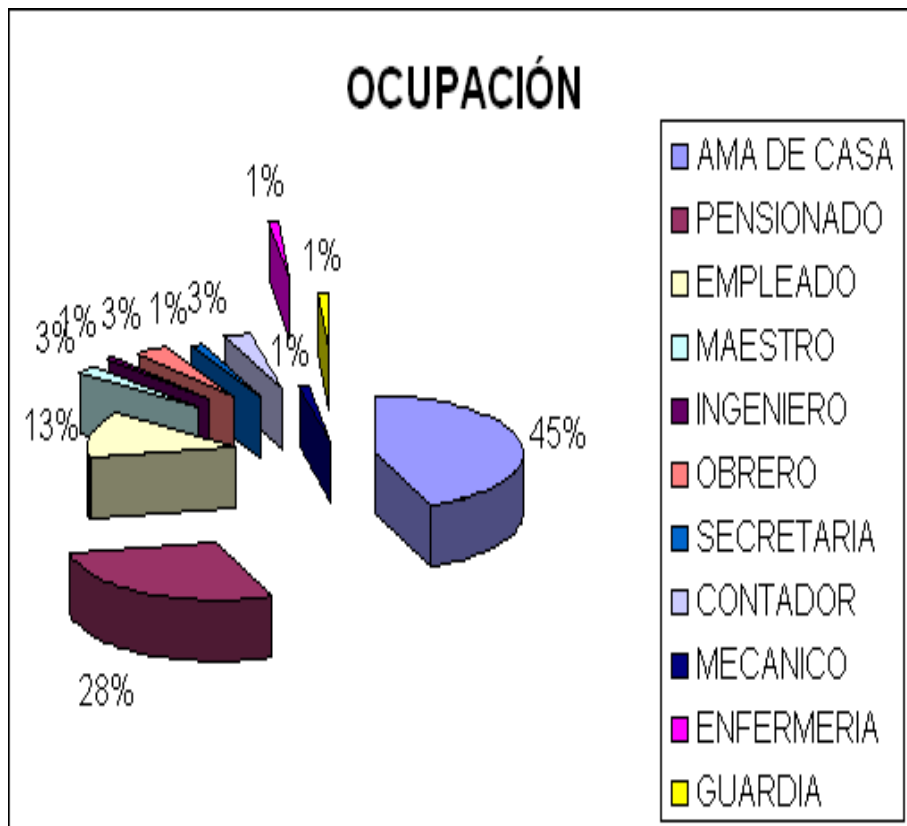
FUENTE: CUESTIONARIO
MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

OCUPACIÓN

TABLA N° 5

OCUPACION	N° DE CASOS	PORCENTAJE
AMA DE CASA	152	44%
PENSIONADO	97	28%
EMPLEADO	46	13%
MAESTRO	10	3%
INGENIERO	3	1%
OBRERO	11	3%
SECRETARIA	5	1%
CONTADOR	10	3%
MECANICO	4	1%
ENFERMERIA	4	1%
GUARDIA	4	1%
TOTAL	346	100%

GRAFICA 5



FUENTE: CUESTIONARIO MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

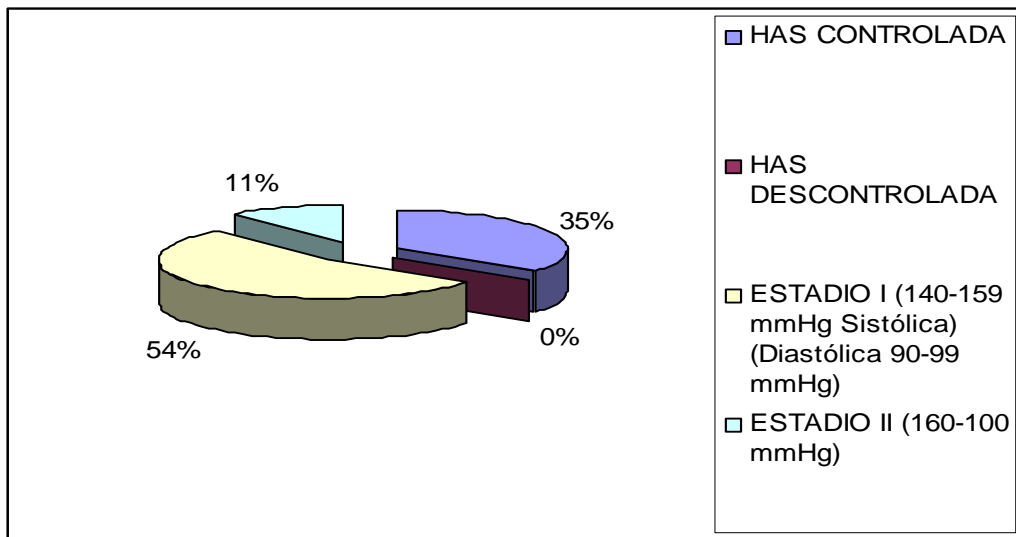
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y DESCONTROLADA

TABLA N° 6

HAS CONTROLADA	N° DE CASOS	PORCENTAJE
< 140 – 90 mmHg	120	34.68%
HAS DESCONTROLADA		
ESTADIO I (140-159 mmHg Sistólica) (Diastólica 90-99 mmHg)	188	54.34%
ESTADIO II (160-100 mmHg)	38	10.98%
TOTAL	346	100.00%

GRAFICA No 6

HAS CONTROLADA Y DESCONTROLADA



FUENTE: CUESTIONARIO
MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

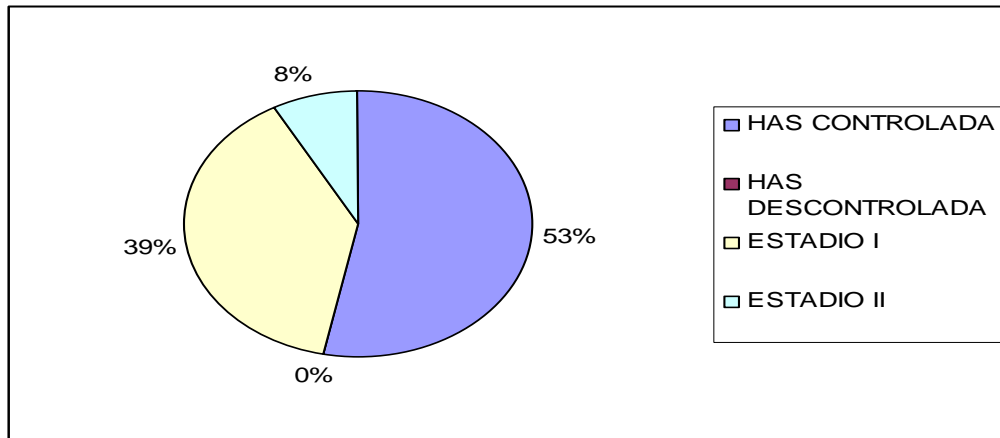
PACIENTE HIPERTENSO CUMPLIDOR E INCUMPLIDOR CON HIPERTENSION CONTROLADA Y DESCONTROLADA.

TABLA N° 7

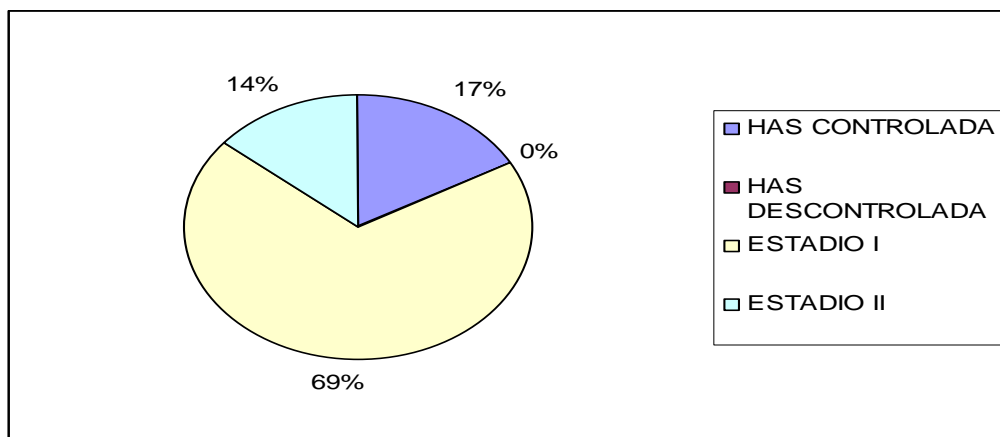
	HAS CONTROLADA		HAS DESCONTROLADA			
	N° DE CASOS	PORCENTAJE	ESTADIO I		ESTADIO II	
	N° DE CASOS	PORCENTAJE	N° DE CASOS	PORCENTAJE	N° DE CASOS	PORCENTAJE
PACIENTE HIPERTENSO CUMPLIDOR	90	26.01%	66	19.08%	14	4.05%
PACIENTE HIPERTENSO INCUMPLIDOR	30	8.67%	122	35.26%	24	6.94%
SUBTOTAL	120		188		38	
TOTAL						346

GRAFICAS No 7

PACIENTE HIPERTENSO CUMPLIDOR



PACIENTE HIPERTENSO INCUMPLIDOR



FUENTE: CUESTIONARIO MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

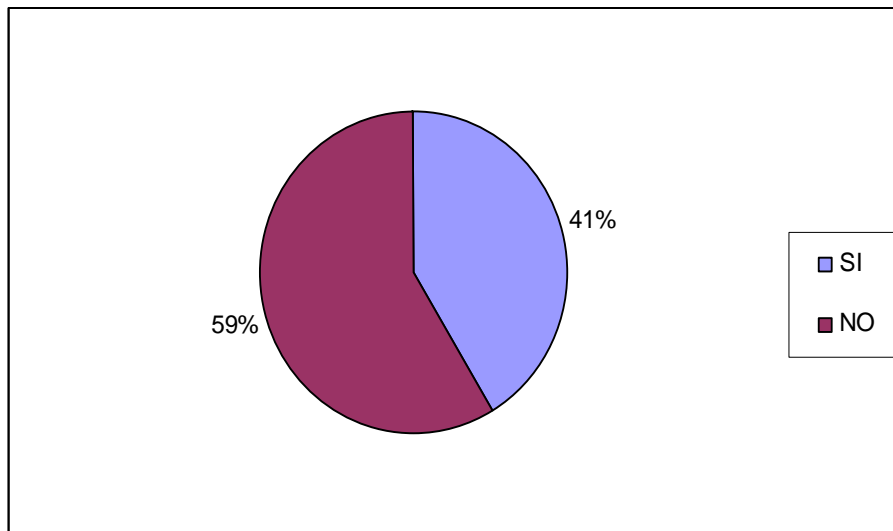
**DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE LAS PREGUNTAS-RESPUESTAS (SI/NO)
DEL CUESTIONARIO MORISKY-GREEN.**

TABLA No 8

CUESTIONARIO MORISKY GREEN	Frecuencia	Porcentaje
SI	574	41%
NO	810	59%
TOTAL	1384	100%

FUENTE CUESTIONARIO MORISKY GREEN

GRAFICA No 8



**FUENTE CUESTIONARIO
MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS**

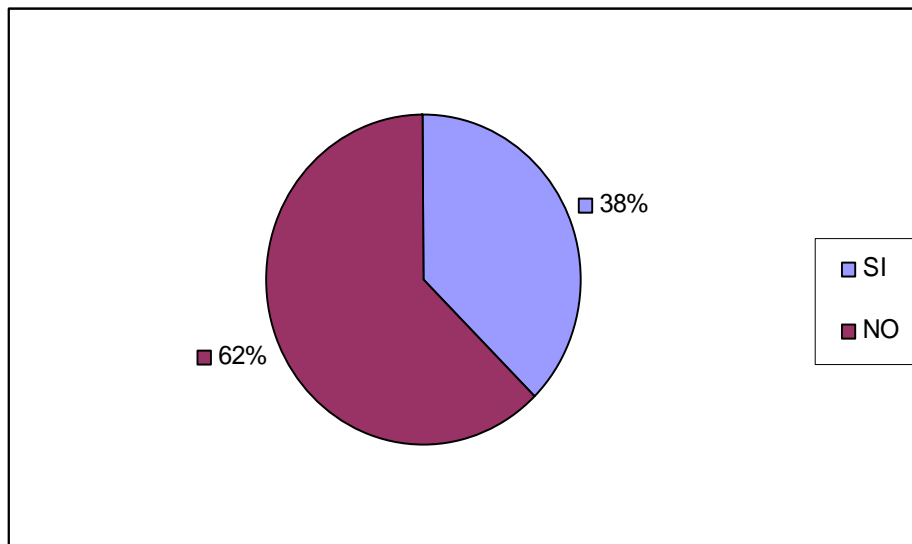
DISTRIBUCIÓN DE LAS PREGUNTAS-RESPUESTAS (SI/NO), DEL CUESTIONARIO MORISKY GREEN.

TABLA No 9

	Frecuencia	Porcentaje
1.- Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión arterial?		
SI	120	38%
NO	200	62%
TOTAL	320	100%

FUENTE CUESTIONARIO MORISKY GREEN

GRAFICA No 9



FUENTE CUESTIONARIO
MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

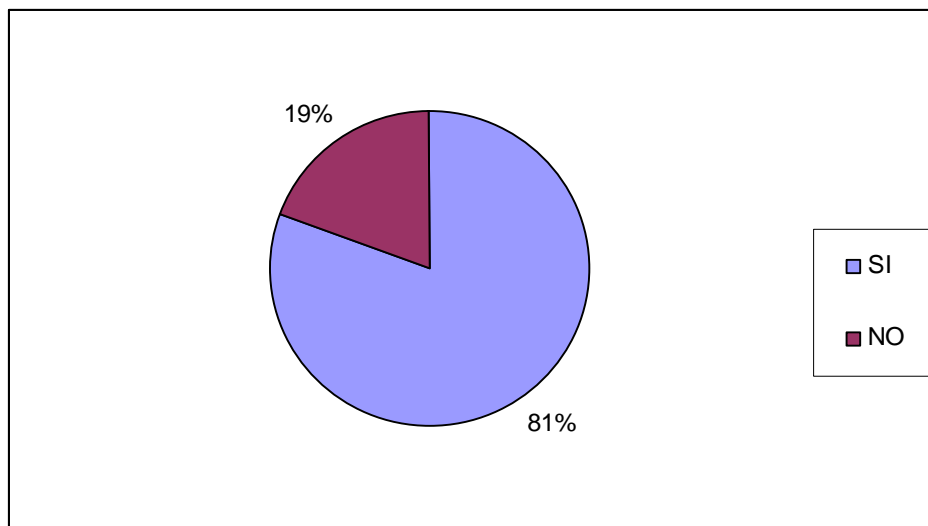
DISTRIBUCIÓN DE LAS PREGUNTAS-RESPUESTAS (SI/NO), DEL CUESTIONARIO MORISKY GREEN.

TABLA No 10

2.- Los toma a la hora indicada?	Frecuencia	Porcentaje
SI	282	81%
NO	68	19%
TOTAL	350	100%

FUENTE CUESTIONARIO MORISKY GREEN

GRAFICA No.10



FUENTE CUESTIONARIO
MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

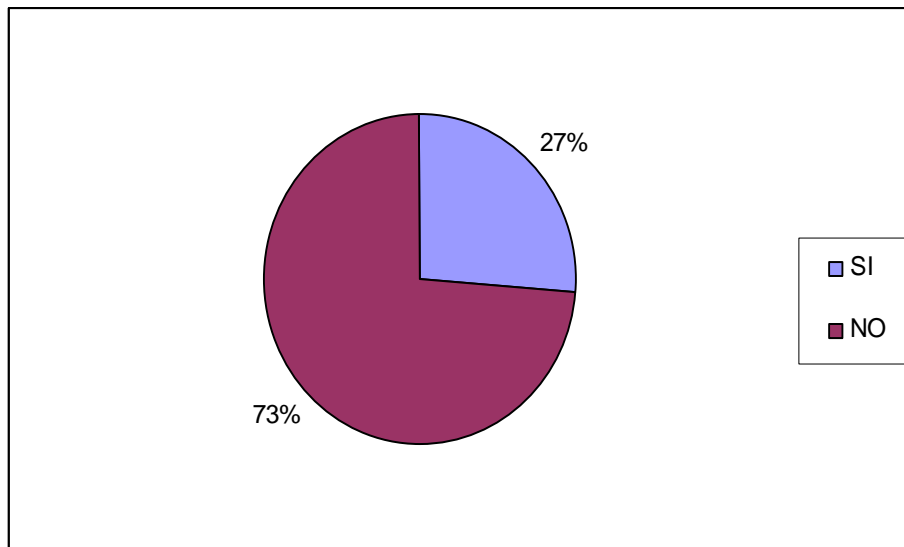
DISTRIBUCIÓN DE LAS PREGUNTAS-RESPUESTAS (SI/NO), DEL CUESTIONARIO MORISKY GREEN.

TABLA No 11

3.- Cuando se encuentra bien deja de tomar su medicamento?	Frecuencia	Porcentaje
SI	96	27%
NO	266	73%
TOTAL	362	100%

FUENTE CUESTIONARIO MORISKY GREEN

GRAFICA No 11



FUENTE CUESTIONARIO MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

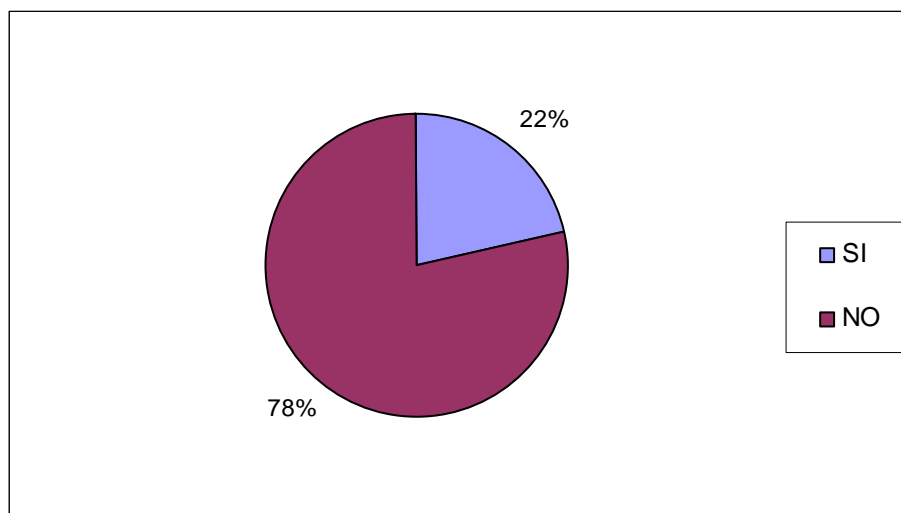
DISTRIBUCIÓN DE LAS PREGUNTAS-RESPUESTAS (SI/NO), DEL CUESTIONARIO MORISKY GREEN.

TABLA No 12

4.- Si alguna vez le sienta mal, deja usted de tomarlas?	Frecuencia	Porcentaje
SI	76	22%
NO	276	78%
TOTAL	352	100%

FUENTE CUESTIONARIO MORISKY GREEN

GRAFICA No 12



FUENTE CUESTIONARIO MORISKY GREEN APLICADO EN LA UMF 33 IMSS

ANALISIS DE RESULTADOS

Del total de los 346 pacientes hipertensos, predomina el grupo de edad de 60 a 69 años con un total de 208 casos, lo que nos indica que la prevalencia de la hipertensión arterial guarda estrecha relación conforme aumenta la edad. El sexo femenino fue mayoritario con un total de 217 casos, que el masculino con un total de 129 casos. La escolaridad muestra que un bajo nivel académico de nuestra población predominando el nivel primaria con un total de 166 casos, seguido de secundaria con un total de 63 casos. El estado civil predominan los pacientes casados con un total de 244 casos. En cuanto a la ocupación, las amas de casa ocupan el mayor número de casos con un total de 152 así como los pensionados con 97 casos, seguidos de empleados, maestros, etc.

Podemos observar que de los 346 pacientes hipertensos de la UMF No 33, se encuentran con hipertensión arterial descontrolada un total de 226 casos, predominando el estadio I con un total de 188 casos, con estadio II 38 casos, sobre los pacientes hipertensos controlados con un total de 120 casos.

En el estudio aplicado en la UMF No 33, para determinar la frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso, se reporta que de todos los pacientes solamente el 26 % esta en control óptimo, encontrando diferencias mínimas con los datos bibliográficos reportados donde comentan que de toda la población hipertensa mexicana solamente menos del 15 %, esta realmente en control óptimo.

Respecto al paciente hipertenso cumplidor con hipertensión arterial controlada se observa un total de 90 casos, por arriba del número de pacientes hipertensos incumplidores con hipertensión controlada con un total de 30 casos, lo que nos indica que los pacientes que cumplen el tratamiento farmacológico suelen tener cifras óptimas tensionales.

Predomina también un número elevado, de el paciente hipertenso incumplidor con hipertensión descontrolada en estadio I con un total de 122 casos, y de estadio II con un total de 24 casos, sobre un número menor respecto al paciente hipertenso cumplidor con hipertensión descontrolada en estadio I con un total de 66 casos, y en estadio II con 14 casos. Demostrando que los pacientes que son cumplidores al tratamiento farmacológico tienen cifras tensionales más controladas y por tanto disminuye el número de pacientes descontrolados en sus diferentes estadios.

Es importante recalcar la relación encontrada entre el incumplimiento al tratamiento farmacológico y el alto porcentaje de descontrol de la presión arterial de los pacientes principalmente en estadio I.

En nuestro estudio descriptivo, transversal, observacional llevado a cabo mediante el test de Morisky Green, se pudo comprobar que solo 90 pacientes mostraron ser cumplidores y estar controlados, comprobando que el test es un método de fácil implementación y útil para determinar el cumplimiento al tratamiento farmacológico y quienes no contestaron correctamente a una o más preguntas tiene más posibilidades de lograr un control tensional menor y si cifras sistólica-diastólica más elevadas, como lo reportado por la bibliografía en los diferentes estudios donde se ha

demostrado que menos de la mitad de los pacientes tienen un buen cumplimiento al tratamiento, en concordancia con los resultados obtenidos por otros investigadores que indican que más del 50% de los pacientes manifiesta alguna forma de incumplimiento .

De las preguntas del cuestionario de Morisky Green, la pregunta número dos, ¿Los toma a la hora indicada?, hay un alto número a la respuesta SI, coincidiendo la mayoría que toma sus medicamentos a la hora indicada y en las demás preguntas uno, tres y cuatro, predomina las respuestas NO, dándonos un panorama amplio de que la mayoría trata de cumplir con el tratamiento farmacológico, aunque en el estudio se demuestra que menos de la mitad de los pacientes cumplen satisfactoriamente.

Ya vimos que la efectividad del tratamiento de una enfermedad depende principalmente de dos factores, la eficacia del tratamiento prescrito por los médicos y el grado de cumplimiento del paciente con dicho tratamiento. Y donde el efecto deseado de un fármaco no se consigue debido a que no se utiliza correctamente. Por tanto el incumplimiento del tratamiento farmacológico es uno de los mayores problemas en la práctica clínica encontrados en la UMF No 33.

CONCLUSION

Definitivamente el cumplimiento al tratamiento farmacológico es esencial para obtener resultados terapéuticos óptimos en el control de las cifras tensionales de los pacientes hipertensos.

El papel del médico, personal de salud y el paciente en la mejora de su salud conlleva a varias actividades para el cumplimiento del tratamiento farmacológico como lo es identificar factores que predispongan a un buen o mal apego al tratamiento, contemplando varios aspectos como el entorno social, demográfico, económico, cultural y biológico, del individuo. Como se muestra en el estudio predominó los pacientes adultos mayores del sexo femenino, con un nivel académico bajo y sin tener una ocupación laboral activa.

En el estudio llevado a cabo en la Unidad de Medicina familiar No 33, se reporta un predominio de pacientes hipertensos no cumplidores al tratamiento farmacológico, con un porcentaje alto de diferentes grados de descontrol de sus cifras tensionales enfatizando que el pobre cumplimiento al tratamiento farmacológico se relaciona con un alto porcentaje de cifras tensionales descontroladas lo cual tiene mucha similitud con la bibliografía reportada en diferentes trabajos de investigación.

El test de Morisky Green es un método de fácil implementación muy útil para determinar el cumplimiento y quienes no contestaron correctamente a las preguntas tendrán más posibilidades de lograr un control tensional menor y cifras de presión arterial diastólicas más elevadas.

En base a lo encontrado en este estudio, para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y tener un control óptimo de la presión arterial debemos de elaborar un programa educativo activo participativo logrando que el paciente (como pieza fundamental del apego al tratamiento) tenga un conocimiento amplio con respecto a su enfermedad y a los riesgos de discontinuar la terapia antihipertensiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Orueta SR. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información terapéutica del sistema nacional de salud 2005; 29(2): 40-8.
- 2.-INFAC. Información fármaco terapéutica de la comarca 2000; 8(4):20-22.
- 3.-Coutin MG, Borges SJ, Batista MR, Feal CP. El control de la hipertensión arterial puede implementar la esperanza de vida. Rev Cub Med 2001; 40(2): 103-8.
- 4.-Hipertensión arterial en México: Resultados de la encuesta nacional de salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Méx 2002; 72(1): 71-84
- 5.-Rigueira GI. Cumplimiento terapéutico: que conocemos de España?. Atención primaria 2001; 27(8): 79-96.
- 6.- Rosas M, Pastelón G, Martínez RJ, Herrera AJ, Attle F. Hipertensión arterial México. Arch Cardiol Mex 2004; 74: 134-157.
- 7.- Bustos SR, Mesa SA, Bustos MA, Bustos MR, López HG, Gutiérrez HH. Hipertensión arterial en el paciente anciano del occidente de México. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(5-6): 1-7.
- 8.- JNC7. Prevención, detección evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial 2003.
- 9.- Fonseca RS, Parra CJ. Recomendación para el tratamiento de la hipertensión en adultos. Med Int Mex 2004; 20: 296-305.
- 10.- Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Cumplimiento terapéutico en las HTA Actualizaciones 2005; 1 (1): 1-15.
- 11.- Bonafont PX, Costa PJ. Adherencia al tratamiento farmacológico. Sanitat 2004; 16(3): 9-14.
- 12.- Larrea VP, Mir IM. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud 2004; 28: 113-120.
- 13.- Pérez GA, Leiva FF, Martos CF, García RA, Prados TD. Como diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria. Medicina de Familia 2000; 1(1): 13-19.
- 14.- Ingaramo AR, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz DA, y col. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento. Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34: 104-111.
- 15.- Zanchetti A. Consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial. Journal of Hypertensión 2001; 6(2): 1-22.
- 16.- Peredo RP, Gómez LM, Sánchez NH, Navarrete SA, García RM. Impacto de una estrategia educativa activa en el control de la hipertensión arterial. Rev Med IMSS 2005; 43(2): 125-129.

ANEXOS



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

LUGAR Y FECHA: _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: **CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UMF No. 33.**

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD O LA CNC: **COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA U. M. F. NO. 20.**

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: **DETERMINAR LA FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UMF No. 33.**

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN:

1. OTORGAR DATOS COMO NOMBRE, EDAD Y SEXO, ESTADO CIVIL, OCUPACION, ESCOLARIDAD.
2. TOMA DE LA PRESION ARTERIAL
3. RESPONDER UN CUESTIONARIO SOBRE VALORACION DE LA ACTITUD DEL ENFERMO RESPECTO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. (CUESTIONARIO DE MORISKY GREEN).

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIO DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES **DETECTAR EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UMF No. 33. CON EL FIN DE IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS NECESARIAS PARA LA PREVENCION DE LA MISMA, Y EVITAR COMPLICACIONES DE ESTA ENFERMEDAD CRÓNICODEGENERATIVA.**

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTÉ ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARÁN A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIÉN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ÉSTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NÚMEROS TELEFÓNICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

TESTIGOS

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES

Turno

No de Consultorio.

Fecha

Sexo

Edad

Estado civil

Ocupación

Escolaridad

Tensión arterial Sistólica: Diastólica;

CUESTIONARIO DE MORISKY GREEN

Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión arterial?

SI / NO

Los toma a la hora indicada?

SI / NO

Cuando se encuentra bien, deja de tomar su medicamento?

SI / NO

Si alguna vez le sienta mal, deja usted de tomarlas?

SI / NO

ANEXOS

MEDIDA CORRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL CONSULTORIO

Se utilizara un esfigomanómetro de mercurio en buen estado y calibrado, un estetoscopio adecuado. Los pacientes deben estar sentados y quietos en una silla durante, al menos 5 minutos (mejor que en la camilla de exploración), con los pies en el suelo, y el brazo a la altura del corazón. La medida de la PA en bipedestación está indicada periódicamente, especialmente en quienes tengan riesgo de hipotensión postural. Debería usarse para una correcta toma un tamaño adecuado de brazalete (que sobrepase al menos el 80 % del brazo). La PAS es el primer punto en el se oye el primero o dos o más sonidos (fase 1), y la PAD es el punto tras el que desaparece el sonido (fase 5). El médico proporcionara verbalmente a los pacientes sus cifras de PA y los objetivos del estudio.