

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



FACULTAD DE MEDICINA.

FRECUENCIA DE APEGO EN EL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA
U.M.F. No. 20. DEL I.M.S.S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. TORRES SÁNCHEZ JUAN.

TUTORA:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA.

ASESORA METODOLÓGICA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA.

GENERACIÓN: 2005 – 2008.

MÉXICO, D. F.

2007.



IMSS



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por estar siempre conmigo en todas mis decisiones y permitirme terminar uno de los muchos objetivos que tengo.

A MIS PADRES.

Por su apoyo, comprensión, confianza, y cariño durante todos estos años.

A MIS HERMANOS.

Por su confianza y apoyo.

DOCTORAS DE ENSEÑANZA:

Por su dedicación, orientación, colaboración así como valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de mi trabajo y formación académica.

ÍNDICE.

RESUMEN.

I. ANTECEDENTES	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
III. OBJETIVOS	10
IV. JUSTIFICACIÓN	11
V. HIPÓTESIS	13
VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	14
VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS	19
VIII. RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS	21
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
X. DISCUSIÓN	35
XI. CONCLUSIÓN	37
XII. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	38
XIII. BIBLIOGRAFÍA	39
XIV. ANEXOS	43

FRECUENCIA DE APEGO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA U.M.F. No. 20. DEL I.M.S.S.

Torres-Sánchez Juan¹, Vega-Mendoza Santa², Aguirre-García María del Carmen³.

RESUMEN.

Introducción. La hipertensión arterial es la enfermedad más frecuente en todo el mundo. Es la primera causa de muerte por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad vascular cerebral. En México la prevalencia es del 30.05 % y el 61 % desconoce su enfermedad. **Objetivo.** Determinar la frecuencia de apego en el tratamiento farmacológico del paciente hipertenso. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio transversal, descriptivo. en la U.M.F. No. 20 en 292 pacientes hipertensos mayores de 30 años mediante la aplicación del cuestionario de Morisky Green que considera 4 ítems relacionados con la falta de apego en el tratamiento farmacológico y una cédula de datos sociodemográficos del paciente. Los datos se analizaron con estadística descriptiva. **Resultados.** Se observó que el sexo femenino fue en 67 %, el rango de edad de 61 y más años predominó con un 64.7 %, casados 65.1 %, ocupación hogar 63.7 %, primaria 63.1 %, tiempo de evolución de la enfermedad de 1-5 años 41.1 %, el descontrol de la hipertensión arterial en Estadio 1 con 56.2 % seguido por los controlados en un 43.5%, controlados con apego un 41.9% y descontrolados en Estadio1 con apego 57.6%. **Conclusión.** La frecuencia de apego al tratamiento farmacológico se encuentra en la mayoría de los pacientes; sin embargo, continúan en descontrol a pesar de que sí están apegados al manejo. Por lo tanto, no solo hay que considerar el buen apego terapéutico, hay que considerar otros factores que pudieran estar alterando las cifras de presión arterial.

Palabras Clave. Hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, apego a tratamiento.

1. Médico Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar U.M.F. No. 20.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar U.M.F. No. 20.
3. Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar U.M.F. No. 20.

I. ANTECEDENTES.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es una enfermedad crónico degenerativa, que se define como la elevación persistente de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en cifras igual o mayores a 140/90 mmHg., después de varias mediciones de la misma, resultado del constante aumento de las resistencias vasculares periféricas, lo que ocasiona daño vascular generalizado, sin que se refiera una causa clara.¹

Es la enfermedad más frecuente en todo el mundo; el 30 % de los adultos presentan cifras tensionales consideradas por definición como hipertensión, el 6-8 % del total de la población mundial padece alguna forma de hipertensión, calculándose que aproximadamente 180 millones de personas la padecen en países desarrollados y hasta 420 millones en los nominados en vías de desarrollo. Se calcula que al año 17 millones de personas fallecen por trastornos directos o indirectamente relacionados.¹

La Hipertensión Arterial Sistémica es un problema de Salud Pública en México, con impacto social y económico, siendo la primera causa de muerte por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad vascular cerebral; las cuales constituyen las primeras causas de muerte prematura en adultos en la región de las Américas. Tiene frecuencia ascendente y se distribuye ampliamente entre la población, puede actuar como entidad patológica con morbilidad y mortalidad propia o asociada a otras entidades (elemento causal de aterosclerosis); otra complicación importante es la enfermedad renal; estas tres complicaciones muestran una frecuencia que va en aumento en las dos últimas décadas. En 1998 y hasta la fecha las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar como causa de defunción con una tasa de 73.4/100,000 y la cardiopatía isquémica fue responsable de más de la mitad de estos casos.^{2, 3, 4}

La prevalencia fue mayor en los hombres que en las mujeres (34.2 % y 26.3 % respectivamente). Sin embargo, la prevalencia de los que previamente se conocía el diagnóstico de hipertensión, fue más alta entre las mujeres que entre los hombres (15.7 % vs. 8.9 %); antes de los 50 años de edad la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en los hombres, llegando en el grupo de 40 a 49 años a 40.7 % y a partir de esta edad, el porcentaje es mayor en las mujeres con una prevalencia de 54.6 % para el grupo de 50 a 59 años y 60.3 % para el grupo de 80 y más años.^{2, 3, 5}

En relación a la edad y sexo aumenta con la edad en ambos sexos. La presión arterial sistólica aumenta en mayor medida conforme avanza la edad que la diastólica, por lo que se incrementa la presión del pulso. Es más frecuente en mujeres de tercera edad. La prevalencia es mayor en la raza negra (32.4 %) y menor en blancos (23.3 %) y Mexicanos Americanos (22.6 %).^{2, 3, 6}

En México, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000); la prevalencia es del 30.05 % en la población de 20-69 años y es mayor en los estados del Norte. Según esta encuesta, 61 % de la población hipertensa desconocía su enfermedad. De los 16 millones de hipertensos, 9 millones no han sido diagnosticados.^{3, 7}

La prevalencia hasta antes de los 50 años es mayor para los hombres, pero después de esta edad, se iguala para las mujeres. A partir de los 50 años, uno de cada 2 mexicanos padece HAS.^{3, 7}

De acuerdo a la ENSA 2000, la prevalencia de HAS se relaciona directamente con la edad y a partir de los 50 años la prevalencia en la mujer es mayor.⁸

En el ámbito regional, la prevalencia más elevada se encontró en el norte del país con 25.3 %. Se considera que la HAS esta involucrada en el 42 % de las muertes por enfermedad cerebrovascular y en el 27 % de las debidas cardiopatía isquémica.^{2,3}

Las diferencias en los estados son grandes y han dado pie al concepto de polarización, donde el norte tiene la mayor frecuencia seguido del centro y luego del sur del país encontrando en población de 20 años y más; según entidad federativa reportada por la ENSA 2000, Aguascalientes, Baja California Norte y Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua y el Distrito Federal se encuentran dentro de los primeros. Por edad, el grupo más afectado es el mayor de 65 años.^{2,3,9}

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas señala la prevalencia de hipertensión en mayores de 20 años en México: Norte 27.9 %, Centro 26.9 %, Sur (27.8 % y D.F. 23.8 %).^{10,11,12}

Según el CENSO de población y vivienda 2000, habían 49.7 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años, de los cuales 16 millones (30.05 %) fueron hipertensos. Tomando a la tasa más baja de mortalidad por HAS (1.5 %), significó que en el año 2000 ocurrieron 227,400 muertes atribuibles a HAS y por lo tanto potencialmente prevenibles. En otras palabras, una muerte cada 2 minutos. Si bien a este número de muertes potenciales hay que restar el 14.6 % de pacientes hipertensos controlados, la cifra se reduciría a 194,199, es decir una muerte cada 3 minutos.¹³

En México, la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) para el año 2002 ocupó la 9ª causa de muerte en la población general, con un total de 10, 696 muertes, con una tasa de 10.38 defunciones por cada 100, 000 habitantes.^{2,3,14}

En México el 75 % de los hipertensos tienen menos de 54 años.¹⁵

En la U.M.F. No. 20, la HAS en el año 2006 por sexo corresponde aproximadamente a: 4,225 para el sexo masculino y 9,881 para el femenino, para un total de de hipertensos para ese año de 14, 106.^{16,17}

La HAS es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. De los que ya se saben hipertensos, menos de la mitad toma medicamentos y de éstos aproximadamente el 20 % esta controlado. Diabetes, tabaquismo y obesidad incrementan de manera notable el riesgo de HAS. Los estados del norte de la República obtuvieron la mayor prevalencia (34 %). La información obtenida en ENSA 2000 demarca la urgente necesidad de nuevas estrategias para el control, detección y tratamiento de la HAS. Alrededor de 17 millones de personas mueren cada año por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 seg. ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 seg. un accidente vascular cerebral.^{17,18}

Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbimortalidad del paciente adulto en todo el mundo y México no escapa a esta circunstancia. Se estima que existen en el mundo 600 millones de personas que padecen HAS, de éstos, 420 (70 %) millones corresponden a países en vías de desarrollo.

La HAS es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se calcula que aproximadamente el 1.5 % de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a HAS.^{17, 18}

En relación a los factores ambientales se consideran al estrés, la ocupación, factores dietéticos, exposición durante mucho tiempo a ambientes psicosociales adversos, como principales causantes de esta enfermedad. Además se identifica una tendencia familiar, cuya expresión clínica está propiciada por algunos factores contribuyentes del estilo de vida. Por lo que puede ser susceptible a modificación mediante la educación higiénica apropiada. La raza, la edad y el sexo son otros factores de riesgo implicados en esta enfermedad.^{19, 20}

La prevalencia, morbilidad y mortalidad es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo. El sobrepeso, tiene una relación intensa en individuos jóvenes y adultos de mediana edad, y más en mujeres que en varones.^{2, 3}

Los factores relacionados son obesidad, especialmente abdominal (se reconoce como el principal factor hipertensínógeno), resistencia a la insulina, alta ingesta de alcohol, alta ingesta de sal, sedentarismo, estrés y baja ingesta de potasio y calcio. El 25 % de los hipertensos menores de 60 años presentan resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y descenso del colesterol HDL, asociación conocida como síndrome metabólico.³

En los derechohabientes del IMSS a nivel nacional se obtuvo una prevalencia entre el 33 y 35 %; la Hipertensión Arterial Sistémica se presentó en una menor proporción en la población con mayor escolaridad (entre el 22 y 25 %) y con mayor frecuencia, en la población con menor escolaridad. De la población con diagnóstico previo de hipertensión arterial, 74.9 % tenían algún tipo de tratamiento para su control al momento de la entrevista, de ellos el 39.8 % presentaron niveles de tensión arterial diastólica superiores a 145 mmHg. y/o de tensión arterial diastólica mayor de 95 mmHg.^{2, 4, 21, 22}

Los costos económicos que se generan en el tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones en el I.M.S.S. son: el costo anual por hipertenso en la Seguridad Social correspondió a \$ 1,067 en el escenario promedio y de \$ 3,913 en el escenario extremo. El gasto anual en hipertensión arterial equivale a 13.95 % del presupuesto destinado a la salud y a 0.71 % del producto interno bruto (PIB), valores que se modifican a 51.17 % y 2.62 % respectivamente en el escenario extremo.^{23, 24}

La definición operativa de Hipertensión Arterial nace de la necesidad de clasificar la enfermedad, para tomar decisiones principalmente preventivas.^{2, 4}

La Norma Oficial Mexicana o la guía del IMSS definen los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, que permiten disminuir la incidencia de la enfermedad y el establecimiento de programas de atención médica capaces de lograr un control efectivo del padecimiento, así como reducir sus complicaciones y mortalidad.⁵

Los padecimientos que ocupan los primeros lugares de atención, destacan los cardiovasculares; entre ellos, la HAS reporta 50 millones de casos en Estados Unidos de América, en tanto en Canadá y México la prevalencia alcanza 26 y 30.05 %, respectivamente.

En este último país, en 1998 se reportaron 481,368 casos nuevos y durante 1999 la cifra correspondió a 321,387. Esto sin considerar que por cada hipertenso diagnosticado se estima que existen 1.3 que no lo han sido.^{25, 26}

Las causas de HAS pueden ser múltiples, pero se han involucrado especialmente el grado de desarrollo socio económico y con ello la influencia del sedentarismo, la obesidad, la mala alimentación rica en “alimentos rápidos” y el estrés. La incidencia en el año 2003 se notificaron 435,579 casos nuevos de HAS con una tasa de 41.9/10,000 habitantes. La HAS constituye uno de los principales factores de riesgo modificables de enfermedad cardiovascular.¹³

Los procedimientos para la medición de la presión arterial son:

1. En condiciones ideales la persona debe abstenerse de fumar, tomar café o hacer ejercicio, al menos 30 minutos antes de la medición, así mismo deben considerarse las variaciones debidas al dolor y/o la ansiedad.
2. Debe estar sentado de manera confortable y con un buen soporte para la espalda, su brazo descubierto, semiflexionado y apoyo en una mesa que permita al brazo mantenerse a la altura del corazón.
3. Es recomendable, además, que toda evaluación inicial se tome también la presión en posición supina, y de pie.
4. Tomar al menos dos mediciones separadas 1-2 min., en ambos brazos y hacer una adicional si hubo una diferencia sustancial entre las dos primeras. Si se encuentran valores elevados se recomienda medir también en ambas extremidades inferiores.
5. Utilizar un brazalete estándar (12-13 cm. de ancho y 35 cm. de largo. En el caso de obesos (> 35 cm. de circunferencia del brazo), utilizar brazalete de 20 cm. de ancho. La cámara de aire debe cubrir al menos 80 % de la circunferencia del brazo.
6. Usar la fase I y V de los ruidos de Korotkoff para identificar las presiones sistólica y diastólica respectivamente.
7. Medir la presión arterial en ambos brazos durante la primera visita, en caso de diferencia, tomar el valor más alto como referencia.
8. Medir la presión 1 y 5 min. después de asumir la posición de pie en sujetos ancianos, diabéticos y en otras condiciones en las cuales la hipotensión ortostática se sospeche.
9. Determinar la frecuencia cardiaca, 30 seg. después de la segunda medición en la posición de sentado.⁹

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (The JNC VII Report).^{6, 27} Determina la clasificación y criterios diagnósticos para HAS:

Clasificación PA	PAS mmHg	PAD MmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin Indicación Clara	Con Indicación Clara
Normal	< 120	y < 80	Estimular	Sin tratamiento farmacológico	Tratamiento indicado
Prehipertensión	120-139	ó 80-89	Sí		
HTA: Estadio 1	140-159	ó 90-99	Sí	Tiazidas. Considerar IECAS, ARA II, beta bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAS, ARA II, beta bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio) según sea necesario
HTA: Estadio 2	> 160	ó > 100	Sí	Combinación 2 fármacos en la mayoría. Usualmente tiazídicos e IECAS ó ARA II ó beta bloqueadores o bloqueadores de canales de calcio	

La hipertensión sistólica aislada redefine como una presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg. y una presión diastólica menor o igual a 90 mmHg., clasificándose en la etapa que le corresponda.⁶

Existen dos formas de hipertensión arterial: la esencial o primaria, que es la mas frecuente ya que ocurre en 90 a 95 % de los casos y la cual no hay una causa específica o conocida. La hipertensión secundaria, en la cual existe una alteración orgánica o fisiológica específica y potencialmente susceptible de ser corregida (únicamente el 2 %), e incluye entre otras: enfermedades renales (glomérulo nefritis crónica, pielonefritis, riñones poliquísticos, enfermedades de la colágena, uropatía obstructiva, etc.), endocrinas (feocromocitoma, síndrome de Cushing, aldosteronismo primario, hipertiroidismo, mixedema), enfermedades vasculares (coartación aórtica y enfermedad de Takayasu), consumo de medicamentos (anticonceptivos orales, simpático miméticos, corticoesteroides) y sustancias adictivas (cocaína o heroína) y alcoholismo.^{11, 28}

La Hipertensión Arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición; por tanto, los programas para el control de esta enfermedad, deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria.⁵

La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra, a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad, los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad es: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada; con relación al control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25 , el control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas; utilizar los criterios específicos en La Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas para el uso de medicamentos en el control de peso. En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.) en relación al consumo de sal debe reducir, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día 2.4 g de sodio.⁵

El consumo de alcohol, la recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml. de etanol (dos a tres copas) al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo. Con relación a la dieta recomendable debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.^{5, 29}

Específicamente, en relación con la presión arterial. Debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados, el tabaquismo uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia, deberá evitarse mediante la promoción y educación primaria de la salud.^{5, 29}

Puesto que el tratamiento no farmacológico es la base para un buen control de la presión arterial, una de las medidas dietéticas encaminadas a disminuir la ingesta de sodio y grasa saturada ayudan a disminuir las cifras de presión arterial y los niveles de lipoproteínas de baja densidad.^{7, 30}

En general, la base del tratamiento no farmacológico se basa en las modificaciones del estilo de vida que deben ser permanentes y recomendadas a la población en general como única medida real de prevención primaria. Se considera estilo de vida sana cuando se cumplen los siguientes enunciados:

1. Mantener el peso corporal en rangos normales.
2. Realizar actividad física dinámica (aeróbica) en forma regular, al menos 30-45 minutos continuos 4 a 5 veces por semana.
3. Ingestión de sodio menor a 6 g/día; aun cuando solo el 50 % de los hipertensos son sensibles a la sal.
4. Evitar o restringir la ingestión de alcohol a no más de dos onzas de bebidas destiladas, dos vasos de vino de preferencia tinto o dos botellas de cerveza al día.
5. Evitar o suprimir el tabaquismo activo y pasivo (aunque no hay evidencia de causalidad con la hipertensión arterial (HA), sí potencia su capacidad para producir daño orgánico y eventos cardiovasculares mayores cuando coexisten).
6. Dieta rica en potasio (si no hay daño renal).
7. Evitar el estrés sostenido.⁸

El impacto de las modificaciones del estilo de vida sobre los valores de la presión arterial son:⁸

Intervención	Reducción de presión sistólica
Reducción de 10 % de peso (en obesos)	5-20 mmHg
Dieta rica en fibra, frutas y vegetales verdes y pobre en grasas saturadas	8-14 mmHg
Ejercicio dinámico (aeróbico) programado al menos 30 min./día, 5 veces por semana	4-9 mmHg
Reducción de ingestión de sodio (sal) a no más de 6 g de cloruro de sodio por día	2-8 mmHg
Moderar ingestión de alcohol a no más de 30 mL./día de etanol (sólo si se acostumbra)	2-4 mmHg

Se han encontrado en la literatura algunos factores que se relacionan directamente con la falta de apego en el tratamiento no farmacológico de la HA; dentro de los cuales encontramos: la edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, económicos, sociales, familiares, no aceptar su enfermedad.¹⁶

En México es la enfermedad más común; constituye un padecimiento de la población urbana; la edad de aparición es en la tercera y quinta década de la vida y el 60 % de los individuos en la séptima, no hay diferencias en cuanto al sexo.^{1,2}

La importancia epidemiológica de este padecimiento se presenta en la morbimortalidad, ya que constituye un factor de riesgo importante en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales; por ello, la detección de este trastorno en un sujeto obliga también a la búsqueda de más factores de riesgo como son obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus, hipertrofia ventricular izquierda, tabaquismo, sedentarismo, entre otros.²

Durante el último siglo la población mexicana ha sufrido cambios en su estilo de vida que posiblemente han aumentado las cifras de tensión arterial; de tal manera, que en la actualidad la hipertensión arterial es la enfermedad crónica más importante, su prevalencia la coloca entre las primeras causas de atención en la consulta externa de todo el sistema de salud.^{4,5}

De manera importante se ha observado que el número de consultas por este padecimiento se incrementa año con año en el IMSS, ya que otorga más de 600 000 consultas al año y se presentan aproximadamente 30 000 pacientes nuevos con este diagnóstico cada año.^{2,4}

Uno de los grandes problemas de la hipertensión arterial es la falta de conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad, una tercera parte de la población tiene conocimiento de sus cifras tensionales y por otro lado una gran parte de la población hipertensa desconoce estarlo.^{3,4}

La hipertensión arterial y sus complicaciones son prevenibles pudiendo retardarse su aparición hasta etapas avanzadas de la vida, siguiendo y manteniendo el tratamiento no farmacológico para cada individuo.^{4,6,31}

Algunos autores han detectado que el 17 % de la población hipertensa no sigue el tratamiento no farmacológico.

Este porcentaje se a elevado hasta el 53.3 % en algunas poblaciones de Sudamérica, cifra que se considera alarmante y que puede explicar, en parte, el alto porcentaje de pacientes descontrolados.^{7, 32}

En México, en el año 2002 reportaron 481,368 casos nuevos y durante 2004 la cifra correspondió a 321,387. Esto sin considerar que por cada hipertenso diagnosticado se estima que existen 1.3 que no lo han sido.¹⁰

Las causas de falta de apego al tratamiento farmacológico pueden ser múltiples, pero se han involucrado especialmente el grado de desarrollo socio económico y con ello la influencia del sedentarismo, la obesidad, la mala alimentación rica en “alimentos rápidos” y el estrés. La incidencia en el año 2003 se notificaron 435,579 casos nuevos de HAS con una tasa de 41.9/10,000 habitantes.^{13, 33}

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 el cumplimiento al tratamiento con capacidad para predecir el control en la presión arterial.^{34, 35}

El cuestionario de Morisky Green, valora actitudes correctas que adopta el enfermo 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 cumplir. El cuestionario de Morisky Green, muestra una alta fiabilidad (61 %) y está validado en la población española. Se califican como cumplidores a los pacientes que respondan correctamente a las cuatro preguntas formuladas y una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor.³⁴

Este cuestionario de Morisky Green es un método de fácil implementación muy útil para determinar el incumplimiento y quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de lograr un control tensional menor y cifras de Presión Arterial diastólica más elevadas.^{34, 35}

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La alta prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en nuestro país determina que esta enfermedad y sus complicaciones constituyan un problema de salud importante. La HAS es la principal enfermedad crónica degenerativa en México y en el mundo entero que causa el mayor número de muertes en la población adulta. Esta relacionada de manera importante con el desarrollo de enfermedad coronaria y accidente vascular cerebral; por lo anterior y debido a que la falta de apego al tratamiento no farmacológico es un factor esencial en el desarrollo y evolución de esta enfermedad, consideramos importante investigar:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE APEGO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA U.M.F. No. 20.?

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

- **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia de apego al tratamiento farmacológico en el paciente hipertenso adscrito a la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conocer la frecuencia de hipertensos con y sin apego al tratamiento farmacológico.
- Conocer el perfil sociodemográfico del paciente hipertenso.
- Determinar el estadio de TA de los pacientes hipertensos de acuerdo al JNC VII.

IV. JUSTIFICACIÓN.

En el mundo entero, la hipertensión arterial se ha registrado como una pandemia. A nivel mundial existen más de 600 millones de personas que padecen HTA. En México existen aproximadamente 16 millones de hipertensos, de los cuales solo el 20 % está en control.

Aproximadamente 180 millones de personas la padecen en países desarrollados y hasta 420 millones en los nominados en vías de desarrollo. Se calcula que al año 17 millones de personas fallecen por trastornos directos o indirectamente relacionados.

Alrededor de 17 millones de personas mueren cada año por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 seg. ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 seg. un accidente vascular cerebral. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbimortalidad del paciente adulto. Se estima que existen en el mundo 600 millones de personas que padecen HAS, que es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Aproximadamente el 1.5 % de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a HAS.

En los derechohabientes del I.M.S.S. a nivel nacional se obtuvo una prevalencia entre el 33 y 35 %; la Hipertensión Arterial Sistémica se presentó en una menor proporción en la población con mayor escolaridad (entre el 22 y 25 %) y con mayor frecuencia, en la población con menor escolaridad. De la población con diagnóstico previo de hipertensión arterial, 74.9 % tenían algún tipo de tratamiento para su control al momento de la entrevista.

Puesto que el tratamiento no farmacológico es la base para un buen control de la presión arterial, una de las medidas dietéticas encaminadas a disminuir la ingesta de sodio y grasa saturada ayudan a disminuir las cifras de presión arterial y los niveles de lipoproteínas de baja densidad.

En general, la base del tratamiento no farmacológico se basa en las modificaciones del estilo de vida que deben ser permanentes y recomendadas a la población en general como única medida real de prevención primaria.

Considerando que la HTA es potencialmente prevenible y que el manejo farmacológico es la base para el tratamiento; la presente investigación se realiza para analizar cuáles son los factores que influyen en la falta de apego al tratamiento farmacológico, con el propósito de que una vez reunida la información, se puedan establecer estrategias para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso; lo anterior se reflejará en una disminución de la mortalidad a corto plazo y aumento en la calidad de vida.

La Hipertensión Arterial Esencial es el padecimiento de mayor demanda en la consulta externa de todas las clínicas del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (I.M.S.S.). De manera importante se ha observado que el número de consultas por este padecimiento se incrementa año con año en el IMSS, ya que otorga más de 600 000 consultas al año y se presentan aproximadamente 30 000 pacientes nuevos con este diagnóstico cada año.

En México, en el año 2002 reportaron 481,368 casos nuevos y durante 2004 la cifra correspondió a 321,387. Esto sin considerar que por cada hipertenso diagnosticado se estima que existen 1.3 que no lo han sido.

En la U.M.F. No. 20, la HAS en el año 2006 por sexo corresponde aproximadamente a: 4,225 para el sexo masculino y 9,881 para el femenino, para un total de de hipertensos para ese año de 14, 106.

Por ello los costos económicos que se generan en el tratamiento de esta enfermedad y en sus complicaciones, representan una carga económica importante para el I.M.S.S. Los costos económicos que se generan en el tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones en el I.M.S.S. son: el costo anual por hipertenso en la Seguridad Social correspondió a \$ 1,067 en el escenario promedio y de \$ 3,913 en el escenario extremo. El gasto anual en hipertensión arterial equivale a 13.95 % del presupuesto destinado a la salud y a 0.71 % del producto interno bruto (PIB), valores que se modifican a 51.17 % y 2.62 % respectivamente en el escenario extremo.

Para disminuir este importante problema de salud, el I.M.S.S. realiza acciones preventivas que están orientadas a modificar el estilo de vida, asociado con la practica de algún deporte; sin embargo, en la practica medica diaria podemos observar un incremento en los casos de Hipertensión Arterial Sistémica y sus complicaciones derivado quizá de un mal diagnóstico o un mal tratamiento instalado.

Por eso todos los que trabajamos para la salud necesitamos incrementar las acciones preventivas destinadas a retrasar la aparición de esta enfermedad y en los casos ya establecidos de Hipertensión Arterial Sistémica, elaborar un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado para cada paciente.

Si aplicamos lo anterior estaremos contribuyendo a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones y se reducirán los costos en la atención medica, evitando un derrame económico más para el instituto.

Los beneficios de este estudio serán:

- Que mediante un método de fácil aplicación, como el cuestionario de Morisky Green llevado a cabo en nuestra población hipertensa de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, se puedan planear estrategias encaminadas a un buen control de las cifras de presión arterial.
- Contribuir de manera activa a que el paciente tenga conocimiento de los beneficios del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial Sistémica.
- Reducir los elevados costos económicos en el manejo de este padecimiento por el instituto.
- Reducir el costo económico individual de los pacientes en el manejo de su padecimiento de su padecimiento de base.

Es por ello que me nace la inquietud de realizar este estudio de investigación en la población hipertensa de esta Unidad de Medicina Familiar, esperando poder contribuir en el apego al tratamiento farmacológico en el paciente hipertenso.

V. HIPÓTESIS.

Este estudio no requiere hipótesis, ya que se trata de un estudio descriptivo.

VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en pacientes hipertensos mayores de 30 años de edad derechohabientes de la localidad, que acuden en forma espontánea o a través de citas médicas mensuales a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del I.M.S.S., Delegación Norte México D. F. Dicha unidad es un centro de primer nivel de atención, cuenta con 30 consultorios, los cuales se encargan de brindar servicios de consulta externa general, odontología, enfermería materno-infantil, prevenimss, medicina del trabajo, planificación familiar, así como servicios de laboratorio y rayos X, farmacia, curaciones y medicina preventiva.

La unidad labora de lunes a viernes en 2 turnos, matutino y vespertino, con horario de 08:00 a 14:00 hrs. diariamente y de 08:00 a 18:00 hrs. lunes y martes de la primera quincena del mes; otorga atención a todos los pacientes referidos de la consulta externa de la U.M.F. No. 20 y a todo aquel paciente que aunque no pertenezca a esta unidad o bien no sea derechohabiente, que acuda a solicitar algún servicio relacionado con planificación familiar. Por lo que corresponde a la población de pacientes hipertensos que no siguen el tratamiento farmacológico, estos se tomaron de la consulta externa de todos los consultorios de la U.M.F. No. 20.

2. DISEÑO DEL ESTUDIO:

2.1. Tipo de estudio:

- Por el control de la maniobra experimental del investigador: Observacional.
- Por la captación de la información: Prolectivo.
- Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- Por la presencia de un grupo control: Descriptivo
- Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto

2.2. Grupos de estudio:

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acepten participar en el estudio.
 - Pacientes mayores de 30 años de edad que acuden a consulta en la U.M.F. No. 20.
 - Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que tengan como mínimo 1 año de haber sido diagnosticados.

- Criterios de exclusión:
 - Pacientes con HAS reciente diagnóstico o diagnóstico menos 1 año.
 - Pacientes no derechohabientes de la U.M.F. No. 20.
- Criterios de eliminación:
 - Encuestas incompletas y con respuestas ambiguas.

2.3. Tamaño de la muestra:

Se utilizó la formula para el cálculo en estudios poblacionales mayores de 10 mil. En México existen aproximadamente 16 millones de hipertensos con una prevalencia del 30.05 % (ENSA 2000); con un nivel de confianza de 1.96 y un error máximo de 0.05. En la U.M.F. existen aproximadamente 14, 106 hipertensos con una prevalencia del 26.5 %.

- Cálculo del tamaño de la muestra:

$z = 1.96$
 $p = 26.5 \% = 0.26$
 $q = 1 - p$
 $d = 0.05 (5 \%)$

$$n = \frac{z^2 (pq)}{d^2}$$

SUSTITUYENDO:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.26) (0.74)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.26) (0.74)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.73}{0.0025} = \mathbf{292}$$

Tamaño de la muestra: 292 pacientes hipertensos mayores de 30 años encuestados en la U.M.F. No. 20.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

2.4. Definición de las variables:

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Hipertensión Arterial Sistémica	Dependiente	Elevación persistente de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en cifras igual o mayores a 140/90 mmHg. Después de varias mediciones de la misma.	Control: Cifras de presión arterial (mmHg): < 140 y < 90 Hipertensión Estadio 1: Cifras de presión arterial (mmHg): 140-159 y 90-99 Hipertensión Estadio 2: Cifras de presión arterial (mmHg): ≥ 160 y ≥ 100	Ordinal
Apego al tratamiento farmacológico	Independiente	Cumplimiento de las medidas terapéuticas establecidas para el manejo de la HAS	Mediante la aplicación del cuestionario de Morisky Green que considera 4 preguntas: ¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión arterial? ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada? Cuándo se encuentra bien, ¿Deja Usted de tomar sus medicamentos? Si alguna vez se encuentra mal, ¿Deja Usted de tomar sus medicamentos?	Cualitativa Nominal

OTRAS VARIABLES DE ESTUDIO:

Sexo	Conjunto de caracteres que diferencian a los hombres de las mujeres; son las características fenotípicas externas que se observan a simple vista	Interrogatorio directo en: Masculino y femenino	Cualitativa Nominal
Edad	Años cumplidos desde la fecha del diagnóstico al momento del estudio	Interrogatorio directo: Mediante la edad actual.	Cuantitativa Continua
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante siguen un colegio	Interrogatorio directo mediante lo siguiente: Analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura.	Cualitativa Nominal
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Situación en la que una persona y en especial cada uno de los sucesivos modos de ser de una persona sujeta a cambios que influyen en su condición	Interrogatorio directo mediante lo siguiente: Casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre.	Cualitativa Nominal
Ocupación	Acción y efecto de ocupar o trabajar	Interrogatorio directo mediante las siguientes ocupaciones: Hogar, empleado, pensionado/jubilado, profesionalista.	Cualitativa Nominal
Tiempo de evolución de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde la aparición de la enfermedad hasta el momento actual de la misma	Interrogatorio directo mediante los siguientes rangos: 1 – 5 años 6 – 10 años 11 – 15 años 16 – 20 años 21 – 25 años 26 – 30 años 31 y más años	Discreta o de intervalo

2.5. Descripción general del estudio:

Previa presentación del trabajo y aprobación del proyecto por el comité de investigación de la unidad, se hizo la presentación del trabajo a las autoridades correspondientes para obtener el apoyo del personal de la unidad. Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo y abierto en 292 paciente con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en derechohabientes adscritos a la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S. sobre los factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico de la HAS en un período comprendido de noviembre del 2006 a julio del 2007 mediante la aplicación de un cuestionario que se elaboró y reviso previamente. Este instrumento de evaluación se utilizó para medir el apego al tratamiento farmacológico; constó de reactivos de opción múltiple, éstas preguntas contenían las variables en estudio; así mismo, se les explicó a los pacientes la intención del estudio, entregándoles el cuestionario y la carta de consentimiento informado. Se solicitó el permiso correspondiente a los jefes del departamento para la aplicación del instrumento. Este fue aplicado a todos los pacientes con el diagnóstico previamente mencionado que acuden de forma espontánea o a través de citas médicas a los consultorios de medicina familiar de ésta unidad.

El cuestionario lo aplicó el médico residente, con el apoyo del médico responsable del consultorio, apoyo de la asistente médica y de trabajo social. La aplicación del instrumento concluyo el 15 de junio del 2007, completando las muestras antes del 30 de junio del 2007. Una vez recabadas las notas, se procedió a la captura mediante una base de datos para recolectar las variables del estudio mediante el paquete estadístico SPSS. Para las variables cuantitativas se utilizo análisis estadístico y descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables cualitativas se describieron en frecuencia y porcentaje. El análisis estadístico de los resultados se llevo a cabo a partir del 01 de julio del 2007; la presentación de los mismos en la segunda quincena de julio; el informe escrito y presentación del trabajo completo en la segunda quincena de julio del 2007.

2.6. Análisis de datos:

El análisis estadístico del estudio fue a través de procedimiento descriptivo; se obtuvieron frecuencias, seguido de la presentación de tablas y gráficas. La forma de captura y validación de la información se realizó a través de paquetes estadísticos: SPSS.

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

La realización de la presente investigación es factible debido a que contamos con servicios de consulta externa de medicina familiar encargados del manejo del paciente hipertenso en esta unidad, además de contar también con una gran cantidad de población de hipertensos mayores de 30 años, afluentes de la zona norte del D.F. portadoras de una gran gama de factores de riesgo los cuáles se ven implicados en la falta de apego al tratamiento farmacológico.

De igual manera se cuenta con el apoyo de las autoridades directivas de la U.M.F. No. 20, así como por parte del departamento enseñanza, los cuáles facilitan la investigación y toma de datos de los pacientes participantes.

Consideramos que el presente estudio es ético pues guarda y preserva la intimidad de cada una de los pacientes, ya que sólo nos enfocaremos a la búsqueda de factores de riesgo para la falta de apego al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos que estén de acuerdo en participar en el estudio.

La investigación no puso en riesgo a las pacientes participantes pues sólo se realizaron encuestas anónimas, analizadas sólo por el propio investigador, conservando así la intimidad de los participantes.

Todos los procedimientos fueron acordes a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Título Segundo: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

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

Artículo 14. La investigación que se realce en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- a. Ajustándose a los principios éticos y científicos que lo justifiquen.
- b. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro procedimiento idóneo.
- c. Prevalecerán las prioridades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
- d. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 144 de este reglamento.
- e. Contara con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética de la bioseguridad.
- f. Se llevará a cabo cuando se tenga autorización del titular de la institución de atención de salud

Artículo 15. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usaran métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes para evitar cualquier riesgo de daño a los sujetos de investigación.

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

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

La presente investigación tomo en cuenta los siguientes códigos:

CÓDIGO NUREMBERG:

El código aclara los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación como son:

Capacidad de dar consentimiento
Ausencia de coacción
Comprensión de los riesgos y beneficios implícitos

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL:

Esta hace referencia al deber del médico de promover y velar por la salud de las personas, mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, promover el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales.

INFORME BELMONT:

En 1978 se presenta el Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos. Toma en consideración los siguientes principios:

1.- **Respeto a las Personas:** Los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundos, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.

2.- **Beneficencia:** El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

3.- **Justicia:** Siempre que una investigación financiada con fondos públicos de como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

VIII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.

Para el presente estudio fue necesaria la intervención del investigador, personal médico familiar y general que labora en la U.M.F. No. 20, jefes de departamento, asesor de la investigación, asistentes médicas y trabajadoras sociales.

Se contemplaron las instalaciones de la U.M.F. No. 20, unas 250 hojas para la impresión del cuestionario, un consultorio, un escritorio, un estetoscopio y un baumanómetro, calculadora, material de papelería: lápiz, goma, bolígrafos, sacapuntas; así como material de computo.

Los recursos financieros fueron absorbidos por el investigador.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo y abierto en 292 pacientes hipertensos de la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S. en el período comprendido de noviembre del 2006 a junio del 2007.

Se obtuvieron los siguientes resultados: en relación a características sociodemográficas, el 67 % (n=195) fueron del **sexo femenino** y el 33 % (n=97) del **sexo masculino**. De acuerdo a la **edad** se obtuvo una mínima de 32 años y una máxima de 96 con una media de 65.3 años. El manejo de rangos de edad del 64.7 % (n=189) fue de 61 años y más, el 12.7 % (n=37) de 56 a 60 años, el 8.6 % (n=25) de 51 a 55 años, el 5.1 % (n=15) de 46 a 50 años, el 4.8 % (n=14) de 41 a 45 años, el 3.8 % (n=11) de 36 a 40 años y el 0.3 % (n=1) de 30 a 35 años; de acuerdo al **estado civil**: casado 65.1 % (n=190), viudo 27.1 % (n=79), soltero 3.4 % (n=10), divorciado 2.3 % (n=7) y unión libre 2.1 % (n=6); por **ocupación** el hogar fue un 63.7 % (n=186), empleado 18.2 % (n=53), pensionado/jubilado 15.4 % (n=45) y profesionista 2.7 % (n=8); con **escolaridad** primaria 63.1 % (n=184), secundaria 14.7 % (n=43), analfabeta 10.3 % (n=30), bachillerato 6.8 % (n=20) y licenciatura 5.1 % (n=15). **(Tabla 1. Gráfico 1 al 5).**

El tiempo de evolución de la enfermedad fue el de 1 a 5 años con un 41.1 % (n=120), el 22.3 % (n=65) de 6 a 10 años, el 13.7 % (n=40) de 11 a 15 años, el 8.2 % (n=24) de 16 a 20 años, el 7.8 % (n=23) de 21 a 25 años, el 4.8 % (n=14) de 26 a 30 años y el 2.1 % (n=6) de 31 y más años; de acuerdo a la **presión arterial actual**: **controlados** fueron el 43.5 % (n=127), **descontrolados en estadio 1** 56.2 % (n=163) y **descontrolados en estadio 2** 0.3 % (n= 2); pacientes con **apego al tratamiento** fue el 65.4 % (n=191) y **sin apego** 34.6 % (n=101). **(Tabla 2. Gráfico 6 al 8).**

En relación del **apego al tratamiento** y características sociodemográficas: el 69.1 % (n=132) fueron del femenino y el 30.9 % (n=59) del masculino. El manejo de rangos de edad fue: 61.8 % (n=118) fue de 61 y más años, el 13.6 % (n=26) de 56 a 60 años; de acuerdo al estado civil: casado 67.5 % (n=129), viudo 23.6 % (n=45); de acuerdo a la ocupación: hogar 65.5 % (n=125), empleado 17.5 % (n=33); la escolaridad de primaria en un 62.3 % (n=119), secundaria 17.3 % (n=33). **Sin apego a tratamiento** el 62.4 % (n=63) fueron del sexo femenino y el 37.6 % (n=38) del sexo masculino. El manejo de rangos de edad fue: 70.3 % (n=71) fue de 61 y más años, el 10.8 % (n=11) de 56 a 60 años; un estado civil: casado 60.3 % (n=61), viudo 33.7 % (n=34); ocupación: hogar 59.4 % (n=60), empleado 19.8 % (n=20) y escolaridad primaria 64.4 % (n=65), analfabeta 12.8 % (n=13). **(Tabla 3. Gráfico 9 al 13).**

Los pacientes con un tiempo de evolución de la enfermedad de 1 a 5 años fue de 44.5 % (n=85) y de 6 a 10 años de 20.9 % (n=40) tuvieron **mejor apego** a tratamiento, además de la presión arterial en estadio 1 de 57.6 % (n=110). Los pacientes **sin apego** a tratamiento de 1 a 5 años de evolución de hipertensión fue de un 34.7 % (n=35) y de 6 a 10 años un 24.8 % (n=25) y tener presión arterial en estadio 1 con un 53.5 % (n=54). **(Tabla 4. Gráfico 14 y 15).**

TABLA NO. 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS.

Características Sociodemográficas	N = 292	%
Sexo		
Masculino	97	33
Femenino	195	67
Edad		
30 – 35 años	1	0.3
36 – 40 años	11	3.8
41 – 45 años	14	4.8
46 – 50 años	15	5.1
51 – 55 años	25	8.6
56 – 60 años	37	12.7
61 y más años	189	64.7
Estado Civil		
Casado	190	65.1
Soltero	10	3.4
Viudo	79	27.1
Divorciado	7	2.3
Unión libre	6	2.1
Ocupación		
Hogar	186	63.7
Empleado	53	18.2
Pensionado/jubilado	45	15.4
Profesionista	8	2.7
Escolaridad		
Analfabeta	30	10.3
Primaria	184	63.1
Secundaria	43	14.7
Bachillerato	20	6.8
Licenciatura	15	5.1

GRÁFICO 1. SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

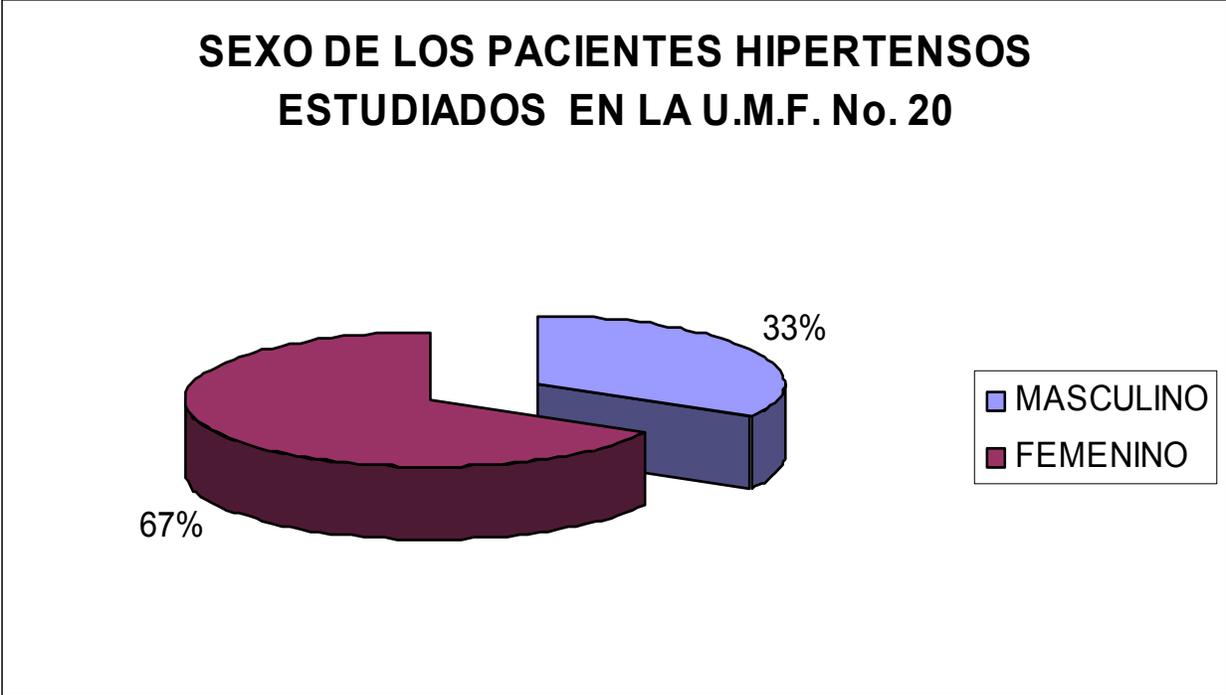


GRÁFICO 2. EDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

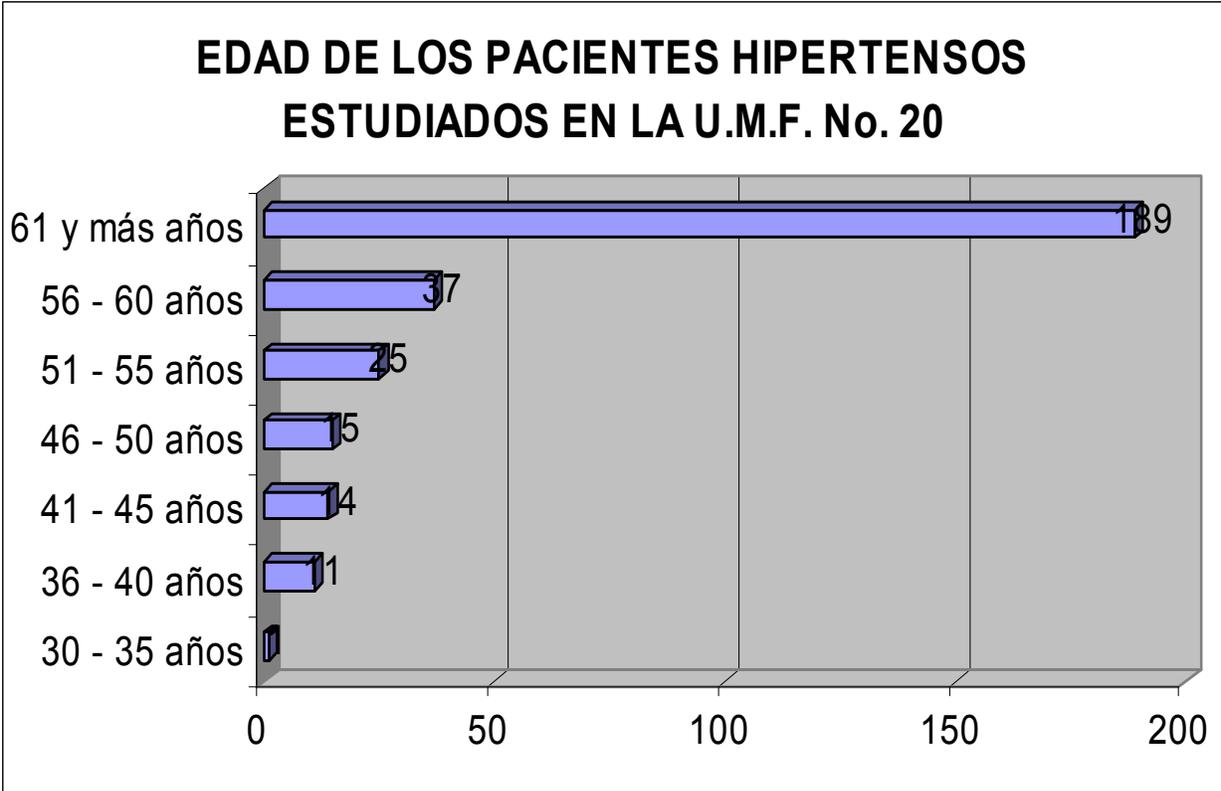


GRÁFICO 3. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

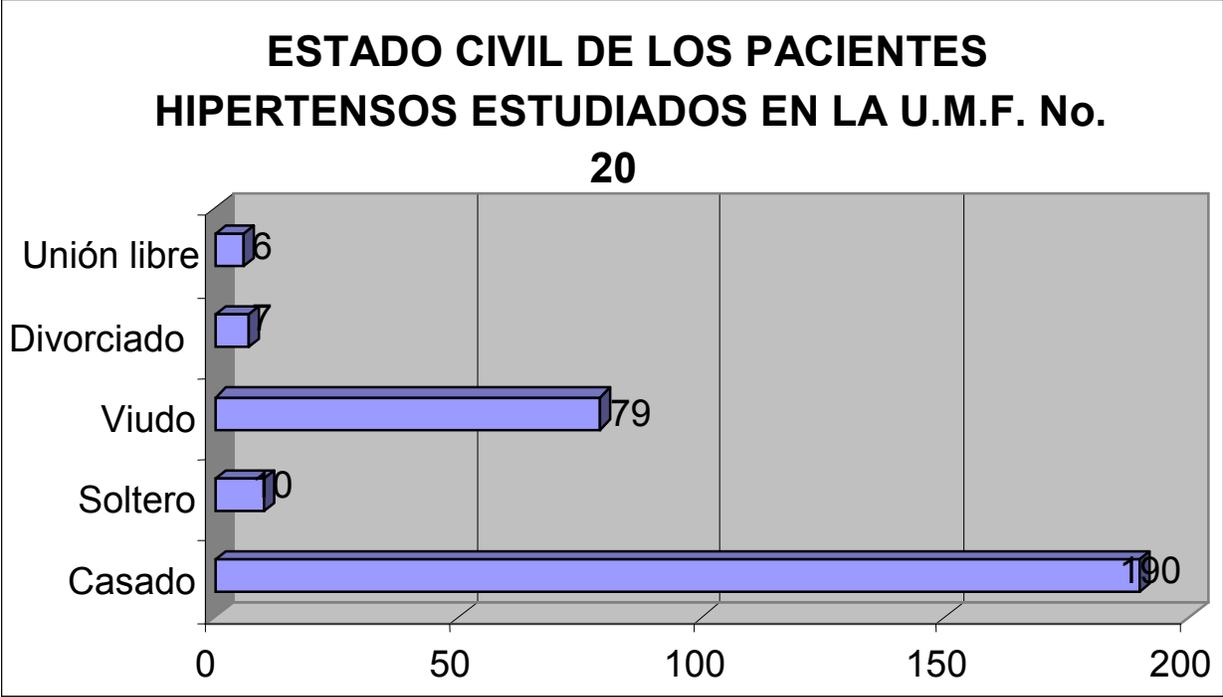


GRÁFICO 4. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

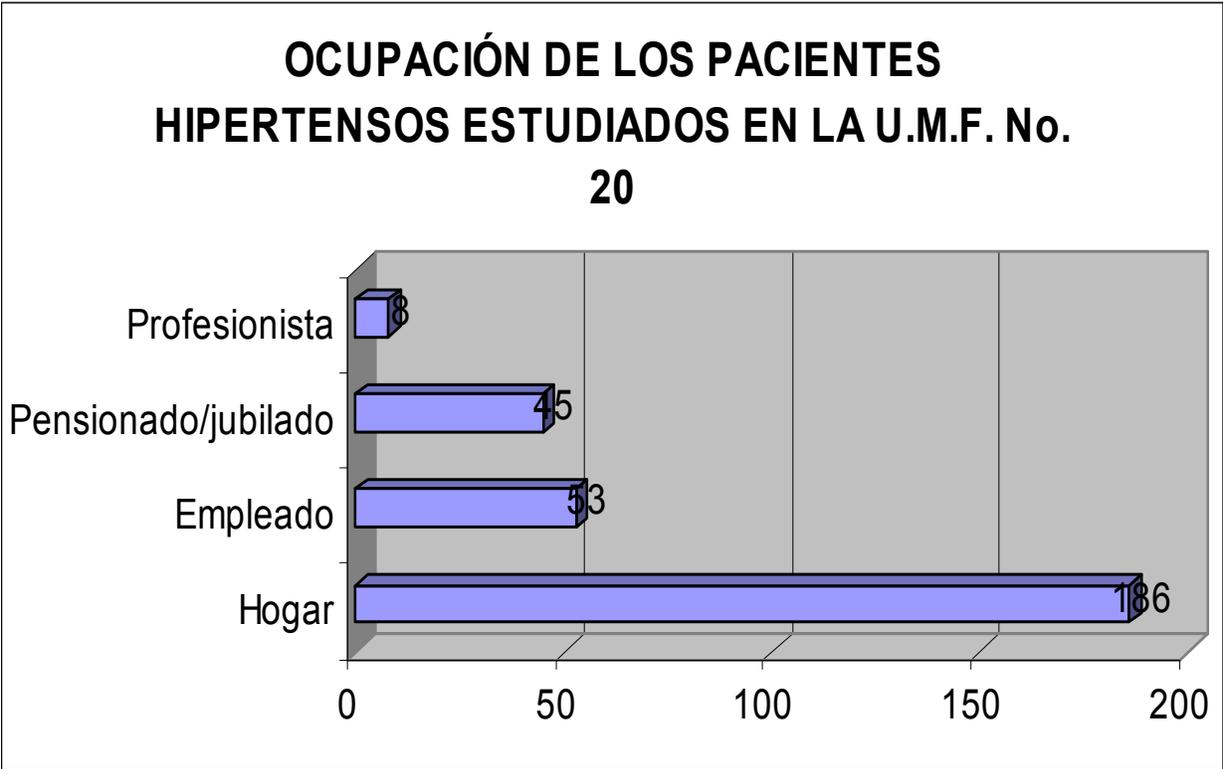


GRÁFICO 5. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

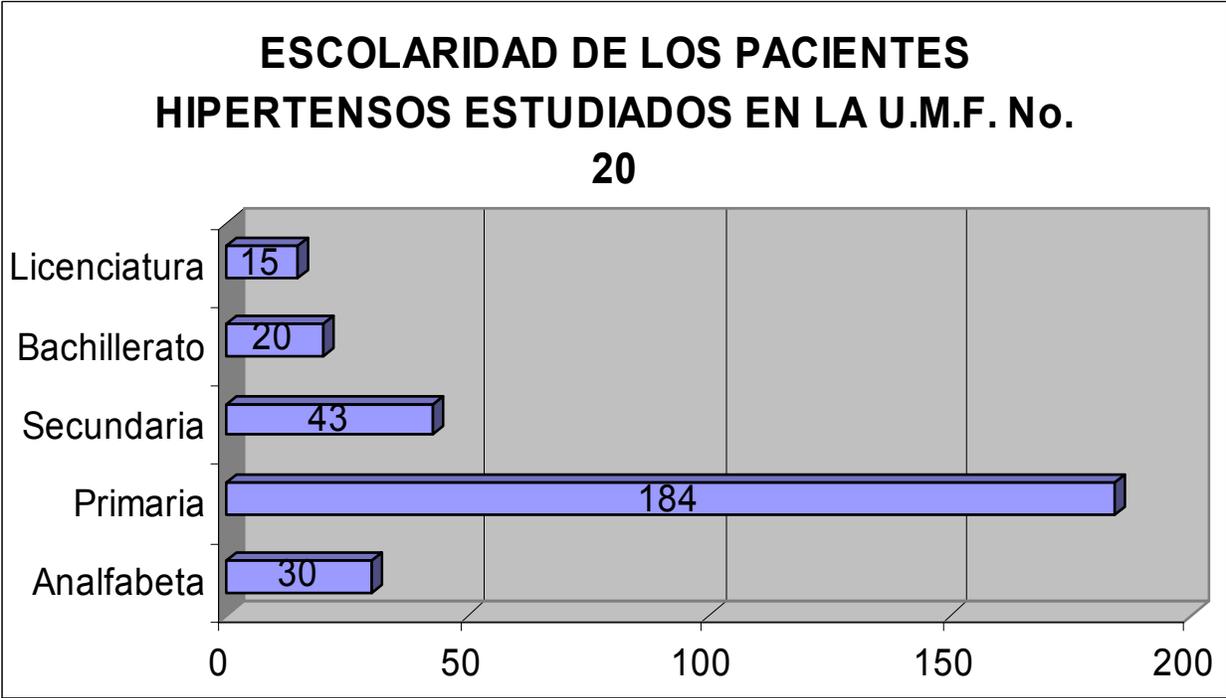


TABLA NO. 2: CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERTENSIÓN Y APEGO AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

Características de la hipertensión	N = 292	%
Tiempo de evolución de la enfermedad		
1 – 5 años	120	41.1
6 – 10 años	65	22.3
11 – 15 años	40	13.7
16 – 20 años	24	8.2
21 – 25 años	23	7.8
26 – 30 años	14	4.8
31 y más años	6	2.1
Presión arterial actual		
Controlado	127	43.5
Descontrolados Estadio 1	163	56.2
Descontrolados Estadio 2	2	0.3
Apego al tratamiento		
Si	191	65
No	101	35

GRÁFICO 6. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

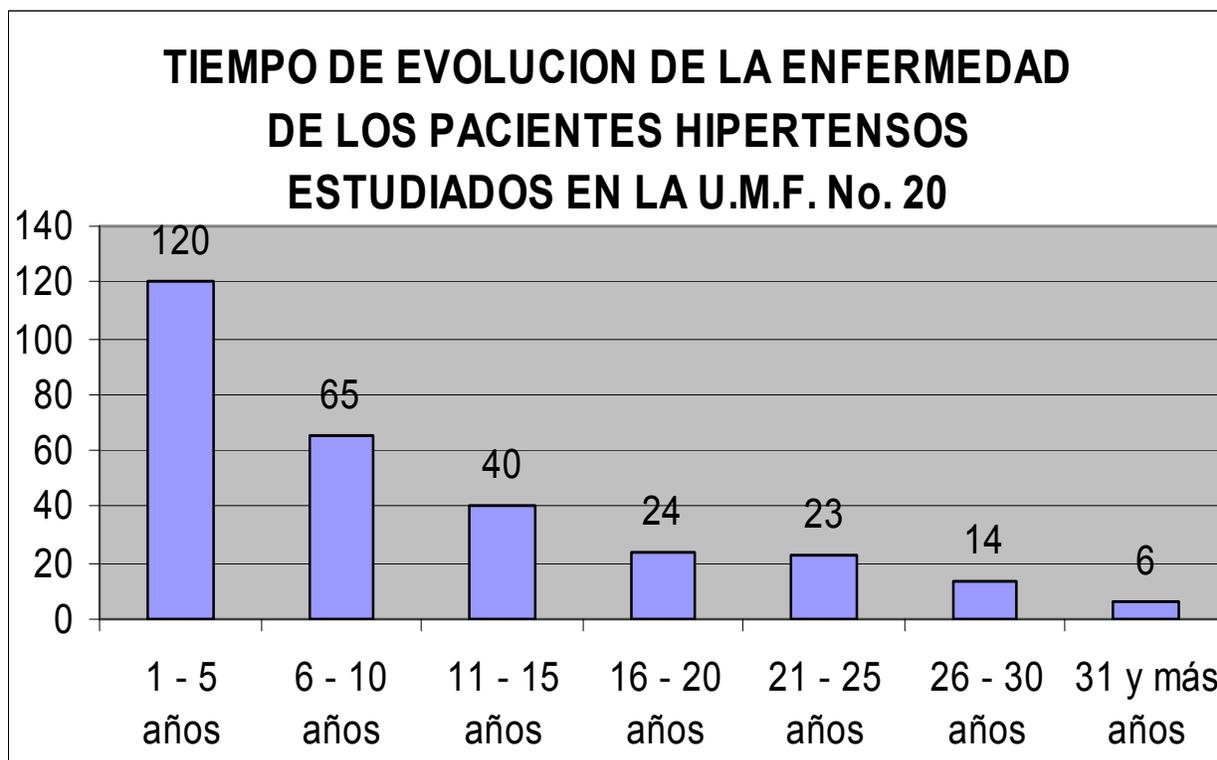


GRÁFICO 7. PRESIÓN ARTERIAL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

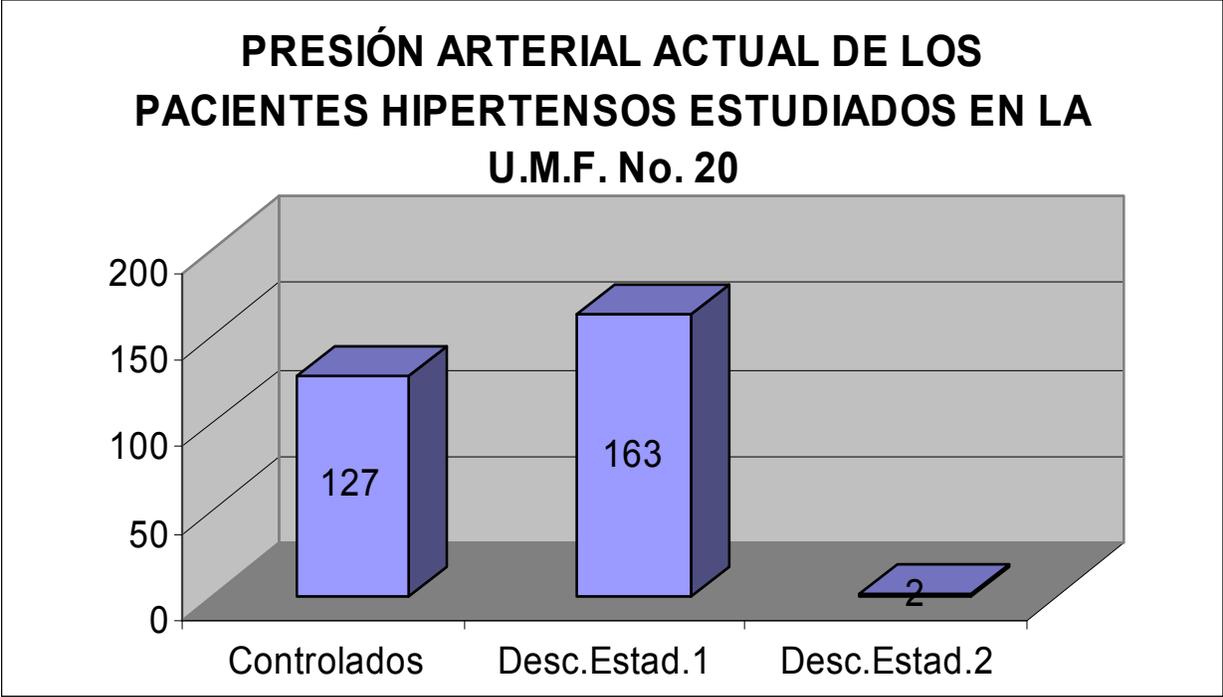


GRÁFICO 8. APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

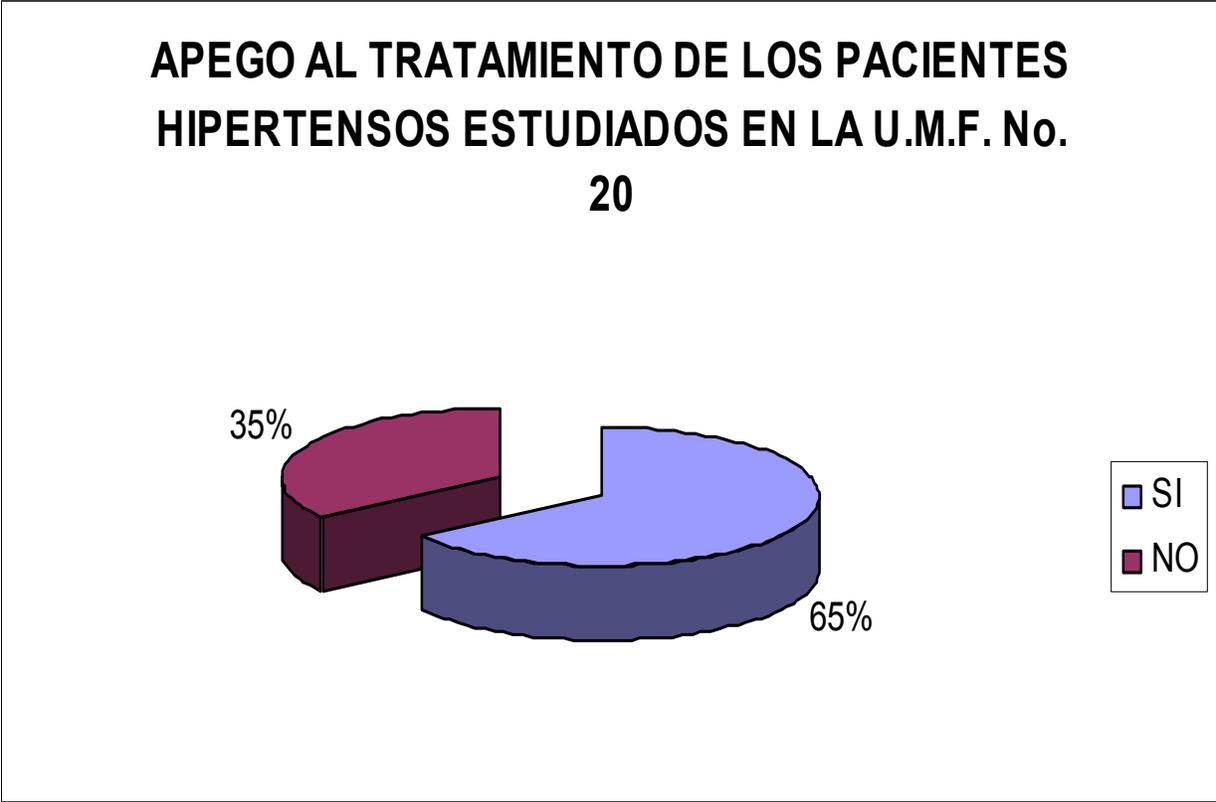


TABLA NO. 3: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON EL APEGO AL TRATAMIENTO.

Características	Apego al tratamiento farmacológico			
	SI		NO	
Sociodemográficas	N = 191	%	N = 101	%
Sexo				
Masculino	59	30.9	38	37.6
Femenino	132	69.1	63	62.4
Edad				
30 – 35 años	0	0	1	1.0
36 – 40 años	6	3.1	5	5.0
41 – 45 años	12	6.3	2	2.0
46 – 50 años	11	5.8	4	4.0
51 – 55 años	18	9.4	7	6.9
56 – 60 años	26	13.6	11	10.8
61 y más años	118	61.8	71	70.3
Estado Civil				
Casado	129	67.5	61	60.3
Soltero	5	2.6	5	5.0
Viudo	45	23.6	34	33.7
Divorciado	7	3.7	0	0
Unión libre	5	2.6	1	1.0
Ocupación				
Hogar	125	65.5	60	59.4
Empleado	33	17.5	20	19.8
Pensionado/Jubilado	31	16.4	14	13.9
Profesionista	2	0.6	7	6.9
Escolaridad				
Analfabeta	17	8.9	13	12.8
Primaria	119	62.3	65	64.4
Secundaria	33	17.3	10	9.9
Bachillerato	16	8.4	4	4.0
Licenciatura	6	3.1	9	8.9

GRÁFICO 9. SEXO Y APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. NO. 20

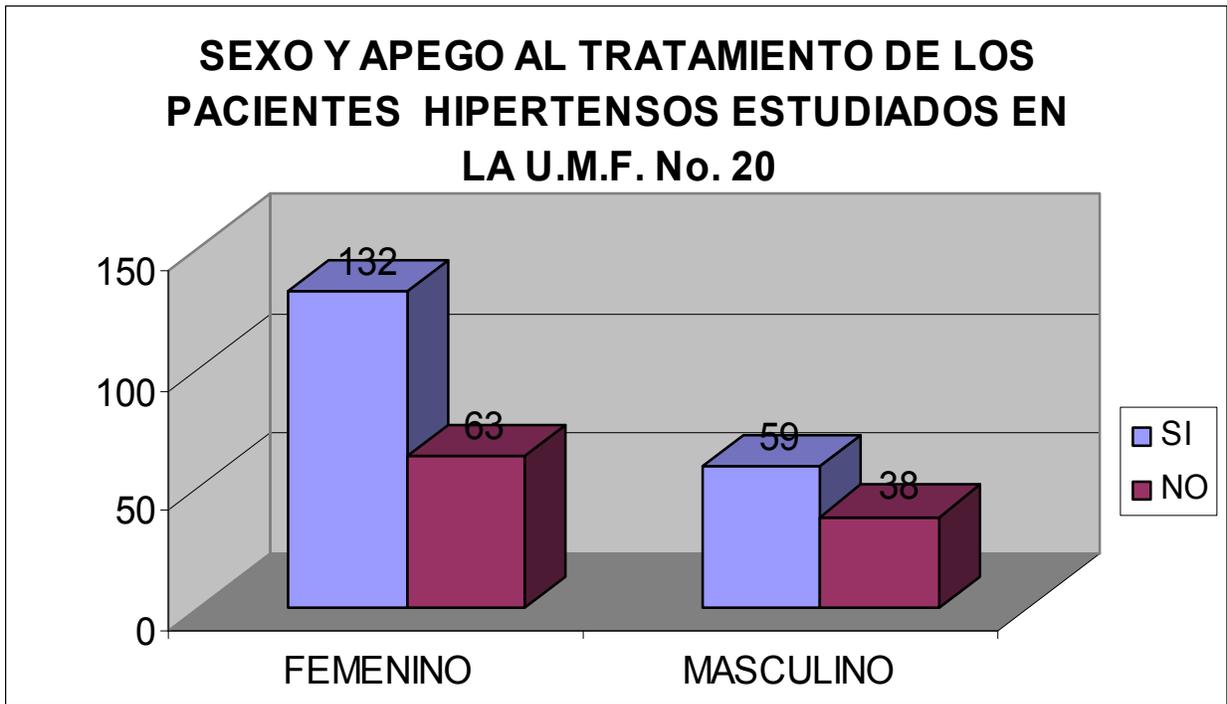


GRÁFICO 10. EDAD Y APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. No. 20

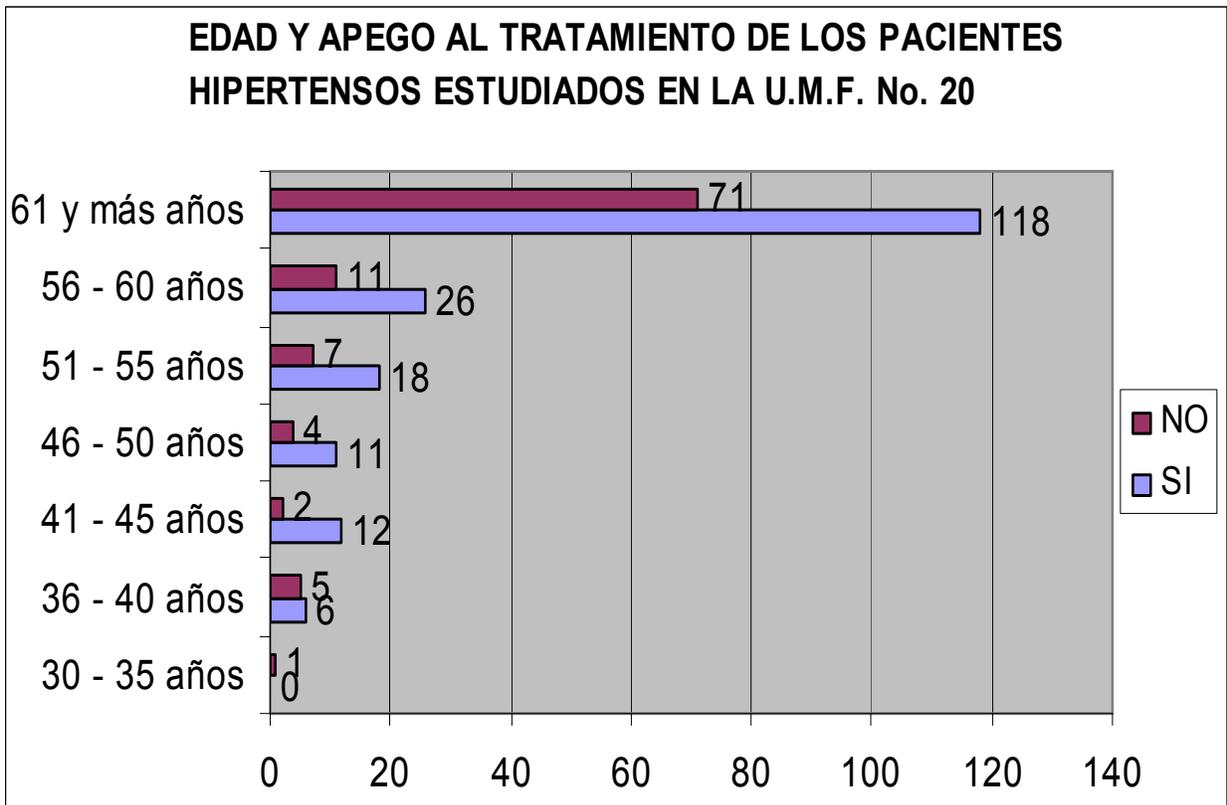


GRÁFICO 11. ESTADO CIVIL Y APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. No. 20

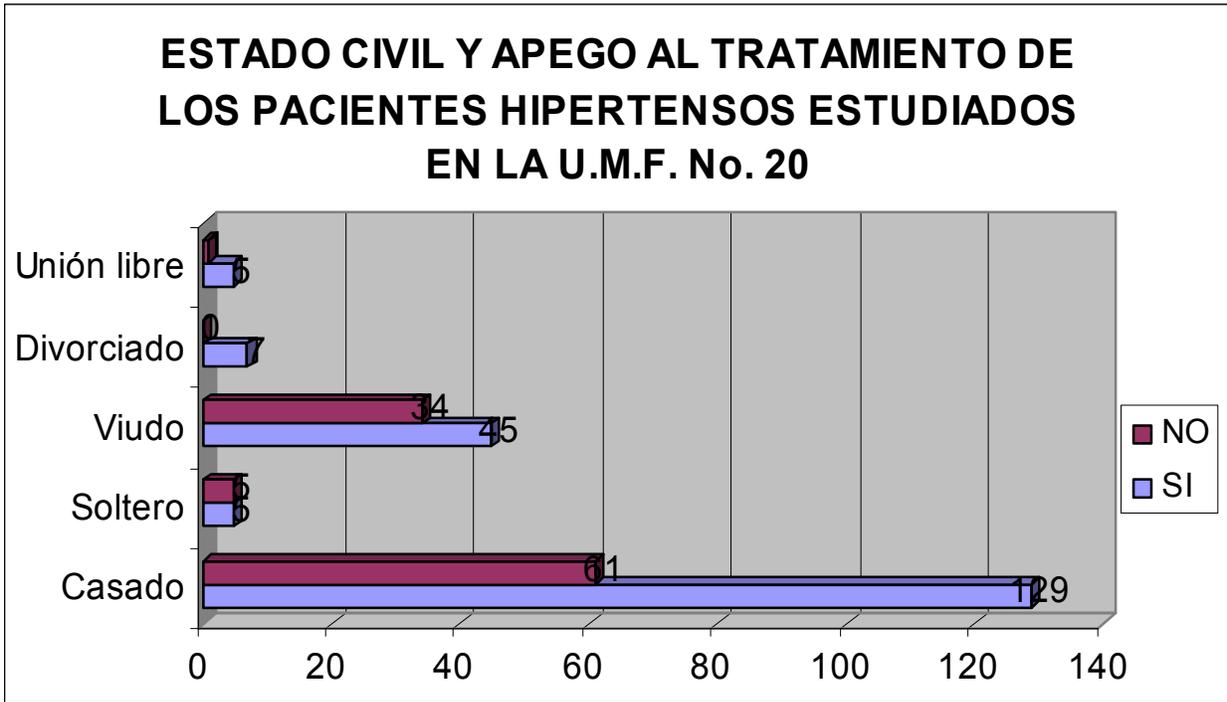


GRÁFICO 12. OCUPACIÓN AL TRATAMIENTO DE LOSM PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. No. 20

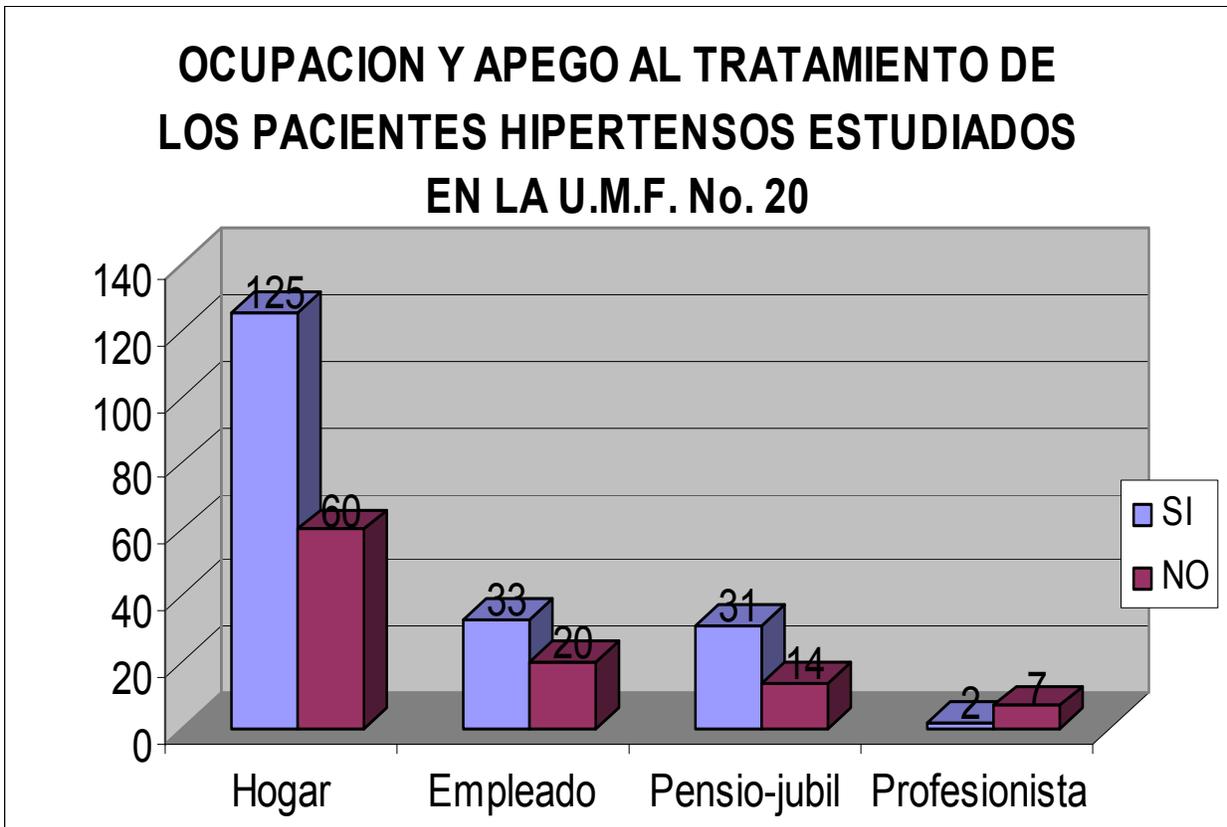


GRÁFICO 13. ESCOLARIDAD Y APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. No. 20

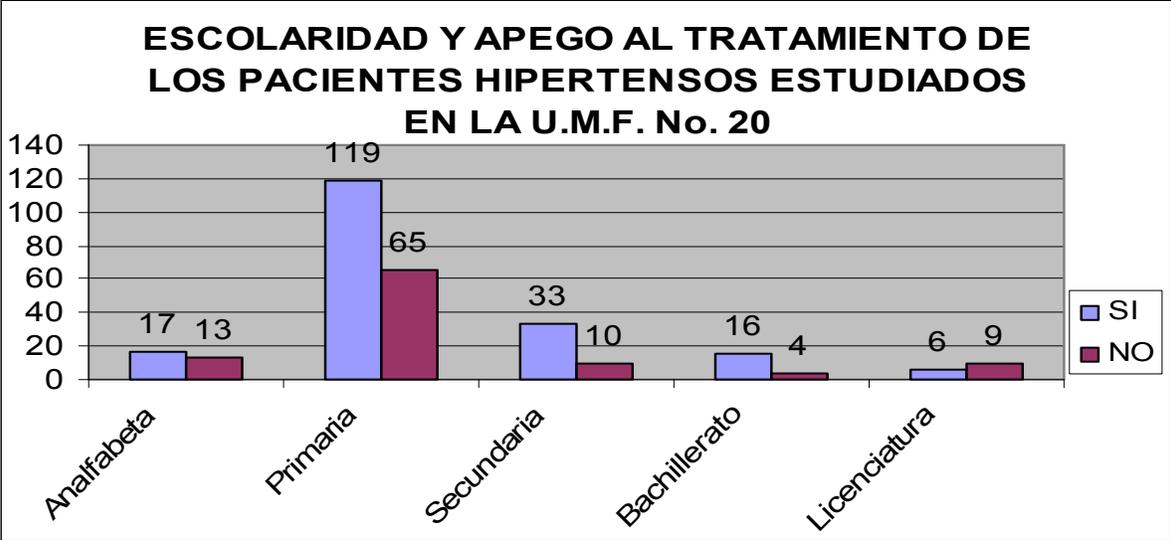


TABLA NO. 4: CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERTENSIÓN EN RELACIÓN CON EL APEGO AL TRATAMIENTO.

Características de la hipertensión	Apego al tratamiento farmacológico			
	SI		NO	
	N = 191	%	N = 101	%
Tiempo de evolución de la enfermedad				
1 – 5 años	85	44.5	35	34.7
6 – 10 años	40	20.9	25	24.8
11 – 15 años	23	12.0	17	16.8
16 – 20 años	15	7.9	9	8.9
21 – 25 años	17	8.9	6	5.9
26 – 30 años	7	3.7	7	6.9
31 y más años	4	2.1	2	2.0
Presión arterial actual				
Controlado	79	41.9	47	46.5
Descontrolados Estadio 1	110	57.6	54	53.5
Descontrolados Estadio 2	2	0.5	0	0

GRÁFICO 14. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS EN LA U.M.F. No. 20

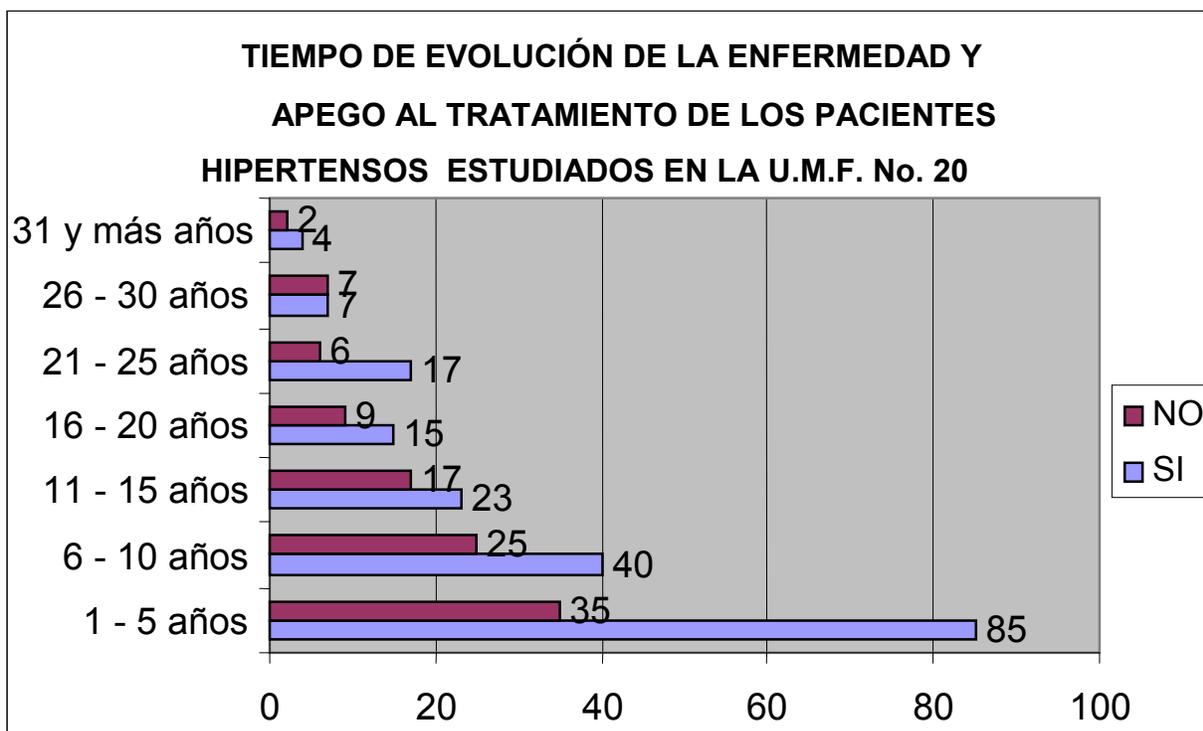
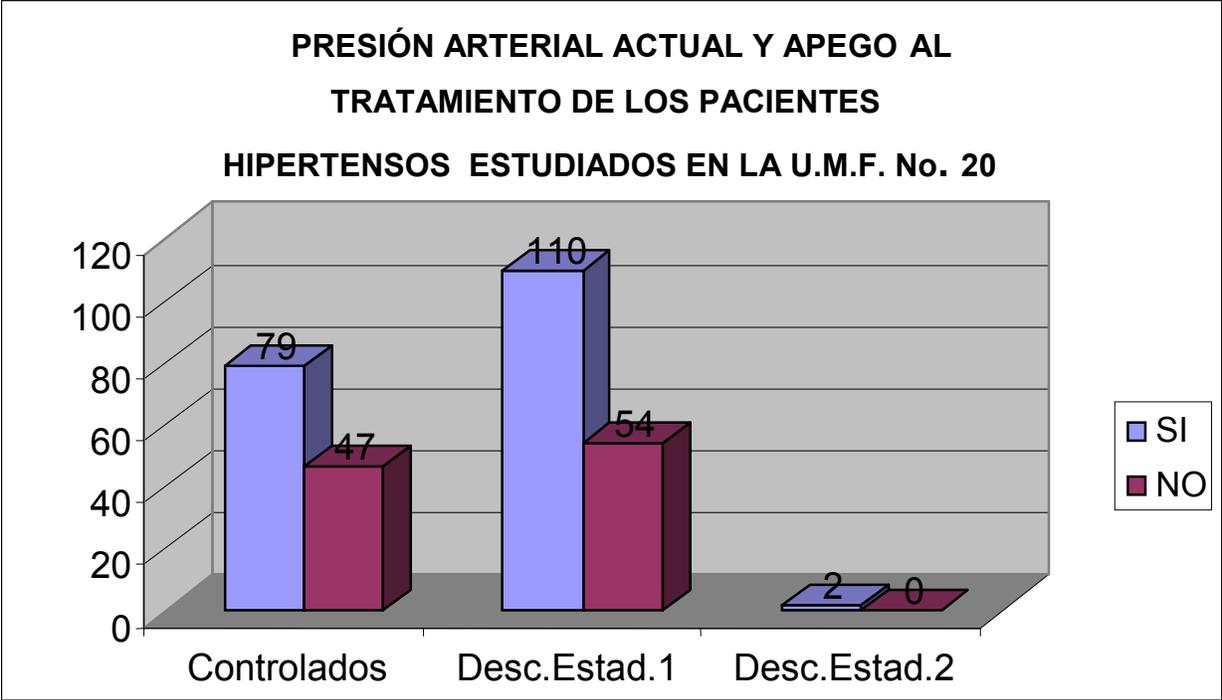


GRÁFICO 15. PRESION ARTERIAL ACTUAL Y APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA U.M.F. No. 20



X. DISCUSIÓN.

En el presente estudio en relación al apego al tratamiento farmacológico del paciente hipertenso encontramos un 65 %; con un 43.5 % de control de tensión arterial y el 56.2 % descontrolado con predominio en el Estadio I.

En estudios realizados en México por el ENSA 2000 reporta que el 49 % de personas con diagnóstico previo de hipertensión, menos del 50 % están bajo tratamiento médico farmacológico y el 14.6 % de estos se encuentra en control de tensión arterial (menor de 140/90 mmHg).¹⁵ Moragrega y cols. encontraron un 23 % de pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico controlados (TA menor de 140/90 mmHg). Se ha involucrado especialmente el desarrollo socioeconómico y con ello la influencia del sedentarismo, la obesidad, la mala alimentación rica en “alimentos rápidos” y el estrés.¹⁷ En relación a nuestro estudio hubo poca diferencia con el control de tensión arterial con el ENSA realizado ya que tenemos más del 50% de descontrol de pacientes, sin embargo, no mencionan cuantos pacientes tienen apego a tratamiento farmacológico en ambos estudios. Saíñz González y cols. En su estudio de tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial refieren que el 76.5 % de los hipertensos estaban bajo tratamiento medicamentoso, pero lo más importante es que el 32 % lo hacía en forma irregular teniendo un descontrol de la TA.²⁹ siendo más alto en nuestro estudio el reporte de descontrol como ya mencionamos. Es importante recalcar la relación encontrada en el descontrol de hipertensión arterial en Estadio I, y de estos casi un 50 % se apega al tratamiento y el otro 50 % no se apega.

Díaz y cols.²³ reportan que 51.55 % se encuentran entre los 60 y 64 años, mientras que el 57.10 % entre los 65 y 69 años de edad. Apolineo Franco³⁵ en un estudio cumplimiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la U.M.F. No. 33 refiere que el 60.12 % se encuentran entre los 60 y 69 años de edad. En nuestro estudio el 64.7 % de los pacientes se encuentran por arriba de los 60 años de edad encontrando similitud con la edad de presentación de la hipertensión arterial.

En el mismo estudio realizado por el ENSA 2000 reporta que el 34.2 % de los hipertensos corresponden al sexo masculino y el 26.3 % al femenino.¹⁵ Rodríguez Saldaña informó una prevalencia de 47.0 % en hombres 54.0 % en mujeres.²³ Moragrega y cols. Encontraron que al igual que otros países, la prevalencia de hipertensión fue mayor en el género masculino (34.2 % y 26.3 %, hombre y mujer respectivamente).¹⁷ En nuestro estudio encontramos un 67 % para el sexo femenino y un 33 % para el masculino (2:1) relacionando que probablemente la mujer es la que acude más a la consulta médica.

Apolineo Franco en un estudio cumplimiento farmacológico y control de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la U.M.F. No. 33 refiere que dentro del estado civil, predominan los pacientes casados con un 70.52 %.³⁵ En nuestro estudio encontramos similitud pero con un 65.1 %.

Rosas Pastelín y cols. reportan una escolaridad de los pacientes hipertensos estudiados un predominio del analfabetismo explicando el descontrol de sus cifras de presión arterial.⁹ En nuestro estudio el nivel primaria fue más del 60% pudiéndose asociar también a la falta de entendimiento de la enfermedad e importancia del tratamiento.

Esto demuestra que más de la mitad de los pacientes hipertensos aún continúan con descontrol de sus cifras de presión arterial. Velázquez Monroy y cols. Mencionan que de toda la población hipertensa mexicana solamente menos de 15 % esta realmente en control optimo. ¹⁵. En nuestro estudio dentro del apego al tratamiento farmacológico, se encontró que 191 casos lo tienen, a pesar de que más del 50 % esta en descontrol.

XI. CONCLUSIÓN.

En el presente estudio realizado concluimos que:

1. Un 65 % de los pacientes hipertensos tuvieron apego al tratamiento farmacológico en la U.M.F. No. 20.
2. Un 35 % de los pacientes no tuvieron apego al tratamiento farmacológico.
3. El perfil sociodemográfico de predominio fue: El sexo femenino con 67 %, con un rango de edad de 61 y más años de 64.7 %, siendo casadas 65.1 %, con ocupación al hogar 63.7 %, escolaridad primaria 63.1 %, y con un tiempo de evolución de la enfermedad de 1-5 años 41.1 %.
4. En relación al Estadio de los pacientes hipertensos de acuerdo al JNC 7 encontramos que: 43.5 % están controlados, 56.2 % se encuentran descontrolados en Estadio 1 y 0.3 % descontrolados en estadio 2.
5. En relación a apego al tratamiento farmacológico y la presión arterial actual, observamos que: controlados y con apego 41.9 %, descontrolados en Estadio 1 y con apego 57.6 %, descontrolados en Estadio 2 y con apego 0.5 %. También encontramos que: controlados sin apego 46.5 %, descontrolados en Estadio 1 sin apego 53.5 % y descontrolados en Estadio 2 sin apego 0 %.
6. El cumplimiento al tratamiento farmacológico es esencial para obtener resultados terapéuticos óptimos en el control de las cifras tensionales de los pacientes hipertensos.

XII. COMENTARIO Y SUGERENCIAS.

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 elaborar un programa educativo activo participativo en forma integral logrando que el paciente (como pieza fundamental del apego al tratamiento) tenga un conocimiento amplio con respecto a su enfermedad, sus complicaciones, los riesgos de no tener el apego adecuado a la terapia farmacológica antihipertensiva, así como la importancia que tiene el manejo no farmacológico en el control de las cifras de presión arterial.

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 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.

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Velásquez MO, Martínez OA, Méndez OA, et al. Re-encuesta Nacional de hipertensión arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. *Arch Cardiol Mex* 2005; 75 (1): 96 – 111.
2. Lomelí EC, González HA, Herrera AJ, Tapia CR, Cuellar CR, Carmona SR, et al. Hipertensión Arterial en México. *Arch Cardiol Mex* 2002; 72: 71 – 84.
3. Moragrega AJL y cols. Definición, clasificación (adultos), epidemiología, estratificación del riesgo, prevención primaria. *Rev. Mex Cardiol* 2005; 16 (1): 7 – 13.
4. Multiple risk factor intervention trial research group: Multiple risk factor intervention trial: Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248: 1465.
5. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middleaged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA* 2002; 287: 1003 – 10.
6. Primatesta P, Brookes M, Poulter NR. Improved Hypertension management and control. Results from the Health Survey for England 1998. *Hypertension* 2001; 38: 827 – 832.
7. Exaire Me y cols. Problemas especiales Cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitas, síndrome de resistencia a la insulina, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión renovascular. *Rev. Mex Cardiol* 2005; 16 (1): 43 – 47.
8. Cardona MEG y cols. Tratamiento. *Rev. Mex Cardiol* 2005; 16 (1): 19- 27.
9. Rosas M, Pastelín G, Martínez RJ, Herrera AJ. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. *Arch Cardiol Mex* 2004; 74 (2): 134 – 157.
10. Villareal RE, Mathew QA, Garza EME, Núñez RG, Salinas MAM, Gallegos HM, et al. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Instituto Nacional de Salud Pública* 2002; 44 (1): 07 – 13.

11. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
12. Fonseca RS, Parra CJ, Fragoso AA. Prescripción de antihipertensivos en un centro de atención primaria. *Med Int Mex* 2001; 17 (5): 213 – 217.
13. Tapia CR, Velásquez MO, Lara EA, Sánchez CCP y cols. Manual para la prevención, promoción de la salud y tratamiento de la hipertensión arterial 2004. Secretaría de Salud.
14. National High Blood Pressure Education Program. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 2002; 147: 2145 – 2154.
15. Lara EA, Aroch CA, Jiménez RA, Arceo GM, Velásquez MO. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial 2004; 74 (4): 330 – 336.
16. ARIMAC. Centro estadístico de captura de datos de la U.M.F. No. 20.
17. Hernández HH y cols. Estudio del hipertenso 2005; 16 (1): 15 – 18.
18. National High Blood Pressure Education Program in Primary Prevention of Hipertensión. *Arch Intern Med* 1993; 153: 186 – 208.
19. Bustamante MP. El estudio de causa múltiple de muertes en las enfermedades cardio y cerebro vasculares. *Arch Ins Cardiol Mex* 1991; 61: 261 – 266.
20. Hagberg JM, Park JJ, Brown MD. The role of exercise training in the treatment of hypertension. *N Engl J Med* 2004; 30: 193 – 206.
21. Velásquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Grupo ENSA 2000, Attie F, Tapia CR. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Arch Cardiol Mex* 2003; 73: 62 – 77.

22. Ram CV. The problem of the secondary hipertensión. *Cardiol Clin Mon* 2003; 6: 489 – 490.
23. Díaz BLA y cols. Hipertensión arterial en niños, hipertensión arterial en el adulto mayor, hipertensión en el embarazo 2005; 16 (1): 35 – 41.
24. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). *JAMA* 2003; 289: 2560 – 2572.
25. Bertomeu MV, Morillas BP, Soria AF, Mazón RP. Últimas novedades en hipertensión Arterial. *Rev. Esp Cardiol* 2006; 59 (Supl 1): 78 – 86.
26. Sistema Único de Información. Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2004; 16 (52): 23 – 32.
27. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev. Med I.M.S.S.* 2003; 41 (5): 441 – 448.
28. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios 2003; 1 (16): 10 – 11.
29. Lorenzo C, Serrano-Ríos M, Martínez-Larrad MT, Gabriel R, Williams K, González-Villalpando C, et al. Prevalence of hipertensión in Hispanic and non-Hispanic white populations. *Hypertension* 2002; 39: 203 – 8.
30. Whelton PK, He J, Appel L, et al. Primary prevention of hypertension: Clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002; 288: 1882 – 8.
31. Sheps SG, Roccella EJ. Reflections on the sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Cur Hypertens Rep*. 2001; 1(2): 342 – 5.
32. Shumet M, Cason GW, Gannong AW, Racusen LC, Manning RD. Oxidative Stress in Dahl Salt Sensitive Hypertension 2003; 41 (1): 1346 – 11352.

33. Guías diagnóstico-terapéuticas. Hipertensión arterial esencial. Rev. Med I.M.S.S. 1997; 35 (6): 230 – 233.

34. Alvarez Antillon E. Tesis de postgrado “FRECUENCIA PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 USUARIOS DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO” IMSS. Méx 2007; 1 – 48.

35. German Apolineo F. Tesis “CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UMF No. 33. Méx 2007; 1 – 39.

XIV. ANEXOS.

ANEXO 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20. D. F.

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Fecha: _____

Encuesta No. _____

El siguiente estudio pretende determinar el apego al tratamiento farmacológico del paciente hipertenso; esta encuesta es con fines de investigación en salud, por ello solicitamos que después de leer cuidadosamente la pregunta, marque con una X el cuadro que contenga la opción que usted considere correcta. Le suplicamos responder todas las preguntas con la mayor veracidad posible, **es confidencial**.

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo. (Marque con una cruz X): HOMBRE: _____

MUJER: _____

Estado civil: _____

Ocupación actual: _____

Escolaridad: _____

Presión arterial: _____

Tiempo de padecer presión alta: _____

CUESTIONARIO DE MORISKY GREEN.

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

SI NO

2. ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?

SI NO

3. ¿Cuándo se encuentra bien, deja Usted de tomar sus medicamentos?

SI NO

4. ¿Si alguna vez se encuentra mal dejan Usted de tomar sus medicamentos?

SI NO

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 2.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México, D.F. a _____ de _____ del 2007.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Frecuencia de apego en el tratamiento farmacológico del paciente hipertenso de la U.M.F. No. 20. del I.M.S.S.". Registrado ante el Comité Local de Investigación

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer cuáles son los factores que influyen en la falta de apego en el tratamiento farmacológico del paciente hipertenso, con la finalidad de obtener un buen control de su padecimiento, disminuyendo así el riesgo de complicaciones, elevando la calidad de vida del paciente y mejorando el servicio y la calidad de la atención en el I.M.S.S.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador recompromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

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 seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que 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 esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Juan Torres Sánchez. 99352423
R3 Medicina Familiar.

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 Ext. 15320.

Testigos.