



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 49  
LOS MOCHIS, SINALOA.**

**CAUSAS DE FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES  
CON HIPERTENSION ARTERIAL EN U.M.F. No. 15  
DURANTE EL PERIODO: FEBRERO 2009-ENERO 2010**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARIA ESTELA VARELA PADILLA**

**LOS MOCHIS, SINALOA**

**AÑO 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**CAUSAS DE FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL EN U.M.F. No. 15, DURANTE EL PERIODO  
FEBRERO-2009 A ENERO-2010, JUAN JOSE RIOS, SINALOA, MEXICO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. MARIA ESTELA VARELA PADILLA MARIA ESTELA**

**AUTORIZACIONES**

**ASESOR**



**DR. FEDERICO A. FELIX MENDEZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION MEDICA EN MEDICINA  
FAMILIAR SEMIPRESENCIAL, HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 49, LOS  
MOCHIS, SINALOA.

**DR. SAUL CRUZ OSUNA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO, COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA.



**M.C. DRA. PAULA FLORES FLORES.**

DIRECTORA DE TESIS, COORDINADORA DELEGACIONAL EN INVESTIGACION  
EN SALUD.



**LOS MOCHIS, SINALOA.**

**2010.**

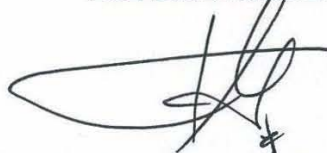
**CAUSAS DE FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL EN U.M.F. No. 15, DURANTE EL PERIODO  
FEBRERO-2009 A ENERO-2010, JUAN JOSE RIOS, SINALOA, MEXICO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

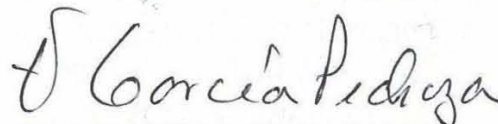
**PRESENTA**

**DRA. MARIA ESTELA VARELA PADILLA**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**LOS MOCHIS, SINALOA.**

**2010.**

## AGRADECIMIENTO

*En primer lugar gracias a Dios por la vida, y por hacer posible que me realice como Médico Familiar.*

*Con amor para mi esposo Leonardo, e hijos: Leonardo y Arlen Estela, por el gran apoyo incondicional que me brindaron, que Dios los bendiga siempre. Los amo.*

*A mi madre que supo también ser padre, porque ha sido y es un motor en mi vida, porque me enseñó a ser valiente, tenaz, perseverante y constante; y sobre todo porque me enseñó valores como el del respeto, y virtudes como el de la caridad hacia mis semejantes; gracias mamá.*

*Igualmente agradezco a todos mis hermanos que de alguna manera se involucraron para que yo alcanzara mi meta. (Jaime, Francisco, Gloria, Carlos, Martín, Jesús).*

*Y agradezco a todos mis amigos, compañeros, maestros, y demás personas que participaron de diversa manera en mi preparación y pudiera culminar satisfactoriamente mi especialidad en Medicina Familiar.*

## INDICE

Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Pregunta de investigación	3
Marco Teórico	4
Justificación	11
Objetivo general	12
Objetivos específicos	
Tipo de investigación	
Area de investigación	
Tipo de estudio (encuesta)	
Tiempo de estudio	13
Lugar de estudio	
Población de estudio	
Diseño de la muestra	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	14
Criterios de eliminación	
Plan de recolección de la información	
Plan de análisis estadístico de la información	
Gráficas	15
Recursos humanos	31
Materiales	
Presupuesto	
Consideraciones éticas	
Resultados	32
Discusión	34
Conclusión	36
Anexos	37
Bibliografía	42



## INTRODUCCION.-

La Hipertensión Arterial es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5-10 % de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

Actualmente la etiología de la Hipertensión Arterial es poco clara, sin embargo hay avances en el conocimiento de la participación del endotelio vascular y sus productos. Tradicionalmente se consideraba a la Hipertensión Arterial como el proceso hemodinámico en el cual las resistencias al flujo sanguíneo se encuentran elevadas, en la actualidad se define como la pérdida del tono de vasodilatación del sistema circulatorio.

La Hipertensión Arterial es conocida como "asesino silencioso", se caracteriza por ser un padecimiento asintomático que, sin embargo, con el paso de los años ocasiona graves daños en algunos órganos del individuo, como arterias, retina, corazón y cerebro, entre otros, y se presenta con mayor frecuencia conforme avanza su edad; es decir, después de los 50 años.

La Hipertensión Arterial constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna y su importancia radica no sólo en su elevada prevalencia, sino en la trascendencia que tiene como causa de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Constituye una causa importante de discapacidad laboral transitoria y permanente, que afecta múltiples estamentos implicados en la salud de la población y que la convierten en un problema sanitario real.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Considerando que la calidad de la atención que se brinda al hipertenso en nuestro medio aún no ha alcanzado los niveles óptimos; trato con esta investigación describir y analizar las causas por las cuales se dificulta a los pacientes cumplir con la adherencia al tratamiento no solo farmacológico sino también dietético; y específicamente en la población correspondiente al consultorio # 1 de Consulta Externa de la Unidad Médica Familiar No. 15.

Los pacientes que son tomados en cuenta para este estudio, comúnmente son portadores de hipertensión aunada a obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus 2 u otros padecimientos; razón de más para estudiar las causas de desapego al tratamiento e incidir en un cambio de calidad de vida, y de este modo también retardar o evitar otras complicaciones.

El tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial ha demostrado ampliamente su eficacia al reducir la morbilidad y la mortalidad en todos los grupos de pacientes independientemente de la edad, el sexo y la raza, y ha logrado disminuir los episodios coronarios, la insuficiencia cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, el deterioro de la función renal y de la progresión de la HTA, por lo tanto resulta importante conocer el grado de aceptación de la terapia antihipertensiva a nivel poblacional.

Es importante saber que la gran mayoría de pacientes hipertensos, acuden puntualmente a su cita subsecuente por su tratamiento de control sin embargo un buen porcentaje de ellos no cumple adecuadamente con el mismo, lo cual se traduce en que esta es una de las razones principales por las que su Presión Arterial está mal controlada.



La falta de adherencia al tratamiento, definida como el alcance con el cual el paciente sigue o cumple las indicaciones médicas, es una de las causas más importante del pobre control de la Presión Arterial en el mundo. En un estudio sobre adherencia al tratamiento (ENSAT), se dice que 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.

En el Consultorio No. 1 matutino de nuestra Unidad Médica Familiar, se eligen 100 pacientes para su estudio, de los cuales 8 son de 1<sup>a</sup>.vez, y 92 son subsecuentes.

#### PREGUNTA DE INVESTIGACION

Determinar cuáles son las principales causas de desapego al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial sistémica del consultorio 1 de la UMF # 15, de Juan José Ríos, Sinaloa; durante el periodo del mes de Febrero de 2009 al mes de Enero del 2010.

## MARCO TEORICO.-

Aproximadamente el 20% de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 3% y el 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante.

Varios estudios, han demostrado que sólo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, otro estudio (Greenbur) confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Además, el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación (1).

Según la OMS, la no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es una deficiencia que se presenta mayormente en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. Lo peor, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que aumenta la incidencia de la hipertensión, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad. Seguir una prescripción o adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados tales como no adquirir la medicación prescrita, tomar dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvidar de tomar una o más dosis e incluso, interrumpir el tratamiento antes de tiempo. Se deben tener en cuenta los factores socioeconómicos y psicológicos, que la mayoría de las veces interfieren grandemente y no se les da la importancia que realmente ameritan.

Durante los últimos años se ha comprendido, que la adherencia del paciente hipertenso al tratamiento, es una piedra angular en el control de su enfermedad. Todos los autores coinciden en reconocer al incumplimiento como uno de los grandes desafíos en el tratamiento de la hipertensión arterial (2).

La hipertensión, se estima que causa el 4.5% de la carga actual de enfermedad y es prevalente en muchos países en vías de desarrollo, así como en el mundo desarrollado. El riesgo cardiovascular inducido por la presión arterial aumenta continuamente en todos los rangos de presión. La capacidad de los estados varía ampliamente en el manejo de la hipertensión, pero en casi todo el mundo los diagnosticados de hipertensión son controlados de forma inadecuada. Esta declaración se dirige a comprobar todos los riesgos cardiovasculares para establecer umbrales de iniciación de objetivos del tratamiento, estrategias de tratamiento apropiada en terapias farmacológicas y no farmacológicas y costo efectividad del tratamiento. La modificación de estilos de vida se recomienda para todos los individuos. Hay evidencia de que algunos agentes específicos son beneficiosos para algunos pacientes con indicaciones especiales, y que la monoterapia es inadecuada en la mayoría de los pacientes (3)

Un informe reciente en España señala que el 80% de los médicos no modifica el tratamiento antihipertensivo cuando comprueba que su paciente hipertenso no está adecuadamente controlado. Y que no es extraño, por tanto que con actitudes de este tipo no se consiga el control adecuado de la presión arterial en la mayoría de los hipertensos, objetivo que puede conseguirse en la inmensa mayoría de los casos (4).

Otra revista española menciona que los cambios en el estilo de vida resultan insuficientes para lograr un descenso significativo de la Presión Arterial (PA) (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Hipertensión Arterial constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones, en el mundo occidental. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares se pueden atribuir a la elevación de la Presión Arterial, siendo el principal riesgo de ictus e Insuficiencia Cardíaca. Al mismo tiempo es muy prevalente, considerándose que afecta a entre el 25% al 30% de la población del planeta.

En Estados Unidos de América afecta a 50 millones de habitantes y en Europa se registran las mas altas tasas de prevalencia, siendo Alemania el país mas pre-

valente con un 55% , seguida de Finlandia (49%), España (47%), Inglaterra (42%), Suecia (38%), Canadá 27% y en América Latina se reportan cifras entre un 15% y 20% (6).

El 50% de los mayores de 65 años y el 30% de la población en general padece hipertensión, y solo dos de cada 10 pacientes que acuden a las consultas logran controlar su presión arterial. El resto corre el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, por lo que los expertos han alertado sobre la incidencia de esta patología. Como culpables de las cifras manejadas por los médicos están la falta de ejercicio y una alimentación con una ingesta excesiva de proteínas animales, grasas y sal. Un estudio (Educa), fue implantado en España con la finalidad de comprobar que una correcta educación en los hábitos de vida del paciente hipertenso es el complemento perfecto al tratamiento farmacológico para ayudar al paciente a controlar su enfermedad. La formación del paciente hipertenso incluirá amplia información sobre esta enfermedad, factores de riesgo y hábitos de vida mas saludables (7)

En Cuba la Hipertensión Arterial (HTA), ocupa el primer lugar entre las enfermedades crónicas, reportándose en el año 2005 una tasa de 194.6 x 1000 habitantes. Investigaciones realizadas muestran que el grado de incumplimiento farmacológico en cifras en tratamiento antihipertensivo oscila entre el 7.1% y el 66.2% lo que repercute sobre el mal control del proceso nosológico y el aumento de los costes sanitarios y no sanitarios.

Son muchos los motivos que se reportan como causas del abandono terapéutico, la literatura señala como los mas frecuentes el olvido y la aparición de reacciones adversas, esta última causa es también aplicable al uso de los antihipertensivos dado el amplio patrón de reacciones adversas descrito para los fármacos usados con este fin (8).

La incidencia de hipertensión es difícil de determinar en la población Peruana, y que sólo el 17.4% de hombres y 38% de mujeres en una población general de Lima sabían que eran hipertensos. En Perú se reporta que un 37% de pacientes

que no continúa el tratamiento se debe ya sea a que porque se automedica, o porque no comprende su enfermedad y desconoce la magnitud de complicaciones que ésta alcanza (9).

La falta de control adecuado de la Hipertensión Arterial en la población Uruguaya, ha sido atribuida a falta de acceso a los cuidados de salud o al no cumplimiento con el tratamiento por parte de los pacientes. Sin embargo, existe creciente evidencia que la hipertensión arterial no controlada también ocurre en poblaciones con buen acceso a los sistemas de salud (10).

En un estudio cubano se menciona que las directrices internacionales para atender al paciente hipertenso, enfatizan la necesidad del tratamiento no farmacológico, para facilitar la respuesta favorable a las drogas antihipertensivas; sin embargo a escala mundial existe dificultad en lograr cambios en los estilos de vida ya que el hombre tiene tendencia a arraigarse a sus hábitos y costumbres (11).

Es conveniente estar alerta para detectar la falta de adherencia y proponer soluciones para sus posibles causas. Para informarse sobre la adherencia 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 (ej. Frecuencia cardíaca en pacientes tratados con B bloqueantes) (12).

En E.E.U.U. se estima que casi uno de cada tres adultos norteamericanos presentaba cifras elevadas de Presión Arterial a finales de la pasada década, cifras que muestran un cambio radical en la tendencia descendente que se había observado en años precedentes. La prevalencia de Hipertensión Arterial ha alcanzado el 29% de la población adulta, lo que implica un incremento del 4% desde el periodo 1988-1991 y revierte la tendencia decreciente observada desde los años sesenta.

Se calcula que más de 58 millones de estadounidenses eran hipertensos en 1999-2000 (Hajjar & Kotchen, 2003) (13).

En México, con el objetivo de actualizar datos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) de 1993 y conocer el estado actual de esos padecimientos no transmisibles, como hipertensión arterial y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular, la Secretaría de Salud (Ssa) realizó un amplio estudio : se trata de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 que en todo el país, se aplicó a 38 mil 377 personas, cuyas edades oscilaron de 20 a 69 años. Los resultados concluyeron que 15.2 millones de mexicanos padecen hipertensión arterial sistémica (HAS) y que 61 por ciento de ellos desconoce que tiene la enfermedad. Estas cifras significan que cinco de cada 10 mexicanos mayores de 50 años sufre la enfermedad y aproximadamente 1.5 por ciento de ellos está en riesgo de muerte anualmente por causas directamente relacionadas con dicha hipertensión. También destaca que de los pacientes a quienes se ha diagnosticado el padecimiento, únicamente el 46.9% se encontraba bajo tratamiento médico farmacológico, mientras que el 53.1 por ciento restante no ingería fármaco alguno (14).

Es importante mencionar que tomando en cuenta la tasa más baja de mortalidad por HTA (1.5%), en el año 2000 ocurrieron 227,400 muertes atribuibles a HTA y por lo tanto potencialmente prevenibles; en otras palabras, una muerte cada 2 minutos (15).

En un reciente estudio de Rodríguez, Molero y Acosta (2004), en una muestra de 8862 pacientes encontró que el 31.70% no seguía regularmente el tratamiento y, entre las variables asociadas a la falta de adherencia, se encontró la "falta de síntomas" en el 28.85% de los pacientes no adherentes; esto indica que casi un tercio de los incumplimientos se asocian a la ausencia de "síntomas" indicadores de que la presión arterial está alta, lo que induciría a los pacientes a relajarse con el tratamiento en la creencia de que su tensión arterial no estaba elevada (16).

Los pacientes que no se adhieren al tratamiento consideraron como importantes aspectos concernientes al sistema de salud, que interfieren la conducta de cumplimiento, estas cuestiones pudieran constituir brechas del sistema de salud

en el proceso de atención a sus usuarios. Plantean que no se pueden atender siempre con el mismo médico, los cambios en el profesional de asistencia genera la necesidad de repetir la historia de la enfermedad cada vez que se requiere atención, establecer una relación empática o no con éste, recibir orientaciones diferentes. La inestabilidad del personal que atiende al paciente hipertenso es un factor que contribuye al no seguimiento adecuado del tratamiento. Se dice además que no siempre el médico orienta adecuadamente el tratamiento, falta de explicación, información detallada de la conducta a seguir, de las características de la enfermedad y del tratamiento. Otras causas señaladas son: dificultades para conseguir medicamento, factores socioeconómicos, la falta de poder adquisitivo para cumplir la dieta, que requiere la enfermedad y que forma parte del tratamiento en la mayoría de los casos. Otra cuestión a destacar es el planteamiento por parte de los pacientes de una sobrecarga de responsabilidades en el marco de la vida familiar y laboral que dificulta o interfiere la atención sobre la enfermedad y el tratamiento. Estas personas priorizan otras obligaciones antes del cuidado de su salud.

Desde el punto de vista médico se priorizan aspectos que se relacionan con las características del tratamiento: Se apreció que los pacientes perciben como factores que interfieren el cumplimiento algunas características del tratamiento, como los efectos secundarios, experimentados como síntomas molestos que causan temor e incomodidad, incluso depresión. Consideraron que la dieta se caracteriza por ser muy rigurosa y difícil de cumplir. Por otra parte, al ser la HTA una enfermedad crónica en la medida que se prolonga el tiempo de tratamiento, el paciente lo siente como una carga en su vida, se cansa y no cumple o lo abandona (17).

La falta de apego al tratamiento puede generar grandes pérdidas desde el punto de vista personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas



que traigan consigo una carga de sufrimiento físico, que pudieran evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afecten de modo significativo su calidad de vida (18).

Igualmente se considera que el papel del Médico Familiar con la colaboración del Equipo de Salud debe seguir buscando estrategias para hacer más eficiente su labor, tal como ocurre con el conjunto de Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) de ésta forma el apego Farmacológico se podría elevar a una cifra cercana al 100% de la población (19).

A continuación menciono la nueva clasificación de la HTA, de acuerdo al Séptimo Informe del Comité Nacional en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (mayo 2003), y que es en la que debemos basarnos para mayor confiabilidad en el control de los pacientes hipertensos.

Clasificación	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Normal	< 120	< 80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
HTA estadio 1	140-159	90-99
HTA estadio 2	> = 160	> = 100

(20).

## JUSTIFICACION:

La hipertensión arterial tiene alta prevalencia y mal control en nuestro medio, por lo que para contribuir a mejorar la actual situación, se estudiará a pacientes portadores de HTA que no cumplen o abandonan su tratamiento antihipertensivo. La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más importantes en términos de magnitud del problema y gravedad de sus consecuencias, al que se enfrenta un gran número de países en el momento actual. A pesar de disponer de fármacos eficaces para su tratamiento y de contar con numerosos programas científicos de formación y actualización sobre el tema, la realidad es que sólo se controla un porcentaje bajo de pacientes, según las cifras aceptadas como normales en la actualidad. Los factores que inciden en las complicaciones cardiovasculares en el paciente hipertenso son multifactoriales, por eso es importante la estratificación del riesgo cardiovascular individual, para establecer la estrategia terapéutica y de actuación general.

Así podemos mencionar que por ejemplo en España la causa mas frecuente de desapego al tratamiento antihipertensivo es el de la falta de modificación del tratamiento por falta del medico tratante aún cuando sabe que no funciona el actual (80%); en Cuba la causa mencionada es el olvido y aparición de reacciones adversas (7.1-66%), en Perú porque se automedican o no comprenden su enfermedad (37%), en México diversas causas originan que no ingieran su tratamiento médico como olvido, reacciones adversas, por tomar múltiples medicamentos o porque desconocía tener la enfermedad etc. (53.1%). En nuestra UMF # 15, 2 de cada 10 (20%) o el 4.7% en promedio de los pacientes de la población total en estudio no toman sus medicamentos de la presión arterial en el día por motivos diversos. Lo cual considero un problema serio, ya que pudieran existir mas casos que no se dan a conocer y por otro lado estarían exentos de cualquier medida que les ayude a prevenir ciertas complicaciones que pudieran poner en riesgo su vida. Respecto a esto algún familiar manifiesta que su enfermo ha requerido atención en el servicio de Urgencias por crisis hipertensiva al haber suspendido algunas

dosis de su tratamiento antihipertensivo.

#### OBJETIVO GENERAL:

Identificar las causas por las que muchos pacientes con Hipertensión Arterial no se apegan al tratamiento farmacológico en forma oportuna y responsable, durante el mes de febrero de 2009, al mes de enero de 2010.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- 1) Determinar de que manera influyen el sexo, edad y escolaridad en el desapego al tratamiento farmacológico de los pacientes del consultorio 1 turno matutino de la UMF # 15 de Juan José Ríos, Sinaloa.
- 2) Identificar la prevalencia de patologías asociadas en pacientes con Hipertensión Arterial que no cumplen con su tratamiento farmacológico.
- 3) Determinar con que frecuencia se presentan complicaciones como Enfermedad Vascular Cerebral, Enfermedad Renal Crónica y Cardiopatía Isquémica.
- 4) Identificar las razones mas frecuentes por las que los pacientes hipertensos no tienen adherencia a su tratamiento antihipertensivo.
- 5) Determinar cuáles son los factores de riesgo modificables con mayor incidencia en los pacientes con desapego a tratamiento hipertensivo del consultorio 1 matutino de la UMF #15 DE Juan José Ríos, Sinaloa.

#### TIPO DE INVESTIGACION:

- Estudio de Campo.

#### AREA DE INVESTIGACION:

- De Salud.

#### TIPO DE ESTUDIO: ENCUESTA

- Transversal
- Descriptivo
- Observacional

#### TIEMPO DE ESTUDIO:

De Febrero de 2009 a Enero del 2010.

#### LUGAR DE ESTUDIO :

UMF # 15, de Juan José Ríos, Gve. Sinaloa; la población adscrita a esta Unidad es de 11,872 derechohabientes y adscritos a consultorio en estudio es de 1,795; Juan José Ríos, es una población de tipo Urbana pues cuenta con más de 2,500 habitantes, fundada en 1955, su principal fuente de economía es el comercio y la agricultura; cuenta con una superficie de mas de de 16,400 Has., de riego, su clima es mixto, pues buena parte del año es cálido y el resto (4 meses aproximadamente) es frío. Cuenta con 3 escuelas preparatorias y una Escuela Superior de Agricultura por la UAS. En esta población todavía cuentan con rituales y tradiciones propios como son danzas de matachines, Pascola y del venado; los que forman parte de las actividades recreativas de los moradores en Juan José Ríos.

#### POBLACION DE ESTUDIO:

Derechohabientes hipertensos del consultorio 1 de medicina familiar, turno matutino en la UMF # 15 En Juan José Ríos, Guasave, Sinaloa.

#### DISEÑO DE LA MUESTRA:

100 Pacientes Hipertensos, adscritos a consultorio 1 matutino de la UMF # 15.

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

A todos los pacientes hipertensos de ambos sexos y edad > de 18 años que acudan a consulta, que deseen participar en el estudio, que puedan contestar la encuesta, que estén en condiciones físicas y mentales para contestar la encuesta.

**CRITERIOS DE EXCLUSION :**

A pacientes que no deseen participar, pacientes que no estén en condiciones físicas y mentales de contestar la encuesta, personas que no sepan leer y escribir, pacientes no hipertensos.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Encuestas no legibles, encuestas que no sean contestadas totalmente.

**PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:**

Las variables utilizadas para realizar la encuesta son las siguientes:

Edad, sexo, escolaridad, enfermedades asociadas, factores de riesgo modificables, complicaciones más frecuentes, registros de Tensión Arterial, y las diferentes causas por las que el paciente hipertenso no toma sus medicamentos.

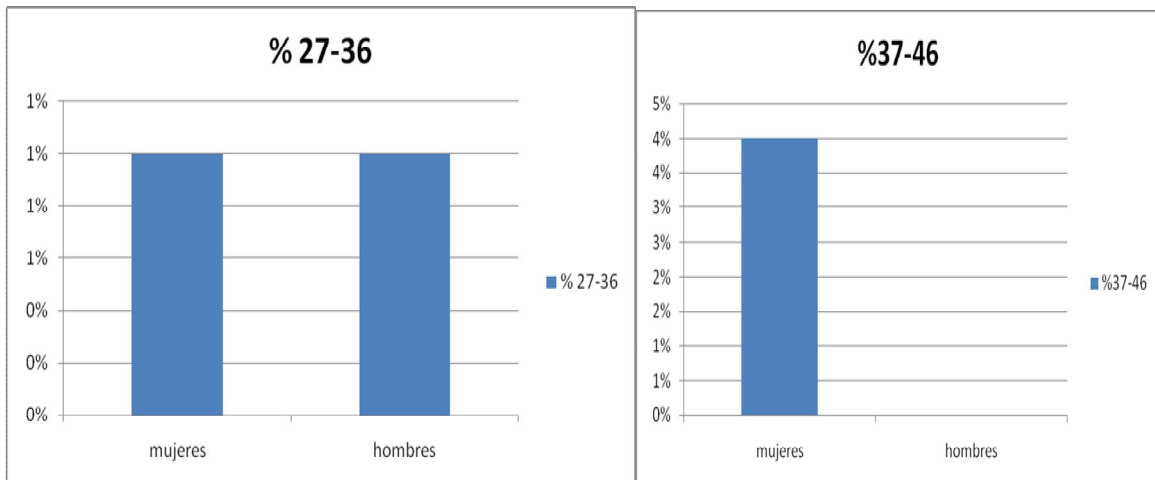
Se diseña un instrumento que incluye las variables de estudio, anexo la encuesta.

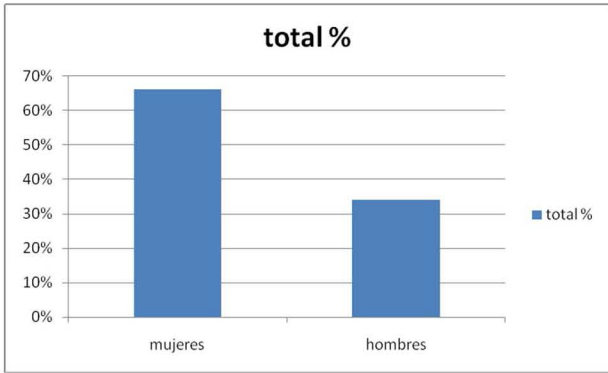
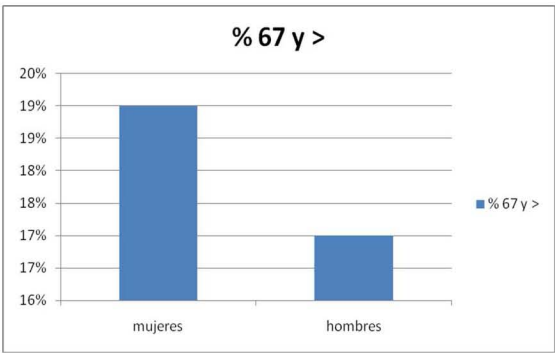
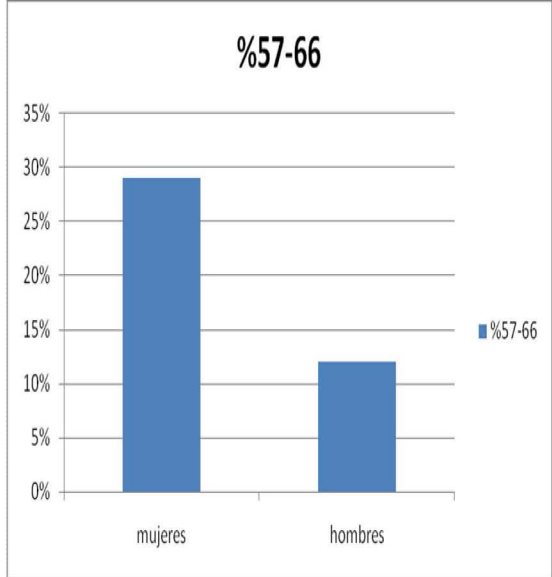
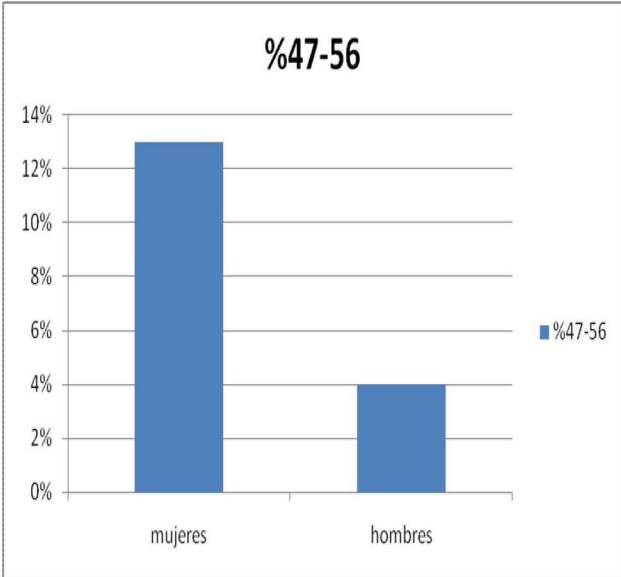
La encuesta se aplicará a los derechohabientes hipertensos que acuden a la consulta externa del consultorio 1 matutino en la UMF # 15 de Juan José Ríos, Guasave, Sinaloa.

**PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION:**

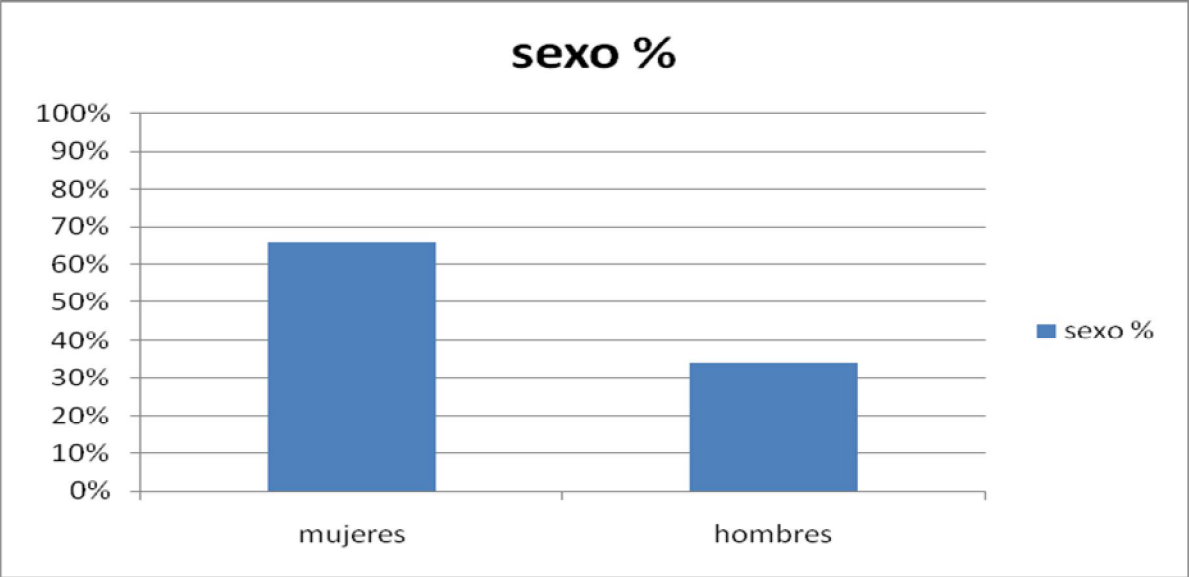
Se registrarán las principales variables de estudio y se captarán los datos obtenidos, se clasificarán, se agruparán y se presentarán en cuadros y gráficas de barras.

Grafica 1.- Edad. HTA de mayor prevalencia en la tercera edad.



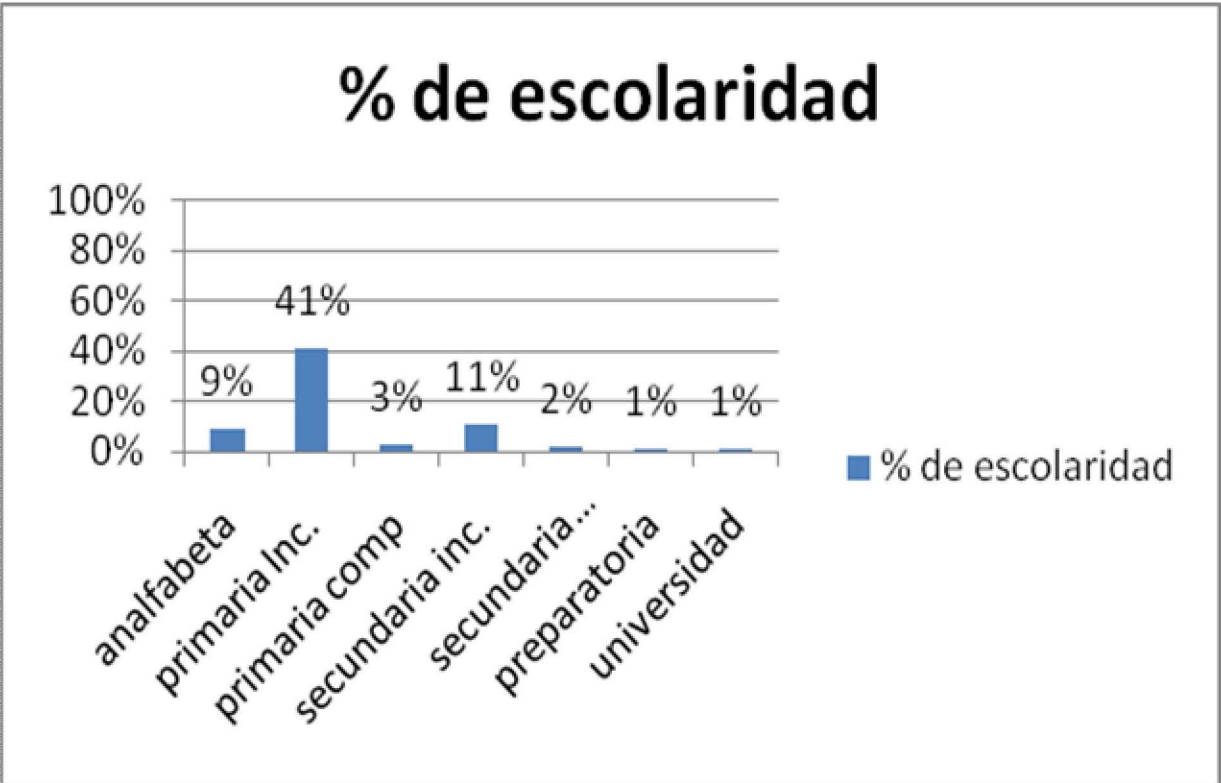


Grafica 2.- Sexo. HTA con mayor incidencia en el sexo Femenino.

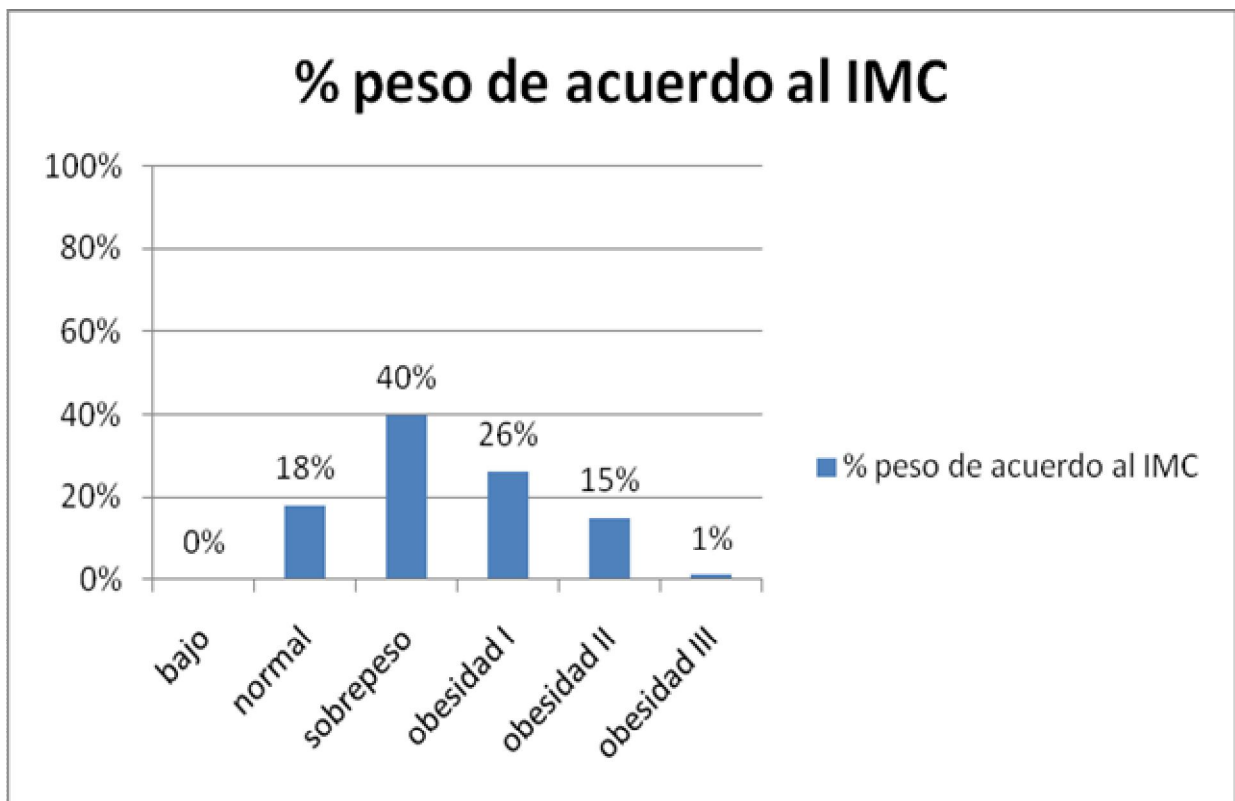




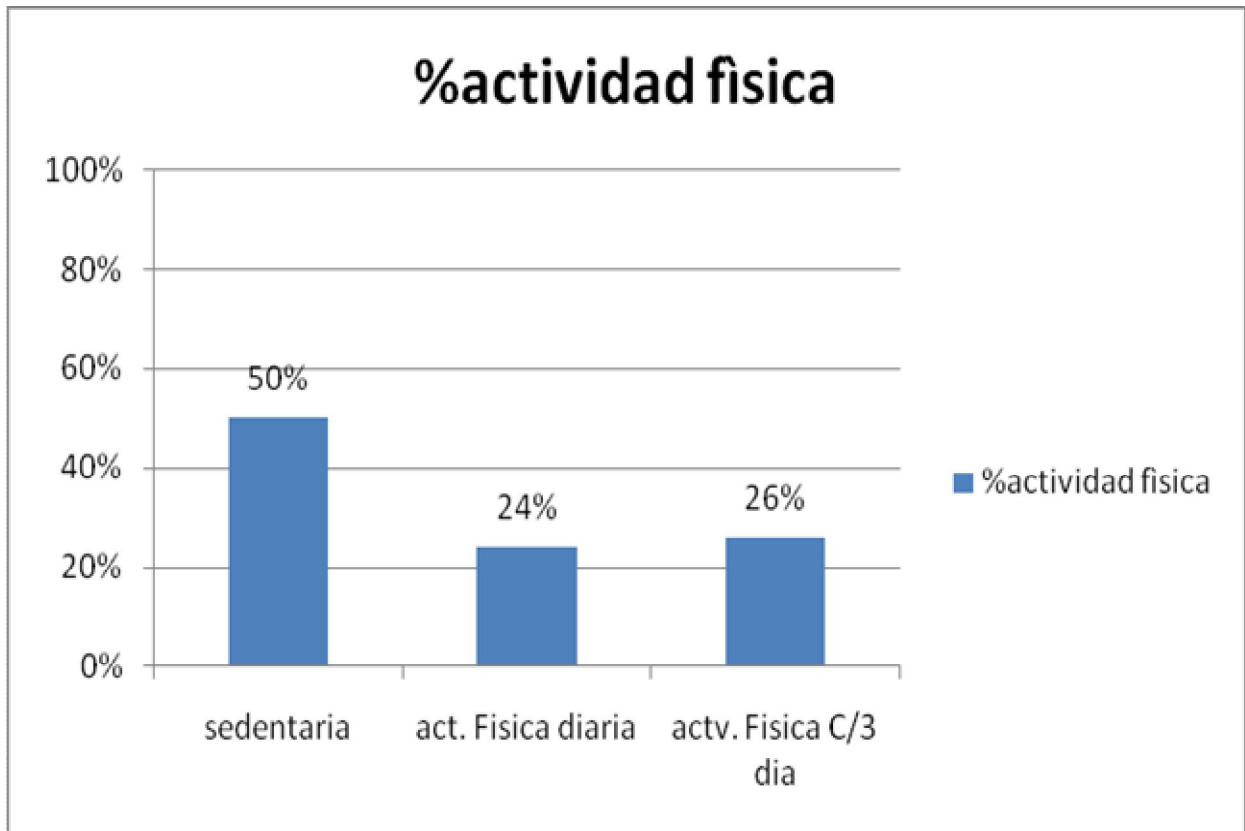
Grafica 3.- Escolaridad. La HTA de acuerdo al nivel educativo.



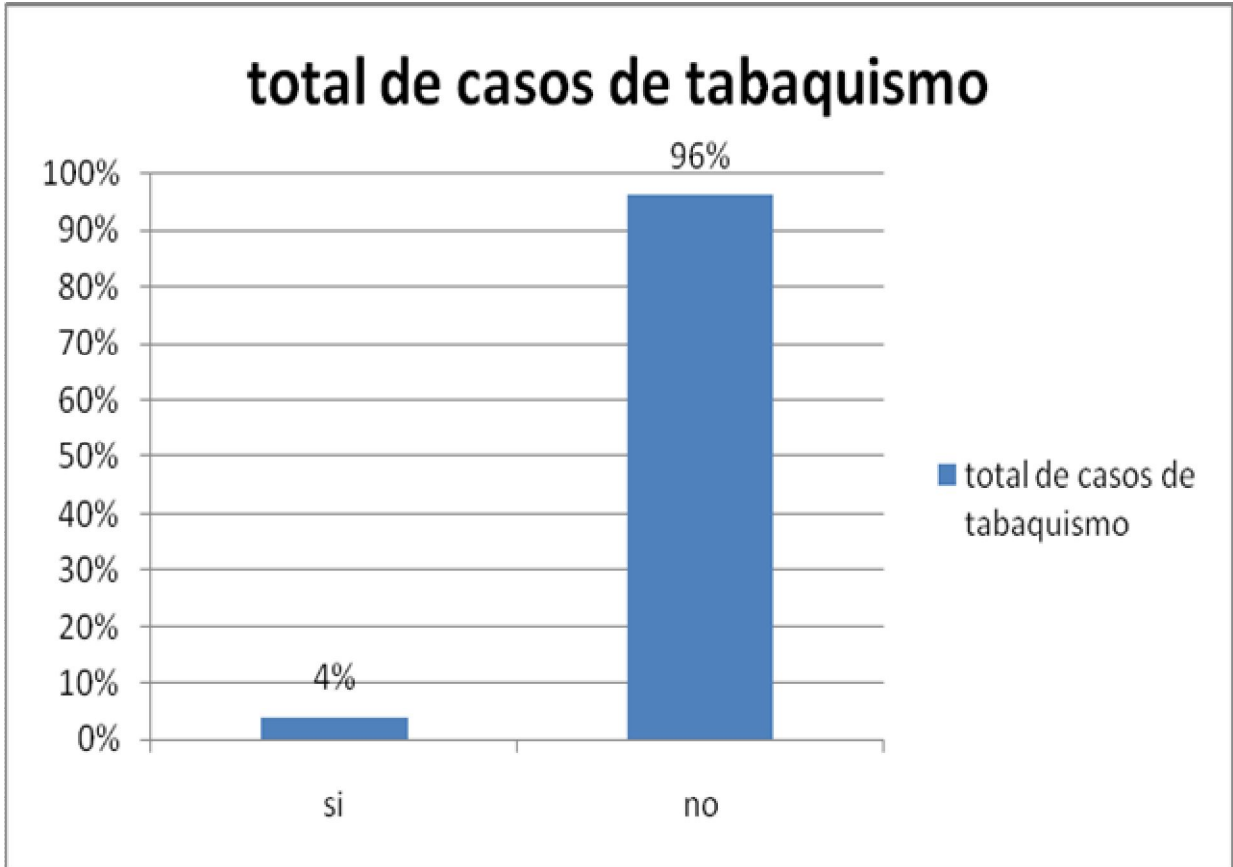
Grafica 4.- Factores de riesgo modificables



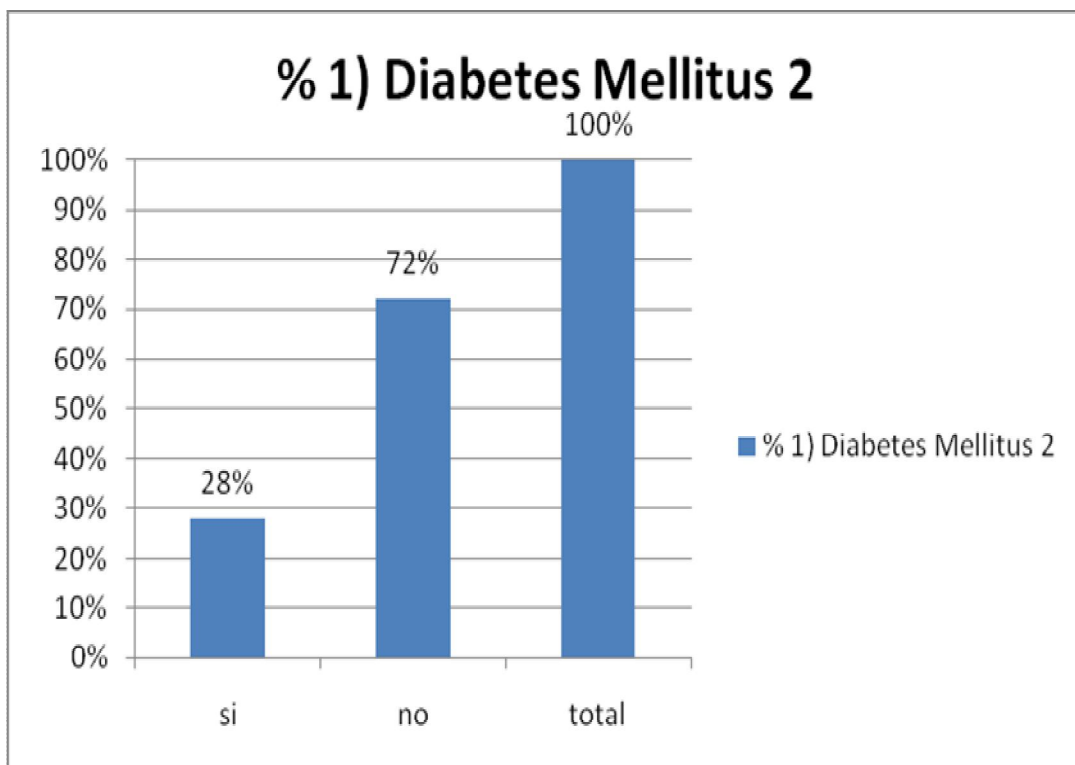
Grafica 5.- # de personas con o sin actividad fisica



Grafica 6.- total de casos de tabaquismo

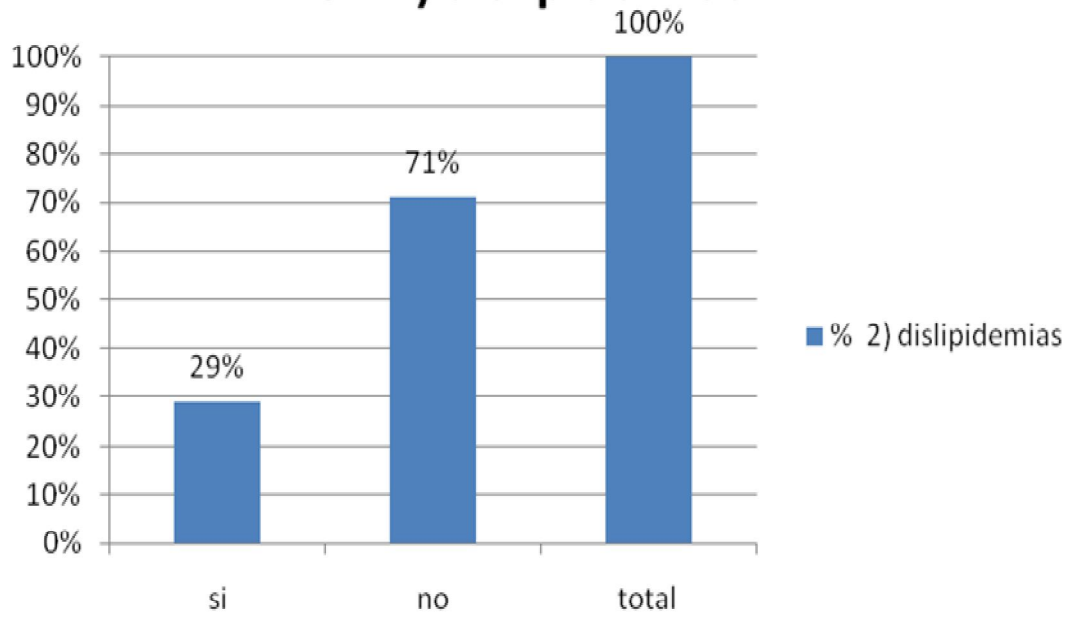


Grafica 7.- Padecimientos Crónicos

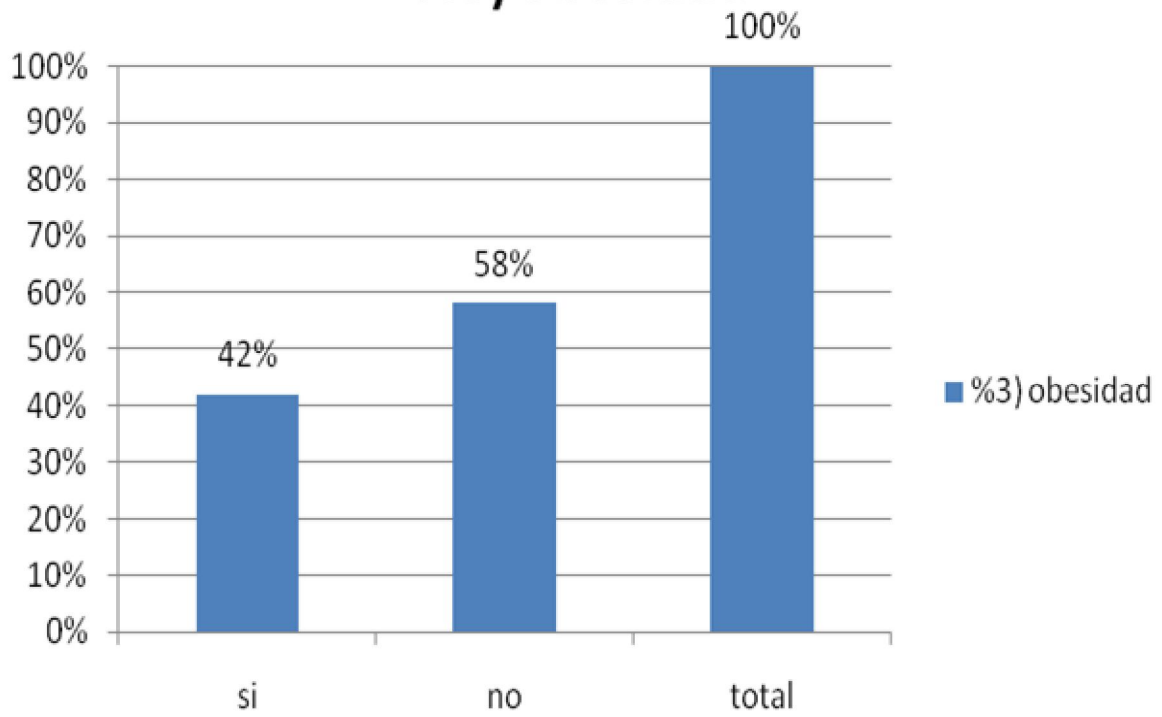


Los padecimientos Crónicos que más se relacionan con la HTA.

## % 2) dislipidemias

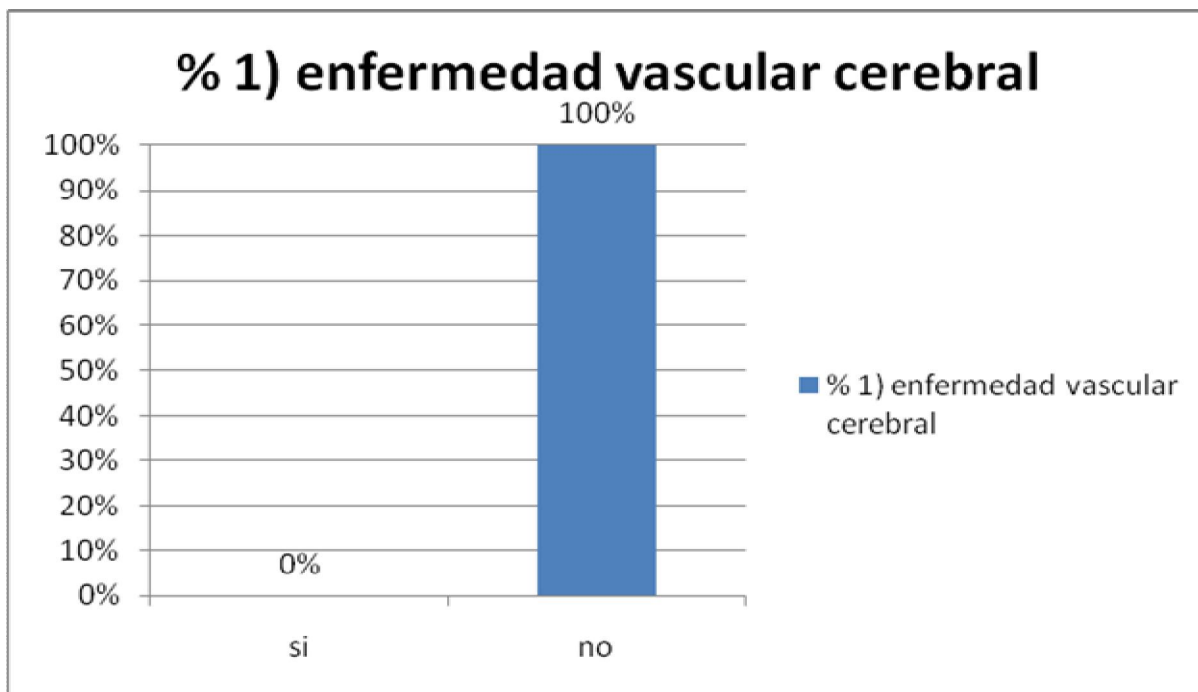


### %3) obesidad



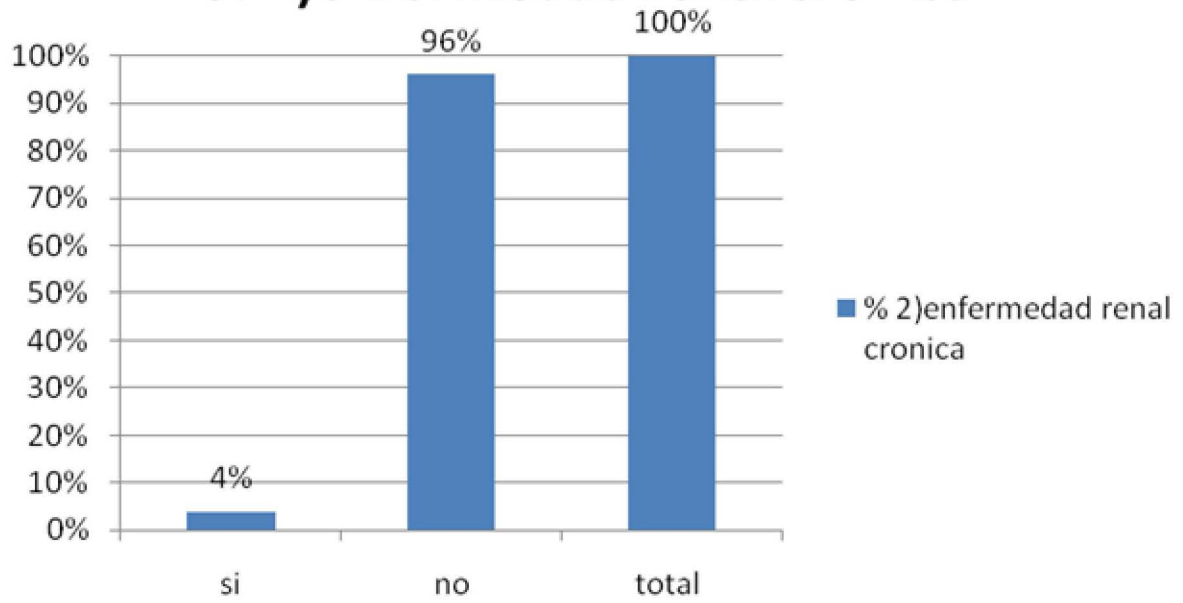


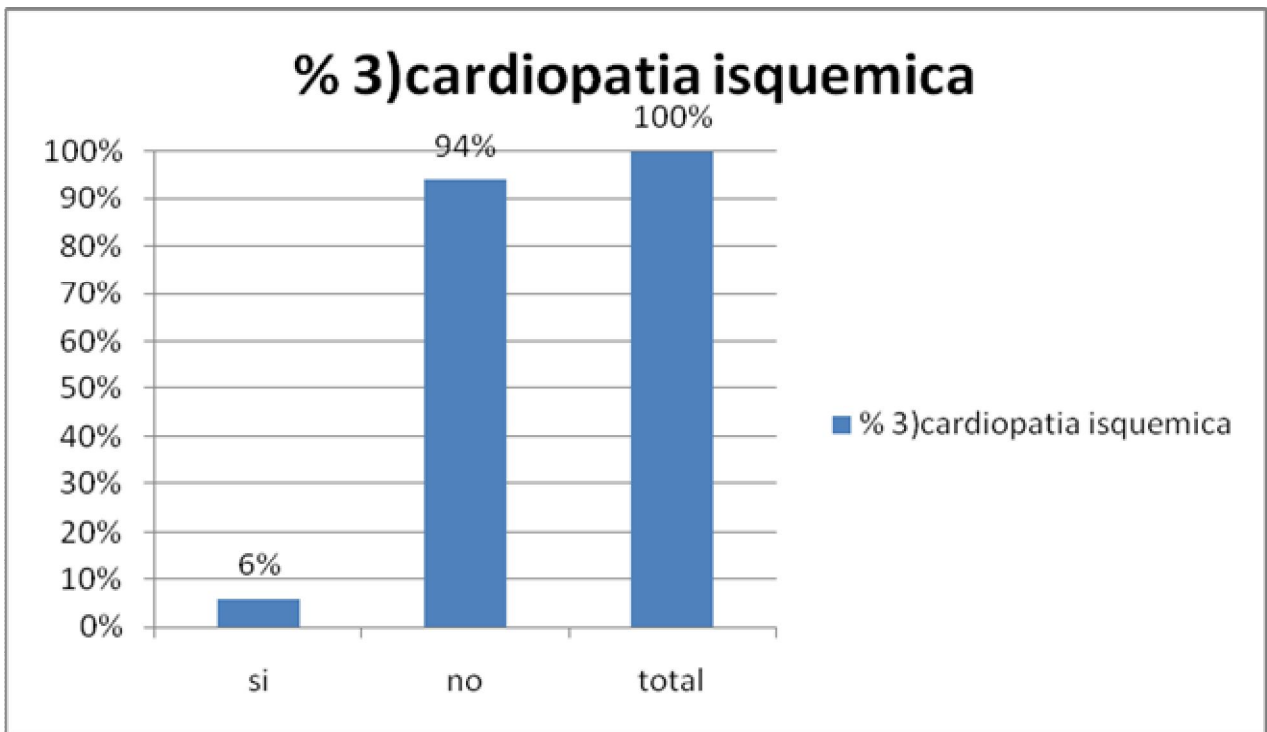
Gráfica 8.- Complicaciones



En las complicaciones más frecuentes de la hipertensión arterial la EVC fue nula

## % 2) enfermedad renal cronica



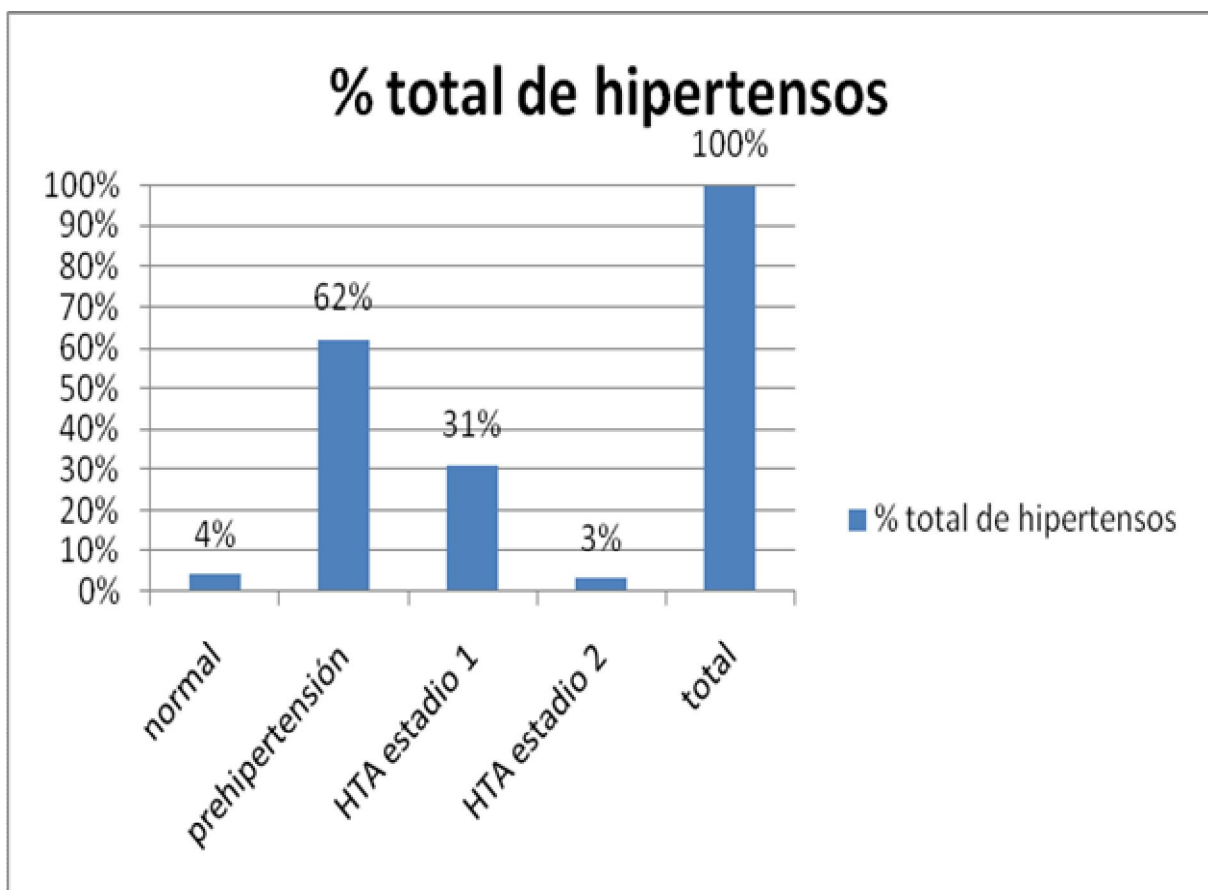


La cardiopatía isquémica fue la de mayor incidencia como complicación en la HTA.

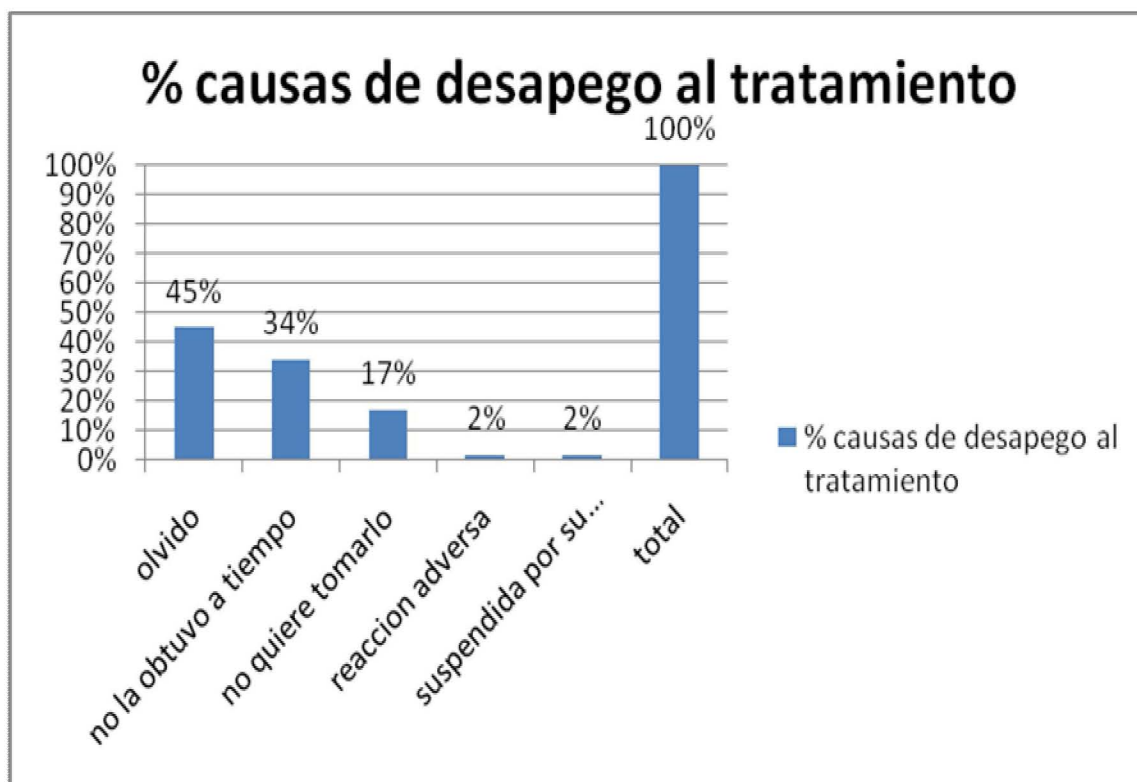
Total de hipertensos de acuerdo a la clasificación del VII Informe del Comité Nacional en Prevención Detección, evaluación y Tratamiento de la HTA.

	Sistólica mmHg	Diástolica mmHg	M	F	total	%
normal	<120	<80	2	2	4	4
prehiper tension	120-139	80-89	2	40	62	62
HTA estadio 1	140-159	90-99	9	22	31	31
HTA estadio 2	>160	>100	1	2	3	3
total			34	66		100

Gráfica 9.-Total de hipertensos de acuerdo al VII reporte del JNC



Grafica 10.- Causas frecuentes de desapego al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del consultorio 1 de la UMF # 15



#### RECURSOS HUMANOS:

Asesor de investigación y residente en medicina familiar.

#### MATERIALES:

Hojas blancas, plumas, engrapadora, grapas, lápices, borradores, computadora, memoria USB, Internet, etc.

#### PRESUPUESTO:

Los gastos generados, serán financiados por el investigador.

#### CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio de investigación se aplicará de acuerdo al número de pacientes con hipertensión arterial que acuden a control mensual por su tratamiento medico, previa elaboración de un consentimiento informado para cada encuestado; tomando en cuenta además que el presente estudio no interfiere en los principios básicos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica, la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki, por lo que considero puede ser elaborado.

## RESULTADOS

En relación a la edad, encontramos que de los 100 pacientes encuestados el rango fue de los 27 hasta los 67 años y más.

En cuanto al sexo la mayoría corresponde al sexo femenino con 66 casos (66%), y un 34% (34 casos) corresponde al sexo masculino.

Referente a la escolaridad en este estudio se encontró que el 9% ( 9 casos) son analfabetas; el 41% ( 41 casos) tienen primaria incompleta; el 35% (35 casos) tienen primaria completa; el 2% ( 2 casos ) secundaria incompleta; el 11% (11 casos) tienen secundaria completa; con preparatoria se encontró el 1% (1 caso) y a nivel profesional el 1% (1 caso).

Respecto a los Factores de Riesgo Modificables, se encontró a 18% de los pacientes encuestados con peso normal, o sea 18 casos, así como un 40 % (40 casos), con sobrepeso, un 26 % (26 casos) alcanzó el 1er. Grado de obesidad; un 15% (15 casos) se encuentra en 2do. Grado de obesidad y en el grado III de obesidad solo se presentó en 1% (1 caso).

Otro de los Factores de Riesgo Modificables importantes para este estudio es sobre la actividad física (caminata), que se realizó y en cuanto al tiempo invertido. Así tenemos que el 50% (50 casos) de los encuestados llevan una vida sedentaria; el resto de los encuestados 50% o sea 50 casos si realizaban actividad física de manera moderada.

Sobre las toxicomanías; encontré que de 100 pacientes encuestados un 4% (4 casos), presentaron tabaquismo positivo y el resto o sea 96% (96 casos) no eran fumadores.

En relación a las enfermedades asociadas o padecimientos crónicos, de un total de 100 pacientes encuestados, el 28 % ( 28 casos ); cursan con diabetes mellitus 2 ; el 29% (29 casos) son portadores de dislipidemia, y hubo pacientes con Obesidad en un 42% (42).

Sobre las complicaciones más frecuentes encontradas en este estudio, la Cardiopatía Isquémica se presentó en un 6% (6 casos), la Enfermedad Renal Crónica en un 4% o sea 4 casos, sobre la Enfermedad Vascul ar Cerebral no se encontraron casos ni en secuelas.

En cuanto al total de pacientes hipertensos encuestados, y tomando en cuenta la clasificación del JNC del VII reporte, se encontró lo siguiente: de 34% (34 casos) del sexo masculino 2% (2 casos) contaban con tensión arterial normal, el 22% (22 casos) eran prehipertensos; el 9% (9 casos) correspondían al Estadio I y 1% (1 caso); y un 1% (1 caso )



correspondió al Estadio 2. Respecto al sexo femenino se encontró que el 2% (2 casos) registran tensión arterial normal, el 40 % (40 casos) eran prehipertensas; el 22% (22 casos)

Corresponden al Estadio I; un 2% (2 casos) de Estadio 2; lo cual refleja que el sexo femenino es más afectado.

Lo relativo a las causas más frecuentes de desapego al tratamiento antihipertensivo, se encontró de la siguiente manera: el olvido: un 45%, (45 casos); por no tenerla a tiempo: un 34 % (34 casos); porque no lo quieren tomar un 17% (17 casos); por motivo de que su médico lo suspendió y por la presencia de reacciones adversas en un 2% (2 casos).

## DISCUSION

En este trabajo que se realizó, se muestra que la población en estudio portadora de Hipertensión Arterial Sistémica, del consultorio 1 turno matutino de la UMF # 15, tiene un promedio de edad de 63 años, y con una desviación estándar de 11.98, esta enfermedad tiene mayor incidencia en personas del sexo femenino, y de acuerdo a la escolaridad se observa que la mayoría de los hipertensos encuestados no terminaron la primaria; en cuanto a la edad en que se presenta este padecimiento no hay una regla, pues hay portadores de Hipertensión arterial de adultos jóvenes como de adultos mayores. Referente a algunos factores de riesgo que predominaron entre los encuestados se encontró que la mitad de ellos no realizaban ningún tipo de actividad física, eran sedentarios, la otra mitad realizaba caminata de tres a cinco días por semana, por lo tanto se origina la presencia importante de sobrepeso y algún grado de obesidad en los pacientes que no realizan actividad física, es importante reconocer que la vida sedentaria aunada a otros factores de riesgo como son los malos hábitos alimentarios el no cumplir adecuadamente con su tratamiento farmacológico, determinan a mediano o largo plazo un descontrol de su hipertensión arterial y por tanto aparición de complicaciones, y mala calidad de vida. Otro de los factores de riesgo como probable adyuvante en el descontrol de la hipertensión fue el tabaquismo aun cuando solo un bajo porcentaje aceptó ser fumador.

En la población en estudio, se logró conocer cuáles son las principales enfermedades asociadas a su hipertensión arterial, encontrando que la Obesidad predomina casi en la mitad de los encuestados, a la Diabetes Mellitus 2, en casi una tercera parte de los pacientes, y muy similar a este se encontró la dislipidemia.

En lo que respecta a las complicaciones que se presentaron en los pacientes portadores de Hipertensión arterial, sobresalieron la cardiopatía isquémica, la enfermedad renal crónica y entre estos pacientes encuestados no se observó la presencia de enfermedad vascular cerebral.

El total de pacientes con Hipertensión Arterial encuestados varía con la edad y el sexo, aquí encontramos que de acuerdo a la clasificación del Séptimo Informe del Comité Nacional en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA, que un número muy bajo de pacientes cuentan con la tensión arterial normal y es igual tanto en hombres como en mujeres; y que la mayoría entran en la clasificación de pre-hipertensión con más de la mitad de encuestados siguiéndole en menor cantidad los correspondientes al estadio

1 y predominando en el sexo femenino. Los portadores de HTA en estadio 2 es semejante a los que portan Tensión Arterial normal.

La Hipertensión arterial es un problema de salud a nivel mundial, que aún cuando en la actualidad existen diversos y eficaces fármacos para su tratamiento, también existen diversas causas que originan un descontrol en la Hipertensión Arterial, en este estudio encontramos que los principales motivos son principalmente el que se olvidan de tomar su tratamiento, porque no lo obtienen a tiempo, por no querer tomarlo, por suspensión del médico y por la presencia de alguna reacción adversa. De acuerdo a la literatura consultada encontramos que en diversos países estas causas de desapego al tratamiento antihipertensivo fueron las más frecuentes.

## CONCLUSION

De un 20 % aproximadamente de la población a nivel mundial con Hipertensión Arterial, solo un 34 % logra controlarse con tratamiento farmacológico antihipertensivo, sin embargo el resto de quienes no se controlan adecuadamente es debido a la falta de adherencia al tratamiento que en su momento ha sido indicado por el médico tratante. La OMS señala que la no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es una deficiencia que se presenta principalmente en países en desarrollo, esto por la falta de recursos e iniquidades en el acceso a la atención sanitaria y que desafortunadamente es un problema de salud que va en aumento y por tanto es una determinante en el estado de salud de cada país. El cumplimiento en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial, se puede dificultar con la presencia de múltiples factores como el no querer tomarlos, que se olviden, que no lo puedan obtener por no consultar a tiempo, por la presencia de alguna reacción adversa o incluso por suspensión de parte de su médico. Los factores socioeconómicos y psicológicos también interfieren en la salud del paciente hipertenso, cabe mencionar que el apoyo de familiares es punto clave en la adherencia al tratamiento, pues con su ayuda se puede asegurar mejor control y pronóstico de la enfermedad y por tanto mejor calidad de vida.

La actuación del Médico Familiar debe ser de empatía, motivante y de orientación para que el paciente asuma el compromiso del control del padecimiento, el Médico de Familia deberá ser capaz de identificar oportunamente la enfermedad, conocerla y/o saber su manejo; y de este modo retardar la aparición de complicaciones, y no sólo eso sino ver al paciente de forma integral, sin olvidar su núcleo familiar, los factores ambientales y psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

# ANEXOS

---

## IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Definición operacional	Indicador	Escala de Medición
Edad	Numero de años cumplidos en números enteros	Años	Numérica
Género	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Masculino Femenino	Nominal
Escolaridad	Grado de estudios cursados en institución Educativa	Analfabeta Primaria incompleta, primaria completa secundaria incompleta secundaria completa Preparatoria incompleta Preparatoria completa Técnico profesional	Nominal
Enfermedades Asociadas	Patología que presenta al momento del estudio	Diabetes Mellitus 2 Obesidad Dislipidemia	Nominal
Factores de Riesgo Modificables	Condiciones biológicas, psicológicas sociales y conductuales que incrementan la probabilidad de presentar algún daño en la salud	Tabaquismo Obesidad Sedentarismo	Nominal
Complicaciones	Cualquier patología Originada por Hipertensión mal controlada	Enfermedad Vascular Cerebral Cardiopatía Isquémica Enfermedad Renal Crónica	Nominal
Registro T/A	Tipos de T/A	T/A no controlada	Nominal
Causas de desapego al Tx. antihipertensivo	Decisiones que alteran una condición física u orgánica.	Olvido, no quiere, no tiene, suspensión por médico, reacción sec.	Nominal

ENCUESTA APLICADA EN PACIENTES DEL CONSULTORIO 1 MATUTINO DE LA UMF # 15 DE JUAN JOSE RIOS, SINALOA, PARA CONOCER LAS CAUSAS DE DESAPEGO AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.

Instrucciones: Lee cuidadosamente las preguntas y contesta.

- 1.- Edad\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridad\_\_\_\_\_
- 2.- Peso\_\_\_\_\_ Talla\_\_\_\_\_ IMC\_\_\_\_\_ T/A \_\_\_\_\_mmHg
- 3.- ¿Realiza actividad física? (caminar) SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ Frecuencia\_\_\_\_\_  
y tiempo de duración\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos
- 4.- Tabaquismo SI \_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Tiempo de evolución \_\_\_\_\_ años #cigarrillos/dia\_\_\_\_\_
- 5.- Mencione padecimientos crónicos que presenta actualmente.:
  - a) Diabetes Mellitus tipo 2 SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
  - b) Dislipidemia SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
  - c) Obesidad SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
- 6.- ¿Es portador de alguna de las siguientes complicaciones?
  - a) Enfermedad Vascular Cerebral SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
  - b) Enfermedad Renal Crónica SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
  - c) Cardiopatía Isquémica (angina de pecho) SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
- 7.- Causas por las que no toma sus medicamentos para la Presión Arterial  
Olvido\_\_\_\_\_ No quiere\_\_\_\_\_ Reacción secundaria\_\_\_\_\_  
No la obtuvo a tiempo\_\_\_\_\_ la suspendió su médico\_\_\_\_\_







## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

- 1) Ingaramo R, Vita N, Bendersky M. y col. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento. Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34: 104-111
- 2) Villanova M, Delgado O, Serra J. y col. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Med Clin 1997; 109: 702-06
- 3) Molina R., Declaración 2003 de la OMS/SIH sobre el manejo de la hipertensión arterial. J Hypertens 2003; 21: 1983-1992
- 4) Padial L., Importancia de tratar adecuadamente la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 133-135
- 5) López N, Corral JL, Perozo M, y col. Tratamiento de la hipertensión moderada y severa con Nifedipino de liberación osmótica. Rev Esp Cardiol 1997; 50: 567-72
- 6) Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, y col. Hypertension treatment control in five european countries. Rev Hipertensión 2004; 43: 10-17
- 7) Ruilope LM. Falta de control en el tratamiento del paciente hipertenso. Rev Sist 2002; 250: 30-31
- 8) Naranjo C. Reacciones adversas a medicamentos: causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. Invest Ra 2008; 30: 1-4
- 9) Ríos L, Albrecht C, Betancourt M, y col. Hallazgos clínicos en la hipertensión arterial en una población peruana 1994; 1: 17-5
- 10) Schettini C, Sandoya E, Bianchi M y col. Menos uso de fármacos antihipertensivos en hipertensos con cifras menores de presión arterial. Rev urug cardiol 2006; 21: 16-22

- 11) Sainz BA, Vazquez A, De la Noval R. y col. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial. Rev cubana med 2002; 41: 152-6
- 12) Zanchetti A, Consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial. Journ of hipertension 2001; 6(2): 1-28
- 13) Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, y col. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Inf. Psicológico 2006; 8: 89-106 ISSN
- 14) Dr. Julio Frenk Mora, Hipertensión arterial, asesino silencioso, [monografía en internet] México, DF; Secretaría de Salud (Ssa), 2002, [20-02-2009], disponible en <http://www.invdes.com.mx>.
- 15) Gil I., Mendoza H., Soler E., La Familia con Enfermedad Crónico Degenerativa, editores Raúl Colín I., María de la Luz Guerra C., Medicina Familiar, México, D.F., Corporativo Intermédica, S.A. de C.V., 2008; 334-54
- 16) Rodríguez M., Creencias en síntomas y adherencias al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Internat Journ of clinic and health psychology 2007; 7(3): 697-707 ISSN 1697-2600
- 17) Libertad M, Bayarre H, La Rosa Y. y col. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev cu de Salud Pública 2007; 33 (3): pp 0-0 ISSN 0864-3466
- 18) Ginarte Y. La adherencia Terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (5): 502-05
- 19) Castañeda O, Araujo López, apego farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de una Unidad de medicina familiar. Arch en med. Fam. 2008; 10 (1) 3-9.

20) Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, y col. Nueva clasificación de hipertension arterial según el JNC-VII. The JNC7 Report JAMA 2003; 289:2560-2572