

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL



FACTORES SOCIOCULTURALES, FAMILIARES Y HÁBITOS MÁS COMUNES EN PACIENTES  
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL CENTRO DE SALUD

“DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA”.

TESIS QUE

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C.. OSCAR FLORES MORALES

DIRECTORES DE TESIS

DRA. EN H. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ

Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN

REVISORES DE TESIS

E.M.F. NANCY CEDILLO VILLAVICENSIO

E.M.F. IGNACIO MIRANDA GUZMÁN

E.M.F. JAVIER CONTRERAS DUARTE

TOLUCA, EDO. DE MEXICO

MARZO 2013

## INDICE

Capitulo	Página
I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	2
III. MARCO TEORICO.....	3
III.1. Hipertensión.....	3
III.1.1. Definición de hipertensión.....	3
III.2. Etiología.....	4
III.2.1. Factores de riesgo.....	4
III.2.1.1. Mayores no modificables.....	4
III.2.1.2. Mayores modificables.....	4
III.2.1.3. Menores modificables.....	5
III.3. Diagnóstico.....	5
III.4. Tratamiento.....	6
III.4.1. Tratamiento farmacológico.....	6
III.5. Definiciones del cumplimiento.....	7
III.5.1. Factores relacionados con el paciente.....	7
III.5.2. Factores relacionados con el tratamiento.....	8
III.5.3. Relación del paciente con su médico.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
IV.1. Argumentación.....	13
IV.2. Pregunta de investigación.....	13
V. JUSTIFICACIÓN.....	14

VI. HIPÓTESIS.....	16
VI.1. Elementos de la hipótesis.....	16
VI.1.1. Unidades de observación.....	16
VI.1.2. Variables.....	16
VI.1.2.1. Dependiente.....	16
VI.1.2.2. Independiente.....	16
VI.1.3. Elementos lógicos de relación.....	16
VII. OBJETIVOS.....	17
VII.1. Objetivo general.....	17
VII.2. Objetivos específicos.....	17
VIII. MATERIAL Y METODOS.....	17
VIII.1. Tipo de estudio.....	17
VIII.2. Diseño de estudio.....	17
VIII.3. Universo de trabajo.....	18
VIII.3.1 Criterios de inclusión.....	18
VIII.3.2. Criterios de exclusión.....	18
VIII.3.3. Criterios de eliminación.....	18
VIII.4. Operacionalización de variables.....	19
VIII.5. Instrumentos de investigación.....	20
VIII.5.1. Descripción.....	20
VIII.5.2. Aplicación.....	20
VIII.6. Desarrollo del proyecto.....	20
VIII.7. Límite de espacio.....	21
VIII.8. Límite de tiempo.....	21
VIII.9. Diseño de análisis.....	21

IX. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	22
X. RESULTADOS.....	23
XI. DISCUSIÓN.....	28
XII. CONCLUSIONES.....	29
XIII. RECOMENDACIONES.....	31
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	32
XV. ANEXOS.....	36

## I. RESUMEN.

**Objetivo:** Se buscó recopilar la mayor cantidad de información acerca de pacientes que presentan hipertensión arterial sistémica primaria, adscritos al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, así como entorno familiar, conocimiento de su enfermedad y hábitos más comunes

**Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional, se obtuvo un tamaño de la muestra de acuerdo a los datos recolectados en el tarjetero de pacientes hipertensos del consultorio 8, con un universo de 76 pacientes, los cuales fueron encuestados. Posterior a la aplicación de criterios de exclusión y eliminación el tamaño de la muestra fue de 32 pacientes. La recolección de datos se realizó en un lapso de mes y medio. El género, duración de la hipertensión arterial, conocimiento de la enfermedad y algunos hábitos fueron de las variables socio-culturales que se incluyen, a su vez, enriquecidas con preguntas sobre el tiempo de evolución de la enfermedad, cambio de hábitos desde que se conoce enfermo, comprensión de las indicaciones que le da su médico, control de las cifras de presión arterial y la percepción de la enfermedad; sin dejar a un lado el aspecto familiar mediante la aplicación del cuestionario APGAR, los resultados arrojados se capturaron en una base de datos mediante el programa de Microsoft Excel 2007.

**Resultados:** Se observó que el grupo de edad de mayor prevalencia de dicho padecimiento se encuentra dentro del grupo de 45 a 49 años, con una prevalencia del género masculino respecto al femenino; así mismo fue este quien mejor cumplió con su tratamiento, influido por factores como el estado civil, la percepción de indicaciones y la funcionalidad familiar principalmente.

**Conclusiones:** El conocer de una manera más precisa que tanto los pacientes están siguiendo su tratamiento y cuales son algunos de los factores que en ello influyen, nos acerca más a la realidad de la población y nos permitirá darnos cuenta de que es lo que está fallando y tomar las medidas necesarias, lo cual se verá reflejado de forma indudable en la evolución de nuestros pacientes y la calidad de vida que ellos y nosotros esperamos tengan en un futuro.

## II. INTRODUCCIÓN

Debido a la extensa difusión y elevada prevalencia de la hipertensión arterial, el presente trabajo intenta representar la problemática de esta patología con el objetivo de acercarnos a un conocimiento somero de algunas conductas preventivas.

Es de nuestro interés tratar de lograr un mayor grado de concientización de la población, acerca de esta patología que si no es detectada y tratada a tiempo, conlleva a una alta comorbilidad y en la mayoría de los casos complicaciones irreversibles.

Con este informe detallaremos el rol que debe cumplir todo profesional que practique medicina preventiva en íntima relación con un equipo multidisciplinario.

Entendiendo a la hipertensión arterial como una enfermedad crónica degenerativa controlable de etiología multifactorial, su control requiere la modificación de los factores de riesgo, y en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Para tal propósito es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento; el paciente será debidamente informado acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo farmacológico, componentes y metas, prevención de complicaciones y la necesidad de adherencia al tratamiento. Así mismo el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina a su nivel de apego. El apoyo familiar se asoció principalmente con las conductas que motivan al paciente a tomar sus medicamentos y apegarse a la dieta; la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la hipertensión arterial sistémica son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares, ya que implica modificaciones del estilo de vida, que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia y equipo de salud (1).

El papel de los profesionales del equipo de atención médica primaria abarca tanto la prevención del problema como su diagnóstico, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento; todos estos aspectos esenciales, siendo los primeros los de mayor trascendencia.

### **III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.**

#### **III.1. Hipertensión**

##### **III.1.1. Definición de hipertensión arterial**

La hipertensión arterial sistémica es un padecimiento multifactorial que se distingue por el aumento sostenido de las presiones arteriales, sistólicas, diastólicas y/o ambas.

La hipertensión arterial constituye el principal problema de salud en muchos países del mundo, sobre todo en la población adulta. Es un factor de riesgo modificable en enfermedades graves, tales como: cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral e insuficiencia cardíaca y renal. Puede definirse como una elevación persistente o mantenida de la presión sistólica o diastólica, o de ambas, por encima de los valores normales, tomado como límites máximos los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1)(2). El manejo de la hipertensión arterial incluye medidas de tratamiento dietético, de ejercicio y farmacológico, por lo que su control adecuado depende del apego a dichas medidas teniendo en cuenta que influyen diferentes condiciones socioculturales y familiares, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones orientadas al mejoramiento de dicho entorno, ya que se requiere la adopción permanente de estas acciones, de manera que el apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo (3)(4). La familia en su lado positivo constituye un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud, de sus componentes y también en el cuidado y resolución de problemas cuando uno de ellos enferma. Es importante asentar que la hipertensión en nuestra población afecta no solo al adulto mayor, sino también a la población de menor edad, como lo reporta una encuesta nacional, donde el 75% de los pacientes hipertensos tienen menos de 54 años (5).

## **III.2 Etiología.**

La causa de la elevación de la presión arterial se desconoce en la mayoría de los casos, denominándose “primaria”, “idiopática” o “esencial”, abarcando a un 90-95% de la población.

Cuando existe una alteración específica de un órgano responsable de la elevación de la presión arterial se le denomina “secundaria”, por ejemplo; por trastornos endocrinológicos como el feocromocitoma, la acromegalia, hipotiroidismo, también por patología renal como el síndrome nefrótico por citar algunos casos.

### **III.2.1 Factores de riesgo**

#### **III.2.1.1 Mayores no modificables**

- Herencia- la prevalencia de la hipertensión es superior entre familiares de hipertensos, sobre todo los de primer grado.
- Edad y género- aumenta con la edad en ambos sexos. La presión arterial sistólica y diastólica media son mayores en varones jóvenes que en mujeres, mientras que se invierte la situación por encima de los 50 años en relación con la aparición de la menopausia.
- Raza- hay mayor incidencia y prevalencia de personas hipertensas en la raza negra que en la blanca.

#### **III.2.1.2 Mayores modificables**

- Diabetes- la nefropatía diabética, como complicación microangiopática predispone a padecer hipertensión arterial.
- Dislipidemia- la asociación entre hipertensión arterial y dislipidemia tiene gran importancia clínica, se potencian como factores de riesgo. La puede presentar el paciente hipertenso o puede ser secundaria al síndrome de insulinoresistencia.
- Tabaquismo- el tabaco disminuye la eficacia de algunos fármacos antihipertensivos. Aumenta el colesterol total, el colesterol LDL y los triglicéridos; disminuye el colesterol HDL. Influye negativamente sobre la hemostasia y la trombosis.

- Obesidad- la resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo, pueden ser los responsables del aumento de la reabsorción tubular de sodio que presenta el paciente obeso y por ende explicar la alta prevalencia de hipertensión arterial.

### **III.2.1.3 Menores modificables**

- Sedentarismo
- Consumo de alcohol
- Stress
- Dieta
- Hacinamiento
- Trastornos psico-afectivos
- Bajo nivel educativo

### **III.3 Diagnóstico**

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se utiliza la siguiente clasificación:

Presión arterial optima: <120/80mmHg

Presión arterial normal: 120-129/80-84mmHg

Presión arterial normal alta: 130-139/85-89mmHg

Hipertensión arterial:

Etapas 1: 140-159/90-99mmHg

Etapas 2: 160-179/100-109mmHg

Etapas 3: >180/>110mmHg

Una vez establecido el diagnóstico se clasifica al paciente de acuerdo con sus cifras de presión arterial (6). Para clasificar a un individuo como hipertenso, se debe contar como mínimo con tres registros de presión arterial en diferentes días, a menos que el paciente tenga signos que sugieran daño a órgano blanco o acuda por una emergencia hipertensiva (7).

El diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones realizadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un período más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio, cuando la presión arterial sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de hipertensión arterial, se utilizara el valor más alto para clasificarlo.

### **III.4 Tratamiento**

Modificación del estilo de vida: es conveniente insistir al paciente sobre la importancia de la modificación de sus hábitos para el éxito del tratamiento.

Las recomendaciones son: reducir el peso, disminuir o suspender el consumo de alcohol, suspender el consumo de tabaco, reducir el consumo de sal a menos de 6gr/día y de alimentos industrializados(8), recomendar dietas ricas en frutas, vegetales y bajas en grasas, incrementar el consumo de alimentos ricos en potasio y calcio, disminuir el consumo de refrescos y carbohidratos refinados, establecer un programa de actividad física aeróbica en forma regular de 30 a 45min, 4-5 veces por semana, previa valoración del riesgo cardiovascular, manejo adecuado del estrés mental.

#### **III.4.1. Tratamiento farmacológico**

Se sugiere iniciar el tratamiento farmacológico con mono terapia y debe ser individualizado, tomando en cuenta las indicaciones y contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico (1).

- a) Mono terapia: se recomienda el uso de dosis únicas con efecto prolongado para favorecer la adherencia al tratamiento (9). Puede iniciar con cualquier fármaco antihipertensivo, considerando sus antecedentes o patologías asociadas.
- b) Tratamiento combinado: cuando la modificación del estilo de vida y la mono terapia a dosis optima no logran alcanzar a reducir las cifras tensiionales <140 / <90mmHg se debe iniciar una terapia combinada, considerando que; inicialmente se deberá utilizar la menor dosis recomendada en caso de ser necesario, y si es tolerada; se puede aumentar la dosis o prescribirse un medicamento adicional (1).

### **III.5. Definiciones del cumplimiento**

La más clásica y aceptada es la dada por Haynes en 1976. La define como el grado de conciencia entre la conducta de una persona y los consejos de los profesionales de salud en cuanto a:

1. Tomar la medicación como se ha prescrito
2. Acudir a citas programadas o procedimientos médicos.
3. Cambiar el estilo de vida.

Sin embargo esta definición ha sido criticada porque le otorga al paciente un papel pasivo, que implica cumplir de forma irrevocable las órdenes dictadas por el personal de salud. Otros autores prefieren utilizar el término adherencia, que conlleva a una participación más activa del paciente, ya que éste colabora y planifica su régimen terapéutico junto con su médico. Otra definición muy similar es la dada por el National Council on Patient Information and Education (NCPPIE), que define el cumplimiento como el seguimiento de un plan de tratamiento desarrollado y acordado por el paciente y su profesional de la salud (10)

#### **III.5.1. Factores relacionados con el paciente**

Este puede adherirse a algunos aspectos del tratamiento, pero no a otros, y las tasas de adherencia pueden variar en el tiempo. Por otro lado, se han estudiado numerosos factores que podrían influir en la adherencia. En cuanto a la edad parece que influye cuando se trata de pacientes de edad avanzada, por mala memoria o abandonos del tratamiento. De acuerdo a la percepción de la gravedad de la enfermedad es razonable pensar que los enfermos más graves serían los más cumplidores, aunque esto no siempre es así. La aparición de síntomas, puede acompañarse de un aumento de la adherencia cuando el paciente se siente enfermo, o por el contrario, un aumento de la discapacidad puede traducirse en un aumento de la no adherencia.

Otras enfermedades pueden ser barreras para la adherencia al tratamiento, como por ejemplo; la pérdida de la visión o de audición. Los trastornos psiquiátricos (11).

### **III.5.2 Factores relacionados con el tratamiento**

Creencias erróneas: los pacientes pueden tener conceptos erróneos y creencias complejas en cuanto al tratamiento prescrito, que pueden relacionarse con la falta de adherencia a éste. Sin embargo, pocas de esas creencias se discuten con el médico, por ejemplo: creer que solo debe tomar el fármaco cuando se siente enfermo.

Desconfianza en el tratamiento: algunos enfermos deciden no tomar sus medicamentos porque desconfían algunas veces influenciados por el auge de la medicina alternativa, los remedios naturales, la acupuntura y otras formas de tratamiento no convencionales que evitan los medicamentos (11).

### **III.5.3 Relación del paciente con su médico**

La forma de comunicación: una queja que exponen los pacientes es que el médico no les deja hablar (comunicación unidireccional), estando la conversación centrada más en instrucciones profesionales, que en un intercambio bidireccional médico/paciente. Además el trato es a veces distante y deshumanizado, con limitación en el tiempo de conversación. Ciertas actitudes, como mirar constantemente el reloj, interrumpir continuamente al paciente, etc., influyen negativamente en la adherencia.

Numerosos estudios han intentado definir un prototipo del paciente que incumple con el tratamiento; sin embargo, no se han observado variables predictivas del mismo de forma concluyente, variando los resultados que se obtienen en los diferentes estudios publicados. Incluso cualquier paciente puede ser incumplidor en potencia, variando el comportamiento de un mismo paciente en diferentes ocasiones.

Se ha observado que los motivos de los pacientes para no cumplir con el tratamiento pueden ser involuntarios o intencionales (12), siendo estos últimos los más frecuentes. En el incumplimiento involuntario podríamos incluir los olvidos en efectuar alguna toma, aunque con reservas, pues con relativa frecuencia obedece no a una realidad, sino al reflejo de un mecanismo subconsciente de conflicto psíquico del paciente (ante la enfermedad, el tratamiento o rechazo a la autoridad del médico).

El incumplimiento intencionado puede estar causado por diferentes motivos, como la creencia de que la medicación es excesiva, la aparición de reacciones adversas, ausencia de percepción por parte del paciente de mejoría de su enfermedad, sentimiento de curación, creencia de que la medicación prescrita no es necesaria, etc. Es frecuente la existencia de un incumplimiento razonado, que sería una forma voluntaria de no cumplimiento, en el que el paciente tiene una serie de motivos completamente razonados y razonables para no tomar la medicación, alterando las indicaciones prescritas por entender que con ello obtiene mejores beneficios para su problema.

El término incumplimiento primario, sería el caso de los pacientes que no llegan a iniciar el tratamiento, incluso no llegan ni a solicitar el medicamento en la farmacia, calculándose que suponen entre el 2-20% de las prescripciones realizadas. En la práctica clínica se observan diferentes formas de incumplimiento, que difieren de unos pacientes a otros, pudiéndose encontrar en un mismo paciente diferentes formas.

A continuación se presentan las más frecuentes:

- a. El paciente no se lleva la receta de la prescripción médica tras la consulta.
- b. El paciente no adquiere la medicación en la farmacia por diferentes motivos.
- c. La toma del antihipertensivo en horas diferentes de las prescritas por su médico, siendo la mayor parte de las veces por retraso en las horas.
- d. La toma del antihipertensivo a una dosis no recomendada, aumentando o disminuyendo el número de dosis diaria que debería tomar.
- e. La omisión de las dosis diarias de medicamentos.
- f. La modificación o sustitución del antihipertensivo prescrito por otros medicamentos diferentes.
- g. El paciente no vuelve a la consulta para adquisición de nuevas recetas tras consumir los antihipertensivos previamente recetados.

También se describen diferentes patrones de incumplimiento farmacológico que se han observado en la práctica clínica:

1. Incumplimiento parcial: se da en hipertensos que incumplen de forma esporádica de alguna de las formas descritas, siendo la causa más frecuente la omisión de dosis por olvidos.
2. Vacaciones farmacológicas: son hipertensos que incumplen varios días seguidos, sobre todo los fines de semana, siendo frecuente en hipertensos que viven en grandes ciudades y los fines de semana viajan a sus pueblos natales.
3. Cumplimiento de bata blanca: se trata de hipertensos incumplidores que los días siguientes tras la consulta o los días previos a la cita son buenos cumplidores, incumpliendo durante el resto de los días.
4. Incumplimiento absoluto: se produce cuando en el hipertenso se da alguna de las formas de incumplimiento descritas de forma permanente.
5. Incumplimiento por exceso: habitualmente son pacientes que toman frecuentemente 2 ó 3 dosis del antihipertensivo en la misma hora al considerar que no lo ha tomado por olvidos.

Así mismo, el termino cumplimiento de bata blanca adquiere una gran relevancia. Se ha podido observar como existen pacientes que nos indican que se miden la presión arterial en la farmacia y la tienen alta y, cuando acuden a la consulta médica están controlados; o pacientes con un buen control de presión arterial en consulta y que presentan sucesivas apariciones o empeoramientos de lesiones de órganos diana. Tras el estudio de la toma de la medicación se observaba que estos pacientes, en los días anteriores a la consulta médica toman la medicación correctamente y por ello mejoran el grado de control de la HTA, pero posteriormente, entre una y otra visita, presentan un importante incumplimiento resultando en escasas coberturas antihipertensivas.

El incumplimiento terapéutico y las formas de medición.

Los profesionales sanitarios no solo investigan poco el incumplimiento del tratamiento farmacológico como causa de la falta de control de las enfermedades crónicas, y entre ellas la hipertensión arterial, sino que además, cuando lo hacen, probablemente por desconocimiento en un porcentaje muy elevado para su detección no se utiliza la mejor metodología.

La implantación de estrategias para mejorar el cumplimiento es algo lejano en la práctica clínica por numerosas razones, en ocasiones ajenas a los profesionales sanitarios.

La medición del cumplimiento no es fácil ni es exacta; los métodos de medida del incumplimiento pueden ser directos e indirectos. Los métodos directos cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos, o marcador incorporado a ellos en alguno de los fluidos orgánicos, y su nivel indica si el hipertenso los tomó o no, pero no son aplicables en la práctica clínica diaria.

Existen una serie de factores que intervienen en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales del paciente, características del médico, de la relación médico-paciente, intervienen variables situacionales y características de la propia enfermedad padecida y del tipo de tratamiento prescrito. Las causas habitualmente conocidas más frecuentes de incumplimiento son los olvidos simples en la toma de medicación, el desconocimiento de por qué se debe tomarla, el miedo a presentar efectos secundarios o la aparición de ellos (13).

Métodos indirectos: dichos métodos son sencillos, baratos, reflejan la conducta del enfermo, son útiles en atención primaria, aunque pueden sobrestimar el cumplimiento y están basados en la medición del recuento de comprimidos o en la entrevista clínica fundamentalmente y son los más usados.

a. Métodos basados en la entrevista clínica:

Los métodos basados en la entrevista clínica más utilizados son el test del cumplimiento auto comunicado o test de Haynes-Sackett. Y el test de Morinsky-Green el cual incluye preguntas que abarcan aspectos sobre el olvido en la toma de medicamentos, el cumplimiento en el horario, y la sintomatología como estimulante de la ingesta del mismo.

b. Métodos basados en la medición del recuento de comprimidos:

Se considera el buen cumplimiento en el consumo del 90-100% de los comprimidos prescritos. Valores superiores o inferiores a estos niveles expresan el incumplimiento. Este método tiene ciertas limitaciones y sobrestima el cumplimiento. Este problema se obvia con la introducción de elementos de sorpresa, como puede ser la realización de recuentos en domicilio y sin previo aviso, o la llamada telefónica, solicitando al hipertenso que realice el mismo el recuento.

c. Otros métodos indirectos menos usados son los siguientes:

1. Valoración de asistencia a citas programadas. Si no asiste se considera al paciente incumplidor.
2. Test de Batalla o de valoración del conocimiento de la enfermedad, que consta de tres sencillas preguntas. En este se considera incumplidor si falla alguna respuesta y cumplidor si responde correctamente a las tres preguntas.
3. Test de la comprobación fingida: en este test se solicita al paciente que traiga una muestra de orina, indicando que se va a realizar un cálculo de la medicación que se toma para confirmar que realmente las está tomando. Si el paciente entonces ofrece dificultades para su realización y manifiesta que no las toma, entonces se considera al paciente incumplidor.
4. Resultados del tratamiento en algún parámetro de control de la HTA: por ejemplo, si la hipertensión está controlada se considera al paciente cumplidor.
5. Juicio del médico/enfermera: se basa en la propia opinión del médico sobre su paciente, considera a este cumplidor o no según sus creencias. Los métodos indirectos ofrecen escasa concordancia en estudios de validación, respecto al recuento de comprimidos (14).

## **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **IV.1. Argumentación**

El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión arterial aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la presión arterial no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.

De esta manera el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con esta.

Las posibles causas de falta de apego al tratamiento pueden ser las siguientes:

- Efectos secundarios de los fármacos.
- Ausencia de los síntomas en el enfermo.
- Médicos con capacitación incompleta.
- Deficiencia de información entre médico y paciente.
- Intervalos prolongados entre las consultas.
- Falta de motivación.
- Distintas expectativas entre médico y paciente.
- No considerar a la enfermedad como un riesgo.

Sería de gran ayuda saber si el paciente está tomando adecuadamente sus medicamentos en horario y dosis adecuada, si sabe leer o no, si hay ayuda por parte de los familiares, si tiene conocimiento de las complicaciones, si se encuentra integrado a grupos de autoayuda, también la relación médico-paciente que en este aspecto es muy importante. Por lo que surge la siguiente pregunta a investigar:

**IV.2. ¿Cuáles son los factores socio-culturales, familiares y hábitos más comunes en pacientes con hipertensión arterial?**

## V. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad todavía son válidas las palabras de un conocido autor que hace 30 años decía: “se gasta mucho esfuerzo y dinero en investigar la eficacia de los fármacos en la enfermedad, pero nadie se preocupa si el paciente los toma o no”. En un reciente estudio publicado en un número de la revista *hipertensión* (2004; 21; supl. 1), con ocasión de la reunión nacional de la asociación de la SEH-LELHA, B. Rivas et al nos presentan los resultados de una encuesta realizada a médicos de familia de un área de salud sobre su actitud sobre el cumplimiento en la HTA. Los resultados de la encuesta evidencian la problemática en España de los médicos ante el incumplimiento. El 75% de los encuestados dice no haber recibido formación reglada académica sobre el cumplimiento, y solo el 15.2% afirma haber recibido alguna formación desde los organismos oficiales. El 84.3% considera el incumplimiento como una de las causas principales de la falta de control de la HTA y el 75% estaría dispuesto a modificar su actitud ante aquél.

La prevalencia del descontrol se ha llegado a cifrar en al menos un 70%. Un estudio español (Puras, Sanchís, Artigao y Divison, 1998) muestra que la hipertensión arterial parece ser eficazmente controlada solo en algo más del 10% de la población hipertensa y, aproximadamente, en la cuarta parte de los pacientes tratados (15).

A nivel individual, la falta de adherencia al tratamiento parece ser a largo plazo, la principal causa del inadecuado control de la HTA. Se observa una gran variabilidad en la prevalencia del incumplimiento que en algunos estudios, en España y en otros países llega al 50%. Esta variabilidad en la prevalencia, en parte probablemente es debida a que medir de forma valida y fiable la conducta de cumplimiento es difícil; dificultad que se intenta superar incluso mediante sistemas electrónicos o MEMS (Medication Even Monitoring Sistem) (Johnson, Fink, Lucey, Bennet y Lew, 2000). Por otro lado, se sabe que para controlar adecuadamente la tensión arterial, el paciente debe tomar más del 80% de la medicación prescrita (Shaw et al, 1995). Por todo ello, en los últimos tiempos se han redoblado los esfuerzos para mejorar la adherencia al tratamiento y se han elaborado guías con este fin (Kaplan, 2000).

Al médico de familia corresponde desarrollar acciones educativas de promoción de salud, preventivas y de rehabilitación, así como detectar en la población supuestamente sana, aquellos miembros de la comunidad que se muestren asintomáticos, con el fin de adoptar las medidas terapéuticas requeridas (2).

Las características de la enfermedad, su cronicidad, su escasa sintomatología, la necesidad de la colaboración activa por parte del paciente, etc., hacen necesaria una sólida relación del médico con el paciente conseguida a través de la atención que se otorga en la consulta; en esta se avanza en la consecución de los objetivos previamente pactados con el paciente, y es el cumplimiento terapéutico el principal reto en esta fase. Aunque el médico no puede intervenir en la totalidad de los factores que inciden en el mal cumplimiento, es mucho lo que se consigue a través de la correcta información de que es la hipertensión y de cómo se trata.

## **VI. HIPÓTESIS**

El factor socio-cultural tal como género; hábitos como tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, ingesta de cafeína, sal y adicción a la cocaína, y familiares como disfunción leve se presentan más frecuentemente en pacientes hipertensos del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

### **VI.1. Elementos de la hipótesis**

#### **VI.1.1. Unidades de observación**

Pacientes hipertensos del consultorio 8 del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

#### **VI.1.2. Variables**

##### **VI.1.2.1. Dependiente**

Hábitos

##### **VI.1.2.2. Independiente**

Funcionalidad familiar

Género de los pacientes

#### **VI.1.3. Elementos lógicos o de relación**

Y, más, en, con, en, el, de.

## **VII. OBJETIVOS**

### **VII.1. OBJETIVO GENERAL.**

Identificar género, tipo de funcionalidad y hábitos más comunes en los pacientes con hipertensión arterial en el centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”.

### **VII.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Conocer el género de los pacientes.

Conocer los hábitos más comunes en la adherencia al tratamiento.

Identificar la funcionalidad familiar.

## **VIII. MATERIAL Y METODOS**

### **VIII.1. Tipo de estudio**

Descriptivo, observacional y transversal.

### **VIII.2. Diseño de estudio.**

Previa selección de paciente que reunieron los criterios de inclusión y autorización por consentimiento informado se aplicaron las siguientes encuestas:

Se utilizó el test de Morinsky-Green y el test de Batalla o de conocimiento de la enfermedad para identificar los hábitos más comunes a los que se enfrenta el paciente en la vida cotidiana.

Además fueron enriquecidos con preguntas acerca de su relación médico-paciente, años de conocerse hipertensos, las veces que ha ocurrido al servicio de urgencias y el cómo perciben ellos la importancia de su tratamiento, sin olvidar el test de APGAR el cual detecta el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar el cual consta de 5 preguntas con valores determinados, en el cual se clasifica a la familia de acuerdo a las siguientes puntuaciones: de 0 a 3 disfunción grave; de 4 a 6 disfunción leve y de 7 a 10 familia funcional.

### **VIII.3 Universo de trabajo.**

Se realizó muestreo por conveniencia en pacientes que acuden a consulta para control de hipertensión arterial del consultorio número 8 del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, lográndose una muestra de 32.

#### **VIII.3.1 Criterios de inclusión.**

Pacientes hipertensos adscritos al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

Pacientes que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado.

#### **VIII.3.2 Criterios de exclusión**

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes con incapacidad para entender o contestar los cuestionarios.

Pacientes que viven solos.

#### **VIII.3.3 Criterios de eliminación**

Cuestionarios incompletos.

## VIII.4 Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición	Item
<b>Factores socio-culturales</b>					
Género	Permite establecer características entre masculino y femenino	Diferencias entre hombre y mujer desde lo sexual hasta lo social	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	5
Hábito	Una disposición estable que inclina a determinadas acciones, se adquiere con la práctica y la repetición de actos, se convierte en costumbre	Es realizar una actividad de forma cotidiana en forma de costumbre, algunas veces de manera inconsciente	Cualitativa Nominal	Si No	15 16
Tabaquismo	Dependencia o adicción al tabaco (nicotina)	La adicción a consumir tabaco, en cigarro, pipa o masticado	Cualitativa Nominal	Cigarros por año	15 16
Sedentarismo	falta de ejercicio físico e inactividad	Disminución o falta de toda actividad física	Cualitativa Nominal	Actividad Física Si o No	15 16
Alcoholismo	al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico	Acción de ingerir bebidas alcohólicas	Cualitativa Nominal	2.5g/l a 3.5g/l al día	15 16
cocaína	Dependencia o adicción a la cocaína (Erythroxyton coca)	Acción de inhalar o fumar cocaína	Cualitativa Nominal	Consumo de gramos de cocaína al día	15 16
cafeína	Dependencia o adicción a la cafeína (alcaloide de la <i>Coffea</i> )	Costumbre de tomar bebidas cafeinadas	Cualitativa Nominal	Consumo de Miligramos de cafeína al día (200 a 300mg)	15 16
Ingesta de sal	Gusto por la ingesta excesiva de cloruro de sodio	Gusto por la comida con mas sal de la requerida	Cualitativa Nominal	Mayor a 2,300mg al día	15 16
<b>Factores familiares</b>					
Funcionalidad familiar	La familia funcional es aquella que mantiene un estado de equilibrio tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada uno de sus integrantes	Cumplimiento de los roles de cada integrante de tal modo que la familia obtiene beneficios	Cualitativa Nominal	Funcional 8 a 10 puntos en la Escala del Test de Batalla  Disfunción Moderada 5 a 7 puntos en la Escala del Test de Batalla  Disfunción Grave Menor de 5 puntos en la Escala del Test de Batalla	21 a 25

### **VIII.5 Instrumentos de investigación.**

El instrumento de investigación estuvo conformado por:

1. Cédula de recolección de datos
2. Para conocer los hábitos más comunes en los pacientes hipertensos se utilizó el test de Morinsky Green.
3. Para saber el grado de satisfacción que percibe el paciente en su sistema Familiar se utilizó el test APGAR.

#### **VIII.5.1 Descripción.**

El instrumento está formado por tres partes:

- Primera parte: cédula de recolección de datos formada por preguntas dirigidas a obtener datos como edad, género, escolaridad y estado civil.
- Segunda parte: consta de preguntas relacionadas con el tiempo de evolución de la enfermedad, hábitos más comunes, antes y después del diagnóstico.
- Tercera parte: consta de preguntas sobre la funcionalidad familiar, formado por 5 ítems, en los cuales el paciente indica si le satisface o no algunas acciones de sus familiares para con él.

#### **VIII.5.2 aplicación.**

La aplicación del instrumento de investigación se realizó en una encuesta aplicada a los pacientes hipertensos del consultorio número ocho del centro de salud Dr. José Castro Villagrana, con tiempo de aplicación de 5 minutos.

### **VIII.6 DESARROLLO DEL PROYECTO.**

Una vez determinado el tamaño de la muestra, previa autorización de los pacientes del consultorio número ocho, y conocimiento del objetivo se realiza la

aplicación de los test en forma aleatoria en el turno matutino del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

### **VIII.7 Límite de espacio**

Instalaciones del centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

### **VIII.8 Límite de tiempo**

Se aplicaron encuestas en un lapso de mes y medio, del 18 de octubre al 30 de noviembre del 2010, en pacientes que acudieron a consulta en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, en la sala de espera.

### **VIII.9 Diseño de análisis.**

Una vez recolectados los datos se proceso la información para su análisis y valoración con la obtención de gráficos y cuadros informativos que permiten conocer los resultados y posterior redacción. Se utilizaron formatos diseñados para tal actividad en el programa Excel.

## **IX. IMPLICACIONES ETICAS.**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega al título segundo que habla de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 17, categoría I. Este estudio se califica como “Investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participarán en el estudio únicamente aportarán datos a través de un cuestionario, lo cual no provoca daños físicos ni mentales.

Así mismo la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18 Asamblea Medica Mundial, Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Medica Mundial Tokio, Japón en octubre de 1975, la 35 Asamblea Medica Mundial Venecia, Italia en octubre de 1983, la 41 Asamblea Medica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989 y la 52 Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo , Escocia, en octubre del 2000; que se basa en los principios de respeto por las personas para decidir si participan o no en la investigación sin temor a las represalias posteriores, con el fin de obtener el máximo de beneficios sin infringir daño y sin correr ningún riesgo, tratando de manera correcta a las personas.

## X. RESULTADOS

**Cuadro 1**

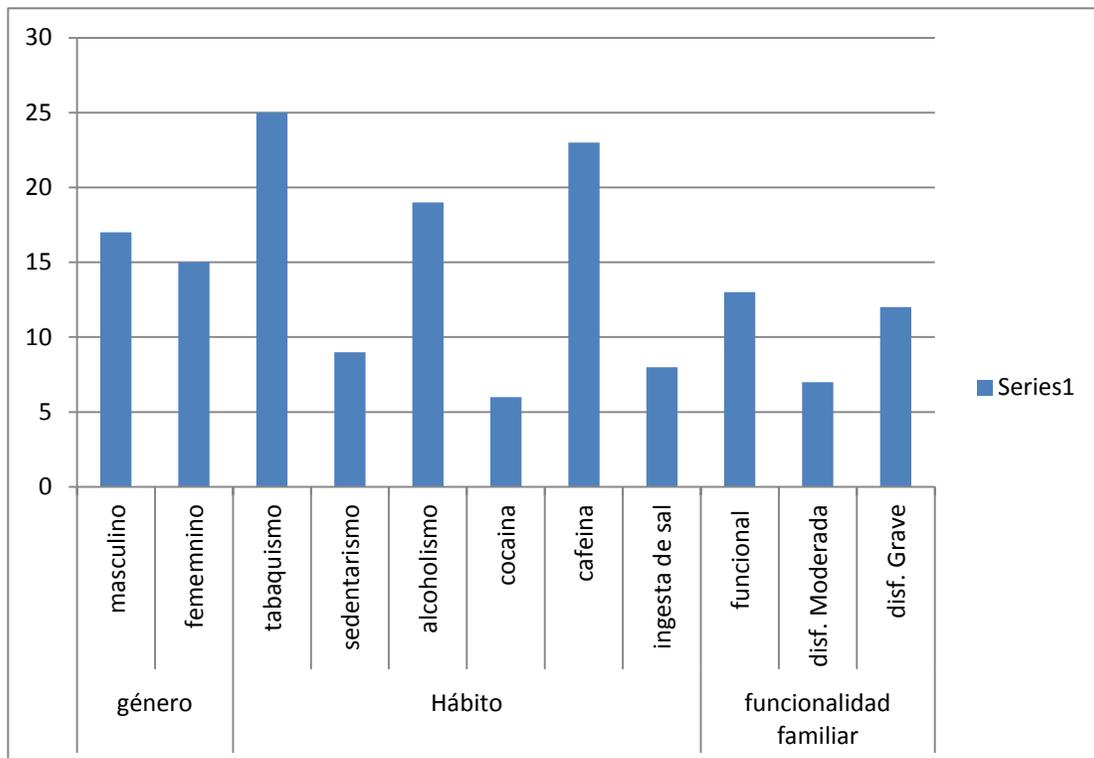
**HÁBITOS Y FACTORES MÁS COMUNES EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA" DEL 18 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2010**

Hábito	Género	H 4	M 9	H 4	M 3	H 9	M 3	Total 32
	Funcionalidad familiar	Funcional 13 41%		Disfunción moderada 7 22%		Disfunción grave 12 37%		32 (100%)
tabaquismo		8		7		10		25 (78.1%)
sedentarismo		-		1		7		8 (28.1%)
alcoholismo		6		5		8		19 (59.3%)
cocaína		1		-		5		6 (18.75%)
cafeína		11		6		6		23 (68.75%)
Ingesta excesiva de sal		5		1		2		8 (25%)

Fuente: Concentrado de datos.

## GRÁFICA 1.

### FACTORES SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL C.S. "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA" DEL 18 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2010



FUENTE: CUADRO 1

Como se puede observar en el cuadro y gráfica, predomina el género masculino con el 53.1%, así como los hábitos tales como: tabaquismo, alcoholismo e ingesta excesiva de sal; pero se encuentra una pequeña diferencia entre pacientes con familia funcional y disfunción grave.

**GÉNERO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ENCUESTADOS EN EL C.S.  
“DR JOSE CASTRO VILLAGRANA” DEL 18 DE OCTUBRE AL 30 DE  
NOVIEMBRE DEL 2010**

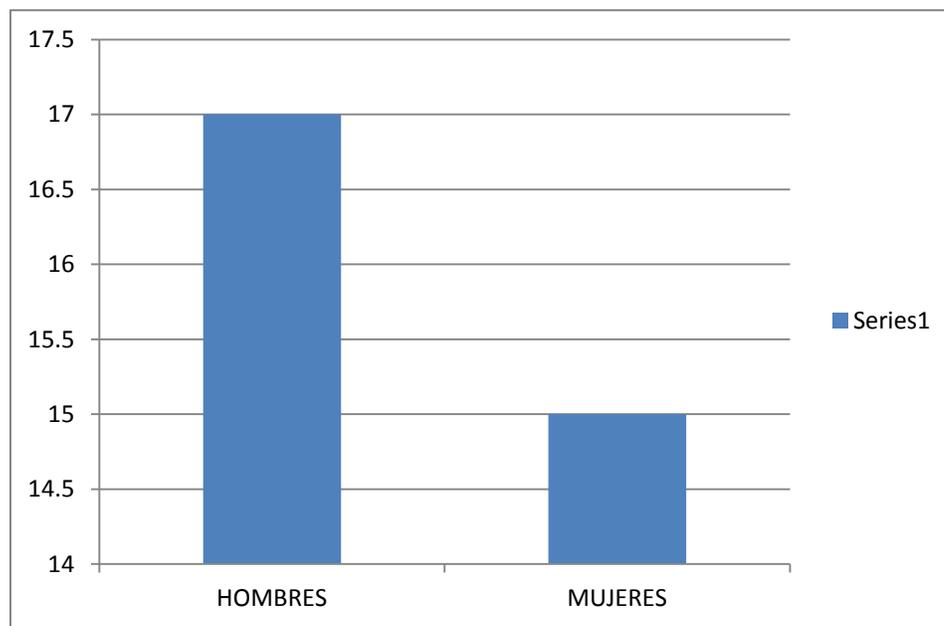
Cuadro 2

HOMBRE	MUJER
17 (53%)	15 (47%)

Fuente: concentrado de datos.

**GRÁFICA 2.**

**GÉNERO DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS EN EL C.S. “DR. JOSE  
CASTRO VILLAGRANA DEL 18 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2010**



FUENTE:CUADRO 2

Del total de los pacientes el 53% fueron del género masculino y 47% del género femenino.

**Cuadro 3**

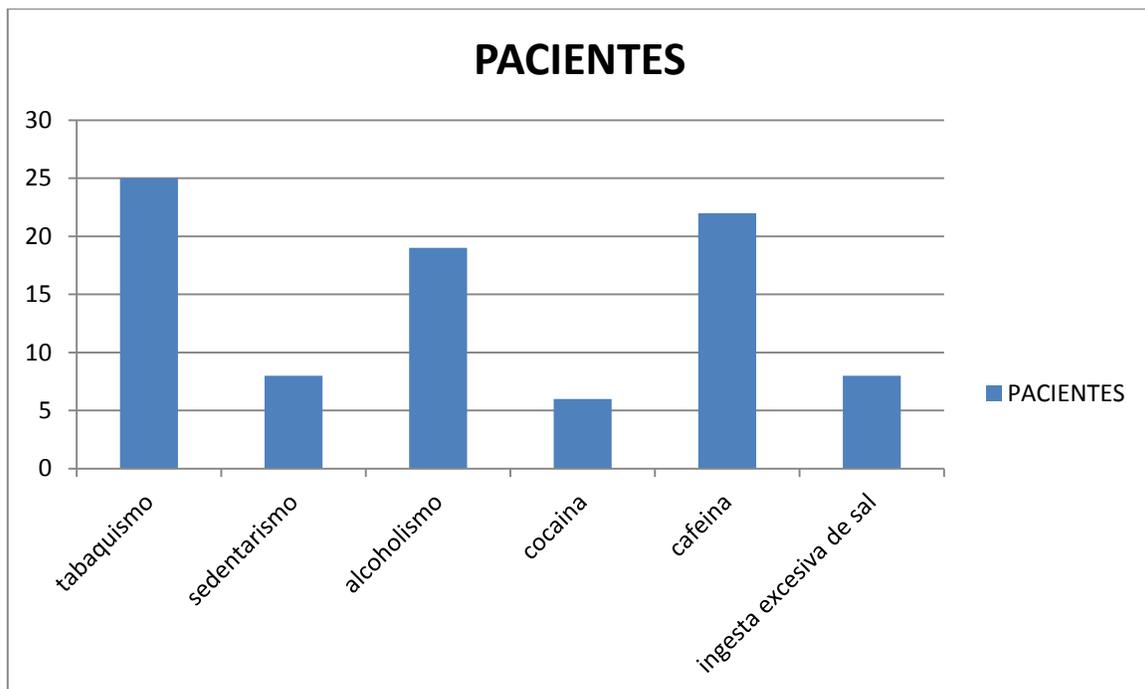
**HÁBITOS MÁS COMUNES EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN EL C.S.  
“DR JOSE CASTRO VILLAGRANA” DEL 18 DE OCTUBRE AL 30 DE  
NOVIEMBRE DEL 2010**

HABITO	NUMERO DE PACIENTES
Tabaquismo	25 (78.1%)
Sedentarismo	9 (28.1%)
Alcoholismo	19 (59.3%)
Cocaína	6 (18.75%)
Cafeína	23 (68.75%)
Ingesta excesiva de sal	8 (25%)

Fuente: concentrado de datos.

**GRÁFICA 3**

**HÁBITOS MÁS COMUNES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL  
C.S. “DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA” DEL 18 DE OCTUBRE AL 30 DE  
NOVIEMBRE DEL 2010**



FUENTE: CUADRO 3

De acuerdo al hábito más común dentro de la población en estudio fue el tabaquismo con un 78.1%, seguido de la ingesta de cafeína con el 68.75% y en tercer lugar el alcoholismo con el 59.3%.

La cocaína es el hábito menos común con el 18.75%.

#### **Cuadro 4**

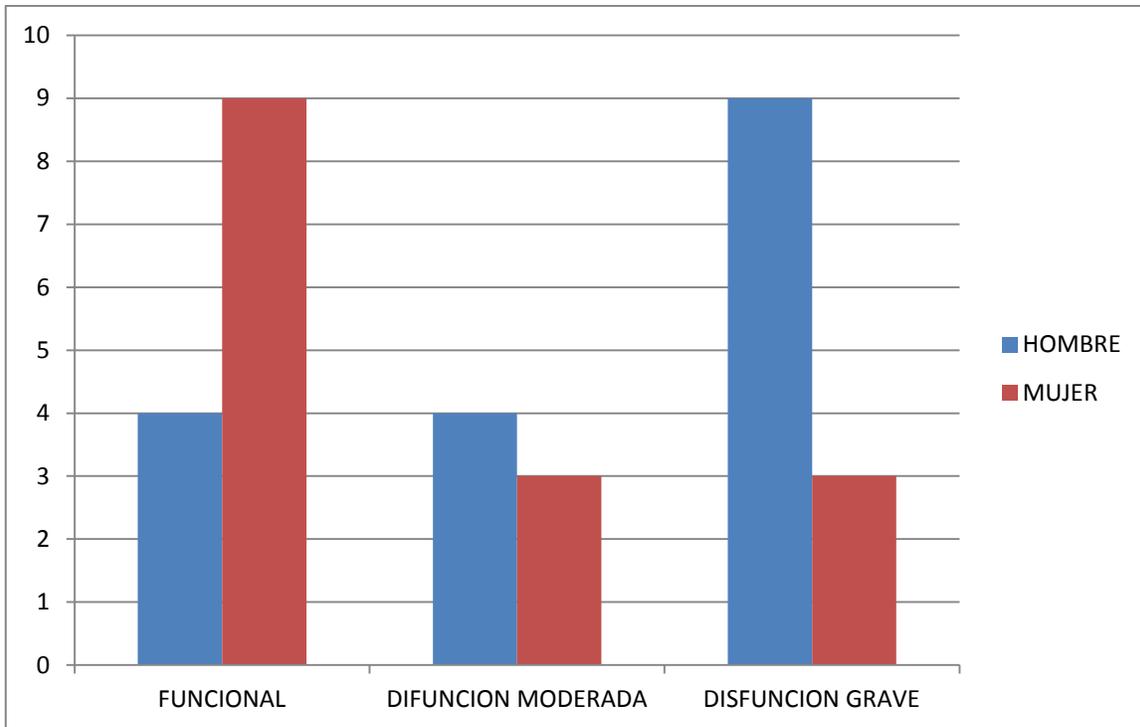
#### **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN EL C.S. “DR JOSE CASTRO VILLAGRANA” DEL 18 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2010**

	HOMBRE	MUJER
FUNCIONAL	4 (12.5%)	9 (28.12%)
DISFUNCION LEVE.	4 (12.5%)	3 (9.37%)
DISFUNCION GRAVE	9 (28.12%)	3 (9.37%)

Fuente: concentrado de datos.

#### **GRÁFICA 4**

#### **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN EL C.S. “DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA” DEL 18 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2010**



FUENTE: CUADRO 4

Con respecto a la funcionalidad familiar el 41% del total de los pacientes refieren funcionalidad, el 22% disfunción moderada y el 37% disfunción grave, lo cual puede repercutir en adherencia al tratamiento.

## XI. DISCUSION.

La hipertensión arterial es una enfermedad que requiere de tratamiento durante toda la vida, según características de cada paciente y de un programa de control en el nivel de atención primaria.

En el presente trabajo se encontró una prevalencia de la afección en el grupo de 45 a 59 años que representaron el 56% de la población en estudio.

Así mismo, el género masculino fue el más afectado con un 53% del total de la muestra; sobre todo en los grupos de edad de 45 a 49 y 50 a 54 años de edad.

Con respecto a la adherencia al tratamiento la población demostró que el 59.3% tienen buen apego, mientras que el 40.7% refieren olvido en la toma del medicamento o lo toman en horarios diferentes.

De acuerdo a si el paciente conoce su enfermedad se ha demostrado que el 84.3% de la población realmente conoce las causas, así como complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión, con respecto del 15.7% que desconoce dichos datos.

De los pacientes que presentaron hábitos que pueden precipitar la hipertensión arterial el grupo más representativo fue el tabaquismo con el 78.1% seguido de la ingesta de cafeína con el 68.75% y en tercer lugar el alcoholismo con el 59.3%.

Los menos representativos son el sedentarismo y la ingesta excesiva de sal con el 25% cada uno y el uso de cocaína con el 18.7%.

En cuanto a la percepción de indicaciones el 87.4% de los pacientes si la entienden y siguen su tratamiento adecuadamente, esto seguramente acorde a la forma de comunicación que tiene con su médico, la cual en su forma ideal debe ser un intercambio bidireccional médico-paciente, no dejando atrás el trato humano que en esta relación debe existir, siendo estos los tres principales factores que influyen en el tratamiento terapéutico.

Hablando de funcionalidad familiar, esta se dividió en dos grupos; pacientes con familia funcional y familia disfuncional; la que a su vez se divide en disfunción moderada y grave. El 40.6% de los pacientes presentan funcionalidad familiar, mientras que el grupo de disfunción familiar moderada fue del 21.9%; en tanto que el subgrupo de disfunción grave presenta el 37.5%.

De esta forma, en el enfermo que acude a consulta con descontrol de la presión arterial deben considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica. Lo que los resultados muestran es que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar.

## **XII. CONCLUSIONES.**

El conocer de una manera más precisa si los pacientes están siguiendo su tratamiento y cuales son algunos de los factores que en ello influyen nos acerca más a la realidad de la población que en nuestro medio se maneja y nos permitirá darnos cuenta de que es lo que está fallando y tomar las medidas necesarias para mejorar el apego al tratamiento de los pacientes hipertensos en este caso, lo cual repercutirá de forma infalible en la evolución de nuestros pacientes y la calidad de vida que ellos y nosotros esperamos tengan en un futuro.

Es claro que para los pacientes tiene una gran importancia el conocer su enfermedad, de este modo podrán eliminar hábitos que afectan su adherencia al tratamiento, de este modo nuestro estudio ha sensibilizado también a algunos pacientes para un mejor control.

De este trabajo se pueden enumerar las consecuencias sanitarias derivadas del incumplimiento y que no dejan por demás de ser importantes por su gran repercusión en distintos niveles socio-culturales y porque no económicos.

En consecuencia el incumplimiento da lugar a una disminución de la eficacia y de la efectividad de las medidas terapéuticas y un aumento de la morbimortalidad cardiovascular.

Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: 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.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la P.A. 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.)

Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día. Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión.

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.

Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares. Específicamente, en relación con la P.A. 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.

De esta forma, en el enfermo que acude a consulta con descontrol de la PA deberían considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica.

En este estudio no se determinaron las características de la familia, tales como tamaño, integración, tipo, etcétera, que influyen en el ámbito familiar y que por tanto podrían constituir una limitación en este trabajo. Sin embargo, lo que nuestros resultados muestran es que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia, por lo que esta limitación potencial no influye de manera significativa en los resultados de este estudio.

### **XIII. RECOMENDACIONES.**

La mala calidad de la información es un factor primordial, y se materializa en dos puntos: la mala información que recibe el paciente del médico y la mala información que el propio médico tiene en ocasiones sobre los medicamentos que tiene a su alcance.

1. Información al paciente. Todos estaremos de acuerdo en que las consultas en el primer nivel de atención, pese a las mejoras realizadas, todavía tienen importantes carencias. Los tiempos de consulta son insuficientes para poder proporcionar una información adecuada y adaptada a las características de cada paciente, y la actitud de los médicos no siempre es adecuada a facilitarla. Incluso

en el caso de que el médico dedicara el tiempo necesario a facilitar esta información, el actual sistema no parece garantizar las necesidades de información del usuario. En primer lugar los apartados dedicados en la receta a las pautas de administración del medicamento son insuficientes. Hay que tener en cuenta que el 75% de los fármacos son consumidos por personas mayores de 60 años, lo cual significa en muchos casos una menor agilidad mental para asimilar las explicaciones del médico y sobre todo, una menor memoria para retener las indicaciones. Debería generalizarse la práctica de poner por escrito las pautas de la medicación, con explicaciones suficientes al menos sobre la dosis, la periodicidad de la toma, el tiempo de duración del tratamiento, las advertencias necesarias sobre posibles efectos adversos y la forma de actuar en caso de que estos se produzcan.

2. Información al propio médico. Para el paciente es muy importante recibir una buena información, pero para que ello sea posible es más importante aún, que el médico este bien informado para poder educarlo adecuadamente referente a su enfermedad y los cuidados que de ella debe tener, influyendo así en el cambio de hábitos y estilo de vida que el paciente lleva.

#### **XIV. BIBLIOGRAFIA.**

1. Norma Oficial Mexicana NOM 030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. México, 5 de abril 2000.

2. Prevalencia de hipertensión arterial en un consultorio del médico de familia. Dr. José A. Salazar Alcaide 1 y Dr. José A. Aguilar Salazar.

3. Marín Reyes Florentina, Rodríguez Moran Martha. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial. 2001, vol. 43 pág. 336-339.

4. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. MSc. González Alfonso Alfredo, Dra. González Alfonso Norma, Dra. Vázquez González Yaneth. Medicentro 2004, Habana, Cuba.

5. Rosas MP y cols. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA); Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular, 2005.

6. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Journal of Hypertension 2003.

7. III Consenso Nacional de Hipertensión Arterial Sistémica. Rev. Mexicana de Cardiología. 2005.

8. He FJ, McGregor GA. Efecto de la reducción moderada de sal a largo plazo en la presión arterial. 2006, num. 1.

9. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle- aged women and men. 2002.

10. Rogers PG, Bullman WR. Prescription medicine compliance: a review of the baseline of knowledge: a report of the National Council on Patient Information and Education. J Pharmacoepidemiol, august 2007.

11. B. García Díaz. El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos, servicio de farmacia, hospital Severo Ochoa, Madrid, España, 2004.

12. S. Sánchez-Fidalgo, M. A. Arche, P. Cordón, M. Galvan, J. Cañizares, V. Motilva. Evaluación del Cumplimiento terapéutico en Pacientes Mayores. Sevilla, España. 2007.

13. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Málaga, España. 2004.

14. Márquez Contreras Emilio, Gutiérrez Marín MC, Jiménez Jerez MC, Franco Rubio C. Estrategia para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Huelva, España. 2004.

15. Silvia Fernández Rodríguez, Ma. Luisa López González, Ángel Comas Fuentes, Eduardo García Cueto y Antonio Cueto Espinar. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. Psicothema, Oviedo, España. 2003.

16. Alianza Nacional Para la Salud de los Hispanos. 1501 Sixteenth Street NW • Washington, DC 20036

17. 2011 World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension : Guidelines Subcommitee. J Hypertens 1999; 17: 151-183.

18.- Banegas JR, Villar F, Pérez C et al. Blood Pressure in Spain: distribution, awareness, control and benefits of a reduction in average pressure. Hypertension 2006, 32:998-1002.

19.- Coca A. Control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 08. Hipertension 2008; 15: 298-307.

- 20.- Control de la hipertensión arterial en España, 2010. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo SEH/LELHA. 1996.
- 21.- Dyer AR, Elliot P, Shipley M, Stamler R, Stamler J. Body mass index and associations of sodium and potassium with blood pressure in INTERSALT. *Hypertension* 2011; 26: 729-736.
- 22.- Gong L, Zhang W, Zhu Y, Kong D, Page V et al. Shanghai trial of nifedipine in the elderly (STONE). *J Hypertens* 2006; 14: 1237-1245.
- 23.- Hansson L, Lindholm, LH, Niskanen L, Lanke J, Hedner T, Niklason A, Luomanmaki K, Dahlöf B, et al. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the captopril Prevention Project (CAPP) randomised trial. *Lancet* 2009; 353; 611-616.
- 24.- Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (JNC VI). *Arch Intern Med* 2007; 157:2413-2446.
- 25.- Kannel WB, McGee D, Gordon T. A general cardiovascular risk profile in the Framingham study. *Am J Cardiol* 2006; 38:46-51.
- 26.- Kaplan NM. *Clinical Hypertension*, 7<sup>th</sup> Edition. Baltimore, Williams & Wilkins. 2008.
- 27.- Luque M. Tratamiento no farmacológico y farmacológico. Biblioteca básica SEHLELHA. Ed. Doyma. 2010.
- 28.- Neaton JD, Grimm RH, Prineas RJ, Stamler J, Grandits GA, et al. Treatment of mild hypertension study. Final results. *JAMA* 2008; 270:713-724.
- 29.- Palma JL, Calderón A. Utilidad clínica del registro ambulatorio automático de la presión arterial en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* 2009; 48 (supl 4): 40-44.
- 30.- Sánchez-Chaparro, MA; Castells Bescós, E. Alteraciones de la tensión arterial. Afecciones médicas en fisioterapia. Universidad de Málaga, 2009. Capítulo 40:433-447.
- 31.- SHEP Cooperative Research Group: Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 2009; 265:3255-3264.



## XV. ANEXOS.

### TEST APLICADO

Nombre:	Fecha:
Edad:	Sexo:
Escolaridad:	Estado civil:

¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión?	Si	No
¿Los toma a la hora indicada?	Si	No

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?	Si	No
Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomarlos?	Si	No

La hipertensión arterial, ¿representa una enfermedad para toda la vida?	Si	No
¿Se puede controlar con dieta y medicación?	Si	No

Cite dos o más órganos que se vean afectados por la elevación de la presión arterial.

-----

¿Cuántos años tiene con diagnóstico de hipertensión arterial?

- a) Menos de un año                      b) 1 a 5 años                      c) 5 a 10 años  
d) 10 a 20 años                      e) más de 20 años

¿Cuáles de los siguientes hábitos tenía usted antes de conocerse hipertenso?

- a) Tabaquismo                      b) sedentarismo                      c) alcoholismo  
d) cocaína                      e) cafeína                      f) Ingesta excesiva de sal

¿Cuáles de los siguientes hábitos ha modificado desde que se conoce hipertenso?

- a) Tabaquismo                      b) sedentarismo                      c) alcoholismo  
d) cocaína                      e) cafeína                      f) ingesta excesiva de sal

¿Entiende las indicaciones de su médico, respecto a las dosis y horario de sus medicamentos?	Si	No
¿Lleva un registro de las cifras de su presión arterial?	Si	No
¿Siente mejoría al tomar su tratamiento?	Si	No

¿Cuántas veces ha acudido al servicio de urgencias por descontrol de sus cifras de tensión arterial en el último año?

- a) Ninguna      b) una      c) dos      d) tres      e) cuatro      f) cinco  
 g) más de 5.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasa juntos?			

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Factores socio-culturales, clínicos y familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial”.

El objetivo de este estudio es realizar una investigación clínica, conocer cuáles son los factores socio-culturales, clínicos y familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Si pertenezco al grupo de estudio, mi participación consistirá en apoyar al médico familiar que realizara la investigación contestando adecuadamente el cuestionario que me proporcionara en el momento que él lo desee.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como de responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo de la institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Tlalpan D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2010

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de entrevistado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de un testigo

\_\_\_\_\_  
Dr. Oscar Flores Morales  
Investigador principal