



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y
BIOQUÍMICA**

GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD GRAN CHIMÚ – EL PORVENIR.
AGOSTO – DICIEMBRE 2013.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR:

MANUEL ROBERTO CHÁVEZ ABANTO

ASESOR:

Mgr. Q.F. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO - PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla
Presidenta

Mgtr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau
Secretaria

Dra. Q.F. Kelly Maruja Ibañez Vega
Miembro

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL
DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

ACTA N°.....- 2016 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS

Siendo las..... horas del día.....de.....del 2016, y estando conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Promoción y Difusión de la Investigación Científica-ULADECH – Católica, en sus Artículos 48° y 52°, los miembros del Jurado de Sustentación de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, conformado por:

Mgtr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla Presidenta

Mgtr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau Secretaria

Dra. Q.F. Kelly Maruja Ibañez Vega Miembro

Se reunieron para evaluar la sustentación del informe de tesis titulado:

Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud Gran Chimú – El Porvenir. Agosto – Diciembre 2013.

Presentado por: Manuel Roberto Chávez Abanto

Código del estudiante: 1808081014

Asesorada por: Mgtr. Q.F. César Alfredo Leal Vera

Luego de la presentación del autor y las deliberaciones, el Jurado de Sustentación acordó:..... por.....la Tesis, con el calificativo de....., quedando expedito/a el/la bachiller para optar el Título Profesional de Farmacia y Bioquímica. Los miembros del Jurado de Sustentación firman a continuación, dando fe de las conclusiones del Acta:

Mgtr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla
PRESIDENTA

Mgtr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau
SECRETARIA

Dra. Q.F. Kelly Maruja Ibañez Vega
MIEMBRO

Mgtr. Q.F. César Alfredo Leal Vera
ASESOR

AGRADECIMIENTO

A mi maestro y guía espiritual a Jesucristo, para seguir su modelo de amor que debo brindar como profesional Químico Farmacéutico y forjador de una nueva sociedad de valores.

A mis abuelitos por su apoyo incondicional y confianza en mí.

A la escuela de Farmacia y Bioquímica de la “**ULADECH**” por su apoyo en mi formación, para mí buen desempeño y estoy seguro que pondré bien en alto a mi centro de estudios.

DEDICATORIA

A Dios, por iluminarme siempre con la luz del entendimiento por ser mi guía y mi fortaleza en este largo proceso de formación educativa. Por su protección infinita al brindarme la inteligencia en todo lo emprendido.

A Mis Padres, por apoyarme con su amor, comprensión y apoyo moral y estando conmigo en los momentos alegres y tristes de mi vida, y así poder llegar a lograr mis metas trazadas como profesional.

A mi Hermano, que me brindó su apoyo y por estar conmigo en las buenas y en las malas.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación ha sido evaluar el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Gran Chimú de agosto a diciembre del 2013. Se realizó una investigación de tipo cuantitativa, con diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal no probabilístico. Se captaron 12 adultos de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial. Según el test de Haynes Sackett se observó que el 50% de los pacientes fueron cumplidores, con el test de Morisky Green Levine el 16.6% fueron cumplidores y con el test de recuento de tabletas el 58.33% fueron cumplidores. Se concluye que los pacientes hipertensos intervenidos mantienen un grado de adherencia terapéutica regular y requiere sobre la base de estos resultados seguir implementando estrategias a fin de incrementar este grado de adherencia.

Palabras clave: Hipertensión, Adherencia terapéutica.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the degree of adherence in hypertensive patients treated at the Health Center Gran Chimú August to December 2013. Quantitative research was conducted with descriptive design, no prospective cross-sectional probabilistic. 12 adults of both sexes with a diagnosis of hypertension were collected. According to Haynes Sackett test was observed that 50% of patients were compliant with the Green Levine Morisky 16.6% were compliant and count test tablets were 58.33% compliant. It is concluded that hypertensive patients undergoing regular maintain a degree and requires adherence on the basis of these results continue implementing strategies to increase the degree of adhesion.

Keywords: Hypertension, therapeutic adherence.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases teóricas.....	14
III. METODOLOGÍA.....	20
3.1. Tipo y nivel de la investigación.....	20
3.2. Diseño de la investigación.....	20
3.3. Población y muestra.....	20
3.4. Definición y operacionalización de las variables.....	22
3.5. Procedimiento.....	22
3.6. Técnicas e instrumentos.....	26
3.7. Consideraciones éticas.....	28
3.8. Plan de análisis.....	29
IV. RESULTADOS.....	31
4.1. Resultados.....	31
4.2. Análisis de resultados.....	37
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
5.1. Conclusiones.....	42
5.2. Recomendaciones.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	32
Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad y presión arterial. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 2.....	33
Categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas de los pacientes al test de Haynes Sackett. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 3.....	34
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Recuento de tabletas. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 4.....	35
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 5.....	36
Razones del incumplimiento según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 6.....	37
Comparación entre el test de Haynes Sackett, Recuento de tabletas y Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	

ÍNDICE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	32
Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad y presión arterial. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 2.....	33
Categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas de los pacientes al test de Haynes Sackett. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 3.....	34
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Recuento de tabletas. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 4.....	35
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morisky Green Levine (MGL). Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 5.....	36
Razones de incumplimiento según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 6.....	37
Comparación entre el test de Haynes Sackett, Recuento de tabletas y Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir – Agosto – Diciembre 2013.	

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.....	21
Diseño de la investigación para determinar el grado de adherencia.	
FIGURA 2.....	25
Diagrama de flujo del procedimiento para medir el grado de adherencia terapéutica.	

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1.....	14
Valores referenciales de presión arterial.	
CUADRO 2.....	28
Evaluación de las respuestas del test de Haynes Sackett.	
CUADRO 3.....	31
Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en el test de Haynes Sackett y su categorización.	
CUADRO 4.....	31
Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en test de Morisky Green Levine y su categorización.	

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un signo de riesgo muy alto de enfermedad cardiovascular y otras patologías. En los hospitales y servicios de salud, la atención de hipertensos es muy frecuente y se han desarrollado estrategias de prevención y educación que están orientadas básicamente a mejorar los estilos de vida de los pacientes. Sin embargo no existen estrategias claras hacia el control y vigilancia sanitaria del cumplimiento de las indicaciones médicas de tipo farmacológico ⁽¹⁾.

Los médicos generalmente no se preocupan por evaluar si sus pacientes cumplen o no con la toma de sus medicamentos, ni explicitan ante el paciente que las intermitencias en la medicación por cualquier causa podrían ser detonantes de crisis hipertensivas de efectos muy negativos. Ignorar la hipertensión es peligroso porque esto aumenta la probabilidad de complicaciones potencialmente mortales. Cuanta más alta es la tensión arterial, mayor es la probabilidad de que tenga consecuencias mortales ⁽¹⁾.

Es por ello que la detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de la hipertensión producen importantes beneficios sanitarios y de índole económica. La HTA se puede prevenir modificando comportamientos como la dieta malsana, el uso nocivo de alcohol, tabaco y la inactividad física. Las iniciativas para disminuir la ingesta de sal pueden contribuir de manera importante a prevenir y controlar la hipertensión ⁽²⁾.

A nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial afecta aproximadamente a 1000 millones de personas en el mundo y se ha convertido en la enfermedad crónica más frecuente. Uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatías ⁽³⁾.

En 2005, casi un 40% de los adultos de la Región de Europa y un 31% de los adultos de la Región de América padecían hipertensión. Se considera que ese problema fue

la causa directa de 7,5 millones de defunciones, lo que representa casi el 13% de la mortalidad mundial ⁽³⁾.

En casi todos los países de ingresos altos, el diagnóstico y tratamiento generalizado de esas personas con medicamentos de bajo costo ha propiciado una extraordinaria reducción de la tensión arterial media en todas las poblaciones, lo que ha contribuido a reducir la mortalidad por enfermedades del corazón. En 2008 la cifra había caído a menos del 30% y el 23%, respectivamente. En la Organización Mundial de la Salud de la Región de África, en cambio, se estima que en muchos países más del 40% (y hasta el 50%) de los adultos sufren hipertensión, y esa proporción va en aumento ⁽³⁾.

En Latinoamérica se reportó que el envejecimiento poblacional representa un problema de magnitud diferente en los países de la región: mientras que las personas mayores de 65 años constituyen menos del 5% de la población en Paraguay, Brasil, Perú; pero llegan al 12% en Uruguay. Al aumentar la población añosa, aumenta el número de hipertensos, con predominio de la hipertensión sistólica, de mayor riesgo cardiovascular y más difícil control ⁽⁴⁾.

El bajo nivel socioeconómico y educacional favorece el desarrollo de la hipertensión, y contribuye a que se la reconozca y se la trate menos. Así, en Chile, la hipertensión tiene tasas de prevalencia del 12,1% y el 21,5%, respectivamente, en el estrato socioeconómico superior y del 21% y 40,1% en el inferior. Además, los años de escolaridad se correlacionan inversamente con la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular, correlación más evidente en las mujeres. En Argentina, la prevalencia de la hipertensión aumenta del 19% entre las personas más instruidas, al 50% entre las carentes de instrucción ⁽⁵⁾.

En el litoral del Perú, el 18% de la población tiene hipertensión, mientras que en el Cuzco o región andina, la prevalencia es del 7%. El 50,8% de la población total correspondió a varones y 49,2% a mujeres, con un promedio de edad de 43,5 años para varones y 40,7 años para mujeres. En el análisis de la distribución de la

población, se encuentra la mayoría de los encuestados en las primeras décadas de la vida, para disminuir progresivamente hacia las últimas décadas, con hallazgo similar en ambos sexos y en las tres regiones del país. La prevalencia de la hipertensión arterial en la población general del Perú fue de 23,7%, en mayores de 18 años, lo que correspondería a 3 650 000 habitantes, estimado en base al censo 2005, con un predominio de hipertensos varones de 13,4% sobre hipertensas mujeres de 10,3%. Predominio de sexo masculino que persiste en los hipertensos de la costa, sierra y selva ⁽⁶⁾.

La prevalencia de la hipertensión arterial en la costa fue 27,3%, en la sierra 20,4% y en la selva 22,7%. En la sierra, al separar las ciudades cuya altura era por debajo de 3 000 msnm (metros sobre el nivel del mar) la prevalencia fue 18,8%, en las ciudades de menor altura, y sobre 3 000 msnm, la prevalencia fue mayor, 22,1%, hallazgo de gran importancia. En las cuatro regiones, hay predominio del sexo masculino ⁽⁶⁾.

En el Perú existen pocos resultados de la atención farmacéutica comunitaria y los médicos solo prescriben los medicamentos y no se preocupan del uso final de los medicamentos en ese ámbito. Esta investigación contribuirá con un procedimiento de acercamiento al paciente y el uso de instrumentos que midan el cumplimiento de la medicación y asumimos nuestro rol de profesionales Farmacéuticos para asumir una posición importante en identificar y asistir en la terapia farmacológica a los pacientes hipertensos del Centro de salud Gran Chimú El Porvenir. Es importante entonces motivar a los profesionales Farmacéuticos en el cuidado de pacientes para lograr los objetivos terapéuticos ⁽⁷⁾.

Los pacientes hipertensos probablemente no asocian beneficios evidentes para su salud en el cumplimiento estricto de su medicación. Al contrario y como sugieren muchos estudios subsisten influencias, creencias, hábitos y patrones culturales que los convencen a dejar de tomar su medicación de manera inconsulta. No es extraño que al visitar a los pacientes en sus domicilios encontremos en sus botiquines cantidades importantes de medicamentos que dejaron de tomar y las razones para

este comportamiento no son muy claras. No obstante muchas investigaciones han establecido algunas consecuencias de la no observación estricta de las pautas farmacológicas de un paciente hipertenso que van desde aquellas que afectan directamente la salud del paciente, hasta aquellas asociadas a los propios servicios de salud y costos de tratamiento ⁽⁷⁾.

Desde la perspectiva de salud pública, los resultados de la presente investigación contribuirán a develar que los pacientes hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir como un establecimiento de Salud Pública son cumplidores o no de las indicaciones médicas del prescriptor e identificar, si se incumple la medicación, las causas por las cuales se manifiestan estas conductas y diseñar estrategias para disminuir o prevenir a través de intervenciones comunitarias focalizadas que los apoyen y motiven a cumplir con sus indicaciones. Al conocer las causas de la falta de adherencia al tratamiento se implementara acciones farmacéuticas que conlleven a educar a los pacientes de la importancia de seguir las indicaciones médicas en la toma de medicamentos, en el control de la presión arterial que contribuirá en la mejor calidad de vida del paciente y así evitar las recaídas ⁽⁸⁾.

Las acciones orientadas hacia la Atención Farmacéutica se basa en las Políticas de Medicamentos en el Perú publicado el 24 de diciembre del 2004 “En 1975, la 28° Asamblea Mundial de la Salud afirmó la necesidad de desarrollar políticas de medicamentos vinculando la investigación, producción y distribución de medicamentos con las necesidad reales de Salud” para formular una política pública de medicamentos que este encaminada a mejora de las condiciones de salud de todos los ciudadanos y ciudadanas ⁽⁸⁾.

El Químico Farmacéutico tiene una labor que va más allá de dispensar un medicamento en la atención farmacéutica que implica la interacción directa con el paciente en la cual ambos se comprometen a trabajar juntos para alcanzar una meta terapéutica ⁽⁹⁾.

La presente investigación se enmarcó en las nuevas responsabilidades profesionales del Químico Farmacéutico en el campo sanitario y se nos exige una actitud proactiva, preventiva y educativa del profesional que sea percibida como una necesidad en la comunidad desde primeros niveles de atención y en todas las actividades de salud asociadas con el uso de medicamentos.

La hipertensión tiene un impacto en la Salud Pública y se han establecido múltiples programas de control y es notorio el abandono de dichos programas y por lo tanto es necesario proponer alternativas que permitan abordar el problema mediante la participación de recursos humanos aprovechando las capacidades, recursos instalados.

Se observó que la educación al paciente permite una mayor comprensión de las terapias farmacológicas y la adopción de hábitos de vida saludable, así también una mayor adherencia al tratamiento. Por lo tanto al finalizar el seguimiento se logró cumplir con los objetivos propuestos y demostrar el rol importante que cumple el Químico Farmacéutico.

En este escenario surge la iniciativa de desarrollar la presente investigación que busca identificar entre pacientes cumplidores e incumplidores buscando las causas que motivan tales conductas y en base a los resultados proponer un perfil de paciente hipertenso cumplidor para la comunidad en el área de influencia del Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir. A través de la implementación de una estrategia para el abordaje domiciliario a fin de identificar problemas asociados a la adherencia terapéutica y se comparó por medio de tres técnicas estandarizadas: Haynes Sackett, Morisky Green Levine y Recuento de Tabletas.

De la realidad problemática expuesta se ha podido extraer un problema de investigación que se define de la siguiente manera: ¿Cuál es el grado de adherencia de pacientes hipertensos que se atienden en Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir de agosto a diciembre del año 2013?

Se planteó el siguiente objetivo general:

Evaluar el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que se atendían en el Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir de agosto a diciembre del año 2013.

Del cual se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Determinar las características de la población en estudio: Sexo, edad y presión arterial.

- Determinar el porcentaje de adherencia terapéutica de la población en estudio, según los Test de Haynes Sackett, Morisky Green Levine y Recuento de tabletas en pacientes hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Según Lomelí y Cols, en el año 2008 realizaron un estudio en México que tuvo como objetivo analizar la importancia de los mecanismos fisiopatológicos y el abordaje clínico–terapéutico haciendo énfasis en la importancia del cambio en el estilo de vida y en los aspectos nutricionales. La distribución poblacional establece que el 60% de las mujeres con hipertensión arterial sistémica tienen menos de 54 años, por lo que como factor de riesgo cardiovascular independiente es el más común. Se concluye que después de la menopausia la mortalidad cardiovascular es mayor en la mujer que en el hombre ⁽¹¹⁾.

Según Olvera y Salazar en el año 2008 realizaron un estudio en México que tuvo como objetivo conocer si existe asociación entre adherencia terapéutica y apoyo familiar en personas hipertensas. Aplicado a personas hipertensas de la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH). Se aplicaron los Instrumentos para medir el estilo de vida (IMEVID) ($\alpha = 0.81$) y la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF), ($\alpha = 0.83$). El α del instrumento fue de 0.82. Se observó que la mayoría tienen más de 55 años, son casados y padecen hipertensión arterial desde hace más de 30 años. Asimismo, el 46.7% tiene un nivel socioeconómico bajo y el 33.3% sólo tienen primaria. El 73% de la población tiene alta adherencia terapéutica y el 63.3% alto apoyo familiar. El apoyo familiar es un factor importante para el éxito del tratamiento ⁽¹¹⁾.

Según Contreras en el año 2006 realizó un estudio en la Ciudad Sincelejo (Colombia) que tuvo como objetivo describir los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos, donde el 98 % de los participantes se encuentran sin riesgo de no adherencia. Como factores relevantes se encontró que el 95% manifestó contar con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento, el 98% de los participantes siempre han tenido conocimiento respecto a las citas de control y expresaron que el tratamiento ha sido beneficioso. Un 52% manifestó que padecer de Hipertensión

Arterial le genera preocupación y angustia por los cambios que tienen que hacer en su vida diaria ⁽¹²⁾.

Según Salcedo en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Bogotá (Colombia) el cual tuvo como objetivo evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. El bajo nivel socioeconómico y educativo y las dimensiones evaluadas del instrumento describen una categorización del riesgo de adherencia significativamente comprometida que se manifiesta en grados de adherencias deficientes, cuyo peligro consiste en no generar o mantener comportamientos compatibles con la adherencia terapéutica esperada. Más del 50% de la población hipertensa evaluada se encuentra en un grado de adherencia global en riesgo medio y alto ⁽¹³⁾.

Según Guato en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Ambato (Ecuador) que tuvo como objetivo evaluar los grados de hipertensión arterial en pacientes con Sobrepeso y Obesidad; bajo una investigación de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, para determinar la relación que existe. Determinando que los obesos entre 20 y 39 años presentan el doble y entre 40 y 64 años un 50% más de hipertensión que los sujetos de peso normal. El estudio de Framingham demostró prospectivamente que por cada 10% de incremento del peso corporal, la tensión arterial aumenta 6,5 mmHg. Encontrándose que el 63% de los pacientes con sobrepeso tienen HTA grado 1, el 84% de Obesos grado 1 HTA grado 1 y el 71% de obesos grado 2 padecían HTA grado 2 ⁽¹⁴⁾.

Según Coque en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Ambato (Ecuador) que tuvo como objetivo determinar los principales factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín, los resultados muestran que la población estudiada en un 44,9% tiene mala adherencia, el 27,6% tiene un buen nivel de adherencia, en igual porcentaje a los pacientes que se adhieren de forma regular; el género y la edad no mostraron una relación directa en la adherencia, los

pacientes en actividad laboral tienden a adherirse en menor porcentaje (17%) en relación a los jubilados (63%)⁽¹⁵⁾.

Según Simales en el año 2007 realizó un estudio en la Ciudad de San Cristóbal (Venezuela) que tiene como objetivo evaluar los factores de riesgo relacionados con la aparición de hipertensión arterial en los pacientes pertenecientes al área de Salud del Barrio Lourdes. El grupo de edad más afectado es el de 50 y 59 años (50%) seguido del grupo de edad de 60 a 69 años con 30 pacientes (20.8%) predominó el sexo masculino con el 59,70 %.en cuanto a el color de la piel se observó un predominio de la raza mestiza con 138 casos para un 54,33%. Los factores de riesgo más frecuentes fueron APF de HTA fue el que se presentó en un mayor número de casos con 102 (70,83%) luego el sedentarismo con 96 (66,70%) y el hábito de fumar con 76 (52,80%)⁽¹⁶⁾.

Según Trujillo y Acacio en el año 2008 realizaron un estudio en la Ciudad de Caracas (Venezuela) que tuvo como objetivo determinar las medidas de Autocuidados practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Eugenio P. D’ Bellard”, Para ello se realizó una investigación descriptiva, la población estuvo conformada por 120 pacientes, de los cuales solo se seleccionaron 81 de ellos con diagnóstico de presión arterial elevada, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario donde los resultados permitieron concluir, que la mayoría de los pacientes no mantienen un régimen dietético acorde con su problema de presión arterial elevada, no realizan ningún tipo de actividad física, además de ser consumidores de cigarrillo y alcohol, aun cuando cumplen con sus medicamentos⁽¹⁷⁾.

Según Moral y cols, en el año 2009 realizaron un estudio en Barquisimeto (Venezuela) el cual tuvo como objetivo determinar la adherencia terapéutica y los factores relacionados a la no adherencia, en el lapso de diciembre 2008 y marzo 2009 predominó el sexo femenino, cuya edad promedio fue de 60 a 69 años. La recolección de datos se llevó a cabo con el test de Morisky Green modificado, concluyendo que la mayoría de los pacientes resulto medianamente adherido a la

terapia indicada, es decir 82 pacientes de 158 (51.90%), con respecto a factores imputables a la no adherencia se encontró, que los pacientes adheridos, 41.14% no presentaron factores imputables, y los medianamente adheridos, o sea 51.90% y no adheridos 6.96% si presentaron factores imputables ⁽¹⁸⁾.

Según Díaz y Lezama en el año 2010 realizaron un estudio en la Ciudad de Bolívar (Venezuela) que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de hipertensión arterial y su relación con deterioro cognitivo en adultos mayores en la que se estudiaron 81 casos de los cuales 55,55% correspondieron al sexo femenino y 44,44% al sexo masculino, el grupo de edad más frecuente el de 60- 64 años con 32,09%. La hipertensión arterial presentó una prevalencia de 51.85%; el grupo edad más frecuente fue de 60-64 años con 17,28%, de 65-69 años con 14,81%. En relación a los antecedentes familiares de HTA se presentó en un 33,33% de los pacientes hipertensos, se registró que el 30,86% tenían hábitos tabáquicos y 29,62% consumen bebidas alcohólicas, el 34,56% de los pacientes presentaron normo peso, un 13,58% presentó sobrepeso, y 3,70% con obesidad tipo I ⁽¹⁹⁾.

Según Tapia en el año 2006 realizó un estudio en la Ciudad de Valdivia (Chile) que tuvo como objetivo describir la adherencia al régimen terapéutico antihipertensivo, asociándolo a la variable más determinante, que es la obtención de cifras adecuadas de presión arterial. En relación a los resultados, se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (44.1%), lo cual se describe por la no obtención de cifras de presión arterial controladas, correspondiendo al 66.2% de la muestra. Estas cifras se encuentran definidas y estandarizadas por el Ministerio de Salud en 130/85 mm Hg, se concluye que la adherencia al tratamiento antihipertensivo está dada por múltiples causas, lo cual le otorga dinamismo e inestabilidad a este fenómeno ⁽²⁰⁾.

Según Vásquez en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Chimbote (Perú) cuyo objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos, los determinantes de la no adherencia y postular un perfil de la actitud

de los pacientes acerca de la adherencia a su tratamiento y para determinar los factores influyentes se utilizó un test de 20 preguntas propuesto por la OMS. En promedio los resultados de los test específicos muestran una marcada prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes (89.59%). Los factores negativos que más influyen para la no adherencia son aquellos asociados con la/s dimensión/es de relacionadas con la percepción de la calidad de los servicios de salud por ello se sugiere, construir estrategias educativas personalizadas ⁽²¹⁾.

Según Gabriel y Huaynalaya en el año 2007 realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de pacientes ambulatorios sobre el uso de antihipertensivos (AHT) adquiridos en el Departamento de Farmacia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray (HVLE). El estudio fue transversal, la mayoría de los pacientes entrevistados fueron mujeres, ubicándose entre 48 y 85 años, siendo el promedio 61 años y un nivel de instrucción de primaria. De los resultados se concluyó que los IECA y los bloqueadores de canales de calcio, representan los fármacos con mayor utilización institucional ⁽²²⁾.

Según Fernández en el año 2007 realizó un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) que tuvo como objetivo analizar la evolución de los pacientes hipertensos en tratamiento ambulatorio del programa de Atención Farmacéutica en la farmacia del Hospital Belén. Los valores de presión fueron sometidos al análisis estadístico ANOVA, con un nivel de significancia del $p < 0.05$. Al finalizar el estudio se observó que la educación permanente al paciente por parte del Químico Farmacéutico, permitió una mayor comprensión de las terapias farmacológicas, adoptar hábitos de vida saludables como también una mayor adherencia al tratamiento ⁽²³⁾.

Según Pinchi y Torres en el año 2008 realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) que tuvo como objetivo determinar las características de la hipertensión arterial en los pobladores de la urbanización Sánchez Carrión distrito de Trujillo – Perú, para lo cual se entrevistaron a 191 pobladores, mayores de 40 años. Los resultados nos indican que la prevalencia de la hipertensión arterial según sexo, de

toda la población fue 18.07% en hombres y 22.22% en mujeres; los factores de riesgo asociados con hipertensión arterial predominaron el factor hereditario con 20.51%, sobrepeso y obesidad (17.95%) y los medicamentos antihipertensivos más usados son los IECA (30.77%) seguidos de bloqueadores beta (17.95%) y los bloqueadores de canales de calcio (10.25%) ⁽²⁴⁾.

Según Contreras y Arana en el año 2009 realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) que tuvo como objetivo determinar las características de prescripción, uso y ocurrencia de sospecha de reacciones adversas atribuibles a los antihipertensivos (AHT). Se observó una alta prevalencia de la prescripción de AHT (42.32%), siendo casi en totalidad prescritos con propósito terapéutico (99.4%), el porcentaje de AHT prescritos adecuadamente en relación a dosis fue 72.4%, vía de administración 97.1%. El total de pacientes con prescripción adecuada de AHT en monoterapia fue 44.6% mientras que el total de pacientes con prescripción adecuada de AHT en combinación, solo fue 31.3% ⁽²⁵⁾.

Según Arana en el año 2009 realizó un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) que tuvo como objetivo determinar las características del consumo de antihipertensivos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) donde el 8.45% del consumo total de antihipertensivos utilizados son de uso restringido y el medicamento de mayor consumo fue nifedipino (6.52DDD/100 camas – día), seguido de valsartán e irbesartán. El consumo de cada subgrupo farmacológico de antihipertensivos utilizado en el HNERM durante el periodo en estudio ha evolucionado con tendencia ascendente estadísticamente significativa ($p < 0.05$), con un grado de correlación fuerte entre el tiempo y el consumo de AHT, lo que explica que el consumo de AHT aumenta con el paso del tiempo ⁽²⁶⁾.

Según Moreno en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) que tuvo como objetivo determinar el grado de adherencia terapéutica y los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud “Santa lucia de moche”, donde se encontró adherencia terapéutica promedio de los pacientes hipertensos 19.44%; cumplimiento del test Morisky

Green Levine 12.5%, recuento de tabletas 20.83%, Haynes Sackett 25%. No adherencia terapéutica promedio 80.56%. Los factores que más influyen sobre la adherencia terapéutica son aquellos relacionados con el tratamiento, promedio 11.50, y las actitudes del paciente, promedio 12.79. Se concluye que la adherencia al tratamiento de la hipertensión valorada por distintos métodos es baja ⁽²⁷⁾.

2.2. Bases teóricas

Hipertensión arterial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, controlable de etiología multifactorial, caracterizada por un aumento sostenido de las cifras de presión arterial (PA), presión sistólica (PS) o igual o mayor a 140mmHg y/o presión diastólica (PD) igual o mayor de 90mmHg”⁽²⁸⁾.

Cuadro 1. Valores referenciales de presión arterial.

Categoría	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Óptima	< 120 y	< 80
Normal	120 – 129 y/o	80 – 84
PA limítrofe	130 – 139 y/o	85 – 89
Hipertensión arterial		
HTA nivel 1	140 – 159 y/o	90 – 99
HTA nivel 2	160 – 179 y/o	100 – 109
HTA nivel 3	> = 180 y/o	>= 100
HTA sistólica aislada	> = 140 y	< 90

Fuente: Revista Argentina de Cardiología. 2013.

La HTA esencial: Sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a HTA, el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de PA pero desconocen que son hipertensos⁽²⁸⁾.

Los factores reconocidos influyentes sobre el nivel medio de la hipertensión arterial son la edad, el sexo (con la edad más elevado en las mujeres), la raza (mayor en negros que en blancos) y nivel socio económico (prevalente en niveles socioeconómicos bajos). La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la obesidad, la dieta y la inactividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial (90% a 95% de los casos)⁽²⁸⁾.

Se estima que solamente se diagnostica este trastorno en dos de cada tres individuos que lo padecen, y de ellos, sólo alrededor del 75% recibe tratamiento farmacológico, y éste es adecuado sólo en el 45% de los casos. Dentro de los objetivos para lograr un tratamiento primario antihipertensivo es controlar la presión arterial y mantener los valores de tensión arterial por debajo de 140/90 mm/Hg para prevenir los riesgos de morbimortalidad cardiovascular asociada a otros cuadros patológicos renales, cerebrales, vascular periférica ^(29,30).

En relación al manejo farmacológico los hipertensivos más usados para iniciar el tratamiento están los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en un 31%, antagonistas del receptor AT – 1 de la angiotensina II 18%, bloqueadores de canales de calcio en 11% según Pinchi y Torres y que están de acuerdo a las características de cada paciente. Además Gabriel y Huaynalaya en el año 2009 realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) donde los IECA y los bloqueadores de canales de calcio, representaron los fármacos con mayor utilización institucional ^(31,32).

Se conoce que aproximadamente entre un 30-50% de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico que se les ha indicado, porcentaje que aumenta en relación con la edad de la población que se estudie. Dicha cifra es todavía mayor si el plan terapéutico incluye modificaciones en los hábitos de vida de los pacientes. Sólo un 30% de los individuos adoptan medidas referidas a modificaciones de los patrones alimentarios ⁽³³⁾.

Por tanto la falta de adherencia terapéutica es un problema de salud pública de primera magnitud con una prevalencia media del 50% en patologías crónicas y causalidad multifactorial y cualquier estrategia que permita maximizar la eficacia del tratamiento debería incidir en no culpar al paciente sino fortalecer los vínculos de confianza con el personal de salud, simplificar el tratamiento e individualizar las técnicas empleadas ⁽³³⁾.

Adherencia terapéutica

La OMS definió el término Adherencia terapéutica como el grado en que, el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria. Basada en la propuesta por Haynes Sackett ⁽³³⁾.

El término adherencia, resalta por encima de todo, la participación activa del paciente en la toma de decisiones ganando beneficios. En el consenso internacional la definen con distintos matices, el mismo concepto. Enfatizando el acuerdo y la armonía que ha de existir en la relación médico paciente ⁽³³⁾.

Causas del incumplimiento terapéutico

Existen varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia, y la mayoría de ellos están estrechamente relacionados.

Razones: Relacionadas con el paciente, algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, poca comprensión de las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento. Otras veces la causa es un simple olvido o dificultad a la hora de conseguir la medicación.

Relacionadas con el fármaco, entre ellas: La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Relacionadas con el profesional sanitario, la falta de tiempo en la comunicación médico – paciente; constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico ⁽³⁴⁾.

Consecuencias de la no adherencia

Este problema de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial trae consecuencias entre las que se mencionan: Consecuencias médicas, la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como recaídas y aparición de complicaciones ⁽³⁵⁾.

Consecuencias económicas, gastos sanitarios para el estado y para el paciente en medicamentos que no consume, baja en su productividad laboral ⁽³⁶⁾.

Consecuencias psicosociales, el padecimiento de la enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo ⁽³⁶⁾.

Estrategias para promover la adherencia terapéutica

Agrupadas en las siguientes categorías:

- **Conductuales:** Las más comunes proveer al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (a través de llamadas telefónicas o correo electrónico), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerden la hora de la toma de medicación, monitorizar la toma de medicación por medio de calendarios ⁽³⁵⁾.
- **Educativas:** Aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia a éste ⁽³⁵⁾.
- **Apoyo social y familiar:** Tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (programas de ayuda domiciliaria) y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y medicación ⁽³⁵⁾.

- Dirigidas al profesional sanitario: Basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. Las estrategias presentarían mayor eficacia si se llegan a combinar dos o más intervenciones ⁽³⁵⁾.

Ventajas de la adherencia al tratamiento

En la hipertensión arterial se ha demostrado que la buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de esta enfermedad ⁽³⁶⁾.

Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales ⁽³⁶⁾.

De ese modo, la adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a lo no progresión de la enfermedad, favorece su control, prolonga la vida y tiende hacia la salud ⁽³⁶⁾.

Métodos de medición de la adherencia terapéutica Los métodos usados para evaluar la adherencia terapéutica son muy variados entre los cuales tenemos métodos directos e indirectos. Dentro de los métodos indirectos para evaluar la adherencia terapéutica y que se utilizaron en el presente trabajo de investigación fueron los siguientes: el test de Haynes Sackett, el recuento de tabletas y el test de Morisky Green Levine, teniendo como ventajas por ser sencillos, objetivos, cuantificables, fáciles de aplicar y precisos aunque tienen ciertos inconvenientes tales como: se obtiene diferentes resultados según los test usados, puede ser alterado por el paciente y requiere de tiempo ⁽³⁴⁾.

El test de Haynes Sackett, consiste en realizar al paciente las siguientes preguntas: ¿Es difícil tomar medicamentos todos los días verdad? y ¿En la semana cuantas veces se olvida de tomar sus medicamentos? ⁽³⁴⁾.

En el test de recuento de tabletas se solicita sus medicamentos al paciente para determinar el porcentaje con respecto al número de comprimidos ingeridos. Se considera buen adherente aquel paciente que haya tomado una cantidad de comprimidos de 90 – 100% de los prescritos⁽³⁴⁾.

El más utilizado de los tres en nuestro entorno es el test de Morisky Green Levine, sencillo en su utilización y disponible en el sistema informático de historia clínica al que tienen habitualmente acceso médicos y enfermeras⁽³⁴⁾.

El test de Morisky Green Levine, valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?, ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?, Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?, Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada.

Métodos directos se centran en la determinación del fármaco de sus metabolitos o de algún fluido biológico, frecuentemente en sangre, orina u otro fluido⁽³⁴⁾.

Para el desarrollo de la investigación se entrevistaron pacientes que acuden en Centro de Salud Gran Chimú el Porvenir. La población aproximada en el sector es de 20 mil habitantes. Por sus características socioculturales y económicas, la población está dentro del sector medio y pobre de acuerdo a la categorización del Diagnóstico situacional del sector hecho por el servicio.

El establecimiento de salud cuenta con servicios de medicina general, enfermería, odontología, obstetricia, farmacia, tópico, triaje. Los profesionales que laboran son médicos, odontólogos, enfermeras, obstétricas, técnicos en enfermería y de farmacia, vigilantes. El servicio cuenta con un programa de hipertensos. En el servicio de Farmacia se dispensan medicamentos para la Hipertensión como enalapril, captopril.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de la investigación

Tipo: Cuantitativa. Nivel: Aplicativo

3.2. Diseño de investigación

Fue de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal, no probabilístico.

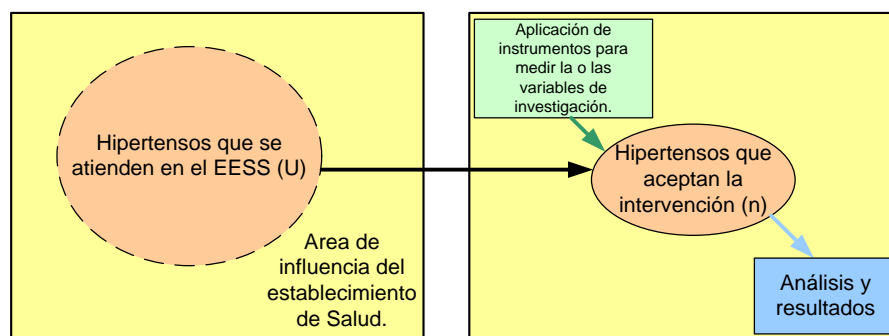


Fig. N° 01. Diseño de la investigación para determinar el grado de adherencia

3.3. Universo o población y muestra

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en el Centro de Salud Gran Chimú que al momento del levantamiento de la información tenían diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, tomaban de manera regular por lo menos un medicamento para la enfermedad prescrito por el médico y registraron visita en el establecimiento por alguna causa en los últimos dos meses.

A los pacientes se les propuso formar parte del trabajo y su aceptación quedó registrada a través de consentimiento escrito. La prescripción de los medicamentos utilizados por los pacientes estuvo determinada por la práctica habitual de la medicina y claramente dissociada de la intención de incluir al paciente en el estudio. El número final de pacientes de la muestra dependió del número de hipertensos que aceptaron voluntariamente participar de la experiencia.

Los criterios para la inclusión de pacientes en la muestra final fueron:

- Adultos entre 40 y 70 años con tratamiento por hipertensión arterial y que regularmente consuman por lo menos un medicamento antihipertensivo, como resultado de un diagnóstico y prescripción facultativa.
- Pacientes que han pasado consulta en el Centro de Salud en los últimos dos meses anteriores a la búsqueda.
- Voluntarios que firmaron el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Estado de gestación.
- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Alguna otra enfermedad crónica sujeta a uso regular de medicamentos.

Los pacientes que decidieron no continuar con el programa, o que no desearon recibirme más en su domicilio o fallecieron fueron excluidos definitivamente del estudio y reemplazados si es posible.

3.4. Definición y operacionalización de las variables

Variable de investigación independiente: Adherencia terapéutica.

La adherencia terapéutica fue definida según Haynes Sackett como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario⁽³⁷⁾.

En la presente investigación ésta definición solo se refirió a la dimensión relacionada con la toma de medicamentos. El grado de la variable se determinó de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morisky Green Levine, Haynes Sackett y el Método de Recuento de Tabletas.

Variable de investigación dependiente: Los pacientes hipertensos.

3.5. Procedimiento

El procedimiento para el levantamiento de información del presente proyecto se hizo en el marco de una metodología de intervención farmacéutica domiciliaria basada en una estrategia de Atención Farmacéutica denominada método DADER (figura 2).

Obtención de los pacientes

El procedimiento consistió en un primer contacto con el paciente para programar con él dos entrevistas domiciliarias en las cuales, en la primera, se recogió información general y sobre los medicamentos para, luego del análisis, preparar información individualizada que se dejó al paciente en una segunda visita. Todo el trabajo se realizó dentro de una estrategia informativa y de servicio paralelas a la aplicación de los instrumentos de medición de los cuales se obtuvieron los resultados de la presente investigación.

La primera actividad fue asegurar la participación de un número mínimo de pacientes atendidos de manera regular en el Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir.

La estrategia para lograr el número mínimo de pacientes fue dirigir una propuesta escrita al responsable del Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir solicitando su autorización para desarrollar el proyecto. La propuesta estuvo sustentada en los resultados que permitieron al Establecimiento tener información suficiente para desarrollar un programa sostenible dirigido a mejorar el cumplimiento terapéutico de pacientes hipertensos. A través de las listas de atención de pacientes se identificaron aquellos con diagnóstico definitivo de hipertensión que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación y que se hayan atendido en el servicio en los últimos dos meses.

Con los listados y el respaldo de la aceptación del Establecimiento de Salud se visitaron los domicilios de los pacientes seleccionados informándoles del servicio. Se les comunicó que el objetivo de la investigación estaba orientado a identificar problemas en la toma de su medicación para la hipertensión y se solicitó su aceptación a participar mediante consentimiento escrito. Si el paciente aceptaba el trabajo se programaría en conjunto la primera entrevista para el levantamiento de la información.

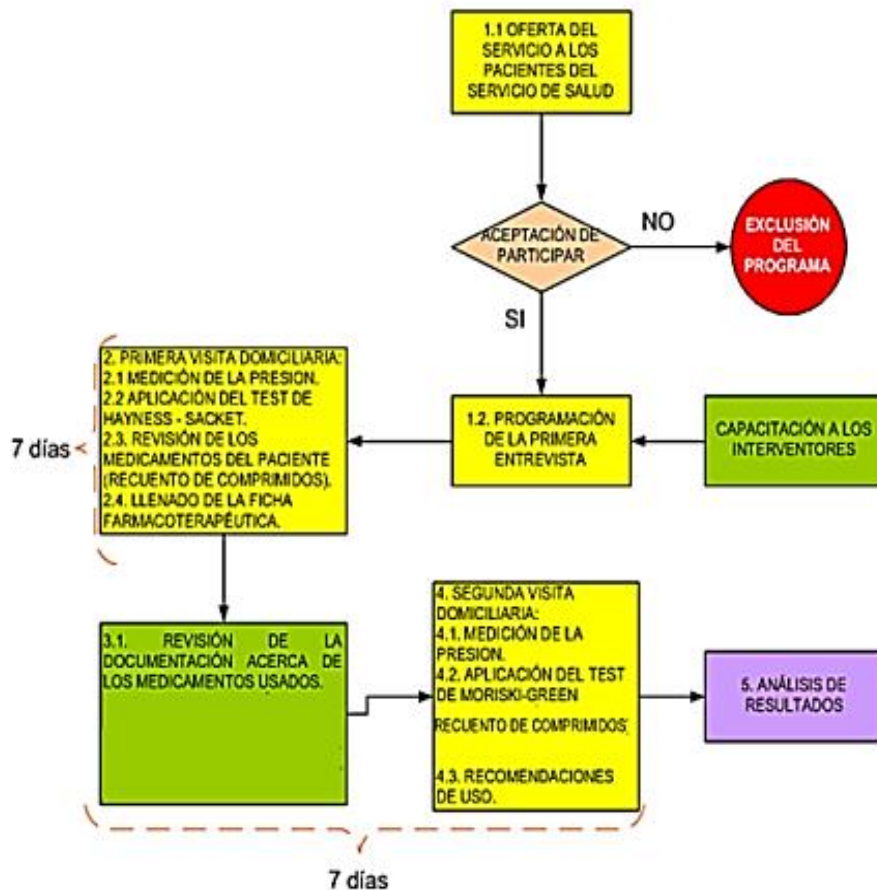


Fig. N° 02. Diagrama de flujo del procedimiento para medir el grado de adherencia terapéutica.

Primera entrevista

En la primera entrevista, luego del saludo cordial, se tomó la presión del paciente como acto meramente informativo y de servicio. Se informó al paciente acerca de la lectura de la hipertensión y se sugirió, si es necesario la toma de la medicación regular y la visita al médico tratante. En la primera visita, el profesional investigador se abstuvo de sugerir modificaciones en los hábitos terapéuticos y se informó al paciente que toda la información necesaria se alcanzaría en la siguiente visita luego del levantamiento de información.

Durante la visita se llenó una ficha farmacoterapéutica y se revisó in situ los medicamentos disponibles en el hogar, sobre todo aquellos que el paciente indicaba

que los usaba para su hipertensión. Se anotaron todas las características de los medicamentos y se preguntó acerca de la forma de uso y las pautas posológicas que usaban. Se obviaron los calificativos acerca de la calidad de la medicación o sobre las costumbres del paciente que podían afectar el éxito de la medicación. Se realizó con el consentimiento del paciente el procedimiento para contar las existencias de medicamento que el paciente refería usar para la hipertensión.

Finalmente, luego del levantamiento de la ficha farmacoterapéutica se procedió a aplicar el primer test denominado de Haynes Sackett para medir el cumplimiento terapéutico autocomunicado. El método se describirá más adelante.

Segunda Visita

Con la información ordenada y los resultados claros por paciente se procedió en la segunda visita. Tal como en la primera, luego del saludo cordial y las muestras sociales de amistad se midió la presión arterial y se informó acerca de la lectura, absteniéndose aún el investigador de hacer comentarios calificativos acerca de las potenciales causas para el mismo.

Luego de la medición de la presión arterial se volvió a pedir los medicamentos al paciente, con el argumento de chequear si se registraron bien la primera vez y evitar la sospecha en el paciente de que se le está controlando. Con mucho cuidado se anotó la cantidad de medicamento que quedan para saber cuánto consumió desde la última visita y de acuerdo a la pauta posológica prescrita y declarada por el paciente. Luego se aplicó el test de Morisky Green Levine para confirmar el estado del cumplimiento terapéutico.

Al término de la encuesta y como parte final de la interacción con el paciente el investigador procedió a informar al paciente acerca de las particularidades de su estado, tomando en cuenta las dos mediciones sucesivas de presión arterial y los resultados de la evaluación de los test de cumplimiento y recuento de tabletas.

Se dejó además información escrita acerca de hábitos de vida saludables para pacientes hipertensos y se motivó al paciente a respetar las indicaciones médicas y a visitar frecuentemente al facultativo para los controles respectivos.

3.6. Técnicas e instrumentos

Para obtener los datos que deben ser analizados y necesarios para alcanzar los objetivos de la presente investigación se utilizó la técnica de la entrevista personal domiciliaria apoyada con instrumentos basados en cuestionarios para medir las variables Cumplimiento Terapéutico. La técnica que se utilizó en la entrevista se ajusta a los criterios y pautas explicitadas en los criterios de Atención Farmacéutica Integral, los criterios específicos para brindar Atención Farmacéutica a pacientes hipertensos, y los criterios de Atención farmacéutica Domiciliaria desarrollados por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Test del cumplimiento auto comunicado o test Haynes Sackett

Este test consta de dos partes. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, ya que directamente contestaría que sí se la toma; para esto, en el entorno de una amable conversación, le haríamos ver la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación introduciendo la siguiente frase: “La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos” Posteriormente, ¿Es difícil tomar medicamentos todos los días verdad? y como segunda parte del test, se le hizo la siguiente pregunta: ¿En la semana cuantas veces se olvida de tomar sus remedios?”. Se consideró cumplidor aquel hipertenso que en las dos preguntas respondió negativamente.

El paciente cumplidor fue aquel que respondió negativamente ambas preguntas y los pacientes incumplidores se catalogaron de acuerdo a los días a la semana que se olvidaban de tomar su medicación. El análisis de resultados se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2.Evaluación de las respuestas del test de Haynes Sackett.

PREG 1	¿Es difícil tomar medicamentos todos los días verdad?	si = 1, no = 0
PREG 2	¿En la semana cuantas veces se olvida de tomar sus remedios?	Valores
	a) Se olvida más de 5 días a la semana.	3
	b) Varios días, más de uno y menos de 5	2
	c) Al menos uno	1
	d) Nunca se olvida	0

Test del Recuento de Tabletas

Para poder calcularlo, se procedió de la siguiente manera:

1°.En las visitas fue preciso que el paciente exponga a la vista del farmacéutico los envases de medicamentos consumidos o no. Se solicitó la participación del paciente informándole que es necesario saber la cantidad de medicamento que mantiene y controlar la fecha de vencimiento.

2°.En la primera visita se registró el número de comprimidos con los que el paciente disponía y se revisó la receta para determinar la cantidad que debió haber consumido. Se solicitó las fechas de prescripción y dispensación para el cálculo de los comprimidos que debió haber consumido y se restó con los que tiene en existencia.

3°. En la Segunda visita se volvió a pedir los medicamentos al paciente, con el argumento de verificar si se registraron bien la primera vez y evitar la sospecha en el paciente de que se le estaba controlando. Con mucho cuidado se anotó la cantidad de medicamento que quedó para saber cuánto consumió desde la última visita y de acuerdo a la pauta posológica prescrita y declarada por el paciente.

4°. Finalmente, se calculó el porcentaje. Se consideraba que los límites de ese porcentaje, que definen el buen cumplimiento, se sitúan en el consumo de 90-100% de los comprimidos prescritos. Este método tiene ciertas limitaciones y sobreestima el cumplimiento. Se supone que este problema se obvió cuando el recuento, tal como se propone en la presente investigación, se realizó en el domicilio del paciente y sin previo aviso.

Test de Morisky Green Levine

Denominado Medication Adherent Scale (MAS) el cual consiste en 4 preguntas con SI y NO como opciones de respuesta. Un paciente que responde Si a alguna de las cuatro preguntas es considerado definitivamente incumplidor. Los pacientes cumplidores deberían responder No a las 4 preguntas. El instrumento se aplicará en la segunda visita y tiene un tiempo promedio de aplicación de 7 minutos.

3.7. Consideraciones éticas

Los datos personales de los pacientes fueron descritos en la ficha Farmacoterapéutica más no en la tabla de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la intervención fue necesario conocer su nombre y apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Estos datos fueron conocidos por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización ⁽²⁹⁾.

Los datos permanecieron en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y fue destruida posteriormente al término de la investigación. Por consiguiente, los datos sobre los sujetos, recolectados en el curso del estudio se documentaron de manera anónima en la base principal del estudio, y se identificaron mediante un número, sus iniciales y la fecha de nacimiento en una base de datos informática ⁽³⁸⁾.

El estudio se llevó a cabo mediante las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Se realizó con el consentimiento de los responsables de establecimiento de salud de

referencia. Se reportó las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identificaron factores de riesgo agravados que originaron la inmediata atención del facultativo. Se reportaron informes periódicos y el informe final al establecimiento (38).

A todos los pacientes se les informó del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La investigación se llevó a cabo solo si el proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia y bioquímica, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

3.8. Plan de análisis

Los resultados se derivaron del análisis estadístico de los datos obtenidos de los pacientes que participaron en el estudio. En Microsoft Excel se confeccionaron cuadros de doble entrada para el análisis de los resultados de adherencia terapéutica. Se determinó los porcentajes de cumplimiento en cada test, para mostrar los niveles del cumplimiento terapéutico de manera general y de acuerdo a las características del instrumento.

Los resultados de los test específicos para medir adherencia se analizaron según las respuestas obtenidas y se construyó una escala arbitraria con las mismas categorías para comparar los resultados intermedios, tal como se muestra en los siguientes cuadros:

Cuadro 3. Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en el test de Haynes Sackett y su categorización.

Categorización	Suma del valor de las respuestas a las dos preguntas
Muy incumplidor	3 o más
Incumplidor	2
Ligeramente incumplidor	1
Cumplidor	0
Total	12

Cuadro 4. Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en test de Morisky Green Levine y su categorización.

PACIENTE MUY INCUMPLIDOR	Nunca adhiere la medicación, alto riesgo de incumplimiento. Raro que tome su medicación.	Respondió SI 3 o 4 preguntas.
PACIENTE INCUMPLIDOR	Deja de tomar su medicación frecuentemente y por cualquier circunstancia.	Respondió SI 2 preguntas.
PACIENTE LIGERAMENTE INCUMPLIDOR	Deja de adherir las indicaciones cuando se presentan circunstancias especiales.	Respondió SI 1 pregunta.
PACIENTE CUMPLIDOR	Nunca deja de tomar los medicamentos sin antes no consultar con el médico.	Respondió todas las preguntas con NO.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad, presión arterial. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Sexo	Nº	Edad (años) Promedio	Promedio de presión arterial sistólica	Desviación estándar de presión arterial sistólica	Promedio de presión arterial diastólica	Desviación estándar de presión arterial diastólica
Hombres	4	55	139.1	18.8	90.6	3.75
Mujeres	8	51	128.7	8.3	84.6	4.90
totales y promedio	12	53	133.9	13.5	87.7	4.32

Fuente: Distribución pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

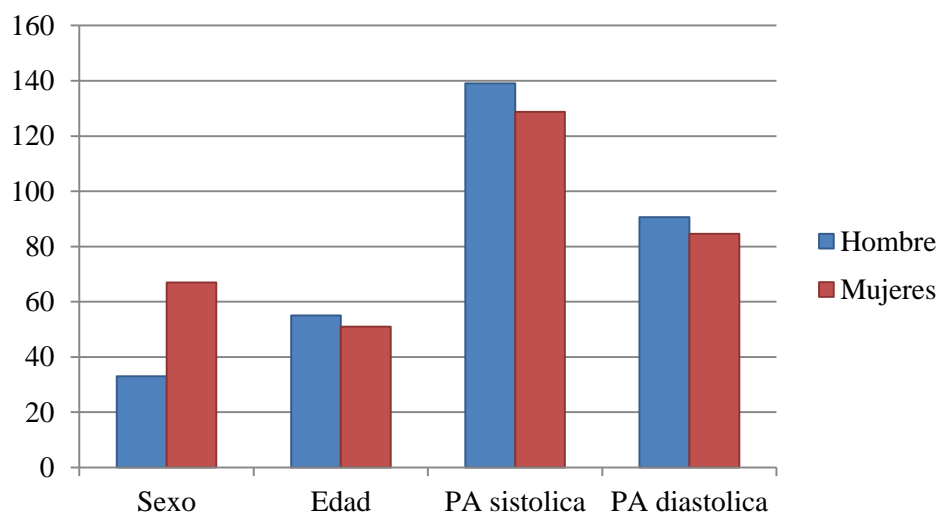


Gráfico 1. Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad, presión arterial. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Tabla 2. Categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas de los pacientes al test de Haynes Sackett. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

CATEGORIZACION	Nº	%
Muy incumplidor	1	8.33
Incumplidor	1	8.33
Ligeramente incumplidor	4	33.3
Cumplidor	6	50
TOTAL	12	100

Fuente: Categorización de los pacientes según el test de Haynes Sackett. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

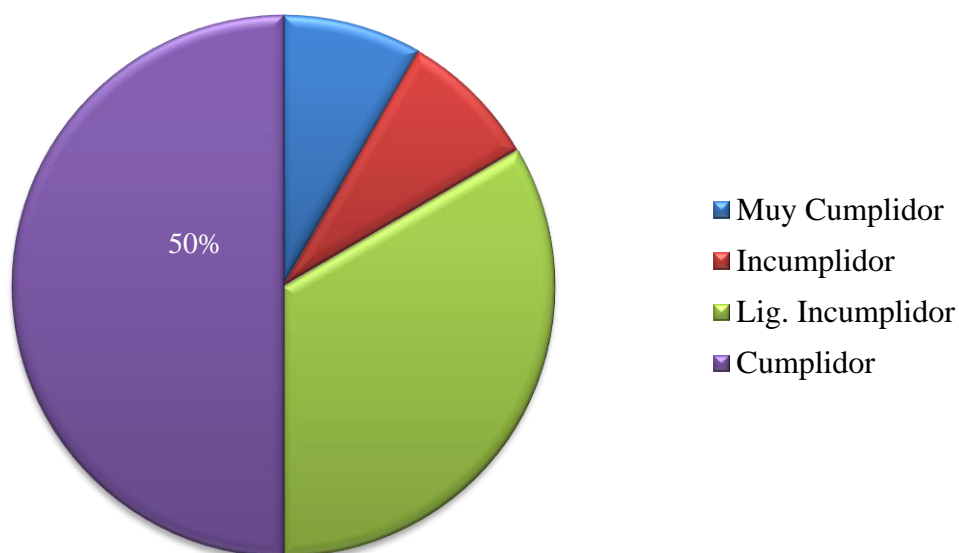


Gráfico 2. Categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas de los pacientes al test de Haynes Sackett. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Tabla 3. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de recuento de tabletas. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

CATEGORIZACION	Nº	%
Cumplidores	7	58.33
No cumplidores	5	41.67
TOTAL	12	100

Fuente: Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de recuento de tabletas. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

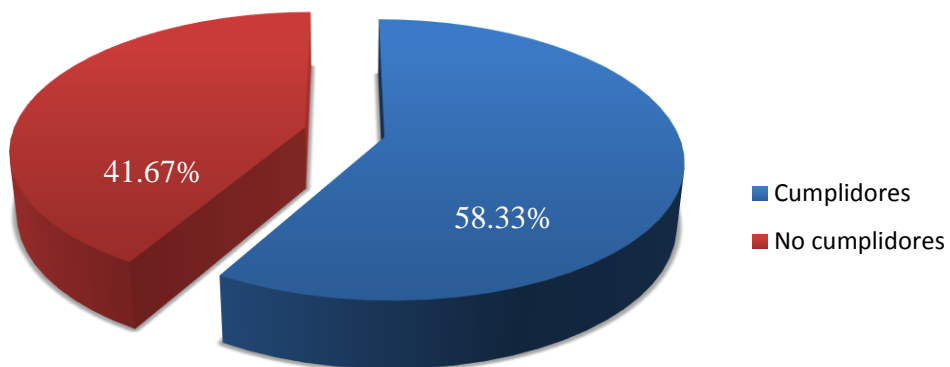


Gráfico 3. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de recuento de tabletas. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Tabla 4. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Nº	Tipo de paciente según cumplimiento	Frecuencia	%
1	Muy incumplidor	6	50
2	Incumplidor	3	25
3	Ligeramente incumplidor	1	8.33
4	Cumplidor	2	16.6
TOTAL DE PACIENTES		12	100

Fuente: Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

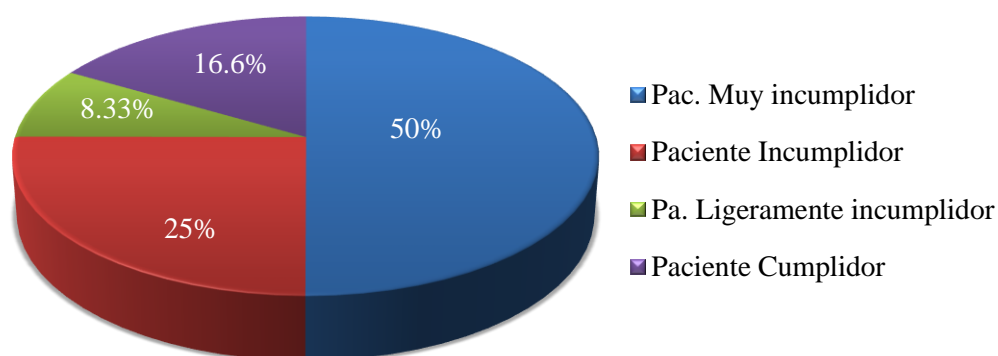


Gráfico 4. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Tabla 5. Razones de incumplimiento según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Ítems	Razones de incumplimiento	%
1	Olvido de la toma de medicamentos	60
2	Aparente mejoría	20
3	Aparición de efectos adversos	20

Fuente: Razones de incumplimiento según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

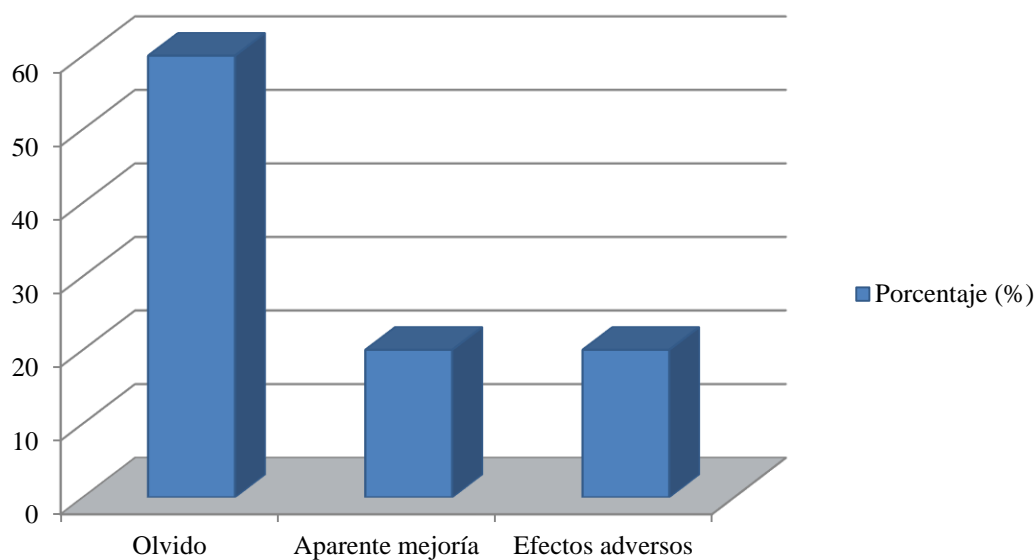


Gráfico 5. Razones del incumplimiento según el test de Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Tabla 6. Comparación entre el test de Haynes Sackett, Recuento de tabletas y Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

Categorización	H, Sackett (%)	R. de Tabletass (%)	Morisky G. L. (%)
Cumplidores	50	58.33	16.6
Incumplidores	50	41.67	83.3
TOTAL	100	100	100

Fuente: Comparación entre el test de Haynes Sackett, Recuento de tabletas y Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

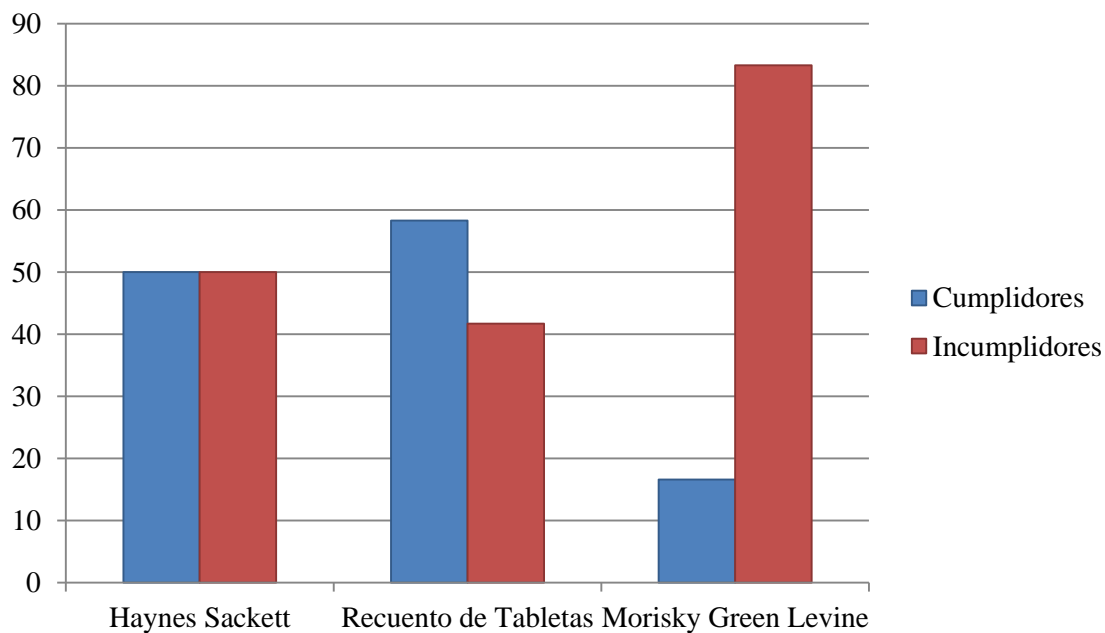


Gráfico 6. Comparación entre el test de Haynes Sackett, Recuento de tabletas y Morisky Green Levine. Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, Agosto – Diciembre 2013.

4.1. Análisis de resultados.

El presente trabajo de investigación estuvo centrado en la búsqueda de una mejor comprensión de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial. Los pacientes que participaron fueron 12 donde el 66,67 % corresponde a mujeres y el 33,33 % fueron varones.

En la Tabla 1 se observa la distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad, presión arterial intervenidos en cada visita. Se aprecia que existen diferencias muy marcadas en cuanto a la participación de mujeres en relación a los hombres, así tenemos que el 66,67 % (8 de 12) de las personas que participaron en el estudio fueron de sexo femenino; estaría relacionado a diversos criterios: las mujeres presentarían mayor responsabilidad y cuidado de su salud ya que van rápidamente al médico al notar síntomas, están más dispuestas a hablar de su salud.

Durante el primer trimestre del año 2010, en el Perú, según el Instituto Nacional de estadística e informática (INEI) las mujeres; eran quienes buscaban e invertían, en mayor porcentaje, adquiriendo un seguro y atención médica, de las mujeres 36.7% mientras que los hombres solo el 29% ⁽³⁹⁾.

Por el contrario los hombres presentan más dificultad para pedir ayuda e involucrarse en programas de autocuidado de la salud, la negación de que están enfermos proviene muchas veces de sus propios padres, que eludían la visita al médico; creciendo con el mensaje de que expresar un dolor o malestar era un signo de debilidad. Según una encuesta a 1000 hombres encargada por la Academia Estadounidense de médicos de familia indica que el 36% dijo que va a un médico solo si esta extremadamente enfermo. Tienden a ignorar los síntomas y esperar que desaparezcan; además, pasan por alto la atención preventiva ⁽⁴⁰⁾.

La edad promedio de los pacientes intervenidos en el estudio fue de 55 años para hombres y 51 años para mujeres, se obtuvo un promedio en ambos sexos de 53 años, edades que se encuentran dentro del rango permitido para la realización del estudio.

Se corrobora la prevalencia de pacientes hipertensos con edades equivalentes en distintos estudios realizados en nuestro país y otros.

Según Bernal existen factores que regulan la respuesta renal a la ingesta de sal; La regulación de cada componente del sistema renina - angiotensina en el equilibrio salino implica que todos pueden tener un papel significativo. Por ejemplo, una mayor síntesis de angiotensinógeno (por el aumento directo de la síntesis de angiotensina) puede inducir hipertensión. En efecto, estudios epidemiológicos demuestran una fuerte correlación entre los niveles de angiotensinógeno y la presión arterial. Además, hay investigaciones que señalan que los hijos de hipertensos presentan niveles de angiotensinógeno elevados. Esta correlación entre presión arterial y angiotensinógeno ha sido informada en varios estudios y no hay dudas que el angiotensinógeno está involucrado en la respuesta a la sal ingerida ⁽⁴¹⁾.

De este modo, se puede corroborar que de los pacientes que se preocupan por su enfermedad, y en conjunto de su tratamiento farmacológico, tratando de mantener su presión arterial son las mujeres. Por el contrario los hombres deberían adoptar en su vida diaria, tal como menciona la Sociedad Argentina de hipertensión; hábitos de actividad física, recomendando los ejercicios aeróbicos como el uso de bicicleta o caminar 30 a 45 minutos 3 a 6 veces por semana, este esquema reduce la presión arterial de un promedio de 2 a 3mmHg. Otras de las medidas es la restricción del sodio menor de 2.4g en la dieta, ello reduce la presión sistólica de entre 2mmHg y 8mmHg ⁽⁴²⁾.

Es así que el trabajo comunitario farmacéutico es de mucha importancia porque se nos permitiría orientar al paciente sobre su enfermedad, efectos adversos de los medicamentos, acerca de medidas no farmacológicas que puede adoptar además de su medicación. Muchas veces por cuestiones de tiempo difícilmente se hace la orientación correcta en el consultorio de medicina general, por ello es aún más relevante la participación del profesional farmacéutico.

En la tabla 2 se han categorizado los pacientes según sus características de adherencia por el test de Haynes Sackett el cual es un método validado, sencillo para utilizar en atención primaria y se ha encontrado que el 50% de los pacientes son incumplidores.

Debido al incumplimiento de 50% existen diversas estrategias que deberían ser utilizadas para mejorar la adherencia, es importante destacar determinados elementos comunes que no deberían faltar en ninguna intervención para optimizar su eficacia, así como el orden lógico de los pasos a dar por los profesionales sanitarios. Los elementos más citados son los siguientes: Apoyo, no culpa; porque el paciente es sólo uno más de los factores involucrados en el origen de la falta de adherencia, no siendo justo ni eficaz el hacer recaer sobre él toda la responsabilidad del problema.

Existen factores que influyen en el cumplimiento terapéutico del paciente; la relación que existe entre el profesional sanitario y el paciente, y el grado de confianza que el facultativo genera en el paciente, son fundamentales. En este sentido, se comprueba que la asistencia realizada en atención primaria por el médico de cabecera, tiene bastantes puntos a su favor (en distintos estudios se puede observar que los niveles de incumplimiento aumentan cuando la prescripción se realiza por otro médico distinto al médico de familia) ⁽⁴³⁾.

Sin embargo, con demasiada frecuencia, y tal vez por la masificación de las consultas que no permiten una cuidada atención, la receta se utiliza más como un símbolo para acabar la visita que como una posibilidad para instruir al paciente. El médico debe plantear la posibilidad de utilizar medidas de intervención, fundamentalmente el empleo de medidas de educación sanitaria. Aunque este punto choca con la no resuelta masificación de las consultas, diversos estudios evidencian la sensación de los facultativos de la necesidad de dar más información a sus pacientes ⁽⁴⁴⁾.

Según la tabla 03 los pacientes hipertensos de acuerdo al test de recuento de tabletas el cual es sencillo y objetivo donde se comparan el número de comprimidos que

quedan en el envase, teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento. Conociendo la fecha del inicio del tratamiento (apertura del envase), pueden calcularse los comprimidos supuestamente tomados y el porcentaje que representa respecto a los prescritos.

Según el porcentaje promedio de pacientes cumplidores fue de 58.33% y el 41.67% son incumplidores. De acuerdo a la investigación realizada por Moreno se obtuvo resultados diferentes 20.83% fueron pacientes cumplidores terapéuticos y el 79.17% fueron incumplidores ⁽⁴⁵⁾.

Las tabletas de mayor utilización fueron: Enalapril y Captopril, son Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Impide la conversión de angiotensina I en angiotensina II y secundariamente disminuye los niveles de aldosterona. Bloquea la degradación de bradicinina (potente vasodilatador). Por otra parte, aumenta el flujo plasmático renal, disminuyendo la presión intraglomerular por vasodilatación de la arteriola eferente renal y mantiene el filtrado glomerular ^(46, 47).

En la tabla 4 se han categorizado según el Test Morisky Green Levine y se obtuvo el siguiente resultado; el 16,6% de los pacientes fueron cumplidores y el 83,3% incumplidores. Las razones por las cuales se observa dicho incumplimiento podrían estar explicadas por distintas causas.

En la tabla 5 se observan las razones que generan mayor incumplimiento según el test de Morisky Green Levine, en el cual los pacientes reportaron que la mayor razón del no cumplimiento de su tratamiento fue por un factor conocido como el olvido es decir el 60% de ellos.

El cual podría verse asociado al estrés ocasionado por labores del hogar y/o el trabajo o por la falta del apoyo familiar, muchos ni siquiera alcanzaban a tomarlos en todo el día y en otras si bien tomaban el medicamento o lo hacían a deshora con lo que provocaría la discontinuidad de la concentración plasmática del fármaco, afectando su efecto terapéutico. Seguido de un 20%; los pacientes incumplían su medicación porque sentían una mejoría aparente y el otro 20% dejaba su

medicación porque sentían que les caía mal debido a efectos adversos propios del medicamento.

El test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico que se aplicó es breve y muy fácil de aplicar, ha sido validado y aplicado en numerosas patologías y es económico.

En la tabla 6 se comparan el test de Haynes Sackett, el de recuento de tabletas y test de Morisky Green Levine, de ellos el mayor cumplimiento se observa en el test de Recuento de Tabletetas (58,33 %), mientras que Haynes Sackett y Morisky Green Levine muestran un menor porcentaje (16,6 % y 50%).

En otros estudios realizados en Latinoamérica, que muestran que la adherencia en hipertensión arterial oscila entre 37 y 52%. En nuestro país, en hospitales de ESSALUD en Trujillo y en Lima en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati encontraron tasas de adherencia entre 54% y 63%. Sin embargo, no se puede llegar a una conclusión clara ya que estos estudios no utilizaron la misma metodología. En los diversos estudios, la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global; es justamente la baja adherencia a terapias en enfermedades crónicas, lo que origina morbimortalidad que podría ser evitada ⁽⁴⁸⁾.

Los resultados refuerzan la utilidad del test de Recuento de tabletas, teniendo en cuenta la facilidad de aplicación y rapidez de este test y los beneficios que nos puede brindar, debería considerarse su implementación de manera rutinaria en la práctica domiciliaria para identificar a los pacientes no adherentes y así reforzar su educación.

V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se determinó las características de la población en estudio: el mayor porcentaje de participantes fueron del sexo femenino 66,67 % y masculino fue de 33,33 las edades correspondientes fueron de 51 y 55 años de edad, 133.9 mmHg y 87.7mmHg fueron la presión arterial sistólica y diastólica promedio.
- Se determinó el porcentaje terapéutico de los pacientes hipertensos atendidos en la Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir, utilizando como métodos: Haynes Sackett fue 50 %, Morisky Green Levine 16.6 % y Recuento de tabletas 58.33 % respectivamente.

5.2. Recomendaciones

Como contribución a la acción para resolver el problema que se ha evidenciado en la presente investigación propongo:

- Desarrollar estrategias en el seguimiento terapéutico de pacientes con este tipo de patologías, desde las farmacias, centros de salud y hospitales, donde involucren directamente al Químico farmacéutico para asegurar su adherencia terapéutica y por ende mejorar su calidad de vida.

- Es importante difundir de información sobre la enfermedad por medios masivos de comunicación radial, periodística y televisiva, para que la comunidad en su conjunto le dé importancia, y así colabore en su prevención y control.

- Recomendar técnicas de relajación para el manejo del estrés así como un cambio en su estilo de vida.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Regulo A. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta méd. 2006; 23 (2): 69-75 [citado 13-06-2014] Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005
2. Ministerio de Salud. [MINSA] Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de los daños no transmisibles: Plan General. Dirección General de Salud de las Personas. 2010: 1-2. [citado 16-11-2014] Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/esndnt_default.asp
3. Zanchetti A. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Buenos Aires; Journal of Hypertension 2005, Vol. 6, No. 2 disponible en :
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/913/1/7077-Dominguez%20Carlos.pdf>
4. Organización mundial de la salud. [OMS] Enfermedades cardiovasculares. Datos y cifras. [monografía en internet] OMS. 2012 – 2013. [citado 16-11-2014] disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
5. Rojas B. Atención farmacéutica en pacientes hipertensos. Article. S.A. Santiago – Chile. 2014. [citado 16-11-2014]. Disponible en:
http://www.researchgate.net/publication/30752765_Atencin_farmacutica_en_pacientes_hipertensos_adultos_mayores
6. Contreras D, Arana A. Estudio sobre prescripción, uso y sospecha de reacciones adversas de los antihipertensivos. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2009: 10.
7. Martín A Y Col. Cumplimiento E Incumplimiento Del Tratamiento Antihipertensivo Desde La Perspectiva Del Paciente. Rev Cubana Salud Pública 2007;

8. Acosta G, Pérez G, De la Noval G, Dueñas H. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev. Cubana Enfermer 2005; 21(3): 3-4 [citado 05-07-2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08603192005000300008
9. Ministerio de Salud. [MINSa]. Política nacional de medicamentos. 004:4. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.sismed.minsa.gob.pe/PoliticaNacdeMed-RM1240-2004.pdf>
10. Lomelí C, Rosas M, Mendoza C. Hipertensión arterial en la mujer. Arch. Cardiol. Méx. . 2008; 78 (2): 7,34. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2008/acs082f.pdf>
11. Olvera S, Salazar T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. 2008:7. [citado 16-11-2014]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2009/en091c.pdf
12. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008; 26 (2): 7. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>
13. Salcedo A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Programa de maestría de enfermería. Bogotá. Universidad nacional de Colombia. 2011. 33. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4164/.#sthash.aY56usk8.dpuf>

14. Guato D. hipertensión arterial. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. 2011: 9-10. [citado 16-11-2014]. Disponible en:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/937/7079Guato%20Diego.pdf?sequence=1>
15. Coque L. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos. Ambato – Ecuador. 2011: 18. [citado 16-11-2014]. Disponible en:<http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3154>
16. Simales E. Factores de riesgo relacionados con la aparición de hipertensión arterial en los pacientes perteneciente al área de salud de Barrio Lourdes. Venezuela. Universidad Bolivariana. 2007: 6. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/20291916/Tesis-de-Euliser>
17. Trujillo M, Acacio W. Medidas de autocuidado practicadas por las personas con presión arterial elevada. Venezuela: Universidad central de Venezuela. Facultad de medicina. 2008: 8. [citado 16-11-2014]. Disponible en:<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1528/1/tesis.pdf>
18. Moral R, Martínez E, Rodríguez A, Uzcategui M. la adherencia terapéutica y los factores relacionados a la no adherencia. Barquisimeto –Venezuela: Universidad centro occidental Lisandro Alvarado. 2009: 8 [citado 16-11-2014]. Disponible en:
<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TEGWB330DV4A342009.pdf>
19. Díaz A. y Lezama N. Hipertensión arterial y su relación con el cambio de estilo de vida en adultos mayores. Venezuela: Universidad De Oriente Núcleo Bolívar. 2009: 8. [citado 16-11-2014]. Disponible en <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2218/1/46%20Tesis.%20WG9%20D542h.pdf>

20. Tapia M. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de chaiten. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia Chile 2006. [citado 16-11-2014]. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>
21. Vásquez M. Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú. 2011: 5.
22. Gabriel F. Huaynalaya D. Nivel de conocimiento sobre el uso de antihipertensivos. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis]. Perú. 2009: 8,10.
23. Fernández L. Enalapril. *Pediamecum*. Comité de medicamentos. Asociación española de pediatría. *AnPediatrContin*. 2007; 10 (1):36. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Enalapril.pdf>
24. Pinchi M. y Torres E. Caracterización de la hipertensión arterial en los pobladores de la urbanización Sánchez Carrión. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2009: 8, 10, 34.
25. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2006; 26 (2): 201-211. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>
26. Arana G, Cilliani B, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo. *Revista médica Herediana*. 2009; 12 (4): 6,37. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/679>

27. Moreno F. Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud materno santa lucia de moche. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú. 2011: 5.[citado 16-11-2014]. Disponible en:<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21460.pdf>
28. Organización mundial de la salud (OMS). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Día mundial de la Salud. 2013. Pág. 7 – 30. [citado 20-10-2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
29. Rojas B. Atención farmacéutica en pacientes hipertensos. Article. S.A. Chile. 2012: 4. [citado 16-11-2014]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/30752765_Atencin_farmacutica_en_pacientes_hipertensos_adultos_mayores
30. Carbonell L, García A, López P. Cumplimiento del tratamiento farmacológico en hipertensos de farmacias seleccionadas. Panorama Cuba Y salud 2012; 7 (1):6. Disponible en: http://www.panorama.sld.cu/pdf/v7_no1/articulos_originales/cumplimiento_de_tratamiento_farmacologico.pdf
31. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre hipertensión. 1ªed. Granada: Universidad de Granada; 2002.
32. Machuca GM, Parras MM. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. España. Desde: <http://www.farmaefarma.com.br/>

imagenes/guia%20HTA.pdf

33. Tarraga J, Moreno C, Serrano J, y Marcos L. Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y su relación con la calidad de vida. Albacete – España 2008: 7. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.ehrica.org/im/pdf/11ppadherencia.pdf>
34. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964. [citado 16-11-2014]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
35. Atención Farmacéutica de pacientes con hipertensión arterial en las Farmacias (AF/HTA). Proyecto de intervención farmacéutica. Foro Farmacéutico de las Américas y OPS/OMS. Washington DC. 2004.
36. Dilla T, Valladares A, Lizán L. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Revista el ServierDoyma. Atención Primaria. España. 2009; 41(6): 11,12,13. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servle
37. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964. [citado 16-11-2014]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10Policies/b3/17c_es.pdf
38. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú. Facultad de Ciencias Médicas. 2013. [citado 16-11-2014]. Disponible en:

http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2

39. Juan G. INEI: Mujeres invierten más en salud en el Perú. Copyright© Peru21.pe -Grupo El Comercio -Todos los derechos reservados. 2010: 33. [citado 22-10-2015]. Disponible en: <http://peru21.pe/economia/inei-mujeres-invierten-mas-salud-peru-2221372>
40. United Health CareServices, Inc. Salud del hombre.¿Por qué los Hombres no se hacen Exámenes de Salud? 2011. 1-2. [citado 22-10-2015]. Disponible en: https://www.uhctools.com/assets/prebuilt_mens_health_esp.pdf
41. Bernal R. Hipertensión Arterial. Revista de Difusión de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Vol. 1 N° 3, diciembre 2012. 2-5p. [citado 16-11-2014]. Disponible en: http://www.saha.org.ar/revista_HTA/vol1_n3_2012.pdf
42. Osterberg L. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéutica. Servicio Madrileño de Salud - Comunidad de Madrid. Vol. 13. Núm. 8. 2006. 1-3p. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
43. Pamela M. Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos atendidos en el puesto de salud Manuel Arévalo. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote Uladech. 2011. La esperanza - Trujillo.
44. Comunidad de Madrid. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. 2006; 13 (8): 2. [citado 16-11-2014]. Disponible en:<http://www.infodoctor.org/notas/NF-2006-8.pdf>

45. American Society of Hypertension. La presión arterial y su salud. 2010: 1-2. [citado 16-11-2014]. Disponible en. <http://www.ash-us.org/documents/BloodPressureHealthSpanish.pdf>
46. Gabriel F. Huaynalaya D. Nivel de conocimiento sobre el uso de antihipertensivos. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis]. Perú. 2007: 4.
47. Pascuzzo LC. Mariagne CN. Terapia farmacológica en hipertensión arterial. Farmacología Básica. Libro de edición digital. Desde: <http://www.geocities.com/carminepascuzzolima/>.
48. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud, Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 – 5583. Vol. 63, N° 3 – 2002.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de presentación al centro de Salud Gran Chimú el Porvenir.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de presentación al centro de Salud Gran Chimú.

Trujillo 23 octubre de 2013

Señor: Jefe del Centro de Salud Gran Chimú.

Dr. Jorge Luís Salazar Mendez

Pte.

Asunto: Permiso para realizar trabajo de campo con pacientes hipertensos que pertenecen al ámbito de influencia del establecimiento.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitar por su intermedio las facilidades para que el alumno: Manuel Roberto Chávez Abanto Pueda acceder a los registros de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que regularmente se atienden en su servicio y programar con ellos una visita, dentro del marco de un proyecto de Grado de adherencia terapéutica que tiene por objetivo identificar razones potenciales o reales que inciden sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas acerca del uso de medicamentos.

Específicamente necesitamos revisar en su servicio los datos registrados de los pacientes para luego visitarlos en su domicilio y proponerles dos horas de diálogo acerca de su enfermedad en la que se aplicarán dos instrumentos y se dejarán recomendaciones acerca del uso apropiado de medicamentos y consejos generales sobre hábitos de vida saludables. Los resultados de la intervención serán reportados a su despacho con recomendaciones para la acción que podrían servir para mejorar la calidad en la atención desde el punto de vista farmacéutico en este tipo de pacientes.

Agradeciendo de antemano la atención que le brinde a la presente, quedo a su disposición para cualquier interrogante al respecto.

Atentamente:



ESCUELA DE FARMACIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

COORDINADOR

Q.F. Jaime Flores Ballena
Coordinador de la Escuela de Farmacia y Bioquímica

Anexo 2. Ficha para el consentimiento informado del paciente.

Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso.

Declaración del paciente:

1.- Acepto libremente participar de este programa de Atención Farmacéutica desarrollado por el Centro de Salud Gran Chimú el Porvenir y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de salud del Paciente hipertenso.

2.- Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.

3.- Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.

4.- Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.

5.- Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.

6.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

FECHA DE PRIMERA VISITA: ____ / ____ / ____

Anexo 3. Fichas de aplicación.

FICHA 1. INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DEL PACIENTE.

Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso.

COD° Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

1.- DATOS PERSONALES.

Nombre: _____ sexo: _____

Dirección: _____ zona: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ años

Teléfono: _____ Domicilio: _____ Otro _____

(E-mail): _____

2.- DATOS DEL MÉDICO Y/O INSTITUCIÓN DONDE FUE DIAGNOSTICADO Y/O CONTROLA SU TRATAMIENTO PARA LA HIPERTENSIÓN.

N°	Nombre del medico	Establecimiento	Especialidad	Teléfono

3.- QUE OTRAS ENFERMEDADES TIENE EL PACIENTE, APARTE DE LA HIPERTENSIÓN. AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA:

Nombre de la enfermedad	¿Quién le diagnóstico?

4.- SIGUE ¿ALGÚN TRATAMIENTO CON REMEDIOS CASEROS O NATURALES?

Nº	Nombre de los remedios caseros	Descripción	Dosis	Frecuencia	Inicio

5.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA Nº:	1	2	3	4
Fecha				
Presión arterial (en mmHg)..... /				
Peso en kg.				
Talla en cm.				

6.-¿QUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES HA SUFRIDO PREVIAMENTE?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

7.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Enfermedad	Madre	Padre	Hermanos	Otros
Hipertensión				
Diabetes				
Colesterol				
Otra:				

OBSERVACIONES:

.....

8.- HÁBITOS DE VIDA:

Hábitos.	Describir.	Indicación del médico al respecto
Uso de aceite al cocinar		
Uso de sal al cocinar		
Consumo de alcohol	Por semana...no	
Fumar cigarrillos o alguien en casa lo hace	Cantidad al día.....	
Hace ejercicios:	Camina..... Corregimnasio..... Pesas..... Bicicleta..... Otro..... Veces por semana	
Consumo de café	Tazas diarias.....	
Hace dieta:	Si..... no.....	

9.- NIVEL SOCIO ECONÓMICO:

GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO..... PRIMARIA.....

SECUNDARIA..... SUPERIOR.....

COD. INTERV:

FICHA 2. TEST DE HAYNES SACKETT.

1.- ¿Es difícil seguir tomar medicamentos todos los días verdad? SI..... NO.....

2.- Por ejemplo Usted.... ¿En la semana cuantas veces se olvida de tomar sus remedios?

- a) Todos los días, más de 5
- b) Varios días, más de uno
- c) Pocos días, al menos uno
- d) Nunca.

FICHA 3. CÁLCULOS PARA EL RECUESTO DE TABLETAS.

¿Qué medicamentos toma para la presión en este momento? (recuento de tabletas)
 el farmacéutico pide que el paciente le muestre sus medicamentos.

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FFPP	A: DOSIS	B: FREC. DE DOSIS/DIA (horas de toma)	FECHA DE PRESCR.	E: Cantidad de unidades de medicamento 1º visita	F: Unidades adquiridas de medicamento	G: Cantidad de unidades de medicamento 2º visita

Tiene Usted Algún problema con la toma de alguno de estos medicamentos?

.....

- a) Calculo del consumo “teórico” de medicamentos de acuerdo a la dosis y frecuencia de dosis:

A	B	C	D
DOSIS	FREC. DE DOSIS/DIA	Días desde la 1º visita	Consumo teórico

$B \times C = D$

- b) Balance de existencias versus consumo, consumo “real”:

E	F	G	H
Cantidad de unidades de medicamento 1° visita	Unidades adquiridas de medicamento	Cantidad de unidades de medicamento 2° visita	Consumo real

$E + F - G = H$

c) Porcentaje de consumo:

Consumo real/Consumo teórico X 100

FICHA 4. TEST MORISKY GREEN LEVINE

Nombre del Paciente: _____ COD° _____

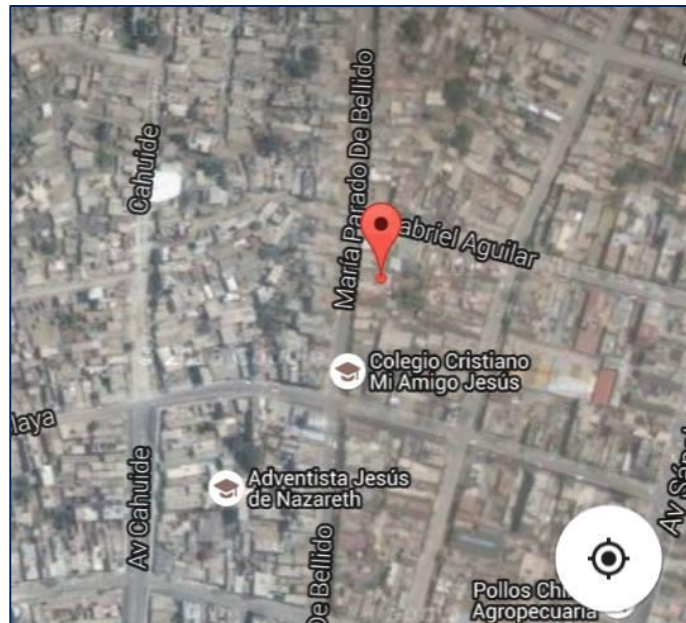
Fecha: _____ / _____ / _____

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvida/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		

OBSERVACIONES:

.....

Anexo 4. Mapa de Ubicación del Centro de Salud Gran Chimú El Porvenir.



**CENTRO DE SALUD GRAN CHIMU EL
PORVENIR**
DIRECCION: AV. LIBERTADOR 18 S/N





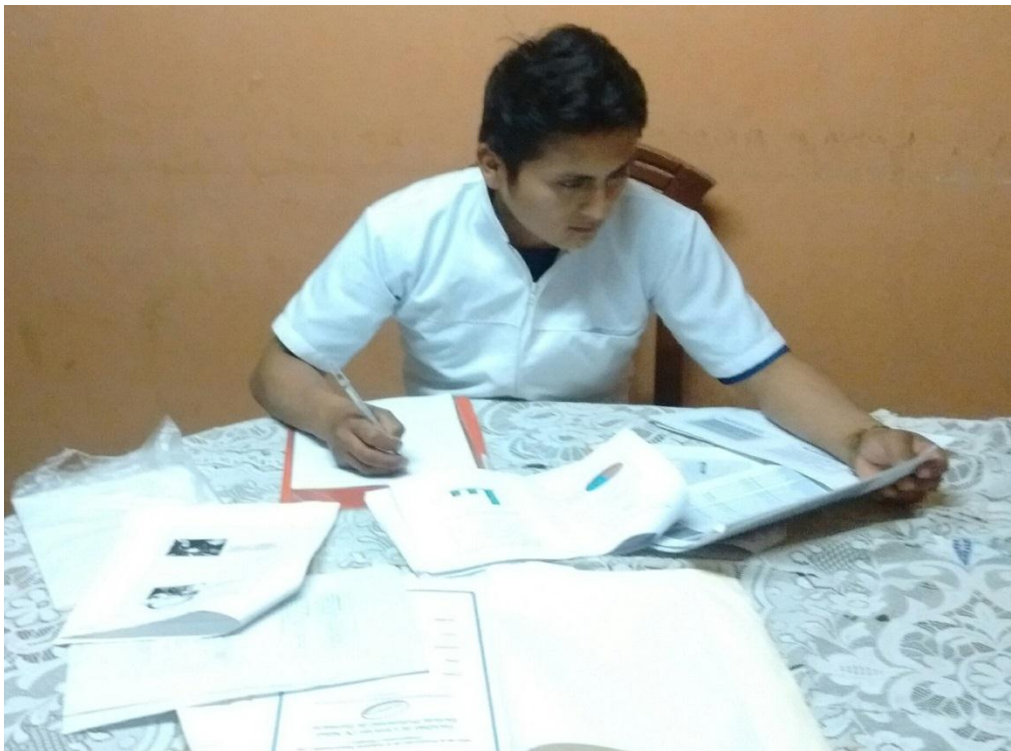
Anexo 5. Fotografías de la Intervención.

ENTREVISTANDO AL PACIENTE





**REALIZANDO LA TOMA DE PRESIÓN
ARTERIAL**



ANÁLISIS DE DATOS