

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA
BOTICA “LAURI” DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA
– TRUJILLO. AGOSTO – DICIEMBRE 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE QUÍMICO FARMACÉUTICO**

AUTORA

MARGARIN CASTAÑEDA, LEIDY PAOLA

ASESOR

Mgtr. LEAL VERA, CÈSAR ALFREDO

TRUJILLO – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

Mg. NILDA ARTEAGA REVILLA
PRESIDENTE

Mg. LUISA AMAYA LAU
SECRETARIA

Mg. KELLY YBAÑEZ VEGA
VOCAL

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

ACTA N°-2015 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS

Siendo las..... horas del día..... de..... del 2015 , 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:

Mg. Q.F. Nilda Arteaga Revilla Presidenta

Mg. Q.F. Luisa Amaya Lau Secretaria

Mg. Q.F. Kelly Ibañez Vega Vocal

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

Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en la botica “Lauri” del distrito la esperanza – Trujillo. Agosto – diciembre 2013.

Presentado por: Leidy Paola Margarín Castañeda

Código del estudiante: 1808101058

Asesorada por: Mg. 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:

.....

Mg. Q.F. Nilda Arteaga Revilla
PRESIDENTA

.....

Mg. Q.F. Luisa Amaya Lau
SECRETARIA

.....

Mg. Q.F. Kelly Ibañez Vega
VOCAL

.....

Mg. Q.F. César Leal Vera
ASESOR

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento.

A Dios por iluminarme, darme la sabiduría y fortaleza para sacar adelante este propósito.

A mis padres y hermanos por ayudarme a salir adelante después de tantas adversidades.

A todas aquellas personas que se han visto implicadas, directa o indirectamente, en la realización de esta investigación.

A mis amigas por su gran apoyo e inevitable paciencia, por su comprensión.

Todos los pacientes que voluntariamente participaron en el estudio, pilares fundamentales para llevar adelante esta investigación.

Mis compañeros de estudio, por compartir experiencias, conocimientos, su amistad y compañerismo.

La Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, por el apoyo.

DEDICATORIA

A mis Padres, el cual son mi gran tesoro, por su comprensión, amor y paciencia para el logro de esta meta tan anhelada.

A mis hermanos, por su amor, paciencia y ayuda personal, espiritual y académica. El cual me ayudo para la superación personal y formación académica.

RESUMEN

El presente informe de investigación tuvo como objetivo a determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, atendidos en la Botica “LAURI” del distrito la Esperanza. La investigación fue de tipo aplicada, cuantitativa de nivel descriptivo. Los criterios para la inclusión de pacientes en el programa fue pacientes hipertensos entre 50 - 85 años que acuden a la Botica “LAURI”. Todos los pacientes aceptaron participar en el programa voluntariamente. Se contó con un total de 12 pacientes entre hombres y mujeres. Los resultados informaron que la mayor prevalencia de HTA se encontró en el sexo femenino (58,3%), a diferencia al masculino (41,7%); de un total de 12 pacientes según los test específicos aplicados se encontró pacientes cumplidores con un promedio de 16.67% y no cumplidores de 83.33%..

Palabras clave: *Adherencia terapéutica, Hipertensión, Grado de adherencia.*

ABSTRACT

This research report aims to determine the degree of adherence in hypertensive patients treated at the Botica "LAURI" District of Hope. The research type was applied, quantitative descriptive level. The criteria for inclusion of patients in the program was hypertensive patients between 50-85 years attending the Botica "LAURI". All patients agreed to participate in the program voluntarily. He had a total of 12 patients between men and women. The results reported the highest prevalence of hypertension was found in females (58.3%), in contrast to male (41.7%); a total of 12 patients according to specific test applied adherent patients found an average of 16.67% and 83.33% deadbeat.

Keywords: Therapeutic adherence, hypertension, degree of adherence.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases teóricas.....	17
III. METODOLOGÍA.....	25
3.1. Tipo y nivel de la investigación.....	25
3.2. Diseño de la investigación.....	25
3.3. Población y muestra.....	25
3.4. Definición y operacionalización de las variables.....	26
3.5. Procedimiento.....	27
3.6. Técnicas e instrumentos.....	30
3.7. Consideraciones éticas.....	33
3.8. Plan de análisis.....	34
IV. RESULTADOS.....	36
4.1. Resultados.....	42
4.2. Análisis de resultados.....	47
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1. Conclusiones.....	47
5.2. Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	36
Distribución de los pacientes encuestados según sexo y edad, Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 2.....	37
Categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas de los pacientes al test de Haynes- Sackett. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 3.....	38
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Recuento de tableta. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 4.....	39
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morinsky-Green-Levin. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
TABLA 5.....	40
Clasificación del incumplimiento de los pacientes hipertensos según las preguntas del test de Morinsky-Green-Levine Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
.	
TABLA 6.....	41
Comparación de los resultados del test de Haynes-Sackett, Recuento de tabletas y Morinsky-Green-Levine. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	

ÍNDICE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	36
Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad y presión arterial en cada visita. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 2.....	37
Categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas de los pacientes al test de Haynes- Sackett. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 3.....	38
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Recuento de tableta. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 4.....	39
Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morinsky-Green-Levine. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
GRÁFICO 5.....	40
Clasificación del incumplimiento de los pacientes hipertensos según las preguntas del test de Morinsky-Green-Levine. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	
.	
GRÁFICO 6.....	41
Comparación de los resultados del test de Haynes-Sackett, Recuento de tabletas y Morinsky-Green-Levine. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.	

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.....25

Diseño de la investigación para determinar el grado de adherencia.

FIGURA 2..... 28

Diagrama de flujo del procedimiento para medir el grado de adherencia terapéutica.

.

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1.....	17
Valores referenciales de presión arterial.	
CUADRO 2.....	31
Evaluación de las respuestas del test de Haynes-Sackett.	
CUADRO 3.....	34
Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en el test de Haynes-Sackett y su categorización.	
CUADRO 4.....	35
Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en test de Morinsky-Green-Levine y su categorización.	
CUADRO 5.....	24
Distribución de la Población según Sectores y Etapas de Ciclo de Vida, Microred La Esperanza, Año 2008.	

L. 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

Es importante que se desarrollen estrategias de prevención y educación que estén orientadas básicamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes. La adherencia al tratamiento es un factor esencial que contribuye al éxito de las terapias con medicamentos y forma parte de las actitudes del paciente y de la percepción individual de su salud.¹

Además como parte de la adherencia en la hipertensión arterial se puede prevenir y controlar modificando comportamientos como la dieta inadecuada, el uso nocivo de alcohol, el tabaco, la inactividad física y la iniciativa de disminuir la ingesta de sal. Por ello la detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de la hipertensión arterial producen importantes beneficios sanitarios y de índole económica.¹

Así mismo 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. Además, el envejecimiento se asocia a un incremento de la comorbilidad general y cardiovascular.^{1,2}

También 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. ^{1,2}

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. ^{1,2}

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 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. ^{1,2}

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 de la Botica Lauri. Es importante entonces motivar a los profesionales Farmacéuticos en el cuidado de pacientes crónicos como los hipertensos incluso antes del inicio del tratamiento y poder vigilarlo de forma regular para lograr los objetivos terapéuticos. ²

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 eficientemente preparados estratégicamente ubicados dentro de la comunidad aprovechando las capacidades, recursos instalados. Y es necesario empezar a unir la teoría y la práctica para encarar y proponer metodologías propias que tomen en cuenta las particulares diferencias. ²

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. Cuanto más alta es la tensión arterial, mayor es la probabilidad de que tenga consecuencias para el corazón y los vasos sanguíneos de órganos importantes, como el cerebro o los riñones. ³

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 Hipertensión Arterial se puede prevenir modificando comportamientos como la dieta malsana, el uso nocivo de alcohol o la inactividad física. El tabaco puede aumentar el riesgo de complicaciones. Las iniciativas para disminuir la ingesta de sal pueden contribuir de manera importante a prevenir y controlar la hipertensión.

3

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. 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. ⁴

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. En los países en desarrollo, muchas personas con hipertensión siguen sin estar diagnosticadas, y se ven así privadas de un tratamiento que podría reducir significativamente su riesgo de defunción y discapacidad por cardiopatía o accidente cerebrovascular. ⁴

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. ⁵

No obstante muchas investigaciones han establecido algunas consecuencias de la no observación estricta de las pautas farmacológicas de un paciente hipertensos que van desde aquellas que afectan directamente la salud del paciente, hasta aquellas asociadas a los propios servicios de salud y costos de tratamiento. En consecuencia es claro que el incumplimiento da lugar a una disminución de la eficacia y de la efectividad de las medidas terapéuticas y un aumento de la morbimortalidad cardiovascular.⁶

Desde la perspectiva de salud pública, los resultados de la presente investigación contribuirán a develar que los pacientes hipertensos que se atienden en la botica Lauri, 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 luego del examen clínico y la prescripción médica al entregar indicaciones apropiadas al paciente a través del personal médico o familiares 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 y complicaciones cardiovasculares y renales graves y evitará gastos forzados hacia los medicamentos más complejos y peligrosos.

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 necesidades 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.⁷

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. Esto significa detectar, resolver y prevenir los problemas relacionados con los medicamentos para eso el Químico Farmacéutico deberá establecer un plan de atención encaminadas a alcanzar una meta de salud determinada.⁸

La presente investigación se enmarcó en las nuevas responsabilidades profesionales del Químico Farmacéutico en el campo sanitario y se nos exige una actitud proactivo, 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. 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 como un profesional de apoyo a los pacientes que necesitan orientación en sus tratamientos.⁸

En este escenario surge la iniciativa de desarrollar la presente investigación que busca identificar entre pacientes incumplidores las causas que motivan tales conductas y en base a los resultados propuso un perfil de paciente hipertenso incumplidor en la BOTICA LAURI, distrito la esperanza, provincia de Trujillo departamento La Libertad, y que los resultados que se obtengan contribuyan junto con otras investigaciones similares a desarrollar una estrategia de atención y seguimiento de pacientes que los médicos, farmacéuticos y otros trabajadores de salud involucrados tengan en cuenta para las recomendaciones al prescribir y dispensar medicamentos.

Los pacientes de la botica Lauri se encuentran entre la edad de 50 – 85 años aproximadamente, de los cuales podemos mencionar que la principal causa de incumplimiento es su condición económica y falta de información el cual les conlleva aun incumplimiento terapéutico.

De la realidad problemática expuesta se puede extraer un problema de investigación que se define de la siguiente manera: ¿Cuál es el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en la botica Lauri del distrito la Esperanza de agosto a diciembre 2013?

Se planteó el siguiente objetivo general:

- ✓ Evaluar el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en la botica Lauri del distrito la Esperanza 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, Morinsky – Green – Levine y Recuento de tabletas de pacientes hipertensos que se atienden en la botica Lauri del distrito la Esperanza.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

En nuestro país, Agustí afirma que la prevalencia de HTA es del 23,7% de la población total (varones 13,4% y mujeres 10,3%). Con prevalencias de 22,1% para la sierra, 22,7% para la selva y 27,3% para la costa, pero con marcadas diferencias entre algunas zonas (3,16). Se afirma además que los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm. y que 55% de la población no sabía que era hipertensa y de quienes recibían tratamiento, solo 45,1% estaba compensado .⁹

Asimismo 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%.¹⁰

Del mismo modo, 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.

11

También, 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. ¹²

Por otro lado, Coque en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Ambato (Ecuador) que tuvo 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%). ¹³

Asimismo, Quintana, Fernández, Rodríguez en el año 2009, se realizó un estudio en la ciudad de Habana, Cuba, el objetivo conocer la prevalencia de esta adherencia, las influencias que la propician y valorar la utilidad del procedimiento utilizado que surgió de la combinación de métodos indirectos de medición de la adherencia terapéutica. Se realizó un estudio poblacional en seis consultorios, Se entrevistaron y examinaron 329 pacientes donde se encontró el 37,4 % de adherencia y se relacionó favorablemente con la edad, el sexo, la escolaridad, la actividad física, el vivir acompañado, la dieta adecuada y la asistencia regular a consultas. Los resultados del estudio sugieren emplear el

procedimiento propuesto y tener en cuenta las variables examinadas para definir el perfil de esta adherencia terapéutica.¹⁴

También, 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%).¹⁵

En el Perú, Arana y col. mediante una encuesta dirigida a pacientes hipertensos encontró una prevalencia de incumplimiento del 42% además de una relación significativa entre el control adecuado de presión arterial y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo.¹⁶

En un estudio conducido por Márquez y col. citando a Martínez y cols. Afirman que en España, el 25% de los individuos comunica que el olvido de una o más tomas de la medicación es la causa de su incumplimiento siendo está la causa más frecuente detectada en ese país tanto en pacientes cumplidores como en los no cumplidores.^{17,18}

Vásquez, en el año 2011, realizó un estudio en la Ciudad de Chimbote (Perú), donde el objetivo es 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, el cual se utilizó un test de 20 preguntas propuesto por la OMS. En donde muestran una prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes (89.59%). Los factores negativos que más influyen para la no adherencia son aquellos asociados con las

dimensiones relacionadas con la calidad de los servicios de salud por ello se sugiere, construir estrategias educativas personalizadas que ataquen los factores influyentes a fin de revertir progresivamente los niveles de incumplimiento.¹⁹

Asimismo, Moral, Martínez, Rodríguez y Uzcategui . En el año 2009, realizaron un estudio en Barquisimeto (Venezuela), el objetivo es determinar la adherencia terapéutica y los factores relacionados a la no adherencias, en el lapso de diciembre 2008 y marzo 2009 predominó el sexo femenino, cuya edad promedio fue de 60 a 69 años. el cual 82 pacientes de 158 (51.90%), con respecto a factores imputables a la no adherencia se encontró, que los pacientes adheridos, 65 de 158 (41.14%) no presentaron factores imputables, y los medianamente adheridos, o sea 82 pacientes (51.90%) y no adheridos 11 pacientes (6.96%) si presentaron factores imputables al tratamiento y a la relación médico – paciente.²⁰

Del mismo modo, 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, la población estuvo conformada por 120 pacientes que asisten a la consulta, de los cuales solo se seleccionaron 81 de ellos con diagnóstico de presión arterial elevada, 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 antihipertensivos y controles médicos periódicos.²¹

También, Gabriel y Huaynalaya, en el año 2007, realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú), el objetivo es 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). 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. Se

concluyó que los IECA y los bloqueadores de canales de calcio, representan los fármacos con mayor utilización institucional y la mayoría de los pacientes ambulatorios que acuden al Departamento de Farmacia de HVLE carecen de un nivel de conocimiento bueno, que les permita usar correctamente los HPA. ²²

Fernández, en el año 2007, realizó un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú), el objetivo es 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

También, Simales, en el año 2007, realizó un estudio en la Cuidad de San Cristóbal (Venezuela), el bjetivo es 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%). ²⁴

Donado, en el año 2010, se realizó un estudio en el país Colombia - Bogotá, el objetivo fue evaluar la prevalencia de hipertensión arterial, proporción de las personas que lo desconocen, y algunos posibles factores de riesgo asociados en el municipio de Santo Tomás, Atlántico (Colombia). La prevalencia es de 9,02% antes de los 60 años predominando en el sexo masculino, aumenta a partir de la quinta década alcanzando cifras de 53,57% en mayores de 60 años, edad a partir de la cual es más frecuente en mujeres alcanzando prevalencia de 100% en las

mayores de 80 años. Sólo el 10,64% de los hipertensos están controlados. Glicemia dentro de lo normal.²⁵

De igual manera, Saldarriaga, en el año 2007, se realizó un estudio en el país de Perú (Tumbes), el objetivo determinar el nivel de conocimiento de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas. Donde el conocimiento es bajo en el 45.8 % de la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, 35 % de las personas tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, el 62.8 % del sexo masculino; predominaron los pacientes de 60 a 65 años , entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo con 25 % y alcohol con 29 % el riesgo es al menos el doble, en comparación con los no fumadores obteniéndose que son causas más comunes en las enfermedades cardiacas y con ello la presencia de enfermedad hipertensiva.²⁶

Gothelf, en el año 2009, se realizó un estudio en la ciudad de Salta (Argentina), el objetivo es determinar la prevalencia de hipertensión arterial y de factores de riesgo asociados en una muestra de adolescentes de escuelas públicas y privadas. La prevalencia general de hipertensión fue del 11,4 % (n=45). Sobre la totalidad de escolares de colegios públicos la prevalencia fue del 10,9 % (n=27) y 12,2 % de privados (n=18). La distribución según sexo mostró en mujeres una prevalencia del 5,7 % (n=13) y en varones, 19,0 % (n=32). Sólo en los varones de escuelas públicas la prevalencia de hipertensión fue significativamente mayor entre los que tenían una actividad física inadecuada y en los varones de familias de ingresos altos (27,0 %) fue estadísticamente diferente a la de aquellos con ingresos bajos (12,0 %).²⁷

También, Páez, en el año 2011, se realizó un estudio en la ciudad de Bucaramanga, el objetivo es determinar los factores asociados al Control de la Hipertensión Arterial (CHTA), valores promedios de presión arterial inferiores a 140/90mmHg en personas sin diabetes y 130/80mmHg en diabéticos o con enfermedad renal crónica. Así, el 64.46% (IC95%:57.1 - 71.82), presentó

CHTA, la adherencia aumenta el CHTA (RP = 1.70, IC95%:1.12 - 2.58); el color de piel no blanca tiende a favorecerlo (RP= 1.39, IC95%:0.93 - 2.0, se concluye que la adherencia y el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud son factores asociados al CHTA, La prevalencia encontrada del CHTA debe interpretarse con precaución debido a la presencia del sesgo de selección.²⁸

Corugedo, en el año 2009 se realizó un estudio en la ciudad La Habana- (Cuba), el objetivo Describir los niveles de adherencia e identificar los factores que influyen. La muestra quedó conformada por 351 pacientes, la información se obtuvo con la aplicación del cuestionario MBG (Martín, Bayarre y Grau) y un cuestionario para estudiar los factores que influyen en la adherencia. Teniendo como resultado en el estudio existió un predominio de pacientes adheridos y la presencia de factores de diferente naturaleza que se relacionan con la adherencia tales como: características de la enfermedad y el tratamiento, factores socioeconómicos y demográficos, características del paciente y del equipo o sistema de asistencia sanitaria.²⁹

Del mismo modo, Ortiz, en el año 2011, realizó un estudio en la ciudad de Madrid, el objetivo de estudio es estimar en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid (CM) la prevalencia de hipertensión arterial, el nivel de conocimiento y tratamiento farmacológico, y grado de control. Donde se incluyó a 1.085 hombres y 1.183 mujeres, con una edad media de 48,3 años. La prevalencia de hipertensión fue de 29,3% (IC95%:27,3-31,5) (35,1% en hombres y 23,9% en mujeres ($p<0,01$). De las 665 personas hipertensas detectadas el 68,6% conocía su condición (62,4% los varones y 76,65 las mujeres, $p<0,05$) de los cuales el 54% estaba en tratamiento farmacológico (45,4% los varones y 64,5% las mujeres, $p<0,05$). De las 265 personas hipertensas en tratamiento tenían controlada la tensión arterial el 33% de los varones frente al 49% de las mujeres ($p<0,05$). Y tiene como conclusión las cifras de prevalencia, tratamiento y control ocupan un lugar intermedio-bajo entre las publicadas en estudios previos sobre poblaciones españolas y europeas.³⁰

También, Contreras, en el año 2006, realizó un estudio en la ciudad de Incejeo, Sucre (Colombia), el objetivo describir los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos. En donde el promedio de edad de los participantes fue de 61.5 años, 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.³¹

Asimismo, 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 normopeso, un 13,58% presentó sobrepeso, y 3,70% con obesidad tipo.³²

Por su parte, 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. En promedio los resultados de los test específicos (Haynes Sackett y MGL) muestran una marcada prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes (89.59%).³³

Asimismo, 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 Morinsky – Green - Levine 12.5%, recuento de comprimidos 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. ³⁴

2.2. Bases teóricas.

Hipertensión arterial (HTA)

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”.³⁵

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 Hipertensión Arterial esencial: sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a Hipertensión Arterial, 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 Presión Arterial pero desconocen que son hipertensos.

36

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).³⁶

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.^{37,38}

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.^{15,22}

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.³⁹

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. ³⁹

Adherencia Terapéutica

La Organización Mundial de Salud definió el término Adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona como 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. ³⁹

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. ³⁹

Causas del incumplimiento terapéutico

Existen varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia, y la mayoría de ellos están estrechamente relacionados. ⁴⁰

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. ⁴⁰

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. ⁴⁰

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. ⁴¹

Consecuencias económicas, gastos sanitarios para el estado y para el paciente en medicamentos que no consume, baja en su productividad laboral. ⁴¹

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. ⁴¹

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. ⁴⁰

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. ⁴⁰

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. ⁴⁰

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.

⁴⁰

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. ⁴¹

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. ⁴¹

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. ⁴¹

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: Haynes Sackett, el recuento de tabletas y el test de Morinsky-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.³⁹

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?³⁹

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.³⁹

El más utilizado de los tres en nuestro entorno es el test de Morinsky-Green, sencillo en su utilización y disponible en el sistema informático de historia clínica al que tienen habitualmente acceso médicos y enfermeras.³⁹

El test de Morinsky-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.³⁹

Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco de sus metabolitos o de algún fluido biológico, frecuentemente sangre, orina u otro fluido, se asume que la presencia de ellos expresa que el medicamento se ha ingerido. Por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana ya que

son caros, se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan de una infraestructura sofisticada.³⁹

Para el desarrollo de la investigación se entrevistaron pacientes que se ubican dentro del distrito La Esperanza está constituido por 7 sectores sanitarios, atendidos por su correspondiente establecimiento de salud: Santa Verónica (CS. Madre de Cristo), Jerusalén (CS. Jerusalén), Wichanza (CS. Wichanza), Pueblo Libre (PS. Pueblo Libre), San Martín (PS. San Martín) y Sector Central (CS Santísimo Sacramento y PS Bellavista).⁴²

La Botica “LAURI” está ubicada a una cuadra y media del centro de salud “Santísimo Sacramento” del distrito de La Esperanza parte alta sector central, en la cuadra 6 de la Av. Tadeo Monagas. Según lo informado en el “Análisis de Situación de Salud del Distrito de La Esperanza”, la población total para el distrito de La Esperanza, para el año 2004, estimada por el INEI fue de 143,159 habitantes, que represento el 18,9% de la población estimada para la provincia de Trujillo, convirtiendo a La esperanza el en segundo distrito más poblado.⁴³

La población total del distrito se encuentra distribuida en los 7 sectores sanitarios. Para el año 2004, los sectores con más población asignada son CS Jerusalén y CSMI Madre de Cristo (29.4% y 20.5% respectivamente), mientras que el PS Pueblo Libre y CS Santísimo Sacramento tienen poca población asignada (10.4% y 9.7% respectivamente).⁴³

Actualmente la población aproximada en el sector es de 151 845 habitantes. Por sus características socios culturales y económicos la población puede considerarse dentro del sector B (urbano) y la economía se encuentra dentro del sector secundario de acuerdo a la categorización del INEI. El establecimiento cuenta con servicios de dispensan activa de medicamentos para la HTA, como: Enalapril 20mg, Captopril 25mg. El establecimiento está regentado por un Químico Farmacéutico.⁴³

CUADRO 5: Distribución de la Población según Sectores y Etapas de Ciclo de Vida, Microred La Esperanza, Año 2008

SECTORES SANITARIOS	<1 a	1 a 4 años	5 a 17 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 a más	Gest	MEF	TOTAL
Manuel Arévalo III	395	1543	4680	3517	12796	1281	488	5315	21412
CS Jerusalén	890	3514	11180	8570	20552	1935	1130	11855	39763
CS Stmo.Sacramento	250	976	3062	2313	7621	836	306	2991	13191
PS Bellavista	272	1075	3493	2670	8596	572	354	4061	14536
PS San Martín	258	1011	3106	2328	8329	884	318	3210	14050
PS Pueblo Libre	258	1009	3106	2329	8329	868	318	3166	14033
CS Wichanzao	399	1620	5190	3978	9608	838	525	5502	18440
TOTAL	2722	10748	33817	25705	75831	7214	3439	36100	135425

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y nivel de la investigación

Tipo: Cuantitativa. Nivel: Aplicativo y descriptivo.

3.2. Diseño de investigación

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

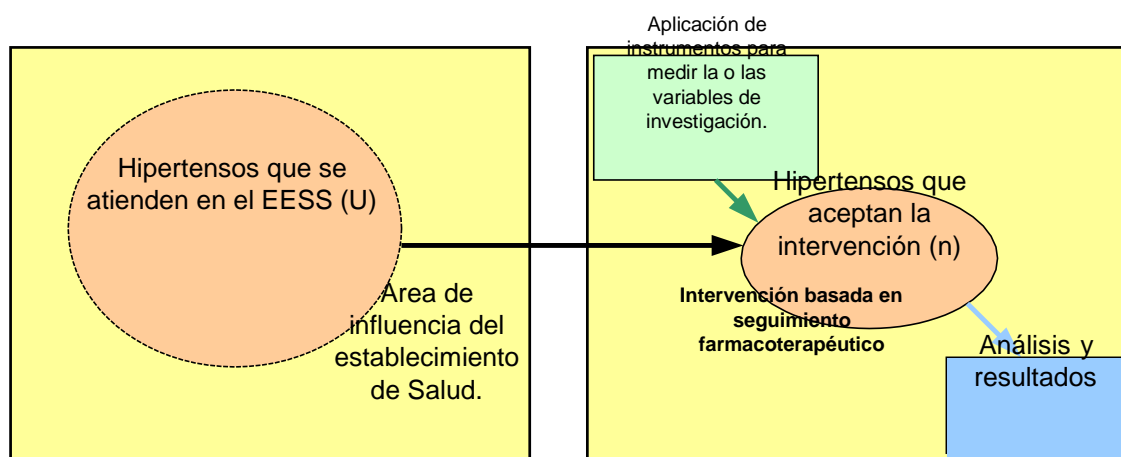


Fig. N°01. El diseño de la investigación para determinar el grado de adherencia.

3.3. Población y muestra

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en la Botica “LAURI”. Los pacientes que formaron parte de la muestra de investigación fueron aquellos que al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estuvieron a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado por lo menos un medicamento destinado a contrarrestar su Hipertensión Arterial.

La prescripción de 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. A los pacientes se les propuso formar parte de la muestra de investigación donde tuvieron la libertad de ingresar al programa de

manera voluntaria. El número de pacientes de la muestra fue de 12 pacientes hipertensos que aceptaron participar de manera voluntaria

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

- Adultos entre 50 y 85 años que recibieron una prescripción que incluyó el uso de medicamentos, como resultado de un diagnóstico facultativo por Hipertensión Arterial.
- Voluntarios que aceptaron en forma escrita su participación en la experiencia.
- Pacientes con capacidad para comprender y comunicarse

No se incluyeron pacientes que presentaron en el momento del estudio:

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir en la interacción con el Farmacéutico.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha o programas que interfirieran con el seguimiento Farmacoterapéutico.
- Paciente en estado de gestación.

3.4. Definición y operacionalización de las variables.

Variable de investigación independiente: Adherencia al tratamiento.

La adherencia terapéutica fue definida según Haynes 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.⁴⁴

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 Morinsky-Green-Levine, Haynes- Sackett y el Método de Recuento de Comprimidos.

Variable de investigación dependiente: Pacientes hipertensos.

3.5. Procedimiento.

El procedimiento para el levantamiento de información del proyecto se hizo a través de un método 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 la Botica “LAURI”

La estrategia para lograr el número mínimo de pacientes fue dirigir una propuesta escrita al responsable del establecimiento farmacéutico, 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 de la Botica LAURI 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 (Anexo 7.2). Si el paciente aceptaba el trabajo se programaría en conjunto la primera entrevista para el levantamiento de la información.

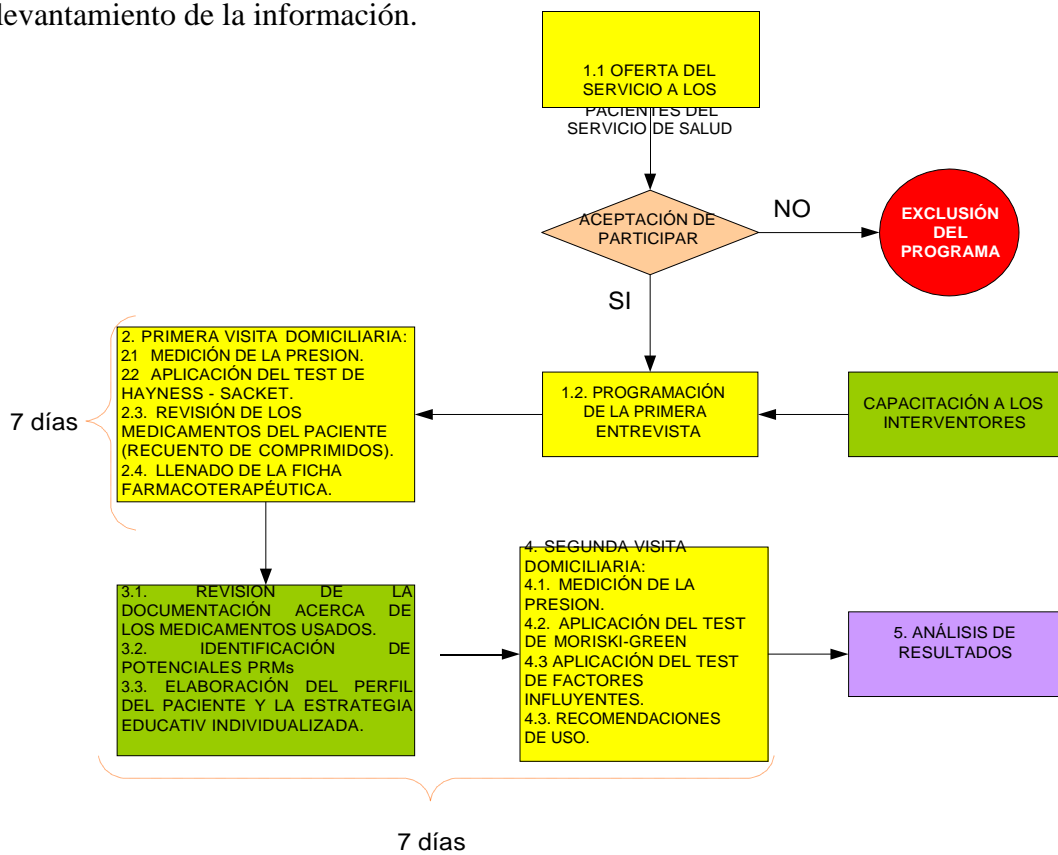


Fig. N° 02. Diagrama de flujo del procedimiento para medir el grado de adherencia terapéutica

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 abstendrá de sugerir modificaciones en los hábitos terapéuticos y se informará al paciente que toda la información necesaria se alcanzará en la siguiente visita luego del levantamiento de información.

Durante la primera visita se llenó una ficha farmacoterapéutica y se revisó los medicamentos disponibles en el hogar, sobre todo aquellos que el paciente indica que los usa para su hipertensión. Se anotó todas las características de los medicamentos y se preguntó acerca de la forma de uso y las pautas posológicas que se utilizan. Se obvió los calificativos acerca de la calidad de la medicación o sobre las costumbres del paciente que puedan afectar el éxito de la medicación. Se realizó con el consentimiento del paciente el procedimiento para contar las existencias de medicamento que el paciente refiere usa para la hipertensión

Finalmente, luego del levantamiento de la ficha farmacoterapéutica se procedió a aplicar el primer test denominado de Haynes-Sacket (Anexo 7.3 - Ficha 2) para medir la adherencia terapéutica. 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 medirá 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 Moriski – Green – Lavine para confirmar la adherencia terapéutica.

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 Haynes Sackett, Morinsky-Green-Levine y Recuento de tabletas. Si se evidenciaron con el paciente los potenciales problemas asociados con medicamentos; se le dejó un reporte escrito de las sospechas para que el paciente pueda informarlas en su próximo control con el médico. Si las observaciones fueron muy graves y comprometieron la salud del paciente se le motivó a recurrir de manera urgente a la botica Lauri.

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 y Factores que afectan el cumplimiento terapéutico. La técnica utilizada 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 autocomunicado 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	2
	c) Al menos uno	1
	d) Nunca se olvida	0

Test de Recuento de Comprimidos

Para poder calcularlo, procederemos de la manera siguiente:

1°. En las visitas fue preciso que el paciente exponga a la vista del farmacéutico los envases de medicamento consumido 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 anotó el número de comprimidos que tiene en su poder el paciente 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 restar con los que tiene en existencia.

3°. En la Segunda visita 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 queda 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 PC. Se considera que los límites de ese porcentaje, que definen el buen cumplimiento, se sitúan en el consumo del 90-100% de los comprimidos prescritos. Valores superiores o inferiores a estos niveles expresan el incumplimiento (hipo o hipercumplimiento). Este método tiene ciertas limitaciones y sobreestima el cumplimiento. Se supone que este problema se obvia cuando el recuento, tal como se propone en la presente investigación, se realiza en el domicilio del paciente y sin previo aviso.

Test de Morinsky, Green y 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.⁴⁵

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.⁴⁵

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.⁴⁵

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 de datos

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 las 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 Morinsky-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.

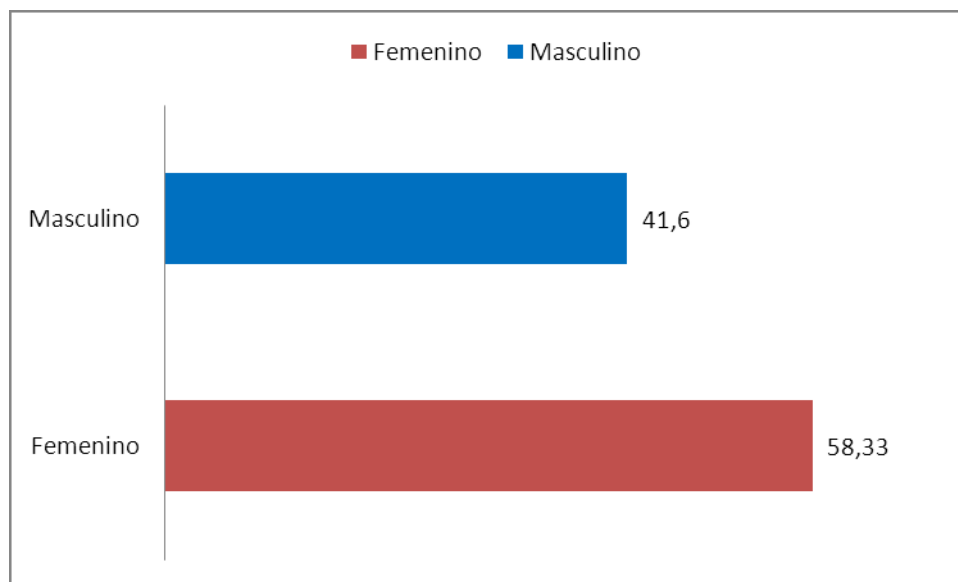
IV. RESULTADOS:

4.1. Resultados

Tabla 1. Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad y presión arterial en cada visita. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.

N°	género	Frecuencia	PROM DE PA sistólica (primera y segunda visita)	PROM DE PA sistólica (primera y segunda visita)	%	Promedio edad (años)
1	F	7	140	86	58.33	71.0
2	M	5	129.1	86	41.67	69.4
	TOTALES	12	134.6	12	100.0	70.2

Gráfico 1. Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad y presión arterial invertido en cada visita. Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.

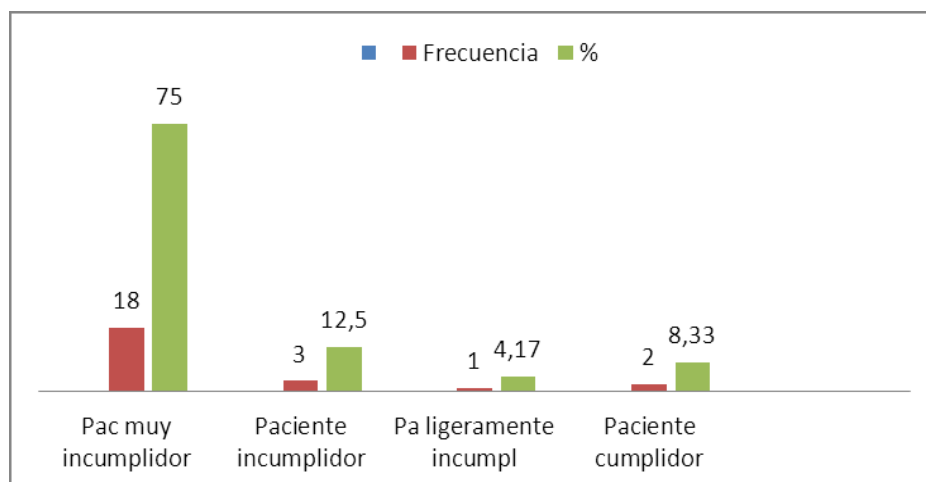


Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Categorización de los pacientes según características de adherencia de acuerdo a las propuestas de los pacientes al test de Haynes Sackett. En la botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto - diciembre 2013.

CATEGORIZACION	N°	%
Muy incumplidor	6	50
Incumplidor	3	25
Ligeramente incumplidor	1	8.33
Cumplidor	2	16.67
TOTAL	12	100

Gráfico 2. Categorización de los pacientes según características de adherencia de acuerdo a las propuestas de los pacientes al test de Haynes Sackett. En la botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto - diciembre 2013.

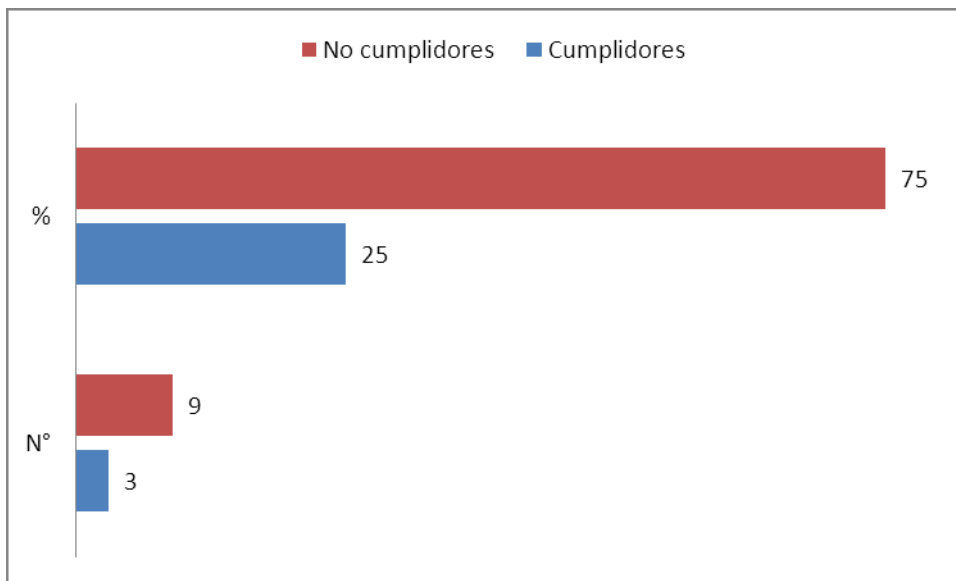


Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Recuento de tabletas. En botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto - diciembre 2013

CATEGORIZACION	N°	%
Cumplidores	3	25
No cumplidores	9	75
TOTAL	12	100

Gráfico 3. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Recuento de tabletas. En botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto - diciembre 2013.

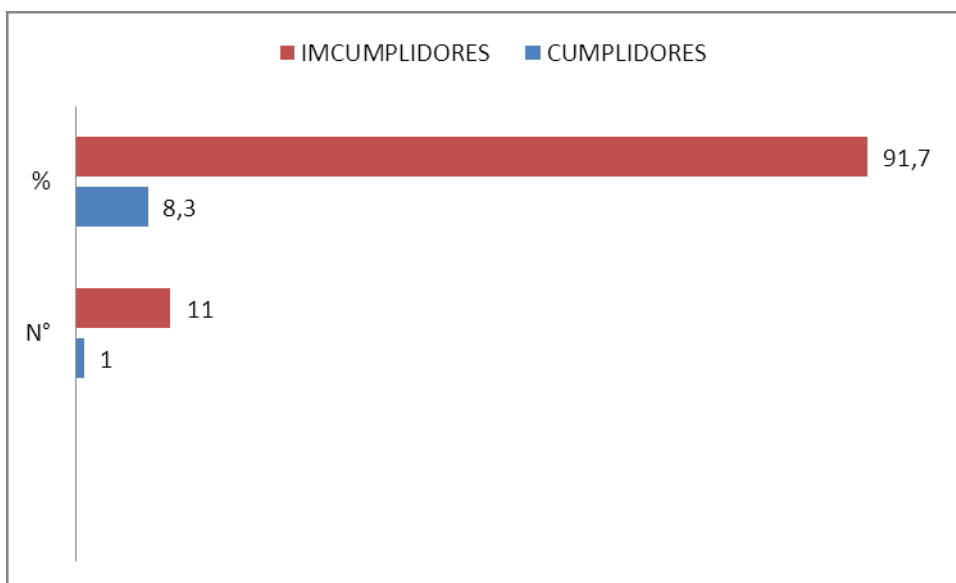


Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morinsky-Green-Levine. En la botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto - diciembre 2013.

CATEGORIZACION	N°	%
Cumplidores	1	8.33
No cumplidores	11	91.66
TOTAL	12	100

Gráfico 4. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morinsky-Green-Levine. En la botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto - diciembre 2013.

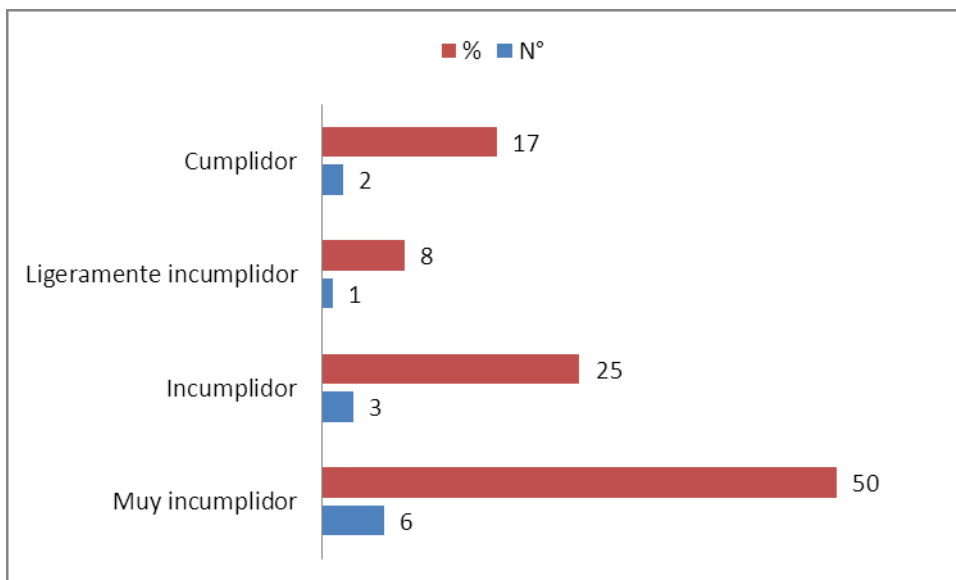


Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Clasificación del incumplimiento de los pacientes hipertensos según las preguntas del test de Morisky Green Levine. En la Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.

CATEGORIZACION	N°	%
Muy incumplidor	7	58.33
Incumplidor	3	25.00
Ligeramente incumplidor	1	8.33
Cumplidor	1	8.33
TOTAL	12	100

Gráfico 5. Clasificación del incumplimiento de los pacientes hipertensos según las preguntas del test de Morisky Green Levine. En la Botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto – Diciembre 2013.

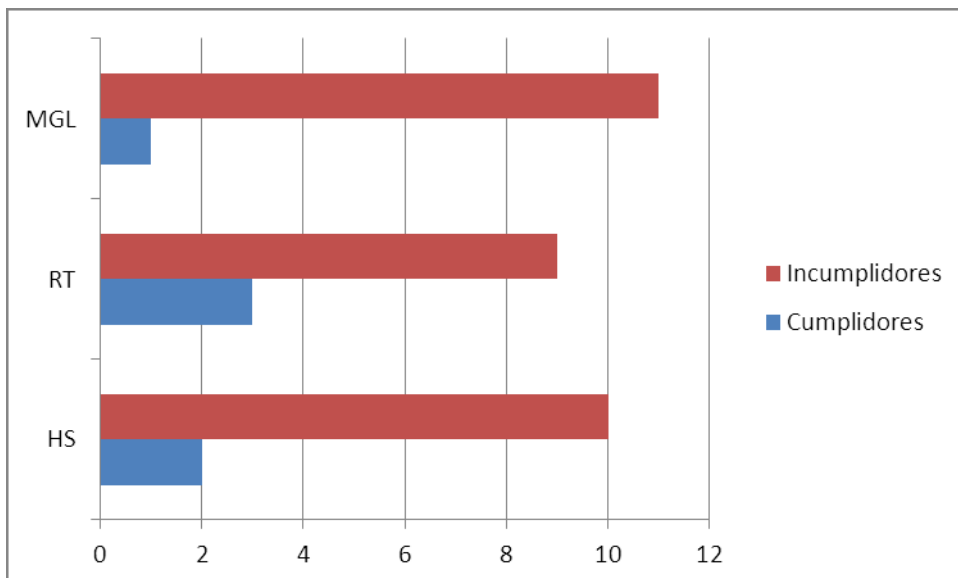


Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Comparación de los resultados del test de Hayness sackett, Recuento de tabletas y Morisky -Green-Levine. En la botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto-diciembre 2013.

PACIENTES	HS	%	RT	%	MGL	%
Cumplidores	2	16.67	3	25	1	8.33
Incumplidores	10	83.33	9	75	11	91.66
Total	12	100	12	100	12	100

Gráfico 6. Comparación de los resultados del test de Hayness sackett, Recuento de tabletas y Morisky -Green-Levine. En la botica Lauri del distrito la Esperanza. Agosto-diciembre 2013.



Fuente: Tabla 6

4.2 . Análisis de los resultados.

En la tabla 1 se observa la distribución de los pacientes encuestados según sexo y edad. Los resultados muestran que hay una mayor prevalencia en el sexo femenino (58,3%), a diferencia del sexo masculino (41,7%). Díaz y Lezama, en un estudio realizado encontró datos semejantes en un 55,55% correspondiente al sexo femenino y 44,44% al sexo masculino. Estos resultados explican que las mujeres tienen mayor predisposición a padecer hipertensión arterial, para esto pueden influir varios factores como el estilo de vida. ³²

El estilo de vida de los pacientes según los datos obtenidos durante el programa de visitas se encontró que estos pacientes se encuentran en promedio entre los 65 años de edad, un ritmo de vida sedentario y sobrepeso son factores de riesgos para el desarrollo de la hipertensión arterial. De acuerdo a la “Guía Técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial”; los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial son: sobrepeso, falta de actividad física (sedentarismo), consumo excesivo de sal y alcohol, insuficiente ingesta de potasio, sodio, tabaquismo, estrés, presión arterial normal alta (130 - 139/85 – 89 mm Hg), antecedentes familiares hipertensos y el tener más de 60 años de edad. Personas que presentan algunas de estas situaciones necesitan cambios en su estilo de vida. ⁴⁶

El sobrepeso se ha asociado a obesidad hipertensión arterial, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardíaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de hipertensión arterial por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática. En un estudio realizado por Saldarriaga y la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de Colombia con individuos hipertensos atendidos en la consulta de hipertensión arterial del hospital San Juan de Dios, en Bogotá entre 1994 y 1996, se encontró que la prevalencia hipertensión arterial fue mayor en el género femenino, especialmente en el grupo de 50 a 59 años; además, predominó el diagnóstico nutricional de obesidad (73.6%). ²⁶

Así mismo el sodio, el First National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic-up Study evaluó la relación entre la ingesta de sodio y la incidencia de

insuficiencia cardíaca congestiva y mostró que una ingesta alta de sodio (más de 113 mmol/día) fue un factor de riesgo relacionado con la aparición de hipertensión arterial en personas con sobrepeso. Se concluye que el riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta de sal. El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1mmHg y al PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente peresnetan valores PAS de 6.6mmHg y PAD de 4.7 mmHg.

En la tabla 2, se observa el primer test aplicado para determinar la categoría de paciente adherente al tratamiento con el test de Haynes - Sackett el cual es un método validado y sencillo. Los resultados muestran que el 83.33% son incumplidores; con un 50% muy incumplidos, 25% incumplidor, y el 8.33% ligeramente incumplidor. Y los cumplidores 16.67% el cual cumplen adecuadamente el tratamiento farmacoterapéutico. Moreno en un estudio realizado en pacientes hipertensos encontró una adherencia terapéutica de 25%, de igual manera Coque en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Ambato (Ecuador) obtuvo un 27,6% de pacientes adherentes.^{13,34}

Las razones por las cuales se observa dicho incumplimiento del 83.33% podría estar explicada por distintas causas: desconocimiento de la importancia de los medicamentos, dificultad en recordar el horario o la toma de la medicación, la actitud del paciente que a pesar de estar con tratamiento consume alcohol, cigarrillo, una ingesta de alimentos prohibidos como la sal, los carbohidratos, o practican sedentarismo en vez de ejercicio físico corroborado por el estudio realizado en el área de salud del Barrio Lourdes – Venezuela por Simales.²⁴

Existen diversos 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).⁴⁷

Sin embargo, el grado de comprensión de las indicaciones o recomendaciones prescritas por parte del paciente, gracias a las explicaciones es fundamental. La claridad con la que

el médico explica al enfermo el tratamiento, tiene un extraordinario impacto en la disciplina terapéutica del enfermo, ya que éste sigue las instrucciones si las recuerda, las comprende y satisfacen sus expectativas. Con respecto a enfermedades que precisan tratamientos de larga duración, se ha descrito como condicionante de un mayor incumplimiento la existencia de procesos patológicos intercurrentes. La gravedad de la enfermedad es un aspecto fundamental pero no único, más influyente parece la sensación subjetiva de gravedad que realmente siente el paciente, de tal forma que si no percibe gravedad posiblemente será con mayor probabilidad un incumplidor.⁴⁷

Variables derivadas de la propia decisión del paciente para incumplir; se está observando un importante porcentaje de pacientes que incumple, porque presentan una serie de motivos razonados que les llevan a tomar la decisión de incumplir en la toma de la medicación. Estos razonamientos suelen ser lógicos y de fácil resolución si el médico los conoce y tiene la capacidad para su detección. A esta filosofía le llamamos la teoría del “paciente como decisorio razonado”.⁴⁷

En la tabla 3, se observa pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Recuento de tabletas, el cual es sencillo y objetivo, que consistió en un ejercicio práctico, el cual permitió determinar el nivel de consumo de medicamentos del paciente. Donde se logró observar que el 25% son pacientes cumplidores y el 75%, son pacientes no cumplidores; esto se debe a que los pacientes tienen diversas costumbres de resguardar su medicamento. Algunos lo almacenaban en su habitación, la cocina; ocasionando olvido o pérdida del medicamento, también tienen dificultades de manejo del recipiente que contiene el medicamento. Este punto se refiere a la dificultad que pueden presentar, principalmente los pacientes de la edad promedio de 50 a 75.⁴⁷

Gabriel y Huaynalaya, en el año 2007, realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú), el objetivo es determinar el nivel de conocimiento de pacientes ambulatorios sobre el uso de antihipertensivos. La mayoría de los pacientes entrevistados fueron mujeres, ubicándose entre 48 y 85 años, donde concluyó que los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, representan los fármacos con mayor utilización institucional.²²

Las tabletas de mayor utilización fueron: Enalapril y Captopril, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, el cual impide la conversión de angiotensina I en angiotensina II y secundariamente disminuye los niveles de aldosterona.⁴⁸

En la tabla 4, se observa a los pacientes hipertensos cumplidores e incumplidores según el test de Moriski Green Lavine el cual se obtuvo el siguiente resultado; con un porcentaje relevante de pacientes incumplidores (91.66%), así mismo con un porcentaje mínimo de pacientes cumplidores. según Moreno en un estudio realizado en pacientes hipertensos encontró una adherencia terapéutica de 25% y el 75% incumplidores. De igual manera Coque en el año 2011 realizó un estudio en la Ciudad de Ambato (Ecuador) obtuvo un 27,6% tiene un buen nivel de adherencia. 44,9% tiene mala adherencia.^{13, 34}

Aunque el concepto de incumplimiento es ampliamente conocido, y existen evidencias de asociación entre la falta de control de la hipertensión arterial y una alta prevalencia de incumplimiento, aún existen muchos profesionales que desconocen si sus pacientes hipertensos toman la medicación como les han prescrito. Por ello toda transmisión de información sobre el incumplimiento en la hipertensión arterial es relevante con el fin de fomentar el conocimiento de la situación actual.⁴⁷

En la tabla 5, se observa la clasificación del incumplimiento de los pacientes hipertensos según las preguntas del test de Moriski – Green – Lavine, con un porcentaje de pacientes muy incumplidores (58.33%), incumplidores (25%), ligeramente incumplidor (8.33%), con el mismo porcentaje se encontró los pacientes cumplidores (8.33%), por lo que podemos inferir múltiples razones para no cumplir correctamente con las recomendaciones prescritas por los médicos, Entre las más frecuentes están el olvido, falta de información acerca de la administración apropiada, porque perciben que toman demasiados medicamentos, los creen inefectivos, así también podría ser por falta de tiempo en las consultas.

En un estudio conducido por Márquez y col. citando a Martínez y cols. Afirman que en España, el 25% de los individuos comunica que el olvido de una o más tomas de la

medicación es la causa de su incumplimiento siendo está la causa más frecuente detectada en ese país tanto en pacientes cumplidores como en los no cumplidores. ^(17,18)

En la tabla 6 se comparan el test de Hayness - Sackett, el de Recuento de tabletas y el test de Morinsky – Green – Levine, donde el test que arroja mayor incumplimiento es el test de Morinsky – Green – Levine (91.66%), mientras que el test de Hayness - Sackett y el de Recuento de tabletas, muestran un menor porcentaje (83.33%, y 75%), las razones estarían asociadas con las características de cada instrumento. Así mismo se observa que hay mayor cumplimiento en el de Recuento de tabletas (25%), mientras que en el test de Hayness - Sackett y el test de Morinsky – Green – Levine, se observa un porcentaje menor de (16.67% y 8.33%), con un grado de adherencia terapéutica promedio 16.65% y una no adherencia terapéutica promedio 83.33%. Del mismo modo Moreno encontró datos similares donde se encontró adherencia terapéutica promedio de los pacientes hipertensos 19.44%; cumplimiento del test Morinsky – Green - Levine 12.5%, recuento de comprimidos 20.83%, Haynes - Sackett 25%.No adherencia terapéutica promedio 80.56%. ³⁴

Podemos mencionar que las visitas domiciliarias y la aplicación de los diferentes instrumentos de recolección de datos son de mucha utilidad para poder identificar los problemas asociados a la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos; ya que al interactuar directamente con los pacientes nos permitió ir descubriendo las fortalezas y debilidades que afrontan en la convivencia diaria con su enfermedad.

V. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusión.

- Se determinó las características de la población en estudio: el mayor porcentaje de participantes fueron del sexo femenino (58.33%), en las edades respectivas 69 en masculino y 70 en femenino.
- Los resultados para medir el grado de adherencia al tratamiento determinaron que los pacientes hipertensos atendidos en la botica Lauri utilizando como métodos: Haynes Sackett, Morinsky-Green- Levine y Recuento de tabletas, fueron cercanos teniendo como porcentajes (16.67%), (8.33%) y (2(5%) respectivamente

5.2. Recomendaciones.

De acuerdo a los problemas evidenciados en la presente investigación propongo:

- Desarrollar estrategias que involucren directamente al Químico farmacéutico en el seguimiento terapéutico de pacientes con este tipo de patologías en las oficinas farmacéuticas y farmacias de establecimientos públicos.
- Establecer estrategias que mejoren la comunicación entre médico y paciente, de manera que el paciente vaya incrementando su nivel de información sobre su enfermedad.

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. [citado 16-11-2014] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/esndnt_default.asp
3. 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
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. 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). [citado 05-07-2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008
6. Ocampo R. Influencia de un Programa de Atención Farmacéutica sobre los valores de Hipertensión. Universidad Los Ángeles de Chimbote. Rev. In Crescendo. 2010; 1(2). [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/incres/v1n2/a06v1n2.pdf>.

7. Ministerio de Salud. [Minsa]. Política nacional de medicamentos. 2004; 6-7. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.sismed.minsa.gob.pe/PoliticaNacdeMed-RM1240-2004.pdf>
8. 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_Atencion_farmacutica_en_pacientes_hipertensos_adultos_mayores
9. Agusti CR. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med Per. 23(2) 2006 69.
10. Contreras D, Arana A. Estudio sobre prescripción, uso y sospecha de reacciones adversas de los antihipertensivos. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2009: 10.
11. 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>
12. 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>
13. 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>

14. Quintana C, Fernández J, Britto E. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. . Rev. Cubana Invest Bioméd. 2009; 28 (2). [citado 16-11-2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002009000200007&script=sci_arttext
15. Pinchi M. y Torres E. Caracterización de la hipertensión arterial en los pobladores de la urbanización Sánchez Carrión. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2008. 5.
16. Arana. determinar las características del consumo de antihipertensivos [Tesis]. Perú 2009
17. Márquez C. Casado M. Márquez C. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Tomado de <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/marquez.pdf>. El 26/09/09
18. Martínez AE. Solera J. Serna E. Cuenca D. Castillejos ML. Espinoza A. Sáez L. Compliance, tolerance and effectiveness of a short chemoprophylaxis regimen for the treatment of tuberculosis. Med Clin (Barc). 1998 Oct 10;111(11):401-4. Tomado el <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9834911> el 18/11/2009.
19. Vásquez. Grado de adherencia en pacientes hipertensos [Tesis]. Perú 2011
20. Moral y otros. Determinar el grado de adherencia terapéutica y factores relacionado a la no adherencia. [Tesis]. Venezuela 2009.
21. Trujillo y Acacio. determinar las medidas de Autocuidados practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada. [Tesis]. Venezuela 2008

22. Gabriel y Huaynalaya. determinar el nivel de conocimiento de pacientes ambulatorios sobre el uso de antihipertensivos. [Tesis]. Perú 2007
23. Fernández. evolución de los pacientes hipertensos en tratamiento ambulatorio del programa de Atención Farmacéutica en la farmacia. [Tesis]. Perú 2007
24. Simales. evaluar los factores de riesgo relacionados con la aparición de hipertensión arterial en los pacientes. [Tesis]. Perú 2007
25. Donado. evaluar la prevalencia de hipertensión arterial. [Tesis]. Bogotá 2010
26. Saldarriaga objetivo determinar el nivel de conocimiento de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular. [Tesis]. Perú 2007
27. Gotthelf. objetivo es determinar la prevalencia de hipertensión arterial. [Tesis]. Argentina 2009
28. Páez. determinar los factores asociados al Control de la Hipertensión Arterial. [Tesis]. Bucaramanga 2011.
29. Corugedo. Describir los niveles de adherencia e identificar los factores que influyen. [Tesis]. Cuba 2009.
30. Ortiz. prevalencia de hipertensión arterial, el nivel de conocimiento y tratamiento farmacológico. [Tesis]. Madrid 2011.
31. Contreras. describir los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos. [Tesis]. Colombia 2006.

32. Díaz A. y Lezama N. Hipertensión arterial y su relación con deterioro cognitivo en adultos mayores. Venezuela: Universidad De Oriente Núcleo Bolívar. 2010: 10. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2218/1/46%20Tesis.%20WG9%20D542h.pdf>
33. 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.
34. 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>
35. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial “Dr. Eduardo Braun Menéndez” Rev Argent Cardiol 2013; 81 (2): 9. [citado 02-10-2015]. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-de-Hipertension-Arterial.pdf>
36. 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>
37. Hipertensión. Merck Sharp and Dohme de España. Madrid. Copyright. Merck Sharp & Dohme Corp. 2013: 10. [citado 11-11-2015]. Disponible en: <https://www.msdsalud.es/manual-msd-hogar/seccion-3/hipertension-arterial.html>
38. Granados G, Roales J, Moreno E, Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. 2007; 7 (3): 10. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770308>

39. Comunidad de Madrid. Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. 2006; 13 (8): 11,14-15,35-36. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/notas/NF-2006-8.pdf>
40. Dilla T, Valladares A, Lizán L. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Revista el Servier Doyma. Atención Primaria. España. 2009; 41(6): 11,12,13. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet
41. Libertad M. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32 (3): 12-13 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
42. N. Rafael. Analisis de la Situación de Salud del Distrito de La Esperanza Año 2008; Perfil Socio-Demografico de Morbilidad y Mortalidad y Respuesta Social **Disponible en:** <http://es.scribd.com/doc/35576504/Asis-La-Esperanza-2008>
43. Muñoz Alva M.V. Análisis de la situación de salud del distrito La Esperanza 2008. Perfil Socio-Demográfico, de Morbilidad y Mortalidad y Respuesta Social. Tomado de: <http://www.scribd.com/doc/35576504/Asis-La-Esperanza-2008>. el 20/11/2010
44. Pérez O. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. In Crescendo. 2010; 1 (1): 18,37. [citado 15-11-2014]. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_arttext
45. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia. 2008: 24-25 [citado 16-11-2014]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

46. A. Morales, C. Aguirre, D. Abanto. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo *versión On-line* ISSN 1729-214X Rev Med Hered v.12 n.4 Lima oct. 200. **Disponible en:** http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2001000400003&script=sci_arttext
47. Márquez E. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Enero 2005. Volumen 1, Número 1, 1- 5. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/cumplimien/boletin3.pdf>
48. Fernández L. Enalapril. Pediamecum. Comité de medicamentos. Asociación española de pediatría. 1- 2p. An Pediatr Contin. 2012; 10 (1):16-28. [citado 16-11-2014]. Disponible en: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Enalapril.pdf>

ANEXOS.

Anexo 7.1. Carta de presentación a la botica LAURI distrito la esperanza

Trujillo 22 de Noviembre de 2013

Dr. CUEVA VASQUEZ, RICARDO LUIS

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 alumna: MARGARIN CASTAÑEDA LEIDY PAOLA. 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 Atención Farmacéutica 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.


BOTICA LAURI
Jr. José Paez 1400
La Esperanza

Anexo 7.2. 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 la botica LAURI distrito la esperanza 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 mí 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: _____/_____/_____

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:	CaminaCorregimnasio..... 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 RECUENTO 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 1° visita	Consumo teórico

$$A \times B \times C = D$$

- 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 MORINSKY-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:

.....

Cada pregunta del instrumento constará de cinco respuestas estándares valoradas según una escala de Lickert puntuada del 1 al 5. El puntaje mayor por respuesta se asignará a aquella que favorezca mejor la adherencia.

Los profesionales encuestadores solo manejaron el documento de preguntas y respuestas cerradas, pero los criterios de puntuación de cada respuesta en relación con su influencia al cumplimiento o adherencia se incluyeron posteriormente en una matriz que se creó especialmente en una hoja de cálculo en la plataforma MS Exce