



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA BOTICA
“YULIANA”. LA ESPERANZA - TRUJILLO. 2013.**

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

AUTOR(A):

DIANNE PAOLA VILLACORTA RAZÓN

ASESOR(A):

Mgtr. Q.F. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO - PERU

2015

**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA BOTICA
“ YULIANA ” . LA ESPERANZA - TRUJILLO. 2013.**

JURADO DEL INFORME

Mgr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla
PRESIDENTE

Mgr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau
SECRETARIA

Dra. Q.F. Kelly Maruja Ibáñez Vega
MIEMBRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

ACTA N°.....-2015 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TÉSIS

Siendo las..... horas del día 30 de Diciembre 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:

Mgtr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla	Presidente
Mgtr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Laú	Secretario
Mgtr. Q.F. Kelly Maruja Ibáñez Vega	Miembro

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

“Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en la botica “YULIANA” del distrito La Esperanza - Trujillo. Setiembre - diciembre 2013”.

Presentado por: Dianne Paola Villacorta Razón

Código del estudiante: 1808111022

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

Luego de la presentación de la autora y las deliberaciones, el Jurado de Sustentación acordó: Por..... la Tesis, con el calificativo de....., quedando expedito al bachiller para optar el Título Profesional de Farmacia y Bioquímica.

Los miembros del Jurado de Sustentación firman a continuación, dando fe de las conclusiones del Acta:

Mgtr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla
PRESIDENTE

Mgtr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau
SECRETARIA

Dra. Q.F. Kelly Maruja Ibáñez Vega
MIEMBRO

Mgtr. Q.F. César Alfredo Leal Vera
ASESOR

DEDICATORIA

A mis padres Pablo y Julia, por haber creído en mí, por darme ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ellos, hoy puedo decir meta cumplida, ya que siempre estuvieron en los momentos más difíciles de mi carrera los quiero mucho

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: Mis queridos hermanos Jimmy y Yuliana.

DIANNE PAOLA VILLACORTA RAZÓN

AGRADECIMIENTO

A DIOS TODO PODEROSO. Por sus bendiciones recibidas, por haber iluminado mi camino y sobre todo por darme la inteligencia, prudencia y fuerza necesaria, en el transcurso de mi carrera.

A queridos mis hijos Jhonatan y Johan ya que fueron el motivo, la luz y las ganas de superación. Mis niños hoy estoy compartiendo un logro con ustedes y espero en un futuro poder compartir un logro de ustedes

A mi esposo Federico gracias por tu paciencia y comprensión hoy hemos alcanzado un triunfo más porque los dos somos uno y mis logros son tuyos.

RESUMEN

El objetivo del trabajo de investigación fue evaluar Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que se atienden en la Botica Yuliana distrito La Esperanza, provincia Trujillo durante los meses Setiembre - diciembre 2013. El estudio fue de Tipo cuantitativo, prospectivo, de grado transversal con diseño no experimental fue realizado con la colaboración de 12 personas de la comunidad que acuden a la Botica Yuliana, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados fueron medidos a través de tres técnicas como: Haynes Sackett (HS), Recuento de tabletas (RT) y el Test de Morisky Green Levine (MGL). El resultado del Test HS fue del total de 12 (100 %) pacientes, el 50 % fueron pacientes incumplidores, el 33.3% fueron pacientes ligeramente incumplidores y el 16.67% fueron pacientes cumplidores. Así mismo el resultado en el Test de RT fue 50% de pacientes hipertensos son cumplidores al igual que los incumplidores. Mientras que en el Test de MGL, 66.67% fueron incumplidores mientras que el 33.33% son pacientes cumplidores al tratamiento. Por lo tanto, se concluye que los niveles de adherencia en los pacientes hipertensos no es la adecuada, debido a que por distintos motivos estos olvidan de tomar su medicación.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento, factores psicosociales.

ABSTRACT

The aim of the research was to evaluate adherence degree in hypertensive patients seen in district Yuliana Botica La Esperanza, Trujillo province during the months September - December 2013. The study was quantitative, prospective, cross degree design pilot was not done with the collaboration of 12 people from the community who come to the Botica Yuliana, who met the inclusion criteria. The results were measured through three techniques such as Haynes Sackett (HS), count tablets (RT) and Morisky Green Levine (MGL). The test result was the total HS 12 (100%) patients, 50% were noncompliant patients, 33.3% were slightly nonadherent patients and 16.67% were compliant patients. Likewise, the test result of RT was 50% of hypertensive patients are compliant as defaulters. While in the test MGL, 66.67% were noncompliant while 33.33% patients are compliant to treatment. Therefore it is concluded that the levels of adherence in hypertensive patients is not adequate, because for various reasons these forget to take their medication.

Keywords: Therapeutic adherence, compliance, psychosocial factors

CONTENIDO

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
2.1 Bases teóricas.....	8
2.2 Antecedentes.....	19
III. METODOLOGÍA.....	23
3.1 Tipos y nivel de investigación.....	23
3.2 Diseño de la Investigación	23
3.3 Población y muestra.....	23
3.4 Definición y Operacionalización de las variables.....	25
3.5 Procedimiento.....	25
3.6 Técnicas e instrumentos.....	30
3.7 Criterios éticos.....	35
3.8 Plan de análisis.....	35
IV. RESULTADOS	38
4.1 Resultados	38
4.2 Análisis de los resultados.....	44
V. CONCLUSIONES.....	55
VI. RECOMENDACIONES.....	56
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57
VIII. ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1:	Distribución de pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según sexo, edad y presión arterial en cada visita. La Esperanza – Trujillo 2013.	38
Grafico 2:	Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según el Test de Haynes Sackett (HS). La Esperanza – Trujillo 2013.	39
Grafico 3:	Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana según el Test de Recuento de tabletas (RT)La Esperanza – Trujillo 2013.	40
Grafico 4:	Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana mediante el Test de Morisky – Green - Levine (MGL). La Esperanza – Trujillo 2013.	41
Grafico 5:	Comparación de los resultados del Test de Haynes – Sackett (HS), Recuento de Tabletetas (RT) y Morisky – Green - Levine (MGL). Botica Yuliana. dLa Esperanza – Trujillo 2013.	42
Grafico 6:	Comparación de los resultados del Test de Haynes – Sackett (HS), Recuento de Tabletetas (RT) y Morisky – Green - Levine (MGL). Botica Yuliana. dLa Esperanza – Trujillo 2013.	43

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución de pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según sexo, edad y presión arterial en cada visita. La Esperanza – Trujillo 2013.	38
Tabla 2:	Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según el Test de Haynes Sackett (HS). La Esperanza – Trujillo 2013.	39
Tabla 3:	Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana según el Test de Recuento de Tabletas (RT). La Esperanza – Trujillo 2013.	40
Tabla 4:	Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana mediante el Test de Morisky – Green - Levine (MGL). La Esperanza – Trujillo 2013.	41
Tabla 5:	Preguntas que generan mayores respuestas de incumplimiento según el Test de Morisky-Green-Levine. Botica Yuliana . La Esperanza – Trujillo 2013.	42
Tabla 6:	Comparación de los resultados del Test de Haynes – Sackett (HS), 43 Recuento de Tabletas (RT) y Morisky-Green-Levine (MGL). Botica Yuliana . La Esperanza – Trujillo 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades de mayor incidencia a nivel mundial que produce importante mortalidad y discapacidad las que pueden ser prevenidas con el adecuado control de la presión arterial, así mismo es un signo de riesgo muy alto de enfermedad cardiovascular y otras patologías, se ha clasificado no sólo como una enfermedad sino como un factor de riesgo de otras enfermedades aún más graves como son la cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal, retinopatía, entre otras.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%). En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2012, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud establecieron la meta de reducir en un 25% para 2025 el número de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.²

La OMS apoya las iniciativas nacionales para elaborar políticas y planes de alto nivel sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, así como programas en materia de promoción, movilización de la comunidad, intervenciones ambientales, organización del sistema de salud y suministro de servicios, legislación y reglamentación.³

La HTA es la enfermedad no transmisible más prevalente, que compromete entre un 20% a 30% de la población adulta. Solo el 31% de esta población tienen presión arterial controlada. A pesar que se ha desarrollado un arsenal terapéutico de eficacia demostrada,

no se alcanzan los logros esperados. La principal causa de los pobres resultados sería la falta de adherencia ya que esta nos permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.^{3,4}

La epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú ha sido preocupación permanente de los investigadores peruanos, los que han realizado múltiples estudios en las distintas ciudades del país, con resultados variados, diferentes e inconsistentes, por haberse realizado en lugares y en grupos poblacionales distintos, aplicando metodología y criterios de definición diversos.^{4,5}

En una revisión rápida para encontrar referencias nacionales que muestren resultados que permitan catalogar las causas de no cumplimiento, solo se encontraron estudios que demuestran su prevalencia más no abordajes cuantitativos con el objetivo de identificar causas o factores desencadenantes. Sin estos datos no es posible acercarnos a definir un perfil claro del paciente hipertenso incumplidor y que a partir de tales definiciones se puedan implementar estrategias de intervención para aumentar el apego a las indicaciones médicas por parte de los pacientes, es decir, se hace necesario una investigación que a través de la interacción directa con el paciente hipertenso, en un ambiente más relajado y lejos de la presión de la consulta médica y de la farmacia pueda expresar todas certezas y creencias acerca del uso de los medicamentos para su enfermedad. Un espacio en el que el paciente identifique cuales son los motivadores o factores internos y externos, sean familiares, sociales o dependientes del propio prestador de salud que tuercen su confianza en la medicación formal hacia otras prácticas en apariencia más seguras y menos dañinas desde su particular punto de vista.^{6, 7, 8}

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 a 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. Los médicos generalmente no se preocupan por evaluar si sus pacientes toman o no los 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.^{2,9}

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. El paciente por lo general en su domicilio tiene gran cantidad de medicamentos que dejaron de tomar y las razones para este comportamiento no son muy claras.^{10,11}

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.¹²

En varias investigaciones se demostró que los pacientes hipertensos eran altamente incumplidores y las razones para ello eran de diversa naturaleza. Los resultados de las investigaciones presentan diversos factores determinantes de tales conductas desde el escaso valor que el paciente le asigna a los medicamentos hasta creencias religiosas reñidas con prácticas médicas modernas. Sin embargo, existen escasas referencias de tales características en nuestro medio bajo nuestras particulares condiciones de salud,

características socioculturales y hábitos de vida.^{6, 10, 13}

En este escenario surge la iniciativa de desarrollar el presente trabajo de investigación que busca identificar entre pacientes incumplidores las causas que motivan tales conductas y en base a los resultados proponer un perfil de paciente hipertenso incumplidor para la comunidad que frecuenta la Botica Yuliana del distrito La Esperanza 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.¹⁴

Al conocer los factores que originan la falta de adherencia al tratamiento se podrán implementar intervenciones farmacéuticas con objetivos educativos precisos para disminuir aquellos más influyentes, por otro lado, los pacientes conscientes de la importancia de ceñirse a las indicaciones médicas y así mismo la adopción responsable del tratamiento con antihipertensivos será fundamental para el control adecuado de las cifras tensionales y la prevención de complicaciones e inclusive de la muerte. Respecto de esto se estima que el porcentaje de cumplimiento es de un 50% a un 75%, sin embargo, para conseguir resultados terapéuticos aceptables, se requiere una cifra superior al 80%.^{15,16, 17, 18}.

La situación actual en la que los médicos asumen que los pacientes cumplen estrictamente su prescripción y que los farmacéuticos no se preocupan del uso final de los medicamentos, es por ello que en ese ámbito esta investigación contribuirá con un procedimiento de acercamiento hacia el paciente y el uso de herramientas que midan el

cumplimiento de su medicación tomando en cuenta los factores sociales, demográficos y particulares de los servicios de salud influyentes en el cumplimiento.^{15,19, 20,21}

Asumimos de antemano que los profesionales farmacéuticos están en una posición muy importante para identificar y asistir en la terapia farmacológica a los pacientes hipertensos. Sin embargo y a pesar de que la farmacia comunitaria pública o privada es un lugar en el que frecuentemente la población busca apoyo para sus problemas de salud, pocos farmacéuticos vigilan desde allí a sus pacientes en busca de problemas de hipertensión u otros factores de riesgo. Es importante entonces motivar a los profesionales farmacéuticos en el cuidado de los pacientes crónicos como los hipertensos porque probablemente tienen contacto con él incluso antes del inicio del tratamiento y pueden vigilarlo de forma regular durante el mismo. Este compromiso del farmacéutico con la atención al paciente y la preocupación por lograr los objetivos terapéuticos se sustentan en diversos consensos acerca de la Atención Farmacéutica.^{22, 23, 25}

Lamentablemente, y a pesar de la abundante literatura generada, no se han producido progresos muy importantes en cuanto a la investigación de resultados de la atención farmacéutica, debido probablemente a la mayor dificultad para medirlos, inherente a la práctica farmacéutica en Oficinas de Farmacia (OF), así como a la aún reducida disponibilidad de instrumentos metodológicos específicos sea en el ámbito público o privado.^{26, 27}

La definición de las características que configuren el perfil de un paciente incumplidor de su medicación, es un conocimiento básico para reorientar las capacidades del farmacéutico en su preparación profesional como experto de medicamentos. El conocer las causas de potencial abandono de la medicación en las características y condiciones de vida de un

paciente hipertenso en nuestro país será una información básica a partir de la cual se podrán proyectar estrategias educativas para prevenir su incidencia y prevalencia en la comunidad.²⁸

Es momento de entender que sólo se logrará un importante impacto en la salud pública cuando se conjuguen las funciones y actividades de todos los profesionales de salud, aprovechando las capacidades, recursos instalados y disponibilidad de profesionales preparados para tal fin. Siendo la hipertensión una patología que afecta a alrededor de 7 millones de población, no se puede esperar que sólo a través de un programa centralizado y dirigido de nivel central, se pueda solucionar un problema que involucra a toda la población.²⁹

Finalmente, es necesario empezar a cerrar la brecha que existe entre la teoría y la práctica. Encarar y proponer metodologías propias que tomen en cuenta nuestras particulares diferencias y que nos permitan de una vez por todas pasar desde los discursos eruditos, normas insostenibles y reuniones estériles hasta el campo del desarrollo y la práctica concreta del servicio de atención farmacéutica disociada de la dispensación no proactiva.

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es el grado de adherencia terapéutica antihipertensiva en pacientes atendidos en la Botica Yuliana. La Esperanza -Trujillo 2013?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo general

Determinar el grado de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos que se atienden en la Botica Yuliana . La Esperanza – Trujillo 2013.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características de la población en estudio: sexo, edad y presión arterial.
- Determinar y comparar según los Test de Haynes – Sackett, Morisky – Green – Levine y Recuento de Tabletas, el grado de adherencia terapéutica antihipertensivo de la población en estudio.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Bases teóricas

2.1.1. Hipertensión arterial

La OMS refiere que la hipertensión arterial, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuando más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.³⁰

Según el séptimo reporte el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII), se consideró que un individuo adulto mayor de 18 años es hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mmHg.³¹

Los valores referenciales de presión arterial (PA) son los siguientes:

Cuadro 1. Valores referenciales de presión arterial

Clasificación PA	PAS (mmHg.)	PAD (mmHg.)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120-139	80-89
HTA: Estadio 1	140-159	90-99
HTA: Estadio 2	≥ 160	≥100

Tomado del séptimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII)

La HTA sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%). De estos, el 53,6% recibe el tratamiento adecuado, pero el control sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados. Más aún, y tal como reporto Agustí en Perú y Rojas en Chile un 55% y 40% respectivamente de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados no son conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas.^{1, 32}

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). Así mismo se han estudiado los efectos del sobre peso, la ingesta de sal, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol entre otros factores.³³

Justamente las acciones que condujeron a prevenir y controlar estos factores de riesgo son las recomendaciones iniciales más útiles para evitar distorsiones de la presión arterial por sobre la media de los valores normales. Sin embargo, el enfoque de su manejo ha pasado de ser un objetivo por sí mismo a convertirse a su vez en un factor de riesgo que debe prevenirse y controlarse para evitar la aparición de enfermedades que involucraron daño cardiovascular, cerebral, renal u ocular.^{34,35}

El objetivo primario del tratamiento antihipertensivo es mantener los valores de tensión arterial por lo menos por debajo de 140/90 mmHg. Para prevenir riesgos de morbi mortalidad cardiovascular asociada, incluidos episodios cardíacos, cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica, para lo cual es necesario, además, tratar los factores de riesgo modificables y las comorbilidades.^{19, 36}

En cuanto al manejo farmacológico, el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión según Tudesca, Guallar, Banegas y Graciani recomendaron flexibilidad. Se valorizó la idoneidad y responsabilidad del médico actuante para decidir si tratar o no y qué fármacos emplear inicialmente. Se acepta como válido iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, β -bloqueantes, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, bloqueantes α -adrenérgicos, agentes de acción central o combinaciones fijas de fármacos a dosis bajas. Si bien se ha cuestionado la seguridad de los α -bloqueantes, antagonistas del calcio y β -bloqueantes, no pueden ser descartados del uso cotidiano, ya que, de acuerdo a las características fisiopatológicas del paciente, son de utilidad para el tratamiento en ciertos casos.³⁷

En el Perú, Agustí sostuvo que la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben IECA, seguidos del calcio antagonista dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores.¹

2.1.2. Magnitud de la población de Hipertensión

La OMS menciona que actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe.²²

Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardiaca.

Los vasos sanguíneos pueden desarrollar protuberancias (aneurismas) y zonas débiles que los hacen más susceptibles de obstruirse y romperse. La tensión arterial puede ocasionar que la sangre se filtre en el cerebro y provocar un accidente cerebrovascular. La hipertensión también puede provocar deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo.³⁸

2.1.3. Adherencia terapéutica

En cuanto a la definición del término, no existe un consenso general. En las diferentes definiciones que aparecieron en la literatura médica y psicológica para referirse al fenómeno de adherencia al tratamiento médico se reconocieron un conjunto de términos como son: cumplimiento, colaboración, alianza, adhesión y adherencia terapéutica, entre otros, para abordar el mismo aspecto; cuestión que puede conducir a la confusión entre profesionales, investigadores y pacientes.

En el presente estudio se tomó el de mayor aceptación que es la propuesta por Haynes citado por Basterra y Libertad, que definió a la adherencia como: “El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Precisamos que de esta definición se tomó solo la adherencia en cuanto a su componente relacionado con la prescripción y la toma de medicamentos. Así mismo para este mismo concepto y de manera indistinta utilizamos los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.^{8,39}

Existieron una serie de factores que intervinieron en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales del paciente, de las características del médico, de la relación médico-paciente y características de la propia enfermedad y del tipo de tratamiento prescrito. Sin embargo, no hay un grupo de variables que pudieran ser útiles para definir al paciente incumplidor, ya que en diferentes estudios son distintas las variables estudiadas que se asocian al incumplimiento.^{11, 40}

Las causas habitualmente conocidas más frecuentes de incumplimiento son los olvidos simples en las tomas de medicación, el desconocimiento de porqué debe tomarla, el miedo a presentar efectos secundarios o la aparición de ellos. Sin embargo son conocidas numerosas causas de incumplimiento, basadas en un razonamiento lógico por parte del paciente que ocasionaron el incumplimiento de este, como pueden ser, la prescripción de tomar la medicación en un horario que dificulta su toma al coincidir con otras actividades de su vida habitual, el abandono por mejoría clínica aparente, el abandono parcial por múltiples dosis de medicación, no tomar la medicación durante un viaje, la creencia de que no es necesario tomarla, el presentar según su parecer, la tensión baja, no estar de acuerdo con el diagnóstico, el alto precio del medicamento o el no poder asistir a consulta para recoger las recetas del medicamento.⁴¹

Se consideró una serie de barreras que favorecen el incumplimiento. Ejemplos son la falta de conocimientos y actitudes sobre la enfermedad padecida y el tratamiento prescrito; la dificultad en recordar el horario o la toma de la medicación; los propios efectos adversos producidos o el miedo a su aparición, la falta de soporte social, familiar o sanitario y por último la propia decisión razonada del paciente para incumplir.⁴²

Basterra, Martín y Rodríguez plantearon cuatro grupos de factores determinantes de la conducta de adhesión o no a las prescripciones médicas: la interacción con el profesional sanitario, las características del tratamiento, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

Kirscht y Rosenstock citados por Grau consideraron como determinantes del cumplimiento del régimen terapéutico: causas sociales, las disposiciones psicológicas, el contexto social, las demandas situacionales y las interacciones con el sistema de cuidado.³⁹

Martín, Bayarré y la Rosa, Grau y Bayarré expresan que es un proceso complejo modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza: sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento y de la organización de los servicios de salud.

Aunque se han realizado pocos estudios con respecto a los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, se ha comprobado que una buena relación proveedor - paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existieron una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento.^{44,45}

Así mismo las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo, influyeron en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La presencia de síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión, gravedad de la enfermedad y

disponibilidad de tratamientos efectivos, repercutieron negativamente en la percepción de riesgo que tuvieron los pacientes y en la importancia que le otorgó al seguimiento.⁴⁶

Por otro lado, son múltiples las implicancias que se vincularon a los factores relacionados con el tratamiento como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales.⁴⁷

2.1.4. Consecuencia de la no Adherencia

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esto se reflejó estadísticamente en que, en los países desarrollados, la adherencia a la terapéutica, promedia el 50%, mientras que, en los países en vías de desarrollo, las tasas son inclusive menores. Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente agudización de la enfermedad y muerte. Por ende, no es conjetura afirmar que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, comprometieron gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población, desde la perspectiva de calidad de vida y de economía en salud.⁴⁸

Se ha demostrado que la falta de adhesión al tratamiento que ocurre entre los pacientes crónicos, como los hipertensos, implica una mayor probabilidad de

agravamiento de la enfermedad, aumento de los gastos de salud y disminución de la calidad de vida de los pacientes, entre otros efectos.^{43,47.}

Finalmente, los factores relacionados con el paciente representaron los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyeron los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactuaron de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica.⁴⁸

2.1.5. Métodos de medición de la adherencia terapéutica

Los métodos ensayados para medir adherencia son muy variados Márquez, Sens y Thomas. Describieron los llamados métodos directos e indirectos. Los métodos directos tuvieron que ver con la determinación de niveles plasmáticos de medicamentos y la medición de residuos y metabolitos en orina, los cuales son caros y difíciles de poner en práctica por ser invasivos y necesitar tecnología. Así mismo, los métodos indirectos, muchos más cómodos y sencillos incluyeron: entrevistas con pacientes, conteo de medicamentos, registros de resurtido y la evaluación del estado de salud.^{40,49}

En la práctica clínica la medición del cumplimiento presenta numerosas dificultades, y no es fácil ni exacta. Los métodos de medida del incumplimiento pueden ser directos e indirectos.

Los métodos directos cuantificaron el fármaco, alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos, en alguno de los fluidos orgánicos del hipertenso, y su nivel indica si el hipertenso los tomó o no, pero no son aplicables en la práctica

clínica diaria. Ejemplo de ellos son las determinaciones de digoxina, teofilina, derivados del Gemfibrozilo o la determinación del sodio en la orina.⁵⁰

Los métodos indirectos son más sencillos, baratos, reflejaron la conducta del enfermo, son útiles en atención primaria, aunque puede sobreestimar el cumplimiento, y están basados en la medición del recuento de comprimidos o en la entrevista clínica y son los más utilizados.⁵¹

En la presente investigación se utilizaron tres métodos indirectos. Dos basados en entrevistas clínicas, el método de Haynes - Sackett y el método de Morisky Green Levine y un método basado en el recuento de comprimidos. Se aplicaron estos métodos para comparar los resultados entre ellos, se averiguo cuál de los métodos es más fácil de aplicar en nuestras particulares circunstancias sanitarias y poblacionales y establecer las similitudes y diferencias entre los resultados.⁵²

2.1.5.1. El Test del cumplimiento autocomunicado o Test Haynes-Sackett

Consta de dos partes. La primera consistió en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, ya que directamente contestaron que sí se la toma; para esto, en el entorno de una amable conversación, le haríamos ver la dificultad que los pacientes tuvieron para tomar su medicación introduciendo la siguiente frase: “La mayoría de los pacientes tuvieron dificultades en tomar todos sus comprimidos.” Posteriormente, y como segunda parte del Test, se le hizo la siguiente pregunta: “¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?” En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes.

Se consideró cumplidor aquel hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento autocomunicado se sitúa en el 80- 110%.⁵³

2.1.5.2. El Test de Morisky-Green-Levine considero cumplidor a aquel hipertenso que responde de forma correcta a las siguientes 4 preguntas realizadas, entremezcladas de forma cordial, durante una conversación sobre su enfermedad: – ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su hipertensión? – ¿Los toma a la hora indicada? – ¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien? – ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal? ⁵⁴

2.1.5.3. El método indirecto basado en el recuento de comprimidos

Es el método reconocido de certeza por todos los autores y está validado. Este método es sencillo y objetivo. Compara el número de comprimidos que quedan en el envase, teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento. Conociendo la fecha del inicio del tratamiento (apertura del envase), pueden calcularse los comprimidos supuestamente tomados y el porcentaje que representa respecto a los prescritos. Así, puede calcularse el porcentaje de cumplimiento terapéutico (PC) según la fórmula: $(PC) = (\text{Número total de comprimidos presumiblemente consumidos} / \text{Número total de comprimidos que debía haber consumido}) \times 100$.⁵⁵

De forma teórica Márquez aconseja seguir el algoritmo que se presenta en la figura 2. En primer lugar, para detectar el incumplimiento, se sugirió realizar el Test del cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes-Sackett. Si el paciente afirmo ser un incumplidor, se le considero como tal. Si refiere ser

buen cumplidor y su presión arterial está controlada, lo consideraremos como tal ya que nuestro objetivo es controlar la hipertensión. Si dice ser cumplidor y no está controlado, se sospechará el incumplimiento, realizándose a continuación un recuento de comprimidos.⁵⁶

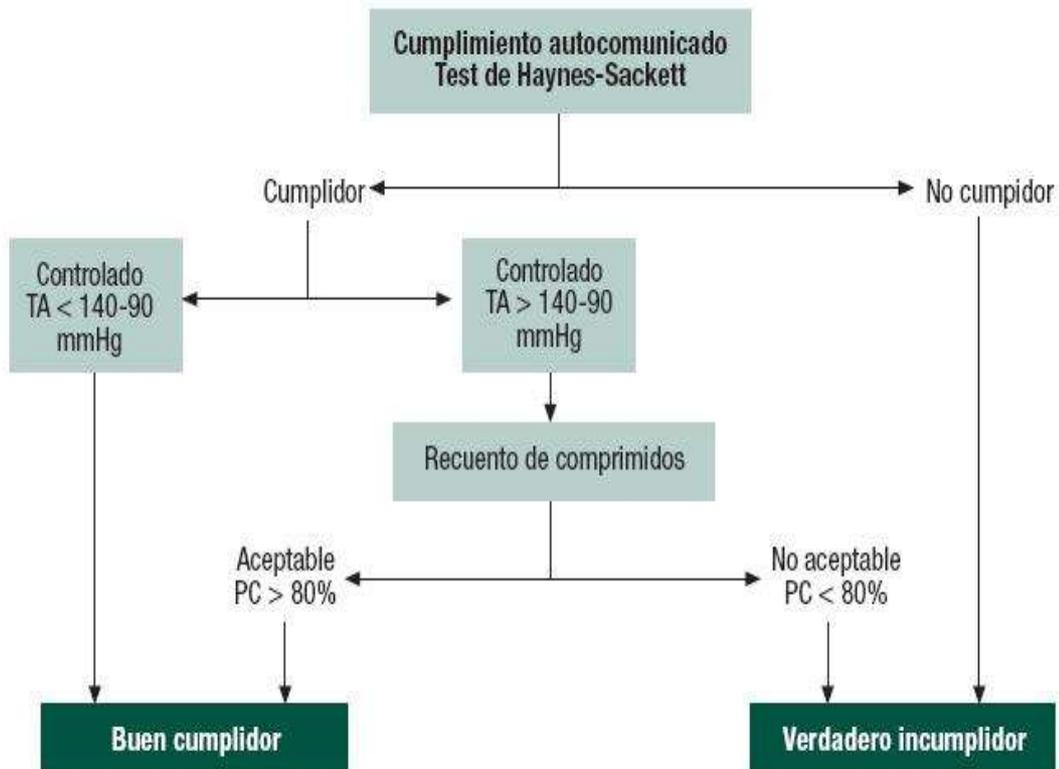


Fig. 1. Algoritmo recomendado por Márquez⁷⁰ para la medición del incumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

Para el desarrollo del trabajo de investigación se entrevistó a 12 pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana a adquirir el medicamento para el tratamiento de hipertensión arterial como: enalapril 10mg, Losartan 50mg, captopril 25mg. los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

La Botica Yuliana, se encuentra ubicado en la calle Fellix Aldao 960 distrito La Esperanza, provincia de Trujillo, departamento La Libertad (ver anexo N° 8.1).

2.2 Antecedentes

La hipertensión arterial (HTA) representa el mayor riesgo de morbilidad cardiovascular, mortalidad por enfermedades coronarias e incrementa de manera notable el riesgo de desarrollar enfermedad cerebro vascular.^{7, 24}

De acuerdo con La Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de ello las estadísticas de prevención, tratamiento y control de la hipertensión han declinado levemente en años recientes.²²

Los datos sobre HTA para países latinoamericanos indicaron Comparación de los resultados del Test de Haynes-Sackett, Recuento de Tabletas y Morisky-Green-Levine. Por otro lado, se sabe que la hipertensión sólo se diagnosticó en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%). De estos, el 53,6% recibe tratamiento, pero el control adecuado sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados.⁵⁷

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que hay un elevado número de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados sin ser conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas.⁵⁸

En nuestro país, Agustí afirmó que la prevalencia de Hipertensión arterial 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. No obstante Carter afirmó además que los hipertensos diastólicos

fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm. Y además el 55% de la población no sabía que eran hipertensos y de quienes recibían tratamiento, solo 45,1% estaban enterados.³⁵

Sin embargo, los estudios disponibles señalaron que el 58% (47 pacientes) cumplieron con las indicaciones mientras que 34 (42%) no lo hacían. La mayoría de pacientes señalaron que la principal razón por la que no cumplieron con el tratamiento fue el olvido de las recomendaciones, seguido del agotamiento de los medicamentos que se brindaron en el programa.⁵⁹

Zanchetti en el 2010, en su estudio establece que los datos sobre HTA para países latinoamericanos indican prevalencias de 22,8% en Chile, 28,1% en Argentina, 26,8% en Brasil, 32,4% en Venezuela y 33% en Uruguay. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que hay un elevado número de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados sin ser conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas.⁵⁷

En nuestro país Regulo en el año 2006, en una investigación 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. 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.⁶⁰

En un estudio conducido por Márquez, Casado y Márquez Afirmaron que, en España, el 25% de pacientes hipertensos comunica que el olvido en una o más tomas de la

medicación es la causa de su incumplimiento siendo esta la causa más frecuente detectada en ese país tanto en pacientes cumplidores como en los no cumplidores.⁴⁰

En la misma línea Sánchez y col. reportó que para un Hospital de España que el grado de incumplimiento de los pacientes ambulatorios fueron del 57% y relacionan directamente los resultados con la edad y el número de medicamentos prescritos y ligeramente asociado al sexo femenino. Analizan que el grupo terapéutico más afectado fue el de los antihipertensivos. Entre las causas de incumplimiento destacaron las siguientes: olvido (34,1%), dosificación incorrecta (28,4%), desconocimiento del objetivo del tratamiento (23,9%), despreocupación sobre el propio estado de salud (9,1%) y aparición de reacciones adversas (4,6%).⁵⁶

No obstante, estudios como los de Selma, Juelas evidencian la utilidad del profesional farmacéutico en el manejo de la hipertensión arterial y de cómo su implicación en instancias clínicas y comunitarias ayudó a los sistemas de salud en la contención del riesgo que representa un paciente hipertenso con hábitos de vida poco saludables. En efecto, el éxito de la intervención farmacéutica sobre pacientes hipertensos quedó demostrada sobre todo en problemas asociados a adherencia o cumplimiento terapéutico, mejoras en la calidad de vida de los pacientes percepción de calidad de la atención farmacéutica y sobre todo en la estabilización de los valores de HTA.^{7,27}

Por otro lado, Díaz y López en Argentina un estudio De un total de 1587 pacientes se halló 404 individuos (25,45 %) hipertensos en la población estudiada. De los pacientes con hipertensión arterial, 253 (63 %) sujetos correspondían al sexo femenino y 151 (37%) al sexo masculino.⁴¹

Teniendo en cuenta la distribución de pacientes hipertensos según el grupo etario y sexo, se observó dentro del grupo de las mujeres 32 individuos (12,64%) con cifras tensionales elevadas en la franja de edad comprendida entre 15 – 24 años; 35 sujetos (13,83 %) en el grupo de 25 – 34 años; 38 pacientes (15 %) en el grupo de 35 – 44 años; 66 pacientes (26,08 %) en el grupo de 45 – 54 años; 42 pacientes (16,60 %) en el grupo de 55 – 64 años y se hallaron 40 pacientes (15,81 %) en el grupo de personas con edad mayor o igual a 65 años.^{61,62}

En relación con los hombres se obtuvieron los siguientes resultados: 29 sujetos (19, 20%) con cifras tensionales elevadas en el grupo etario comprendido entre los 15-24 años; 17 sujetos (11,26 %) en el grupo de 25 a 34 años; 16 sujetos (10, 60 %) en el grupo de 35 – 44 años; 32 sujetos (21, 20 %) en el grupo de 45 – 54 años; 33 sujetos (21, 85 %) en el grupo de 55 – 64 años y 24 sujetos (15, 90 %) en el grupo de personas mayores o con edad igual a 65 años.⁴⁰

Del mismo modo, Padilla, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la ciudad de Lima realizó un estudio en Essalud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins, a 153 pacientes atendidos en los consultorios externos de cardiología del año 2007, afirma que el 45.8% fueron adherentes y 54.2% no adherentes. Concluyendo que la edad, los factores emocionales relacionados a la percepción de la enfermedad, la comprensión de la enfermedad y las creencias acerca del tratamiento están fuertemente relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.¹⁰

III. METODOLOGIA

3.1 Tipos y nivel de investigación

El presente estudio corresponde al tipo de una investigación cuantitativa, básico.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal, no probabilístico.

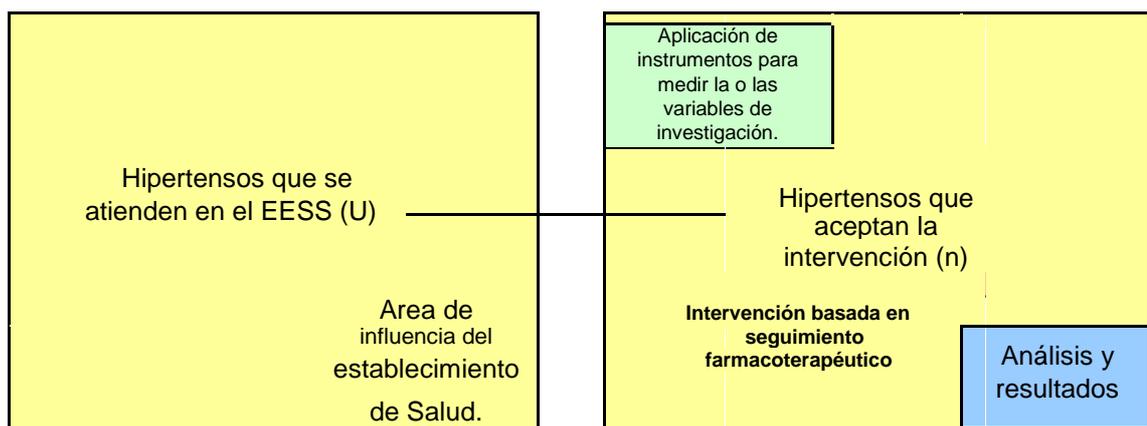


Fig. 2: Diseño de la investigación para determinar el grado de adherencia y los factores que la afectan.

3.3 Población y muestra

La población de pacientes hipertensos que acuden a adquirir su medicamento a la Botica Yuliana son 30 pacientes, de los cuales luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión obtenemos solo 12(40%) pacientes como muestra, los cuales acuden de manera regular a la Botica Yuliana. Al momento del levantamiento de la información tenían diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, tomaban de manera regular por lo menos un medicamento para la enfermedad prescrito por el médico y hayan adquirido su medicamento en dicho establecimiento por lo menos en los dos últimos meses.

A estos pacientes se les propuso formar parte del trabajo y su aceptación quedó registrada a través de un consentimiento escrito. La prescripción de los medicamentos utilizados por los pacientes deberá estar determinada por la práctica habitual de la medicina y claramente dissociada de la intención de incluir al paciente en el estudio.

El número final de pacientes de la muestra dependió del número de pacientes hipertensos que aceptaron voluntariamente participar de la experiencia.

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

- Adultos entre 35 y 75 años con tratamiento por hipertensión arterial y que regularmente consuman por lo menos un medicamento antihipertensivo, como resultado de un diagnóstico y prescripción facultativa.
- Hayan adquirido el medicamento en los últimos dos meses anteriores a la búsqueda.
- Acepten en forma escrita de participar en la experiencia.

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

- Estado de gestación.
- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Diagnóstico de hipertensión secundaria.
- Alguna otra enfermedad crónica sujeta a uso regular de medicamentos.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio.
- Imposibilidad de otorgar su consentimiento informado.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha.

3.4 Definición y Operacionalización de las variables

Variable de investigación independiente: Adherencia Terapéutica

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.

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

Variable de investigación dependiente: Pacientes Hipertensos

Se considera paciente hipertenso cuando los niveles de presión sistólica y presión diastólica son mayores a 140/90 mmHg respectivamente.

3.5 Procedimiento

El procedimiento para el levantamiento de información del presente proyecto se realizó en el marco de una metodología de intervención farmacéutica domiciliaria basada en una estrategia de Atención Farmacéutica denominada método DADER⁷¹ (Ver Fig. 3).

3.5.1. Obtención de los pacientes.

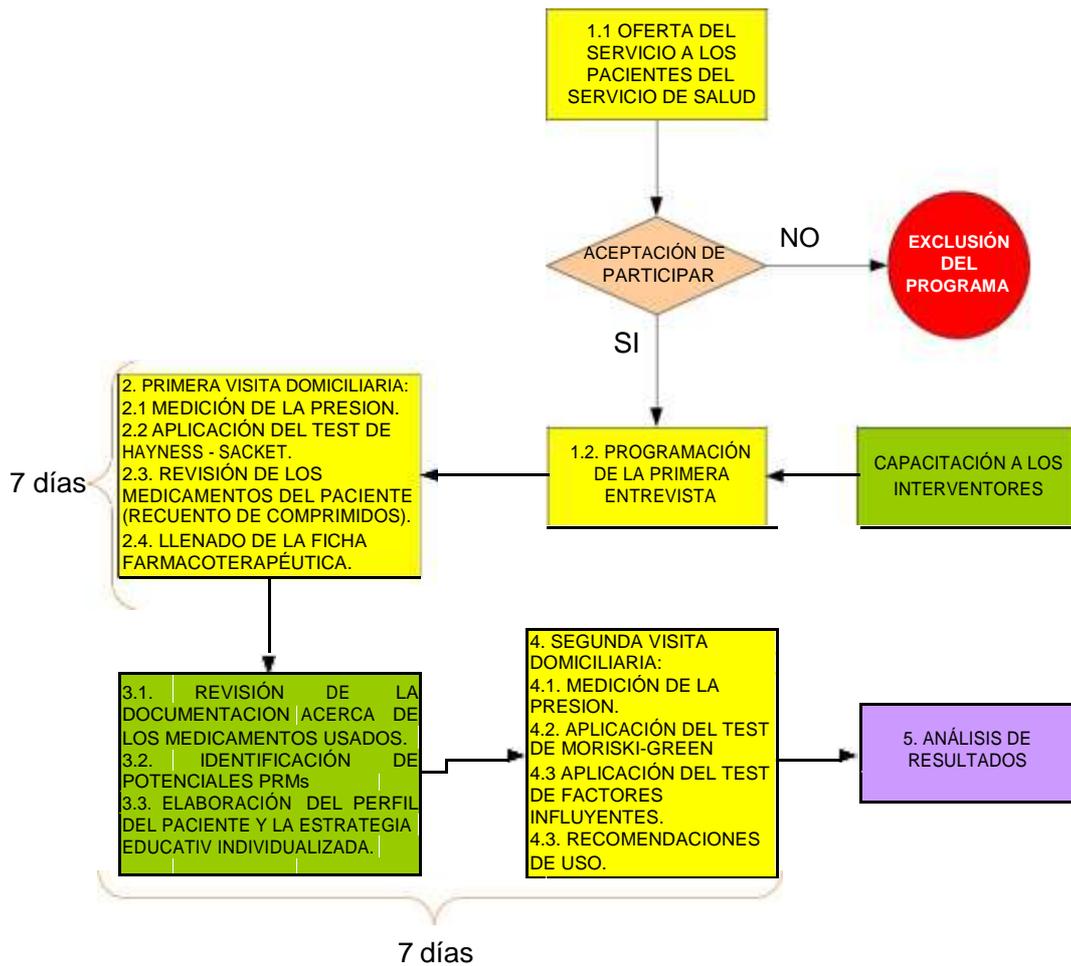
El procedimiento consistió en un primer contacto con el paciente para programar con él dos entrevistas domiciliarias en las cuales, en la primera, se obtuvo información general y sobre los medicamentos antihipertensivos para, luego del

análisis, preparar información individualizada que se dejó al paciente en una segunda visita. Todo el trabajo se hizo dentro de una estrategia informativa y de servicio paralelas a la aplicación de los instrumentos de medición de los cuales se obtuvo 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 Yuliana.

La estrategia para lograr el número mínimo de pacientes fue dirigir una propuesta escrita dirigida al responsable de la Botica Yuliana solicitando su autorización para desarrollar el trabajo de investigación. (Ver Anexo N° 8.2). 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 los pacientes hipertensos.

A través de las listas de atención de pacientes se identificaron aquellos con diagnóstico definitivo de hipertensión que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación y que hayan acudido a adquirir el medicamento antihipertensivo en los últimos 2 meses. Con los listados y el respaldo de la aceptación de la Botica Yuliana se visitaron los domicilios de los pacientes seleccionados informándoles del servicio. Se les comunicó que el objetivo de la investigación está orientado a identificar problemas en la toma de su medicación para la hipertensión y se solicitó su aceptación a participar mediante un consentimiento escrito (Ver anexo 8.3). Después que el paciente aceptó el trabajo se programó en conjunto la primera entrevista para el levantamiento de la información.

Fig. 3: Diagrama de flujo del procedimiento para medir el grado de adherencia terapéutica y sus factores influyentes.



3.5.2. Primera entrevista

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

informó al paciente, que toda la información necesaria se alcanzaría en la siguiente visita luego del levantamiento de información.

Durante la primera visita se llenó una ficha Farmacoterapéutica (Ver Anexo N° 8.4) y se revisó in situ los medicamentos disponibles en el hogar, sobre todo aquellos que el paciente indica que los usa para su hipertensión. Se anotaron todas las características de los medicamentos y se preguntó acerca de la forma de uso y las pautas posológicas que se utilizan. Se obvió los calificativos acerca de la calidad de la medicación o sobre las costumbres del paciente que pudieran afectar el éxito de la medicación. Se realizó con el consentimiento del paciente el procedimiento para contar las existencias del 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-Sackett (Ver Cuadro N° 02) para medir el cumplimiento terapéutico autocomunicado.

3.5.3. Análisis de la información de la ficha Farmacoterapéutica

En el intermedio de tiempo antes de la siguiente visita el Investigador, con la información individualizada en la ficha Farmacoterapéutica, se elaboró un perfil del paciente con el objetivo de identificar problemas asociados con el uso de medicamentos, tal como corresponde a un proceso de intervención farmacéutica descrito en el Método Dáder de Atención Farmacéutica para Paciente Hipertenso.

Así mismo con la información que resulta del conteo de medicamentos se procedió a evaluar el estado del indicador tal como se muestra más adelante en la descripción del instrumento.

3.5.4. Segunda Visita

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

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

Luego se aplicó el Test de Morisky – Green – Levine (Ver Cuadro N° 03) y asimismo se evaluó el estado del cumplimiento terapéutico (Ver Cuadro N° 04).

Luego del Test de Morisky y de una forma distendida el investigador procedió a evaluar el cuestionario para identificar factores particulares que influyeron sobre la no adherencia del paciente. (Ver Cuadro N°05).

Al término de la encuesta y como parte final de la interacción con el paciente el investigador procedió a informar al paciente acerca de las particularidades de su estado, tomando en cuenta las dos mediciones sucesivas de presión arterial y los resultados de la evaluación de los Test de cumplimiento y recuento de tabletas. Se evidencio con los pacientes los potenciales problemas asociados con medicamentos y se le dejó un reporte escrito de las sospechas para que el paciente pueda informarlas en su próximo control con el médico.

Se dejó además información escrita acerca de los 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 del trabajo de investigación se utilizó la técnica de la entrevista personal domiciliaria apoyada con instrumentos basados en cuestionarios para medir las variables 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.

3.6.1. Test del cumplimiento autocomunicado o Test Haynes-Sackett

Este Test constó de dos partes. La primera consistió 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, se le hizo ver la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación introduciendo la siguiente frase: “La mayoría de los pacientes tuvieron dificultades en tomar todos sus comprimidos.” Posteriormente, y como segunda parte del Test, se le hizo la siguiente pregunta: “¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?” En caso de respuesta afirmativa, se preguntó sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se consideró cumplidor aquel paciente hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento autocomunicado se sitúa en el 80-110%.

Cuadro 2: Evaluación de las respuestas del Test Haynes - Sackett

PREG	¿Es difícil tomar medicamentos todos los días verdad?	Si= 1, no=0
1		

PREG	¿En la semana cuantas veces se olvida de tomar sus remedios?	Valores
2	a) Se olvida más de 5 días a la semana	3
	b) Varios días, más de uno y menos de 5	2
	c) Al menos uno	1
	d) Nunca se olvida	0

3.6.2. Método de Recuento de Comprimidos:

Para poder calcularlo, se procedió de la manera siguiente:

1°. En las visitas fue preciso que el paciente exponga a la vista del investigador 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 solicitaron 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 volvieron 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 calcula el PC. Se consideró 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 con el recuento, tal como se propone en la presente investigación, se realiza en el domicilio del paciente y sin previo aviso⁴³.

3.6.3. Test de Morisky-Green-Levine:

El Test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico que se utilizó en este estudio, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento.

Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente.

El instrumento se aplicó en la segunda visita y tiene un tiempo promedio de aplicación de 7 minutos.

Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un score total que puede ir desde 0 a 5. Cero representa un muy alto cumplimiento o baja no adherencia, mientras que 5 sugiere una no adherencia muy alta o bajo cumplimiento.

La categorización que arroja el Test es rígida.

CUADRO N° 3. Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky-Green-Levine

Programa de Atención Farmacéutica para paciente Hipertenso.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____

FECHA: ____ / ____ / ____

PREGUNTA	VALOR DE LA RDESPUÉSTA	
	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:

.....

3.7 Criterios éticos

Los datos personales de los pacientes constan en la ficha Farmacoterapéutica más no en la tabla de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la intervención es necesario conocer su nombre y apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Estos datos fueron conocidos por el investigador. Por consiguiente, los datos sobre los sujetos, recogidos serán identificados mediante un número, sus iniciales y la fecha de nacimiento en una base de datos informática.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Se realizó con el consentimiento Q.F. de la Botica Yuliana. Se reportó las incidencias de las visitas de manera inmediata. Se reportó además informes periódicos y un informe final fue dejado en la Botica Yuliana.

A todos los pacientes se les informo del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La investigación solo se llevó a cabo debido a que el proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote sede Trujillo.

3.8 Plan de análisis

Los resultados se derivaron del análisis estadístico de los datos obtenidos de los pacientes que participaron en el estudio. En MS Excel se confeccionaron tablas de doble entrada para el análisis de los resultados de cumplimiento terapéutico. Se determinó los porcentajes de cumplimiento de acuerdo las estructuras de los test utilizados.

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 tablas:

Cuadro 4. 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 5. Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en el Test de Morisky-Green-Levine y su categorización.

Paciente muy Incumplidor	Nunca adhiere la medicación, alto riesgo de incumplimiento. Raro que tome su medicación.	Respondió SI 3 o 4 preguntas.
Paciente Incumplidor	Deja de tomar su medicación frecuentemente y por cualquier circunstancia.	Respondió SI 2 preguntas.

Paciente Ligeramente Incumplidor	Deja de adherir las indicaciones cuando se presentan circunstancias especiales.	Respondió SI 1 pregunta.
Paciente Cumplidor	Nunca deja de tomar los medicamentos sin antes no consultar con el médico.	Respondió todas las preguntas con NO.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1.

Distribución de pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según sexo, edad y presión arterial en cada visita . La Esperanza – Trujillo 2013.

VARIABLE	N°	Promedio Edad	Desviación Estándar de Edad	Promedio de Presión sistólica (1° Y 2° Visita)	Desviación Estándar de Presión sistólica	Promedio Presión arterial Diastólica (1° Y 2° visita)	Desviación Estándar de Presión Diastólica
Hombres	5	65.40	12.97	136.80	6.22	91.30	2.91
Mujeres	7	52.14	8.71	134.64	2.69	87.86	1.77
TOTALES Y PROMEDIO	12	58.77	10.8	135.72	4.455	89.58	2.34

Grafico 1: Distribución de pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según sexo, edad y presión arterial en cada visita . La Esperanza – Trujillo 2013.

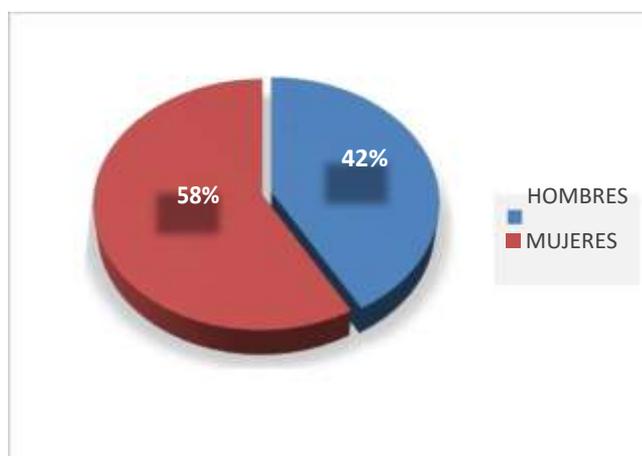


Tabla N°2

Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según el Test de Haynes-Sackett (HS) . La Esperanza – Trujillo 2013.

Categorización	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Muy incumplidor	0	0
Incumplidor	6	50
Ligeramente incumplidor	4	33.33
Cumplidor	2	16.67
TOTAL	12	100

Grafico 2: Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana según el Test de Haynes-Sackett (HS) . La Esperanza – Trujillo 2013.

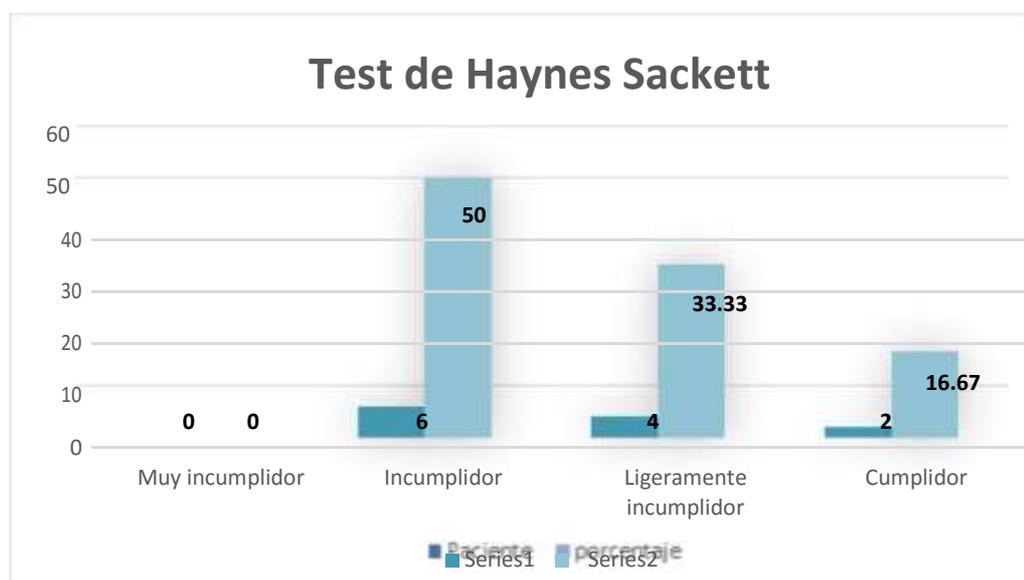


Tabla N°3

Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana según el Test de Recuento de Tabletas (RT)

La Esperanza – Trujillo 2013

Categorización	Número de Pacientes	Porcentaje
Incumplidor	6	50.00
Cumplidor	6	50.00
TOTAL	12	100

Grafico 3: Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de los pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana según el Test de Recuento de Tabletas (RT) . La Esperanza – Trujillo 2013.



Tabla N°4

Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana mediante el Test de Morisky-Green-Levine (MGL) .

La Esperanza – Trujillo 2013.

Categorización	Número de Pacientes	Porcentaje
Incumplidor	8	66.67
Cumplidor	4	33.33
TOTAL	12	100

Grafico 4. Categorización de cumplimiento y no cumplimiento de pacientes hipertensos que frecuentan la Botica Yuliana mediante el Test de Morisky-Green-Levine (MGL) . La Esperanza – Trujillo 2013.



Tabla N° 5

Preguntas que generan mayores respuestas de incumplimiento según el Test de Morisky-Green-Levine. Botica Yuliana . La Esperanza – Trujillo 2013.

Número	Respuesta	Pacientes que respondieron afirmativamente
1	Olvido	6
2	Hora indicada	4
3	Se encuentra bien	6
4	Le caen mal	5

Grafico 5. Comparación de los resultados del Test de Haynes – Sackett (HS), Recuento de Tabletas (RT) y Morisky-Green-Levine (MGL). Botica Yuliana . La Esperanza – Trujillo 2013.

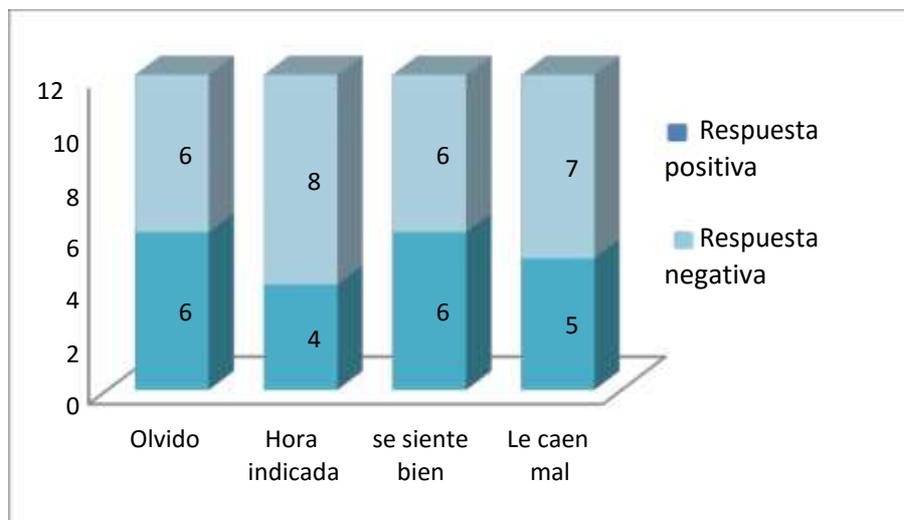
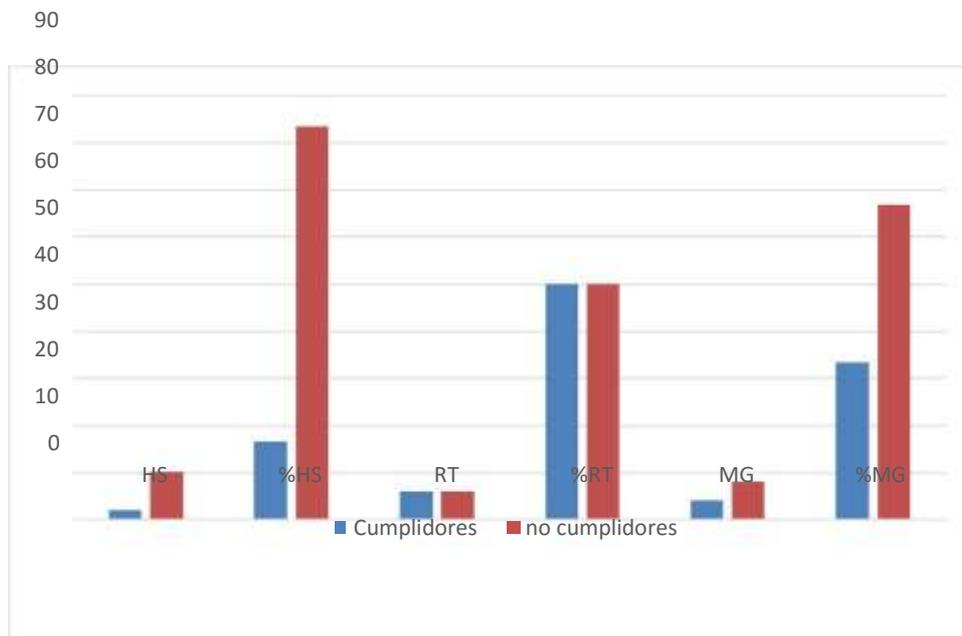


Tabla N° 6

Comparación de los resultados del Test de Haynes – Sackett (HS), Recuento de Tabletas (RT) y Morisky-Green-Levine (MGL). Botica Yuliana . La Esperanza – Trujillo. Setiembre – diciembre 2013.

Pacientes	Haynes Sackett	%Haynes Sackett	Recuento de Tabletas	%Recuento de Tabletas	Morisky Green Levine	% Morisky Green Levine
Cumplidores	2	16.67	6	50	4	33.3
no cumplidores	10	83.33	6	50	8	66.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100

Grafico 6: Comparación de los resultados del Test de Haynes – Sackett (HS), Recuento de Tabletas (RT) y Morisky-Green-Levine (MGL). Botica Yuliana La Esperanza – Trujillo. Setiembre – diciembre 2013.



4.2 Análisis de los resultados

En la tabla 1 Se puede observar la distribución de los pacientes que acuden a la Botica Yuliana a Adquirir el medicamento para la Hipertensión, mostrándose así el promedio de la edad, presión sistólica, diastólica y tiempo de duración en las dos visitas. De ello podemos decir que el 58% de los pacientes con hipertensión son Mujeres, y el promedio en la PAS es de 134.64 mientras que la PAD es de 87.86, De ello podemos decir que la prevalencia de enfermedad de hipertensión es en Mujeres.

Según refiere Beldarrian P. reporto que el predominio de la hipertensión en sexo femenino está relacionado con hábitos propios de la población en estudio tales como: En primer lugar, en la comunidad estudiada predomina el sexo femenino sobre el masculino, dieta rica en grasas y harinas, tardía atención médica al priorizar el renglón económico del hogar sobre la salud personal, conducta sedentaria y medicación sin prescripción de diversos medicamentos que pueden desencadenar elevación de la tensión arterial sobre todo antiinflamatorios no esteroideos. De igual manera la OPS – OMS reporto que la Hipertensión arterial como patología crónica tiene una prevalencia de 18.6%; mujeres 16% y 21% en varones; por lo tanto, la adherencia terapéutica es una práctica posible, capaz de producir resultados positivos mejorando así la calidad de vida del paciente. ⁴⁶

A si mismo Holguín afirma que en el estudio realizado en Cali Colombia a 44 pacientes con hipertensión se encontró que en la medida pre-intervención, los participantes iniciaron en un nivel promedio de PAS de 129,03 mm Hg., una desviación estándar de 12,793 y un rango entre 110-160 mm Hg. En la pos-intervención, la PAS presentó una disminución del promedio en 4,93 mm Hg., mayor

homogeneidad en las medidas; menor desviación estándar (disminución de 3,207), y disminución del rango de 50 a 36 puntos; mientras que las medianas permanecieron iguales. Respecto a la PAD, en la pre-intervención, el grupo presentó un nivel promedio de 79,15 mm Hg., estando en el rango de niveles normales de presión arterial. La desviación estándar fue de 8,034 y el rango estuvo entre 60-100 mm Hg. En la post-intervención, la PAD presentó una disminución del promedio en 0,65 mm Hg., mayor homogeneidad en las medidas; menor desviación estándar (disminución de 1,182), y disminución del rango de 40 a 20 puntos; mientras que las medianas permanecieron iguales. ²²

No obstante Agustí C reportó que La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población. Además, la prevalencia de la HTA se incrementó a medida que avanzaba la edad, en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en comparación con las otras regiones del país. Esto nos lleva a considerar que, la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial es mayor en la costa que en la sierra y selva, a edades equivalentes, lo que podría estar en relación con el estrés, la alimentación, el modo de trabajo y el sedentarismo, es decir el modo de vida en las grandes ciudades, independientemente de la herencia y la genética. ¹

No Obstante Apaza G. afirma que, en un estudio realizado a un total de 517 pacientes, 57,1% fue del sexo femenino y 42,9% del sexo masculino. Asimismo, el grupo etario predominante corresponde a los pacientes mayores de 60 años (80,3%). Se halló que existe asociación significativa entre el sexo femenino y el control de la Hipertensión Arterial ($p=0,019$) (Tabla Nro. 03). Respecto a la edad de los pacientes, se observó que la mayoría de pacientes con Hipertensión Arterial

controlada eran mayores de 60 años (79,7%) similar al grupo de pacientes con Hipertensión Arterial no controlada (86,1%), diferencias que no fueron significativas ($p=0,843$).^{63, 64}

De igual manera la Universidad de Granada establece que la morbilidad y mortalidad relacionadas con los medicamentos es prevenible y que los servicios farmacéuticos pueden reducir el número de reacciones adversas a medicamentos, el tiempo de estancia en el hospital y el coste asistencial.²⁶

Así mismo en un estudio Miranda y col, reporto que para la prevalencia de HTA en el Hospital militar de Colombia de los 600 pacientes el 95% de ellos sufren de HTA. Las cifras tensionales consideradas "ideales" fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, disminuyendo con el avance de la edad.⁴⁸

De hecho, después de los 50 años, la sistólica predice mejor el resultado que la diastólica. La primera tiende a aumentar desproporcionadamente más en las personas de edad avanzada debido a una disminución de la distensibilidad de los vasos sanguíneos relacionada con el envejecimiento y aterosclerosis. La hipertensión sistólica aislada (sistólica mayor de 140 a 160 mmHg con BP diastólica menor de 90 mmHg) se observa en gran parte en personas mayores de 60 años de edad según GOODMAN Y GILMAN.

En la tabla 2 se observa sobre la categorización de los pacientes según sus características de adherencia de paciente cumplidor según el Test de Haynes Sackett (HS). Practicado a los pacientes hipertensos que acuden a la BOTICA YULIANA, se evidencia que el sentido de categorización se da en el porcentaje

mayor paciente incumplidor (6), objetándose en muy cumplidor solo (0), ligeramente incumplidor (4) y muy cumplidor solo (2).

Según Márquez E. en un estudio donde se incluyeron 4.952 pacientes (91,9%) (Edad media: 62,6 años; desviación estándar [DE] 10,7 y 47,2% mujeres). Fueron cumplidores el 90,3% (intervalo de confianza [IC] 99% = 89,2-91,4) mediante el cuestionario de Haynes-Sackett.⁵⁶

En países industrializados, sin embargo, se encuentran tasas de cumplimiento superiores como el señalado por Beevers en un estudio realizado en una población británica en la que el porcentaje de cumplimiento fue de 82%. Es necesario también señalar que con el método utilizado en nuestro estudio en el que los resultados dependen en gran parte de la sinceridad del entrevistado existieron una tendencia de los pacientes a sobreestimar el cumplimiento del tratamiento como lo señalaron estudios en los que se ha utilizado este método, por lo que el porcentaje de cumplimiento podría ser menor si se utiliza métodos más rigurosos para verificar el cumplimiento.

Al respecto, el Joint National Committee señala que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa del fracaso terapéutico en el control de la HTA, enfatizando en que la efectividad de los antihipertensivos no depende únicamente de una adecuada decisión terapéutica, sino también de la colaboración del paciente

Por su parte, Fung et al. Evaluó la adherencia al tratamiento para la HTA de los pacientes usando registros farmacéuticos y estableciendo la relación entre esta medida y los niveles de PAS. En este estudio de cohorte, se contó con una muestra de 184.981 pacientes que tomaban alguna de cuatro clases de medicamentos antihipertensivos. Se estimaron medidas de adherencia usando

registros farmacéuticos del suministro de drogas (en proporción de días) durante 30, 60 y 90 días antes de la toma de PAS. El estudio concluye que las medidas de adherencia usando registros farmacéuticos automáticos permiten identificar pacientes no adherentes y que probablemente tengan un inadecuado control de la presión arterial.⁶¹

En cuanto a los factores asociados a cumplimiento de tratamiento no se encontró asociación con el nivel de instrucción ni con el uso de monoterapia o asociaciones de antihipertensivos. Esto último coincide con otros estudios que señalaron la falta de relación existieron entre factores socioeconómicos y cumplimiento.⁶⁵

Por otro lado, Rivas afirma que Durante el año 2006, entre los pacientes estudiados, se prescribieron 522,360 unidades de medicamentos, siendo el fármaco más utilizado el IECA enalapril con 293,580 unidades prescritas (56.2% del total de la prescripción), siguiéndole los calcio antagonistas dihidropiridínicos con un 21.8% (amlodipino 17.2% y nifedipino 4.7%), los betabloqueadores con 10.13% (atenolol 9.9% y propranolol 0.2%) y los diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) con 9.3%.⁶⁶

Así mismo en un estudio conducido por Ingaramo y col se observó que Si bien los pacientes NAD mostraron un mayor porcentaje de falta de control de la PA sistodiastólica (60%) que los ADH (56%) éste no alcanzó significación estadística ($p = 0,084$). Sin embargo, analizadas por separado tanto la PAS como la PAD mostraron un porcentaje de control significativamente mayor en el grupo ADH con respecto al NAD: PAS no controlada en ADH 49% vs 55% de los

de los NAD ($p = 0,032$) y PAD no controlada en ADH 28% vs 34% de los NAD ($p = 0,0086$).⁶⁷

En la tabla 3 podemos apreciar que el 50% de los pacientes hipertensos atendidos en Botica Yuliana del distrito de la Esperanza, son cumplidores a su tratamiento de hipertensión de igual manera que el 50% de ellos son incumplidores, de acuerdo con el Test de recuento de tabletas.

En un estudio realizado en España nos revela que La prevalencia del incumplimiento terapéutico en la HTA, según el Test de recuento de tabletas oscila entre el 7,1 y el 66,2 % , en este estudio analiza que los diferentes estudios de cumplimiento realizados en España indica un porcentaje de incumplidores; así mismo nos dice que existieron una serie de factores que intervienen en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales del paciente, características del médico, de la relación médico-paciente, de las cuales también intervienen variables situacionales y características de la propia enfermedad padecida y del tipo de tratamiento prescrito. Sin embargo, la causa habitualmente conocida más frecuente de incumplimiento dadas por la población obtenida refiere que mayormente son los olvidos simples en las tomas de medicación, el desconocimiento de porqué debe tomarla, o por el trabajo que le impide tomarlo a la hora exacta, según refieren en mayor porcentaje los pacientes hipertensos entrevistados.⁶⁸

Por otro lado, Ocampo refiere que en un estudio realizo Bajo un modelo de seguimiento Farmacoterapéutico domiciliario donde se intervinieron 204 pacientes de las provincias de Trujillo y Chimbote (84 y 120, respectivamente) entre noviembre de 2010 y enero de 2011. Para determinar el grado de cumplimiento mediante los tres

Test normalizados: Test de Haynes-Sackett, Test de Morisky-Green-Levine y Test de Recuento de Tabletas. Observamos que los resultados muestran un alto nivel de coincidencia en la identificación de pacientes no adherentes en los tres instrumentos, tanto en Trujillo como Chimbote (60,83 y 79,76%, respectivamente). El entorno social (27,47% y 22,72%) y la percepción del trato del personal de salud (20,7% y 20,53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Individualmente, los factores más resaltantes fueron la automedicación (13,53% y 8,61%) y la inasistencia a citas programadas (12,88 y 7, 59%).por lo tanto se concluye que los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes el entorno social y una percepción negativa del trato del personal de salud. ⁶⁹

Por tanto Noges refiere tras varios estudios realizados en España, ha podido concluir que los métodos que valoran el cumplimiento por entrevista Clínica son de escasa utilidad en estudios de cumplimiento, al ofrecer escasa concordancia con el recuento de comprimidos, Sin embargo debido a su alta especificidad en la práctica clínica recomienda el cumplimiento automático, de tal forma que si el paciente afirmo que incumple la probabilidad de que sea cierto es muy elevada, si el paciente sigue refiriendo ser cumplidor y seguimos sospechando el incumplimiento, deberá utilizarse el recuento de comprimidos para determinar si el paciente es o no cumplidor. ⁷⁰

Osterberg y Blaschke refieren que el Test de Recuento de Tabletas tiene relación a las cantidades supuestas de medicamentos que el paciente debe consumir de acuerdo a la prescripción y las que evidentemente consumió durante un periodo

determinado, el cual se cuantificó de acuerdo a l tiempo transcurrido y las prescripciones o dispensaciones realizadas. Asimismo, mediante este Test se puede evaluar periódicamente la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico, y evidencia que en cuanto al porcentaje de pacientes incumplidores estos muestran diferentes patrones de incumplimiento, como son: omisión de dosis, horario diferente al aconsejado y dosificación excesiva (olvidan tomar una o más pastillas y se las tomaba juntas cuando se acordaban).⁷¹

En la tabla 4 se visualiza que el 66.67% de pacientes hipertensos atendidos en Botica Yuliana del distrito de La Esperanza, son incumplidores. Mientras que el 33.33% son cumplidores, Según el Test aplicado de (MGL). Márquez E. En un estudio realizado en España donde se incluyeron 4.952 pacientes (91,9%) (Edad media: 62,6 años; desviación estándar [DE] 10,7 y 47,2% mujeres). Fueron cumplidores el 90,3% mediante el cuestionario de Haynes-Sackett, el 11,3% según Morisky- Green- Levine en una distribución porcentual según las respuestas, se ve que el olvido es uno de los mayores determinantes en la no adherencia a los tratamientos farmacológicos, lo que indica que uno de los aspectos implícitos de la individualidad en cómo la persona asimila para sí el tratamiento esta poco desarrollado y muy vulnerable, en el cual también nos dice que, los efectos adversos a los medicamentos tuvieron la menor relación.¹¹

Por otro lado, Apaza afirma que según el Test de Morisky-Green-Levine, más de la mitad de los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud de Tacna presentan mala adherencia al tratamiento antihipertensivo. Más de la tercera parte de los pacientes del Programa de

Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud de Tacna no controlan la hipertensión arterial. La mala adherencia al tratamiento antihipertensivo, se asocia significativamente al no control de la hipertensión arterial ($p=0,001$)⁶⁴

En la Tabla 5 se observa que las preguntas 1y 3, favorecieron al incumplimiento terapéutico debido a la valoración positiva (SI), las razones se orientan hacia el olvido y que el paciente deja de tomar sus medicamentos porque aparentemente se encuentra bien de salud. El olvido estaría asociado a distintos factores, tales como: estrés propio del trabajo o las labores domésticas que se realizan. Asimismo, en algunos casos, los familiares no colaboran con los pacientes hipertensos para hacerles recordar el horario de su tratamiento farmacológico. Todos estos son motivos que traen como consecuencia que el paciente no tome su medicación; mucha de las veces ni siquiera alcanza a tomarlo en todo el día, y en otras si bien toma el medicamento, lo hacen a deshora con lo que provoca discontinuidad de la concentración plasmática del fármaco, afectando su efectividad. En este sentido, un retraso en la toma de sus medicamentos conllevaría a un desequilibrio en los parámetros farmacocinéticos y biofarmacéuticos, tales como área bajo la curva, tiempo de vida media, concentración máxima y mínima. El problema se extiende aún más cuando existe polifarmacia, quizás no fue el caso de los pacientes que participaron, ya que esto hubiera sido un factor agregado; también, puede suceder que el paciente no pueda comprar todos los medicamentos que requiere, ya sea por cuestiones económicas o de accesibilidad a los mismos, e incluso crea que no los necesita, sin que tenga un valor fundamentado.

Por otro lado, dentro de las preguntas del test de Morisky – Green – Levine, las que tuvieron el valor mínimo, es decir las que menos favorecen el incumplimiento terapéutico es la pregunta 4, que corresponde a la frecuencia con la que el paciente deja de tomar su medicación porque ha sentido que le caen mal, la literatura reporta que la mayoría de pacientes incumplidores se olvidan tomar sus tabletas o que dejan de tomarlo por creer que son dañinos y que le podrían causar otros malestares a su organismo.

Sin embargo, son otros los factores que influyen en el incumplimiento terapéutico; es preciso mencionar que con respecto al test de Morisky – Green – Levine, estas preguntas fueron más fáciles de contestar para los pacientes, posiblemente porque las hacen menos favorable al incumplimiento terapéutico, estimulando a que los pacientes no pensarán tanto para responderla y lo hicieran con sinceridad.

En la Tabla 6 se observa una comparación de los resultados del Test de Haynes-Sackett, Recuento de Tabletas y Morisky-Green-Levine en pacientes hipertensos que acuden a la Botica Yuliana del distrito La Esperanza,

Según Aparecida W. afirma que La medición de la adherencia no es fácil y es necesario utilizar varios métodos a la vez para evitar la sobreestimación. En enfermedades que precisan un tratamiento a largo plazo como la osteoporosis se ha de aumentar la adherencia para prevenir fracturas. Por lo tanto una adherencia baja a los fármacos produce disminución de la efectividad del fármaco en la población general. La medición de la adherencia no es fácil y en muchas ocasiones se precisa de varios métodos para evitar la sobreestimación. Un método muy utilizado es el cuestionario de Morisky-Green-Levine

con el Recuento de Tabletas, permite una buena aproximación al resultado.⁷²

En enfermedades que precisan un tratamiento a largo plazo como la osteoporosis se ha de aumentar el grado de adherencia para conseguir disminuir los eventos finales como son las fracturas. La administración de pautas de tratamiento más espaciadas y simples para los pacientes como formulaciones semanales o mensuales pueden mejorar la adherencia respecto a las dosis diarias

El olvido estaría asociado a distintos factores, tales como: estrés propio del trabajo o las labores domésticas que se realizan.

Así mismo Cruzado señala además de los efectos positivos de las intervenciones educativas sobre el cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos que aquellos pacientes dentro del grupo de adherentes están asociados con 38% menos de riesgo de sucesos cardiovasculares comparado con aquellos de menor adherencia. Así mismo señala de manera sorprendente que los pacientes con mayor riesgo de otras enfermedades concomitantes (por ejemplo, diabetes, obesidad o dislipidemias) fueron significativamente más adherentes a sus terapias antihipertensivas.³⁸

V. CONCLUSIONES

1. La población estudiada tiene una media de edad de 52 años en mujeres y 78 años los varones. Llevan unos hábitos de vida relativamente saludables, siendo por lo tanto las mujeres que padecen de hipertensión arterial.
2. Según el Test de Haynes Sackett, se concluye que el 50% son pacientes incumplidores, el 33.33% son pacientes ligeramente incumplidores y el 16.67% son pacientes cumplidores. Según el Test de Recuento de Tabletas se concluye que el 50% son pacientes incumplidores y el 50% son pacientes cumplidores. Mientras que en el Test de Morisky-Green-Levine, se obtuvo que el 66.67% de los pacientes fueron incumplidores mientras que el 33.33% son pacientes cumplidores al tratamiento. Finalmente, al promediar los resultados obtenidos de los Test encontramos que el 66.67% son pacientes incumplidores y el 33.33% son pacientes cumplidores al tratamiento por lo tanto se concluye que los pacientes son incumplidores.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda cambios en los estilos de vida, el apoyo de familiares y otros así mismo el refuerzo de los allegados puede ser especialmente necesario para iniciar y mantener dichos cambios.

- Se recomienda orientar al paciente hipertenso sobre las consecuencias que tendría en su salud la no adherencia terapéutica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Agustí C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med (Perú) [internet]. 2006[Citado el 10 Nov 2014]; Vol. 23(2). P.69. disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000200005&script=sci_arttext
- 2 MINSA. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de los daños no transmisibles 2004-2012. Plan General. Dirección General de Salud de las Personas (Perú). 2004.
- 3 Salud Madrid. Guía de recomendaciones al paciente [internet]. 2014[13 Nov]; Vol. 4(1): pág. 2. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D10_Hipert_Arterial_LowRes.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158626096337&ssbinary=true
- 4 Granados Gómez G, Rosales Nieto J.G. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. International Journal of Psychology and Psychological Therapy (España) 2007; Vol. 7(3). p. 393-403.
- 5 Acosta M, Pérez G., De la Noval G., Dueñas H. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Enfermen(Cuba) 2006; Vol. 21(3)

- 6 Ocampo R. Influencia de un Programa de Atención Farmacéutica sobre los valores de Hipertensión. Universidad Los Ángeles de Chimbote. Línea de Investigación en Farmacia.
- 7 Selma T Atención farmacéutica para pacientes hipertensos: Folletos Informativos. Universidad de Belgrano 2012[citado el 12 JUN 2015]; Vol (534). Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/534_Selma.pdf
- 8 Basterra G. El cumplimiento terapéutico. PharmCare [internet].1999; [citado el 26 Sep. 2009]; p. 97-106. Disponible en: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf>
- 9 Benavides V., Rosero L., Rendon S., Valenzuela A., Peres E., Mafla A. Determinantes de adherencia al tratamiento antihipertensivo de adultos ≥ 35 años de edad (Colombia) 2013; Vol 15(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200005
- 10 Padilla C. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y el tratamiento, en la adherencia al Tratamiento antihipertensivo, FNERM. [Tesis doctoral]. Lima. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; junio 2007. [citado el 15 Nov 2009] Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla_cm/html/index-frames.html.
- 11 Márquez E. Evaluación de la situación actual del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial en España, en opinión de los pacientes. Proyecto Complex II.

Octubre 2009. Vol 35(8). Pág 369–375. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359309726735>

- 12 Libertad M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública [Internet].2009 [Citado 18 Nov 2009]; Vol. 30(4). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
- 13 Martin L, Bayarre H, La Rosa Y., De la concepción m. cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Salud Pública (Cuba) 2007; 33(3).
- 14 Escobar N, Plasencia C, Almaguer A, Una mirada crítica a la competencia investigativa en el campo de la hipertensión arterial desde la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet].2010 [citado 14 Nov 2014]; Vol. 26(4): Pág. 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252010000400002&script=sci_arttext
- 15 Cabiedes M. Eyaralar R. Arcos G. Álvarez de Toledo F. Álvarez S. Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (proyecto tomcor). Rev. Española Eco Salud; Vol. 1(4): 45-59.
- 16 Sociedad Argentina de hipertensión Arterial. Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida. (Marzo 2011). Disponible en:
<http://www.saha.org.ar/hipertension-y-modificaciones-en-el-estilo-de-vida.php>
- 17 Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonald J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [Citado el 20 MAY 2007]. Disponible en: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf.

- 18 Machuca G, Parras M. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada; España. [citado el 06 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.farmaefarma.com.br/imagens/guia%20HTA.pdf>.
- 19 Mendoza P. Merino J. Barriga O. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. Rev. Panamericana Salud Publica/Pan Am J PublicHealth, 2009; Vol. 25(2). [Citado el 22 Sep. 2009]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a02.pdf>.
- 20 Mulrow D. Pignone M. Evidence based management of hypertension: What are the elements of good treatment for hypertension? BMJ 2009; Vol. 322; 1107-1109. [Citado 27 May 2005]. Disponible en: <http://bmj.com>.
- 21 Rodríguez Ch. Rodríguez Ch. Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. Pharmaceutical Care (España) 2006; Vol. 8(2): 62-68.
- 22 Holguin L., Correa D., Arrivillaga M., Seguimiento Farmacoterapéutico a paciente con cuadro de diarrea crónica e hipertensión arterial. Rev. Cien. de América Latina y el Caribe, España y Portugal. (2006). Vol 5(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750309>
- 23 Garção JA, Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. J Am Pharm Assoc 2012; Vol. 42(6):858-864

- 24 Iza-Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per 2006; Vol. 23(2): 93.
- 25 Casas M. Chavarro L, Cardona D. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. Hacia promoci. Salud [Revista en línea]. 2013 [Citado 16 Nov 2014]; 18 (1) : 81-96 Disponible en :
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012175772013000100007&script=sci_arttext
- 26 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). PharmacyPractice 2006; Vol. 4(1): Pág. 44-53.
- 27 Juelas V. Evaluación de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del centro de salud de conoto en el periodo del 01 al 31 de agosto del 2011 [tesis de grado previo a la obtención en gerencia y calidad de servicios de salud] Universidad técnica particular de Loja Quito 2011 Disponible en:
http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5069/3/UTPL_Juelas_Vilma_616X455.pdf
- 28 Herrera E. adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. [Tesis de maestría]. Bogotá. Universidad nacional de Colombia; 2010 Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8593/1/eugeniadelpilarherrera.2010.pdf>
- 29 Sánchez S. Arche M. Cordon P. Galván M. Cañizares J. Motilva V. Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados.

- Efectividad de la actuación farmacéutica. FAP [Revista en línea]. 2007 [Citado 12 Nov 2014]; 5(4): 128-132 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2529753>
- 30 OMS. Preguntas y respuestas sobre Hipertensión Arterial. [Revista en Línea] 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- 31 National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011.
- 32 Rojas D. Atención farmacéutica en pacientes hipertensos adultos mayores. Informe de práctica prolongada para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Chile. Santiago de Chile 2005.
- 33 Torres P. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos del servicio de atención farmacéutica del departamento de farmacia del hospital regional docente de Trujillo en los meses de mayo 2006 – Abril 2007. [Tesis para optar el título de químico farmacéutico]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2008
- 34 Regulo A. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta méd. Peruana. [revista en línea]. 2006 [Citado 12 Nov]; 23 (2): 69-75 Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-9172006000200005
- 35 Carter B. Elliott J. The Role of Pharmacists in the Detection, Management, and Control of Hypertension: A National Call to Action. Pharmacotherapy Vol 20(2):p.119-122, 2006.

- 36 K Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M. Revisión de Tests de Medición del Cumplimiento Terapéutico Utilizado en la Práctica Clínica. *Aten. Primaria* [Serie en Internet]. 2008 Jun [Citado 16 Sep 2015]; 40 (8): 413 – 417. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-Tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
- 37 Tudesca M. Guallar C. Banegas B. Graciani P. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 30 Nov 25010]; Vol 80(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272006000300003&script=sci_arttext
- 38 Cruzado L. Impacto de una intervención farmacéutica domiciliaria en la hipertensión arterial y la satisfacción por el servicio recibido en pacientes con tratamiento antihipertensivo. [Tesis para optar el título de químico farmacéutico]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2008
- 39 Libertad M. Grau A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, enero-junio, 2009; vol. 14(1) :Pág. 89-99. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_14_1/14_1/LMart%C3%ADn.html
- 40 Márquez C. Casado M. Márquez C. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. [citado el 26 de Sep. 2009]. Disponible en: <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/marquez.pdf>.

- 41 Díaz K. López J. Cumplimiento terapéutico en el paciente hipertenso / Therapeutic compliance in patients with hypertension. Med. fam. (Caracas); 2009 [Citado 16 Jul 2009] Vol 7(2): Pág. 47-51, Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=391278&indexSearch=ID>
- 42 Ramalho D, Dupotey N. La investigación cualitativa en farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. Rev. Bras. Cienc. Farm. [Serie en Internet]. 2008 Dic [citado 10 Nov. 2014]; 44 (4): 763-772. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322008000400024&script=sci_arttext
- 43 Grau A. Bayarré V. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007. [Tesis Doctoral] La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública. 2009.
- 44 Manzano F. Programa de atención farmacéutica orientado a los servicios farmacéuticos comunitarios [Tesis Doctoral]. Instituto de Farmacia, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Habana; 2007. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/176/1/Edita_Fernandez.pdf
- 45 Granados G. Roales J. Moreno E. Ybarra J. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007, Vol. 7(3). p. 697-707.

- 46 Beldarraín, Pablo. Prevalencia de hipertensión arterial en la comunidad José Gregorio Hernández. Municipio san Felipe. Universidad virtual de Salud Cuba (Agosto 2014). Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/prevalencia-de-hipertension-arterial-en-la-comunidad-jose-gregorio-hernandez-municipio-san-felipe>
- 47 Díaz M. La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento y la Rehabilitación: Implicaciones para el Profesional de la Conducta y la Salud. Rev. Griot. 2014; 7 (1): 73- 84. Disponible en: <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2014070105.pdf>
- 48 Miranda M, Pérez N, Tamayo M. Adherencia Terapéutica en Pacientes Hipertensos del Programa de Factores de Riesgo Cardiovasculares del Hospital Militar Central. [Tesis Doctoral]. Sabana: Servicio de publicaciones de la Universidad de la Sabana; 2008. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2272/121851.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 49 Sen S, Thomas J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. Am J Health-Syst Pharm [Internet]. 2010; Vol 57(17): Pág. 1592-1598,
- 50 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M. et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev. Esp. Cardiol. 2013; 66(10):880. Disponible en: http://pdf.revvespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a9024951392pdf001.pdf.

- 51 Lee J. Grace K. Taylor A. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. JAMA, Published [Internet] 2006[citado 6 Dic 2006]; Vol 296(21): Pág. 2563-2571. Disponible en: Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol.
- 52 Ayala L., Condeso L., Impacto del seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial. Ciencia e Investigación 2010; Vol 13(2): Pág 77-80. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf
- 53 Páez O. Majul C. Riesgo cardiovascular y su relación con las presiones arteriales sistólica, diastólica y diferencial (o presión del pulso. Boletín del consejo argentino de hipertensión arterial. Bs Aires. 2012, Vol 2.
- 54 Morisky D. Green L. Levine D. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care [Internet], 1986[Citado en Ene 1986]; Vol. 24(1): Pág. 67-74. Disponible en: http://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1986/01000/concurrent_and_predictive_validity_of_a.7.asp
- 55 Patient-reported adherence to guidelines of the Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

- Pharmacotherapy. 2011, Vol 21(7): Pág. 828-841. disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11444579>
- 56 Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva (España).2008 [06 Feb 2008] disponible en: En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>.
- 57 Zanchetti A. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Journal of Hypertension. [Revista en línea]. 2001. [Citado 12 Nov]; 6 (2): 89-116. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-Latinoamericano-sobre-Hipertension-Arterial.pdf>
- 58 OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- 59 Revista Española de Salud Pública, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-242.
- 60 Regulo A. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta méd. Peruana. [revista en línea]. 2006 [Citado 12 Nov]; 23 (2): 69-75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-9172006000200005
- 61 Fung, V., Huang, J., Brand, R., Newhouse, J. P. y Hsu, J.. Hypertension treatment in a medicare population: adherence and systolic blood pressure control. Clinical Therapeutics, (2007) Vol 29(5), 972-984.

- 62 Ocampo P. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos * atendidos establecimientos públicos (2014). Vol. 5 (2): pp. 181-91, 2014. Disponible en: <http://www.Dialnet-FactoresQueInfluyenSobreLaAdherenciaAlTratamientoD-5127648.pdf>
- 63 Pascuzzo L. Mariagne C. Terapia farmacológica en hipertensión arterial. Farmacología Básica. Libro de edición digital. [Citado 28 Ene 2008] Disponible en: <http://www.geocities.com/carminepascuzzolima/>.
- 64 Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes Del programa de hipertensión arterial de EsSalud - red Tacna febrero 2013. Perú. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2
- 65 Mendoza S. Muñoz M. Merino J. Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile 2006 [Citado el 13 Nov 2009]; Vol 134: Pág. 65-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n1/art09.pdf>
- 66 Rivas J., Gutiérrez C., Rivas J. Tratamiento y costos farmacológicos de la hipertensión arterial no complicada en un hospital regional. Rev. Per.de Cardiología Setiembre - diciembre 2008. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34_n3/pdf/a06v34n3.pdf.
- 67 Ingaramo R. Vita N. Bendersky M. Arnolt M. Bellido C. Piskorz D. Lindstrom O. García P. y col. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev. Fed Arg Cardiol [Internet] 2006 [Citado el 10 Sep. 2013]. Vol 34:

- Pág. 104-111. Disponible en:
<http://200.59.199.13/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
- 68 Bundell D. Adherencia al tratamiento del glaucoma en pacientes de una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2012; Vol 14(5): 202-209. Disponible en:
<http://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/viewFile/90/84>
- 69 Ocampo R.P. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos. Informe de proyecto de línea en Atención Farmacéutica. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2010.
- 70 Noges X., Sorli M., Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. 2007. *An. Med. Interna (Madrid)*. Vol 24(3). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000300009&script=sci_arttext
- 71 Osterberg, L. & Blaschke, T. Adherent to medication. (2005) *N Eng J Med*, 353, 487-497.
- 72 Aparecida W. Yugar J. Bergsten G. Sabha M. Moreno Jr. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. *American Society of Health-System Pharmacists. 2007 American Journal of Health-System Pharmacy [Internet]*, 2007 [15 Sep 2007]; Vol. 64(18): Pág. 1955-1961. disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17823108>

VIII. ANEXOS

ANEXO 8.1. UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



ANEXO 8.2. CARTA DE PRESENTACION AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
BOTICA YULIANA

Trujillo 15 de Setiembre del 2013

Sr. PABLO E. VILLACORTA LOYOLA
QUIMICO FARMACEUTICO

Asunto: Permiso para realizar trabajo de campo con
pacientes hipertensos que frecuentan la Botica
Yuliana

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitar por su intermedio las facilidades para que la alumna: VILLACORTA RAZON DIANNE PAOLA, pueda realizar trabajo de campo de investigación con pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que adquieren su medicamento en el establecimiento farmacéutico.

Posteriormente con su permiso y autorización de los pacientes se realiza visitas a 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 Usted 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 por anticipado me despedido de Ud. Cordialmente

Atentamente

ANEXO 8.3. FICHA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE.

Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso

Declaración del paciente:

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Cód. _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

FECHA: ____/____/____

FECHA DE PRIMERA VISITA: ____/____/____

ANEXO 8.4. HOJAS DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

HOJAS DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso.

Cód. PACIENTE: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ EDAD: ____ AÑOS

TELÉFONO _____ DOMICILIO: _____ OTRO _____

(EMAIL): _____

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

N ⁰	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	QUIEN LE DIAGNOSTICO?

4. TEST DE HAYNES – SACKETT

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

4.2. 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.

5.- QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA LA PRESIÓN EN ESTE MOMENTO?

(RECUENTO DE TABLETAS en color gris) El farmacéutico pide que el paciente le muestre sus medicamentos.

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

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

.....

6.- CALCULOS PARA EL RECUENTO DE TABLETAS:

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

A	B	C	D
DOSIS	FREC. DE DOSIS/DIA	Días desde la 1º visita	Consumo teórico
10	2		

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

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

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

$$E + F - G = H$$

c) Porcentaje de consumo:

Consumo real/Consumo teórico X 100

7.- SIGUE ALGUN TRATAMIENTO CON REMEDIOS CASEROS O NATURALES?

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	INICIO

8.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2
FECHA		
PRESIÓN ARTERIAL (en mmde Hg) /.....		
PESO en Kg.		
TALLA en cm.		

9.-QUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES HA SUFRIDO PREVIAMENTE?

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

10.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

OBSERVACIONES:

.....

11.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO 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 DIA.....	
HACE EJERCICIOS:	CAMINA..... CORRE.....GIMNASIO.... PESAS..... BICICLETA..... OTRO..... VECES POR SEMANA.....	
CONSUMO DE CAFÉ	TAZAS DIARIAS.....	
HACE DIETA:	SI ____ NO ____	

12. NIVEL SOCIO ECONOMICO.

GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO..... PRIMARIA.....
SECUNDARIA.... SUPERIOR.....

FICHA 2: HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS. MEDICAMENTOS QUE TIENE EN CASA.

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	2. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	4. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	2. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	4. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	2. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	4. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	2. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	4. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	2. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	4. ¿Sintió algo extraño?