



**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 EL
CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU DEL DISTRITO
EL PORVENIR – TRUJILLO. ABRIL – DICIEMBRE
2013.**

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

AUTOR:

RICHARD ALEXANDER RISCO VENTURA

ASESOR:

Mgtr. Q.F. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO-PERÚ

2016



**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 EL
CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU DEL DISTRITO
EL PORVENIR – TRUJILLO. ABRIL – DICIEMBRE
2013.**

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

AUTOR:

RICHARD ALEXANDER RISCO VENTURA

ASESOR:

Mgr. Q.F. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO-PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla

Presidente

Mgr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau

Secretaria

Dra. Q.F. Kelly Maruja Ibañez Vega

Miembro

Mgr. Q.F. César Alfredo Leal Vera

Asesor

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado, por protegerme durante todo mi camino y darme las fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida.

A mis Padres:

Por el apoyo incondicional, consejos y compañía en los momentos más difíciles, durante toda mi carrera profesional, ya que permitieron que siempre me levante ante cualquier obstáculo presente en el camino.

A mis Docentes:

Por sus enseñanzas, consejos, y experiencias brindadas, que fueron compartidas durante mi trayectoria profesional, y de esta manera formando profesionales competentes como futuros químicos farmacéuticos.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios por darme la vida, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades.

Para mis padres por hacerme una persona dedicada y humilde porque son ellos que me dan el impulso y la fuerza necesaria para seguir el camino del éxito y la felicidad, gracias a esas personas por ser siempre los pilares principales en cada etapa de mi vida.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”

(Thomas Chalmers)

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal, determinar el grado de adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión primaria que fueron atendidos en el Centro de Salud MIGUEL GRAU, del distrito El Porvenir-Trujillo, durante los meses de Abril a Diciembre del año 2013. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativo y nivel prospectivo, no probabilístico con un diseño descriptivo. La muestra fue seleccionada mediante criterios de inclusión e exclusión, conformada por 12 pacientes entre las edades de 40 -70 años. El grado de adherencia con un mayor porcentaje se encontró en el test de Morisky Green Levine (MGL) con 25%, seguido del test de recuento de tabletas con 16.6% el porcentaje de adherencia se encontró en el test de Haynes Sacket con 16.6%. Se llegó a la conclusión que el grado de adherencia influye de manera significativa, encontrándose un mayor porcentaje en el test de Morisky Green Levine de 25%.

Palabras Claves: Adherencia, hipertensión, terapéutica, incumplidor.

ABSTRACT

The main objective of this study was to determine the degree of therapeutic adherence of patients with primary hypertension who were treated at the MIGUEL GRAU Health Center in the Porvenir-Trujillo district during the months of April to December 2013. The methodology used was of quantitative type and prospective level, non-probabilistic with a descriptive design. The sample was selected using inclusion and exclusion criteria, consisting of 12 patients between the ages of 40 and 70 years. The degree of adhesion with a greater percentage was found in the Morisky Green Levine (MGL) test with 25%, followed by the tablet count test with 16.6% the adherence percentage was found in the Haynes Sacket test with 16.6%. It was concluded that the degree of adhesion influences significantly, finding a greater percentage in the test of Morisky Green Levine of 25%.

Key Words: Adherence, hypertension, therapeutic, noncompliant.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	5
III. BASES TEÓRICAS	10
IV. METODOLOGÍA.....	15
4.1.Tipo y diseño de investigación	15
4.2.Diseño de la investigación.....	15
4.3.Población y muestra.....	15
4.4.Definición y Operacionalización	16
4.5.Procedimiento	17
4.6.Técnicas e instrumento	21
4.7.Criterios éticos	25
4.8.Plan de análisis	25
V. RESULTADOS	27
5.1.Resultados.....	27
5.2.Análisis de resultados	28
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
6.1.Conclusiones.....	30
6.2.Recomendaciones	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
VIII. ANEXOS.....	37

ÍNDICE TABLAS

TABLA 1	Distribución de género y edad, de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud MIGUEL GRAU, distrito El Porvenir-Trujillo. Abril a diciembre del 2013.	27
TABLA 2	Comparación de los resultados del test de Haynes Sackett, recuento de tabletas, Morisky Green Levine aplicados a 12 pacientes hipertensos en el Centro de Salud MIGUEL GRAU, distrito El Porvenir-Trujillo. Abril a diciembre del 2013.	27

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un problema salud pública que afecta a más de un billón de personas a nivel mundial. Solo en Canadá, la prevalencia de hipertensión arterial es de 19.6%, en México más de un 40%. Esta problemática de salud es un riesgo que puede ocasionar síndrome coronario y evento vascular cerebral, dos de las principales causas de muerte en países en vías de desarrollo. Otros factores como la obesidad, la dislipidemia y el sedentarismo en conjunto con la hipertensión arterial son causantes de más de 12% de las muertes en todo el mundo.^(1, 2)

El control de la presión arterial es de mucha importancia, porque de ello depende la disminución de las complicaciones; sin embargo, un tercio de los pacientes no sabe que padece la enfermedad, 67% saben que tienen los síntomas, pero solo la mitad de ellos tienen control de la misma.^(3,4)

La salud y calidad de vida de las personas en el Perú se ve actualmente afectada en un 18.2 % debido a enfermedades cardiovasculares, entre las cuales destaca la hipertensión arterial como el principal precursor, siendo parte de unas de las primeras causas de mortalidad en el país, según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud, el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.^(5,6)

La HTA, está completamente relacionada e identificada dentro de una enfermedad cardiovascular, la cual persiste silenciosamente durante muchos años hasta deteriorar los principales órganos, el estado de salud de los individuos y producir finalmente la muerte. Sin embargo, la actuación oportuna de las personas y los profesionales de

salud a favor de la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica reduce a gran manera el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular de un 30 a 43% y un infarto agudo de miocardio en un 15%, si se logra controlar y modificar los factores que afectan el mantener una conducta de adherencia terapéutica. ⁽⁷⁾

El principal factor directamente asociado al control de la hipertensión arterial es la adherencia terapéutica, definida como el grado de disciplina que tiene una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario, ejecutar cambios en el estilo de vida y que responda a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida. La prevalencia de adherencia al tratamiento es estimada entre 50 y 90%. La poca demanda de adherencia al tratamiento antihipertensivo por parte de los pacientes produce futuras complicaciones las cuales se podrían evitar. ^(8,9)

Para poder entender en el contexto de farmacia el comportamiento sobre adherencia al tratamiento farmacoterapéutico y los factores asociados que influyen en dichos comportamientos implica preguntarse sobre la naturaleza de esta enfermedad. En este sentido existen al respecto diversas posturas teóricas. Según Haynes, es “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de dieta y modificación del hábito de vida, coinciden con las instrucciones proporcionadas por el médico”. ^(10,11)

Para Sabate, la adherencia terapéutica viene a ser un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores, con los cuales los pacientes

interactúan entre ellos se encuentran: factores socioeconómicos, factores relacionados con los sistemas de salud, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente. Por otra parte, VlasniK, reporta como factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento la incapacidad económica para obtener los medicamentos que requieren para su recuperación. ^(12,13)

En consideración a lo anterior, se hace necesario que los estudiantes de Farmacia y Bioquímica valoren a las personas con hipertensión arterial y los factores que están relacionados con la adherencia al tratamiento. Para ello se requieren instrumentos de medición: en respuesta a esta necesidad, En la presente investigación se utilizaron tres métodos indirectos. Dos basados en entrevistas clínicas, el método de Haynes Sackett y el método de Moriski Green Lavine y un método basado en el recuento de comprimidos. Se aplicarán estos métodos para comparar los resultados entre ellos, averiguar 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. Con la finalidad de asegurar la mejora en la calidad de vida de los pacientes hipertensos. ^(14,15)

En este método se amplía el conocimiento de la adherencia al tratamiento, cuyo objetivo fue describir y analizar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial En este escenario surge la iniciativa de desarrollar presente 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 en el área de influencia del Centro de Salud de MIGUEL GRAU, distrito El Porvenir, región La Libertad.

Los aportes de esta investigación se ven reflejados en la utilidad que ofrecen sus resultados, información necesaria para diseñar propuestas de intervención y dar origen a otras investigaciones.

Ante lo expuesto anteriormente y con el fin de concientizar a la población sobre los problemas que puede causar la no adherencia al tratamiento motivo la propuesta del estudio, considerándose así el siguiente problema de investigación: ¿Cuál será el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud MIGUEL GRAU del distrito El Porvenir –Trujillo de Abril a diciembre del 2013?

Objetivo general

- Determinar el grado de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos que se atienden en el Centro de Salud MIGUEL GRAU del distrito El Porvenir-Trujillo de Abril a diciembre del 2013.

Objetivo específico

- Determinar y comparar a través de tres técnicas normalizadas, el grado de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos que se atienden en el Centro de Salud MIGUEL GRAU del distrito El Porvenir –Trujillo de Abril a diciembre del 2013.

II. 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. 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. ^(16,17)

En el mundo, 20-25% de los adultos presentan cifras tensionales consideradas por definición como hipertensión, y de ellos el 70% vive en países en vías de desarrollo. En México, según la encuesta nacional de salud (año 2000) la prevalencia es del 30.05% (población de 20-69 años) y es mayor en los estados del Norte. Según esta encuesta, 61% de la población hipertensa desconocía su enfermedad. La prevalencia hasta antes de los 50 años es mayor para los hombres, pero después de esta edad se equiparan. ⁽¹⁷⁾

En la misma línea Sánchez y col reporta que para un Hospital de España que el grado de incumplimiento fue de los pacientes ambulatorios fue 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%).⁽¹⁸⁾

A nivel mundial para Hernández Simón, la Hipertensión Arterial es un problema de salud donde la prevalencia se incrementa a medida que avanza la edad. A pesar que estos resultados no son coincidentes entre sí concuerdan con lo obtenido por nosotros en que la mayor cantidad de casos de Hipertensión Arterial está en los pacientes mayores de 50 años y se corresponde también con el aumento en el número casos de hipertensos del sexo femenino pasado los 50 años de edad.⁽¹⁹⁾

Según Castaño-Castrillón J. y Cols (COLOMBIA) 2011 tuvo por objetivo buscar la Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (Colombia) 2011 la cual se encontró que adherentes totales 45% según Morinsky-Green, adherentes totales 51% según MBG, respecto al cuestionario MOS se tiene, 12,29 personas en promedio en su red de apoyo social, apoyo emocional de 74,83%, ayuda material 80,45%, relaciones sociales de ocio y distracción de 78,61%, apoyo afectivo de 83,28%, el fármaco más empleado fue enalapril 17,9%, seguido de verapamilo 10,1%. La adherencia según el cuestionario MBG mostró dependencia significativa entre variables como: educación ($p=0,000$), conocimientos de la patología ($p=0,032$), y con los resultados del cuestionario de apoyo social, MOS ($p=0,000$). La adherencia según Morinsky Green mostró muy pocas relaciones significativas.⁽²⁰⁾

Por otro lado Según Rio-Valle J. y col, Universidad de Granada, España, 2010 tuvo por objeto buscar la Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. Concluyendo. El test de Morinsky-Green modificado es una herramienta altamente eficaz para detectar problemas de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos.⁽²¹⁾

En un estudio Según Zanchetti en el 2010, en su estudio en Chile 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 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 hipertensión arterial cursa sin síntomas y en edades frecuentes.⁽²²⁾

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

Por otro lado Romero Sajami Marco y Tanchiva Iñape Pedro Pablo en la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Iquitos- Perú, tuvo por objeto la “Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos del CAP III-

metropolitano Iquitos–Es salud-año 2012”concluyendo que Los resultados del estudio fueron: el 57.29% del total de la población encuestada alcanzó 29.14 puntos, lo cual se ubica en la categoría de adherencia parcial (18 – 37 puntos). El 42.71% del total de la población encuestada alcanzó menos de 18 puntos, lo cual se ubica en la categoría de falta de adherencia al programa (0 – 17 puntos).⁽²⁴⁾

Después de los 40 a 70 años de edad, cada incremento de 20 mmHg en la presión sistólica o 10 mm/Hg de la diastólica dobla el riesgo de EVC en el rango entero de 115/75 a 185/115 mmHg. En México la HA para el año 2002 ocupó la 9ª causa de muerte en la población general, con un total de 10, 696 muertes, con tasa de 10.38 defunciones por cada 100, 000 habitantes. Según el CENSO de población y vivienda 2000, habían 49.7 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años, de los cuales 15.16 millones (30.05%) fueron hipertensos. Tomando a la tasa más baja de mortalidad por HA (1.5%), significó que en el año 2000 ocurrieron 227,400 muertes atribuibles a HA y por lo tanto potencialmente prevenibles. En otras palabras, una muerte cada 2 minutos. Si bien a este número de muertes potenciales hay que restar el 14.6% de pacientes hipertensos controlados, la cifra se reduciría a 194,199, es decir una muerte cada 3 minutos.⁽²⁵⁾

Sin embargo los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario en cuanto al uso de su medicación oscila entre el 20% y 80% con una media en torno a 50%. En el Perú, Arana y col. Mediante una encuesta dirigida a pacientes hipertensos encontró una prevalencia de incumplimiento del 42% además de una relación

significativa entre el control adecuado de presión arterial y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo. ⁽²⁶⁾

No obstante, estudios como los de Mangum, Martínez, Soto y otros evidencian la utilidad del profesional farmacéutico en el manejo de la hipertensión arterial y de cómo su implicación en instancias clínicas y comunitarias puede ayudar 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 ha quedado 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. ⁽²⁷⁾

Según Villacorta D. Tuvo por objeto medir el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos -. La esperanza - Trujillo. (PERU) 2013. 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. Estos datos reflejan similitud a los datos arrojados en la presente investigación. ⁽²⁸⁾

III. BASES TEÓRICAS

Presión Arterial

La presión arterial mide la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. La presión arterial que se mantiene alta por un tiempo largo se denomina hipertensión.⁽²⁹⁾

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial alta es una condición médica donde la presión de la sangre se eleva por encima de los 140/90 mmHg, causando que el corazón trabaje con mayor fuerza y con el tiempo, puede dañar los vasos sanguíneos del cuerpo.⁽³⁰⁾

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, que es especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Informes recientes de la OMS y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, como obstáculo al logro de un buen estado de salud.⁽³⁰⁾

Clasificación de la Presión Arterial

No existe una clasificación mundial, única, para la PA. Estas se clasifican en base a consenso de expertos. Esta Guía, al igual que la versión 2006, utiliza la clasificación de la Sociedad Europea de HTA, la cual define categorías.⁽³¹⁾

Cuadro N° 1: Clasificación de la Presión Arterial

Categoría	Presión arterial sistólica(mm Hg)	Presión arterial diastólica (mmHg)
Optima	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
HTA Etapa 1	140-159	90-99
HTA Etapa 2	160-179	100-109
HTA Etapa 3	>180	>110

Fuente: Clasificación de la Sociedad Europea de Presión Arterial (PA mmHg).

Adherencia Terapéutica

El término adherencia terapéutica es una de las definiciones más utilizadas, aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.⁽³²⁾

Para Haynes L. el término adherencia se define como el cumplimiento terapéutico o “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, realizar el seguimiento de una dieta o la modificación de estilos de vida, con la participación activa por parte del médico o personal de salud”.⁽³³⁾

Adherencia terapéutica también obedece a la palabra “compliance” o “cumplimiento”, el cual debe emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones por parte del profesional de salud y que este tendría un comportamiento pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo

es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen. ⁽³⁴⁾

Es entonces, que los términos definidos como alianza, colaboración, cooperación y adherencia permiten una mayor participación por parte del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud porque el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona. ⁽³⁵⁾

Finalmente, Martín Alfonso, Sánchez Cisneros, Ortiz describen a la adherencia terapéutica como la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el médico, la Organización Mundial de la Salud la define como “el grado en que el comportamiento de una persona al tomar el medicamento, debe seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el personal de salud involucrado.” En este contexto, y con todos los conceptos anteriores, y para mayor referencia de nuestros lectores, se hace realce al término adherencia terapéutica como una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas y hábitos de salud, evitar factores de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de la salud. ⁽³⁶⁾

En cuanto al manejo farmacológico, el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión y otros recomiendan flexibilidad. Se valoriza 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 tiacídicos, β -bloqueantes, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidor 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⁾

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. Las pastillas son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, ya que el médico también suele recomendar una dieta para perder peso y medidas como no abusar del consumo de sal, hacer ejercicio con regularidad. ⁽³²⁾

Consejos para el paciente con hipertensión: Reduce el peso corporal si tienes sobrepeso, reduce el consumo de sal a 4-6 gramos al día; consume menos productos preparados y en conserva, y no emplees demasiada sal en la preparación de los alimentos. No obstante, existen pacientes que no responden a la restricción salina. Reduce la ingesta de alcohol, que en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres inferiores a 210 gramos. Realiza ejercicio físico,

preferentemente pasear, correr moderadamente, nadar o ir en bicicleta, de 30 a 45 minutos, un mínimo de 3 veces por semana. Reduce el consumo de café y no consumas más de 2-3 cafés al día. Consume alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras. Abandona el hábito de fumar. ⁽³²⁾

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esto se refleja 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, compromete 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. ⁽³³⁾

Factores que influyen en la adherencia terapéutica

Los múltiples factores ampliamente estudiados tales como no adquirir la medicación prescrita, tomar dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvidar de tomar una o más dosis e incluso, interrumpir el tratamiento antes de tiempo. Se deben tener en cuenta los factores socioeconómicos y psicológicos, que la mayoría de las veces interfieren grandemente y no se les da la importancia que realmente ameritan. ⁽³⁸⁾

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y nivel de investigación

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, nivel prospectivo y no probabilístico.

4.2 Diseño de la investigación

El diseño de este estudio fue descriptivo.

4.3 Población y muestra

Población.

La población estuvo conformada por pacientes atendidos en el Centro de Salud MIGUEL GRAU, quienes pasaron consulta en el servicio de medicina general de dicho establecimiento de los cuales solo se trabajó con los pacientes que tenían diagnóstico definitivo de hipertensión arterial y que tomaban de manera regular por lo menos un medicamento para la enfermedad prescrito por el médico y hayan registrado visita al establecimiento por alguna causa en los últimos dos meses. A estos pacientes se les propuso formar parte del trabajo y su aceptación quedó registrada a través de consentimiento escrito.

Muestra.

La muestra estuvo conformada por doce pacientes con diagnóstico definitivo de hipertensión primaria, la selección se realizó mediante el tipo de muestreo no probabilístico que permite utilizar criterios de exclusión, inclusión y la aceptación voluntaria del paciente para participar en la investigación.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes hipertensos primarios adultos entre 50 y 75 años que visitaron el establecimiento Farmacéutico durante el periodo de captación en busca de medicación para el tratamiento de la enfermedad.
- Pacientes que siguieron una prescripción médica para el tratamiento de hipertensión evidenciada con receta médica.
- Pacientes que aceptaron firmar voluntariamente un documento de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras enfermedades diferentes a la hipertensión arterial.
- Mujeres embarazadas.
- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Personas con diagnóstico de hipertensión secundaria.

4.4 Definición y Operacionalización**Paciente Hipertenso**

Se considera paciente hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la presión arterial sistólica mayor o igual de 140 mm Hg y/o una elevación de la presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg. ⁽³¹⁾

Grado de Adherencia

Es la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. ⁽³⁴⁾

4.5. 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.

4.5.1. 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 recogerá información general y sobre los medicamentos para, luego del análisis, preparar información individualizada que se dejó al paciente en una segunda visita. Todo el trabajo se hará dentro de una estrategia informativa y de servicio paralelas a la aplicación de los instrumentos de medición de los cuales se obtendrán los resultados de la presente investigación.

La primera actividad fue asegurar la participación de un número mínimo de pacientes atendidos de manera regular en el Centro de Salud MIGUEL GRAU. La estrategia para logro el número mínimo de pacientes será dirigir una propuesta escrita dirigida al responsable del Centro de Salud solicitando su autorización para desarrollar el proyecto. La propuesta estará sustentada en los resultados que permitirán al Establecimiento tener información suficiente para desarrollar un programa sostenible dirigido a mejorar el cumplimiento terapéutico de pacientes hipertensos.

A través de las listas de atención de pacientes se identificarán aquellos con diagnóstico definitivo de hipertensión que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación y que se hayan atendido en el servicio en los últimos dos meses.

Con los listados y el respaldo de la aceptación del Centro de Salud se visitaron los domicilios de los pacientes seleccionados informándoles del servicio. Se les comunicará que el objetivo de la investigación está orientado a identificar problemas en la toma de su medicación para la hipertensión y se solicitará su aceptación a participar mediante consentimiento escrito. Si el paciente acepta el trabajo se programará en conjunto la primera entrevista para el levantamiento de la información.

4.5.2. Primera visita

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

Durante la primera visita se llenará una ficha farmacoterapéutica 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 obviaron los calificativos acerca de la calidad de la medicación o sobre las costumbres del paciente que puedan afectar el éxito de la medicación. Se realizó con el consentimiento del paciente el procedimiento para contar las existencias de medicamento que el paciente refiere usa para la hipertensión.

Finalmente, luego del levantamiento de la ficha Farmacoterapéutica se procedió a aplicar el primer test denominado de Haynes-Sacket para medir el cumplimiento terapéutico auto comunicado. El método se describe más adelante.

4.5.3. 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, elaboro 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.

4.5.4. 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 informo 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.

Se aplicó el test de Moriski – Green – Lavine para confirmar el estado del cumplimiento terapéutico. Posteriormente el investigador procedió a aplicar el cuestionario para identificar factores particulares que influyen sobre la no adherencia del paciente.

Al término de la encuesta y como parte final de la interacción con el paciente el investigador procederá 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. Si se evidenciaran con el paciente los potenciales problemas asociados con medicamentos y se le dejará un reporte escrito de las sospechas para que el paciente pueda informarlas en su próximo control con el médico. Si las observaciones fuesen muy graves y comprometieran la salud del paciente se le motivará a recurrir de manera urgente al Servicio de Salud.

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

4.6. Técnicas e instrumentos

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

4.6.1. Test del cumplimiento autocomunicado o test Haynes-Sackett:

Este test consta de dos partes. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, ya que directamente contestaría que sí se la toma; para esto, en el entorno de una amable conversación, le haríamos ver la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación introduciendo la siguiente frase: “La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos.” Posteriormente, y como segunda parte del test, se le haría 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

considera cumplidor aquel hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento auto comunicado se sitúa en el 80-110%.

Cuadro 2: Evaluación de las respuestas del test de Hayness- Sackett

PREG 1	¿Es difícil tomar medicamentos todos los días verdad?	Si=1 No=0
PREG 2	¿En las semanas cuantas veces se olvida de tomar sus medicamentos? a)Se olvida más de 5 días a la semana b)Varios días, más de 1 menos de 5 c) Al menos 1 d) Nunca se olvida	3 2 1 0

4.6.2. Método de Recuento de Comprimidos

Para poder calcularlo, procederemos de la manera siguiente:

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

2°. En la primera visita se anotó el número de comprimidos que tiene en su poder el paciente y se revisó la receta para determinar la cantidad que debió haber consumido. Se 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 volverán 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 porcentaje. Se considera que los límites de ese porcentaje, que definen el buen cumplimiento, se sitúan en el consumo del 90-100% de los comprimidos prescritos. Valores superiores o inferiores a estos niveles expresan el incumplimiento (hipo o hipercumplimiento). Este método tiene ciertas limitaciones y sobreestima el cumplimiento. Se supone que este problema se obvia cuando el recuento, tal como se propone en la presente investigación, se realiza en el domicilio del paciente y sin previo aviso.

4.6.3. Test de Morinsky, Green y Levine.

Denominado Medication Adherent Scale (MAS) el cual consiste en una escala de 5 ítems con SI y NO como opciones de respuesta. 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. Un paciente que responde si a alguna de las cuatro preguntas es considerado definitivamente incumplidor. Los pacientes cumplidores deberían responder No a las 4 preguntas. El instrumento se aplicó en la segunda visita y tiene un tiempo promedio de aplicación de 7 minutos.

Cada pregunta del instrumento consto de cinco respuestas estándares valoradas según una escala de Lickert puntuada del 1 al 5. El puntaje mayor por respuesta se asignó a aquella que favorezca mejor la adherencia.⁽³⁸⁾

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

OBSERVACIONES:

.....

4.7. Criterios Éticos.

Los datos personales de los pacientes constaron 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 serán conocidos por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización. Los datos permanecieron en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la investigación. Por consiguiente, los datos sobre los sujetos, recogidos en el curso del estudio se documentarán de manera anónima en la base principal del estudio, y se identificarán mediante un número, sus iniciales y la fecha de nacimiento en una base de datos informática.

4.8. 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 confeccionarán tablas de doble entrada para el análisis de los resultados de cumplimiento terapéutico.

Cuadro 4: Evaluación de las alternativas de resultados posibles que podrían alcanzar los pacientes en el test de Hayness – Sackett y su categorización.

Categorización	Suma de valor de respuesta a las dos preguntas
Muy incumplidor	3 a mas
Incumplidor	2
Ligeramente incumplidor	1
	0

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.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados.

TABLA 1

Distribución de los pacientes encuestados según, edad, sexo y presión arterial en el Centro de Salud MIGUEL GRAU– distrito El Porvenir – Trujillo. Abril a diciembre 2013.

VARIABLE	Nº	PROM. EDAD	PROM. DE P.A. SISTÓLICA (1º y 2º) VISITA	PROM. P.A. DIASTÓLICA (1º Y 2º) VISITA
MUJERES	12	66.5	152.92	91.45
TOTAL		66,5	152.92	91.45

TABLA 2

Comparación de los test de recuento de tabletas, Haynes Sackett, Morisky Green Levine aplicados en los pacientes hipertensos en el Centro de Salud MIGUEL GRAU, distrito El Porvenir – Trujillo. Abril a diciembre del 2013.

PACIENTES	HS	% HS	RT	% RT	MGL	% MGL
CUMPLIDORES	2	16.7	2	16.7	3	25
NO CUMPLIDORES	10	83.3	10	83.3	9	75
TOTAL	12	100	12	100	12	100

5.2. Análisis de Resultados

En la tabla 1, se puede apreciar la evaluación del sexo, edad, presión arterial sistólica y diastólica, encontrándose que el promedio de edad 66,5. En la primera y segunda visita tuvieron un promedio de presión sistólica 152.95 mmHg mientras que en la primera y segunda visita su promedio diastólico fue 95.45 mmHg. La hipertensión está más acentuada en casi todos los pacientes de sexo femenino. En cierta forma esto coincide con un estudio realizado por Sánchez y cols. Que reportan para un Hospital de España que el grado de incumplimiento de los pacientes ambulatorios fue del 57%, y relacionan directamente los resultados con la edad, y el número de medicamento prescrito 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%).⁽¹⁸⁾

En la tabla N° 2, se observa la comparación de los resultados de los tres test aplicados a los doce pacientes hipertensos encuestados en el Centro de Salud MIGUEL GRAU, habiendo obteniendo resultados como el 83.3%, 83.3%, y el 75% de los pacientes son incumplidores que se adhieren al tratamiento aplicando los test HS, RT, MGL; respectivamente.

De acuerdo a lo encontrado en esta tabla, en un estudio realizado por Castaño Castrillon J y Col, en un estudio realizado tuvo por objetivo buscar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud (Colombia) 2011, donde se encontró una adherencia terapéutica promedio de 45%; cumplimiento del test Morisky – Green. Los factores que más influyen sobre la adherencia terapéutica son aquellos relacionados con las actitudes del paciente como la falta de educación, y desconocimiento sobre su patología. Se concluye que la adherencia al tratamiento de la hipertensión valorada por distintos métodos es regular ya que existen factores negativos de mayor influencia sobre la adherencia terapéutica ⁽²⁰⁾.

Estos resultados también tienen similitud con los estudios presentados por Villacorta D. quien tuvo por objeto medir el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. La Esperanza - Trujillo. (Perú) 2013, donde 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. Estos datos reflejan similitud a los datos arrojados en la presente investigación según los test de MoriskI Green Levine (MGL).⁽²⁸⁾

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.

- Se llegó a la conclusión que el grado de adherencia influye de manera significativa, encontrándose un mayor porcentaje en el test de Morisky Green Levine de 25 %.
- Se determinó porcentajes de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, en los test: Morisky Green Levine (MGL) 25 %, recuento de tabletas 16.7% y Haynes Sacket 16.7%.

6.2 Recomendaciones.

- Se recomienda brindar intervención educativa acerca de la importancia de la adherencia terapéutica a pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.
- Se recomienda la participación integral y activa por parte del personal de salud (médico, químico farmacéutico, enfermera, técnicos en salud), a la misma vez es necesario implementar métodos de comunicación con el paciente, con el objetivo de mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, llevar un mejor control de su problema de salud y mejorar su calidad de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. P.M. Kearney, M. Whelton, K. Reynolds, P. Muntner, P.K. Whelton, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data *Lancet*, 365 (2005), pp. 217–223.
2. Public Health Agency of Canada. Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Hypertension in Canada, 2010. Ottawa (ON): The Agency [Internet]; 2011. Disponible en: www.phacaspc.gc.ca/cd-mc-cvd-mcv/ccdss-snsmc-2010/index-eng.php.
3. S. Barquera, I. Campos-Nonato, L. Hernandez-Barrera, *et al.* Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006.
4. A.D. Lopez, C.D. Mathers. Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030.
5. A. Rodgers, M. Ezzati, S. Vander Hoorn, A.D. Lopez, R.B. Lin, C.J. Murray. Distribution of major health risks: findings from the Global Burden of Disease study.
6. M.J. C' Donnell, D. Xavier, L. Liu, S.L. Chin, H. Zhang, S.L. Rao “Melacini, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the interstroke study): a case” control study.
7. Norma Oficial Mexicana. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Diario Oficial de la Federación. 2001; enero 17.
8. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008.

9. A.V. Chobanian, K.A. Bakris, G.L. Black, *et al.* Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
10. M. Zhang, Y. Meng, Y. Yang, Y. Liu, C. Dong, J. Xiao, *et al.* Major inducing factors of hypertensive complications and the interventions required to reduce their prevalence: an epidemiological study of hypertension in a rural population in China.
11. C.L. Roumie, S. Ofner, J.S. Ross, L.S. Williams, G. Arlin, D.L. Ordin, *et al.* Prevalence of inadequate blood pressure control among veterans after acute ischemic stroke hospitalization: a retrospective cohort.
12. B.H. Chew, I. Mastura, S. Shariff-Ghazali, P.Y. Lee, Cheong At, Z. Ahmad, *et al.* Determinants of uncontrolled hypertension in adult type 2 diabetes mellitus: an analysis of the Malaysian diabetes registry 2009.
13. M. Thoenes, P. Bramlage, S. Zhong, S. Shang, M. Volpe, D. Spirik Hypertension control and cardiometabolic risk: a regional perspective
14. Adherence to Long-Term Therapies-Evidence for Action who [Internet]; 2003. [Citado.2015.oct.13]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/>.
15. L. Osterberg, T. Blaschke. Adherence to medication. *N. Engl J Med*, 353 (2005), pp. 487–497.
16. M. Burnier Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *Am J Hypertens*, 19 (11) (2006), pp. 1190–1196
17. Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. 2010, pág. 1.

18. Sánchez y cols. Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados. Efectividad de la actuación Farmacéutica. FAP • Volumen 5, n. ° 4 2007.
19. Hernández Simón P, Micas C, González Pérez P, Rodríguez Radial L. Crisis hipertensivas. Monocardio 2003; 4 (v): 250-261
20. Castaño-Castrillón J. y Cols. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Méd Colombia 2011; 134:65-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n1/art09.pdf>. El 13/11/09.
21. Rio-Valle J. y Col. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Artículos especiales. Aten Primaria. 2008; 40(8):413- disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
22. Zanchetti. Consenso Latinoamericano de prevalencia sobre Hipertensión Arterial. 2001, Vol.6, No.2. Desde: http://www.sac.org.ar/Sociedades/cc_latam_hta.pdf. Tomado el 28/01/08
23. Agustí. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peruanav. 23. Lima, Mayo Agosto. 2006; 23(2):7075. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172006000200005. El 10/013
24. Romero Sajami Marco y Tanchiva Iñape. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Iquitos-Perú. Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos del CAP III- Metropolitano Iquitos- Es Salud- año 2012; 32(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm#cargo.

25. CENSO. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. *Salud Pública México* 2002; 40:339-346.
26. Arana G y Col. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Es Salud, Trujillo. *Revista Médica Herediana* vol.12 no.4 Lima Oct. 2001. Print ISSN 1018-130X
27. Mangum Martínez SR, Soto. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3): 181-188.
28. Villacorta D. Grado de Adherencia Terapeutica en pacientes hipertensos. Trujillo. Perú 2013.
29. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *Journal of Hypertension* 2001, Vol.6, No.2. Desde: http://www.sac.org.ar/Sociedades/cc_latam_hta.pdf. Tomado el 28/01/08.
30. Declaración de la OMS/SIH sobre el manejo de la hipertensión. Grupo de Redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de hipertensión 2003.p. 1-3.
31. Gamboa R y col. Más allá de la hipertensión arterial. *Acta méd. peruana* [online]. 2010, vol.27, n.1 [citado 2016-11-22], pp. 45-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172010000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.

32. Machuca GM, Parras MM. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, España. Desde: <http://www.farmaefarma.com.br/imagens/guia%20HTA.pdf>. Tomado el 06/06/05.
33. Haynes L. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Algoritmo diagnóstico Distrito Sanitario Huelva. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Vol. 1. Núm. 1. Abril 2004. Tomado de: <http://www.sehleha.org/cumplimien/algoritmo1.pdf>
34. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care Esp. [Revista en línea]. 1999. [Cita. do el. 09. Nov. 2014]; (1): 97-106. Disponible en: <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ2/docs/basterra.pdf>.
35. Libertad M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Dic [citado 2017 Feb 11]; 30(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es.
36. Martín Alfonso, Sanchez Cisneros, Ortiz. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev Cubana Salud Pública 2007;33(3).
37. The ALLHAT Officer and Coordinators for the ALLHAT Collaborative research Group: Major Outcomes in high risk hypertensive patients randomized to angiotensin converting enzyme inhibitors, calcium channel blockers versus diuretics: the Antihypertensive and Lipid lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002; 288; 2981-2997

38. Morisky DE. Green LW. Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.

39. Zurera Delgado Inmaculada, Caballero Villarraso M^a Teresa, Ruíz García Margarita. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Feb 12]; 17(4): 251-260. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842014000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000400003>.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1:

Carta de presentación al centro de salud “MIGUEL GRAU”, distrito el porvenir- Trujillo. 2013.

Señor:

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitar por su intermedio las facilidades para que el Alumno: **RISCO VENTURA RICHARD ALEXANDER**, pueda acceder a los registros de pacientes diagnosticados con hipertensión que regularmente se atienden en su servicio y programar con ellos una visita, dentro del marco de un proyecto de Atención Farmacéutica que tiene por objetivo identificar razones potenciales o reales que inciden sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas acerca del uso de medicamentos.

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

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

Atentamente.

ANEXO 2:

FICHA PARA EL CONCENTIMIENTO INFORMADO DEL
PACIENTE. Carta modelo para el consentimiento informado.

FICHA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL
PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica para paciente
hipertenso.

Declaración del paciente:

1.- Acepto libremente participar de este programa de Atención Farmacéutica Desarrollado por el centro de salud MIGUEL GRAU del Distrito el porvenir- Trujillo y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de salud del Paciente hipertenso.

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD°

DIRECCION:

TELEFONO: _____ FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

FECHA DE PRIMERA VISITA:

ANEXO 3:

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

COD° PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

1.- DATOS

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

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

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL):_ _____

2.- DATOS DEL MÉDICO Y/O INSTITUCION DONDE FUE DIAGNOSTICADO Y/O CONTROLA SU

TRATAMIENTO PARA LA HIPERTENSION.

Nº	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

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

6.2. 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	FFPP	A: DOSIS	B: FREC. DE DOSIS/DIA (horas de toma)	FECHA DE PRESCR.	E: Cantidad de unidades de medicamento 1º visita	F: Unidades adquiridas de medicamento	G: Cantidad de unidades de medicamento 2º visita
----	------------------------	------	----------	---------------------------------------	------------------	--	---------------------------------------	--

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

.....
 ...

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
		Días desde la	
DOSIS	FREC. DE		

$A \times B \times C = D$

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

			H
Cantidad de unidades de medicamento 1º		Cantidad de unidades de medicamento 2º	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	3	4
FECHA				

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

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

10.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSION				
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..... CORREGIMNASIO..... 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 SUP

ANEXO 4:

Ficha 02. Hoja de información Farmacoterapéutica. Programa de atención farmacéutica para paciente hipertenso.

PACIENTE COD. Nº:

FECHA: NOMBRE:

MEDICAMENTOS QUE TOMA EN ESTE MOMENTO PARA OTRA ENFERMEDAD

Nombre 1:	
1.¿lo toma? 2.¿para qué? 3.¿quién lo recetó? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo lo toma?	6.¿cuánto toma? 7.¿cómo lo toma? 8.¿hasta cuándo lo tomará? 9.¿tiene dificultad para tomarlo? 10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 2:	
1.¿lo toma? 2.¿para qué? 3.¿quién lo recetó? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo lo toma?	6.¿cuánto toma? 7.¿cómo lo toma? 8.¿hasta cuándo lo tomará? 9.¿tiene dificultad para tomarlo? 10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 3:	
1.¿lo toma? 2.¿para qué? 3.¿quién lo recetó? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo lo toma?	6.¿cuánto toma? 7.¿cómo lo toma? 8.¿hasta cuándo lo tomará? 9.¿tiene dificultad para tomarlo? 10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 4:	
1.¿lo toma? 2.¿para qué? 3.¿quién lo recetó? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo lo toma?	6.¿cuánto toma? 7.¿cómo lo toma? 8.¿hasta cuándo lo tomará? 9.¿tiene dificultad para tomarlo? 10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 5:	
1.¿lo toma? 2.¿para qué? 3.¿quién lo recetó? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo lo toma?	6.¿cuánto toma? 7.¿cómo lo toma? 8.¿hasta cuándo lo tomará? 9.¿tiene dificultad para tomarlo? 10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 6:	
1.¿lo toma? 2.¿para qué? 3.¿quién lo recetó? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo lo toma?	6.¿cuánto toma? 7.¿cómo lo toma? 8.¿hasta cuándo lo tomará? 9.¿tiene dificultad para tomarlo? 10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?

ANEXO 5:**REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS**

Nombre 1:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 8:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?

ANEXO 6:

Cuadro de Distribución de los pacientes encuestados según sexo, edad, presión arterial y promedio de tiempo invertido en cada visita en el Centro de Salud “MIGUEL GRAU” del Distrito el Porvenir-Trujillo. Abril –Diciembre, 2013

N°	SEXO	EDAD	P.A.S	P.A.D		P.A/D
				1era	2da	
1	F	65	170	100	160	95
2	F	62	160	90	160	90
3	F	68	150	95	155	90
4	F	73	170	85	150	90
5	F	69	140	80	150	85
6	F	68	150	95	150	93
7	F	71	145	93	140	90
8	F	62	145	90	140	86
9	F	64	150	85	135	85
10	F	59	155	100	170	100
11	F	67	160	90	150	95
12	F	60	160	95	155	98
Promedio Fem.	12	66.5				
Promedio Masc.	0	0				
Promedio						
Promedio Total, de P.A. en las 2 visitas			152.95 / 91.45			

ANEXO 7:

Mapa de ubicación DEL Centro de Salud “MIGUEL GRAU” del Distrito el

Porvenir-Trujillo. Abril –Diciembre, 2013

