

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA DOCTORAL EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA



“FACTORES INFLUYENTES SOBRE EL ESTADO DE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE
PACIENTES HIPERTENSOS”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

AUTOR: Ms. PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL
ASESOR: Dr. PEDRO MARCELO ALVA PLASENCIA

TRUJILLO - PERÚ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA DOCTORAL EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA



“FACTORES INFLUYENTES SOBRE EL ESTADO DE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE
PACIENTES HIPERTENSOS”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

AUTOR: Ms. PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL
ASESOR: Dr. PEDRO MARCELO ALVA PLASENCIA

TRUJILLO - PERÚ

JURADO DICTAMINADOR

Dra. ANA MARÍA GUEVARA VÁSQUEZ
PRESIDENTA

Dr. SALOMÓN ALVA BAZÁN
SECRETARIO

Dr. PEDRO MARCELO ALVA PLASENCIA
MIEMBRO

A todos los profesionales Farmacéuticos del Perú que perciben la necesidad de humanizar la profesión y desligarla de los espurios compromisos comerciales que desvirtúan su rol social. A todos aquellos que se esfuerzan por enseñar que la Atención Farmacéutica no es más que una visión ideal y que la verdadera misión se construye día a día con los esfuerzos constantes en la implementación de Buenas Prácticas de Farmacia y en especial del Seguimiento Fármaco Terapéutico, como verdadera contribución de la profesión farmacéutica al mejoramiento del estado de salud en el Perú.

Profundo agradecimiento para todos mis familiares y amigos que componen mi núcleo familiar. A mis hijos, Diego y Leila, los mejores frutos que daré en mi vida, a mi esposa, Anita, complemento de mi ser, a mi hermana Cecilia, a mis hermano/as, sobrinos, primos, amigos... a mis hijitas Lola y Madonna, que entregan su amor incondicional a punta de ladridos y lengüetazos. Todos Ustedes han contribuido desde su entendimiento, posición, interés y actitud de manera directa o indirecta) para este nuevo logro. La tranquilidad intelectual que se necesita para producir este documento solo se consigue en un medioambiente apropiado que afortunadamente lo tengo y lo disfruto con todos Ustedes a mi lado. El estar Siempre conmigo y saber que se alegran por mis pequeños triunfos es motivación suficiente que me impulsa a continuar con mi aprendizaje.... Gracias.

Dedico este esfuerzo a Elia, que más que una buena tía se ha convertido en nuestra Mamá y Abuelita. Que nos adoptó como sus hijos o nietos, vive para nosotros y nuestra vida sin ella sería un desastre. Infinitas Gracias.

ÍNDICE

Contenidos	Pag.
Resumen y palabras clave	viii
Summary and key words	ix
Glosario de términos	10
I. Introducción	12
1.1. Realidad Observable	14
1.2. Antecedentes	17
1.3. Justificación	21
1.4. Problema	24
1.5. Objetivos	24
1.5.1. Objetivo General	24
1.5.2. Objetivos Específicos	25
II. Marco Conceptual	26
2.1. Hipertensión Arterial	26
2.2. Adherencia al tratamiento farmacológico	28
2.3. Factores que Influyen en la adherencia al tratamiento	32
2.3.1. Factores relacionados con la terapia farmacológica	34
2.3.2. Factores relacionados con el paciente	35
2.3.3. Factores relacionados con la enfermedad	37
2.3.4. Factores relacionados con el sistema salud	38
2.3.5. Factores socioeconómicos y demográficos	39
2.4. Métodos para medir la adherencia al tratamiento	41
2.5. Determinación de los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento.	44
III. Material y métodos	45
3.1. Pacientes en estudio	45
3.2. Método y procedimientos	47
3.2.1. Método	47
3.2.2. Procedimiento	47
3.2.2.1. Oferta del servicio de SFT, captación de los pacientes	48
3.2.2.2. Levantamiento de la información	48
3.2.2.3. Evaluación de la información	49
3.2.2.4. Intervención y Seguimiento para cambiar el estado de situación y solucionar los problemas con medicamentos.	49
3.2.2.5. Evaluación de los resultados	49
3.3. Técnica e instrumentos	50
3.3.1. Instrumentos para medir adherencia al tratamiento	50
3.3.1.1. Test de Morisky, Green y Levine	50
3.3.1.2. Test del cumplimiento autocomunicado o test Haynes-Sackett	51
3.3.1.3. Método de Recuento de Comprimidos.	52

Contenidos	Pag.
3.3.2. Instrumento para medir los Factores Influyentes sobre el Cumplimiento Terapéutico.	53
3.4. Criterios éticos	56
3.5. Plan de análisis	56
IV. Resultados	59
4.1. Resultados sobre adherencia.	59
4.2. Resultados sobre los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento.	61
V. Discusión de resultados.	70
5.1. Sobre el estado de la adherencia.	70
5.2. Sobre los factores que influyen sobre la adherencia	78
5.2.1. Análisis específico del impacto de los factores incluidos en el instrumento.	81
5.2.1.1. Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno	81
5.2.1.2. Influencia del conocimiento de la propia de la enfermedad.	85
5.2.1.3. Influencia del conocimiento del valor de los medicamentos y del tratamiento.	86
5.2.1.4. Influencia de la percepción del trato del personal de salud.	89
5.2.1.5. Influencia de los factores socioeconómicos y demográficos.	91
VI. Conclusiones	96
VII. Propuestas y recomendaciones.	97
VIII. Referencias bibliográficas.	100
IX. Anexos.	111
Anexo 1. Ficha para el consentimiento informado del paciente.	111
Anexo 2. Fichas para el levantamiento de la información farmacoterapéutica.	112
Anexo 3. Procedimiento para medir y controlar la presión arterial	118
Anexo 4. Prueba de fiabilidad del instrumento.	119
Anexo 5. Correlación entre los valores promedio de presión sistólica y los resultados del TFI.	121
Anexo 6. Correlación entre los puntajes del TFI y la edad de los pacientes de Santa.	122
Anexo 7. Correlación entre los puntajes del TFI y la edad de los pacientes de Trujillo.	122
Anexo 8. Correlación entre los puntajes del TFI y los valores de PA sistólica de los pacientes de Santa.	123
Anexo 9. Correlación entre los puntajes del TFI y los valores de PA sistólica de los pacientes de Trujillo.	123
Anexo 10. Mapa de Ubicación de los Establecimientos de Salud de Trujillo donde se captaron los pacientes de la muestra.	124
Anexo 11. Mapa de Ubicación de los Establecimientos de Salud de Santa donde se captaron los pacientes de la muestra	125

RESUMEN

OBJETIVOS: La investigación tuvo como objetivos determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos y los factores influyentes para la no adherencia. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Bajo un modelo de seguimiento Farmacoterapéutico domiciliario se abordaron 204 pacientes de las provincias de Trujillo y Santa (84 y 120 respectivamente) entre noviembre de 2010 y enero de 2011. Para determinar el grado de cumplimiento se utilizaron tres test normalizados: test de Haynes - Sackett, test de Morisky - Green - Lavine y el test de Recuento de Tabletas. Para determinar los factores que influyen sobre la no adherencia se utilizó un test de 20 preguntas agrupadas en 5 dimensiones reportados como los más influyentes. **RESULTADOS:** Los resultados muestran un alto nivel de coincidencia de pacientes no adherentes en los tres instrumentos tanto en Trujillo como Santa (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%). **CONCLUSIONES:** Los pacientes hipertensos de Trujillo y Santa son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes son la influencia del entorno social y la percepción del trato del personal de salud.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Hipertensión, Factores que influyen sobre la adherencia.

SUMMARY

OBJECTIVES: The objectives were to determine the degree of therapeutic adherence of hypertensive patients and its determinants. **MATERIALS AND METHODS:** Under a pharmacotherapy follow up model, 204 patients attended in public facilities from Trujillo and Santa were interviewed between November 2010 and January 2011. Adherence degree was diagnosed by three normalized test: Haynes - Sackett, Morisky - Green - Lavine and Counting tablets test. The negative determinants of no adherence were identified by a 20 questions test based on those factors proposed by the World Health Organization as mayor components of unaccomplished. **RESULTS:** High level of coincidence among three tests used to measure non adherence was detected in Trujillo and Santa (60.83 y 79.76% respectively). Social environment (27.47% y 22.72%) and health personnel performance (20.7% y 20.53%) were the most negative dimensions. Individually most negative factors were self-medication (13.53% y 8.61%) and non-compliance of appointments (12.88 y 7.59%). **CONCLUSIONS:** Hypertensive patients of Trujillo and Santa provinces are non-adherents to medical treatment and most negative contributors are patient social environment and the patient perception of health workers performance.

Key Words: Hypertension, Therapeutic adherence, Influencing factors among adherence.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **ARA-II:** Antagonistas de los receptores AT1 de la Angiotensina II.
- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **DM2:** Diabetes Mellitus tipo2.
- **ECV:** Enfermedad Cardiovascular.
- **EESS:** Estado de Situación
- **EF:** Establecimiento Farmacéutico
- **FFT:** Ficha Fármaco Terapéutica.
- **FRCV:** Factores de Riesgo Cardiovascular.
- **HTA:** Hipertensión Arterial.
- **IAM:** Infarto Agudo de Miocardio.
- **IC:** Insuficiencia Cardíaca.
- **IECA:** Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina.
- **IF:** Intervención Farmacéutica.
- **JNC VII:** Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.
- **mmHg:** milímetros de mercurio.
- **M-G-L:** Morisky, Green y Levine.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PA:** Presión Arterial.
- **PA/CT:** Presión Arterial y Colesterol Total.
- **PAD:** Presión Arterial Diastólica.
- **PAS:** Presión Arterial Sistólica.
- **PRM:** Problemas Relacionados con Medicamentos.
- **RCV:** Riesgo Cardiovascular.
- **RNM:** Resultados Negativos asociados a la Medicación.
- **SFT:** Seguimiento Farmacoterapéutico.
- **TA:** Tensión arterial
- **TBC:** Tuberculosis.
- **TFI:** Test de factores influyentes.

I. INTRODUCCIÓN.

Los pacientes luego de una consulta médica usualmente reciben un documento que contiene un listado de medicamentos que deben adquirir e indicaciones para su consumo. Luego de surtir su receta en una farmacia autorizada los pacientes ambulatorios regresan a su domicilio y ejercen su libertad para decidir si realmente consumirán los medicamentos, cómo lo harán y en qué condiciones.

La responsabilidad del Químico Farmacéutico, según el marco regulatorio vigente, es revisar la calidad de la prescripción antes de la dispensación, precisar las indicaciones del médico, asegurarse que el paciente las entienda y entregar recomendaciones sobre la aplicación del medicamento y su almacenamiento. Todos estos aspectos corresponden al ejercicio profesional de las buenas prácticas de prescripción y dispensación¹.

Posteriormente y ya en la intimidad de su hogar los propios pacientes toman la decisión de cómo usar los medicamentos de acuerdo a su propio entendimiento de las indicaciones recibidas y de lo que manda la receta. Convergen también en este momento crucial la influencia de su sentido común y la realidad socio cultural y económica en la que vive².

En el Perú no existe por el momento un procedimiento implementado que permita determinar el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas. Es decir, no es posible asegurar la calidad del uso de los medicamentos por los pacientes y aún subsiste la duda sobre el resultado final de la medicación.

Si los pacientes no cumplen estrictamente las indicaciones médicas es probable que el resultado del tratamiento no sea el esperado por el médico prescriptor. Peor aún, la no adherencia al tratamiento es un factor que influye inversamente sobre la eficacia de la prevención, curación y disminución de los efectos de las enfermedades que necesitan tratamiento con medicamentos. Si los pacientes no cumplen con las indicaciones farmacológicas es probable que no se cure, continúe enfermo o aún peor su estado de salud agrave².

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico como problema sanitario es un factor de riesgo importante sobre todo en el caso de enfermos crónicos cuyo estado de salud depende del uso diario y permanente de medicamentos. Así mismo, se ha estimado que el efecto del incumplimiento de las indicaciones médicas no solo es negativo sobre la salud pública si no que tiene además un impacto muy negativo sobre todo el sistema de salud y hasta económicos teniendo en cuenta los escasos recursos destinados y la necesidad de usar cada vez tratamientos más complejos³.

Sobre los factores que influyen negativamente sobre la adherencia a las indicaciones farmacológicas se han realizado varias investigaciones en las que se ha concluido como los más resaltantes las percepciones de los pacientes, sus actitudes y comportamientos frente a una enfermedad específica, que a su vez dependen de muchos otros que evidencian la complejidad y el origen multifactorial del problema^{4,5}.

Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, en las que los niveles altos de presión arterial son un indicador de la gravedad, dependen del uso permanente de medicamentos. Fallas en la adherencia a las indicaciones farmacológicas para el uso de medicamentos antihipertensivos degeneran en el agravamiento de las condiciones del paciente y son un factor de riesgo muy alto de morbimortalidad⁶.

La organización Mundial de la Salud ha sugerido esfuerzos intensos de los profesionales de la salud para comprender y mitigar las causas de los fallos en los tratamientos con medicamentos a través de la provisión de diagnósticos coherentes, la prescripción racional de medicamentos y la implementación de estrategias para asegurar el éxito de las terapias con medicamentos⁷.

Lamentablemente estas actividades de seguimiento a los pacientes post prescripción y dispensación van más allá de las responsabilidades usualmente asumidas por los profesionales. En el Perú existen programas específicamente estructurados para ejecutar tal seguimiento como el dirigido a pacientes con

tuberculosis o el de pacientes infectados con VIH que tienen estas prioridades debido a la percepción del riesgo que representan estas enfermedades para la salud pública y el elevado costo de los medicamentos. Sin embargo no existen estrategias normalizadas y protocolizadas para lograr concientizar a pacientes que sufren otras enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, asma y otras que sin embargo por las características patognomónicas de la enfermedad deben usar de manera regular medicamentos de acuerdo a pautas precisas que frecuentemente no se siguen y los pacientes tienen permanentemente que regresar a los establecimientos de salud por nuevas evaluaciones con el gasto adherido de tiempo, ocupación de recursos humanos, sobreuso de infraestructuras y gasto en medicamentos más complejos.

En este marco, la presente investigación pretende aportar para el mejor conocimiento de la prevalencia, el origen y las causas de la falta de adherencia a los tratamientos de los pacientes con presión arterial alta y a partir de los hallazgos diseñar y desarrollar estrategias de intervención comunitaria efectivas. Esperamos que los resultados, las conclusiones y recomendaciones puedan ser evaluados por las instancias decisorias del Ministerio de Salud y junto con las propuestas de otras investigaciones relacionadas generar las políticas públicas más apropiadas para promover una conciencia social sobre la gravedad e implicancias de la falta de adherencia y cumplimiento de los tratamientos con medicamentos.

1.1. REALIDAD OBSERVABLE.

El perfil epidemiológico del Perú ha cambiado en los últimos años y los esfuerzos sanitarios junto con el progreso económico y social de la población han mejorado los estándares de salud pública. Las enfermedades prevalentes de mayor índice de mortalidad son ahora aquellas relacionadas con enfermedades crónicas tal como las enfermedades cardiovasculares^{6,8}.

La hipertensión arterial (HTA) es un signo de riesgo muy alto de enfermedad cardiovascular y de otras patologías. En los hospitales y servicios de salud la atención de hipertensos es muy frecuente y se han desarrollado estrategias de prevención y educación orientadas básicamente a mejorar los estilos de vida de los pacientes⁸.

Sin embargo, no existen estrategias claras orientadas hacia el control y vigilancia sanitaria del cumplimiento o adherencia a las indicaciones de tipo farmacológico dadas por el prescriptor. Tampoco existen métodos para evaluar si los pacientes toman o no los medicamentos o si los prescriptores realizan esfuerzos para fortalecer conductas favorables al cumplimiento. Como consecuencia los pacientes no internalizan que dejar de medicamentos puede ser detonante de crisis hipertensivas de efectos más dañinos.

Los pacientes hipertensos probablemente no asocian que el cumplimiento estricto de su medicación otorga beneficios para su salud. Al contrario, y como sugieren muchos estudios, subsisten influencias, creencias, hábitos y patrones culturales que los hacen proclives a dejar de tomar su medicación de manera permanente^{9,10}.

No es extraño que al visitar a los pacientes en sus domicilios se encuentren en sus botiquines cantidades importantes de medicamentos para enfermedades crónicas que recibieron en sus visitas de seguimiento en los servicios de seguros públicos. Los pacientes simplemente dejaron de tomar los medicamentos y las razones para este comportamiento van desde creencias negativas asociadas a los efectos de los medicamentos hasta la influencia de grupos religiosos que desestimulan el consumo de medicamento aduciendo que es más importante la fe en fuerzas divinas¹¹. Los medicamentos no usados finalmente caducan o en el peor de los casos son usados irracionalmente por otras personas, familiares o amigos a quienes los pacientes transfieren los medicamentos en el supuesto que obtendrán los mismos beneficios por presentar los mismos signos y síntomas.

Existen muchas investigaciones que han determinado las consecuencias del incumplimiento de las pautas farmacológicas de un paciente hipertenso. El efecto mayor en los pacientes incumplidores está asociado al alto riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares. En el caso de los Servicios de Salud se afectan en el cumplimiento de metas de cobertura, congestión de los servicios, desabastecimiento de medicamentos y aumento en los costos de tratamiento¹². 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 cardiovascular¹³.

Se ha señalado así mismo que los pacientes crónicos, en especial los hipertensos, son altamente incumplidores. El fenómeno es multifactorial y el análisis de las causas debe hacerse desde varios abordajes teniendo en cuenta la realidad del paciente, su entorno social, cultural y el grado de involucramiento de los profesionales y de los servicios de salud^{2,11,14-17}.

En la revisión de la bibliografía para encontrar referencias nacionales que muestren resultados que permitan identificar causas de no cumplimiento, sólo se encontraron estudios de prevalencia mas no abordajes cualitativos o cuantitativos con el objetivo de identificar causas o factores predictivos de no adherencia. Es evidente que sin esta información no será posible acercarse a definir un perfil claro de paciente hipertenso incumplidor y a partir de esta base proponer políticas y estrategias sanitarias con el objetivo de aumentar la adherencia a las indicaciones médicas por parte de los pacientes.

Se hacen imprescindibles por tanto investigaciones que permitan identificar las razones o factores internos o externos del paciente que son el origen de la desconfianza en la medicación formal y conducen al paciente hacia la inacción o en el peor de los casos hacia otras prácticas irracionales y dañinas.

Surgen de esta realidad los objetivos de la presente investigación que busca identificar el estado y los factores que influyen sobre la no adherencia a las indicaciones médicas y en base a los resultados proponer y desarrollar estrategias de atención y seguimiento farmacoterapéutico como contribución

impostergable de los profesionales químicos farmacéuticos al fortalecimiento de las estrategias sanitarias que tienen por objetivo el uso racional de los medicamentos.

1.2. 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 ¹².

De acuerdo con La Organización Panamericana de la Salud en el año 2004, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe oscila entre el 8% y el 30%. Los datos indican prevalencias de 22,8% en Chile, 26,1% en Argentina, 26,8% en Brasil, 32,4% en Venezuela y 33% en Uruguay ⁷.

A pesar de las acciones de prevención, tratamiento y control de la hipertensión, las estadísticas favorables han declinado levemente en años recientes. Esto en parte por que la hipertensión sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%) y de éstos, el 53,6% recibe tratamiento, pero el control adecuado sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados ¹⁸.

Orduñez, sostiene que un elevado número de pacientes que poseen valores altos de presión arterial no son conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas¹⁹.

Para el Perú, Agusti reporta 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. Sus resultados indicaron que el 55% de la población no supo que era hipertensa y de quienes recibieron tratamiento, solo 45,1% estaba compensado⁶.

No obstante, la severidad de la enfermedad los estudios disponibles señalan que un alto porcentaje de pacientes hipertensos, que oscila entre el 20% y 80%, no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario en cuanto al uso de su medicación, es decir son incumplidores o no adhieren las

prescripciones dadas por el médico²⁰. Esta situación independientemente de la definición de adherencia o cumplimiento del tratamiento es la causa más importante de la presión arterial no controlada²¹.

La variación en la prevalencia de la no adherencia o incumplimiento de la medicación se relaciona con las diferencias en los grupos de estudio, la duración del seguimiento, los métodos de evaluación y los regímenes medicamentosos empleados en diferentes estudios. Se ha calculado que, en el primer año de tratamiento, de 16 a 50% de los pacientes con hipertensión interrumpen sus medicamentos antihipertensivos y entre quienes siguen su tratamiento a largo plazo son comunes las pérdidas de dosis²¹.

Sánchez et al., reportan que el grado de incumplimiento de los pacientes ambulatorios en un Hospital de España fue del 57% y relacionan directamente los resultados con la edad, el número de medicamentos prescritos y ligeramente asociado al sexo femenino. Se señalan entre las causas de incumplimiento el olvido (34,1%), la dosificación incorrecta (28,4%), el desconocimiento del objetivo del tratamiento (23,9%), la despreocupación sobre el propio estado de salud (9,1%) y la aparición de reacciones adversas (4,6%)²².

Del mismo modo Martínez y cols. encontró que en España el 25% de los individuos auto comunica que el olvido, independientemente de la frecuencia de las tomas, es la causa de su incumplimiento²³. En otro estudio Artacho et al. afirman que en este mismo país el nivel de adherencia a cambiado con el tiempo y su prevalencia depende del tipo de instrumento utilizado para su determinación. Así ha pasado entre 1996 a 2006 de 52.9% a 28.4% medido con el Test de Morisky y de 66.3% al 50% medido con el test de Batalla²⁴.

En Latinoamérica la adherencia en hipertensión arterial oscila entre 37 y 52%^{5,25}. En Chile Mendoza et al. reportan que la prevalencia de la adherencia en pacientes hipertensos adultos mayores alcanzó hasta un 78.4% de la muestra de estudio⁴.

En nuestro país, en un Hospital en Trujillo perteneciente al Sistema de Seguro Público y en Lima en un Hospital Nacional se encontraron tasas de adherencia entre 54 y 63% respectivamente^{3,26}. Carhuallanqui et al. analizando estos resultados consideran que las diferencias podrían estar en las metodologías utilizadas y en el hecho que los pacientes asegurados reciben medicamentos de manera gratuita lo que podría introducir un sesgo debido a la apreciación del valor de los medicamentos por parte de los pacientes²⁷.

Mendoza Arana et al. en la investigación de Trujillo concluyen que existe una relación significativa entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y el control adecuado de presión arterial²⁶.

En cuanto a los factores que inciden negativamente sobre la adherencia de los pacientes hipertensos, Mendoza-Parra et al. en una investigación para identificar predictores de tal conducta, en adultos mayores hipertensos en una muestra de una región al sur de Chile encontraron que los más influyentes se encuentran principalmente en el hogar y en el entorno del paciente, por las costumbres familiares y su propia autopercepción de la enfermedad⁴.

Sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo influyen factores de diferente naturaleza. Libertad, en un estudio cualitativo concluye que los factores socioeconómicos, las características demográficas, psicológicas y aquellos asociados con la red familiar y social del paciente, la organización del servicio de salud, el funcionamiento del equipo de asistencia sanitaria, así como particularidades de la enfermedad y del tratamiento son los que deben ser considerados de manera integral en las intervenciones encaminadas a la reducción de este problema²⁸.

En este mismo sentido y para evidenciar el gran abanico de factores influyentes, Díaz y López en un estudio llevado a cabo con el objetivo de conocer la influencia del cumplimiento terapéutico sobre el éxito del tratamiento hipertensivo encontró en un Hospital de Venezuela que el incumplimiento terapéutico se presentó en un 46,6% de pacientes, en mayor proporción varones (75%), encontrándose como factores influyentes en dicho

incumplimiento el curso asintomático de la enfermedad (37%) y la falta de dinero para comprar el medicamento (36%). Una proporción menor argumentó el desconocimiento de su diagnóstico (23%). Los autores recomiendan el apoyo familiar como estrategia muy importante para mejorar el cumplimiento terapéutico²⁹.

Seabury et al. identificaron 6 áreas prioritarias en la investigación para mejorar los niveles de adherencia a los tratamientos. 1) predictores de adherencia, 2) Factores de la conducta que afectan la no adherencia, 3) medición del impacto de la no adherencia sobre los costos y los indicadores de salud, 4) Eficacia de las intervenciones existentes, 5) Desacuerdos entre los intereses entre los proveedores de los servicios y las fuentes que subvencionan los programas, 6) Entrenamiento dirigido a los proveedores del servicio y los agentes coordinadores³⁰.

En el Perú, existe escasas publicaciones que describan el fenómeno. Pinedo, en un estudio para determinar los factores que condicionan el nivel de adherencia de pacientes con tuberculosis concluye que los factores relacionados con las percepciones propias de los pacientes son los más significativos, así como aquellos relacionados con la percepción del servicio en los establecimientos de salud³¹.

En cuanto a la contribución profesional del farmacéutico para disminuir los efectos negativos de la hipertensión, Mangum, Martínez y Soto evidencian su contribución indispensable en instancias clínicas y comunitarias para la contención del riesgo que representa un paciente hipertenso con hábitos de vida poco saludables^{12,32,33}.

Jácome, afirma que el éxito de la intervención farmacéutica ha quedado demostrada sobre todo en pacientes hipertensos con problemas de adherencia o cumplimiento terapéutico, mejoras en la calidad de vida de los pacientes percepción de calidad de la atención farmacéutica y en la estabilización de los valores de HTA³⁴.

En el Perú existe evidencia de la eficacia de la Atención Farmacéutica y del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre el nivel de adherencia de pacientes hipertensos, aunque sin precisar las causas Ocampo concluye que es significativo el impacto de los programas hacia la adherencia al tratamiento ($p=0.003$)¹¹.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Se necesitan investigaciones que contribuyan a develar si los pacientes hipertensos que se atienden en diversos establecimientos de salud públicos son cumplidores o no de las indicaciones médicas del prescriptor e identificar las causas por las cuales no adhieren las indicaciones médicas acerca del uso de medicamentos.

No obstante que existe mucha evidencia acerca del impacto que tienen la atención farmacéutica sobre la calidad de vida y beneficios económicos en el tratamiento de los pacientes, y que tiene un enorme potencial para aumentar el valor para la sociedad de los servicios prestados por los farmacéuticos comunitarios y en el caso específico para la hipertensión; esta información no es suficiente, y es necesario establecer una base más amplia de investigaciones libres de todo prejuicio que permitan demostrar que la actuación del profesional farmacéutico consigue verdaderamente estos objetivos.

Tal como afirma Seabury a medida que los sistemas de salud continúen desarrollando estrategias para mejorar sus alcances, se necesita más y mejor información para guiar esfuerzos hacia el mejoramiento de la adherencia al tratamiento³⁰.

Mejorar la adherencia al tratamiento tiene una importancia crítica, pero, los objetivos que deben cumplir los pacientes, los proveedores de servicios y de manera general todos los involucrados en el sistema de salud son frecuentemente enigmáticos³⁵.

No obstante que el aumento de la adherencia a la medicación tiene el potencial de reducir costos de la atención de salud tanto como el aumento en la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes, su calidad de vida y los indicadores de salud existen limitadas revisiones sobre cómo integrar herramientas y estrategias que mejoren los niveles de cumplimiento de la medicación³⁵.

A pesar del volumen de investigaciones sobre este tópico aún existe un déficit importante de información básica acerca de como mejorar la adherencia a través de estrategias costo efectivas. Existe la necesidad de un mejor entendimiento de cuales áreas son las que pueden producir los mejores resultados y puedan ser utilizados por legisladores, proveedores del servicio, instituciones financiadoras u otros interesados para generar reales mejoras en la adherencia al tratamiento³².

En el Perú, desde hace algunos años se han difundido a través de certámenes científicos y académicos desde instituciones públicas y privadas y/o Universidades Peruanas, las bondades de la atención farmacéutica y las teorías y ejemplos acerca de su impacto en la percepción de la comunidad para el mejoramiento de la posición del farmacéutico como profesional sanitario. Sin embargo pocas investigaciones científicas se han realizado para describir las causas del fenómeno de la no adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.

Conocer los factores que originan la falta de adherencia al tratamiento permitirá implementar intervenciones farmacéuticas educativas para prevenir o disminuir los factores más influyentes. Pacientes conscientes de la importancia de ceñirse a las indicaciones médicas en cuanto a la toma de medicamentos tendrán probablemente un perfil de tensiones arteriales mejor controlado contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida.

Urge contribuir a determinar un perfil de paciente incumplidor identificando los factores predictores de la no adherencia. Con esta información los profesionales de la salud entregarán indicaciones precisas que disminuyan el

riesgo de incumplimiento o no adherencia a las indicaciones por parte del paciente.

Definir las características que configuran el perfil de un paciente incumplidor de su medicación servirá para reorientar las capacidades de los profesionales de salud y los farmacéuticos en su preparación profesional como experto de medicamentos. Conocer las causas de potencial abandono de la medicación, de las características y la influencia sobre estas conductas de las condiciones de vida será una información útil a partir de la cual se podrán proyectar estrategias educativas para prevenir su incidencia y prevalencia en la comunidad.

Tal como afirma Libertad, en un primer momento las acciones preventivas fruto de investigaciones aisladas parecerán un dispendio de esfuerzos y recursos que sin embargo en el mediano y largo plazo serán de un significativo ahorro para el sistema público sanitario en cuanto a personal, servicios y sobre todo medicamentos³⁶.

En el campo profesional la presente investigación se enmarca en las nuevas responsabilidades profesionales en el campo sanitario del Farmacéutico que exigen una actitud proactiva, previsor y educativa del profesional que pueda ser percibida como una necesidad por parte de la comunidad. Es decir, la generación de un rol social que justifique la presencia del farmacéutico desde los primeros niveles de atención y sustente su participación en todas las actividades de salud asociadas con el uso de medicamentos³⁷.

Según Clopés y Garção, los profesionales farmacéuticos están en una posición muy importante para identificar y asistir en la terapia farmacológica a los pacientes hipertensos^{20,38}. Sin embargo Hepler y Strand consideran que 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 relacionados con hipertensión u otros factores de riesgo³⁷.

Si bien existen referencias acerca de las causas de la no adherencia reportadas por la Organización Mundial de la Salud, es imprescindible determinar tales factores en nuestras particulares diferencias básicamente por que el desarrollo económico, las diferencias sociodemográficas, el acceso a medicamentos y el desarrollo del sector salud es diferente en el Perú a las realidades que reflejan las investigaciones que sustenta el reporte de OMS³⁹.

Finalmente, es necesario empezar a cerrar la brecha que existe entre la teoría y la práctica evidenciando resultados de investigaciones que tomen en cuenta nuestra realidad y las condiciones socio culturales y económicas en las cuales nuestros pacientes asumen su tratamiento farmacológico. Se necesitan de propuestas metodologías propias para pasar desde los discursos eruditos, normas insostenibles y reuniones estériles hasta el campo del desarrollo y la práctica concreta del servicio de atención farmacéutica, como una actividad profesional independiente del químico farmacéutico y dissociada de la dispensación.

1.4. PROBLEMA.

Sobre la base de los antecedentes y justificación expuestos nos propusimos dilucidar el siguiente problema: ¿Cuál es el estado y los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos que se atienden en establecimientos públicos de salud de las provincias de Santa y Trujillo durante los meses de noviembre de 2010 a enero de 2011?

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado y los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos que se atienden en establecimientos públicos de salud de las provincias de Santa y Trujillo durante los meses de noviembre de 2010 a enero de 2011.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.5.2.1. Determinar el estado de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que se atienden en establecimientos de salud de las provincias de Trujillo y Santa.

- 1.5.2.2. Determinar, entre los pacientes que resulten no adherentes, el impacto negativo de los factores propuestos por la Organización Mundial de la Salud relacionados con: el entorno del paciente, el conocimiento de la enfermedad, el conocimiento de los medicamentos, la percepción del trato del personal de salud y los factores económicos y demográficos.

II. MARCO CONCEPTUAL.

2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa⁴⁰. Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo⁴¹; 7,3 millones de esas muertes se debieron a cardiopatía coronaria y 6,2 millones por accidentes cerebrovasculares (ACV)⁴².

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la diabetes, el aumento de los lípidos y la hipertensión arterial⁴².

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad cardiovascular crónica. Según el séptimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII), se considera 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 mm Hg⁴³. Los valores referenciales de presión arterial (PA) son los siguientes:

Valores referenciales de presión arterial según el *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* de los Estados Unidos (JNC VII)⁽⁴⁵⁾.

Clasificación PA	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	< 120	< 80
Pre hipertensión	120 -139	80 - 89
HTA: Estadío 1	140 - 159	90 - 99

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 factores⁴⁶.

Justamente las acciones que conducen 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 normales⁴⁷. Sin embargo, el enfoque de su manejo ha pasado de ser un objetivo por si mismo a convertirse a su vez en un factor de riesgo que debe prevenirse y controlarse para evitar la aparición de enfermedades que involucran daño cardiovascular, cerebral, renal u ocular⁴⁴.

El objetivo primario del tratamiento antihipertensivo es mantener los valores de tensión arterial por lo menos por debajo de 140/90 mm Hg. para prevenir riesgos de morbilidad cardiovascular, incluidos episodios cardíacos, cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica, para lo cual es necesario, además, tratar los factores de riesgo modificables y las comorbilidades⁴³.

En cuanto al manejo farmacológico, el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión recomienda flexibilidad¹⁸. Se acepta como válido iniciar el tratamiento con diuréticos tiacídicos, β -bloqueadores, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, bloqueadores 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 casos⁴⁶.

En el Perú, Agusti⁶ sostiene que la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores que deben ser consumidos de manera regular con prescripciones estrictas que solo

pueden ser modificadas, alteradas o suspendidas por el propio prescriptor luego de controles y análisis de cada caso particular.

Sin embargo, la no-adherencia al tratamiento de la hipertensión 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 menores³⁹. 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 muerte⁴⁷.

Por ende, Libertad afirma que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, compromete gravemente su efectividad, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población, desde la perspectiva de calidad de vida y de economía en salud³⁶.

2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ya desde 1988, Trostle postulaba que el problema del no cumplimiento de las recomendaciones relativas a la toma de medicación y los cuidados de la salud (seguimiento de dietas, cambios en la vida cotidiana) constituyen una cuestión central y ampliamente discutida en los distintos campos profesionales de la salud en los últimos 50 años. Afirmó que se trata de un problema “endémico” en el proceso de los tratamientos en especial en enfermedades crónicas⁴⁷.

Desde el punto de vista médico, la adherencia se conceptualiza en términos de las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones y recomendaciones profesionales, sobre la base de teorías acerca de los comportamientos adecuados de los pacientes frente a los efectos de las enfermedades. Se propende así al cuidado con la expectativa del cumplimiento y pensando básicamente en las acciones que pueden poner en juego los individuos afectados⁴⁸.

Un enfoque diferente conceptualiza al paciente que adhiere a las recomendaciones como alguien que recibe del equipo de salud consejos, prescripciones y recomendaciones de cuidados, los cuales evalúa racionalmente de acuerdo a sus síntomas y recursos disponibles para tomar luego decisiones voluntarias a fin de maximizar los beneficios⁴⁹.

Desde esta óptica, los pacientes son visualizados como individuos con voluntad y razón convirtiéndose en la meta de los tratamientos que al alcanzarse son un logro basado en la autonomía del paciente, entendida como la capacidad del sujeto de elegir opciones conscientemente. Se trata de una hermenéutica intelectualista e individualista que otorga primacía a los individuos y sus estrategias, entendidas como elecciones adaptativas, y que propugna una relación íntima entre amenaza, cálculo del beneficio y motivación para la toma de decisiones⁴⁹.

En esta conceptualización, la adherencia se construye sobre la base de un modelo del “deber ser” que resulta en la construcción de tipologías que clasifican a los pacientes en más o menos racionales, es decir, en pacientes adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes. Esta idea va más allá del reconocimiento de la existencia de determinantes sociales y culturales que operan negativamente y que suelen presentarse como externas a las condiciones del paciente⁵⁰.

En cuanto a la definición operativa del término no existe un consenso general. En las diferentes definiciones que aparecen en la literatura médica y psicológica para referirse al fenómeno de adherencia al tratamiento médico se reconocen 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 pacientes²⁸.

En la literatura anglosajona dos son los términos más utilizados para denominar al mismo fenómeno: a) el de cumplimiento (compliance) y b) adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como:

cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Si analizamos primeramente el término “cumplimiento” la propuesta de definición de mayor aceptación es la de Haynes quien afirma que es: “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”⁵¹.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el significado del término cumplimiento es: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”. En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento programadas como parte del propio tratamiento²⁸.

Este término cumplimiento ha sido cuestionado sobre todo por que implica un restringido alcance en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Concretamente se sugiere que el término “compliance” puede emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que aquel tendría un rol pasivo y sumiso, considerándose al enfermo como incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen⁵².

Por su parte Karoly, considera que se trata de una definición técnica con importantes deficiencias: a) Tiende a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento. b) Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento y

c) Es reduccionista, sólo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos como por ejemplo, las motivaciones del paciente⁵³.

Con el fin de superar estas limitaciones se introdujeron otros términos que tratan de reflejar el mismo concepto, pero aportando elementos diferentes. Así por ejemplo Blackwell, citado por Basterra, propuso los vocablos adherencia o alianza terapéutica con el objetivo de expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente¹³.

Como alternativa para esta disyuntiva semántica se propone el vocablo adherencia. En lengua española adherencia se define como “convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso propuesto por la parte contraria”, aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación como la “parte contraria”; que sería el origen del cual dependería la conducta del paciente. Es decir, la conducta del paciente con respecto a su medicación no sólo depende de su propia responsabilidad sino también de las acciones efectuadas por el médico para darle claridad a sus indicaciones, al uso adecuado de los recursos para la comunicación efectiva y al tiempo dedicado para este fin entre otras cosas²⁸.

Desde otro punto de vista, Ferrer cita la definición del término “adherence” dada por DiMatteo y DiNicola como: “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”, la cual según Libertad representa un considerable avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido^{28,52}.

En cuanto a los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que 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 participación activa de la persona²⁸.

No obstante, los términos cumplimiento o incumplimiento siguen siendo los más utilizados en la práctica médico farmacéutica y es muy frecuente encontrar el uso de cumplimiento y adherencia indistintamente y como sinónimos^{13,52}.

Las diversas investigaciones sobre el tema se adhieren indistintamente a uno u otro término mientras que otros como Friedman y DiMatteo, prefieren hablar de “cooperación” para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones profesional de la salud-enfermo⁵⁴. Otros se deciden por el término cumplimiento como Rodríguez Marin y otros como Maciá y Méndez consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia terapéutica^{55,56}. Ferrer en cambio emplea indistintamente los conceptos de “cumplimiento o adherencia terapéutica”⁵².

Según Ferrer, en nuestro idioma ninguno de los términos parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto a ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y simultáneamente, implicación activa del paciente a estas y parece necesario dedicar a este tema cierta reflexión con vistas a lograr una denominación de consenso que posteriormente sea empleada de forma habitual, evitando confusiones al respecto, desconocimiento e incompreensión⁵².

En la presente investigación se usó el término de mayor aceptación que es la propuesta por Haynes en 1976 quien 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”^{13,28}.

2.3. FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

La falta de adherencia 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 efectos¹⁵.

Existen una serie de factores que intervienen en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales del paciente, de las capacidades del médico, de la relación médico-paciente, de las características de la propia enfermedad y del tipo de tratamiento prescrito⁵⁷. Sin embargo, no existe un grupo de variables específicas que pudieran ser útiles para definir al paciente incumplidor, y en diferentes estudios se concluye que las causas son multifactoriales⁹.

Las causas directas habitualmente reconocidas y más frecuentes de incumplimiento del tratamiento por los pacientes son los olvidos puntuales de las tomas de la medicación, el desconocimiento de porqué debe tomarla, el miedo a sentir efectos secundarios o la aparición de ellos. Así mismo se describen numerosas causas de incumplimiento originadas en comportamientos conscientes del paciente como pueden ser: la falta de convencimiento y motivación para tomar la medicación en un horario difícil, la creencia de que si no hay síntomas no hay enfermedad, el poco valor asignado a tomar la medicación en regímenes de varias veces al día o deja de tomar medicamentos durante un viaje¹⁰. Al mismo tiempo confluyen en el paciente factores como creencias sobre la inutilidad del tratamiento, discrepancia con el diagnóstico, el alto precio de los medicamentos o el no poder asistir a las consultas de control para recoger las recetas del medicamentos¹⁴.

Otros autores postulan una serie de barreras que favorecen el incumplimiento. Ejemplos son la falta de conocimiento sobre la enfermedad padecida, actitudes pre asumidas sobre ella y el desconocimiento del tratamiento prescrito⁴. Influyen, así mismo, factores relacionados con los medicamentos, la dificultad de recordar el horario de la toma, los efectos adversos producidos o el miedo a su aparición, la falta de soporte social, familiar o sanitario y por último razones propias del paciente para incumplir².

Diversos estudios e investigadores han tratado de agrupar los factores individuales para orientar las acciones de prevención de manera integral. Kirscht y Rosenstock citados por Grau consideraron como determinantes del grado de cumplimiento del régimen terapéutico a causas sociales, las

disposiciones psicológicas, el contexto social, las demandas situacionales y las interacciones con el sistema de cuidado¹⁶. Rodríguez Marín y Basterra citados por Zambrano et al. plantearon cuatro grupos de factores influyentes a los que denominó determinantes de la conducta de adhesión a las prescripciones médicas: la interacción con el profesional sanitario, las características del tratamiento, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente⁵⁸. Ferrer, Martín y Grau citados por Granados y Roales 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 salud⁹.

En este marco y para la presente investigación se tomó como referencia la propuesta de Sabaté, desarrollada en un documento patrocinado por la OMS denominado "Adherencia a terapias de larga duración: evidencias para actuar" del 2001 y luego revisado el 2004^{21,39,59}. En aquel informe técnico se señala que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción interrelacionada de cinco dimensiones: a) Factores relacionados con el tratamiento farmacológico; b) Factores relacionados con el paciente; c) Factores relacionados con la enfermedad; d) Factores relacionados con los sistemas de salud; e) Factores sociales y económicos.

2.3.1. FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA FARMACOLÓGICA

La conducta del paciente y sus percepciones acerca del tratamiento y la enfermedad son factores predictores de calidad de la adherencia al tratamiento¹⁷. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo diferente que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica¹⁵⁻¹⁷.

Varios estudios han demostrado que existe una marcada influencia de la complejidad de los tratamientos, que incide negativamente en la adherencia del paciente. Desde recordar los nombres de los medicamentos, su apariencia, las pautas posológicas repartidas en tomas desiguales por día, los cambios de la

terapia, y la duración de los tratamientos. Todas estas particularidades influyen negativamente en la motivación del paciente para seguir las indicaciones¹⁶.

Puede decirse que en conjunto las condiciones del tratamiento son factores influyentes que pueden actuar como los mejores predictores de la probabilidad de adhesión. Es seguro que cuanto más complejo es el tratamiento es mayor la interferencia en el estilo de vida del paciente. Por ejemplo, en tratamientos crónicos o profilácticos, y si además es escasa o inadecuada la supervisión menor será la adhesión¹⁶.

Se ha precisado así mismo que el seguimiento apropiado de una terapia compleja que contiene varios medicamentos no necesariamente tiene relación con la adherencia a cada uno de los componentes individuales, ni con la adhesión a unos y no con otros. Sin embargo, existe relación directa entre la adhesión inicial al tratamiento y la adhesión a largo plazo, sobre todo en enfermedades crónicas. Esto denota la importancia de que los agentes de salud se preocupen por asegurar de inicio la aceptación de la terapia y el involucramiento para su cumplimiento por parte de los pacientes^{17,39}.

En este sentido Ferrer plantea que los factores relacionados con los medicamentos que afectan la adherencia están relacionados con: La comprensión del régimen, la percepción de los beneficios, la aparición de efectos secundarios, el costo de los medicamentos y la complejidad de la posología⁵⁵.

2.3.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE.

Los factores relacionados con el paciente y su entorno influyen de manera importante sobre el éxito de las terapias con medicamentos. Sabaté considera que los pacientes necesitan apoyo para aprender a lidiar con las características y exigencias propias de la enfermedad y los tratamientos farmacológicos²¹.

Por ejemplo, los pacientes deben comprender la manifestación de los signos y síntomas de la enfermedad para que al momento de su aparición no influyan en

su comportamiento hacia la adherencia². La presencia o ausencia de síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos, repercuten en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que le otorgan al cumplimiento de su medicación^{2,4,10}.

Acosta, desde otro enfoque, refiere que la motivación del paciente para cumplir las indicaciones médicas es un factor que afecta la adherencia y que es necesario el desarrollo de estrategias para la enseñanza y consejería para conseguir una adherencia más significativa. Los esfuerzos de los trabajadores de salud deberían estar dirigidos hacia modular la susceptibilidad de los pacientes ante los síntomas de la enfermedad; a superlativizar los beneficios percibidos de los medicamentos y a disminuir el impacto negativo de los eventos normales durante el proceso de tratamiento para no alterar la motivación a seguir las recomendaciones del prescriptor⁴.

En el aspecto emocional la ansiedad actúa como estímulo y motivador para buscar información sobre tratamientos y la propia enfermedad generando confusión que afecta negativamente. Afectados por la ansiedad generada por su estado de salud los pacientes buscan en su entorno opiniones no autorizadas que mitiguen la supuesta gravedad de su estado de salud y mejoren su estado de ánimo. Al disminuir la ansiedad se aumenta la autoestima y podría degenerar en una percepción disminuida del valor de adherir el tratamiento. En la medida que puedan controlarse las emociones de los individuos como resultado de la autopercepción de su morbilidad se facilitarán las intervenciones del personal de salud debido a la mayor confianza de los pacientes¹⁰.

El componente psicológico del paciente y de su entorno social que se relacionan con la cultura afectan su capacidad para seguir la recomendación profesional, reforzados por las influencias de tipo familiar sobre todo si el paciente depende de otra persona para la toma de sus medicamentos. Así mismo influyen a la falta de adhesión cierto tipo de comportamientos relacionados con roles de género. En este sentido las mujeres están

generalmente más involucradas que los varones por la diferente escala de prioridades relacionada con la responsabilidad familiar, las metas y las prioridades de género transferidas culturalmente y que de alguna forma afectan la adherencia a los tratamientos³⁶.

2.3.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD.

La percepción de la enfermedad por los pacientes es un importante elemento que influye sobre la adherencia al tratamiento. En la medida que el paciente conozca y reconozca todo lo relacionado con su dolencia, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión, será más consciente de la importancia de su involucramiento y del respeto al tratamiento integral de la misma. En este aspecto juega un rol importante la información recibida por el paciente sobre la sintomatología asociada o que puede presentarse vinculada a la enfermedad de base⁵³.

Sabaté señala que influye en la adherencia la naturaleza de la enfermedad y la gravedad percibida culturalmente. Así mismo, la severidad de los síntomas, los niveles de incapacidad física, psicológica, social, vocacional, el proceso de evolución y el pronóstico. Así mismo la comorbilidad, la disponibilidad del tratamiento, la percepción del paciente sobre el riesgo que representa la enfermedad, la importancia que le otorga el paciente a seguir el tratamiento²¹.

Friedman y DiMatteo señalan que se ha demostrado que los pacientes adherentes conocen más sobre síntomas como fiebre, tos, pérdida de peso, anorexia, gravedad de la enfermedad y la importancia de tener comportamientos saludables como buena nutrición y cumplimiento de citas médicas. Por el contrario, los pacientes no adherentes generalmente no conocen bien la enfermedad ni el tratamiento, no saben por qué tienen que tomar el fármaco y tampoco cuales son los indicios de eficacia. Así mismo no conocen los efectos negativos de interrumpir el tratamiento, ni el pronóstico de la enfermedad⁵⁴.

La sensación de bienestar y mejoría en los momentos iniciales del tratamiento

asociado a la remisión de los síntomas lleva a los pacientes a sobrestimar su estado de salud y a considerar que no es importante continuar con el tratamiento y por lo tanto lo abandonan. Esta es una consecuencia directa de la falta de educación hacia el paciente que es responsabilidad, como ya se discutió, de los trabajadores de salud. Si el paciente no ha asumido la gravedad de la enfermedad, sus consecuencias y cuan importante es cumplir el tratamiento o las consecuencias de no hacerlo no ve la necesidad de cumplirlo⁵⁴.

2.3.4. FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD.

En cuanto a la influencia del equipo de salud o del sistema mismo de la asistencia sanitaria, se han realizado pocos estudios. Sin embargo, está comprobado que una buena relación proveedor - paciente puede mejorar la adherencia terapéutica y lo inverso es un predictor muy certero de un resultado negativo.

Los trabajadores de salud regularmente no han sido capacitados en el uso de estrategias orientadas a maximizar la observancia y cumplimiento de las indicaciones médicas de los pacientes, luego de la consulta ambulatoria. No existen políticas públicas que incluyan incentivos dirigidos a los profesionales sanitarios para que cumplan esta función y así mismo no existen procedimientos claros que guíen la acción, ni evidencia de la responsabilidad específica que asumiría cada profesional en la cadena de la atención integral^{2,4,14,36}.

Un aspecto resaltante se refiere a la capacidad comunicativa que deben desarrollar los trabajadores de salud para precisar los objetivos que deben cumplir los pacientes y los beneficios asociados que se esperan alcanzar progresivamente, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas. El paciente debe percibir que los proveedores del servicio se interesan por los pacientes como personas y se involucran con los tratamientos y sus resultados. Todos los profesionales en la cadena de servicios deben agregar valor para afianzar las actitudes favorables de los pacientes^{14,54,55,56}.

La estructura del sistema salud es un factor a tener en cuenta. Los ambientes para la atención de los pacientes, el estado físico de los servicios y la confortabilidad son aspectos que envían mensajes a los usuarios acerca de la calidad integral de la atención médica que incluye el tratamiento con los medicamentos. En este sentido el desabastecimiento y costos elevados de los medicamentos en las farmacias de los proveedores afectarán directamente las coberturas de los programas asistenciales en detrimento de la asistencia de los pacientes a las consultas programadas de seguimiento²⁶.

Mendoza et al. en un estudio en la ciudad de Trujillo sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos indica que en nuestra realidad la calidad del servicio puede ser un predictor de la adherencia al tratamiento. Se precisa que son muy influyentes la calidad de la atención médica, el tiempo de espera en los consultorios ambulatorios, el trato del médico y el tiempo de la atención médica²⁶.

En el Perú, no obstante que la Ley de Medicamentos, Ley N°29459, y el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos indican la responsabilidad que deben implementar y asumir de los profesionales farmacéuticos relacionadas con las Buenas Prácticas de Farmacia que incluyen al seguimiento farmacoterapéutico como estrategia sanitaria para garantizar el uso racional de los medicamentos, aún no existe el procedimiento aprobado y por lo tanto no se implementa¹.

2.1.5. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS.

Dentro de los factores influyentes sobre la adherencia la OMS sugiere incluir a los socioeconómicos y demográficos y considerarlos como un factor independiente. En países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario o adquirir sus medicamentos⁴.

Los sistemas de aseguramiento público en países emergentes aún mantienen un arsenal farmacológico limitado en tipos de medicamentos, formas de presentación y de fármacos de última generación que no alcanzan a todas las personas ni cubren todas las necesidades. Así mismo la creación de centros de atención no tiene la misma velocidad que la aparición de nuevos centros poblados cuyas poblaciones deben desplazarse largas distancias con dispendio de tiempo y dinero que desmotiva su asistencia a las consultas médicas y al resurtido de sus recetas⁴.

Fernández, et al. mencionan además otros factores relacionados con aspectos socioeconómicos y demográficos tales como la falta de trabajo, el analfabetismo o bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo y el costo elevado de algunos medicamentos¹⁴.

Kontz, citado por Bonilla, indica que dentro de los factores socioeconómicos es importante considerar la falta de empleo como causa principal de no adherencia, además de los altos costos percibidos en los tratamientos y el costo del transporte para el desplazamiento a los centros de atención. Un aspecto social es la falta cobertura de los seguros públicos que excluyen del acceso a los servicios a la población que justamente no puede justificar un trabajo permanente. Adicionalmente se considera al factor étnico como importante por que las poblaciones indígenas de manera regularmente no tienen acceso a los establecimientos de salud³⁹.

Padilla señala que en países como el Perú es importante considerar de manera especial la influencia de la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y los medicamentos². Así mismo afirma que debido al crecimiento poblacional y demográfico cada vez más difícil el acceso a los servicios de salud tanto públicos como privados que se ubican cada vez más lejos y se hace complicado asistir a las citas concertadas con el médico o a la farmacia para surtir los medicamentos.

2.4. MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

En la práctica clínica la medición del cumplimiento presenta numerosas dificultades y no es fácil ni exacta⁵⁹. Nichols y Márquez clasifican los métodos usados en directos e indirectos^{60,61}.

Los métodos directos utilizan muestras biológicas para determinar si el paciente mantiene los niveles plasmáticos esperados de los medicamentos. Se basan en la determinación directa de la concentración plasmática o la medición de residuos y metabolitos en orina. Estos procedimientos son caros y operativamente difíciles por ser invasivos y necesitar tecnología⁶¹.

Los métodos indirectos son mucho más cómodos y sencillos. Se basan en entrevistas con los pacientes utilizando instrumentos de registro de respuestas, conteo de medicamentos y la evaluación del estado de salud. Al no utilizar equipos auxiliares son más sencillos, baratos y su valor se basa en reflejar la conducta del paciente ante ciertas situaciones frecuentes⁶¹.

Varias investigaciones han confirmado el valor predictivo de los métodos indirectos sobre todo en atención primaria. Aunque por estar basados en el recuento de comprimidos o en la entrevista personal pueden sobre estimar el cumplimiento⁶¹.

En la presente investigación se utilizaron tres métodos indirectos para medir el nivel de adherencia al tratamiento. Dos de ellos basados en entrevistas clínicas: el método de Haynes-Sackett^{51,61} y el método de Morisky - Green - Lavine^{25,51,61,62,63,64}. Así mismo se usó un método basado en el recuento de comprimidos^{65,66,67}.

El Test del Cumplimiento Auto Comunicado o test Haynes-Sackett, consta de dos partes^{51,61}. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, ya que directamente se vería forzado a contestar positivamente. En cambio, en el fluir de una conversación sobre su

problema de salud se deja entrever la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación usando mensajes como: "...La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos, verdad..." Posteriormente, y como segunda parte del test, se hace la siguiente pregunta: ¿Tiene usted dificultad en tomar sus medicamentos? En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera cumplidor aquel hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento expresado durante la conversación se sitúa en el 80-110%⁵¹.

El método propuesto y validado por Morisky, Green y Levine⁶³ denominado *Medication Adherence Scale* (MAS), según Sen⁶⁴ e Ingaramo²⁴ lo describen como un método que ha demostrado un elevado potencial predictivo como auto informe sobre adherencia y con alta asociación entre los resultados y el nivel de control de la presión arterial.

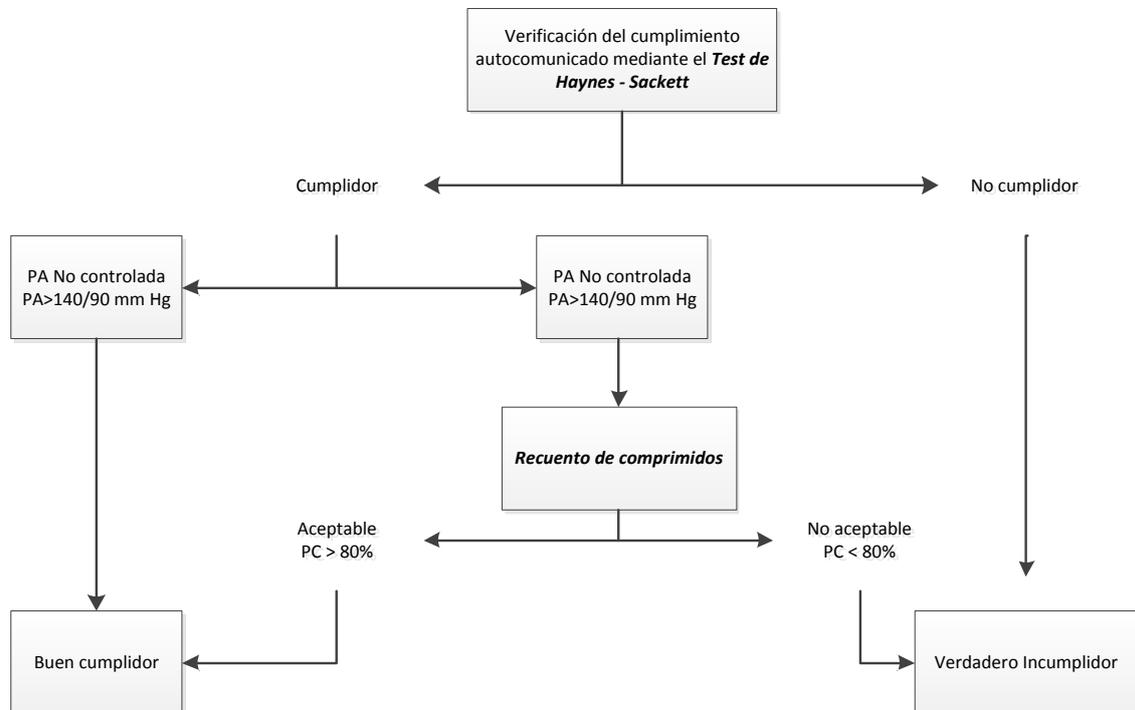
El Test de Morisky considera cumplidor a aquel hipertenso que responde de forma correcta a las siguientes 4 preguntas planteadas, entremezcladas y de forma cordial durante una conversación sobre la enfermedad: – ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su hipertensión? – ¿Los toma a la hora indicada? – ¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien? – ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal?^{61,63}.

El método indirecto basado en el recuento de comprimidos es un método validado, aunque existen opiniones diversas⁶¹. Algunos autores encuentran dificultades en su aplicación debido a las costumbres de los pacientes de esconder voluntariamente su medicación o cambiar los lugares donde los guardan lo que hace difícil el recuento en algunas visitas⁶⁵. No obstante, otros lo consideran sencillo y objetivo⁶⁶.

Durante el recuento de tabletas se compara el número de comprimidos que quedan en el envase contra los que debieron consumirse. Se parte de la cantidad prescrita desde una fecha determinada, las veces que fue dispensado o adquirido el medicamento, la cantidad que debió consumirse 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: $(PC) = (\text{Número total de comprimidos presumiblemente consumidos} / \text{Número total de comprimidos que debía haber consumido}) \times 100$ ^{64,65,66,67}.

Para la determinación de la adherencia o cumplimiento algunos autores recomiendan utilizar más de un método indirecto de forma paralela. Márquez aconseja seguir un algoritmo iniciando con el Test de Haynes-Sackett (Ver Figura N°01). Si como resultado el paciente afirma ser no adherente, se le considerará como tal. Si en cambio responde ser adherente y su presión arterial está controlada, lo consideraremos como adherente ya que el objetivo es controlar la hipertensión. Si en cambio dice ser adherente y no está controlado, se sospechará el incumplimiento complementándose la determinación con un recuento de comprimidos⁶¹.



Fuente: Elaboración propia.

Algoritmo modificado de Márquez para la medición del incumplimiento del tratamiento antihipertensivo⁶¹.

2.5. DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

No se encontró una herramienta para determinar los factores predictores de no adherencia al tratamiento. Mendoza utilizó un modelo de creencias sobre la salud que pueden ser factores predictores del cumplimiento del tratamiento en adultos mayores hipertensos⁴. Contreras por su parte utilizó una herramienta denominada: Test para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular⁶⁸. La encuesta Contiene cinco dimensiones y un total de 62 ítems, con una escala de calificación tipo Likert de 1 - 3 con las siguientes puntuaciones: 1 (nunca), 2 (algunas veces) y 3 (siempre). Las dimensiones están organizadas así: Primera dimensión: Factores socioeconómicos; segunda dimensión: Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud; tercera dimensión: Condiciones de salud del paciente; cuarta dimensión: Factores relacionados con la terapia, y quinta dimensión: Factores relacionados con el paciente.

Corugedo et al. En un estudio para determinar los factores involucrados en la adherencia de pacientes con hipertensión utilizó un cuestionario con un listado de variables asociadas con la ocupación, creencias, efectos indeseables, olvido, autoeficacia, afrontamiento y satisfacción y analizó cada uno de ellos con el resultado de adherencia medido mediante un test normalizado para determinar los factores predictores más significativos⁶⁹.

En conclusión, no se encontró un instrumento que pueda ser utilizado para hallar predictores de la adherencia. Para nuestra realidad Ocampo propone un cuestionario de 20 preguntas (Ver Pag. N°50) que explora las 5 dimensiones que plantea la OMS como causas probables de incumplimiento. El instrumento contiene las 5 dimensiones que incluyen factores potenciales predictores de adherencia adaptados a la realidad sanitaria del Perú^{59,70}. El autor sugiere que el instrumento sea usado más continuamente para probar su validez a través de resultados en otras condiciones, tipos de pacientes y morbilidades⁷⁰.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación fue de tipo aplicada. De nivel descriptivo y correlacional, orientada a determinar el nivel de adherencia a las indicaciones farmacológicas y los factores que influyen sobre ella, entre los pacientes hipertensos que se atienden en establecimientos de salud públicos de las provincias de Trujillo y Santa.

3.1. PACIENTES EN ESTUDIO.

La investigación se desarrolló desde 17 establecimientos de salud de las provincias de Trujillo (10) y Santa (7). Los Establecimientos fueron seleccionados de manera arbitraria acuerdo a las características de la población dentro del área de su influencia y las facilidades para el acceso de los responsables directos del programa de seguimiento farmacoterapéutico. El criterio de inclusión de establecimiento fue que dentro del alcance de su cobertura asistencial estén incluidos pacientes hipertensos. Los Establecimientos de salud finales y su ubicación se muestran en la tabla siguiente:

Establecimientos Farmacéuticos desde donde se ofreció el servicio de Seguimiento Fármaco Terapéutico en las Provincias de Santa y Trujillo entre noviembre 2010 y enero 2011.

N°	DEP.	ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	DISTRITO	PROV.	N° de PAC
1	ANCASH	Puesto de salud "Daniel Alcides Carrión" del PJ San Juan	CHIMBOTE	SANTA	12
2	ANCASH	Centro de salud "Miraflores Alto"	CHIMBOTE	SANTA	12
3	ANCASH	Centro de salud "Progreso"	CHIMBOTE	SANTA	12
4	ANCASH	Puesto de salud "Magdalena Nueva"	CHIMBOTE	SANTA	12
5	ANCASH	Puesto de salud "La Esperanza"	CHIMBOTE	SANTA	12
6	ANCASH	Puesto de salud "La Florida"	CHIMBOTE	SANTA	12
7	ANCASH	Centro de salud "Yugoslavia"	NUEVO CHIMBOTE	SANTA	12
Subtotal					84
8	LA LIBERTAD	Puesto de salud "Pueblo Libre"	LA ESPERANZA	TRUJILLO	12
9	LA LIBERTAD	Centro de salud "La Unión"	TRUJILLO	TRUJILLO	12
10	LA LIBERTAD	Centro de salud "El bosque"	TRUJILLO	TRUJILLO	12
11	LA LIBERTAD	Puesto de salud "Manuel Arevalo"	LA ESPERANZA	TRUJILLO	12
12	LA LIBERTAD	Centro de salud "Huanchaco"	HUANCHACO	TRUJILLO	12
13	LA LIBERTAD	Centro de salud "Santísimo Sacramento"	LA ESPERANZA	TRUJILLO	12
14	LA LIBERTAD	Centro de Salud Materno Infantil de Laredo	LAREDO	TRUJILLO	12
15	LA LIBERTAD	Centro de salud "Salaverry"	SALAVERRY	TRUJILLO	12
16	LA LIBERTAD	Centro de salud "Wichanzao"	LA ESPERANZA	TRUJILLO	12
17	LA LIBERTAD	Puesto de salud "Villa del Mar"	HUANCHACO	TRUJILLO	12
Subtotal					120

Total de pacientes 204

Fuente: Elaboración propia.

El universo de sujetos estuvo conformado por los pacientes hipertensos que se atendieron de manera regular en los servicios y al momento de la oferta del programa de Seguimiento Fármaco terapéutico (SFT) seguían una prescripción facultativa de medicamentos para la hipertensión con una antigüedad no mayor a tres meses.

Se ofertó el servicio durante los meses de noviembre 2010 a enero del 2011. La muestra de pacientes por cada establecimiento quedó conformada por los primeros 12 que reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar de la experiencia de manera voluntaria a través de la firma de un documento de consentimiento.

Los criterios para fijar el número de pacientes por establecimiento fueron: la capacidad operativa de los servicios, la disposición de profesionales para ejecutar el seguimiento fármaco terapéutico y la cantidad de pacientes que cumplían los criterios de inclusión⁷¹.

La muestra final fue de 84 pacientes que se atendieron de manera regular en los establecimientos de la provincia de Santa y 120 pacientes en establecimientos de la provincia de Trujillo. Todos los pacientes de la muestra se mantuvieron durante todo el proceso. Ningún paciente tuvo que ser remplazado.

Debido a la ubicación geográfica de los establecimientos incluidos en el estudio los pacientes de la muestra final tuvieron similitudes en cuanto al área de residencia, género, edad, nivel educativo, ocupación y nivel de pobreza⁷².

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

- Adultos entre 40 y 60 años con tratamiento para hipertensión arterial.
- Consumir por lo menos un medicamento antihipertensivo por indicación del médico con antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento escrito de participar en la experiencia.

No se incluyeron pacientes que al momento del estudio presentaron:

- Gestación.
- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse en español.
- Diagnóstico de hipertensión secundaria.
- Diagnóstico de alguna otra enfermedad crónica sujeta a uso regular de medicamentos.
- Pacientes cuya situación patológica pudo interferir con el desarrollo del estudio.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes incluidos en programas educativos en marcha para pacientes hipertensos u otros similares.

3.2. MÉTODO Y PROCEDIMIENTOS.

3.2.1. Método

La determinación del nivel de adherencia al tratamiento y los factores que la afectan se insertó en un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes crónicos modificado por Ocampo de la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada^{45,73}.

3.2.2. Procedimientos

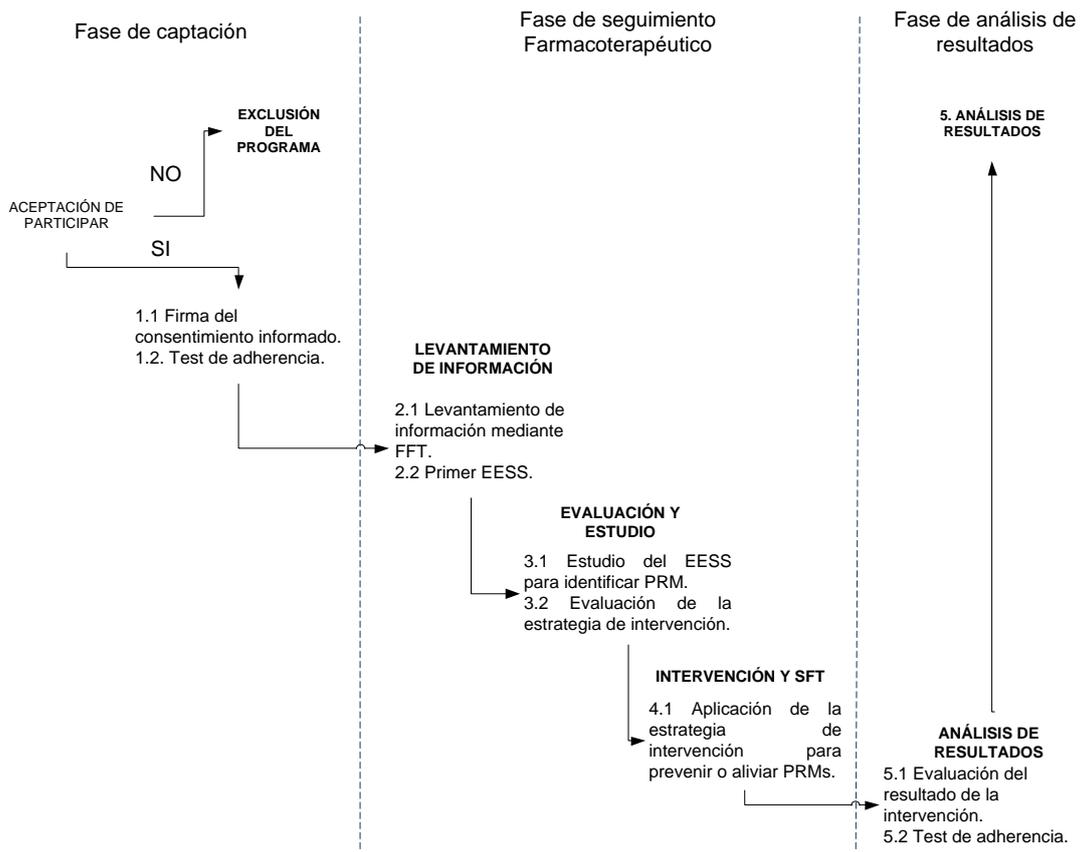
La aplicación de los instrumentos para medir adherencia y los factores que influyen sobre ella se insertó dentro de la secuencia de actividades de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) que se implementó en los establecimientos donde se desarrolló la presente investigación⁷³.

El programa de Seguimiento Farmacoterapéutico modificado constó de las siguientes fases:

- a) Oferta del Servicio.
- b) Levantamiento de información.
- c) Evaluación del uso de medicamentos, definición de objetivos y estudio de la estrategia de intervención.
- d) Intervención para alcanzar los objetivos.

- e) Seguimiento para el cumplimiento de objetivos.
- f) Evaluación de Resultados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DURANTE EL CUAL SE APLICARON LOS INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SUS FACTORES INFLUYENTES.



Elaborado por Ocampo⁷³.

3.2.2.1. Oferta del servicio de SFT, captación de los pacientes.

La oferta del servicio se realizó en la Farmacia del establecimiento en el momento de la dispensar los medicamentos. Se propuso al paciente formar parte del grupo bajo SFT informándole de las ventajas para el manejo de sus medicamentos. La aceptación quedó formalmente aceptada en una carta de consentimiento. Se fijaron las entrevistas sucesivas para el levantamiento de información. (Ver Fig. N°02).

3.2.2.2. Levantamiento de información.

El levantamiento de información se realizó en el domicilio del paciente. Se utilizó como instrumento de registro la ficha fármaco terapéutica para consignar información personal, las enfermedades, los medicamentos y hábitos de vida. En cada oportunidad se midió la presión arterial. Así mismo se realizó una revisión de las características organolépticas de los medicamentos y se anotó la cantidad inicial de antihipertensivos como información basal del test de recuento de tabletas.

Durante la medición de la presión arterial y de manera coloquial se aplicó el test: *Escala para Medir la Adherencia al Tratamiento* de Morisky et al⁶³. (Ver Tabla). Inmediatamente después se solicitó al paciente que responda el cuestionario de 20 preguntas para determinar los factores que influyen sobre el uso de medicamentos (Ver Tabla).

3.2.2.3. Evaluación de la información:

El objetivo fue analizar la información de las Fichas Fármaco Terapéuticas (FFT) para diagnosticar problemas relacionados con medicamentos y determinar los objetivos que debe cumplir el paciente o el prescriptor para su solución. Se estudió la mejor estrategia de comunicación para lograr la aceptación de las medidas para la solución de los problemas.

3.2.2.4. Intervención y Seguimiento para cambiar el estado de situación y solucionar los problemas con medicamentos:

En la entrevista siguiente se comunicó al paciente el diagnóstico farmacéutico y las recomendaciones para la solución. Durante la medición rutinaria de la presión y como parte de la conversación se procedió a realizar las 2 preguntas del test de Haynes - Sackett.

Se le pidió al paciente que volviera a mostrar los medicamentos que utiliza para la hipertensión y se anotó el total de medicamentos. Se preguntó al paciente si

en el intervalo de nuestra visita se adquirió el medicamento. La información sobre el consumo de medicamentos es la base del test de recuento de tabletas.

3.2.2.5. Evaluación de los resultados.

En la entrevista final se aplicaron los test de control para verificar el efecto del SFT sobre las variables dependientes: presión arterial y adherencia al tratamiento. Así mismo se verificó la cantidad final de medicamentos que mantenía el paciente para determinar la cantidad consumida de acuerdo al procedimiento del test de recuento de tabletas.

3.3. TÉCNICAS É INSTRUMENTOS.

Para el abordaje de los pacientes se utilizó la técnica de la entrevista personal domiciliaria de acuerdo a los criterios y pautas recomendados por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada⁴⁵.

El programa de seguimiento Farmacoterapéutico, durante el cual se tomaron los datos para la investigación, se aplicó de acuerdo al proceso sugerido por Ocampo y los datos se recogieron en la Ficha Fármaco terapéutica^{70,73}. Las variables adherencia al tratamiento y los factores que afectan el cumplimiento terapéutico se registraron en instrumentos específicos.

3.3.1. Instrumentos para medir adherencia al tratamiento.

3.3.1.1. Test de Morisky, Green y Levine⁶³ (Ver siguiente):

También denominado *Medication Adherent Scale (MAS)*⁶³. Consiste en una escala de cuatro ítems de preguntas con SI y NO como opciones de respuesta. Las preguntas están formuladas de tal forma que las respuestas afirmativas (si) reflejan incumplimiento o no adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De tal forma que al sumar las respuestas de todos los ítems los resultados extremos pueden ser cero (0) o cuatro (4). Un score total de cero representa adherencia total, es

decir, respuestas negativas a todas las preguntas mientras que un puntaje de cuatro refleja total incumplimiento. Resultados de puntajes intermedios pueden catalogarse desde poco incumplimiento hasta incumplimiento total.

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

ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACION (MAS) DE MORISKY- GREEN – LEVINE⁶³.
Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso Centro/Puesto de Salud de
Santa/Trujillo.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____

FECHA: ____ / ____ / ____

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvid>/= 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.		
¿Cuantas 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:

Fuente: Elaboración Propia

3.3.1.2. Test del cumplimiento auto comunicado o test Haynes-Sackett^{51,61}.

Este test consta de dos partes. La primera consiste en formular al paciente una pregunta aparentemente no intencionada sobre la toma de su medicación, de lo contrario se obtendrían falsos respuestas favorables a la adherencia. Para evitar esto, en el transcurso de la conversación se soslaya la dificultad que tienen la mayoría de pacientes para tomar su medicación. Se plantea: "...La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos,

¿verdad?”. Independientemente de la respuesta se insiste: “Por ejemplo Usted, en el último mes, ¿Ha dejado de tomar alguno de sus medicamentos?”. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta cuánto y de que medicamento fue tomado en el último mes. Se considera cumplidor aquel hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento auto comunicado se sitúa en el 80-110%.

3.3.1.3. Método de Recuento de Comprimidos.

Se adaptó para este fin el procedimiento propuesto por Marquez⁶¹. En cada visita se solicitó al paciente que exponga a la vista del farmacéutico los medicamentos antihipertensivos. Se tomó como referencia el medicamento principal de aquellos prescritos. No se informó al paciente el objetivo de la revisión. El argumento esgrimido fue asegurar la calidad de los medicamentos.

La posología y la cantidad total de medicamentos prescritos fue la información de referencia. En el primer contacto se anotó el número de comprimidos que mantenía el paciente como cantidad base.

En las visitas subsiguientes se volvieron a revisar los medicamentos. Con mucho cuidado se anotaron las cantidades restantes. Se preguntó al paciente si en el lapso desde la última visita adquirió o recibió más medicamentos. En la visita de cierre se anotó la cantidad final de medicamento en ese momento para calcular el porcentaje de cumplimiento.

Las cantidades consumidas se calcularon sumando la cantidad de medicamento existente en una visita precedente más los medicamentos que dice el paciente que compró en ese lapso, menos la cantidad de medicamento en la visita actual. Así hasta la última visita. Al final se determinó el porcentaje de cumplimiento dividiendo la cantidad total de medicamento consumido por el paciente en el periodo de SFT entre la cantidad total teórica de medicamento que debió consumir en ese mismo periodo según la receta multiplicado por cien.

Se consideró que el paciente fue adherente cuando el consumo real fue mayor al 90% de los comprimidos que se necesitaron consumir según prescripción en

el lapso de tiempo de la intervención. Valores superiores o inferiores a estos niveles expresan falta de adherencia (infra o sobre adherencia).

3.3.2. Instrumento para medir los Factores Influyentes sobre el Cumplimiento Terapéutico.

Se usó un cuestionario de preguntas modificado del propuesto por Ocampo para medir los factores que influyen sobre la adherencia⁷³. El test recoge los factores definidos por la OMS y otros instrumentos, previamente utilizados en investigaciones similares que se orientan a determinar conocimientos, creencias y prácticas sobre adherencia tales como los de Padilla, Mendoza, Acosta y Libertad^{2,4,10,36,61}.

El cuestionario consta de 20 preguntas cerradas sobre 5 dimensiones (cuatro preguntas por dimensión) que influyen sobre la adherencia al tratamiento. Las dimensiones fueron ordenadas de la siguiente forma: a) Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno; b) Influencia del conocimiento y gravedad de la enfermedad; c) Influencia del conocimiento del tratamiento; d) Influencia de los factores relacionados prestadores de salud y e) Influencia de factores socio - económicos y demográficos.

Las respuestas a las preguntas estuvieron estructuradas de acuerdo a una escala de Lickert puntuada del 1 al 5. El máximo valor se asignó a la respuesta más favorable a la adherencia. Por tanto, el puntaje máximo si el paciente respondía de manera “acertada” todas las preguntas, pudo ser 100 y el más bajo de 20.

En las preguntas para averiguar la influencia de la primera dimensión acerca de la percepción del paciente acerca de su enfermedad, averiguan la influencia del entorno hogareño, de los miembros del hogar sobre la adherencia al tratamiento y el nivel de importancia que le da a su medicación. En la última pregunta se averiguó sobre la motivación del paciente para cumplir con la pauta de medicación.

En el segundo grupo de preguntas se buscó medir la influencia del nivel de conocimiento de la enfermedad y su riesgo, así mismo se abordan la influencia de las creencias asociadas al folklore y las costumbres, al conocimiento del paciente de la real gravedad de la enfermedad. Se investiga además sobre la reacción y asociación del paciente frente a los signos y síntomas de la enfermedad.

En el tercer grupo de preguntas se averiguó sobre los factores relacionados con el conocimiento del paciente acerca de su tratamiento. Si las reacciones adversas originan incumplimiento, si se respeta estrictamente la prescripción. Así mismo, si la rutina posológica genera fastidio o cansancio y posterior incumplimiento.

En el cuarto grupo se analizó el efecto de la calidad del servicio recibido en el establecimiento de salud sobre la actitud del paciente. Se preguntó sobre la motivación del paciente para acudir de manera frecuente a las citas médicas (pregunta 13), sobre la capacidad del médico para generar confianza en el paciente sobre el tratamiento que toma. La cordialidad en el trato por parte del personal no médico y la claridad con la que el médico entregó las indicaciones y se asegura de que el paciente las entienda.

En el último grupo de preguntas se determinó la influencia de algunos factores socio - económicos y demográficos. Sobre si el dinero es una barrera para el acceso o en que medida el trabajo le permite o impide cumplir con su medicación. Finalmente se indagó acerca sobre la dificultad para acceder a los establecimientos de salud y establecimientos farmacéuticos.

La fiabilidad del instrumento se determinó en una muestra de 12 pacientes mediante el estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach (Anexo N° VI.4).

ENCUESTA SOBRE ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS PACIENTES QUE INCIDEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HIPERTENSOS.

NOMBRE DEL PACIENTE:

COD.

FECHA:

EESS.

Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno:

1. Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos:
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca
2. Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos:
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca.
3. Alguna vez ha tomado Usted otro medicamento le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca
4. Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

Influencia del conocimiento y gravedad de la enfermedad:

5. Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca
6. Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca
7. Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca
8. Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

Influencia del conocimiento del tratamiento:

9. ¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?
a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

10. Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

11. Deja de tomar sus medicamentos por que siente que le caen mal?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

12. Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

Influencia de los factores relacionados prestadores de salud:

13. Asiste puntualmente a sus citas con el médico?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

14. Confía Usted en lo que el médico o el personal de salud le dice y le recomienda tomar?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

15. Siente que el médico o el personal de salud se preocupa por su salud?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

16. Entiende las indicaciones del médico o el personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

Influencia de los factores socioeconómicos y demográficos:

17. Le alcanza el dinero para comprar su medicación?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

18. Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

19. Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

20. Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?

a. Siempre b. Casi siempre c. a veces d. casi nunca e. nunca

3.4. CRITERIOS ÉTICOS.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki⁷⁴ con la autorización previa del Químico Farmacéutico Director Técnico de cada Establecimiento Farmacéutico. Así mismo todos los pacientes autorizaron de forma escrita su participación en el estudio.

El procedimiento consideró el reporte inmediato de incidencias o hallazgos graves que demanden la inmediata atención de un facultativo.

Los datos personales de los pacientes se mantendrán en las fichas fármaco terapéuticas hasta por cuatro años luego de la investigación. Los datos personales no se usaron en el análisis y reporte final de resultados.

3.5. PLAN DE ANÁLISIS.

Los datos se transformaron en tablas electrónicas que fueron procesadas mediante hojas de cálculo de MS Excel y en base de datos de MS ACCES, ambos de Microsoft Office Professional Plus 2010 y el programa informático estadístico IBM SPSS Statistic versión 20.

Se confeccionaron tablas de doble y simple entrada y gráficos utilizando MS Excel e IBM SPSS. Se utilizó estadística descriptiva para determinar los porcentajes de cumplimiento en los test que miden adherencia.

Se compararon los resultados de adherencia entre los pacientes de Trujillo y de Santa mediante U de Mann Whitney como estadístico de contraste. Los resultados de adherencia con los tres métodos se compararon con estadística descriptiva a través de cuadros y gráficos. Se determinó la diferencia estadística entre aquellos pacientes que resultaron no adherentes en los tres test de adherencia para cada provincia usando el Test de Cochran para muestras relacionadas.

La confiabilidad de la encuesta sobre los factores influyentes se determinó mediante el índice de confiabilidad de Spearman y el Alfa de Cronbach.

El efecto de los factores considerados en el test de factores influyentes se valoró de acuerdo a la opción de respuesta escogida en la escala de Likert de: a) Siempre, b) Casi siempre, c) a veces, d) casi nunca y e) nunca. El puntaje en cada pregunta pudo variar desde 1 a 5. Las respuestas de la escala no tuvieron el mismo significado y valor para todas las preguntas y dependió del sentido del efecto sobre la adherencia. Es decir, si la respuesta a una pregunta fue igual a e) nunca, este nunca pudo equivaler a 1 o 5 puntos dependiendo de si representa una respuesta negativa o una positiva para el cumplimiento. De acuerdo a este criterio, se desarrolló una matriz para el cambio de valores en MS Excel para homogenizar las respuestas.

El puntaje máximo de cada encuesta pudo variar desde 20 (si todas las respuestas correspondieron a un valor de 1) hasta 100 (si todas las respuestas correspondieron a un valor de 5).

El impacto negativo de cada pregunta se determinó restando el puntaje obtenido en cada pregunta, del puntaje máximo 5. El resultado, que sería lo que falta para 5, se asumió como el peso negativo de cada pregunta asociado con el incumplimiento. El valor de peso negativo se multiplicó por 100 y dividió entre 5 para hallar el porcentaje del impacto negativo de cada pregunta. El cálculo se realizó para los datos de Santa y Trujillo. Los datos de puntaje negativo podrían quedar según la siguiente tabla.

Asignación del puntaje negativo por pregunta del test de factores influyentes.

Puntaje por pregunta	Cálculo del puntaje negativo	Rangos puntaje negativo	Calificación del efecto negativo	% del efecto negativo
0 a < 1	5 - (0 a < 1)	> 4 a 5	muy alto	80 - 100
1 a < 2	5 - (1 a < 2)	> 3 a 4	alto	60 - 80
2 a < 3	5 - (2 a < 3)	> 2 a 3	medio	40 - 60
3 a < 4	5 - (3 a < 4)	> 1 a 2	bajo	20 - 40
4 a < 5	5 - (4 a < 5)	> 0 a 1	muy bajo	0 - 20

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados se muestran en una tabla de doble entrada y gráficos con los puntajes negativos acumulados de cada dimensión.

Para medir las diferencias del impacto negativo de los factores en ambas provincias se usó el estadístico U de Mann Whitney. Así mismo para medir la correlación entre los resultados se realizó un análisis de correlación entre variables. En todas las pruebas estadísticas se utilizó un nivel de significancia de 0.05.

Los resultados del test de factores influyentes se determinaron para ambas provincias y se compararon los resultados mediante el estadístico U de Mann Whitney. Así mismo se compararon los resultados entre pacientes adherentes y no adherentes para verificar la significancia del impacto negativo de los factores sobre los pacientes no adherentes.

IV. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS SOBRE ADHERENCIA.

Tabla N°01. Distribución de la muestra en estudio por género, edad y presión arterial promedio. "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011".

SEDE	GENERO	n	Edad(años)		Presión Arterial(mmHg)		%
			Edad promedio	Desv. Est.	Sistólica / diastólica	Desv. Est.	
Santa	MUJERES	48	66,32	9,11	138,4/85,1	16,4/12,6	57,14
	HOMBRES	36	63,96	9,27	138,2/85,3	11,4/12,1	42,86
	TOTAL PARCIAL	84	65,14	9,19	138,3/85,2	13,9/12,3	100,00
Trujillo	MUJERES	70	61,61	8,02	139,5/87,7	14,9/10,1	58,33
	HOMBRES	50	60,28	9,49	139,9/90,0	15,1/10,7	41,67
	TOTAL PARCIAL	120	60,94	8,76	139,7/88,9	15,0/10,4	100,00
TOTAL		204	63,04	8,97	138,9/86,7	14,4/11,5	100,00

Tabla N°02. Comparación del diagnóstico de adherencia al tratamiento utilizando los test de Morisky Green Lavine (MAS), el Test de Haynes - Sackett (HS) y el Test de Recuento de Tabletas (RT). "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011".

Test	Resultado	Santa		* p	Trujillo		* p	Total		** U
		f	%		f	%		f	%	
MAS	No Adherente	68	81,0	0,000	79	65,8	0,001	147	72,1	0,018
	adherente	16	19,0		41	34,2		57	27,9	
	Parcial	84	100,0		120	100,0		204	100,0	
HS	No Adherente	61	72,6	0,000	66	55,0	0,315	127	62,3	0,011
	Adherente	23	27,4		54	45,0		77	37,7	
	Parcial	84	100,0		120	100,0		204	100,0	
RT	No Adherente	72	85,7	0,000	76	63,3	0,005	148	72,5	0,000
	Adherente	12	14,3		44	36,7		56	27,5	
	Parcial	84	100,0		120	100,0		204	100,0	
X̄ de incumplimiento			79,8	0,000		61,4	0,107		69,0	

*Prueba Binomial para determinar significancia entre cumplidores e incumplidores en cada test, $p < 0.05$.

**Prueba de Mann-Whitney para determinar diferencias entre Trujillo y Santa, $p < 0.05$.

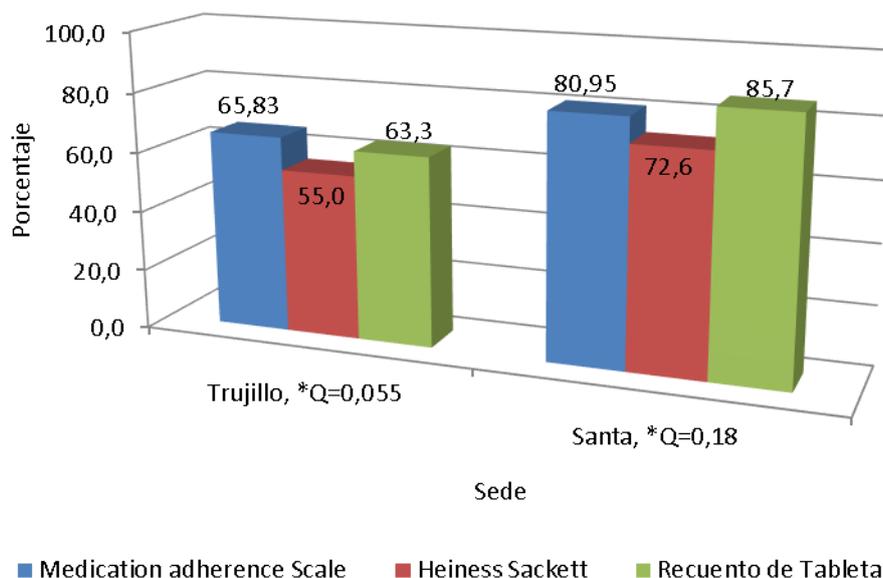


Figura N° 01. Comparación del diagnóstico de adherencia al tratamiento utilizando los test de Morisky Green Lavine (MAS), Haynes - Sackett (HS) y Recuento de Tabletas (RT). “Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011 “.

Tabla N° 03. Coincidencia entre los resultados de los tres test utilizados para medir adherencia. “Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011“.

Sede	Coherencia	característica	REC. DE TAB.	HEINNESS SACKETT	MAS	f	%	F	%
Santa	Coincidencia	NO ADHERENCIA	1	1	1	58	69,0	67	79,8
		ADHERENCIA	0	0	0	9	10,7		
	No coincidencia	MAS FAVORABLE A LA NO ADHERENCIA	0	1	1	3	3,6	17	20,2
		MAS FAVORABLE A LA ADHERENCIA	1	0	1	7	8,3		
		Total parcial					84		
	Trujillo	Coincidencia	NO ADHERENCIA	1	1	1	50	41,7	73
ADHERENCIA			0	0	0	23	19,2		
No coincidencia		MAS FAVORABLE A LA ADHERENCIA	0	0	1	12	10,0	47	39,2
		MAS FAVORABLE A LA NO ADHERENCIA	1	0	0	8	6,7		
		MAS FAVORABLE A LA ADHERENCIA	0	1	0	3	2,5		
		MAS FAVORABLE A LA NO ADHERENCIA	0	1	1	6	5,0		
		MAS FAVORABLE A LA NO ADHERENCIA	1	1	0	7	5,8		
	MAS FAVORABLE A LA ADHERENCIA	1	0	1	11	9,2			
	Total parcial					120	100,0	120	100,0
	Total					204	100,0	204	100,0

1: No adherencia; 0: Adherencia

Tabla N°04. Cantidad de pacientes diagnosticados como no adherentes por los tres test usados para para evaluar adherencia. “Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011 “.

N	PROV.	DIST.	EST. FARM.	n	No adh.	%
1	SANTA	CHIMBOTE	Puesto de salud "Daniel Alcides Carrión" del PJ San Juan	12	11	91,7
2	SANTA	CHIMBOTE	Puesto de salud "Magdalena Nueva"	12	10	83,3
3	SANTA	CHIMBOTE	Puesto de salud "La Florida"	12	7	58,3
4	SANTA	CHIMBOTE	Centro de salud "Miraflores Alto"	12	5	41,7
5	SANTA	CHIMBOTE	Centro de salud "Progreso"	12	10	83,3
6	SANTA	NUEVO CHIMBOTE	Centro de salud "Yugoslavia"	12	7	58,3
7	SANTA	CHIMBOTE	Puesto de salud "La Esperanza"	12	8	66,7
Subtotal				84	58	69,0
\bar{x}					8.3	69,0
1	TRUJILLO	LA ESPERANZA	Puesto de salud "Pueblo Libre"	12	5	41,7
2	TRUJILLO	LAREDO	Centro de Salud Materno Infantil de Laredo	12	7	58,3
3	TRUJILLO	SALAVERRY	Centro de salud "Salaverry"	12	1	8,3
4	TRUJILLO	LA ESPERANZA	Puesto de salud "Manuel Arevalo"	12	9	75,0
5	TRUJILLO	HUANCHACO	Puesto de salud "Villa del Mar"	12	3	25,0
6	TRUJILLO	TRUJILLO	Centro de salud "El bosque"	12	4	33,3
7	TRUJILLO	HUANCHACO	Centro de salud "Huanchaco"	12	6	50,0
8	TRUJILLO	LA ESPERANZA	Centro de salud "Santísimo Sacramento"	12	6	50,0
9	TRUJILLO	TRUJILLO	Centro de salud "La Unión"	12	3	25,0
10	TRUJILLO	LA ESPERANZA	Centro de salud "Wichanzaio"	12	6	50,0
Subtotal				120	50	41,7
\bar{x}					5,0	41,7

Test de Levine para igualdad de varianzas , p= 0,94
T de Student para muestras no relacionadas, p= 0,009

4.2. RESULTADOS SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Tabla N°05. Distribución del promedio de las Presiones Sistólicas y Diastólicas por sede, sexo y edad promedio de los pacientes identificados como no adherentes por los tres test usados para para evaluar adherencia. “Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011 “.

Sede	Sexo	Edad (\bar{x})	Presión sistólica (mm Hg.)	Presión diastólica (mm Hg.)
Santa (n=58)	F (n=32)	64,8	142,41	89.06
	M (n=26)	62,0	141,35	87.65
	\bar{x}	63.4	141,88	88,36
Trujillo (n=50)	F (n=29)	58,6	142,69	89.52
	M (n=21)	55,8	137,29	90.57
	\bar{x}	57.2	139,99	90,04
Promedio total		60.3	140,93	89,20

t para la media de p.a. sistólica entre Trujillo y Santa, p=0,517

Tabla N° 06. Influencia de las dimensiones y factores sobre la adherencia al tratamiento. "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011 ".

N°	Dimensiones y factores del test	Santa (n=58)			Trujillo (n=50)			U de Mann-Whitney
		PUNTAJE PROM	PESO (-)	% peso negativo	PUNTAJE PROM	PESO (-)	% peso negativo	
Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno.								
1	Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos.	3,36	1,64	32,76	3,66	1,34	26,80	0,103
2	Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos.	3,10	1,90	37,93	3,26	1,74	34,80	0,393
3	Alguna vez ha tomado otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?	1,36	3,64	72,76	0,68	4,32	86,40	0,000
4	Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación.	3,00	2,00	40,00	3,94	1,06	21,20	0,018
PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN		2,71	2,29	45,86	2,89	2,12	42,30	0,129
Influencia del conocimiento y gravedad de la enfermedad.								
5	Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.	4,21	0,79	15,86	4,66	0,34	6,80	0,002
6	Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?	3,64	1,36	27,24	4,46	0,54	10,80	0,000
7	Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?	3,28	1,72	34,48	3,82	1,18	23,60	0,014
8	Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?	3,22	1,78	35,52	3,94	1,06	21,20	0,001
PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN		3,59	1,41	28,28	4,22	0,78	15,60	0,004
Influencia del conocimiento del tratamiento.								
9	Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?	3,74	1,26	25,17	3,44	1,56	31,20	0,234
10	Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?	2,84	2,16	43,10	3,26	1,74	34,80	0,063
11	Deja de tomar sus medicamentos por que siente que le caen mal?	4,07	0,93	18,62	3,68	1,32	26,40	0,175
12	Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.	4,12	0,88	17,59	4,28	0,72	14,40	0,018
PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN		3,69	1,31	26,12	3,67	1,34	26,70	0,123
Influencia de los factores relacionados prestadores de salud.								
13	Asiste puntualmente a sus citas con el médico?	1,67	3,33	66,55	0,84	4,16	83,20	0,000
14	Confía Usted en lo que el médico o el personal de salud le dice y le recomienda tomar?	4,10	0,90	17,93	4,52	0,48	9,60	0,007
15	Siente que el médico o el personal de salud se preocupan por su salud?	3,57	1,43	28,62	4,3	0,7	14,00	0,000
16	Entiende las indicaciones del médico o el personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?	3,78	1,22	24,48	4,14	0,86	17,20	0,041
PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN		3,28	1,72	34,40	3,45	1,55	31,00	0,012
Influencia de factores socio - económicos y demográficos.								
17	Le alcanza el dinero para comprar su medicación?	3,71	1,29	25,86	4,32	0,68	13,60	0,002
18	Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?	3,90	1,10	22,07	4,2	0,8	16,00	0,094
19	Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?	3,71	1,29	25,86	4,22	0,78	15,60	0,001
20	Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?	3,19	1,81	36,21	4,16	0,84	16,80	0,000
PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN		3,63	1,38	27,50	4,23	0,78	15,50	0,024
PROMEDIO TOTAL		3,38	1,62	32,43	3,69	1,31	26,22	0,058

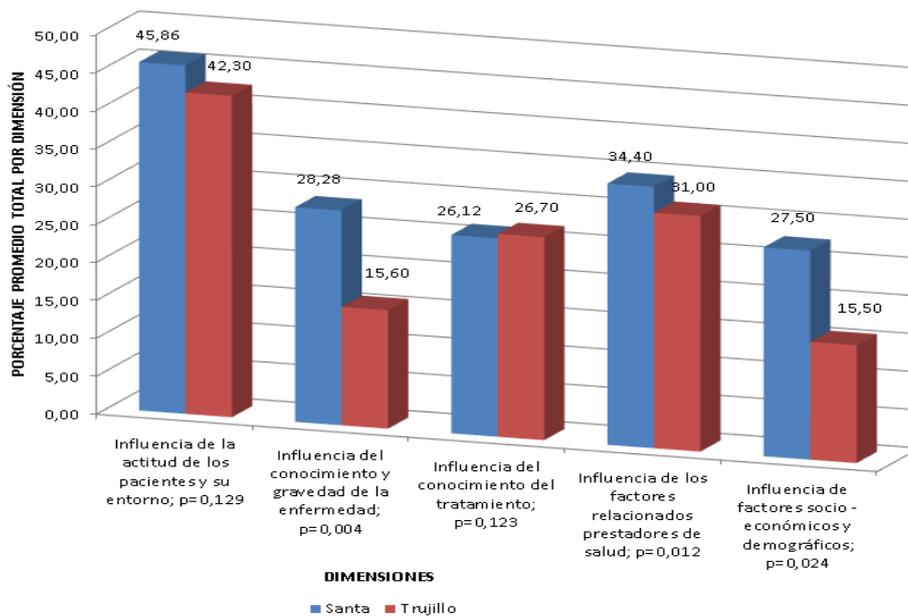
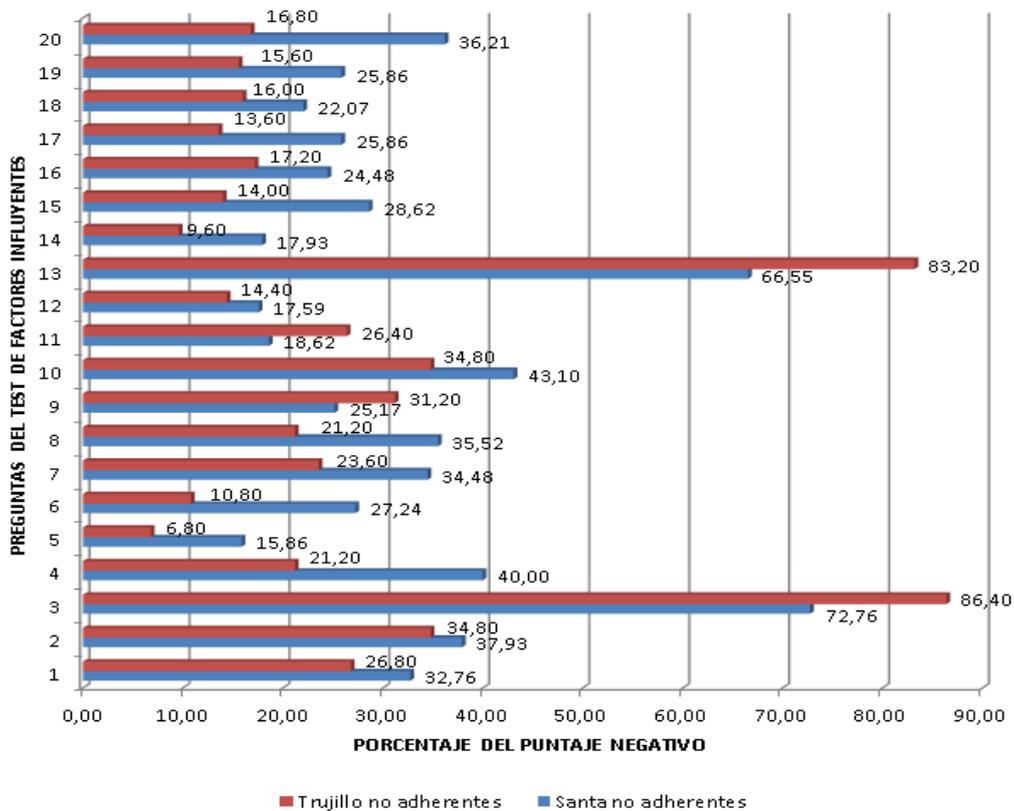


Figura N°02. Influencia negativa de las dimensiones del test, sobre los pacientes hipertensos no adherentes. “Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011 “.



p=0,058

Figura N° 03. Influencia negativa de los factores sobre los pacientes hipertensos no adherentes. “Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011 “.

TABLA N°07. Identificación del efecto de las dimensiones y factores influyentes en sobre los pacientes hipertensos no adherentes. "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011

N°	DIMENSIONES Y PREGUNTAS DEL TEST	SANTA		TRUJILLO	
		PUNTAJE	EFECTO	PUNTAJE	EFECTO
Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno					
1	Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos.	1,6	bajo	1,3	Bajo
2	Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos.	1,9	bajo	1,7	Bajo
3	Alguna vez ha tomado otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?	3,6	alto	4,3	muy alto
4	Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?.	2,0	medio	1,1	Bajo
Puntaje promedio de la dimensión		2,29	MEDIO	2,12	MEDIO
Influencia del conocimiento y gravedad de la enfermedad					
5	Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.	0,8	Muy bajo	0,3	muy bajo
6	Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?	1,4	bajo	0,5	muy bajo
7	Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?	1,7	bajo	1,2	Bajo
8	Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?	1,8	bajo	1,1	Bajo
Puntaje promedio de la dimensión		1,41	BAJO	0,78	MUY BAJO
Influencia del conocimiento del tratamiento					
9	Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?	1,3	bajo	1,6	Bajo
10	Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?	2,2	medio	1,7	Bajo
11	Deja de tomar sus medicamentos por que siente que le caen mal?	0,9	muy bajo	1,3	Bajo
12	Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.	0,9	muy bajo	0,7	muy bajo
Puntaje promedio de la dimensión		1,31	BAJO	1,34	BAJO
Influencia de los factores relacionados prestadores de salud					
13	Asiste puntualmente a sus citas con el médico?	3,3	alto	4,2	muy alto
14	Confía Usted en lo que el médico o el personal de salud le dice y le recomienda tomar?	0,9	muy bajo	0,5	muy bajo
15	Siente que el médico o el personal de salud se preocupa por su salud?	1,4	bajo	0,7	muy bajo
16	Entiende las indicaciones del médico o el personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?	1,2	bajo	0,9	muy bajo
Puntaje promedio de la dimensión		1,72	BAJO	1,55	BAJO
Influencia de los factores económicos y demográficos					
17	Le alcanza el dinero para comprar su medicación?	1,3	bajo	0,7	muy bajo
18	Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?	1,1	bajo	0,8	muy bajo
19	Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?	1,3	bajo	0,8	muy bajo
20	Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?	1,8	bajo	0,8	muy bajo
Puntaje promedio de la dimensión		1,38	BAJO	1,31	MUY BAJO

TABLA N°08. Puntajes de las preguntas del test de factores influyentes agrupadas según tipificación del efecto sobre la adherencia de los pacientes hipertensos.” Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011 “.

Rango del peso negativo*	Rango en % del peso negativo (%)	efecto	Preguntas del test: Santa		Preguntas del test: Trujillo	
			fi	%	fi	%
De 0 a 1	0 -20	muy bajo	3	15	10	50
De 1 a 2	20 -40	Bajo	13	65	8	40
De 2 a 3	40 - 60	Medio	2	10	0	0
De 3 a 4	60 -80	Alto	2	10	0	0
De 4 a 5	80 - 100	muy alto	0	0	2	10
Total			20	100	20	100

*Puntaje óptimo (5) – el puntaje obtenido por pregunta.

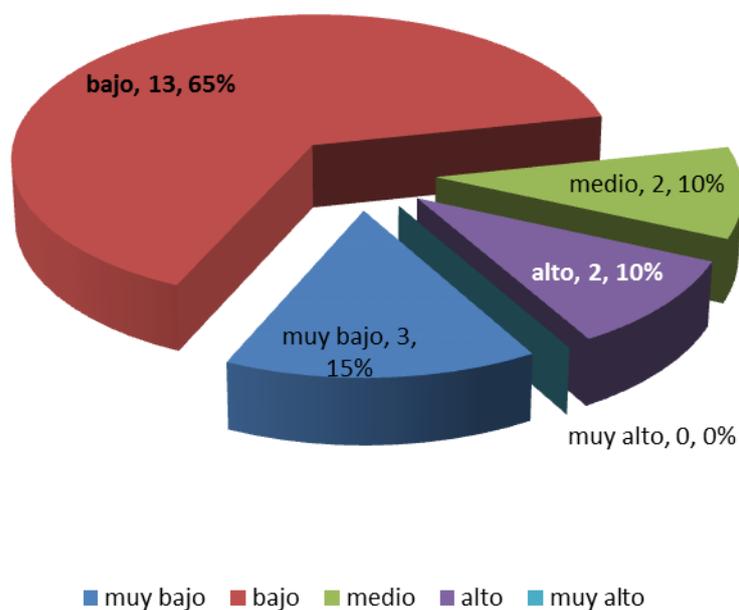


Figura N°04. Efecto de los factores influyentes sobre la adherencia de pacientes hipertensos en la provincia de Santa. ”Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011”.

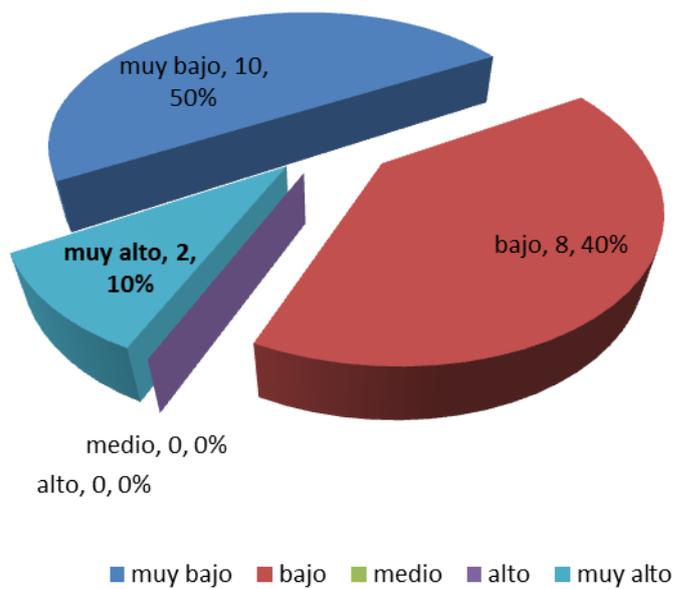


Figura N°05. Efecto de los factores influyentes sobre la adherencia de pacientes hipertensos en la provincia de Trujillo. "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011".

Tabla N° 9. Comparación de la influencia de los factores sobre pacientes adherentes y no adherentes. "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011".

N°	Dimensiones y preguntas del test	Santa				Trujillo			
		No adherentes (n=58)		Adherentes (n=9)		No adherentes (n=50)		Adherentes (n=23)	
		PUNTAJE \bar{X}	% impacto negativo	PUNTAJE \bar{X}	% impacto negativo	PUNTAJE \bar{X}	% impacto negativo	PUNTAJE \bar{X}	% impacto negativo
Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno.									
1	Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos.	3,36	32,76	5,00	0,00	3,66	26,80	4,43	11,30
2	Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos.	3,10	37,93	4,00	20,00	3,26	34,80	3,78	24,35
3	Alguna vez ha tomado otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?	1,36	72,76	4,00	20,00	0,68	86,40	3,91	21,74
4	Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?.	3,00	40,00	4,89	2,22	3,94	21,20	4,61	7,83
	PROMEDIO PARCIAL	2,71	45,86	17,89	10,56	2,89	42,30	4,18	16,30
Influencia del conocimiento y gravedad de la enfermedad.									
5	Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.	4,21	15,86	4,44	11,11	4,66	6,80	4,78	4,35
6	Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?	3,64	27,24	4,78	4,44	4,46	10,80	4,74	5,22
7	Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?	3,28	34,48	4,11	17,78	3,82	23,60	3,70	26,09
8	Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?	3,22	35,52	4,22	15,56	3,94	21,20	4,35	13,04
	PROMEDIO PARCIAL	3,59	28,28	17,56	12,22	4,22	15,60	4,39	12,17
Influencia del conocimiento del tratamiento.									
9	¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?	3,74	25,17	4,56	8,89	3,44	31,20	4,43	11,30
10	Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?	2,84	43,10	3,33	33,33	3,26	34,80	4,17	16,52
11	Deja de tomar sus medicamentos porque siente que le caen mal?	4,07	18,62	4,89	2,22	3,68	26,40	4,52	9,57
12	Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.	4,12	17,59	5,00	0,00	4,28	14,40	4,91	1,74
	PROMEDIO PARCIAL	3,69	26,12	17,78	11,11	3,67	26,70	4,51	9,78
Influencia de los factores relacionados prestadores de salud.									
13	Asiste puntualmente a sus citas con el médico?	1,67	66,55	3,33	33,33	0,84	83,20	3,78	24,35
14	Confía Usted en lo que el médico o el personal de salud le dice y le recomienda tomar?	4,10	17,93	4,89	2,22	4,52	9,60	4,65	6,96
15	Siente que el médico o el personal de salud se preocupa por su salud?	3,57	28,62	4,67	6,67	4,3	14,00	4,30	13,91
16	Entiende las indicaciones del médico o el personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?	3,78	24,48	4,33	13,33	4,14	17,20	4,26	14,78
	PROMEDIO PARCIAL	3,28	34,40	17,22	13,89	3,45	31,00	4,25	15,00
Influencia de factores socio - económicos y demográficos.									
17	Le alcanza el dinero para comprar su medicación?	3,71	25,86	4,78	4,44	4,32	13,60	4,48	10,43
18	Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?	3,90	22,07	4,56	8,89	4,2	16,00	3,70	26,09
19	Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?	3,71	25,86	4,33	13,33	4,22	15,60	3,48	30,43
20	Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?	3,19	36,21	4,22	15,56	4,16	16,80	4,13	17,39
	PROMEDIO PARCIAL	3,63	27,50	17,89	10,56	4,23	15,50	3,95	21,09
	PUNTAJE TOTAL	3,38	32,43	88,33	11,67	3,69	26,22	4,26	14,87
					p*=0,000				p=0,016

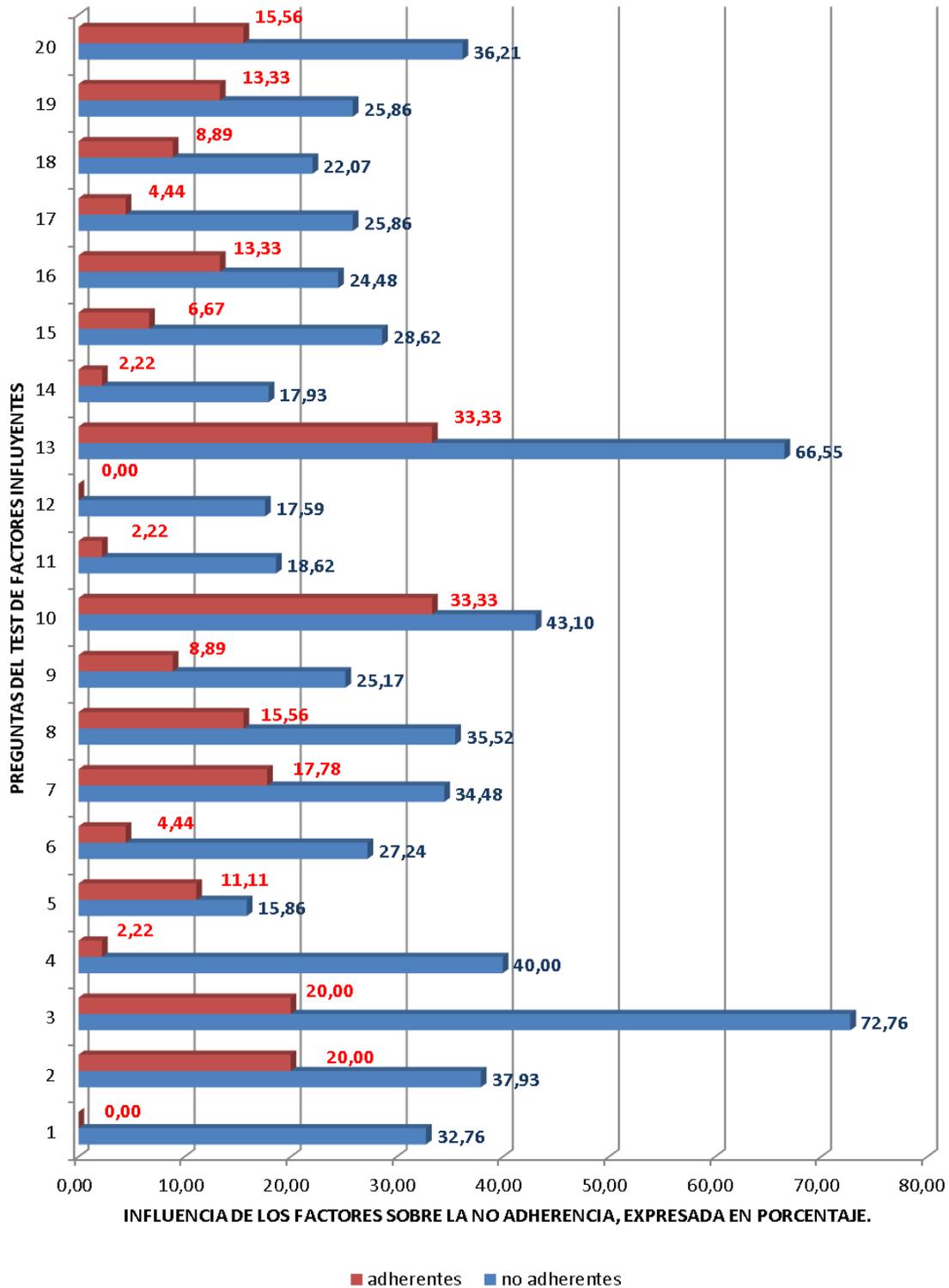
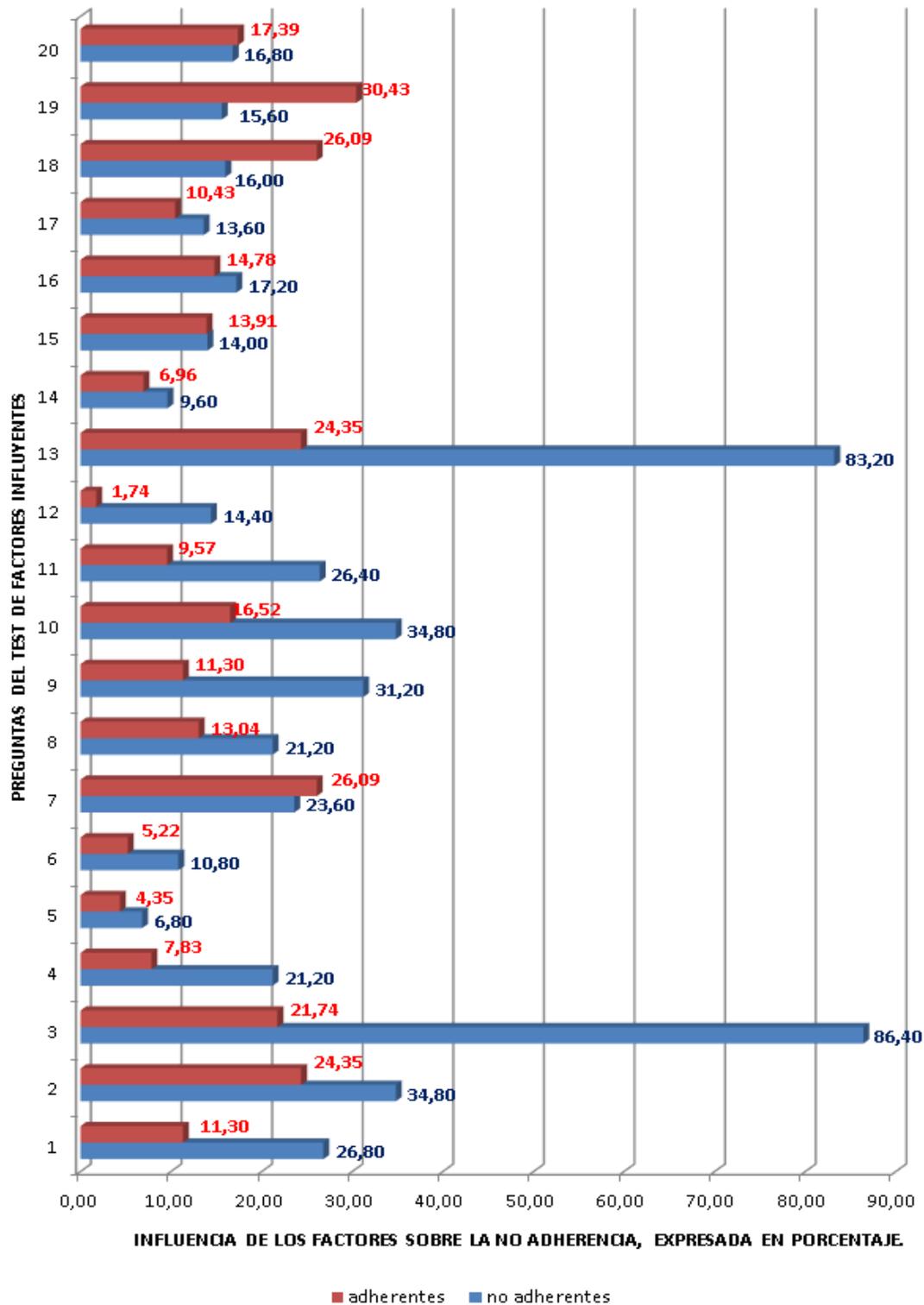


Figura N°06. Comparación del efecto negativo de los factores influyentes sobre los pacientes adherentes y no adherentes de la provincia del Santa. "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011".



p=0,016

Figura N°07. Comparación del efecto negativo de los factores influyentes sobre los pacientes adherentes y no adherentes de la provincia de Trujillo. "Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos en las Provincias de Trujillo y Santa. Noviembre 2010 - enero 2011".

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El caso de una paciente puede ser un ejemplo válido para tener una idea de la magnitud del problema de la falta de adherencia al tratamiento que enfrentamos los profesionales de la salud y el sistema sanitario. Paciente de sexo femenino, obesa, de 75 años, diagnosticada como hipertensa desde hace 3 años, acude eventualmente a las citas con el médico por el Seguro Social, pero no toma los medicamentos que le prescriben y dispensan gratuitamente. Mantenía al momento de la visita en su domicilio más de 1000 tabletas de nifedipino e hidroclorotiazida, que eventualmente regalaba a sus conocidos supuestamente también enfermos de hipertensión. La paciente no tomaba sus medicamentos por que se consideraba vieja y según su opinión a esas alturas de su vida era mejor seguir los consejos del pastor de su iglesia y confiar en la palabra de Dios. Recibía los medicamentos por que se los regalaban y no podía rechazarlos. El procedimiento del Seguro Social Público del Perú establece la entrega de todos los medicamentos para tres meses para los pacientes crónicos según las indicaciones del prescriptor, que se imprimen en unas cintas de papel donde cuesta identificar las dosis por toma, la forma cómo se distribuyen las tomas durante el día y el tiempo del tratamiento.

Casos como estos son los que motivaron el interés para la realización de esta investigación que esperamos sirva para contribuir a develar las percepciones de los pacientes que usan medicamentos, que originan incumplimiento de las indicaciones médicas, su agravamiento y perjuicio directos e indirectos para el sistema sanitario.

5.1. SOBRE EL ESTADO DE LA ADHERENCIA.

La falta de adherencia a los tratamientos prescritos para enfermedades crónicas, en el caso específico para la presión arterial, representa un problema de graves implicancias y una desventaja para el logro de objetivos del sistema sanitario. En este sentido, uno de los objetivos de la presente investigación fue determinar el estado de la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos incluidos dentro de un programa de Seguimiento Fármaco terapéutico como punto de partida para identificar los factores, causas

o motivadores que influyen de manera negativa y contribuir sobre una base razonada al diseño de estrategias para elevar la efectividad en el uso de medicamentos y fomentar el ahorro en el gasto farmacéutico innecesario y en los servicios médicos.

El ámbito del estudio abarcó las provincias de Trujillo y Santa ubicada en la costa norte del Perú que consideramos como ejemplos de una realidad específica del país en la cual los pacientes hipertensos sobrellevan su enfermedad y hacen uso de medicamentos. La población dentro del área de influencia de los establecimientos farmacéuticos seleccionados (Tabla N°02) comparten, según referencias, las mismas características socio demográficas y ofrecen servicios médicos y farmacéuticos relacionados al primer nivel de atención^{75,76}.

La conducción directa del levantamiento de información estuvo a cargo de un bachiller de Farmacia asesorado cercanamente por el Químico Farmacéutico Director Técnico del Establecimiento y por el Farmacéutico coordinador general.

Durante el periodo de captación, entre noviembre de 2010 y enero de 2011, se auto seleccionaron 204 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El número final de 12 pacientes por establecimiento se fijó de acuerdo al diseño de la investigación macro en la cual estaba inserto este estudio. Es decir, el de una investigación pre experimental para determinar la influencia de un programa de seguimiento fármaco terapéutico sobre variables de uso de medicamentos. Las complejidades y dificultades previstas por lo novedoso de la técnica influyeron en la decisión arbitraria de trabajar en cada establecimiento una muestra pequeña autoseleccionada de 12 pacientes. No fue necesario remplazar a ningún paciente durante el proceso.

La distribución de los pacientes intervenidos se muestra en la tabla de resultados N°01. La muestra de ambas provincias contiene un porcentaje mayor de mujeres y en ambos grupos la proporción por género es bastante similar. En cuanto a la edad, Las mujeres tuvieron ligeramente más edad que

los hombres (promedio 63 años), no obstante, los promedios y sus desviaciones estándar fueron muy comparables.

Es probable que el mayor porcentaje de mujeres esté relacionado con una prevalencia mayor de pacientes hipertensos mujeres. Teko y Brucker y otros investigadores, indican una mayor prevalencia de hipertensión arterial en mujeres más que en hombres a partir de los 50 años (del 64 a 68%) y atribuyen este fenómeno a la pérdida de estrógenos en las mujeres a partir de los 40 años⁷⁷⁻⁷⁹. Estas hormonas cumplen una función protectora de los órganos del aparato cardiovascular y su disminución desde la menopausia sería un factor de riesgo para el desarrollo de la hipertensión en mujeres y de allí la mayor frecuencia de su diagnóstico que se ve reflejado en la mayor proporción de atenciones.

La mayor asistencia de las mujeres a las consultas podría estar asociada también con la manera asumir su salud y enfermedad. Las mujeres en comparación con los hombres parecen tener mayor interés por su salud. Así mismo y por los roles socialmente aceptados las mujeres permanecen más tiempo en casa al cuidado de su hogar e hijos teniendo probablemente más tiempo para visitar los servicios de salud.

Desde otro punto de vista, De Keijzer sostiene los hombres, por el contrario, tienen mayores dificultades para pedir ayuda e involucrarse a programas de promoción del auto cuidado de la salud que las mujeres, por lo que se puede deducir que su disposición para acudir a un consultorio médico sólo aparece cuando la enfermedad o dolencia ha llegado a imposibilitar sus actividades físicas normales o ha comprometido de manera importante una o más de sus actividades fisiológicas, por lo que es lógico que tengan menor interés y voluntad de acudir y participar regularmente de programas sanitarios⁸⁰.

En cuanto a los promedios de presiones arteriales (Tabla N°01), los valores de los pacientes en ambas provincias, ligeramente más elevado en Trujillo, corresponden al de un hipertenso controlado según el consenso americano⁴³. Es necesario destacar que los pacientes ingresaron al grupo con un

diagnóstico confirmado de hipertensión y con una prescripción vigente para el uso de medicamentos.

Los resultados de los test usados para medir la adherencia: Morisky - Green o *Medication Adherence Scale* (MAS), el de Haynes - Sackett (HS) y el denominado Recuento de Tabletas (RT), usados simultáneamente para medir la adherencia muestran una mayor proporción de pacientes incumplidores (Tabla N°02) en ambas provincias. Comparativamente existe un nivel significativamente mayor de incumplimiento en la provincia del Santa con respecto a Trujillo que se confirma en los tres test ($p < 0.05$). En Santa el incumplimiento fue muy significativo (79.8%, $p = 0.000$ promedio en los tres test) y en Trujillo, cuyo nivel de no adherencia llegó al 61.4%, la diferencia entre cumplidores e incumplidores también fue significativa con excepción del Test de Haynes - Sackett ($p = 0.315$) (Tabla N°02).

El promedio general de incumplimiento (69.0%) representa una proporción muy elevada de pacientes incumplidores en ambas provincias y comparativamente mayor al promedio del 50% que se reportan en otras investigaciones²⁰. Inclusive es probable que esta tendencia haya aumentado. Arana et al. por ejemplo en un estudio del 2001 para determinar el nivel de prevalencia de incumplimiento en un Hospital en la Ciudad de Trujillo reportan un nivel de incumplimiento del 42%⁸¹. Sin embargo, es necesario precisar que los métodos utilizados para medir la adherencia en este estudio no son comparables con los nuestros.

Resultados similares al nuestro son los reportados por Herrera, quien en un estudio en una provincia de Colombia y bajo los criterios de interpretación de sus resultados considera que la mayoría de los participantes (61%) se ubicaron en riesgo de ser no adherentes⁸².

En el Perú algunos resultados muestran que las tasas de no adherencia oscilan entre 48 y 67% confirmando la disimilitud con los valores encontrados en nuestra investigación²⁷. Apaza por ejemplo en un estudio para determinar la adherencia de pacientes hipertensos atendidos en un Hospital de Tacna

determinó un máximo de 55.5% de no adherencia⁸³. Las razones para las diferencias en los resultados pueden deberse al uso de los instrumentos, los procedimientos para su aplicación y hasta los factores individuales relacionados con las expectativas de quien aplica el test.

Otros reportes que confirman un alto nivel de no adherencia similar a nuestros resultados son por ejemplo los de Padilla, quien encontró en 2007 una tasa de no adherencia de 54.2% en los pacientes atendidos en los consultorios de Cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins de EsSalud en Lima y los de Cueva quien encontró una tasa de no adherencia de 64.4% entre los pacientes del servicio de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna^{84,85}.

Todos los estudios anteriores tienen la particularidad de haber medido la adherencia con instrumentos propios validados y solo permiten hacer comparaciones genéricas en cuanto a la tendencia de la prevalencia del incumplimiento, pero no es posible una trazabilidad cuantitativa en el tiempo ni comparaciones más específicas.

Investigaciones que, como en nuestro caso, utilizaron el Test de Morisky – Green - Lavine como herramienta para medir adherencia son por ejemplo las de Ingáramo (Argentina, 2005) que reportan 51.9% de pacientes no adherentes, Tapia (Chile, 2005) que describe que la población estudiada fue no adherente al tratamiento farmacológico en un 55.9% y Quintana (Cuba, 2009) quien encontró una tasa de no adherencia de 37.4%^{25,86,87}.

Los resultados de la presente investigación en cuanto a no adherencia o incumplimiento de las indicaciones médicas, sobre todo los de Santa, son comparativamente más altas que las referencias. Consideramos que el procedimiento domiciliario para la aplicación de los instrumentos, usado en la presente investigación, pudo contribuir a un mayor nivel de involucramiento del paciente y como efecto una mayor sinceridad en las respuestas que reflejan mejor sus actitudes con respecto a su medicación. La interacción en la casa del paciente permitió aplicar los instrumentos en un entorno relajado tratando en

todo momento de evitar situaciones forzadas y la mayor fidelidad en las respuestas. Consideramos que la visita domiciliaria permite que los pacientes perciban una mayor preocupación por parte del personal de salud que los interviene y están más dispuestos a contribuir. Puede ser posible por el contrario que justamente en este espacio más relajado contribuya hacia una intencionalidad del paciente de mostrarse más cumplidor que lo que realmente es en la cotidianidad.

En la presente investigación el entorno hogareño permitió detectar situaciones en las cuales los pacientes no obstante que reciben sus medicamentos de manera regular y gratuita, por seguros, programas estratégicos sanitarios o los adquieren a precios bastante reducidos, dejan de tomar los medicamentos inducidos por sus erróneas percepciones de la utilidad de los medicamentos o de su estado de salud.

En los tres test usados en las provincias de Trujillo y Santa el resultado de no adherencia fue significativamente mayor en Santa ($p < 0.05$). No obstante que en ambas provincias la selección de los pacientes se hizo desde EESS de sectores socio económicos y demográficos bastante parecidos, las diferencias en los resultados parecerían indicar que en los pacientes de existe un comportamiento mucho más negativo hacia el cumplimiento.

El mayor valor de no adherencia fue determinado mediante recuento de tabletas en la provincia de Santa (85.7%). De todos los instrumentos utilizados el test de recuento de tabletas es probablemente más directo por que evalúa la adherencia verificando in situ la cantidad de medicamentos consumidos mediante conteo a la vista. Los otros dos métodos en cambio, Morisky y Haynes - Sackett, valoran la adherencia mediante la interpretación de las actitudes personales del paciente que podrían variar de acuerdo a su estado de ánimo. Sin embargo, no obstante que está suficientemente probada la utilidad para medir adherencia de los tres test utilizados, ninguno determina las causas y fue necesario elaborar un instrumento para averiguar los factores que influyen negativamente sobre los comportamientos no adherentes de los pacientes.

En el FiguraN°01 se comparan los resultados de los tres test utilizados para medir adherencia en ambas provincias y según el test de Cochran no son significativamente diferentes ($p=0.055$ y $p=0.18$ en Trujillo y Santa respectivamente). Este es un indicador confirmatorio no solo de la prevalencia de la no adherencia en ambas provincias sino también de la utilidad y coincidencia de los resultados.

Se decidió utilizar tres test para la determinación de la adherencia para tener una medición más objetiva del fenómeno, asumiendo *a priori* las debilidades de cada uno de ellos como herramientas indirectas para medir la adherencia. Tal como sugiere Chamorro et al. puede ser necesaria la utilización de más de un test para confirmar a un paciente como no adherente al tratamiento y concluyen que para la atención primaria el uso del Test de Morisky y del Test de Haynes-Sackett son los más útiles⁸⁸.

Ingáramo y Márquez sugieren que los tres test utilizados en nuestra investigación pueden tener un valor predictivo de no adherencia y han sido validados en diversos estudios^{25,61}. Aún más, sobre el Test de Morisky, Varela afirma que constituye una herramienta altamente eficaz para detectar problemas de adherencia en pacientes crónicos, por lo cual, lo recomiendan a los profesionales de la salud para ser incluido en la práctica clínica diaria como método de tamizaje permanente⁸⁹.

En la presente investigación durante la administración de los Test de Morisky y de Haynes – Sackett, se trató de controlar la sobre estimación de la adherencia por parte del paciente formulando las preguntas de manera incisiva pero cortés buscando confirmar las conductas proclives a la no adherencia o la respuesta dubitativa que insinúe el incumplimiento. En el caso del Test de Morisky de cuatro preguntas, bastó una respuesta positiva para considerar al paciente como incumplidor.

En el caso del Test de Recuento de Tabletas la medición de las cantidades de medicamentos consumidos por los pacientes en los periodos de análisis fue más objetiva. Justamente por entregar resultados basados en el consumo, este

test podría considerarse como el más fiable. No obstante Márquez afirma que es débil para determinar la adherencia estricta a la posología porque solo puede afirmarse el cumplimiento total entre ciertas fechas, pero no puntualmente el cumplimiento de la frecuencia y dosis por día⁶¹.

La coincidencia de los test para medir el grado de adherencia en términos de la frecuencia y porcentaje de pacientes que fueron catalogados de la misma forma sean adherentes o no adherentes se muestra en la Tabla N°03. En Chimbote la precisión fue mayor, es decir casi el 80% de los pacientes (67 de 84, 79.76%) fueron catalogados de la misma forma por los tres test en comparación con el 60% en Trujillo (60.83%).

Se evidencia que el mayor porcentaje de resultados coincidentes en ambas provincias corresponde a los pacientes no adherentes. En Santa se confirma mediante este análisis la mayor prevalencia de los pacientes no adherentes que aún en esta medición con tres instrumentos diferentes y en los mismos pacientes confirma un alto nivel de no cumplimiento de las indicaciones médicas cuyas razones se analizarán más adelante (58 de 84 pacientes, 69%). En Trujillo, no obstante tener resultados porcentualmente menores, podemos considerar una no adherencia igualmente muy elevada por los porcentajes coincidentes en los tres test (50 de 120 pacientes, 41.7%).

Para evaluar las probables causas de no adherencia a través del test de factores influyentes se aislaron los datos y resultados de los pacientes incumplidores coincidentes en los tres test y en ambas provincias. La Tabla N°04 muestra la cantidad de pacientes que resultaron no adherentes del total de pacientes intervenidos distribuidos por provincia y establecimientos. Porcentualmente se comprueba la diferencia entre la cantidad de incumplidores de los establecimientos de Santa y Trujillo que fue discutido anteriormente.

No fue objetivo de esta investigación estudiar las diferencias o similitudes individuales entre los pacientes hipertensos de ambas provincias relacionadas con el nivel socio cultural, acceso a servicios de salud, pertenencia a seguros de salud, influencia de los servicios farmacéuticos o la influencia del entorno,

pero es posible arriesgar una hipótesis en el sentido de que existen mayores influencias negativas en los hipertensos de Santa que los convierten en pacientes más proclives al incumplimiento de las indicaciones médicas.

La proporción entre mujeres y hombres de la muestra se mantiene en los pacientes no adherentes segregados de los tres test (Tabla N°05). Así mismo las mujeres tuvieron más edad. Las presiones sistólicas comparadas con la media de la totalidad de pacientes evaluados confirman que son pacientes con hipertensión no controlada que podría ser por efecto del incumplimiento de la medicación. Este fenómeno no es diferente entre los pacientes de Trujillo y Santa ($p=0.517$)

5.2 SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA.

Para determinar los factores que influyen sobre la no adherencia se confeccionó un instrumento que constó de 20 preguntas agrupadas en cinco dimensiones que según la Organización Mundial de la Salud son aquellas que influyen más negativamente sobre las conductas de los pacientes en cuanto a su adherencia (Tabla N°04). Las dimensiones del test fueron: a) Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno; b) Influencia del conocimiento y gravedad de la enfermedad; c) Influencia del conocimiento del tratamiento; d) Influencia de los factores relacionados prestadores de salud y e) Influencia de factores socio-económicos y demográficos²¹.

En una muestra piloto el instrumento obtuvo un índice de confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.767 (Ver Anexo N°04), lo que según George y Mallery permite afirmar que la confiabilidad del instrumento es aceptable⁹⁰.

Sin embargo, es complicado consolidar en un solo instrumento preguntas que permitan evaluar todos los factores potencialmente incidentes sobre los comportamientos negativos de los pacientes hacia la adherencia al tratamiento. No se encontraron referencias nacionales acerca de resultados de la aplicación de instrumentos para determinar el efecto de los factores reportados por la OMS. En Colombia Zambrano et al. evidenciaron que progresivamente, desde

el año 2006 y en diferentes abordajes, se han ido consolidando instrumentos que precisan mejor los comportamientos de los pacientes en cada una de las dimensiones sugeridas por la OMS y describe que se ha pasado de instrumentos con más de 72 ítems hasta uno último del año 2010 de 24 ítems⁵⁵.

En nuestra investigación aplicamos un test de 20 preguntas separadas en grupos de 4 preguntas para cada una de las cinco dimensiones considerando los aspectos más relevantes que sugiere Sabaté^{21,59}. El test fue aplicado a todos los pacientes (204 pacientes) como parte del proceso de Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT).

El análisis de los resultados consistió en evaluar las respuestas a cada una de las preguntas y su influencia sobre la adherencia. Para este fin se segregaron los pacientes que resultaron no adherentes en los tres test de diagnóstico de adherencia para cada provincia. Posteriormente se comparó las respuestas entre los pacientes adherentes y no adherentes de cada provincia para confirmar si existe efectivamente un impacto diferenciado (Tablas N°03, N°06, N°07 y N°09).

En la Tabla N° 06 y Gráficos 02 y 03, se presentan los puntajes promedio a las respuestas del test de factores influyentes de los pacientes que fueron diagnosticados como incumplidores en los tres test específicos para medir adherencia tanto en Santa (58 pacientes) como en Trujillo (50 pacientes). El análisis segregado solo de pacientes incumplidores en ambas provincias nos permitió comparar las respuestas para identificar las de mayor impacto negativo contra la adherencia justamente en pacientes con esta deficiencia.

Los puntajes del test fueron categorizados en función de la tabla para el análisis del puntaje negativo por pregunta del test de factores influyentes (Ver tabla de asignación de puntaje). Los resultados (Tablas N°07 y N°08) dejan entrever que tanto en Santa como en Trujillo el efecto de los factores es diferente y la asignación de la causa se hace muy dispersa. Si analizamos el resultado por pregunta el efecto individual resulta ser generalmente *bajo o muy*

bajo y probablemente el factor analizado en cada pregunta contribuya de manera acumulativa al efecto final sobre la conducta del paciente. Es decir, cada aspecto considerado en las preguntas se relaciona con una conducta específica de los pacientes que, aunados los otros aspectos, cada uno de ellos pueden contribuir al efecto final sobre las conductas relacionadas con la adherencia.

Este efecto de múltiples variables concomitantes es coincidente con el análisis hecho por Zambrano et al. quienes luego de una evaluación de las definiciones mayormente aceptadas sobre adherencia como las de Haynes y otros autores concluyen que se incurre en el error de tratar de vincularla con el hecho simple de tomar o no tomar la medicación y que las causas del comportamiento deberían buscarse dentro de factores más específicos relacionados con todas las actividades que debe realizar el paciente para seguir las indicaciones del médico. Señala que adherir las pautas de medicación implica realizar una serie de tareas que requieren: *saber qué hacer, cómo hacer y cuando hacer*, que hacen referencia a los conocimientos, la cantidad y calidad de la información que los pacientes tienen respecto a su enfermedad y el tratamiento a seguir^{54,58}. La calidad de la información obtenida por los pacientes de parte de los prestadores de salud constituye un elemento importante que influye sobre la adherencia pero al final la evaluación de la conducta seguida no se reduce solo a evaluar el grado de seguimiento o no del tratamiento⁵⁸.

La influencia de la actitud de los pacientes y su entorno es la dimensión de mayor efecto negativo en ambas provincias, valorado como *medio* según la tabla de asignación de puntaje negativo de la sección 3.5 (entre 40 y 60% de efecto negativo promedio). En este sentido las preguntas 3 y 13 asociadas a tomar medicamentos por automedicación y las asistencias a las citas con el médico respectivamente son los aspectos individuales de impacto negativo más alto y si bien la diferencia entre los resultados de ambas provincias no es significativa ($p=0.058$) existe una ligera mayor influencia sobre los pacientes de Santa (promedio del peso negativo en Santa 1.62, versus 1.31 en Trujillo). Sin embargo, es en Trujillo donde el efecto de la automedicación y la inasistencia a las citas resultó *muy alto* (promedio del impacto negativo mayor de 80 a 100%)

La influencia de la actitud de los pacientes y su entorno obtuvo una valoración del efecto negativo más alta que el resto de las dimensiones y particularmente mayor en Santa (Tabla N°06 y FiguraN°02, peso (-) =2.29 y 46%). El resto de las dimensiones influyen en porcentajes variables de impacto calificados en conjunto como de *bajo* o *muy bajo*. En el lado opuesto podríamos afirmar que existe menor influencia de los factores socio económicos y demográficos, sobre todo en Trujillo donde alcanzan puntajes promedio considerados de efecto *muy bajo* (Tablas N°06 y N°07, FiguraN°02). Este último resultado es reflejo probablemente de la evolución positiva de la economía nacional y del fácil acceso a los servicios de salud sobre todo en las ciudades de la costa.

Estadísticamente y de manera conjunta el impacto negativo de los factores evaluados fue mayor en Santa. En tres de las cinco dimensiones las diferencias entre los puntajes son significativos comparados con los de Trujillo: en el efecto del desconocimiento de la enfermedad ($p=0.004$), La percepción negativa del trato del personal de salud e ($p=0.012$) y la influencia de los factores socio económicos ($p=0.024$). Esta tendencia podría ser confirmatoria de los resultados sobre el mayor porcentaje de pacientes no adherentes en Santa (79.76%) en términos de su vulnerabilidad frente a los factores negativos que inciden sobre la no adherencia.

5.2.1. Análisis específico del impacto de los factores incluidos en el instrumento.

5.2.1.1. Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno.

Los resultados de la presente investigación muestran que la actitud de los pacientes y su entorno es la dimensión de mayor influencia negativa sobre la adherencia (primera categoría de la Tabla N°06). La psicología personal del paciente y su entorno familiar pueden contribuir de manera favorable o influenciar muy negativamente la adherencia. La influencia negativa que identificamos en los familiares no es necesariamente una acción directa diciéndole al paciente “no tomes tu medicamento”, por el contrario, el efecto fue

por el escaso involucramiento de los parientes con los objetivos terapéuticos que debe cumplir el enfermo y las escasas o nulas acciones para motivarlos a cumplir las indicaciones médicas.

En esta dimensión es remarcable el resultado de la pregunta 3 acerca de si se han tomado otros medicamentos para la hipertensión por recomendación de terceros no facultados. La respuesta a esta pregunta denota el comportamiento de efecto más negativo de todos los incluidos en el instrumento tanto entre los pacientes de Trujillo (peso negativo = 4.3, 86.4%, *efecto muy alto*) y de Santa (peso negativo = 3.6, 72.76%, *efecto alto*) (FiguraN°03).

Es notable el resultado de que estas conductas proclives a usar medicamentos sin prescripción sean más prevalentes en Trujillo. Es probable que este comportamiento esté asociado con el mejor acceso y mayor oferta de medicamentos en esta ciudad en comparación con Santa, donde existe aún una concentración de la oferta en las zonas más céntricas de los distritos más grandes de la provincia.

En el análisis de estos resultados, podríamos proponer que los pacientes entienden que aquellos que sufren sus mismos signos y síntomas tienen alguna clase de "autoridad de enfermo" que les da potestad para extrapolar sus propios tratamientos en sus propias dosis y frecuencias prescritas hacia cualquier otro paciente, sin tomar en cuenta ninguna otra característica individual. Por lo tanto, es frecuente que los pacientes sean fácilmente influenciados por otras personas, amigos o familiares, que usan medicamentos supuestamente para la misma enfermedad. En vista de la incertidumbre que significa empezar una nueva medicación, los pacientes confían más en quienes sufrieron los mismos problemas y aparentemente tuvieron éxito con sus tratamientos.

Libertad, afirma que si bien la no adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas tales como: dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto, errores de omisión, de dosis, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la

inasistencia a consultas e interconsultas, hábitos y estilos de vida inapropiados y etc., de todas las anteriores destaca superlativamente la práctica de la automedicación⁹¹.

Vásquez, señala que el nivel de automedicación en el Perú puede llegar hasta el 60% de la población y que existen diversos factores que la condicionan entre ellos el limitado acceso a servicios de salud, limitaciones económicas, bajos niveles de educación y acceso libre a medicamentos que necesitarían receta médica. Así mismo señala como factores negativos la publicidad sesgada y en otros casos exagerada de las cualidades de los medicamentos por parte de la industria farmacéutica⁹².

En el problema de la automedicación inapropiada no es posible soslayar la responsabilidad de los prescriptores y sobre todo de los dispensadores. Según la legislación peruana todos los medicamentos antihipertensivos deben dispensarse bajo receta médica y los químicos farmacéuticos directores técnicos de los establecimientos farmacéuticos deben ejercer el control para evitar la venta de estos medicamentos sin receta. Por lo tanto, si los pacientes se auto medican inapropiadamente es muy probable que el origen sea una prescripción o dispensación inapropiadas. No obstante, esta es una oportunidad para que los profesionales que intervienen en el proceso de uso de medicamentos contribuyan activamente en la prevención del riesgo de automedicación^{1,93}.

En esta dimensión el resultado de la pregunta 2, acerca de la influencia directa de los familiares y la motivación que ejercen sobre los pacientes para que tomen sus medicamentos, estuvo relacionado con el resultado de la pregunta 3, sobre el uso de medicamentos por automedicación. En las conversaciones con los pacientes se confirmó que los familiares cercanos no participan activamente en la motivación hacia el cumplimiento de las indicaciones dadas por el médico. Es poco frecuente o casi nulo encontrar que los esposos o los hijos estén involucrados en los compromisos asociados al cumplimiento de la medicación del paciente.

Es perentorio incluir dentro de los programas dirigidos a pacientes crónicos estrategias de sensibilización dirigidas a los miembros del hogar de los pacientes hipertensos con el objetivo de que asuman una responsabilidad solidaria para mejorar la adherencia del paciente.

Venegas y Ravanales afirman que la familia es la primera fuente de apoyo para un paciente y cuando éste recibe apoyo se ajusta mucho mejor a su tratamiento, si el paciente no tiene un espacio donde hablar se deprime, y es muy importante la actitud que asume la familia para afrontar solidariamente el problema del paciente. El afrontamiento de los problemas, según los autores, puede ser de manera activa, involucrándose, o evasivo que niega la realidad y la presencia del problema. Esta forma de ver la realidad también puede aplicarse a los propios pacientes y de allí que una familia involucrada puede ser de mucha ayuda⁹⁴.

En el mismo sentido Brannon sostiene que uno de los factores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el grado de apoyo social que se tiene por parte de los amigos y la familia; en general, las personas que se sienten aisladas de los demás tienden a no ser cumplidoras, mientras que aquellas que disfrutan de relaciones personales cercanas están más dispuestas a seguir con el tratamiento prescrito⁹⁶.

Varios otros estudios discutidos por Ortego Maté et al. han puesto de manifiesto que los lazos sociales actúan no sólo como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que pueden producir determinados acontecimientos de la vida⁹⁷. Sostienen que, a pesar de los beneficios demostrados para la salud y la adherencia, el apoyo social, en ocasiones, también puede inhibir la adhesión.

Así, mismo, otras investigaciones han demostrado que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico; un cónyuge que genera culpabilidad; o unos padres excesivamente ansiosos, indulgentes, rígidos y controladores, pueden provocar un "efecto boomerang" que resulte en un deterioro de la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica. Del mismo

modo la falta de interés y el rechazo manifestado por personas significativas para el paciente, pueden representar otro obstáculo⁸⁹.

5.2.1.2. Influencia del conocimiento de la propia de la enfermedad.

La gravedad con la que percibe un paciente su propia enfermedad se convierte en un motivador muy fuerte para el cumplimiento de las indicaciones médicas en cuanto al uso de medicamentos. La contribución de los profesionales de la salud en este sentido es relevante para evitar que los pacientes en la ansiedad por resolver el problema recurran a proveedores de servicios sanitarios no formales que terminen por tergiversar el objetivo terapéutico real hacia patologías erróneas o inexistentes.

Los resultados para esta dimensión del test de factores influyentes permiten afirmar que el conocimiento de la enfermedad no es un factor que afecta de manera importante la adherencia a los tratamientos y el impacto negativo puede considerarse bajo. Las influencias negativas de estas conductas son mayores en la provincia de Santa que en Trujillo (28.28% versus 15.60%, $p=0.004$). La diferencia significativa permite suponer que los pacientes en Trujillo son más conscientes de la naturaleza de la enfermedad y esto podría estar asociado al mayor nivel educativo y cultural tradicionalmente aceptado.

La influencia de las actividades educativas del personal de salud con el objetivo de que los pacientes se involucren en sus tratamientos sobre todo en el caso de enfermedades crónicas parece haber contribuido al mejoramiento de los niveles educativos y a debilitar las influencias negativas de las creencias populares empíricas. Según los resultados de la pregunta N°05 concebir a las enfermedades como fruto de fuerzas extra naturales parece haberse reducido de manera significativa. En ambas provincias el promedio de puntaje negativo para esta pregunta fue menor de uno es decir de un impacto negativo *muy bajo* según nuestra categorización.

Así mismo a las preguntas de si deja de seguir las indicaciones cuando siente que está mejor (pregunta 7) o si cree que la hipertensión es un mal pasajero

(pregunta 6) o de si conoce las complicaciones de la presión alta (pregunta 8) el puntaje del impacto negativo es igualmente *bajo* en Santa y *muy bajo* en Trujillo.

A diferencia de nuestra investigación Agámez con el objetivo de determinar los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo reporta que dentro de los factores psicológicos la mayoría de los pacientes catalogados como incumplidores no le dieron importancia a su enfermedad (63,04%) constituyendo la causa principal por la cual los pacientes no siguen las indicaciones de su tratamiento. Los resultados mostraron que el 50% de los hipertensos encuestados no se siente amenazado por la enfermedad, ni vulnerable a sus complicaciones, lo cual influye de manera negativa para la adherencia al tratamiento⁹⁷.

En la presente investigación se realizó el análisis estadístico para medir la relación entre el impacto de los factores influyentes y el valor de la presión arterial tanto entre los pacientes adherentes y entre aquellos considerados como no adherentes (Anexo N°6). Los resultados muestran que en Santa existe correlación negativa baja ($r = -0.2395$) entre el puntaje del test de factores influyentes y los valores de presión arterial sistólica. Este resultado podría confirmar que los pacientes con mayor puntaje en el test, menor influencia negativa, tuvieron menores valores de presión arterial. En la provincia de Trujillo la correlación fue prácticamente inexistente ($r = -0.0585$)

5.2.1.3. Influencia del conocimiento del valor de los medicamentos y del tratamiento.

A pesar del resultado que considera a los pacientes de ambas provincias como incumplidores se evidencia que, por lo menos de manera consciente, pre existen actitudes favorables hacia la adherencia que deberían ser aprovechadas en la práctica por los familiares y trabajadores de salud usando estrategias educativas para su fortalecimiento. Un paciente motivado para adherir su tratamiento se convierte en un aliado fundamental para el éxito de cualquier estrategia preventiva de salud pública y el impacto en el sistema se

reflejará en menores visitas a los establecimientos por recaídas o agravamientos.

Es sintomático que a la pregunta de si el paciente tiene ganas de cumplir con la medicación tal como le han indicado, la respuesta sea el factor menos negativo para la adherencia, valorado como de impacto *bajo* o *muy bajo* en ambas provincias. Los resultados reflejarían que los pacientes tanto en Trujillo como de Santa mantienen una actitud positiva para cumplir su medicación (Tablas N°06 y N°07, pregunta 12).

Los resultados de la presente investigación son coherentes con los de Herrera-Guerra quien reporta en su estudio que la mayoría de pacientes hipertensos (87%) estuvieron convencidos de los beneficios del tratamiento y por eso lo siguieron; así mismo dichos pacientes se interesaron por conocer sobre su condición de salud y la manera de cuidarse (84%)⁸². Según el autor estos resultados indican que los pacientes están dispuestos a ejercer su autocuidado y puede ser una oportunidad para incentivar su participación⁸². Otros hallazgos similares fueron reportados por Contreras y Bastidas quien señala que “los conceptos de autocuidado y adherencia tienen mucha relación ya que la adherencia es una expresión concreta del autocuidado”^{68,98}.

En esta categoría la pregunta 10 sobre si el paciente considera cansado y aburrido tomar medicamentos a la misma hora fue el aspecto con efecto más negativo sobre la adherencia valorado como de efecto *medio* en Santa y *bajo* en Trujillo (Tabla N°07). El resultado refleja la dificultad que significa para el paciente tomar medicamentos siguiendo una determinada pauta y se evidencia una aparente contradicción con las respuestas de las preguntas 11 y 12 en esta misma categoría que contrariamente evidencian actitud favorable para no dejar de cumplir con su medicación (Tabla N°07). Se podría razonar por tanto que urge la necesidad de utilizar medicamentos y diseñar pautas posológicas que sean fáciles de cumplir por los pacientes. Así mismo se podría postular la necesidad de soporte y motivación extrínseca para evitar la deserción del paciente que perciben como muy complicado entender su pauta posológica.

La OMS plantea que la adherencia a los regímenes terapéuticos a largo plazo, como es el caso de personas con hipertensión arterial, requiere de soporte que incluye la enseñanza para adoptar y mantener un comportamiento asertivo en la toma de la medicación, además del seguimiento profesional de las recomendaciones prescritas por lo que sugiere aplicar estrategias que apoyen mejores comportamientos. Propone usar como motivadoras recompensas, recordatorios (instrucciones escritas) y conformar grupos de autoayuda que permitan el intercambio de experiencias personales y sirvan de estímulos para las personas que se encuentran en igual situación⁹⁹.

El valor que le asignan los pacientes a su tratamiento es un factor fundamental de influencia directa sobre la adherencia al tratamiento. Los resultados de nuestro estudio, en promedio de impacto bajo en ambas provincias, confirmarían tener una influencia individual poco desfavorable y más bien el efecto negativo sería la sumatoria de todos los aspectos negativos estudiados. Similar al nuestro, Contreras, en un estudio en Medellín, Colombia reportó que el 98% de los participantes expresaron que consideraban que su tratamiento sí mejora su salud y es un factor motivador para seguir tomándolo⁶⁸. Del mismo modo en un estudio realizado en Chile por Mendoza et al. reportaron una alta influencia de la percepción del valor de los medicamentos hacia la adherencia (78,4%)⁴. Contrariamente Barquín Soltera et al. en un estudio realizado en Barranquilla, Colombia, reportó que el 74% de los pacientes hipertensos no cumplen su tratamiento prescrito por el médico debido a la creencia de que éste no mejora su salud¹⁰⁰. Evidentemente que en este aspecto confluyen los elementos del entorno social y cultural para modular la forma en la que los pacientes asumen su medicación.

Los resultados de esta dimensión hacen urgente que los trabajadores de salud, sobre todo prescriptores y dispensadores, deban desarrollar estrategias para fortalecer las conductas del paciente favorables al mantenimiento del cumplimiento estricto de la posología, sobre todo cuando en la continuación del tratamiento el paciente percibe que se siente mejor. Las estrategias de los profesionales de la Salud son necesarias para comunicar al paciente que justamente la sensación de bienestar tiene su origen en la acción

farmacológica del medicamento y que subsiste el riesgo de una abrupta subida de las presiones arteriales por dejar de tomar la medicación sin la autorización del facultativo.

5.2.1.4. Influencia de la percepción del trato del personal de salud.

En esta dimensión se evaluó el impacto del trato del personal de salud sobre las conductas de los pacientes hacia la adherencia al tratamiento. Se ha reportado que si el paciente recibe del personal de salud un trato poco cálido y por el contrario percibe que tanto los médicos, farmacéuticos y otros profesionales involucrados tienen una actitud agresiva, de fastidio o poco agradable, generará como consecuencia una conducta reactiva en contra del servicio de salud y de los profesionales que lo atienden reflejándose en escasa credibilidad de las recomendaciones médicas y por consecuencia escaso valor asignado a la adherencia⁵⁶.

Si bien las respuestas a las preguntas directas sobre la calidad de la interacción entre paciente y el personal de salud muestran un efecto negativo considerado *bajo* (Tablas N°06 y 07, puntaje promedio de 1.72, 34.40% en Santa y 1.55, 31% en Trujillo), las inasistencias de los pacientes a las citas programadas (pregunta 13) sí tienen un impacto negativo remarcable, valorado como *alto* en Santa y *muy alto* en Trujillo (Tablas N°06 y 07, puntaje de 3.3, en Santa y 4.2 en Trujillo). Este ítem es, luego del uso de medicamentos sin prescripción (pregunta N°3), el factor más negativo para la adherencia y contrasta con el reporte de Arana et al. quienes en un estudio en Trujillo el 2001 para determinar algunos factores relacionados con el incumplimiento en un Hospital del Seguro Social encontraron que el nivel de incumplimiento fue del 58% pero el nivel de asistencia a las citas médicas fue del 71.6%⁸¹.

Aunque las respuestas a las preguntas no lo evidencien, tal vez la actitud de inasistencia encontrada en nuestra investigación sea una consecuencia de la percepción del paciente de la falta de soluciones integrales a sus problemas. Más aún si tenemos en cuenta que la atención considerada normal en un establecimiento de salud no necesariamente consiste una demostración cabal de afecto o de preocupación sincera por parte de los trabajadores de salud. En

una de las respuestas de los pacientes se anotó “Si al médico no le importo como persona, seguro que me está dando cualquier cosa que no vale la pena tomar”.

Una visión diferente, coincidente con los resultados expuestos, son los de Gascón et al. quienes en una investigación en España sostienen que la insatisfacción con la atención recibida son un obstáculo para la adherencia al tratamiento farmacológico. Reportan que los pacientes incumplidores se mostraban insatisfechos con la atención clínica, la poca duración de esta, la pobreza de explicaciones y la escasa interacción del médico con el paciente¹⁰¹.

Un problema generado por la inasistencia a las citas es que los pacientes continuarán tomando medicamentos que probablemente ya no necesitan o en todo caso no vuelvan a ser evaluados para recibir nuevos medicamentos que por la evolución de su estado de salud si necesitan. Cuando el paciente por la urgencia de los signos y síntomas decida finalmente asistir es probable se diagnostique un agravamiento de su condición con el consiguiente perjuicio para su salud y para su economía al tener que usar probablemente medicamentos más caros. Si se trata de un seguro, la inasistencia originará congestión del servicio y mayores costos en la consulta y en los medicamentos encareciendo el sistema.

En este sentido Libertad afirma que la falta de adherencia terapéutica, repercute en un desperdicio de recursos invertidos en medicamentos debido a que el paciente no los consume y en una pérdida económica por concepto de ausentismo laboral⁹¹. El gasto inútil en un paciente que no acude regularmente a su control se puede traducir además en pérdidas sensibles para la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos que puede provocar por ejemplo problemas relacionados con medicamentos en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia.

En cuanto al gasto sanitario por parte del estado, la no adherencia puede incrementarlo considerablemente debido a la atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas

planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. La OMS señala en un informe que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública⁹¹.

Price, Yoselyn et al. Afirman que la comunicación efectiva y la confianza que reflejan los profesionales de la salud y los servicios prestadores son indispensables cuando se pretende mejorar la adherencia en los pacientes¹⁰². Schmidt Rio-Valle J. et al. Plantean que es fundamental optimizar la relación del profesional de la salud con el paciente, si se tiene en cuenta que son los pacientes los que en último término deciden tomar la medicación y adoptar las medidas higiénico-dietéticas que se les aconseja y que se debería llegar a un acuerdo con éstos de forma individualizada para establecer el tratamiento, las medidas más adecuadas y el modo de llevarlo a cabo¹⁰³.

Se verificó en las visitas a los pacientes de nuestro estudio, sobre todo en aquellos que reciben medicamentos gratuitos del seguro social y que por diversas razones incumplen su medicación o en aquellos cuya terapia inicial fue cambiada a otra diferente antes de terminar la prescripción previa, que mantienen cantidades considerables de medicamentos que no usan y que terminan perdiéndose por caducidad o en el peor de los casos siendo regalados a otros pacientes amigos o familiares sin ningún criterio profesional de uso. Este problema del stock domiciliario de medicamentos gratuitos provenientes de seguros parece ser un mal crónico y extendido fruto de un pernicioso sistema de dispensación de medicamentos sin control posterior del uso efectivo. Esta situación es grave porque implica además un impacto económico negativo debido a la cantidad de medicamentos no usados y perdidos.

5.2.1.5. Influencia de los factores socio económicos y demográficos.

La última categoría de preguntas del test fue para averiguar la influencia de los factores sociales, económicos y demográficos sobre el cumplimiento de las

indicaciones médicas. De manera general estos aspectos tienen menor influencia negativa relativa que el resto de dimensiones analizadas. La Tabla N°06 muestra un efecto bajo en Santa y muy bajo en Trujillo. Sin embargo, los ítems de esta dimensión tuvieron mayor impacto en los pacientes que se atendieron en establecimientos de la provincia de Santa que en los de Trujillo donde el impacto negativo en porcentaje es casi el doble entre una y otra provincia (27.5 y 15.5% respectivamente en Santa y Trujillo). Es probable y coherente afirmar que este resultado podría estar relacionado con el mejor estatus socio económico de los pacientes de Trujillo.

Al respecto, Rodríguez Flores y Polo Campos, señalan que se ha encontrado evidencia que factores tales como el estado socioeconómico deficiente, el grado de pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivas, las condiciones de vida inestables, la disfunción familiar, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento son factores que repercuten negativamente en la adherencia de los pacientes¹⁰⁴.

El ingreso familiar es un problema mayor en Santa que en Trujillo y existe una mayor población de pacientes asegurados en Trujillo (488,187 hab.) que en Santa (267,863 hab.), ambas variables conjugadas podrían explicar este resultado afectando directamente a los pacientes que tienen que comprar sus medicamentos^{72,105}.

Similar fenómeno ocurre cuando se pregunta sobre el aspecto laboral. Los pacientes de Santa respondieron en mayor proporción de manera negativa cuando se les pregunta por la influencia que tiene el trabajo sobre el cumplimiento (pregunta 18). El hecho de salir muy temprano de casa, regresar tarde o realizar labores en situaciones y condiciones desfavorables, son razones que no permiten según los pacientes el cumplir con las indicaciones del médico.

Cuando se pregunta sobre la dificultad de conseguir la medicación en el área donde vive (pregunta 19) el puntaje promedio más negativos está en Santa. Una mayor urbanización y distribución de servicios sanitarios y farmacéuticos hace que los pacientes puedan probablemente acceder más fácilmente en Trujillo.

En la última pregunta se vuelve a averiguar la influencia de la ubicación del establecimiento de salud y la dificultad para acceder por parte del paciente. (pregunta N°20). Las respuestas, no obstante, el efecto negativo bajo y muy bajo, indican que es más difícil para los pacientes de Santa acceder a los servicios de salud y servicios farmacéuticos que para los pacientes de Trujillo (36.21 y 16.30% de impacto negativo respectivamente). Es evidente que en la provincia de Santa existe mayor población en lugares menos urbanizados y de menores recursos a donde aún no ha llegado la cobertura de los servicios y programas de salud.

Dentro de los factores económicos y demográficos, confluyen factores que limitan no solo el acceso a medicamentos si no a los servicios de salud en general. A los pacientes asegurados se les dificulta hacer el viaje desde sus domicilios hasta los centros de atención, que son escasos, para conseguir una cita, pasar la consulta médica y hacer los trámites para obtener los medicamentos de manera gratuita. Algunos pacientes manifestaron que muchas veces para evitar el engorroso trámite que significa ir a los consultorios de los seguros públicos prefieren comprar los medicamentos que usualmente usan en una farmacia privada. O simplemente no comprarlos.

Sin embargo, el valor de los medicamentos no es una influencia comparativamente importante dentro de esta dimensión (pregunta 17, Tablas N°06 y 07). Esta percepción puede estar fuertemente influenciada por el hecho que muchos de los pacientes tienen un seguro público del cual reciben los medicamentos de manera gratuita.

Desde otro punto de vista, el valor de los medicamentos en el mercado peruano tiene desde hace unos años un marcado ritmo decreciente debido a la

implementación de la política de medicamentos cuyas estrategias han permitido una mayor oferta de medicamentos genéricos permitiendo que los pacientes de enfermedades crónicas como la hipertensión adquieran medicamentos baratos en envases que contienen suficiente cantidad de dosis para periodos largos de tiempo¹⁰⁶.

Un tema que no fue incluido dentro del instrumento, pero podría tener un impacto importante sobre la continuidad de los tratamientos es acerca del abastecimiento de los medicamentos en los servicios de salud. Para los pacientes asegurados públicos es un motivador muy fuerte tener la certeza que la farmacia del establecimiento está suficientemente bien surtida. En un informe de la Superintendencia Nacional de Salud se precisa que dentro de las razones que esgrimen los pacientes como problema para no obtener los medicamentos en los establecimientos públicos está el desabastecimiento en una proporción que raya el 50% de las opiniones¹⁰⁷.

Una alternativa de solución para mejorar la cobertura del sistema puede ser la estrategia de las Farmacias Inclusivas puesto en marcha por el Ministerio de Salud que permitirá a los pacientes del Seguro Integral de Salud recoger o surtir sus recetas en Farmacias y Boticas afiliadas al programa que estén ubicadas en zonas de más fácil acceso para los pacientes, con la ventaja que recibirán del Químico Farmacéutico un servicio profesional basado en atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico¹⁰⁸.

No se encontraron referencias nacionales acerca de la influencia de los horarios laborales, el valor de los medicamentos y las dificultades del acceso a establecimientos de salud y farmacias sobre la adherencia terapéutica. En experiencias foráneas, Jing et al. en una revisión de investigaciones sobre factores que afectan la adherencia a los tratamientos, los resultados muestran que los pacientes parecen no estar dispuestos a tomarse un tiempo libre en sus trabajos para cumplir con su medicación, es decir si la frecuencia de dosis se traslapa con la jornada laboral el medicamento se toma después o no se toma¹⁰⁹.

En una investigación se reporta además que un trayecto corto entre el trabajo y el servicio de salud favorece las conductas hacia el cumplimiento de las indicaciones y las citas programadas y otro estudio se sugiere que los trabajadores de oficina son menos proclives al cumplimiento que las amas de casa debido probablemente a que las actividades de éstas encajan mejor con los tiempos de atención de los establecimientos de salud^{109,110}.

El costo es un tema crucial para la adherencia al tratamiento especialmente para los pacientes con enfermedades crónicas cuyo periodo de tratamiento es largo. Los gastos en salud pueden significar para los pacientes una gran proporción de sus ingresos, salvo que mantengan un seguro de salud. Una serie de estudios sugieren que los pacientes que no tienen seguro son más proclives a no cumplir con la adherencia, aunque se presentan algunos ejemplos en los que se ha probado que esta relación entre la tenencia de un seguro y adherencia no es invariable y probablemente esté condicionado al tipo de seguro que tienen los pacientes y a los planes de cobertura¹¹¹. En Estados Unidos por ejemplo casi un 10% de los pacientes asegurados tienen problemas para adquirir sus medicamentos debido a las modalidades de copago¹¹².

VI. CONCLUSIONES

- 6.5. Los pacientes de las provincias de Trujillo y Santa que se atendieron en los establecimientos considerados en la presente investigación son no adherentes a su tratamiento en porcentajes por encima de los valores reportados en la literatura.
- 6.6. El efecto de: la actitud de los pacientes y su entorno; del conocimiento y gravedad de la enfermedad; del conocimiento del tratamiento; de los factores relacionados prestadores de salud y de los factores socio - económicos y demográficos, incluidos en el instrumento utilizado para medir su influencia, fueron considerados individualmente como de baja influencia negativa sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos intervenidos.
- 6.7. Los factores evaluados a través del instrumento tienen una influencia sumativa más que individual sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos intervenidos en las provincias de Trujillo y Santa.
- 6.8. El consumo de medicamentos no prescritos y la inasistencia a las citas médicas fueron los factores individuales que tuvieron mayor influencia negativa sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos intervenidos en las provincias de Trujillo y Santa.

VII. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Debido a las conclusiones en el sentido que el efecto de los factores analizados es individualmente bajo o muy bajo (80% en Santa y 90% en Trujillo, Tabla N°08 y gráficos N°04 y 05) y solo dos ítems en Santa tienen efecto *alto* (10.0%) y dos en Trujillo efecto considerado *muy alto* (10%), volvemos a postular que las conductas y actitudes negativas de los pacientes con respecto a la adherencia no tienen un determinante exclusivo, sino más bien serían la suma de todos los factores estudiados y de otros que dependen de la realidad de los pacientes hipertensos en la sobrellevan su enfermedad.

En virtud de la influencia integral de los factores estudiados se recomienda el diseño y propuesta de una política pública sanitaria con el objetivo de evidenciar el impacto negativo de la no adherencia a los tratamientos farmacológicos directamente sobre la salud de las personas y sobre el sistema sanitario. El documento de política y las estrategias normativas que se desprendan deben precisar la influencia y responsabilidad de los trabajadores de salud sobre todo la de prescriptores y dispensadores.

Es necesario así mismo que en el manejo de las políticas sanitarias sobre medicamentos los usuarios asuman un rol más inclusivo asumiendo las mejores conductas para evitar factores de riesgo asociados. Los usuarios tienen el derecho de conocer la magnitud del daño que ocasiona la falta de adherencia a sus tratamientos y de recibir de parte de los profesionales de la salud todas las indicaciones de manera precisa que garanticen el uso apropiado de los medicamentos. Así mismo los pacientes deben conocer las implicancias de la falta de adherencia a las indicaciones para que asuman con conocimiento de causa la responsabilidad del riesgo de no cumplir con los tratamientos prescritos.

Así mismo recomendamos se sigan realizando investigaciones sobre este fenómeno de forma multidisciplinaria. Se debe crear una cadena de valor en las recomendaciones que reciben los pacientes para el manejo de sus medicamentos. Médicos, otros prescriptores como Odontólogos y Obstetrickes,

Farmacéuticos, Enfermeras, Psicólogos y otros trabajadores de salud deben confluir en sus recomendaciones de uso de medicamento para contribuir a formar una conciencia educada sobre el valor de los medicamentos, la importancia de tomarlo en las dosis, frecuencia y tiempo indicado.

Es necesario así mismo desarrollar más investigaciones que tomen en cuenta las características de los pacientes en cada región del Perú, sus costumbres y factores particulares relacionados a su propio ambiente y realidad que permitan medir el estado del problema y evaluar el impacto diferenciado de los factores potencialmente influyentes para luego proponer las estrategias más coherentes.

Consideramos que las herramientas operativas con las que cuentan ahora los farmacéuticos, que deben implementar de manera perentoria en sus establecimientos farmacéuticos por mandato legal, pueden contribuir de manera efectiva a la contención del riesgo de incumplimiento de las indicaciones médicas. A través de la implementación urgente de programas de farmacovigilancia y de seguimiento fármaco terapéutico (SFT) sobre todo en los establecimientos de la red pública, se podría lograr el afianzamiento de costumbres apropiadas de parte de los pacientes y un modelo de atención extrapolable a los establecimientos farmacéuticos privados.

Se debe aprovechar la intencionalidad del seguimiento fármaco terapéutico en el sentido de que es la actividad en la que el profesional se compromete con los pacientes a evaluar e intervenir sobre sus costumbres de uso de medicamentos y hasta interactuar con los prescriptores para lograr los éxitos que se prevén con la medicación.

Un factor decisivo que no fue evaluado en la encuesta es medir la relación entre el grado de entendimiento de la receta médica y la adherencia. Aquí el tema es preocupante y las soluciones demandan un cambio de actitud de los profesionales médicos y en el caso específico del Seguro Social se deberían tomar las acciones conducentes para mejorar la emisión de recetas como documento guía de un adecuado uso de medicamentos. Los pacientes

asegurados reciben sus indicaciones de uso de medicamentos en pedazos de papel tipo caja registradora donde se imprime compactada y poco clara la información que el paciente debe llevar a la práctica tampoco se consignan los datos de los prescriptores y la información para el paciente en cuanto a dosis, las frecuencias de dosis y los periodos de tratamiento son difíciles de entender inclusive para otros profesionales de la salud.

Recomendamos la necesidad de incluir en los currículos de estudio de las profesiones médicas con énfasis en médicos y farmacéuticos cursos o temas que incluyan el aprendizaje de estrategias para asegurar el uso apropiado de los medicamentos. Están disponibles tecnologías para este fin por ejemplo el uso de envases con dispositivos que pueden contar la cantidad de medicamentos consumidos en un periodo de tiempo, pruebas rápidas para medir concentraciones en sangre de medicamentos de uso crónico, aplicaciones para monitorizar y recordar automáticamente el uso de los medicamentos según prescripción médica, etc.

Finalmente precisar que el problema se agrava porque los responsables de farmacia encargados de la atención en los establecimientos públicos raramente son farmacéuticos, que el marco legal vigente son los únicos autorizados a ejercer la dispensación de una receta. Aquí la sugerencia de mayor celeridad y rigidez en la implementación de las Buenas Prácticas de Dispensación que también son, según la Ley de Medicamentos, obligatorias en todos los establecimientos farmacéuticos públicos y privados. Los Servicios con programas de BPF y BP de SFT implementado tendrán la oportunidad de seguir cercanamente la medicación de los pacientes, resolver problemas relacionados con medicamentos e implementar estrategias para mejorar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
2. Padilla C. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins. Tesis para optar el grado de magíster en Salud Pública. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Junio 2007. Tomado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla_cm/html/index-frames.html. El 15/11/2009.
3. Del Águila DJ, Perales RL, Frech IC. Evaluación del tratamiento de la hipertensión arterial en la consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins. Revista Médica IPSS 1994; 3(2):23-6.
4. Mendoza P, Muñoz P, Merino E, Barriga A. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev. Méd. Chile 2006; 134: 65-71
5. Quintana SC, Fernández BR. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev. Cubana Invest. Bioméd. (Revista en internet) 2009; 28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es
6. Agusti C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med Per. 23(2) 2006 69.
7. Organización Panamericana de la Salud. Atención Farmacéutica de pacientes con hipertensión arterial en las Farmacias (AF/HTA). Proyecto de intervención farmacéutica. Foro Farmacéutico de las Américas y OPS/OMS. Washington DC. 2004. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/FFA-proyecto-2004.pdf>
8. Ministerio de Salud del Perú. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de los daños no transmisibles 2004-2012. Plan General. Dirección General de Salud de las Personas. 2004.
9. Granados G, Roales N. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2007, 7, 3, 393-403.
10. Acosta G, Perez G, De la Noval G, Dueñas H. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev. Cubana Enfermer 2005;21(3)
11. Ocampo P. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes

- hipertensos. In *Crescendo*, jul.-dic. 2010, vol.1, no.2, p.423-425. ISSN 2222-3061. Disponible en: URL: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2222-30612010000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 2222-3061.
12. Mangum S, Kraenow K, Narducci W. Identifying At-Risk Patients Through Community Pharmacy-Based Hypertension and Stroke Prevention Screening Projects. *J Am Pharm Assoc* 43(1):50-55, 2003. © 2003 American Pharmaceutical Association.
 13. Basterra G. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 97-106, 97 Disponible en: URL: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf>, el 26/09/09
 14. Fernández R, López G, Comas F, García C, Cueto E. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 1, pp. 82-87. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG.
 15. Tapia M. Adhesión Al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo En El Hospital De Chaiten 2005. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia Chile 2006. Disponible en: URL: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>.
 16. Grau A, Bayarré V, Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007. Tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, 2009.
 17. Martín LA, Bayarre HV, La Rosa ML, Orbay AM, Rodríguez AJ, Vento IF. et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev. Cubana Salud Pública* 2007;33(3).
 18. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *Journal of Hypertension* 2001, [citado 20 jun 2010]; Vol. 6, No. 2. Disponible en: URL: http://www.sac.org.ar/Sociedades/cc_latam_hta.pdf.
 19. Ordúñez P, Silva L, Rodriguez M, Robles S. Prevalence estimates for hypertension in Latin America and Caribbean: are they useful for surveillance? *Pan Am J Public Health*. 2001; 10: 226-31.
 20. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. *Farmacia Hospitalaria*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [citado 5 may 2010]; Disponible en: URL: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf.
 21. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud. Traducido por Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2004. ISBN 9275325499.

pp118. Disponible en: URL:
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view
&gid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=)

22. Sánchez F, Arche M, Cordón P, Galván M, Cañizares J, Motilva V. Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados. Efectividad de la actuación farmacéutica. FAP. Volumen 5, N.º 4, 2007.
23. Martínez E, Solera J, Serna E, Cuenca D, Castillejos L, Espinoza A, Sáez L. Compliance, tolerance and effectiveness of a short chemoprophylaxis regimen for the treatment of tuberculosis. *Med Clin (Barc)*. 1998 Oct 10;111(11):401-4. [citado 25 ago. 2010]; Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9834911>.
24. Artacho P, Prados T, Barnestein F, Aguiar G, García R, Leiva F, Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial. ¿Ha cambiado con el paso del tiempo? *Med fam Andal Vol*. 13, Nº. 2, agosto 2012
25. Ingáramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, Lindstrom O, García P. et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*. 2005; 34: 104-111.
26. Mendoza A, Cilliani A, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray - EsSALUD, Trujillo. *Revista Medica Herediana vol.12 no.4 Lima Oct*. 2001. Print ISSN 1018-130X.
27. Carhuallanqui R, Diestra CG, Tang HJ, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*. Vol. 21, núm. 4 (2010).
28. Libertad M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* 2004; [citado 15 jul 2010]; 30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm. El 18/11/2009.
29. Diaz K, López J. Cumplimiento terapéutico en el paciente hipertenso / Therapeutic compliance in patients with hypertension. *Med. fam. (Caracas)*;7(2):47-51, jul.-dic. 1999.
30. Seabury S, Gupta C, Philipson T, Henkhaus L. Medication Adherence Advisory. *J Manag Care Pharm*. 2014 Aug;20(8):775-83. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25062070>
31. Pinedo Ch, Echeandía A. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza". Lima, 2007. Tesis para optar el Título profesional de Enfermería. Universidad Mayor de San

- Marcos. Facultad de Medicina. Lima 2008. Disponible en: URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/515/1/pinedo_cc.pdf
32. Martínez S, Sánchez AF, Baena M. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3): 181-188.
 33. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" EsSalud, Chiclayo 2000. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. ISSN 1025 – 5583. Vol. 63, N° 3 – 2002. Págs. 185 – 190.
 34. Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. *Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria* Vol. 3, N°3, Madrid marzo 1999. Disponible en: URL: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. el 30/01/08.
 35. Mendys P, Zullig L, Burkholder R, Granger B, Bosworth B. Patient Preference Adherence. 2014 Jul 28;8:1025-1034. eCollection 2014. [citado 5 may 2015]; Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25114513>
 36. Libertad M, Grau A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, enero-junio, año/vol. 14, número 001. 2004. Universidad Veracruzana Xalapa, México. pp. 89-99.
 37. Hepler D, Strand M. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999; 1:35-47.
 38. Garção A, Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am Pharm Assoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association. Posted 03/28/2003.
 39. Bonilla IP. Adherencia y factores que influyen sobre la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes que presentan riesgo de enfermedad cardiovascular. Una revisión de la Literatura. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008, 64 p. ISBN: 978-958-701 - 788-5.
 40. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. Nota descriptiva. Marzo 2013. Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>, el 03/08/2012.
 41. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011. [citado 5 Jun 2012] ISBN 9789240686458 (PDF). Disponible en: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1.

42. Mendis S, Puska P, Norrving B (Eds). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011. [citado 5 Jun 2012] ISBN 978 92 4 156437 3. Disponible en: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf, el 03/08/2012.
43. U.S. Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2003 [citado 5 Jun 2011]; NIH Publication 03-5233 Disponible en: URL: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf.
44. Tuesca M, Guallar C, Banegas B, Graciani P. Factores asociados al control de la hipertension arterial en personas mayores de 60 años en España. Rev. Esp. Salud Publica v.80 n.3 Madrid mayo-jun. 2006. pp. 233-242
45. Machuca G, Parras M. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. España. [citado 5 Jun 2011]; Disponible en: URL: <http://www.farmaefarma.com.br/imagens/guia%20HTA.pdf>.
46. Iza-Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per. 23(2) 2006 93.
47. Trostle J. Medical compliance as an ideology. Social Science & Medicine. 1998; 27(12):1299-1308
48. Margulies S. La adherencia a los tratamientos: un desafío para la atención del VIH/sida. Una lectura desde la antropología. Actualizaciones EN SIDA. Buenos Aires. Junio 2010. volumen 18. número 68:63-69
49. Barnett T, Whiteside A. AIDS in the twenty-first century: Disease and globalization. Nueva York: Palgrave/Macmillan; 2002.
50. Crawford R. The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS. Soc. Sci. Med. 1994; 38(10):1347-65.
51. Haynes R. Introduction. En: Haynes R. Taylor D. Sackett D. eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
52. Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995; 7(1):35-61.
53. Karoly P. Enlarging the scope of the compliance construct toward developmental and motivational relevance. En: Krasnegor N. Epstein L, Bennett-Johnson S. Yaffe S. (eds.) Developmental aspect of health compliance. Hillsdale: LEA; 1993.p. 11-27.

54. Friedman S, DiMatteo R. Adherence and practitioner patient relationship. En: Friedman HS, DiMatteo MR, eds. Health Psychology. New York: Prentice Hall; 1989.p. 68-100.
55. Rodríguez MJ. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marin J, ed Psicología Social de la Salud. Madrid. Síntesis; 1995.p.151-60.
56. Macia D, Méndez F. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, eds. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI;1996.
57. Márquez C, Casado M, Márquez C. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 8, Número 8, octubre 2001. Tomado de <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/marquez.pdf>. El 26/07/2014
58. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 163-174
59. Sabaté E. Adherence to Long Term Therapies: Policy for Action. World Health Organization. 2001. Meeting Report 4-5 July 2001. WHO/MNC/CCH/01.02
60. Nichols-English G, Poirier S. Optimizing Adherence to Pharmaceutical Care Plans. J Am Pharm Assoc 40(4):475-485, 2000.
61. Márquez E. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Algoritmo diagnóstico Distrito Sanitario Huelva. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Vol. 1. Núm. 1. Abril 2004. [citado 5 Jul 2010]; Disponible en: URL: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/algoritmo1.pdf>.
62. García PM, Leiva FF, Martos CF, García RJ, Prados TD, Sánchez DC, Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia (And) Vol. 1, Nº 1, junio 2000.
63. Morisky E, Green W, Levine M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
64. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. Am J Health-Syst Pharm 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists.
65. Beena J, Jimmy J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. Oman Medical Journal (2011), [citado 12 set 2012]; Vol. 26, No. 3: 155-159. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191684/pdf/OMJ-D-10-00107.pdf>.

66. Williams B, Amico R, Bova C, Womack A. A proposal for quality standards for measuring medication adherence in research. *AIDS Behav.* 2013 January; [citado 34 oct 2014]; 17(1): 284–297. doi:10.1007/s10461-012-0172-7. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434290/pdf/nihms380418.pdf>.
67. Gil V, Pineda M, Martínez L, Belda J, Santos A, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
68. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Universidad del Norte Colombia. Sincelejo (Colombia), 2006. *Salud Uninorte*, vol. 26, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 201-211.
69. Corugedo R, Martín L, Bayarré V. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Rev. Cubana Med. Gen Integr.* vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011.
70. Ocampo P. Implementación y desarrollo de programas de atención farmacéutica en la asistencia sanitaria. Proyecto Fundante de la Línea de Investigación en farmacia. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Disponible en: URL: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/000180/00018020130726054652.pdf>.
71. Simpson H, Johnson A, Biggs C. Practice-Based Research: Lessons from Community Pharmacist Participants. *Pharmacotherapy* 2001; 21: 731-9.
72. Instituto Nacional de Estadística. Características de la población que accede y no accede a los servicios de salud en el Perú. Disponible en: URL: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/CAP-043.htm>.
73. Ocampo R. Implementación e impacto de una intervención farmacéutica domiciliaria dirigida a pacientes hipertensos. Nuevo Chimbote - Región Ancash. Tesis para obtener el grado de maestro en Farmacia y Bioquímica. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2008.
74. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008. [citado 5 Jun 2011]; Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>.
75. Neciosup J. La Libertad: Análisis de Situación en Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Consorcio de Investigación

- Económica y Social CIES. Primera Edición Lima 2009. [citado 5 Jun 2011]; Ed. Nova Print SAC. Disponible en: URL: <http://unfpa.org/psa/wp-content/uploads/2012/11/Peru-Analisis-de-Situacion-de-la-Poblacion-La-Libertad.pdf>.
76. Gobierno Regional de Ancash. Análisis de la Situación de Salud DIRES Ancash 2011. Dirección Regional de Salud de Ancash. Oficina de Epidemiología. Ancash -Perú 2011. [citado 5 Jun 2013]; Disponible en: URL: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Ancash/Ancash2011.pdf>.
 77. Teko L. Brucker M. Pharmacology for women's Health. First edition. Jones and Bartlett Publishers. Ontario. Canada. 2011. Pp: 384 – 385.
 78. Barros G. Seguimiento farmacoterapeutico a pacientes con hipertensión arterial que acuden a consulta en el hospital “José Carrasco Arteaga” [Tesis Maestría en atención farmacéutica y farmacia hospitalaria]. Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador.2012.
 79. Oca A. Naranjo Y. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. Rev.Soc.Perú. Med. Interna Enero – diciembre 2012; 25 (2), 70 – 73.
 80. De Keijzer B. Programa de hombres que renuncia a su violencia. Universidad Cayetano Heredia. Perú. Disponible en: <http://hombressinviolencia.org/documentacion.htm> El: 30/06/2013.
 81. Arana G, Cilliani B, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray - EsSALUD, Trujillo. Revista Medica Herediana vol.12 no.4 Lima, oct. 2001. Print ISSN 1018-130X.
 82. Herrera GE. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Avances en Enfermería. vol. XXX N.º2. Mayo-agosto 2012. [citado 5 Jun 2013]; Disponible en: URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
 83. Apaza AG. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de ESSALUD red Tacna febrero 2013. Tesis para optar el grado de bachiller en medicina humana. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna, Perú. Tacna 2013.
 84. Padilla CM. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins. Enero - Junio 2007. [citado 5 ene 2012]; Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla_cm/pdf/padilla_cm.pdf.

85. Cueva L. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados en pacientes del C.E de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2011. Tesis de grado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Perú.
86. Tapia M. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten. Tesis. Universidad Austral de Chile. 2005.
87. Quintana SC, Fernández BR. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados on su incumplimiento. Rev. Cubana Invest. Bioméd. (Revista en internet) 2009; 28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es
88. Rodríguez CM, García JE, Amariles P. Rodríguez-Chamorro A. Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; [citado 5 Jun 2011]; 40(8):413-7. pp 413. Disponible en: URL: http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/Artigos/13.Revisi%F3n%20de%20tests%20de%20medici%F3n%20del%20cumplimiento.pdf.
89. Varela- Arévalo M. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento Psicológico, vol. 7, No 14, 2010, pp. 127-140
90. George D. Mallery P. SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1995.
91. Martín AL. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2015 Oct 12] ; 32(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es.
92. Vásquez S. Automedicación en el Perú. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos Equipo de Uso Racional. Junio 2008. [citado 5 Jun 2011]; Documento Institucional. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/automedicacion_junio_2008.pdf
93. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial El Peruano. Lima 26 de noviembre de 2009.
94. Venegas S, Ravanales C. Análisis de los factores que influyen en la adherencia del paciente crónico. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar 2004. [citado 16 dic 2013]; Universidad Austral de Chile. Instituto de Salud Pública. Disponible en: URL:

http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Adherencia_paciente_cronico.pdf.

95. Brannon L, Feist J. Psicología de la salud. España: Paraninfo-Thomson Learning; 2002. p. 119 - 123.
96. Ortego M, López G, Alvarez T. Tema 14. La Adherencia al Tratamiento. En Ciencias Psicosociales I. Universidad de Cantabria. [citado 16 dic 2013]; Disponible en: URL: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf.
97. Agámez A, Hernández R, Cevera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Revista Archivo Médico de Camagüey sep.-oct. 2008; [citado 22 nov 2013]; 12(5). Disponible en: URL: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc09508.htm>.
98. Bastidas C. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia de los pacientes con enfermedad cardiovascular. [Tesis de Maestría Enfermería, énfasis salud cardiovascular]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia- Facultad de Enfermería; 2006.
99. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Adherencia Terapéutica. 2004. [citado 14 jun 2015]; Disponible en: URL: <http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adeherencialargoplazopdf>.
100. Barquín SJ, Plaza MG, López CB, Schmolling GY. ¿Cumplen correctamente el tratamiento farmacológico nuestros hipertensos? VII Premios de Investigación en Atención Primaria GAP Talavera 2004, [citado 22 nov 2013]; 1: 2-6 Talavera, España.. Disponible en: URL: <http://sescam.jccm.es/web/recursoshumanos/investigacion.AtPrimaria1PremioMEDICINA.HTA.pdf#>.
101. Gascón J, Sánchez M, Llord B, Skidmore D, Saturno P. Why hypertensive patines do not comply with the theatment. Results from a qualitative study. Family practice. 2004;21(2):125-30.
102. Price Y, Muñoz L. Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial [en línea] 2000. [citado 22 nov 2013]; Disponible en: <http://tone.edu.co/revista/Mar2003/conociendo%20labusqueda%20del%20bien>.
103. Schmidt RJ, Cruz QF, Villaverde GC, Prados PD, García CM, Muñoz Vinuesa A. et al. Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. Index Enferm [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2015 Oct 15] ; 15(54): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200005&lng=es.
104. Rodríguez F, Polo C. Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En:

- Ojeda Vargas, Padilla Raygoza, Navarro Elias. Diversidad, Cultura y Salud 2011. [citado 2013 Oct 15]; Disponible en: URL: http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142/determinantes_sociales_de_salud_en_adherencia_tratamiento_pacientes_con_diabetes.html.
105. Essalud. Memoria anual 2010. [citado 2015 set 15] ; Disponible en: URL: <http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria2010.pdf>,
 106. Yarasca P. Propuestas para mejorar el acceso y uso de productos farmacéuticos y dispositivos médicos esenciales y de calidad en el Perú. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Comité Nacional de Medicamentos. Mayo 2013. [citado 2014 Oct 15]; Disponible en: URL: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Presentacion-Comite-de-Medicamentos.pdf?ua=1>.
 107. Crisante M. Mercado Farmacéutico y acceso a medicamentos en el Perú. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Disponible en: URL: http://www1.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Mercado_farmacologico-acceso_medicamentos-Peru.pdf
 108. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N°019-2014-SA. Reglamento del Decreto Legislativo N° 1165, que establece el mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS).
 109. Jing J, Grant E, Vernon M, Shu Ch. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient’s perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2008; [citado Oct 15 2015]; 4(1) 269–286. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/pdf/tcrm-0401-269.pdf>.
 110. Siegal B, Greenstein SJ. Compliance and noncompliance in kidney transplant patients: cues for transplant coordinators. 1999. *Transpl Coord*, 9:104–8.
 111. Stilley S, Sereika S, Muldoon F. et al. 2004. Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Ann Behav Med*, 27:117–24
 112. Congressional Budget Office. 2003. Prescription drug coverage and Medicare’s fiscal challenges [online]. [citado ago. 15 2013]; Disponible en: URL: <http://www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=4159&sequence=0>. El 03/03/2014

IX. ANEXOS

ANEXO N°01. Ficha para el consentimiento informado del paciente. Programa de atención farmacéutica para paciente hipertenso centro/puesto de salud de Chimbote/Trujillo 2010.

Declaración del paciente:

1.- Acepto libremente participar de este programa de Atención Farmacéutica desarrollado por el Centro/Puesto de Salud de..... 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, y entiendo que ésta es confidencial y no podrá ser entregada a terceros sin mi autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

ANEXO N°02. Fichas para el levantamiento de información fármaco
terapéutica.

FICHA 1. DE INFORMACION PERSONAL SOBRE LOS MEDICAMENTOS
PARA LA HIPERTENSIÓN CONSUMIDOS POR EL PACIENTE. Programa de
Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Centro/Puesto de Salud de
..... Chimbote/Trujillo 2010.

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

1.- DATOS PERSONALES

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 SIGUE SU TRATAMIENTO PARALA HIPERTENSION.

N°	NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

3.- OTRAS ENFERMEDADES AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

..... Diagnosticado por
..... Diagnosticado por
..... Diagnosticado por

3.- TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

N°	NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS	DESCRIPCIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	INICIO

4.- TRATAMIENTO CON REMDIOS CASEROS O NATURALES EN EL MOMENTO
DE LA ENTREVISTA.

N°	NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS	DESCRIPCIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	INICIO

5.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO

Nº DE SESIÓN	1	2	3	4
FECHA				
PRESIÓN ARTERIAL mmHg / / / /				
PESO en Kg.				
TALLA en cm				

6.- ENFERMEDADES PREVIAS

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

OTROS ANTECEDENTES

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

7.- ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

OBSERVACIONES:

.....

8.- HABITOS DE VIDA

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
COCINA CON MUCHO ACEITE.		
COCINA CON MUCHA SAL		
TOMA ALCOHOL	POR SEMANA...NO	
FUMA CIGARRILLOS O ALGUIEN EN CASA LO HACE	CANTIDAD AL DIA	
EJERCICIOS DIARIOS.	CAMINAR..... CORRER AEROBICOS..... PESAS..... GIMNASIA..... OTRO..... VECES POR SEMANA	
CAFÉ	TAZAS DIARIAS	
DIETA: SI ____ NO ____		

9. NIVEL SOCIO ECONOMICO.

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

COD INTERV:

FICHA 2. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Centro/Puesto de Salud de Chimbote/Trujillo 2010.

PACIENTE COD. Nº:

FECHA:

NOMBRE:

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE.

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

MEDICACIÓN ANTERIOR. MEDICAMENTOS QUE TIENE Y NO TOMA.

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

FICHA 3. GUIA ANATOMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TOMA DE LOS MEDICAMENTOS.

Cuando Usted toma sus medicamentos siente que tiene problemas con:

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

-MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):

-PIEL (sequedad, erupción...):

-PSICOLÓGICO (depresiones, epilepsia...):

-IMC:

-PARÁMETROS ANORMALES (Tª,PA, colesterol...):

-TABACO:

-ALCOHOL:

-CAFÉ:

-OTRAS DROGAS:

-OTROS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):

-VITAMINAS Y MINERALES:

-VACUNAS:

-ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:

-Situaciones fisiológicas (y fecha):

-OBSERVACIONES:

FICHA 4. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Centro/Puesto de Salud de Chimbote/Trujillo 2010.

PACIENTE COD N°:

PRM:

Riesgo de PRM:

PRM tipo:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Problema de Salud:

Medicamento / s involucrados en el PRM:

DESCRIPCIÓN DEL PRM (empezar con Necesidad - o no -, Inefectividad o Inseguridad).

CAUSA:

- 1. Interacción
- 2. Incumplimiento
- 3. Duplicidad
- 4. Ninguna de las anteriores

DESCRIBIR:

QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM:

.....

VÍA DE COMUNICACIÓN:

- 1. Verbal farmacéutico – paciente
- 2. Escrita farmacéutico – paciente
- 3. Verbal farmacéutico – paciente – médico
- 4. Escrita farmacéutico – paciente – médico

RESULTADO:

	P. Salud Resuelto	P. Salud No resuelto
Intervención Aceptada		
Intervención No aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ?

.....

Nº MEDICAMENTOS QUE ESTABA TOMANDO SEGÚN BOLSA (a la fecha de la intervención):

Nº VISITAS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

Fecha final de la Intervención:

ANEXO N°03. PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

Para la medida de las presiones arteriales se utilizaron tensiómetros aneroides. Para determinar el brazo de referencia de la medición se realizó una primera medición en ambos brazos. Si la diferencia del promedio de ambas medidas era superior a 10 mm Hg. se tomó como brazo de referencia para todo el estudio el de mayor presión arterial. Si la diferencia era menor se asignaba un brazo de referencia al azar. En las visitas siguientes se realizaron dos mediciones de la presión, con un intervalo de más de 1 minuto, con el paciente sentado previo reposo de 5 minutos, situando el brazo a la altura del corazón e inflando el manguito al menos 30 mm Hg. por encima de la PAS. Si la diferencia entre ambas era de más de 5 mm Hg., se repetían hasta que se encontraban dos valores considerados estables. Se tomaba como valor de la presión arterial la media de esos dos valores una vez se hubo estabilizado. La determinación de la PAD se realizaba con la fase V de Korotkoff (desaparición de ruidos regulares), excepto cuando no podía oírse, que se utilizaba la fase IV de Korotkoff (los ruidos regulares y claros, se alargan y apagan), indicándolo así en el registro de presiones arteriales. En la medida de lo posible la tensión arterial se tomó en condiciones ambientales tales como recomienda de la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial. Es decir la medición se realizó:

- En un ambiente tranquilo y relajado, con una temperatura ambiente de aproximadamente 22° C.
- El paciente no fumó ni tomó estimulantes, (café, té, etc.) durante la hora previa a la determinación de PA.
- Se dejó reposar al paciente 5 minutos antes de comenzar a tomar la tensión.
- Durante la medición el paciente se mantuvo sentado, relajado y con su brazo apoyado en la misma mesa en la que el observador hace la medida.
- El instrumento se situó a la misma altura aproximada que la del corazón del paciente.

La medición de la PA se realizó en cada una de las cuatro visitas domiciliarias. Se tomaron como referencia para el análisis la primera y última.

ANEXO N°04. PRUEBA DE LA FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Tabla N° 8. Resumen del procesamiento de los casos en la muestra de 12 pacientes

		N	%
Casos	Válidos	12	100,0
	Excluidos ^a	0	0,0
	Total	12	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla N°9. Estadísticos de fiabilidad del instrumento.

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,574
		N de elementos	10 ^a
	Parte 2	Valor	,634
		N de elementos	10 ^b
	N total de elementos		20
Correlación entre formas			.678
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.808
	Longitud desigual		.808
Dos mitades de Guttman			.806

a. Los elementos son: p1, p2, p3, p4, p5, p6, p7, p8, p9, p10.

b. Los elementos son: p11, p12, p13, p14, p15, p16, p17, p18, p19, p20.

Tabla N°10. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,767	20

Tabla N°11. Estadísticos de los elementos de la encuesta según muestra piloto.

Pregunta del test	Media	Desviación típica	N
p1	3,68	1,121	12
p2	3,30	1,200	12
p3	3,96	1,069	12
p4	4,29	,593	12
p5	4,21	,932	12
p6	3,87	1,230	12
p7	3,24	,801	12
p8	3,43	1,045	12
p9	4,21	,983	12
p10	2,11	1,182	12
p11	3,02	1,097	12
p12	3,44	1,206	12
p13	2,43	1,195	12
p14	4,23	,827	12
p15	3,81	1,058	12
p16	3,85	,898	12
p17	3,93	1,015	12
p18	4,08	1,143	12
p19	3,86	,996	12
p20	3,43	1,225	12

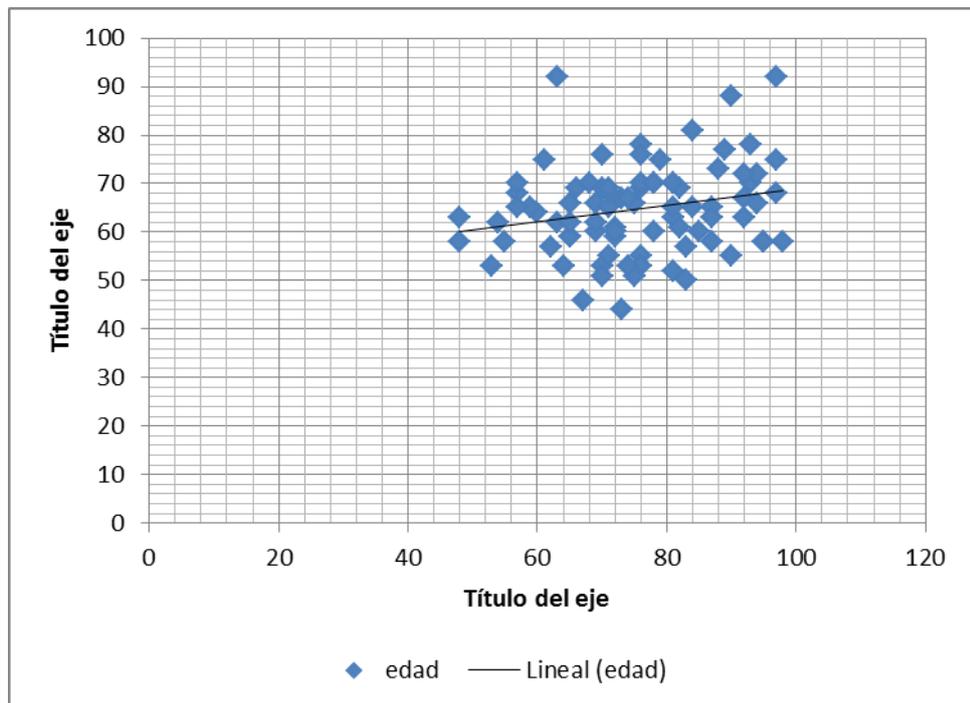
Tabla N°12. Estadísticos total-elemento de la encuesta según muestra piloto.

Pregunta del test	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
p1	68,69	69,084	,621	,736
p2	69,07	78,356	,100	,776
p3	68,40	70,172	,592	,739
p4	68,08	74,246	,717	,745
p5	68,15	75,000	,375	,755
p6	68,50	69,265	,544	,740
p7	69,13	75,175	,440	,753
p8	68,94	71,912	,503	,746
p9	68,15	75,650	,310	,759
p10	70,26	93,882	-,583	,822
p11	69,35	74,663	,319	,759
p12	68,93	65,874	,746	,723
p13	69,94	96,177	-,669	,828
p14	68,14	75,064	,431	,753
p15	68,56	71,792	,502	,746
p16	68,52	72,517	,562	,744
p17	68,44	70,033	,639	,737
p18	68,29	72,134	,437	,750
p19	68,51	74,807	,356	,756
p20	68,94	70,996	,457	,748

ANEXO N°05. CORRELACIÓN ENTRE LOS VALORES PROMEDIO DE PRESION SISTÓLICA Y LOS RESULTADOS DEL TEST DE FACTORES INFLUYENTES POR PROVINCIA.

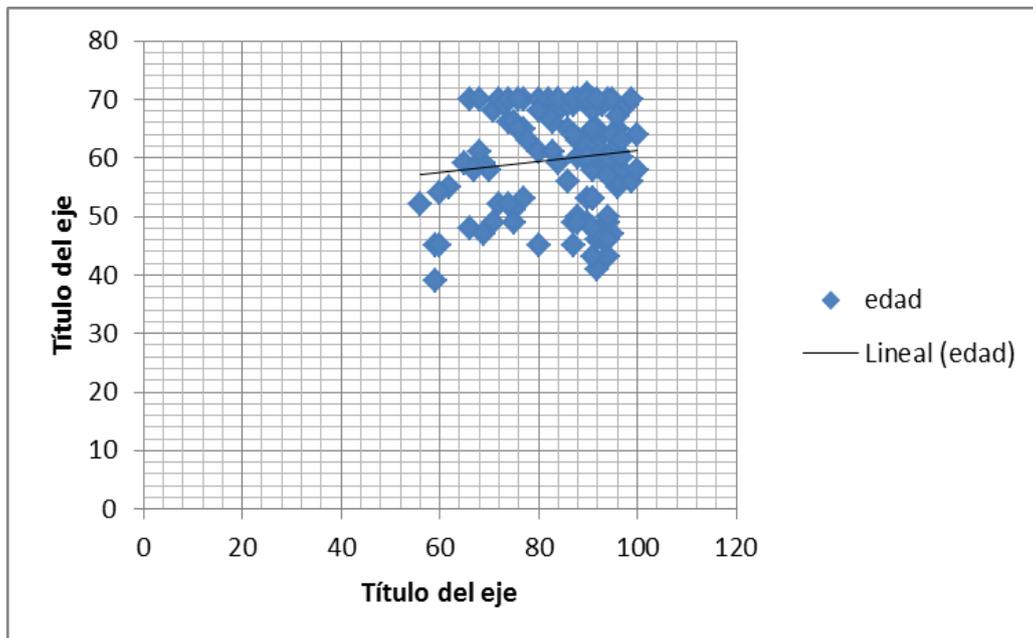
Dimensiones y preguntas del test	Santa (n=58, PS PROM =141,88 mm Hg.)		Trujillo (n=50; PS PROM=139,99 mm Hg)	
	Estadísticos		Estadísticos	
	ρ	P	ρ	P
Influencia de la actitud de los pacientes y su entorno				
1. Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos.	-0,19	0,16	-0,06	0,68
2. Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos.	-0,10	0,74	-0,27	0,05
10. Alguna vez ha tomado otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?	0,10	0,46	-0,01	0,96
5. Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.	0,04	0,76	0,25	0,08
PUNTAJE TOTAL PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN	-0,04	0,53	-0,02	0,44
Influencia del conocimiento y gravedad de la enfermedad				
9. Deja de tomar sus medicamentos por que siente que le caen mal?	0,06	0,67	-0,07	0,64
6. Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?	0,11	0,40	0,16	0,28
7. Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?	0,07	0,59	0,00	0,98
8. Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?	-0,21	0,11	0,06	0,69
PUNTAJE TOTAL PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN	0,01	0,44	0,04	0,65
Influencia del conocimiento del tratamiento				
3. ¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?	0,19	0,16	-0,26	0,07
11. Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?	-0,32	0,02	-0,05	0,73
12. Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?.	-0,03	0,83	0,17	0,24
4. Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.	-0,02	0,86	0,13	0,36
PUNTAJE TOTAL PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN	-0,05	0,47	0,00	0,35
Influencia de los factores relacionados prestadores de salud				
13. Asiste puntualmente a sus citas con el médico?	0,06	0,67	-0,07	0,65
14. Confía Usted en lo que el médico o el personal de salud le dice y le recomienda tomar?	0,01	0,95	-0,01	0,94
15. Siente que el médico o el personal de salud se preocupa por su salud?	-0,02	0,87	0,13	0,39
16. Entiende las indicaciones del médico o el personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?	-0,02	0,89	0,20	0,17
PUNTAJE TOTAL PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN	0,01	0,84	0,06	0,54
Influencia de los factores económicos y demográficos				
17. Le alcanza el dinero para comprar su medicación?	-0,06	0,67	0,05	0,74
18. Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?	-0,01	0,92	-0,02	0,90
19. Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?	-0,06	0,68	0,05	0,73
20. Cree Usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?	0,00	0,99	0,08	0,57
PUNTAJE TOTAL PROMEDIO DE LA DIMENSIÓN	-0,03	0,82	0,04	0,74

ANEXO N° 6. CORRELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DEL TEST DE FACTORES INFLUYENTES Y LA EDAD Y DE LOS PACIENTES DE SANTA.



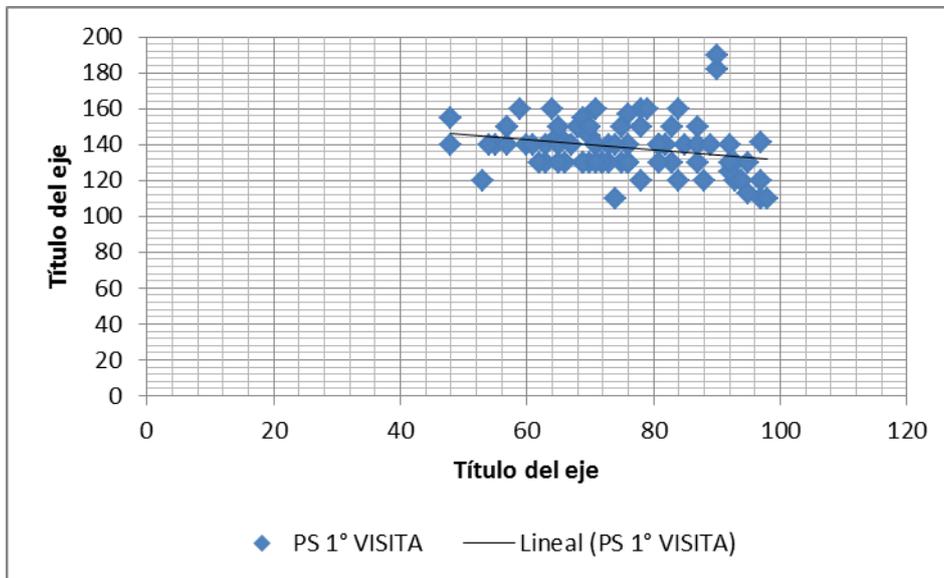
Correlación = 0,2276

ANEXO N° 7. CORRELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DEL TEST DE FACTORES INFLUYENTES Y LA EDAD DE LOS PACIENTES DE TRUJILLO.



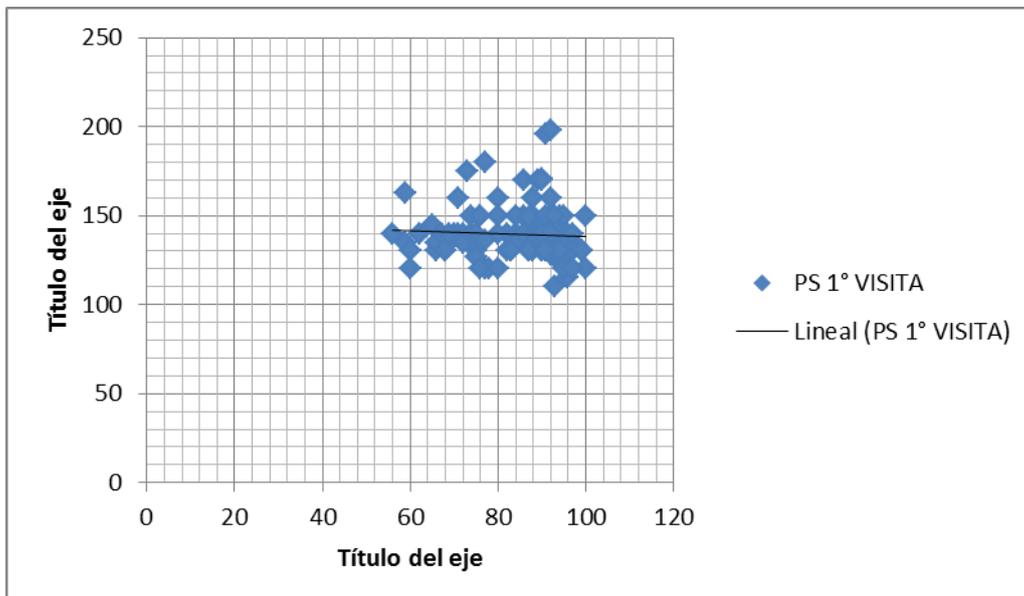
Correlación = 0,1118

ANEXO N°08. CORRELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DEL TEST DE FACTORES INFLUYENTES Y LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DE LOS PACIENTES DE SANTA.



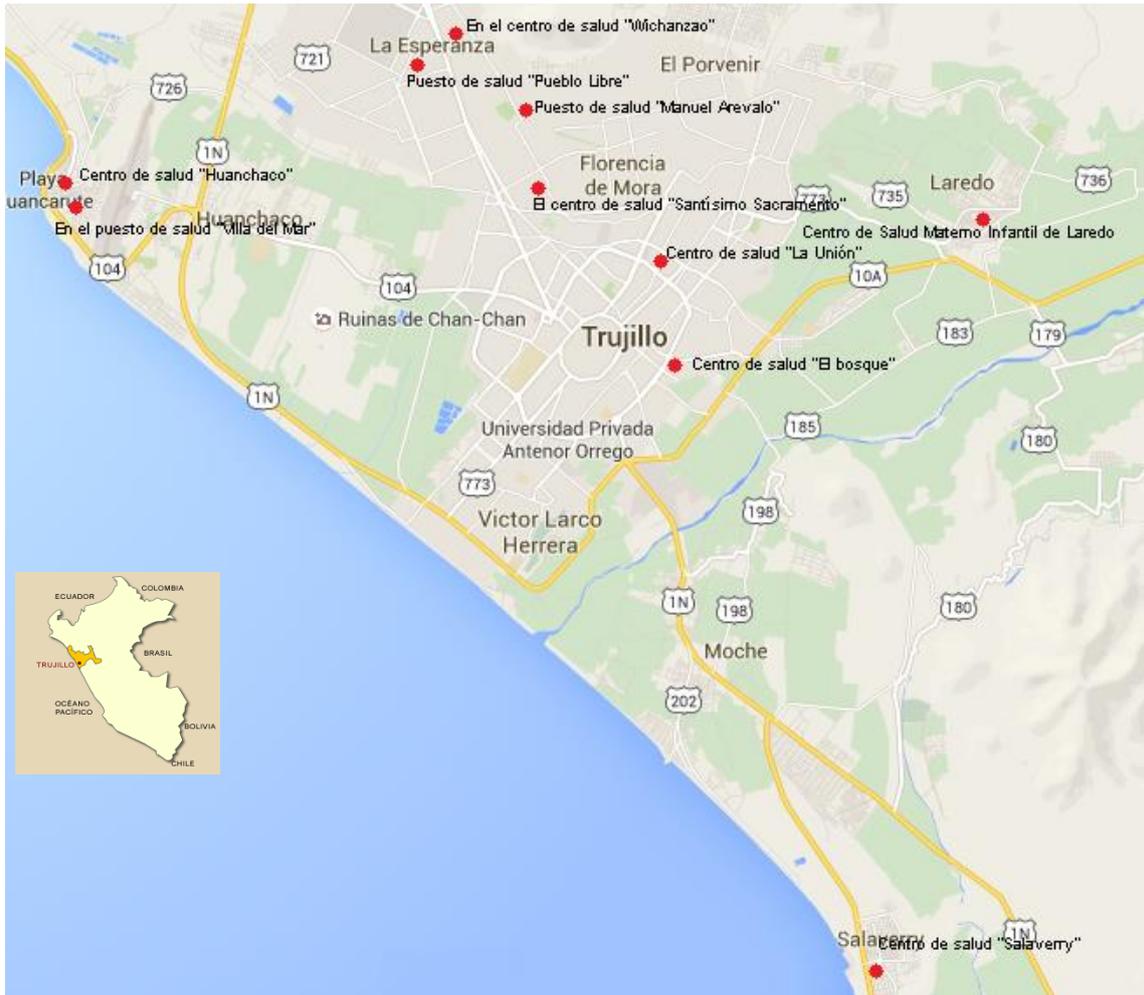
Correlación = -0,2395

ANEXO N°09. CORRELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DEL TEST DE FACTORES INFLUYENTES Y LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DE LOS PACIENTES DE TRUJILLO.



Correlación = -0,0585

ANEXO N°10. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TRUJILLO.



ANEXO N°11. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE SANTA.

