Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Farmacia y Bioquímica
Unidad de Posgrado

Adherencia a la guía de práctica clínica para la enfermedad hipertensiva en el CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Farmacia Clínica

AUTOR

Alonso Omar HUASHUAYO DONAYRE

ASESOR

Gladys Martha DELGADO PÉREZ

Lima - Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Huashuayo A. Adherencia a la guía de práctica clínica para la enfermedad hipertensiva en el CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud [Trabajo Académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia y Bioquímica/Unidad de Posgrado; 2019.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Alonso Omar Huashuayo Donayre
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40405705
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-3129-3829
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Gladys Martha Delgado Pérez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06024624
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9988-4322
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	José Roger Juárez Eyzaguirre
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10609613
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Luis Miguel Visitación Félix Veliz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07371298
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Norma Julia Ramos Cevallos
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25469870
Miembro del jurado 3	
Nombres y apellidos	Edgar Robert Tapia Manrique
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	09440524
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lince CAP III Alfredo Piazza Roberts Urbanización: San Eugenio Calle: Las Lilas 223 Latitud: -12.0863619 Longitud: -77.0276373
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2018 - julio 2019
URL de disciplinas OCDE	Medicina Básica, farmacología, Farmacia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.01.05 Ciencias de la Salud, Políticas de salud, Servicios de salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Farmacia y Bioquímica
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE TRABAJO ACADÉMICO DE TITULACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN FARMACIA CLÍNICA

Siendo las **08:40 hrs. del 23 de octubre de 2019** se reunieron en el auditorio de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Jurado de tesis, presidido por el Dr. José Roger Juárez Eyzaguirre e integrado por los siguientes miembros: Dr. Luis Miguel Visitación Félix Veliz, Dra. Norma Julia Ramos Cevallos y Dr. Edgar Robert Tapia Manrique; para la sustentación oral y pública del trabajo Académico de Titulación intitulada: **"ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL CAP III ALFREDO PIAZZA ROBERTS-ESSALUD"**, presentado por el Q.F **ALONSO OMAR HUASHUAYO DONAYRE.**

Acto seguido se procedió a la exposición del trabajo Académico de Titulación, con el fin de optar el Título de **Segunda Especialidad Profesional en Farmacia Clínica**. Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por el graduando.

A continuación el Jurado de tesis procedió a la calificación, la que dio como resultado el siguiente calificativo:

BUENO (16)

Luego, el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad proponga que se le otorgue al Q.F. **ALONSO OMAR HUASHUAYO DONAYRE**, el Título de Segunda Especialidad Profesional en **Farmacia Clínica.**

Siendo las 09.19 hrs. se levanta la sesión.

Se extiende el acta en Lima, a las 09.19 hrs. del 23 de octubre de 2019.

Dr. José Roger Juárez Eyzaguirre e (P.P. T.C.)
Presidenta

Dr. Luis Miguel Visitación Félix Veliz (P.P. T.C.)
Miembro

Dr. Edgar Robert Tapia Manrique (P. Aux. T.C.)
Miembro

Dra. Norma Julia Ramos Cevallos (P.Asoc. D.E.)
Miembro

Observaciones:.....

Jr. Puno 1002 – Lima 1
Apartado Postal 4559 Lima 1

Teléfono 619-7000 anexo 4812
Email:upg.farmacia@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Farmacia y Bioquímica
UNIDAD DE POSGRADO

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS QUE SUSCRIBE DEJA,

CONSTANCIA

00294-FFB-UPG-2019

Que mediante procedimiento de la evaluación de originalidad según Resolución Rectoral N° 043005-R-18, del Trabajo Académico de Titulación intitulada "**Adherencia a la guía de práctica clínica para la enfermedad hipertensiva en el CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud**, presentado por **Alonso Omar Huashuayo Donayre** con fecha de recepción 11/10/2019, con fecha de aplicación al programa de similitud el 15/10/2019 con el software utilizado el TURNITIN, con las configuración de exclusión de textos entrecomillas, bibliografías y cadenas menores a 40 palabras, mediante el procedimiento de la evaluación de originalidad, el porcentaje de similitud según programa detector es **5%**, por lo que, cumple los criterios de originalidad sin observación, según informe adjunto.

Se expide la presente constancia para el trámite de expedito, según lo establecido en el Reglamento General de estudios de posgrado 2018, aprobado con RR. 04790-R-18.

Lima, 21 de octubre de 2019

Dr. José Roger Juárez Eyzaguirre
Director

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS ★ UNIDAD DE POST GRADO ★ Facultad de Farmacia y Bioquímica

JRJE/ecj

Jr. Puno 1002 – Lima 1
Apartado Postal 4559 Lima 1
Teléfono 619-7000 anexo 4812
Email:upg.farmacia@unmsm.edu.pe

DEDICATORIA

Este Trabajo Académico lo dedico a mi esposa Edith y mis hijos Omar y Diego por su paciencia y apoyo constante, impulsándome a ser mejor cada día.

AGRADECIMIENTO

A mis padres que con su amor y trabajo me educaron y apoyaron en mi formación profesional.

A mi prima Nadia, por su ayuda en la culminación del trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	**i**
Abstract	**ii**
Índice de tablas	**iii**
Índice de figuras	**iv**
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	**1**
1.1 Objetivos	2
1.1.1 Objetivo general	2
1.1.2 Objetivos específicos	2
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	**3**
2.1 Antecedentes de la investigación	**3**
2.2 Aspectos teóricos	**8**
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	**11**
3.1 Tipo de investigación	11
3.2 Consideraciones éticas	11
3.3 Diseño metodológico	11
3.4 Unidad de análisis	11
3.5 Población de estudio	11
3.6 Muestra o tamaño de muestra	11
3.7 Criterios de selección	11
3.7.1 Criterios de inclusión	11
3.7.2 Criterios de exclusión	12
3.8 Técnicas o instrumentos de recolección de datos	12
3.9 Procesamiento de datos	12
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	**13**
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	**17**
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	**19**

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **20**
CAPÍTULO VIII: ANEXOS **23**

RESUMEN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos que recopilan un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistémica para ayudar a los profesionales de la salud a elegir las alternativas diagnósticas o terapéuticas más apropiadas a la hora de plantear un problema en salud, disminuyendo la variabilidad de la terapia en la atención y la optimización del presupuesto del establecimiento de salud. El objetivo del trabajo es determinar la adherencia a la GPC por parte del personal prescriptor, al iniciar tratamiento farmacológico para la enfermedad hipertensiva en el CAP III Alfredo Piazza Roberts perteneciente a EsSalud. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo revisando las historias clínicas de pacientes de consulta externa con hipertensión arterial, que inician tratamiento farmacológico para la enfermedad hipertensiva del CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud, desde enero 2018 a julio 2019. La guía de práctica clínica que se utilizó para medir la adherencia a GPC es una guía aprobada por el MINSA adoptada por EsSalud. Del total de historias clínicas evaluadas, se obtuvo como resultado un 58,3% presenta adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva y 41,7% no. Considerándose adherentes a las historias clínicas que iniciaron con monoterapia con uno de los agentes antihipertensivos indicados en la GPC. El servicio que presenta mayor adherencia a la GPC al iniciar tratamiento farmacológico para enfermedad hipertensiva es Cardiología con 78,95% y el esquema terapéutico asociado a la falta de adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva es la terapia múltiple, observándose al losartán asociado con hidroclorotiazida como la combinación más prescrita.

Palabras clave: Guía de práctica clínica, adherencia, hipertensión.

ABSTRACT

The Clinical Practice Guidelines (GPC) are documents that compile a set of recommendations developed in a systemic way to help health professionals choose the most appropriate diagnostic or therapeutic alternatives when raising a health problem, reducing variability of care therapy and optimization of the health establishment budget. The objective of the work is to determine the adherence to the GPC by the prescribing staff when initiating drug treatment for hypertensive disease in CAP III Alfredo Piazza Roberts belonging to EsSalud. A descriptive, cross-sectional, observational, retrospective study was conducted reviewing the medical records of outpatients with arterial hypertension, who initiate drug treatment for CAP III hypertensive disease Alfredo Piazza Roberts-EsSalud, from january 2018 to july 2019. The guide of clinical practice that was used to measure adherence to GPC is a guide approved by the Ministry of Health adopted by EsSalud. Of the total medical records evaluated, 58,3% obtained adherence to the GPC for hypertensive disease and 41,7% presented no adherence. Being considered adherent to the medical records that began with monotherapy with one of the antihypertensive agents indicated in the GPC. The service that presents the highest adherence to the GPC when initiating pharmacological treatment for hypertensive disease is Cardiology with 78,95% and the therapeutic scheme associated with the lack of adherence to the GPC for hypertensive disease is multiple therapy, observing losartan associated with hydrochlorothiazide as the most prescribed combination.

Key words: Clinical practice guidelines, adherence, hypertension.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados de adherencia GPC para la enfermedad hipertensiva según servicios de consulta externa 14

Tabla 2 No adherencia GPC monoterapia. 15

Tabla 3 No adherencia GPC terapia múltiple. 16

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Historias clínicas adherentes vs no adherentes a GPC para la enfermedad hipertensiva 13

Figura 2 Antihipertensivos con adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva. 14

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Una Guía de Práctica Clínica (GPC) es un documento que recopila un grupo de sugerencias obtenidas de manera sistémica para ayudar a los profesionales de la salud a elegir las alternativas sobre la atención sanitaria más indicada, así como selecciona las opciones diagnósticas o terapéuticas más convenientes a la hora de plantear un problema en salud por tanto al aplicarla se mejora la calidad de atención de salud, disminuyendo la variabilidad de la terapia en la atención y optimización del presupuesto del establecimiento de salud.

La GPC para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva es una guía aprobada con Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA y adoptada por EsSalud, siendo su finalidad contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad.

Existe concordancia acerca de las ventajas de la aplicación de las GPC en la atención de pacientes. Es de suma importancia documentar el nivel de adherencia a las GPC, siendo las guías documentos y la adherencia permitirá la estandarización y la evaluación final de los resultados por medio de indicadores; y sea el caso, si se encuentra baja adherencia a las GPC, se podrá implementar acciones correctivas y preventivas para el mejoramiento continuo.

El CAP III Alfredo Piazza Roberts es un Centro de Atención Primaria del I nivel de atención, perteneciente a la Red Asistencial Almenara ubicado en el distrito de Lince contando con una población adscrita de 23136 asegurados aproximadamente.

Concerniente al perfil de demanda la enfermedad hipertensiva representa aproximadamente el 18% de la población, siendo los medicamentos para la terapia antihipertensiva los más prescritos.

En el Perú hay escasos trabajos evaluando la adherencia a la terapéutica a las GPC y en el CAP III Alfredo Piazza Roberts no hay un trabajo anterior evaluando el tema, por esa razón decidí estudiar la adherencia a la GPC en la enfermedad hipertensiva.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Determinar la adherencia a la guía de práctica clínica por parte de personal prescriptor al iniciar tratamiento farmacológico para la enfermedad hipertensiva en el CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud.

1.1.2. Objetivos específicos

- Identificar el esquema terapéutico asociado a la falta de adherencia por parte del profesional prescriptor a la GPC para la enfermedad hipertensiva.
- Determinar los servicios con mayor adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

En el Perú, existen pocos trabajos acerca de la adherencia a la GPC.

En una revisión sistemática para evaluar las razones de la no adhesión intencional y su validez, se examinaron 2912 artículos de MEDLINE para los estudios que investigaron los motivos de la no adherencia a las guías. Trabajando con 16 artículos que coincidían con sus criterios de inclusión y requisitos de calidad, variando la no adherencia entre 8,2 y 65,3%; concluye con una amplia gama de tasas de incumplimiento de las guías clínicas. Esta no adherencia generalmente está respaldada por razones válidas, principalmente relacionadas con contraindicaciones y preferencias del paciente[1].

En un estudio realizado en Estados Unidos cuyo objetivo fue comparar las creencias de los médicos acerca de su adherencia a las pautas de hipertensión con datos sobre su desempeño real, para lo cual encuestaron 139 médicos de 3 centros de atención primaria, dieron los siguientes resultados: cada médico vio un promedio de 94 pacientes con hipertensión. A los pacientes se prescribieron un promedio de 1.6 medicamentos para la hipertensión. Los médicos sobreestimaron la proporción de sus pacientes a los que se les recetaron medicamentos concordantes con las guías (75% percibido versus 67% real) y que tenían niveles de presión arterial <140/90 mm Hg en su última visita (68% percibido vs. 43% real) se concluye que los médicos parecen sobreestimar su adherencia a las pautas de hipertensión, particularmente con respecto a la proporción de sus pacientes con presión arterial controlada. Esta conciencia limitada puede representar una barrera para la implementación exitosa de las pautas[2].

En el 2010 se realizó una revisión sistemática para lo cual incluyeron estudios primarios si informaban sobre las tasas de adopción y adherencia, siendo el objetivo revisar la evidencia en diferentes entornos sobre los patrones de fuga en la utilización de guías clínicas y se encontró los siguientes resultados: 11 estudios primarios informaron 29 recomendaciones. La adherencia media de todas las recomendaciones fue de 34% sugiriendo que los potenciales beneficios a los pacientes pueden perderse. Siendo la fuga más pronunciada entre la adopción y el cumplimiento de las

recomendaciones de medicamentos y entre el conocimiento y el acuerdo de las recomendaciones de manejo médico. Se llegó a las siguientes conclusiones: que las pautas clínicas son insuficientes para implementar la investigación, sugiriendo que puede haber diferentes factores que influyen en los médicos y las recomendaciones para mejorar el cumplimiento de las directrices deben adaptarse a cada caso[3].

En un estudio transversal realizado en Sudáfrica para investigar la adherencia de los médicos en cuatro hospitales de los distritos rurales a las pautas clínicas utilizando la guía de hipertensión de Sudáfrica del 2006. Se obtuvo los siguientes resultados: el mayor porcentaje de comorbilidades se encontró en diabetes mellitus 99,2% y riñón 82% y la adherencia a las terapias fue la siguiente: 69,4% para los medicamentos de primera línea; 84,7% de segunda línea; 87,8% para tercera línea y 89,6% para cuarta línea. Concluye que la adherencia de los médicos a las pautas de tratamiento para la hipertensión es 51,9% estando en el rango bajo, relacionándose con la edad y menor experiencia clínica[4].

Otro estudio realizado en Malasia para evaluar el control de la presión arterial de los pacientes y la adherencia de los médicos a la última guía de práctica clínica de hipertensión de dicho país, realizando 331 registros médicos en las clínicas de salud del distrito de Kuala Muda. Se encontraron los siguientes resultados: 160 pacientes tenían la presión arterial controlada asociándose con la edad de los pacientes y alrededor del 60,7% de los registros médicos mostraron un buen nivel de adherencia a la GPC por los galenos. La conclusión final de este estudio fue que el control de la hipertensión es deficiente y la prevalencia de médicos con un buen nivel de adherencia a la GPC fue ligeramente superior al promedio[5].

En un estudio realizado en Nigeria se evaluó el conocimiento de las pautas de hipertensión entre los médicos de atención primaria, su relación con el diagnóstico y la evaluación de la hipertensión, para lo cual realizaron cuestionarios anónimos administrados a los médicos en dos grupos: guía de hipertensión consciente y no consciente. Encontrándose como resultado que los 403 médicos tenían una edad y experiencia promedio de 40 ± 11,34 y 14 ± 11,10 años respectivamente. De 19

preguntas evaluadas a los dos grupos de guía de hipertensión consciente y no consciente tuvieron un mejor desempeño en siete y dos preguntas respectivamente. El desempeño de los médicos en la parte pública y privada fue similar. Las conclusiones finales fueron que hay una brecha entre las recomendaciones de la guía y el cuidado de la hipertensión en Nigeria ampliándose por el desconocimiento de las guías por parte de los médicos, la mayor difusión de las pautas de hipertensión puede mejorar la atención de la hipertensión y reducir la carga de la enfermedad[6].

Un estudio realizado en Turquía tenía por objetivo determinar la frecuencia de seguimiento a las recomendaciones del informe de consenso de hipertensión turco, para eso registraron la información de 1000 pacientes con hipertensión detallándose los medicamentos prescritos en el servicio ambulatorio de un hospital para luego comparar con las recomendaciones del informe. En los resultados obtenidos la edad promedio de los pacientes fue de 62 ± 11 años predominando las mujeres con 62,3% siendo una combinación de un bloqueador del receptor de angiotensina II (ARB) y un diurético fue la prescripción más frecuente. Con 19,2% el bloqueador de los canales de calcio fue el fármaco antihipertensivo más utilizado en monoterapia. La conclusión final es que las terapias antihipertensivas se individualizaron como indica el informe de consenso, pero está pendiente considerar grupos especiales de pacientes[7].

Un estudio realizado en Chile el cual tenía por objetivo evaluar la asociación entre varios atributos y la aceptación de las recomendaciones de cuatro guías clínicas del Ministerio de Salud de Chile, para lo cual evaluaron el cumplimiento de las recomendaciones auditando una muestra aleatoria de 1547 registros médicos electrónicos de pacientes con: hipertensión, diabetes, depresión y asma. En tres centros de atención primaria. Al evaluar la presencia o ausencia de seis atributos en cada recomendación para luego comparar el grado de absorción de las recomendaciones con la presencia de estos atributos, como resultado se obtuvo que el cumplimiento con recomendaciones fue variable alcanzando 51% como mediana. Se encontró una asociación entre la adopción de recomendaciones y la presencia de tres atributos. Se concluye identificando tres atributos asociados con la implementación de

recomendaciones, estos hallazgos podrían ser útiles en un futuro para el desarrollo de guías[8].

Se realizó un estudio transversal en una muestra de 150 médicos, teniendo como objetivo investigar la adherencia de los médicos a las pautas clínicas de hipertensión en un hospital en Sudán. La adherencia de los médicos a las pautas de hipertensión se midió a través de la herramienta de adhesión JNC7 modificada, mediante un análisis de regresión logística se determinó la relación entre el cumplimiento de las pautas de hipertensión y las variables. Se obtiene como resultado que 92% tenía conocimiento las principales pautas de tratamiento de la hipertensión, 52% conocía las directrices de su país. La alta adherencia se asoció con los títulos de trabajo y con la edad de los participantes, pero al analizar la regresión logística solo una variable fue estadísticamente significativa. Concluyen que la adherencia de los médicos a las pautas de hipertensión es muy baja y para mejorarla se debería instaurar auditorías clínicas constantes[9].

En el 2015 en Estados Unidos se realizó un estudio siendo el objetivo evaluar la adherencia de los prestadores de salud a las pautas de práctica basadas en evidencia en el manejo de la hipertensión en mujeres, para lo cual realizaron una búsqueda bibliográfica con 5 buscadores. El resultado es que prestadores de salud no se adhieren a la evidencia de pautas de práctica siendo una posible explicación para el control de hipertensión. Se concluye en el estudio que el conocimiento de las pautas por parte de los prestadores de salud no siempre conduce a una mejor implementación de las mismas[10].

En un estudio de búsqueda bibliográfica utilizando MEDLINE combinaron los términos: “adherencia a las directrices” e “hipertensión” para seleccionar artículos que comparaban la práctica médica con las recomendaciones del Comité Nacional Conjunto (JNC) sobre detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión. Se concluye que gran cantidad de la literatura se centra en el uso de la terapia farmacológica para hacer inferencias con respecto a la adherencia y al contar con pocos

estudios de adherencia con fuerza metodológica, las conclusiones sobre el grado de adherencia del médico a las pautas de hipertensión son prematuras[11].

En un estudio descriptivo en Colombia el cual tenía como objetivo evaluar la proporción de adherencia a las guías de control prenatal por parte de los profesionales de salud, tomándose la totalidad de pacientes que hacían el control prenatal en una clínica colombiana. Como resultado se encontró cumplimiento de la guía al ingreso del control prenatal 76% y en citas de control 62% determinándose que en los tres primeros meses de embarazo la cita de ingreso es crítica con el menor porcentaje de adherencia. Concluyéndose que los criterios de menor cumplimiento son la no adherencia directa por parte de personal de salud[12].

En un estudio en Perú se evaluó la adherencia a las sugerencias de las guías clínicas de prevención secundaria en enfermedad coronaria en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo en el periodo de 2 años, revisando las historias clínicas, exámenes de laboratorio y terapéutica al alta, realizando el estudio en 143 pacientes, además se describió la adherencia del paciente a la consulta cardiológica ambulatoria en el mes 1,3 y 6 de seguimiento. Concluyen que la adherencia médica a las guías es subóptima[13].

En el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo realizaron un estudio estimando la asiduidad de la adherencia a la GPC de bronquiolitis aguda desde el 2014 a junio del 2016, revisando un centenar de historias clínicas de pacientes ingresados en el servicio de pediatría, para la recolección de datos usaron una ficha la cual se basaba en las recomendaciones de la GPC del servicio. En los resultados obtenidos se encontró adherencia total es 44,34% de las historias clínicas, la adherencia al diagnóstico en 83,02% y la adherencia en el tratamiento en 46,23% concluyendo que la adherencia global a la GPC fue baja[14].

En un estudio en La Libertad describen la variación de la adherencia de las GPC luego de implementar el módulo terapéutica sugerida en el sistema informático asistencial, en el cual comparan el grado de adherencia trimestralmente, por medio de un examen de la información. El grado de adherencia de las GPC se incrementó hasta 75% después

de la intervención. Se concluye que al implementar módulos facilitadores en el sistema informático pueden mejorar la adherencia a las GPC[15].

En un estudio en el Hospital San José se trabajó con 359 historias clínicas de los servicios de hospitalización, obteniendo el resultado que la adherencia a las GPC es 71,87% concluyendo que hay un adecuado cumplimiento de las GPC según la norma técnica[16].

2.2 Aspectos teóricos

La **guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva** fue aprobada con Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA, de fecha 19 de enero del 2015.

Siendo la finalidad contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad hipertensiva.

Objetivos de la guía

"Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva[17]".

Ámbito de aplicación

"La Guía de Práctica Clínica tiene aplicación en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, sirviendo como referente para los demás establecimientos de salud, como el Seguro Social de Salud, Instituciones Armadas, Policía Nacional del Perú, establecimientos de salud privados y otros prestadores que brinden atenciones de salud en todo el país[17]".

Terapéutica

Inicio de terapia farmacológica

"La decisión de iniciar medicamentos antihipertensivos dependerá del nivel de riesgo cardiovascular adjudicado según la evaluación integral del paciente, tomando en cuenta fundamentalmente: nivel de la presión arterial sistólica y diastólica, factores de riesgo

(incluyendo comorbilidades) y presencia de daño clínico o subclínico en los órganos blanco[17]".

Los pacientes hipertensos que inician terapia farmacológica son:

(1) Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y en quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial.

(2) Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica mmHg, independiente de otros parámetros.

(3) Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial.

La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones apropiadas.

Los grupos de medicamentos antihipertensivos probadamente eficaces y aceptados de primera elección en monoterapia corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, betabloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas.

En pacientes mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los betabloqueadores como primera elección.

El inicio de monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con:

• Enalapril 10 mg, dos veces al día o
• Enalapril 20 mg, dos veces al día o
• Losartán 50 mg, dos veces al día o
• Hidroclorotiazida 12,5mg una vez al día o
• Hidroclorotiazida 25 mg una vez al día o
• Amlodipino 5 mg, una vez al día o
• Amlodipino 10 mg, una vez al día[17].

Guía de práctica clínica: es un documento que recoge un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistémica con la finalidad de ayudar a los profesionales de la salud a tomar las decisiones más apropiadas[1].

Nivel de adherencia a GPC: relación entre el proceder de un galeno y las recomendaciones sistémicas en base a la evidencia para diagnosticar y tratar a un paciente[1].

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El estudio es tipo descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo.

3 2. Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización respectiva a la administración del CAP III Alfredo Piazza Roberts para la revisión de las historias clínicas.

3.3. Diseño metodológico

Se recolecto los datos consignados a través del formato de recolección de datos de EsSalud: Instrumento de evaluación de adherencia a guías de práctica clínica.

3.4. Unidad de análisis

Se revisó las historias clínicas de pacientes de consulta externa con hipertensión arterial, que inician tratamiento farmacológico para la enfermedad hipertensiva del CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud, desde enero 2018 a julio 2019.

3.5 Población de estudio

Historias clínicas de pacientes nuevos con hipertensión arterial, clínicamente estables, sin signos de descompensación, que inician tratamiento farmacológico para la enfermedad hipertensiva del CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud, siendo un total de 168 historias clínicas.

La guía de práctica clínica que se utilizó para medir la adherencia a GPC es una guía aprobada por el MINSA adoptada por EsSalud la cual en su metodología de elaboración describe haber buscado y analizado la evidencia científica, a su vez describe cual es la evidencia que sustenta las recomendaciones dadas.

3.6. Muestra

La selección se realizó por muestreo no probabilístico

3.7. Criterios de selección

3.7.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes de consulta externa de los servicios de medicina general, medicina interna y cardiología.

- Historias clínicas de pacientes que inician tratamiento farmacológico para la enfermedad hipertensiva del CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud.

3.7.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes que inician tratamiento y tienen otros diagnósticos.

3.8. Técnicas o instrumentos de recolección de la información o de datos

Se utilizó el formato de recolección de datos de EsSalud: Instrumento de evaluación de adherencia a guías de práctica clínica, especificándose lo indicado al iniciar tratamiento para la enfermedad hipertensiva según GPC.

3.9. Procesamiento de la información o de datos

Con la información obtenida por medio del formato de recolección de datos, se elaboró en una base de datos en Microsoft Excel 2016.

Los resultados obtenidos se tabularon en Microsoft Office Excel 2016 y se presentó en figuras y tablas para una mejor visualización e interpretación de los resultados.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

De acuerdo a la metodología señalada en el estudio, los resultados fueron obtenidos de la aplicación del formato de recolección de datos de EsSalud: Instrumento de evaluación de adherencia a guías de práctica clínica a un total de 168 historias clínicas de pacientes que inician tratamiento farmacológico para la enfermedad hipertensiva en el CAP III Alfredo Piazza Roberts perteneciente a EsSalud.

En la figura 1 se muestra que, del total de historias clínicas evaluadas, se obtuvo que 58,3% presenta adherencia a la guía de práctica clínica para la enfermedad hipertensiva y 41,7% no. Considerándose adherentes a las historias clínicas que iniciaron con monoterapia con uno de los medicamentos antihipertensivos indicados:

• Enalapril 10 mg, dos veces al día o
• Enalapril 20 mg, dos veces al día o
• Losartán 50 mg, dos veces al día o
• Hidroclorotiazida 12,5mg una vez al día o
• Hidroclorotiazida 25 mg una vez al día o
• Amlodipino 5 mg, una vez al día o
• Amlodipino 10 mg, una vez al día[17].

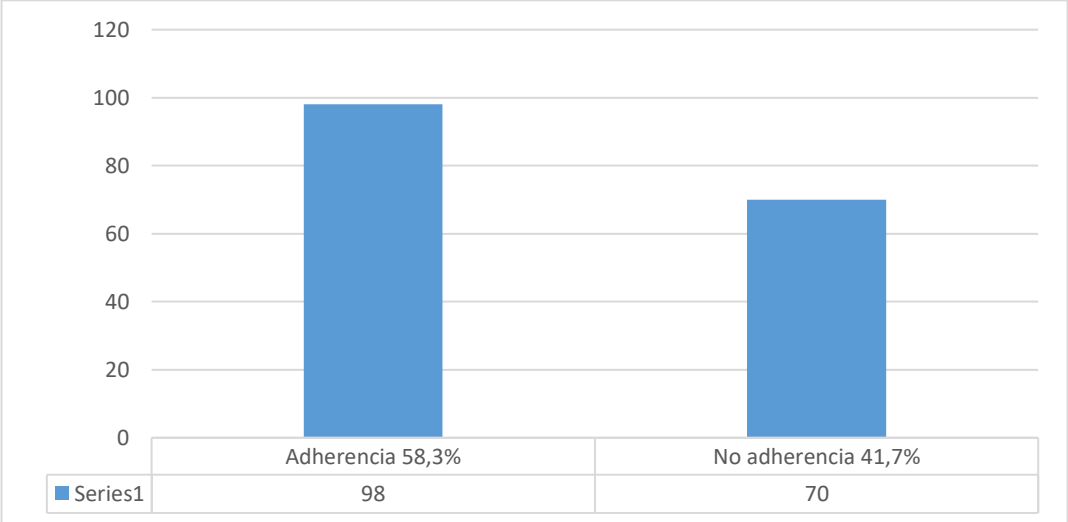

Figura 1. Historias clínicas adherentes vs no adherentes a GPC para la enfermedad hipertensiva

Tabla 1. Resultados de adherencia GPC para la enfermedad hipertensiva según servicios de consulta externa

Servicio de consulta externa	Adherencia	No adherencia	Total	Porcentaje de adherencia a GPC
Medicina general	65	60	125	52
Cardiología	15	4	19	78,95
Medicina interna	18	6	24	75
Total	98	70	168	58,3

En la tabla 1 se muestra los servicios de consulta externa, detallándose la cantidad de historias clínicas que presentan adherencia a la GPC y las que no presentan adherencia. En este estudio se observa que el servicio de Cardiología es que presenta el porcentaje más alto de adherencia a la GPC para enfermedad hipertensiva con 78,95% y el servicio de menor adherencia es Medicina General con 52% respectivamente.

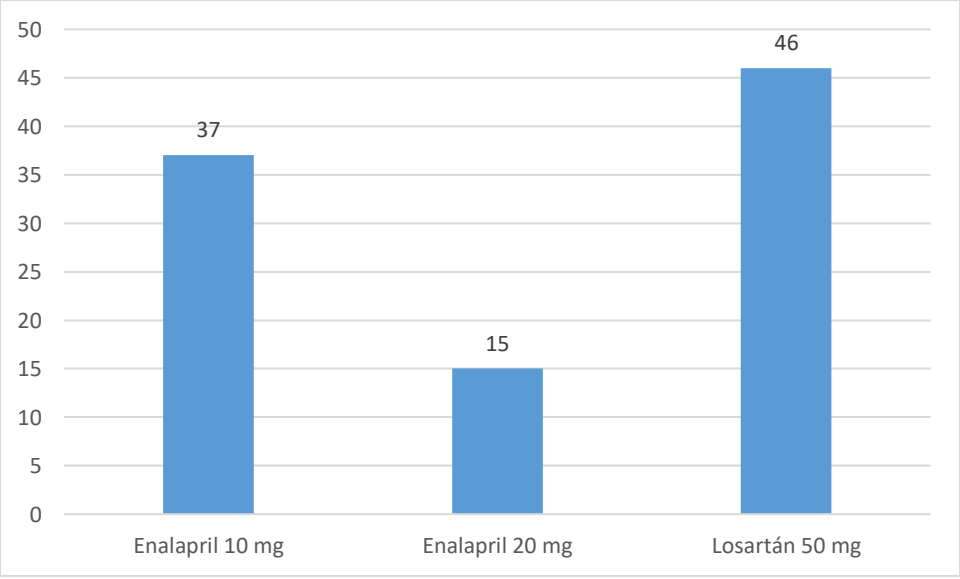

Figura 2. Antihipertensivos con adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva

En la figura 2 se observa que de las historias clínicas que presentaron adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva (98 historias clínicas en total) el medicamento más prescrito es losartán 50 mg dos veces al día, luego enalapril 10 mg dos veces al día y enalapril 20 mg dos veces al día.

En la tabla 2 se detallan los medicamentos prescritos al inicio en monoterapia que se indicaron en las historias clínicas para la enfermedad hipertensiva que no tienen adherencia a la GPC, observándose al losartán 1 vez por día como el medicamento más prescrito en un total de 12 historias clínicas revisadas y el atenolol 100 mg como el medicamento menos prescrito en una historia clínica revisada.

Tabla 2. No adherencia GPC monoterapia

Medicamento antihipertensivo	Dosis Unidad por día	Número total de historias clínicas
Atenolol 100 mg	1	1
Captopril 25 mg	2	7
Enalapril 10 mg	1	5
Enalapril 20 mg	1	3
Losartán 50 mg	1	12
Irbesartan 150 mg	1	2

Tabla 3. No adherencia GPC terapia múltiple

Terapia	Número total de historias clínicas	Medicamentos antihipertensivos
Terapia doble	20	Losartán + hidroclorotiazida
	17	Enalapril + hidroclorotiazida
Terapia triple	3	Losartán + hidroclorotiazida+amlodipino
Total	40	

En la tabla 3. se observa los medicamentos prescritos al inicio en terapia múltiple que se indicaron en las historias clínicas para la enfermedad hipertensiva que no tienen adherencia a la GPC, observándose al losartán asociado con hidroclorotiazida como la combinación más prescrita en un total de 20 historias clínicas revisadas.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El presente estudio de evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica por parte del profesional prescriptor para la enfermedad hipertensiva en los servicios de consulta externa del CAP III Alfredo Piazza Roberts-EsSalud, nos permitió conocer que 58,3% presenta adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva al iniciar tratamiento farmacológico y 41,7% no, en el periodo de enero 2018 a julio del 2019.

Revisando la literatura actual, se observa que no hay muchos estudios de adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva, por lo que al recopilar antecedentes bibliográficos se están considerando dos estudios del año 2004 de Steinman MA et al[2] y Milchak JL et al[11]. El presente estudio nos permite poner en evidencia el porcentaje de incumplimiento a las GPC por parte del profesional prescriptor, lo cual transformándose en recomendaciones a través de las autoridades competentes de salud pueden mejorar la práctica clínica, para luego ofrecer a los pacientes hipertensos las recomendaciones señaladas en la GPC al iniciar el tratamiento farmacológico.

En el Perú, no se encontró estudios en relación a la adherencia a la GPC para la enfermedad hipertensiva, sin embargo, se encontraron estudios de adherencia de GPC para otras patologías. A nivel internacional podemos encontrar estudios de adherencia para la enfermedad hipertensiva. En agosto del 2004, Milchak JL y colaboradores, en un trabajo de medición de la adherencia a las pautas de práctica para manejo de la hipertensión[2], obtienen como resultado la adherencia centrada en la terapia farmacológica en 67%, a diferencia de este estudio se encontró un porcentaje de adherencia inferior (58,3%) del total de historias clínicas revisadas.

En el año 2014 en un estudio sobre Adhesión de los médicos a una guía clínica para la hipertensión en Sudáfrica[4] la adherencia fue 51,9% (rango bajo) siendo nuestra adherencia mayor a esta. En el 2016 en un estudio malayo[5] la adherencia fue de 60,7% el cual está próximo a la cantidad encontrada en nuestro estudio.

En Perú en estudios realizados de adherencia a GPC para otras patologías, se obtuvo diferentes porcentajes, desde 71,87% como en el estudio realizado el 2016 por Rosas WR[16],

46,23% en el estudio realizado el 2018 por Salinas J[14] y adherencia subóptima en el estudio realizado el 2015 por Castañeda AZ, *et al*[13].

Esta variación en los porcentajes de adherencia de los diferentes estudios internacionales y nacionales refleja las políticas de salud de cada país y la aplicación en los establecimientos de salud de los mismos.

Del resultado obtenido en nuestra investigación se observa que 58,3% de las historias clínicas evaluadas tienen adherencia a GPC, orientándonos que el nivel de conocimiento de los médicos en referencia a la GPC de los servicios respectivos es medio.

El servicio que presenta mayor adherencia a la GPC por parte del profesional prescriptor para enfermedad hipertensiva es Cardiología con 78,95% y con menor adherencia el servicio de Medicina general con 52% se observa claramente en la tabla 1 que al ser las historias clínicas mayormente del servicio de Medicina general el porcentaje de adherencia global está próximo al porcentaje de adherencia del servicio mencionado.

Concerniente al esquema terapéutico el medicamento con mayor prescripción es losartán 50 mg el cual guarda similitud con el estudio turco de Yürüyen G *et al*[7] en el cual 48% de los pacientes estaban usando un bloqueante de receptores de angiotensina.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- El esquema terapéutico asociado a la falta de adherencia a la GPC por parte de los médicos para la enfermedad hipertensiva, es la terapia múltiple observándose al losartán asociado con hidroclorotiazida como la combinación más prescrita en un total de 20 historias clínicas revisadas.
- El servicio que presenta mayor adherencia por parte de los médicos a la GPC al iniciar tratamiento farmacológico para enfermedad hipertensiva es Cardiología con 78,95%

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arts DL, Voncken AG, Medlock S, Abu-Hanna A, van Weert HCPM. Reasons for intentional guideline non-adherence: A systematic review. Int J Med Inform. 2016;(89):55–62.

2. Steinman MA, Fischer MA, Shlipak MG, Bosworth HB, Oddone EZ, Hoffman BB, et al. Clinician awareness of adherence to hypertension guidelines. Am J Med. 2004;117(10):747–54.

3. Mickan S, Burls A, Glasziou P. Patterns of "leakage" in the utilisation of clinical guidelines: A systematic review. Postgrad Med J. 2011;87(1032):670–9.

4. Adedeji AR, Tumbo J, Govender I. Adherence of doctors to a clinical guideline for hypertension in Bojanala district, North-West Province, South Africa. African J Prim Heal Care Fam Med. 2015;7(1):1–6.

5. Huat TS, Rahman RA, Daud N, Yusoff SSM. Patients' blood pressure control and doctors' adherence to hypertension clinical practice guideline in managing patients at health clinics in Kuala Muda district, Kedah. Med J Malaysia. 2017;72(1):18–25.

6. Ale OK, Braimoh RW. Awareness of hypertension guidelines and the diagnosis and evaluation of hypertension by primary care physicians in Nigeria. Cardiovasc J Afr. 2017;28(2):72–6.

7. Yürüyen G. The Choice of Treatment Based on Turkish Hypertension Consensus Report: Do We Follow The Recommendations? Turk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol. 2017;46(1):25–31.

8. Pantoja T, Valles D, Cordero MJ. Attributes of recommendations included in clinical guidelines that influence their implementation in clinical practice. Rev Med Chil. 2017;145(11):1429–36.

9. Abdelgadir HS, Elfadul MM, Hamid NH, Noma M. Adherence of doctors to hypertension clinical guidelines in academy charity teaching hospital, Khartoum, Sudan. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):1–6.

10. Jorgensen CM. Measuring Adherence to Practice Guidelines for the Management of Hypertension. 2015;

11. Milchak JL, Carter BL, James PA, Ardery G. Measuring adherence to practice guidelines for the management of hypertension: An evaluation of the literature. Hypertension. 2004;44(5):602–8.

12. Machado Alba J, Isaza Martínez B, Sepulveda Marín M, Rivera Palacios A, Liceth^{o} Ceballos S. Nivel de adherencia a la guía de atención de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Colombia. Rev Médica Risaralda. 2012;18(2):134–9.

13. Castañeda Z, Díaz P. Adherencia médica a las guías clínicas basadas en la evidencia de prevención secundaria en enfermedad coronaria establecida 2015. Univ Peruana Cayetano Heredia; 1-48.

14. Salinas J. Adherencia a la guía de práctica clínica de Bronquiolitis Aguda Del Servicio De Pediatría Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014–6. Univ San Martín de Porres.2018; 1-25.

15. Calizaya L, Mejia CR. Tecnología de información y adhesión de guías de práctica clínica en el nivel de atención asistencial primario: experiencia privada, 2013-2014. Horiz Med (Barcelona). 2016;16(4):20–4.

16. Ramos W. Adherencia a Guías de Práctica Clínica en los servicios de Hospitalización del Hospital San José Enero – Diciembre 2014. Univ Ricardo Palma. 2016;1–49.

17. Ministerio de Salud Perú. Resolución Ministerial: Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad Hipertensiva en el primer nivel de atención. 2015;3–7.

CAPÍTULO VIII: ANEXO

Anexo: Instrumento de recolección de información.

Instrumento de evaluación de adherencia a GPC.

Nombre del EESS:_____

Categoría:_____

Servicio:_____

N° HC:_____

Fecha de atención:_____

Fecha de evaluación:_____

Nombre del evaluador:_____

Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva.

Item	N°	Criterio	Cumple	Observaciones
Terapia	1	Cumple con iniciar monoterapia farmacológica de primera elección: "Enalapril 10 mg, dos veces al día o Enalapril 20 mg, dos veces al día o Losartán 50 mg, dos veces al día o Hidroclorotiazida 12,5mg una vez al día o Hidroclorotiazida 25 mg una vez al día o Amlodipino 5 mg, una vez al día o Amlodipino 10 mg, una vez al día[17]".		

_____

Firma del evaluador