



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 al tratamiento farmacológico en pacientes
adultos mayores con hipertensión arterial del Centro
de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Atención
Farmacéutica

AUTOR

Maribel Lilia LIMAYLLA LA TORRE

ASESOR

Norma Julia RAMOS CEVALLOS

Lima, Perú

2016



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

Limaylla M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Unidad de Posgrado; 2016.

1125

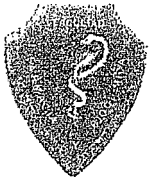


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

UNIDAD DE POSGRADO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA

2/12/16
120

Siendo las 12:00 hrs. del 10 de agosto del 2016 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 Examinador y Calificador de tesis, presidido por el Dr. Víctor Izaguirre Pasquel e integrado por los siguientes miembros: Dra. Norma Julia Ramos Cevallos (Asesora), Dr. Yovani Martín Condorhuamán Figueroa, Dra. Gladys Martha Delgado Pérez y la Mg. Karim Lizeth Jiménez Aliaga; para la sustentación oral y pública de la tesis intitulada: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III HUAYCAN- ESSALUD** presentado por la Bachiller en Ciencia Farmacéuticas y Bioquímica **MARIBEL LILIA LIMAYLLA LA TORRE**.

Acto seguido se procedió a la exposición de la tesis, con el fin de optar al Grado Académico de Magíster en Atención Farmacéutica. Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduando.

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

Diecinueve (19) - Excelente

Luego, el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad proponga que se le otorgue a la Bachiller en Ciencia Farmacéuticas y Bioquímica **MARIBEL LILIA LIMAYLLA LA TORRE**, el Grado Académico de Magíster en Atención Farmacéutica.

Siendo las 15 hrs. se levanta la sesión.

Se extiende el acta en Lima, a las 15 hrs. del 10 de agosto 2016.

[Firma]
Dr. Víctor Luis Izaguirre Pasquel (P.P., T.P. 20H)
Presidente

[Firma]
Dra. Norma Julia Ramos Cevallos (P. Aux.T.C.)
Miembro - Asesora

[Firma]
Dr. Yovani Martín Condorhuamán Figueroa (P. Aux., T.C.)
Miembro

[Firma]
Dra. Gladys Martha Delgado Pérez (P. Asoc. T.P. 20H)
Miembro

[Firma]
Mg. Karim Lizeth Jiménez Aliaga (P. Aux.T.C.)
Miembro

Observaciones:

DEDICATORIA

A Dios por iluminar mi camino, guiar mis pasos, darme fortaleza y valor ante las adversidades.

A mi madre quien es un apoyo incondicional e invaluable, por sus acertados consejos, por ser ejemplo de virtudes y siempre comprenderme.

A mi padre por brindarme su valioso apoyo, por ser ejemplo de superación y perseverancia.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Norma Ramos por su asesoría y guía para el desarrollo de esta tesis, además por su compromiso continuo para lograr culminar el presente.

Al Dr. Director del Centro de Atención Primaria III Huaycan-EsSalud por autorizar el desarrollo del presente estudio con pacientes atendidos del Centro de Salud.

A la Licenciada de Enfermería Laura Rumiche por las facilidades brindadas en el período de captación de pacientes.

*A los distinguidos miembros del Jurado Examinador y Calificador:
Presidente:
Dr. Víctor Luis Izaguirre Pasquel*

*Miembros:
Dra. Gladys Martha Delgado Pérez
Dr. Yovani M. Condorhuamán Figueroa
Mg. Q.F. Karim Lizeth Jiménez Aliaga*

*Miembro – Asesora:
Dra. Norma Julia Ramos Cevallos*

Por sus valorables aportes, correcciones y sugerencias imprescindibles para mejorar y culminar la presente tesis.

Al Dr. José Juárez por su valioso apoyo, asimismo por compartir sus conocimientos y experiencia.

Al Médico Internista Alex Medrano por ser asesor del estudio a nivel del Seguro Social y por su orientación en la ejecución del estudio.

A los pacientes que participaron como muestra del estudio, quienes de alguna forma confiaron en mí y conformaron la esencia de esta tesis que culmina con el presente.

ÍNDICE

	Pág.
Lista de Tablas	v
Lista de Figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	01
1.1. Situación problemática	02
1.2. Formulación del problema	03
1.3. Justificación teórica	03
1.4. Justificación práctica	05
1.5. Objetivos	05
1.5.1 Objetivo general	05
1.5.2 Objetivos específicos	05
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación	06
2.2 Antecedentes de la investigación	07
2.3 Bases teóricas	12
2.3.1 Hipertensión	12
2.3.2 Adherencia terapéutica	18
2.3.3 Atención farmacéutica	24
2.3.4 Consejería farmacéutica	25
2.3.5 Medición de la calidad del servicio	26
2.3.6 Aspectos éticos considerados en el estudio	28
2.4 Marco conceptual	29
III. METODOLOGÍA	30
3.1 Tipo y diseño de investigación	30
3.2 Unidad de estudio	30
3.3 Población de estudio	30
3.4 Tamaño de muestra	30
3.5 Selección de muestra	31
3.6 Técnicas de recolección de datos	32
3.7 Análisis e interpretación	41
IV. RESULTADOS	45
V. DISCUSIÓN	75
VI. CONCLUSIONES	85
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
VIII. ANEXOS	99

LISTA DE TABLAS	Pág.
Tabla 1. Datos estadísticos de la población asegurada al CAP III Huaycan	4
Tabla 2. Clasificación de la presión arterial	12
Tabla 3. Definición de hipertensión en consultorio y niveles de presión arterial fuera de consultorio	15
Tabla 4. Resumen de recomendaciones en adopción de cambios de estilo de vida	15
Tabla 5. Modificaciones del estilo de vida en el manejo de la hipertensión	16
Tabla 6. Criterios clínicos que definen el síndrome metabólico	18
Tabla 7. Comparación de métodos de medición del cumplimiento terapéutico	21
Tabla 8. Dimensiones de la Calidad (Modelo SERVQUAL)	27
Tabla 9. Niveles de satisfacción	42
Tabla 10. Características socio-laborales y antecedentes de los 22 pacientes	46
Tabla 11. Hábitos o estilos de vida de los 22 pacientes	47
Tabla 12. Tiempo del diagnóstico de hipertensión arterial de los pacientes	48
Tabla 13. Enfermedades concomitantes de los pacientes al inicio del estudio	48
Tabla 14. Índice de masa corporal inicial de los pacientes del estudio	49
Tabla 15. Grupo farmacológico de los medicamentos prescritos en el tratamiento de la hipertensión al inicio del estudio	50
Tabla 16. Visitas domiciliarias realizadas a los pacientes	52
Tabla 17. Orientación farmacéutica realizada durante las visitas o encuentros	52
Tabla 18. Adherencia al tratamiento farmacológico en inicio del estudio	53
Tabla 19. Respuestas de los pacientes al Test de Morisky-Green al inicio del estudio	54
Tabla 20. Pregunta 01 - ¿Le preocupa su enfermedad (hipertensión arterial)?	55
Tabla 21. Pregunta 02-¿Qué tan importante es para usted saber acerca de su medicación?...55	55
Tabla 22. Pregunta 03-¿Ha recibido información sobre el tratamiento de su enfermedad?...55	55
Tabla 23. Pregunta 04-¿Alguna vez se ha olvidado de tomar su medicación en todo este tiempo?	55
Tabla 24. Pregunta 05-¿Conoce para qué sirve la medicación que está tomando?	56
Tabla 25. Pregunta 06-¿Sabe en qué momento debe tomar sus medicamentos?	56
Tabla 26. Pregunta 07-¿Ha olvidado tomar su medicación durante el fin de semana?	56
Tabla 27. Pregunta 08-Contestar solo si la respuesta es sí en la pregunta 04 ¿Cuántas veces olvido tomar su medicamento?	56
Tabla 28. Pregunta 09-¿Conoce los cuidados que debe tener al tomar sus medicamentos?...57	57
Tabla 29. Pregunta 10-¿Conoce los posibles efectos secundarios (malestar) que pueden producir sus medicamentos?	57
Tabla 30. Pregunta 11-¿Alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos, si se sentía mal?	57
Tabla 31. Pregunta 12-¿Indique la cantidad de medicamentos que usted toma?	57

	Pág.
Tabla 32. Pregunta adicional al paciente en la exploración de aceptación de la consejería: acerca de que medicamento(s) o tema de salud le gustaría saber más	58
Tabla 33. Respuestas a dos preguntas del anexo experiencia farmacoterapeutica	59
Tabla 34. Respuestas a cuatro preguntas del anexo experiencia farmacoterapeutica	60
Tabla 35. Respuestas de los pacientes al Test de Morisky-Green al final del estudio	62
Tabla 36. Análisis de respuestas: primera pregunta del Test de Morisky-Green al inicio y final del estudio	62
Tabla 37. Análisis de respuestas: segunda pregunta del Test de Morisky-Green al inicio y final del estudio	62
Tabla 38. Análisis de respuestas: tercera pregunta del Test de Morisky-Green al inicio y final del estudio	63
Tabla 39. Análisis de respuestas: cuarta pregunta del Test de Morisky-Green al inicio y final del estudio	63
Tabla 40. Cumplimiento terapéutico (Test de Morisky-Green) al inicio y final del estudio.	64
Tabla 41. Análisis de respuestas al Test de Batalla al inicio y final del estudio	64
Tabla 42. Conocimiento sobre la hipertensión arterial (Test de Batalla) al inicio y final del estudio	65
Tabla 43. Evaluación de la presión arterial sistólica y diastólica de los pacientes al inicio y final del estudio	66
Tabla 44. Índice de masa corporal al inicio y final del estudio	68
Tabla 45. Calidad de servicio en la dimensión fiabilidad, desde la percepción de los pacientes	69
Tabla 46. Calidad de servicio en la dimensión capacidad de respuesta, desde la percepción de los pacientes	70
Tabla 47. Calidad de servicio en la dimensión seguridad, desde la percepción de los pacientes	70
Tabla 48. Calidad de servicio en la dimensión empatía, desde la percepción de los pacientes	71
Tabla 49. Calidad de servicio en la dimensión tangibilidad, desde la percepción los pacientes	71
Tabla 50. Nivel de percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes adultos mayores con hipertensión arterial	72
Tabla 51. Calificación del paciente al servicio de consejería farmacéutica, obtenido de la aplicación de un cuestionario	73
Tabla 52. Nivel de satisfacción del paciente, según respuestas a una pregunta del cuestionario: percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial	74

LISTA DE FIGURAS	Pág.
Figura 1. Sesión de consejería farmacéutica	36
Figura 2. Actividades realizadas en las visitas domiciliarias	41
Figura 3. Pacientes en estudio por grupo etario	45
Figura 4. Sexo de los pacientes en estudio	45
Figura 5. Grado de instrucción de los pacientes del estudio	45
Figura 6. Distribución de enfermedades y condiciones de salud concomitantes	49
Figura 7. Distribución del estado de peso según índice de masa corporal	50
Figura 8. Medicamentos prescritos a los 22 pacientes a inicios del estudio en relación al problema de salud hipertensivo	51
Figura 9. Grupo farmacológico de los medicamentos no antihipertensivos prescritos a los 22 pacientes a inicios del estudio	51
Figura 10. Distribución de pacientes adherentes y no adherentes al comienzo del estudio, según aplicación del Test de Morisky-Green	54
Figura 11. Distribución de pacientes según respuestas correctas (conocimiento adecuado sobre HTA) e incorrectas (conocimiento inadecuado) al comienzo del estudio, según aplicación del Test de Batalla.....	54
Figura 12. Distribución de pacientes que requieren y no requieren atención en perspectiva de la farmacoterapia	60
Figura 13. Distribución de pacientes que requieren y no requieren atención según punto de vista de la Químico Farmacéutica	61
Figura 14. Distribución de pacientes adherentes y no adherentes al final del estudio, según aplicación del Test de Morisky-Green	61
Figura 15. Distribución de pacientes según respuestas correctas (conocimiento adecuado sobre HTA) e incorrectas (conocimiento inadecuado) al final del estudio, según aplicación del Test de Batalla	61
Figura 16. Valores de presión arterial promedio en pacientes varones a la medición inicial y final	66
Figura 17. Valores de presión arterial promedio en pacientes mujeres a la medición inicial y final	67
Figura 18. Valores de presión arterial promedio de pacientes con edad menor de 70 años, en la medición inicial y final	67
Figura 19. Valores de presión arterial promedio de pacientes con edad de 70 años a 79 años, en la medición inicial y final	68
Figura 20. Valores de presión arterial promedio de pacientes con edad de 80 años a mas, en la medición inicial y final	68
Figura 21. Índice de masa corporal promedio al inicio y final del estudio.....	69
Figura 22. Resultados de la percepción de calidad de la consejería farmacéutica	72
Figura 23. Calificación del 1 al 10 al servicio de consejería farmacéutica	74

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan-EsSalud. Siendo periodo del estudio: 19 de setiembre del 2014 al 6 de febrero del 2015. Se evaluó la adherencia al tratamiento al inicio del estudio, luego se brindó consejería farmacéutica. Posterior a la intervención, se evaluó la adherencia al tratamiento, así como el impacto de la consejería en el nivel de satisfacción del paciente. El diseño de investigación fue cuasiexperimental, descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. La población estuvo conformada por adultos mayores con hipertensión arterial atendidos por Medicina Interna y el Programa Adulto Mayor, siendo la muestra 22 pacientes bajo tratamiento no menor de tres meses. Se realizaron entrevistas, encuestas y visitas domiciliarias; se brindó educación sanitaria y orientación farmacéutica del tratamiento. El nivel de satisfacción del paciente fue evaluado según un cuestionario bajo el modelo SERVPERF; al que se hizo la validación (juicio de expertos), así como la determinación de confiabilidad. Como resultados se obtuvo, al inicio, 4,5% de adherentes al tratamiento y al término del estudio 40,9% a través del test de Morisky-Green. Mediante la aplicación del test de Batalla, al inicio, 50% demostró buen conocimiento sobre la hipertensión arterial; es decir, se considera con cumplimiento del tratamiento y al final del estudio, 86,4%. En el análisis estadístico, de los resultados del cumplimiento terapéutico (test de Morisky-Green) y del grado de conocimiento sobre la enfermedad (test de Batalla) al inicio y final, se encontró para cada uno, cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Los resultados de la aplicación del cuestionario, al final, indican desde la percepción de los pacientes, que la calidad de la consejería farmacéutica brindada tuvo en promedio un puntaje de 4,75; es decir, nivel de satisfacción alto. En la aplicación del cuestionario, se evaluaron cinco dimensiones en la calidad del servicio, obteniéndose los siguientes puntajes promedio: fiabilidad, 4,68; capacidad de respuesta, 4,74; seguridad, 4,77; en empatía, 4,73; y tangibilidad, 4,83. En consecuencia, el servicio brindado alcanzó impacto alto en el nivel de satisfacción de los 22 pacientes.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, adulto mayor, hipertensión arterial, SERVPERF.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the improvement on the adherence to the pharmacological treatment in elderly patients with high blood pressure from the Huaycan-EsSalud III Basic Healthcare Attention Center. The study was carried out from September 19, 2014 to February 6, 2015. Adherence to treatment was assessed at the beginning of the study; then pharmaceutical counseling was provided. After the intervention, adherence to the treatment was assessed as well as the impact of counseling within the satisfaction level of patients. This research had a quasi-experimental, descriptive, observational, prospective and longitudinal design. The population was comprised by elderly people with high blood pressure who were under treatment provided by Internal Medicine and the Programa Adulto Mayor (Elderly People Program), using a sample of 22 patients on a no-less-than-three-month treatment. Interviews, surveys and home visits were carried out, health education and pharmaceutical orientation regarding the treatment were provided. The satisfaction level of patients was assessed using a questionnaire based on the SERVPERF model, which underwent validation (expert judgment) and reliability determination. The results obtained using the Morisky-Green test indicated a 4,5% adherence to treatment at the beginning and a 40,9% at the end of the study. Using the Batalla test, 50% of patients demonstrated a good knowledge of high blood pressure at the beginning of the study, i.e., they are considered compliant with the treatment; by the end of the study, an 86,4% was obtained. The statistical analysis of the results for treatment compliance (Morisky-Green test) and degree of knowledge on the disease (Batalla test) at the beginning and end of the study presented a statistically significant change ($p < 0,05$) for both results. In the end, from a patient's point of view, the results obtained from the questionnaire indicated that the quality of pharmaceutical counseling provided reached on average score of 4,75, thus representing a high satisfaction level. Five aspects of quality service were evaluated using the questionnaire and the following average scores were obtained: reliability, 4,68; response capacity, 4,74; security, 4,77; empathy, 4,73; and tangibility, 4,83. As a result, the service provided had a high impact in the satisfaction level of the 22 patients.

Keywords: Adherence to treatment, elderly people, high blood pressure, SERVPERF

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a todos los grupos de edad y constituyen un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes e **hipertensión arterial**, entre otros, contribuyendo a un problema de salud pública por ser causa de morbilidad en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable (Alwan, 2010, p. 4).

De la población peruana con diagnóstico médico de hipertensión arterial, 60,3% ha recibido o comprado medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó 61,5% y la masculina 58,4%. La mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en Lima Metropolitana (67,8%) y en la Costa (65,3%), sin Lima Metropolitana; seguida por la Selva (55,4%) y Sierra (47,6%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015, p. 11).

Es importante considerar que las cifras de presión arterial elevadas implican una mayor posibilidad de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal (Chobanian et al., 2003a, p.16) Siendo la hipertensión arterial una enfermedad de alta prevalencia en la población adulto mayor atendida en el Centro de Atención Primaria III Huaycan (CAP III Huaycan) y uno de los factores más importantes que mejora la eficacia del tratamiento, el cumplimiento terapéutico, es que el presente estudio tiene como interés determinar la adherencia de estos pacientes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, así como evaluar el impacto de la consejería farmacéutica brindada, actividad llevada a cabo mediante visitas domiciliarias. Se debió incidir, en cada visita, en las barreras frecuentes que se presentan para el incumplimiento, los olvidos simples, el desconocimiento del porqué debe tomar la medicación, la aparición de efectos secundarios, el escaso soporte social, sanitario o familiar y la propia decisión del paciente para incumplir (Márquez, Casado & Márquez, 2001, p. 558).

Ha sido fundamental, para determinar el nivel de calidad del servicio de consejería farmacéutica brindado, la aplicación de un cuestionario al paciente, el que se diseñó según el modelo SERVPERF (percepciones) (Brady, Cronin, & Brand, 2002, p.19).

El propósito del estudio ha sido participar activamente en la actividad asistencial, al brindar consejería farmacéutica, como parte de las actividades que comprende la

atención farmacéutica. Así, la atención personalizada estuvo orientada al adulto mayor, grupo poblacional vulnerable, con diagnóstico de hipertensión, con el fin de lograr que sea adherente, si no lo era, o refuerce su adherencia a la terapia si es adherente, ya que si bien recibe atención del profesional de enfermería a través del Programa del Adulto Mayor, no resulta suficiente para cubrir la necesidad de control de la presión arterial, así como para recibir consejería de un profesional de salud. Se conoce que es necesaria su atención periódica en el hogar, por lo cual, se decidió realizar la consejería a través de visitas domiciliarias. El desarrollo de este trabajo se ha sobrepuesto a la dificultad de desarrollar una de las actividades asistenciales del Químico Farmacéutico en un centro de atención primaria, ante la falta de infraestructura, por ejemplo, la consejería farmacéutica al paciente; se propuso, así tratar de integrar al profesional farmacéutico en la triada: médico, enfermera y paciente; a través de las siguientes actividades desarrolladas en cada visita: monitorización del tratamiento, medición de la presión arterial y de parámetros antropométricos así como su seguimiento, orientación farmacéutica y educación sanitaria individualizada, tratando con ello de mejorar o mantener la adherencia al tratamiento por el paciente; asimismo, la ejecución de este estudio ha servido para conocer la percepción del paciente hacia un servicio farmacéutico, que es factible de desarrollar.

1.1. Situación Problemática

La atención del paciente con hipertensión arterial abarca su atención médica periódica cada tres meses; concluida su cita con el médico internista, este paciente debe acudir al Programa del Adulto Mayor, previa cita con enfermería, para tener un control del estado de su enfermedad. Existen factores como olvido de las recomendaciones médicas de toma del medicamento en horario establecido, sensación de mejoría experimentada después de tomar unos días el(los) medicamento(s), descuido del paciente o efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos, que pueden influir en el paciente adulto mayor hipertenso a no cumplir el tratamiento farmacológico indicado por el médico. Un problema adicional que se ha percibido, es que los pacientes no entienden con claridad la prescripción indicada en la receta médica, especialmente el paciente adulto mayor.

A partir de esta situación planteada, surge el interés de investigar, la influencia que el Químico Farmacéutico podría ejercer para contribuir en el control de la presión arterial del paciente adulto mayor, para ello se enfoca su participación en la adherencia al tratamiento, y por ende se incide en la educación sanitaria, orientación farmacéutica, monitorización del tratamiento, medición de la presión arterial y otros parámetros antropométricos del paciente fuera del CAP III Huaycan, ante la falta de infraestructura para que el Químico Farmacéutico realice esta actividad asistencial en el CAP. Se propone, a través de visitas domiciliarias, realizar la monitorización del cumplimiento del tratamiento y la consejería farmacéutica.

En el perfil de daño del 2013 del CAP III Huaycan, la hipertensión esencial (primaria) (I10.X) ocupa el segundo lugar entre las patologías más frecuentemente tratadas por Medicina Interna, con 629 atenciones de pacientes*; y 135 atenciones de pacientes hipertensos* fueron por Medicina General, lo cual evidencia que es una patología con prevalencia en la zona y, por tanto, destaca la importancia de realizar el presente estudio, en pacientes afectados con esta enfermedad, en especial en adultos mayores por su vulnerabilidad.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Centro de Atención Primaria III Huaycan-EsSalud?

1.3. Justificación teórica

James et al. (2014) señalan “la hipertensión es la condición más común vista en atención primaria y que conduce a infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente” (p. 507). La motivación de realizar este estudio en pacientes con hipertensión arterial radica en la alta prevalencia que tiene en la población asegurada atendida en el CAP III Huaycan. Así es importante, recalcar los antecedentes, de la Tabla 1.

Tabla 1. Datos estadísticos* de la población asegurada al CAP III Huaycan

Datos de la población asegurada del CAP	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Proyección de población asegurada acreditada con edad igual a 60 años o mayor	1612	1819	2003
Nº de pacientes adultos mayores (edad de 60 años o mayor) atendidos con diagnóstico de hipertensión arterial únicamente como enfermedad crónica	146	220	225
Nº de pacientes (de todas las edades) atendidos con diagnóstico de hipertensión arterial únicamente como enfermedad crónica	405	481	581

Es de destacar que la hipertensión esencial (primaria), en el año 2014 ocupó el tercer lugar dentro de los 10 primeros diagnósticos del perfil de daño en las atenciones médicas de Consulta Externa del CAP III Huaycan, con 2728 atenciones*, de las cuales 2040 corresponden a pacientes con edad de igual o mayor de 60 años.

Adicionalmente, es de considerar que en el perfil de daño del año 2013 del CAP III Huaycan, que refleja el número de atenciones por diagnóstico de los servicios/especialidades médicas, Medicina Interna registra en segundo lugar, 629 atenciones de pacientes con hipertensión esencial (primaria), estando diabetes mellitus en primer lugar*.

Carhuallanqui, Diestra-Cabrera, Tang-Herrera & Málaga (2010) citaron “la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global, que impide que la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas pueda ser evitada” (p. 197). Esta es una situación en la que debe intervenir el Químico Farmacéutico y, es en relación a esto que la normativa siguiente cita:

- Ley General de Salud N°26842 (1997) Título II, Capítulo I, Artículo 33, “el químico farmacéutico es responsable de la dispensación, la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación” (p. 10).
- Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 29459 Capítulo VII, Artículo 22°, establece el cumplimiento de las buenas prácticas, entre las que se encuentran las Buenas Prácticas de Dispensación y las Buenas Prácticas de Seguimiento Farmacoterapéutico. El Capítulo IX, Artículo 32° se establece la obligación de cumplir con lo normado en las Buenas Prácticas de Dispensación y Seguimiento Farmacoterapéutico,

* Estadística del CAP III HUAYCAN

conformando las Buenas Prácticas de Atención Farmacéutica. (2009, pp. 406569-406571).

1.4. Justificación practica

El control y seguimiento del estado de la hipertensión en el paciente y monitorización de su tratamiento, es actualmente desarrollado por enfermería, durante aproximadamente tres meses que abarca el periodo para una siguiente consulta médica del paciente; es decir, la obtención de cita médica por enfermedad crónica en tratamiento. Así, es usual que cada mes el paciente sea evaluado por el Programa del Adulto Mayor del CAP, ya que está condicionado a tener primero este control para poder recoger sus medicamentos antihipertensivos. Frente a esta situación se tiene el interés de participar en la actividad asistencial brindando consejería farmacéutica al adulto mayor hipertenso, a través de la visita domiciliaria, tratando con ello de mejorar o mantener la adherencia al tratamiento por el paciente.

Dada la relevancia y falta de información que existe sobre el tema en la zona a que se circunscribe Huaycan, es que se decide realizar esta investigación.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Evaluar la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertension arterial.

1.5.2. Objetivos Especificos

- Evaluar el nivel inicial de adherencia al tratamiento farmacológico del paciente adulto mayor con hipertensión arterial.
- Determinar el impacto de la consejería farmacéutica en la adherencia de los pacientes adultos mayores con tratamiento antihipertensivo.
- Evaluar el impacto de la consejería farmacéutica en el nivel de satisfaccion del paciente.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

Es importante conocer las causas más comúnmente involucradas en la falta de adherencia al tratamiento, ya que para tales factores se debe plantear estrategias para aminorarlas o eliminarlas y así tratar de mejorar, la adherencia a la terapia del paciente adulto mayor hipertenso.

La consejería farmacéutica, herramienta de la atención farmacéutica, es el servicio brindado y el que se enfocó a ser la estrategia para aliviar el problema de incumplimiento terapéutico. Un punto muy importante es que sin el direccionamiento del conocimiento de la causa que origina la falta de adherencia, tal enfoque solo tomara acción parcialmente sobre el problema. En este caso, el Químico Farmacéutico se limitará a brindar algún asesoramiento adicional y enfatizar la necesidad de que cumpla el tratamiento; por ello además, la gran importancia de empatía y confianza que debe haber entre el paciente y el profesional.

Es posible que surjan interrogantes, sobre la causa que origina un mal resultado de la farmacoterapia, el motivo de que siendo el diagnóstico correcto, la prescripción adecuada y la dispensación correcta, se pueda detectar en varias ocasiones que no se consigue los objetivos terapéuticos; como son, mantener valores de presión arterial en el rango referencial y preservar un estado de salud. La respuesta estaría relacionada a la inadecuada utilización de los medicamentos, que algunas veces puede conducir a la pérdida de vidas humanas, daños en la salud y desperdiciar dinero.

Desde 1995, los costos asociados con problemas relacionados a medicamentos se han duplicado a un promedio anual estimado de \$177,4 millones. Las admisiones al hospital y admisiones de cuidados a largo plazo siguen siendo los principales contribuyentes a este costo total. La morbilidad y mortalidad relacionada a fármacos, siguen planteando serios problemas médicos y económicos para la sociedad (Ernst & Grizzle, 2001, párr. 6).

2.2. Antecedentes de la investigación

Del Águila, French & Perales (1994) realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo con los objetivos de conocer el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial y determinar los factores que contribuyen al incumplimiento del tratamiento. Se evaluó un total de 316 pacientes con diagnóstico de hipertensión y se realizó en Consultorio de la Unidad de hipertensión arterial del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, entre los meses de junio a diciembre de 1992. Cumplieron el tratamiento integral 6% de pacientes, el tratamiento farmacológico regular fue cumplido por 54% y el motivo del tratamiento farmacológico irregular se debió a factores personales en 78% de pacientes (se siente bien, descuido y falta de tiempo).

Arana, Cilliani & Abanto (2001) llevaron a cabo un estudio transversal aleatorio con el objetivo de determinar si el tratamiento es óptimo en cumplimiento y en el control de los valores de presión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud Trujillo. De 81 pacientes, 58% cumplen con las indicaciones y 71,6% acuden regularmente a las citas. No se encontró relación significativa entre cumplimiento y variables, como grado de instrucción y el uso de monoterapia o asociaciones de antihipertensivos. Los pacientes que tuvieron controles de presión arterial adecuados fueron 53,8%. Se halló relación significativa entre control adecuado de presión arterial y cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo así como con estadios I o II de hipertensión arterial.

Lee, Grace & Taylor (2006) desarrollaron un estudio prospectivo, multifase con una fase observacional y un ensayo controlado randomizado. El objetivo fue evaluar la eficacia de un programa integral de atención farmacéutica para mejorar la adherencia a la medicación y sus efectos asociados en presión arterial así como en lipoproteína colesterol de baja densidad. Fue conducido en Walter Reed Army Medical Center basado en una comunidad de 200 pacientes de 65 años de edad a más, tomando al menos 4 medicamentos crónicamente. El estudio fue llevado a cabo de junio 2004 a agosto 2006. Después de 2 meses de fase de ejecución (medición de adherencia inicial, presión arterial, y LDL-

colesterol), los pacientes entraron en fase de 6 meses de intervención (educación sobre la medicación estandarizada, seguimiento regular por farmacéuticos, y medicación dispensada en pastilleros). Siguiendo a la fase de intervención, los pacientes fueron aleatorizados a la atención farmacéutica continuada vs la atención habitual por 6 meses adicionales. La adherencia inicial promedio a la medicación fue 61,2%. Después de 6 meses de intervención, la adherencia a la medicación se incrementó a 96,9% y estuvo asociado con significativo mejoramiento en presión arterial sistólica (133,2 a 129,9 mm Hg; $P=0,02$) y LDL-colesterol (91,7 a 86,8 mg/dL; $P=0,001$). Seis meses después de la aleatorización, la persistencia de adherencia a la medicación disminuyó a 69,1% entre esos pacientes asignados a la atención habitual, mientras se sostuvo en 95,5% en el de atención farmacéutica ($P<0,001$). Esto estuvo asociado con significativa reducción en la presión arterial sistólica en el grupo de atención farmacéutica (-6,9 mm Hg; 95% CI, -10,7 a -3,1 mm Hg) vs el grupo de atención habitual (-1,0 mm Hg; 95% CI, -5,9 a 3,9 mm Hg; $P = ,04$), pero no hubo diferencias significativas o reducción en niveles de LDL-colesterol entre grupos.

Granados & Gil (2007) ejecutaron un estudio transversal descriptivo que tuvo como objetivos: explorar la adherencia y las dificultades informadas para el cumplimiento del tratamiento, identificar la relación entre información recibida y creencias informadas sobre consecuencias de la hipertensión; determinar el concepto de enfermedad que informan los pacientes y los cambios en estilo de vida tras el diagnóstico. Participaron 171 pacientes hipertensos. Todos los pacientes fueron contactados en centros de atención primaria ubicados en Almería (España). Los resultados indican que 11,7% informan no tener problemas en el cumplimiento del tratamiento y las mayores dificultades en adherencia tienen que ver con la dieta y el plan de ejercicio; sólo 57% informan un concepto de hipertensión como enfermedad crónica y en un importante porcentaje de pacientes no se aprecia correspondencia entre creencias sobre consecuencias de la enfermedad e información facilitada en consulta médica. El 40,9% informaron de cambios en el estilo de vida tras el diagnóstico que indicaría fallos en la adherencia desde el inicio del tratamiento.

Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart & Burnier (2008) realizaron un estudio longitudinal en base de datos, cuyo objetivo fue describir las características de historias de dosificación en pacientes prescritos de medicación antihipertensiva una vez al día. Incluyo estudios clínicos archivados en bases de datos de 1989 al 2006. Los participantes fueron pacientes, cuyas historias de dosificación estaban disponibles en monitorización electrónica. La base de datos contenía historias de dosificación de 4783 pacientes con hipertensión. Los datos fueron de 21 estudios clínicos de fase IV con longitud que va de 30 a 330 días e involucrando 43 fármacos antihipertensivos diferentes, incluyendo bloqueadores del receptor de angiotensina II, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores y diuréticos. Cerca de la mitad de pacientes quienes fueron prescritos un fármaco antihipertensivo habían dejado de tomarlo en el tiempo de un año. En un día cualquiera, los pacientes que estuvieron comprometidos con el régimen de dosificación de fármacos omitieron cerca de 10% de las dosis programadas: 42% de estas omisiones fueron de dosis de un solo día, mientras que 43% fueron parte de una secuencia de varios días (tres o más días). Casi la mitad de los pacientes dejaron de tomar, al menos, un fármaco al año. La probabilidad que un paciente podría descontinuar el tratamiento temprano fue inversamente relacionado a la ejecución diaria del régimen de dosificación.

Carhuallanqui et al. (2010) realizaron un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, cuyo objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital; por lo que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico. Se halló que 77,7% de pacientes tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años y 62,1% de los pacientes tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$).

Álvarez (2010) realizó una investigación transversal sobre la actitud, grado de cumplimiento terapéutico y control de la presión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial por un año o más, y que hubieran

recibido de sus médicos de asistencia prescripción no farmacológica o farmacológica para su enfermedad. Los pacientes fueron captados en consultorios médicos del área urbana del municipio de Encrucijada y en los que asistieron a consultas del Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Santa Clara, Villa Clara (Cuba). Fueron encuestados y evaluados 846 pacientes durante tres años y en diferentes escenarios de la atención médica. Se consideró el grado de conocimiento de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico y el control de la presión arterial. Se evidenció que 34,5% tenía conocimientos adecuados de la enfermedad, 35,57% informaron un cumplimiento terapéutico correcto y 39,9% presentaban un control satisfactorio de la presión arterial.

Obreli-Neto et al. (2011) llevaron a cabo un ensayo clínico prospectivo controlado aleatorizado durante 36 meses en una Unidad de atención primaria de salud pública de una municipalidad del Estado brasilero de Sao Paulo. El objetivo primario fue evaluar el efecto de un programa de atención farmacéutica en adherencia a la farmacoterapia en pacientes de edad avanzada diabéticos e hipertensos. Los resultados clínicos del enfoque de adherencia a la farmacoterapia fueron el objetivo secundario. La muestra de 200 pacientes se dividieron en dos grupos control ($n = 100$) e intervención ($n = 100$). El grupo control recibió la atención habitual ofrecida por la Unidad de atención primaria de salud (consultorías médicas y de enfermería). Los pacientes asignados al azar al grupo de intervención recibieron atención farmacéutica, además de la atención habitual ofrecida. La adherencia a la farmacoterapia (test Morisky-Green e historial computarizado de medicamentos dispensados) y medición (presión arterial, glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada, triglicéridos y colesterol total) fueron evaluados en el inicio y hasta en 36 meses. La mejora significativa en adherencia a la farmacoterapia fue verificada para el grupo de intervención de acuerdo al Test Morisky-Green (50,5% de pacientes adherentes en inicio vs. 83,5% de pacientes adherentes después de 36 meses; $P < 0,001$) y la historia computarizada de medicación dispensada (52,6% de pacientes adherentes en inicio vs. 83,5% de pacientes adherentes después de 36 meses; $P < 0,001$); no hubo cambios significativos que fueron verificados en el grupo control. La mejora significativa en el número de pacientes alcanzando valores adecuados de presión arterial (26,8% en inicio vs. 86,6% después de 36 meses;

$P < 0,001$), glucosa en ayunas (29,9% en inicio vs. 70,1% después de 36 meses; $P < 0,001$), hemoglobina glicosilada (3,3% en inicio vs. 63,3% después de 36 meses; $P < 0,001$), triglicéridos (47,4% en inicio vs. 74,2% después de 36 meses; $P < 0,001$) y colesterol total (59,8% en inicio vs. 80,4% después de 36 meses; $P = 0,002$) fueron verificados en el grupo de intervención, pero permanecieron sin cambios en el grupo control.

Noack de la F., Cornejo-Contreras & Castillo (2013) realizaron un estudio descriptivo prospectivo observacional, cuyo objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico de un grupo de pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, en control en consultorio del Hospital Comunitario de Yungay (Chile), mediante la aplicación del test de Morisky-Green y analizar factores que podrían estar relacionados con el nivel de adherencia. Se entrevistó a los pacientes atendidos en agosto y septiembre del 2012, en consultorios del Hospital citado, utilizando el test de Morisky-Green y agregando otras preguntas en relación a género, edad, escolaridad, red de apoyo y número de medicamentos. Además, en todos los casos se midieron los niveles de presión arterial. Se incluyeron 74 pacientes. El promedio de edad fue de 65,3 años. Solo 45,9% presentó adherencia al tratamiento y 47,9% obtuvo presión arterial bajo control. Entre los factores estudiados, 51% tenía educación básica incompleta y el promedio de antihipertensivos fue de 1,75.

Fernández-Arias, Acuna-Villaorduna, Miranda, Diez-Canseco & Málaga (2014) realizaron un estudio transversal con el objetivo de caracterizar la adherencia a la medicación y creencias hacia la medicación en un grupo de pacientes con hipertensión que asisten a consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de mayo y junio del 2012. El resultado principal fue la adherencia, medida usando el cuestionario escala-8 adherencia a la medicación Morisky. Los datos analizados fueron de 115 participantes, de edad promedio de 62,7 años. La adherencia fue baja se encontró en 57,4%. Las creencias de daño relacionado a medicamentos y preocupación acerca de los fármacos antihipertensivos fueron más altas en el grupo de baja adherencia ($p < 0,01$). Los que obtuvieron calificaciones más altas en ideas de daño eran 52% menos probable de ser gran adherentes (PR: razón de prevalencia) 0,48; 95% CI 0,25–0,93) y aquellos con puntuación más alta en preocupación eran

41% menos probable de ser adherentes mayores (PR 0,59; 95% CI 0,39–0,91). Los pacientes cuyas ideas de necesidad superan sus preocupaciones tenían más probabilidades de ser adherentes (PR 2,65; 95% CI 1,21–5,81).

2.3. BASES TEÓRICAS

2.3.1. Hipertensión

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos, y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) (Dirección General de Salud de las Personas, 2015, p. 1).

La hipertensión se define como la elevación sostenida de la presión arterial sistémica, más comúnmente definida como la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, según evidencia derivada de ensayos clínicos aleatorizados que indica, en pacientes con estos valores de presión arterial, las reducciones inducidas por tratamiento farmacológico son beneficiosas (Dynamed, 2015; Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión & la Sociedad Europea de Cardiología, 2013; James et al., 2014).

a. Clasificación de la presión arterial

La clasificación que se presenta en la Tabla 2 es para adultos de 18 años y más. Se basa en el promedio de dos o más lecturas de presión arterial medidas adecuadamente en dos o más visitas a consultorio.

Tabla 2. Clasificación de la presión arterial

Clasificación de la presión arterial	Presión arterial sistólica mmHg	Presión arterial diastólica mmHg
Normal	< 120	y < 80
Pre hipertensión	120-139	o 80-89
<i>Hipertensión</i>	≥ 140	≥ 90
Estadio 1 de hipertensión	140-159	o 90-99
Estadio 2 de hipertensión	≥ 160	o ≥ 100

Fuente. Datos tomados de Chobanian et al. (2004), p.12.

Mancia et al. (2013) señalan “la presión sistólica es el más grande predictor de riesgo en pacientes a la edad de 50 a 60 años” (p. 2164). La significancia clínica de las lecturas de la presión arterial parece dependiente de la edad. En mayores de 50 años, la presión sanguínea sistólica ≥ 140 mmHg predice mortalidad independientemente de las lecturas diastólicas. En menores de 50 años, la presión sanguínea diastólica es mayor predictor de mortalidad que las lecturas sistólicas (Taylor, Wilt & Welch, 2011, p. 685).

b. Prevalencia/incidencia de hipertensión

Banegas et al. (2012) refieren “en general la prevalencia de hipertensión parece ser alrededor de 30–45% de la población general, con un increíble aumento en el envejecimiento” (p. 903).

Chobanian et al. (2003b) afirman “más de 50% de personas de 60-69 años de edad y cerca de 75% de personas ≥ 70 años de edad son afectados” (p. 1209).

WHO (2002) señala “la hipertensión es un problema de salud mayor en países desarrollados y en desarrollo y se estima que es causa de más del 13% de muertes anualmente” (p. 6). A pesar de las guías nacionales e internacionales e iniciativas para la hipertensión, estudios basados en la población han encontrado que alrededor de dos tercios de personas con hipertensión están sin tratar o inadecuadamente controladas, incluyendo un número sustancial quienes permanecen sin diagnóstico (Antikainen et al., 2010, p. 443).

c. Patogénesis de la hipertensión

- Incrementada actividad simpática neural, con incrementada respuesta beta-adrenérgica
- Incrementada actividad de angiotensina II y exceso mineralocorticoide
- Es cerca de dos veces tan común en sujetos quienes tienen uno o dos padres hipertensos y múltiples estudios epidemiológicos sugieren que

los factores genéticos consideran aproximadamente 30% de variación en la presión arterial en varias poblaciones.

- La reducción de la masa de las nefronas adultas puede predisponer a hipertensión, lo cual puede estar relacionado a factores genéticos, disturbios en el desarrollo intrauterino (ej. hipoxia, fármacos, deficiencia nutricional), y ambiente post-natal (ej. malnutrición, infecciones) (Kaplan, Thomas & Pohl, 2012).

d. Factores de riesgo

Son factores de riesgo asociados con la hipertensión primaria:

- Tiende a ser a la vez más común y más severa en negros.
- Hipertensión materna, paterna, o ambos padres.
- Ingesta de sodio: incrementa el riesgo para hipertensión.
- Exceso de ingesta de alcohol: está asociado con hipertensión.
- Obesidad y el aumento de peso: son los principales factores de riesgo para hipertensión y también son determinantes del aumento de la presión arterial observada comúnmente en envejecimiento.
- Inactividad física: aumenta el riesgo de hipertensión.
- Dislipidemia: independiente de obesidad está asociado con hipertensión (Kaplan et al., 2012).
- Ha et al. (2012) reportan “a pesar de los estudios publicitados se sugiere que fructuosa puede incrementar el riesgo de hipertensión, los mejores datos sostienen que no eleva la presión arterial” (p.792), según Forman, Choi & Curhan (2009) “incrementa la incidencia de hipertensión” (p.863)
- Kaplan et al., 2012; Yan et al., 2003 indican “puede ser más común entre las personas con ciertos rasgos de la personalidad como actitud hostil y con impaciencia, así como entre las personas con depresión.
- Kaplan et al. (2012) señalan “la deficiencia de vitamina D está asociada con un riesgo incrementado de hipertensión”.

e. Metas del tratamiento

El objetivo de la terapia antihipertensiva en pacientes con hipertensión sistólica y diastólica combinada no complicada es una presión arterial

de <140/<90 mmHg (o debajo de 150/90 mmHg en pacientes de 60 años y más) (Chobanian et al., 2003a). La disminución más intensa de la presión arterial puede ser justificada en algunos pacientes con enfermedad aterosclerótica cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y falla cardíaca. En la Tabla 3 se resume diferentes variantes que alcanza la presión arterial.

Tabla 3. Definición de hipertensión en consultorio y niveles de presión arterial fuera de consultorio

Categoría	Presión arterial sistólica (mmHg)		Presión arterial diastólica (mmHg)
Presión arterial de consultorio	≥ 140	y/o	≥ 90
<u>Presión arterial ambulatoria</u>			
Día (al despertar)	≥ 135	y/o	≥ 85
Noche (al dormir)	≥ 120	y/o	≥ 70
24 horas	≥ 130	y/o	≥ 80
Presión arterial en el hogar	≥ 135	y/o	≥ 85

Fuente. Datos tomados de Chobanian et al. (2004).

f. Tratamiento

Kaplan et al. (2012) indican “en total, la terapia antihipertensiva para 4 a 5 años previno un evento coronario en 0,7% de pacientes y un evento cerebrovascular en 1,3% para un beneficio total de aproximadamente 2%; esto incluyo reducción en mortalidad cardiovascular de 0,8%”.

Terapia no farmacológica. En la Tabla 4 y Tabla 5 se resume.

Tabla 4. Resumen de recomendaciones en adopción de cambios de estilo de vida

Recomendaciones	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
Restricción de sal 5-6 g por día es recomendado	I	A
Moderación de consumo de alcohol a no más de 20-30 g de etanol/ día en hombres y no más de 10-20 g de etanol/día en mujeres es recomendado.	I	A
Incremento del consumo de vegetales, frutas y productos bajos en grasa es recomendado.	I	A
Reducción de peso a IMC 25 Kg/m ² y de circunferencia abdominal a <102 cm en hombres y <88 cm en mujeres es recomendado.	I	A
Ejercicio regular	I	A
Dejar de fumar	I	A

Fuente. Datos tomados de Mancia et al. (2013), p. 2187.

El concepto de clase de recomendación y nivel de evidencia en el Anexo 17 y 18

Tabla 5. Modificaciones del estilo de vida en el manejo de la hipertensión†

Modificación	Recomendación	Rango de reducción aproximado de la presión arterial sistólica‡
Reducción del peso	Mantener un peso corporal normal (IMC 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg por 10 kg peso corporal
Adoptar un plan de alimentación DASH	Consumir una dieta rica en frutas, vegetales, y productos lácteos bajos en grasa con un contenido reducido de grasa saturada y total	8 a 14 mmHg
Reducción de sodio en la dieta	Reducir la ingesta de sodio en la dieta a no más de 100 meq/día (2,4 g sodio o 6 g cloruro de sodio)	2 a 8 mmHg
Actividad física	Participar en la actividad física aeróbica regular tales como caminar a paso ligero (al menos 30 minutos por día, la mayoría de días de semana)	4 a 9 mmHg
Moderación del consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 bebidas al día en la mayoría de hombres y no más de 1 bebida por día en mujeres y personas de menor peso.	2 a 4 mmHg

Fuente. Datos tomados de Chobanian et al. (2004), p. 26.

† Para la reducción del riesgo cardiovascular, dejar de fumar.

‡ Los efectos de la aplicación de estas modificaciones son dosis y tiempo dependientes y podría ser mayor para algunos individuos; no son todas aditivas.

IMC: índice de masa corporal; DASH: Enfoques alimenticios para detener la hipertensión.

Kaplan et al. (2012) informan “otras terapias no farmacológicas que pueden ser benéficas incluyen ingesta adecuada de potasio y limitar el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol”.

Tratamiento farmacológico

Monoterapia inicial en hipertensión no complicada: en la ausencia de indicación específica, existen tres clases principales de fármacos que son usados para la monoterapia inicial: diuréticos tiazida, bloqueadores de los canales de calcio de acción prolongada (frecuente dihidropiridina, amlodipino) e inhibidores de la ECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina II. Beta-bloqueadores no son comúnmente usados para monoterapia inicial en ausencia de indicación específica (Kaplan et al., 2012).

Terapia combinada: la terapia con un agente único puede no ser adecuada para controlar la presión arterial, particularmente en aquellos

casos cuya presión arterial es más de 20/10 mmHg por encima del objetivo. La terapia combinada con fármacos de diferentes clases tiene un sustancial efecto de disminución de la presión arterial que el doble de la dosis de un único agente (Wald, Law, Morris, Bestwick, & Wald, 2009, p. 299).

g. Complicaciones

El incremento en riesgo cardiovascular asociado con hipertensión es fundamentalmente afectado por la presencia o ausencia de otros factores de riesgo:

- La hipertensión es cuantitativamente el mayor factor de riesgo para enfermedad cardiovascular prematura.
- El riesgo de insuficiencia cardíaca aumenta con el grado de elevación de presión arterial.
- La hipertrofia ventricular izquierda es un común hallazgo en pacientes con hipertensión.
- La hipertensión es el más común y más importante factor de riesgo para el ictus isquémico.
- La hipertensión es el más importante factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia intracerebral.
- La hipertensión es un factor de riesgo para enfermedad renal crónica y enfermedad renal estadio terminal.
- La marcada elevación de presión arterial puede ser una emergencia aguda amenazante para la vida (Marín et al., 2005).

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbimortalidad en más del 75% de los países a nivel mundial. Cada año en el mundo mueren más de 17 millones de personas por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 segundos ocurre un evento coronario y cada 5 segundos un evento vascular cerebral, la hipertensión es el factor de riesgo más común en estas entidades (Sánchez, 2006, p. 99).

h. Situaciones especiales en el manejo de la hipertensión

Síndrome metabólico. Según el Tercer Reporte del Programa Nacional de Educación de Colesterol (2002) “se caracteriza por una constelación de factores de riesgo metabólicos en un individuo. Los siguientes son factores de riesgo generalmente aceptados como elementos característicos de este síndrome: obesidad abdominal, dislipidemia aterogénica, hipertensión arterial, resistencia a la insulina ± intolerancia a la glucosa, estado protrombótico y estado proinflamatorio” (p. 3188). La Tabla 6 indica los criterios clínicos a considerar para definir el síndrome

Tabla 6. Criterios clínicos que definen el síndrome metabólico

Circunferencia de cintura
> 102 cm (>40 pulgadas) para varones
> 88 cm (> 35 pulgadas) para mujeres
Presión arterial
≥ 130 mm Hg sistólica y/o ≥ 85 mm Hg diastólica
Glucosa en ayunas
≥ 110 mg/dL o 6,1 mmol/L
Triglicéridos
≥ 150 mg/dL o 1,69 mmol/L
HDL colesterol
< 40 mg/dL (1,04 mmol/L) en hombres
< 50 mg/dL (1,29 mmol/L) en mujeres

Fuente. Datos tomados del Tercer reporte del NCEP (2002), p. 3189.

Hipertensión en personas mayores. La presión arterial sistólica se incrementa casi linealmente con la edad en sociedades industrializadas al igual que la prevalencia global de hipertensión y la proporción de hipertensos con elevación de presión sanguínea sistólica aislada (ISH). A los 60 años, cerca de dos tercios de esos con hipertensión tienen ISH, y a los 75 años de edad, casi todos los hipertensos tienen hipertensión sistólica y tres cuartas partes de hipertensos tienen ISH (Chobanian et al., 2003b, p. 1229).

2.3.2. Adherencia Terapéutica

Se define como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del

tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (Martin Alfonso, 2004, párr. 24).

La adherencia terapéutica tiene como definición clásica enunciada por Sackett y Haynes, al grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. Para la OMS (2004) el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considera dentro de esta definición el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de salud). Además, cuestiona la palabra instrucciones que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva (Sabate, 2004, p.3).

Adherencia es sinónimo de cumplimiento. Haynes, McDonald, Garg, & Montague (2002) señalan es “la medida en que el comportamiento de un paciente (en términos de tomar medicación, seguir una dieta, modificación de hábitos/estilo de vida o asistencia a la cita médica) coincide con el consejo médico sanitario”.

Cumplimiento versus persistencia. Cumplimiento, sugiere un proceso en el cual los pacientes obedientes pasivamente siguen el consejo de sus proveedores de salud y es algunas veces sustituido con la palabra

adherencia. Persistencia es la duración de tiempo desde la iniciación hasta la discontinuación de la terapia (Cramer et al., 2008, párr. 3).

a. Dimensiones de adherencia del paciente

Según la Sociedad Americana de Envejecimiento & Sociedad Americana de la Fundación de Farmacéuticos Consultores (2006) existen “cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica, estos son factores relacionados con lo socioeconómico, el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento y el paciente” (p.11).

b. Condicionantes del abandono del tratamiento

- Condicionantes relacionados con el paciente. La falta de información sobre la enfermedad es uno de los factores de mayor importancia. Cuanto mejor esté instruido el paciente sobre su enfermedad y el tratamiento, habrá una mayor garantía en el cumplimiento de su terapia.
- Condicionantes relacionados con el médico. Una buena relación (comunicación) entre el médico y el paciente es necesaria, aunque no suficiente para conseguir un buen cumplimiento.
- Condicionantes relacionados con el medicamento (Arocha & Romero, 2011; Burke et al., 2006, párr. 4) .

c. Detección de la falta de adherencia

Alonso et al. (2006) indican “en el método de entrevista personalizada se encuentran el Test de Batalla, Test de Morisky-Green y Test de Haynes-Sackett” (p. 2).

Test de Morisky-Green. Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

Las preguntas se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial (Alonso et al., 2006, p. 32).

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Se considera un nivel adecuado de cumplimiento 4 respuestas correctas (no, sí, no, no) e inadecuado menos de 4 (Alonso et al., 2006, p. 32).

El cuestionario de forma autorreferida más utilizado es el de Morisky-Green validado en su versión española por Val Jiménez, Amorós, Martínez, Fernández & León (1992).

Test de Batalla. Se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento. Dirigido esencialmente a hipertensión y dislipidemia. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Cite 2 o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada (Alonso et al., 2006, p. 32).

En la Tabla 7 se muestra las ventajas y desventajas de dos métodos indirectos de medida del cumplimiento terapéutico:

Tabla 7. Comparación de métodos de medición del cumplimiento terapéutico

Test	Ventajas	Desventajas
Morisky-Green	Es breve y muy fácil de aplicar. Validado y aplicado en numerosas patologías. Puede proporcionar información sobre las causas de incumplimiento. Presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Es económico	Subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento. Baja sensibilidad. Bajo valor predictivo negativo.
Batalla	Breve, comprensible, económico y muy fácil de aplicar. Presenta una buena sensibilidad. Aplicable y validado para diversas enfermedades.	Tiende sobrestimar el cumplimiento. Baja especificidad y exactitud media.

Fuente. Datos tomados de Rodríguez Chamorro, García-Jiménez, Amariles & Faus (2008).

d. Adherencia terapéutica en hipertensos

Es fundamental optimizar la relación del profesional de la salud con el paciente, por lo 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 cabo. Al respecto la OMS plantea que la adherencia a los regímenes terapéuticos a largo plazo, como es el caso de personas con hipertensión arterial, requiere un cambio comportamental que incluye aprendizaje, adoptar y mantener un comportamiento asertivo en la toma de medicación y seguimiento de las recomendaciones prescritas (Sabate, 2004, p. 114; Schmidt Rio-Valle et al., 2006, p. 25).

Adeyemi & Olarenwaju (2004) reportan “la educación e información ha sido reportada como relevante en muchos estudios sobre adherencia, en especial con relación a enfermedad crónica” (p. 1224).

e. Estadística de no adherencia.

Kripalani, Yao & Haynes (2007) señalan “la falta de adherencia al tratamiento es estimada de causar 125 000 muertes anualmente. En general, cerca de 20% a 50% de pacientes son no adherentes a la terapia médica” (p. 540). Domino (2005) indica “la adherencia a los regímenes de tratamiento para presión arterial alta es estimada entre 50% y 70%” (párr. 12).

La OMS asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes. Según el análisis realizado por esta organización, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo del 50%, y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (Sabate, 2004, p. 7).

f. Métodos para mejorar adherencia.

En algunas referencias el blanco principal es **la educación sanitaria al paciente**, en donde debe ser informado acerca de los aspectos

básicos de la hipertensión y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones y su relación con la adherencia al tratamiento, las actividades del personal de salud, así como la manera de mejorar la presión arterial (Sánchez, 2006, p. 100; Rosas, 2003).

Según Chobanian et al. (2003a) en el informe del JNC-VII, “la causa principal del control inadecuado de la hipertensión arterial es el incumplimiento del tratamiento a largo plazo, tanto en lo que se refiere a las modificaciones del estilo de vida como a la toma de medicación”. Lee et al. (2006) sostienen “para hipertensión, la educación individualizada (face to face) por los farmacéuticos condujo a incrementar la adherencia y disminuir la presión sanguínea diastólica y sistólica”.

g. Estrategias para mejorar la adherencia del paciente.

El cumplimiento de la prescripción antihipertensiva puede mejorar usando un enfoque múltiple:

Ayuda al paciente

- Adaptar la toma de las tabletas a los hábitos diarios (Grado D)
- Simplificación del régimen de medicación a dosificación de una vez al día (Grado D)
- Sustitución de múltiples combinaciones de tabletas antihipertensivas con combinaciones de tabletas de una sola toma (Grado C)
- Usar envases unitarios (medicamentos que deben tomarse juntos) (Grado D)
- Usar el enfoque de un equipo multidisciplinar para mejorar la adherencia a una prescripción antihipertensiva (Grado B)

Ayuda al paciente para obtener mayor participación en su tratamiento

- Fomentar mayor responsabilidad del paciente/autonomía en monitorización de su presión arterial y ajuste de prescripción (Grado C)
- Educar a los pacientes y sus familias acerca de su enfermedad y

regímenes de tratamiento (Grado C)

Mejorar el manejo en consultorio

•Evaluación de la adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica en cada visita (Grado D)

•Fomentar adherencia a la terapia con el contacto fuera de consultorio (por teléfono o por correo), particularmente durante los primeros tres meses de terapia (Grado D)

•Coordinar con los farmacéuticos y cuidadores de salud el trabajo in situ para mejorar la monitorización del cumplimiento de las prescripciones farmacológicas y modificación del estilo de vida (Grado D)

•Utilizar ayuda electrónica para el cumplimiento de la medicación (Grado D) (Daskalopoulou et al., 2015).

En el Anexo 19 se cita grados

Todos los profesionales de salud, y específicamente los farmacéuticos, tienen un rol importante que desempeñar en la identificación de la falta de adherencia, las perspectivas de comprensión del paciente, facilitar estrategias para promover la adherencia, y monitorización de la adherencia del paciente al tratamiento. Entregando un servicio de apoyo y colaboración interprofesional y por todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de un paciente, puede tener un gran impacto positivo en la mejoría de toma de la medicación que si los servicios son prestados por un único profesional de la salud (Aslani & Schneider, 2014, párr. 4).

2.3.3. Atención farmacéutica

Es la provisión responsable de la terapia farmacológica con el fin de lograr resultados definidos en la salud que mejoren la calidad de vida del paciente (Hepler & Strand, 1990). Estos resultados son la cura de la enfermedad, la eliminación o reducción de los síntomas, la reducción o disminución del proceso de la enfermedad, la prevención

de una enfermedad o de una sintomatología. En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció su definición así como sus características (Peretta, 2005, p. 15).

Según Decreto Supremo 014-2011-SA (2011) Título I, Artículo 2º, “la atención farmacéutica es el acto del profesional Químico Farmacéutico para la mejora, mantenimiento de la salud y calidad de vida del paciente, los cuales se realizan mediante prácticas correctas de dispensación y seguimiento farmacoterapéutico” (p. 3).

2.3.4. Consejería farmacéutica

Ley General de Salud N°26842 (1997) Título II, Capítulo I, Artículo 33, señala “el químico farmacéutico es responsable de la dispensación, la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación” (p. 10).

La educación y consejería al paciente usualmente ocurren en el momento que las recetas se dispensan pero también puede ser proporcionado como un servicio separado. Además, de evaluar si los pacientes conocen como utilizar sus medicamentos, los farmacéuticos deberían tratar de comprender las actitudes de los pacientes y comportamientos potenciales en relación a la medicación (Sociedad Americana de Farmacéuticos del sistema de salud, 1997, p. 276; Haynes, Mc Donald, & Garg 2002, párr, 8).

a. Función del farmacéutico en la mejoría de la adherencia

Los farmacéuticos están en posición inmejorable para desempeñar una función primaria en la mejora de la adherencia al tratamiento prolongado porque son los profesionales sanitarios más accesibles y cuentan con vasto adiestramiento en las preparaciones farmacéuticas; proporcionando asesoramiento sólido, imparcial y un servicio integral de farmacia que incluye actividades para asegurar la buena salud, calidad de vida y evitar la mala salud (Sabate, 2004, p. 161).

b. Educación sanitaria en la hipertensión arterial

Objetivos:

- Facilitar información sobre prevención cardiovascular, en general, y sobre hipertensión, en particular.
- Conseguir la participación directa del hipertenso en el proceso asistencial de manera que se sienta corresponsable del tratamiento en la vertiente de modificación hábitos y cumplimiento del tratamiento (Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial, 2002, p. 67; Hill & Miller 1996).

Diferentes elementos de información básica sobre hipertensión arterial (HTA) pueden resumirse en:

- Qué es la HTA. HTA como factor de riesgo cardiovascular.
- Destacar el carácter asintomático y crónico de la HTA.
- Cómo se diagnostica la hipertensión. Variabilidad de presión arterial
- Repercusiones de la HTA en el organismo.
- Principales causas de la HTA.
- Síntomas de la HTA.
- Hábitos y factores relacionados con la HTA.
- Factores de riesgo asociados con la HTA.
- Tipos de tratamiento. Implementación de la dieta hiposódica, ejercicio físico. Información y recomendaciones sobre el tratamiento. Normas para facilitar el cumplimiento.
- Efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos.
- Necesidad de control periódico a largo plazo (Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la hipertensión, 2002, p. 67)

2.3.5. Medición de la calidad del servicio

a. Modelo SERVQUAL

Parasuraman et al. diseñaron una encuesta la cual permite identificar la brecha existente entre las expectativas respecto al servicio y las percepciones frente al uso de este servicio, evaluando las dimensiones de la calidad; este instrumento denominado Encuesta

Service Quality (SERVQUAL), de escala múltiple esta diseñado para medir el nivel de satisfacción de los usuarios de servicios (Babakus & Mangold, 1992). Las dimensiones, propuestas por Parasuraman et al. pueden ser definidas según la Tabla 8:

Tabla 8. Dimensiones de la Calidad (Modelo SERVQUAL)

Fiabilidad	Habilidad para realizar el servicio de modo cuidadoso y fiable.
Capacidad de respuesta	Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
Seguridad	Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para concitar credibilidad y confianza.
Empatía	Atención personalizada que dispensa la organización a sus clientes.
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Fuente. Datos tomados de Babakus & Mangold (1992).

b. Modelo SERVPERF

Cronin y Taylor (1992) fueron los primeros en ofrecer una justificación teórica para descartar la parte de expectativas del SERVQUAL en favor solo la medidas de desempeño incluidas en la escala (es decir, el denominado SERVPERF). El termino de medidas en solo el desempeño ha llegado así a referirse a las medidas de calidad del servicio que están basadas solo en las percepciones de los consumidores sobre el desempeño de un servicio proveído, opuesto a la diferencia (o vacío) entre las percepciones de los consumidores sobre el desempeño y sus expectativas de tal desempeño (Brady et al., 2002, p.19).

Sobre las bases del modelo Parasuraman, Zeithhaml, Berryl; Cronin y Taylor proponen el modelo SERVPERF (SERVice PERFormance), en el cual la calidad del servicio percibido es medido basado en las percepciones del consumidor sobre el rendimiento post-servicio solo, en lugar de ambas expectativas pre-servicio y percepciones de rendimiento post-servicio (Lin, Hsiao, Glen, Pai, & Zeng, 2014; Ibarra & Casas, 2015, p. 230).

2.3.6. Aspectos éticos considerados en el estudio

Acorde con la declaración de Helsinki (investigación biomédica no terapéutica), el estudio cumplió los principios:

a. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de la persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.

b. El investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.

c. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

d. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

e. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona (Asociación Médica Mundial, 2013)(revisado editorialmente por el Secretariado de AMN, 05 de mayo del 2015)

2.4. MARCO CONCEPTUAL

2.4.1. Adulto Mayor. El Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Red de Municipios y Comunidades Saludables & OPS (2004) señalan “una persona mayor es quien tiene 60 años y más. En 1996 las Naciones Unidas proponen denominar a este grupo poblacional personas adultas mayores, con la resolución 50/141 aprobada en Asamblea General (p. 10) En Perú, la Ley N°28803 (2006) Artículo 2°, señala “entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tengan 60 o más años de edad, término que se adopto” (p. 1).

2.4.2. Calidad. En relación a la atención sanitaria, OMS define calidad como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003, párr. 3).

2.4.3. Percepción. La teoría Gestalt (teoría de la forma) la definió como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos) asumiendo la percepción como un proceso de formación de representaciones mentales (Oviedo, 2004, p. 90).

2.4.4 Satisfacción del cliente. Según Kotler (2001) “es el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas” (p. 10).

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de estudio es observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal. El diseño de investigación es cuasiexperimental.

3.2. Unidad de estudio

Paciente adulto mayor con hipertensión arterial

3.3. Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por 131 pacientes, que representa aquellos con las características que implican los criterios de participación del paciente en el estudio, dentro del contexto que se determino, en el periodo que abarcó la captación de pacientes (19/09/2014 al 31/10/2014).

3.4. Tamaño de muestra

La muestra del estudio fue de 22 pacientes, seleccionados durante el periodo de captación antes citado y que reunieron las siguientes características:

Criterios de inclusión

- Paciente adulto con edad igual o mayor a 60 años
- Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial de más de 3 meses
- Paciente con indicación médica de tratamiento con medicamentos antihipertensivos
- Paciente hipertenso atendido por el Programa del Adulto Mayor del CAP III Huaycan en el periodo de captación de pacientes
- Paciente hipertenso adulto mayor atendido por el médico internista en el periodo de captación de pacientes.
- Paciente que acepto firmar el consentimiento informado (Anexo 3)
- Paciente que radique en el área circunscrita que es considerada para tener atención en el CAP III Huaycan, durante el periodo de desarrollo del estudio.

Criterios de exclusión

- Paciente con diagnóstico de enfermedad mental invalidante, de trastorno psiquiátrico o que se encontró en tratamiento psicológico previo.

- Paciente cuya limitación física o cognitiva impida la comprensión de las preguntas dirigidas al paciente.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus a la fecha de captación.
- Paciente con diagnóstico de complicación patológica, consecuencia de la hipertensión arterial, con compromiso de órganos blanco.

Criterios de eliminación

- Paciente que voluntariamente decida abandonar el estudio.

3.5. Selección de muestra

Después de la oferta del servicio en el periodo de captación, se había captado 23 pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, quienes reunieron los criterios de participación del estudio; de éstos, un paciente no cumplió en asistir al primer encuentro en el CAP (prefirió en vez de visita domiciliaria). Por tanto, fueron 22 pacientes los que constituyeron la muestra de estudio. La verificación del diagnóstico de hipertensión arterial se realizó de 4 formas: autorreporte por el paciente, referencia de la enfermera del Programa del Adulto Mayor, la constatación de registro del diagnóstico en la tarjeta de control que tiene el paciente atendido por el Programa y se tuvo la facilidad de chequear el registro del diagnóstico de hipertensión en la historia clínica, en el momento de captación de pacientes referidos por la Enfermera del Programa.

Fase de oferta del servicio de consejería farmacéutica y captación de pacientes

a. Se captó al paciente adulto mayor considerando los criterios antes citados, que acudió al control de su hipertensión arterial con el médico internista o tuvo atención por el Programa del Adulto Mayor, a cargo de la enfermera. Así, la captación de pacientes hipertensos para el primer caso se hizo en la ventanilla de Farmacia luego de dispensarle sus medicamentos y para el segundo caso se contó con apoyo de la enfermera del Programa quien conociendo los criterios para participación del paciente, hizo la derivación de aquellos de interés, a Farmacia. Mediante estas dos vías se captó pacientes a los que se ofertó el servicio de consejería farmacéutica. Fue oportuna en esta fase de captación, la

obtención de datos de enfermedad(es) concomitante(s) a través de revisión de la historia clínica, lo cual se complementó por entrevista al paciente.

b. Al paciente, previamente se le informó acerca del estudio a realizar y los beneficios del servicio de consejería farmacéutica, oferta del servicio, para lo cual se le presentaron afiches ilustrativos relacionados con el estudio, se estableció el objetivo del servicio a brindar, mediante una breve exposición individualizada, que tuvo una duración aproximada de 12 minutos. Hubo disposición de absolver preguntas del paciente acerca de la investigación.

c. En la captación se utilizó el Anexo 1 para datos básicos del paciente y ubicación domiciliar para realizarle la visita; asimismo, se registró la fecha y hora de primera visita o encuentro en el CAP III Huaycan, así como para anotar su primera valoración de presión arterial y frecuencia cardíaca. Otro formato usado fue el Anexo 2, se calendarizó un formato por mes, en el cual se registró la fecha y hora acordada para cada visita domiciliar o encuentro, tratándose de planificar la visita en acuerdo con el paciente cada 15-30 días.

d. Al paciente captado se le midió la presión arterial con el esfigmomanómetro aneróide y estetoscopio, también con el equipo digital, a excepción de 7 pacientes, a quienes se les midió solo con el equipo convencional, citado primero. Según disposición de contar con la tarjeta de control del Programa adulto mayor del paciente o historia clínica, se registró el dato de presión arterial y pulso obtenido por la enfermera. Estos datos se recabaron en el Anexo 1.

e. En el periodo de captación de pacientes, se tuvo la deserción de un paciente que se le captó y ofertó el servicio, el paciente ofreció acudir al CAP III Huaycan (primer encuentro, en vez de visita domiciliar) no se presentó y la correspondiente filiación al estudio no se dio.

f. La duración de la captación tuvo un tiempo máximo de 25 minutos

3.6. Técnicas de recolección de datos

El estudio fue realizado con autorización de la Red de EsSalud a que pertenece el Centro Atención Primaria III Huaycan, y de la Dirección del Centro Asistencial. De igual manera, para la ejecución del presente, se contó con la aprobación del Médico Internista, y colaboración del Coordinador de Enfermería, así como se tuvo el apoyo en la captación de pacientes de la

Enfermera a cargo del Programa del Adulto Mayor. Se ha obtenido las firmas de los pacientes participantes en el consentimiento informado.

Equipos e instrumentos de medición utilizados en el estudio

- Estetoscopio ALPK2 FT-801 (monitorización de presión arterial desde el inicio hasta final del estudio)
- Esfigmomanómetro anerode DELUXE MAC-CHECK Modelo 500, calibrado (monitorización de presión arterial desde el inicio hasta el final)
- Equipo digital Marca OMRON HEM-4030 monitor de presión arterial de inflación manual calibrado (usado solo en la fase de captación de pacientes)
- Balanza electrónica personal de vidrio templado MIRAY BMD-61
- Reloj pulsera marca Casio

Materiales de recolección de datos usados

- Formato registro de pacientes captados al estudio (Anexo 1)
- Formato horario de visitas domiciliarias concertadas con el paciente (Anexo 2)
- Consentimiento informado (Anexo 3)
- Ficha de registro de datos-filiación del paciente hipertenso al estudio (Anexo 4) (Machuca González, 2009, pp. 106-107).
- Tarjeta agenda y control del paciente (Anexo 7), constituyen el mismo anexo, uno al reverso del otro (Sabater, Silva, Faus & Grupo de investigación de atención farmacéutica. Univ. de Granada, 2007, pp. 90 y 116).
- Test de Batalla (Anexo 8) (Alonso et al., 2006, p. 32).
- Test de Morisky-Green (Anexo 9) (Alonso et al., 2006, p. 32).
- Formato de visita N° o encuentro N° para monitorización del cumplimiento terapéutico (Anexo 10) (Machuca, 2009, p. 110).
- Hoja de intervención farmacéutica (Anexo 11) (Sabater et al., 2007, p. 84).
- Formato de exploración de aceptación de la consejería farmacéutica (Anexo 12) (Núñez Araoz & Vicente Alfaro, 2007, pp. 83-84).
- Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico (Anexo 13).
- Experiencia farmacoterapéutica (Anexo 14) (Machuca, 2009, p. 109).
- Cuestionario: percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial (Anexo 15).

Fase de desarrollo de la sesión de consejería farmacéutica (D.S 014-2011,p.3)

a. Se diseño material educativo, relacionado a hipertensión arterial y su tratamiento, diferente para cada visita domiciliaria. En la cuarta visita de forma adicional se presento al paciente información de un tema de salud de su elección, ya sea sobre algún punto especial de hipertensión, alguna enfermedad concomitante que padezca o en relación al tratamiento farmacológico. Para cada charla de educación sanitaria se utilizo afiches impresos en programa power point a manera de un pequeño rotafolio adecuado para facilitar la visualización y mejor comprensión del adulto mayor. En cada visita también se le dio pautas sobre el tratamiento no farmacológico. Los pacientes para la educación sanitaria estuvieron solos o acompañados de su(s) familiar(es).

b. La sesión de presentación del rotafolio sobre educación sanitaria al paciente tuvo un tiempo aproximado de 15 minutos

- Se estableció para cada presentación el objetivo del tema, que estuvo enfocado en la consejería farmacéutica
- Se explico mediante exposición individualizada el tema de educación sanitaria
- Se hizo el repaso de los puntos clave del rotafolio:
 - Se ha leído en voz alta los encabezados
 - Se resumió los párrafos
 - Se relaciono la información con la situación actual del paciente.

c. Los criterios de ética se cumplieron en todo momento.

d. En caso de enfermedad concomitante se le brindo información pertinente.

e. Se permitió al paciente o familiar realizar cualquier tipo de pregunta sobre lo expuesto o en relación a ello. No existió tiempo límite para absolver todas las interrogantes tanto del paciente como del familiar, después de la exposición, se dispuso el tiempo necesario.

f. Durante cada sesión de consejería se puso especial interés en dar al paciente información acerca de sus medicamentos, siendo de ayuda adicional el formato del Anexo 13. La dosis e intervalos de dosificación se esquematizaron en el formato según la receta médica actual y se constituyo en un recordatorio representado en el Anexo 13. Se interrogo en algunas oportunidades al paciente

con preguntas apropiadas a fin de asegurar que recuerda la información expuesta.

g. Se realizó la medición de la presión arterial en cada visita con un esfigmomanómetro aneróide y estetoscopio, en ambos brazos; así también la medición de la frecuencia cardíaca. Asimismo, se consideró evaluar los parámetros antropométricos, el control del peso corporal que se realizó en cada visita y la toma de la talla en la primera visita únicamente, con el fin de monitorizar el índice de masa corporal (IMC) del paciente periódicamente. Otro parámetro fue el perímetro abdominal que se tomó mensualmente y sirvió en el momento como punto orientativo de adopción de estilos de vida saludable, si se encontraba en rango referencial. Todos estos datos se registraron en el Anexo 7, tarjeta que se le obsequio al paciente.

h. Se realizó la monitorización de la farmacoterapia del paciente en cada visita domiciliaria (desde la segunda visita domiciliaria o encuentro con el paciente hasta la visita final) mediante la entrevista al paciente sobre su adherencia farmacoterapéutica; también se visualizó los medicamentos que tenía para la toma diaria, se recabó datos de dosificación que llevo en la práctica; y se registro la actualización de su terapia si se hubiera presentado. Se le brindo recomendaciones para fortalecer el cumplimiento terapéutico respecto del tratamiento indicado por el médico. Todo lo cual se anoto en el Anexo 10 (Machuca, 2009, p. 110).

i. Si existió algún problema relacionado a medicamentos (PRM) que se hubiera detectado en alguna visita domiciliaria o encuentro con el paciente en el CAP III Huaycan, se registro en el Anexo 11; en éste se tomo registro del PRM identificado, medicamento(s) implicado(s) sospechoso(s), objetivo de la acción, medida adoptada por la Químico Farmacéutica frente al PRM, resultado de la intervención y desenlace de la acción sugerida para tratar de solucionar el PRM.

j. Se completo los datos de los formatos antes citados en paralelo al desarrollo de la visita, sucintamente en el momento de la visita al paciente y detalladamente después de cada sesión.

k. Existen pacientes que recibieron mayor número de visitas domiciliarias por haber sido captados con anterioridad. Son cinco visitas la cantidad que todos los pacientes muestra recibieron durante el desarrollo del estudio; es por ello que se

planificó que en la quinta visita se realice la evaluación sobre percepción de calidad del servicio brindado al paciente. De los 22 pacientes, 9 tuvieron cinco visitas domiciliarias, 9 pacientes seis visitas y 4 siete visitas.

l. Cada sesión de visita domiciliaria o encuentro con el paciente en el CAP III Huaycan tuvo un tiempo de duración máxima de 60 minutos.

m. Al término de cada visita domiciliaria se acordó con el paciente la fecha y hora de próxima visita, lo cual se le anotó en la tarjeta (Anexo 7) que quedaba con el paciente y en el Anexo 2 que sirvió para registro recordatorio de las visitas pendientes que haría la Químico Farmacéutica.

n. Se ha realizado los puntos citados durante el periodo: 01 de octubre del 2014 al 06 de febrero del 2015, tiempo en que se brindó la consejería.

En la figura 1 se esquematiza en general, lo desarrollado en la consejería farmacéutica.

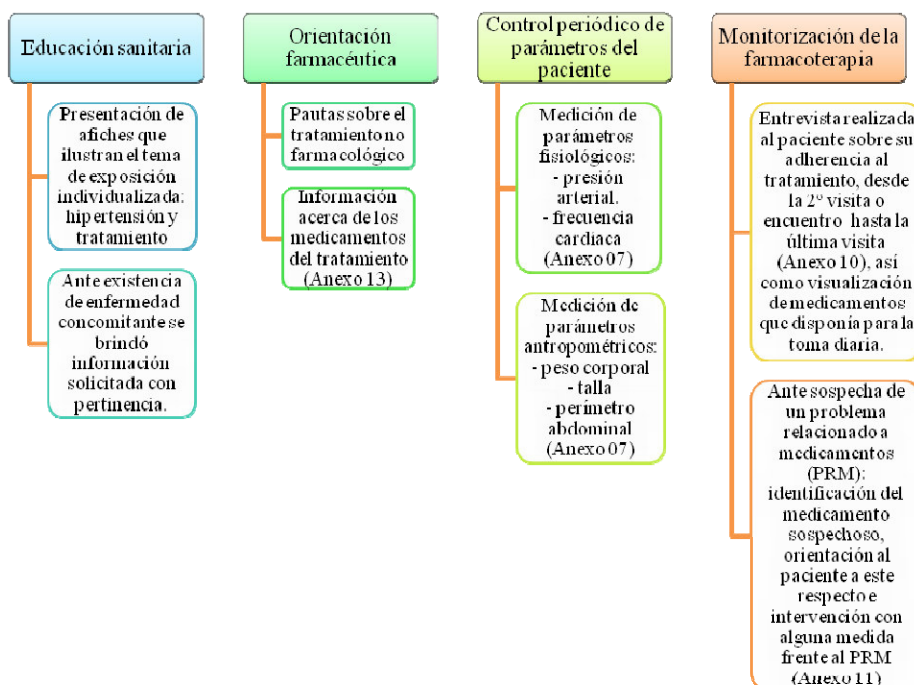


Figura 1. Sesión de consejería farmacéutica. Elaboración propia

ñ. Consideraciones en el control de parámetros fisiológicos y antropométricos.

Medición de presión arterial y frecuencia cardiaca. Se realizó la medición de la presión arterial en ambos brazos del paciente en cada visita domiciliaria, en concordancia con lo que señala la siguiente referencia. Álvarez (2010) indica

“la medición se debe obtener con separación de dos minutos, en condiciones semiotécnicas adecuadas y condiciones de reposo” (p. 210). La determinación de presión arterial se hizo solo en un brazo en la captación de pacientes. Álvarez (2010) señala “el criterio de aproximación para estimar el control de la presión arterial estuvo en el valor de la presión sistólica inferior a 140mmHg y diastólica menor de 90 mmHg” (p. 210).

La medición de la frecuencia cardiaca se realizó en la muñeca del brazo del paciente, desde la captación hasta la última visita domiciliaria, para ello fue necesario el uso de un reloj.

Peso corporal. Para esto la persona permaneció sin moverse sobre la balanza portátil, y el peso distribuido igualmente en cada pierna. A los pacientes se les instruyó a no usar calzado mientras se tomó el peso. Se determinó en cada visita.

Talla. Se midió con el paciente en posición erecta apoyado verticalmente sobre la superficie de la pared. Para esta medición se utilizó una cinta métrica flexible.

Circunferencia abdominal. Se midió utilizando una cinta métrica flexible. Se considero lo siguiente, el Tercer reporte del NCEP (2002) indica como “criterio para síndrome metabólico, una circunferencia abdominal mayor de 102 cm en los varones y mayor de 88 cm en las mujeres” (p. 3189).

El registro de las mediciones efectuadas se realizó en la tarjeta del Anexo 7.

- o. Tratamiento farmacológico antihipertensivo. Caracterizado por el número de fármacos prescritos por el médico, indicados en la receta vigente.
- p. Tratamiento no farmacológico.

Dieta: ingesta de alimentos bajo en sal y hábitos de alimentación saludables para el paciente hipertenso

Actividad física: caminatas a paso rápido o correr según la condición física propia de cada paciente.

Hábito nocivo: evitar fumar, evitar el consumo de bebidas alcohólicas y coca.

- q. **Visitas domiciliarias: actividades específicas realizadas.**

En la **primera visita domiciliaria** o primer encuentro con el paciente en el CAP III Huaycan se le pidió que realice la lectura del Anexo 3 para evaluar su participación en el estudio, 15 pacientes lo hicieron independientemente; en

caso de imposibilidad para leer el consentimiento se les hizo la lectura (2 pacientes), y en caso de contar con la compañía de un familiar cercano, tuvo el apoyo adicional para interpretar lo presentado (5 pacientes); además, que se estuvo dispuesta a dar cualquier explicación respecto a la hoja de consentimiento frente a alguna interrogante, con esto evaluó el paciente si deseaba ser muestra del estudio o abstenerse; si otorgo su consentimiento firmó o coloco su huella digital, así formalizo su participación, y se realizo su filiación al estudio.

Se hizo el llenado de la ficha del Anexo 4 (Machuca, 2009, pp.106-107) con el fin de recolectar, en la primera visita domiciliaria o encuentro con el paciente en el CAP, características generales del paciente, datos como hábitos de vida y su tratamiento farmacológico, entre otros.

La tarjeta control y agenda del paciente (Anexo 7) se obsequio al paciente en la primera visita domiciliaria.

Se aplico al paciente el test del Anexo 8 (inicio) y test del Anexo 9 (inicio).

Se hizo el control de la presión arterial del paciente en los dos brazos; excepto a 8 pacientes, que en la primera visita domiciliaria o encuentro en el CAP III Huaycan, se les midió la presión arterial en un brazo, en 4 de ellos, habría influido que se realizo la filiación en el CAP, debido a preferencia de estos pacientes de asistir al CAP en vez de que se les visite. *Adicionalmente, se considero un caso especial de inmovilización del brazo derecho durante el período del estudio, por haber tenido un procedimiento quirúrgico, solo se hizo la medición de su presión arterial en el brazo izquierdo.*

El tema de educación sanitaria en la primera visita fue la presión arterial e hipertensión arterial, conceptos generales.

En **la segunda visita domiciliaria** o encuentro con el paciente en el CAP III Huaycan se le entrevisto a través del Anexo 12, en el cual se consigno una pregunta acerca de algún punto de su terapia que le gustaría conocer con más detalle o sobre un tema de salud de su interés (se planifico lo que refirió, para la educación sanitaria de la 4^{ta} visita). Por otro lado, en esta visita se inicio la entrega de un formato orientativo del tratamiento, según la receta médica actual de cada paciente (Anexo 13), en caso que se presentará algún

inconveniente para conocer los datos suficientes para diseñar el formato ilustrado de orientación para el cumplimiento terapéutico personalizado, se le entregó después. Se hizo la respectiva orientación o explicación de lo señalado en el Anexo 13, a fin de facilitarle el cumplimiento del tratamiento indicado.

A aquellos pacientes que no se les logró dar en la primera visita la tarjeta del Anexo 7, se les dio en esta visita.

Se empezó a obsequiar un pastillero personalizado rotulado según su farmacoterapia al paciente, con los horarios de toma de sus medicamentos, según indicará la receta médica actualizada a la fecha del período del servicio farmacéutico brindado. Se dispuso los medicamentos del paciente, recortándose debidamente cada blíster y colocándolos en cada espacio del pastillero, recalcándole que con ello se facilitaría recordar la toma de sus medicamentos en los intervalos de tiempo y con la continuidad ya indicada.

El tema de educación sanitaria en la segunda visita domiciliaria fue factores de riesgo para hipertensión arterial y complicaciones de la hipertensión.

En la **tercera visita domiciliaria** al paciente, se le aplicaron las preguntas N°2 y N°3 del Anexo 14 (Machuca, 2009, p. 109), el resto de preguntas de la encuesta estuvieron dirigidas a ser respondidas por apreciación de la Químico Farmacéutica.

A algunos pacientes se entregó el pastillero y el formato orientativo del tratamiento, en la tercera visita domiciliaria.

El tema de educación sanitaria de la tercera visita domiciliaria fue control de la hipertensión arterial

En la **cuarta visita domiciliaria** al paciente, se le brindó educación sanitaria adicional, la cual consistió en el tema planteado por el paciente que refirió a la pregunta del formato del Anexo 12 (Núñez & Vicente, 2007, pp. 83-84).

A algunos pacientes se entregó el pastillero y el formato orientativo del tratamiento, en la cuarta visita domiciliaria.

El tema de educación sanitaria de la cuarta visita domiciliaria trato sobre conceptos básicos del tratamiento antihipertensivo, manifestaciones clínicas y tipos de hipertensión arterial.

En la **quinta visita domiciliaria** se hizo la evaluación post consejería al paciente, mediante preguntas del test del Anexo 8 y del test del Anexo 9. Para evaluar el impacto del servicio brindado se aplico el cuestionario del Anexo 15 en el período, 16 de diciembre del 2014 al 06 de febrero del 2015, para 19 pacientes en la quinta visita domiciliaria; para 3 pacientes, en la sexta visita.

Se ha estandarizado a la quinta visita domiciliaria, como la más adecuada para evaluar el impacto de la consejería farmacéutica en la adherencia del paciente adulto mayor con tratamiento antihipertensivo, a través de la aplicación de los Anexos 8 y 9, y en el nivel de satisfacción del paciente, mediante el Anexo 15.

El tema de educación sanitaria de la quinta visita fue aspectos básicos de las enfermedades asociadas con la hipertensión arterial - parte I.

El tema de educación sanitaria de la **sexta visita domiciliaria** fue aspectos básicos de las enfermedades asociadas con la hipertensión arterial - parte II.

El tema de educación sanitaria de la **séptima visita domiciliaria** ha sido, resumen de puntos importantes a recordar sobre la hipertensión arterial.

En la figura 2 se citan las actividades representativas de cada visita domiciliaria o encuentro en el CAP III Huaycan.

Primera visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de firma del paciente, Anexo 03: consentimiento informado • Llenado de la ficha de filiación del paciente al estudio (Anexo 04) • Medición de parámetros fisiológicos y antropométricos (Anexo 07) • Obsequio al paciente de tarjeta agenda y control (Anexo 07) (al reverso del antes citado) • Evaluación de adherencia inicial: aplicación del test (Anexo 08) y test (Anexo 09) • Tema de educación sanitaria: presión arterial e hipertensión arterial, conceptos generales
Segunda visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de parámetros fisiológicos y antropométricos (Anexo 07) • Si en 1º visita, tarjeta agenda y control (Anexo 07) (al reverso del antes citado) no se le dio, se entregó • Monitorización de la farmacoterapia (Anexo 10) • Ante existencia de PRM, registro en Anexo 11 • Entrevista al paciente (Anexo 12) • Se inicia entrega del formato orientativo del tratamiento del paciente (Anexo 13) • Se inicia entrega del pastillero personalizado al paciente rotulado según farmacoterapia • Tema de educación sanitaria: factores de riesgo para la hipertensión arterial y complicaciones de la hipertensión .
Tercera visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de parámetros fisiológicos y antropométricos (Anexo 07) • Monitorización de la farmacoterapia (Anexo 10) • Ante existencia de PRM, registro en Anexo 11 • Si en 2º visita, no se le dio formato orientativo del tratamiento del paciente (Anexo 13), se entregó • Si en 2º visita, no se le dio pastillero personalizado al paciente rotulado según farmacoterapia, se entregó • Entrevista al paciente (Anexo 14) • Tema de educación sanitaria: control de la hipertensión arterial
Cuarta visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de parámetros fisiológicos y antropométricos (Anexo 07) • Monitorización de la farmacoterapia (Anexo 10) • Ante existencia de PRM, registro en Anexo 11 • Si en 3º visita, no se le dio formato orientativo del tratamiento del paciente (Anexo 13), se entregó • Si en 3º visita, no se le dio pastillero personalizado al paciente rotulado según farmacoterapia, se entregó • Tema de educación sanitaria: presentación del tema de salud planteado por paciente. Conceptos básicos del tratamiento antihipertensivo, manifestaciones clínicas y tipos de hipertensión arterial.
Quinta visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de parámetros fisiológicos y antropométricos (Anexo 07) • Monitorización de la farmacoterapia (Anexo 10) • Ante existencia de PRM, registro en Anexo 11 • Evaluación de adherencia post consejería farmacéutica al paciente: aplicación del test (Anexo 08) y test (Anexo 09) • Impacto de la consejería farmacéutica en el nivel de satisfacción del paciente, aplicación del cuestionario del Anexo 15. • Tema de educación sanitaria: aspectos básicos de las enfermedades asociadas con la hipertensión arterial -parte I
Sexta visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de parámetros fisiológicos y antropométricos (Anexo 07) • Monitorización de la farmacoterapia (Anexo 10) • Ante existencia de PRM, registro en Anexo 11 • Tema de educación sanitaria: aspectos básicos de enfermedades asociadas con la hipertensión arterial -parte II
Séptima visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de parámetros fisiológicos y antropométricos (Anexo 07) • Monitorización de la farmacoterapia (Anexo 10) • Ante existencia de PRM, registro en Anexo 11 • Tema de educación sanitaria: resumen de puntos importantes sobre la hipertensión arterial.

Figura 2. Actividades realizadas en las visitas domiciliarias. Elaboración propia

3.7. Análisis e interpretación

a. Análisis estadístico de datos

De acuerdo con los objetivos del estudio, la información obtenida de variables cualitativas y cuantitativas se registró en una base de datos del programa Microsoft Office Excel 2007. Asimismo según los objetivos establecidos se elaboraron tablas y figuras mediante el programa citado. Los datos fueron

analizados utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 22 y se sometieron al respectivo análisis en base a los puntos que abarcan los objetivos específicos con el fin de responder lo concerniente al objetivo general de estudio. Se determinó la media, la desviación estándar y se considero el nivel de significancia $p < 0,05$ para la expresión de ciertas variables. Se evaluó los valores de la presión arterial sistólica y diastólica de los pacientes en general y en función al sexo, al inicio y final del estudio, a través del test de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Para las respuestas al comienzo y final del estudio, a los test de Morisky-Green y de Batalla, así como para los resultados según el punto de vista de clasificación del cumplimiento terapéutico (test de Morisky-Green); y del grado de conocimiento del paciente sobre hipertensión arterial (test de Batalla); se ha utilizado el test de McNemar para dos muestras emparejadas. Se realizo la evaluación del índice de masa corporal de los pacientes al principio y termino del estudio, a través del coeficiente de concordancia Kappa de Cohen.

Mediante la aplicación del cuestionario: percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial (Anexo 15) se evaluó en los 22 pacientes, la percepción de la calidad del servicio farmacéutico. Las respuestas del cuestionario se registraron en una base de datos en Microsoft Office Excel 2007 para su procesamiento, el que se resumió en tablas del programa citado. Se utilizo el análisis estadístico descriptivo en termino de promedios, así se hallo la media (promedio) para cada indicador (17 preguntas del cuestionario) y dimensiones (5). El promedio se comparo con la Tabla 9 de clasificación de la satisfacción, a fin de determinar e interpretar, el nivel de percepción de calidad del servicio brindado, por cada indicador y dimensión.

Tabla 9. Niveles de satisfacción

Rango de puntuación por categoría	Nivel
1,00 – 2,33	Bajo
2,34 – 3,67	Moderado
3,68 – 5,00	Alto

Fuente. Datos tomados de Kosnin & Lee (2008), p. 36.

Para la evaluación de los resultados del juicio de expertos que reviso el cuestionario del Anexo 15, se aplico la prueba binomial. Además, se evaluó confiabilidad del cuestionario, a través del coeficiente alfa de Cronbach.

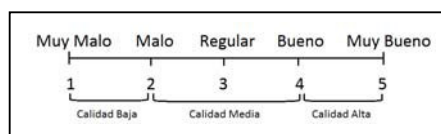
b. Instrumentos de estudio diseñados y validación estadística

• *Diseño de instrumentos*

Ficha de registro de datos-filiación del paciente (Anexo 4). Se elaboro tomando como base el Libro Seguimiento Farmacoterapeutico (II) (Machuca, 2009, pp. 106-107), que se modifico y adapto según contexto del estudio.

Cuestionario: percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial (Anexo 15). Se ha basado el cuestionario en el modelo SERVPERF (Service Performance) (Brady et al., 2002, p. 19), modificado y adaptado al tema de estudio. Se ha estructurado, 17 preguntas en cinco dimensiones o criterios, con escala de calificación tipo Likert de cinco categorías continuas:

1 (Muy malo), 2 (Malo), 3 (Regular), 4(Bueno) y 5 (Muy bueno)



Dimensiones. Fiabilidad: pregunta N° 1 y N° 2, capacidad de respuesta: pregunta N°3 al N°6; seguridad: pregunta N° 7 al N° 11; empatía: pregunta N° 12 al N° 14 y tangibilidad: pregunta N° 15 al N° 17. Se utilizo la técnica de la encuesta para aplicar el cuestionario citado.

• *Validación de instrumentos*

La validez lógica y del contenido se evaluó mediante consenso de expertos, conformado por profesionales de salud, químico farmacéuticos y médicos quienes evaluaron los siguientes dos instrumentos de manera independiente.

Ficha de registro de datos-filiación del paciente (Anexo 4).

Se sometió a opinión de Juicio de Expertos, de dos químico farmacéuticos y dos médicos y químico farmacéuticos a su vez. Se tomo en cuenta las sugerencias del panel de expertos, se realizo las correcciones sugeridas y se resolvió las observaciones dadas.

Cuestionario (Anexo 15)

Validez. Con el fin de asegurar la relevancia y claridad de los ítems propuestos en el instrumento; fue necesario someterlo a consulta de

investigadores familiarizados con las variables del estudio, así para la selección de tales profesionales se tuvo en cuenta: la experiencia profesional y nivel de conocimiento sobre la consejería farmacéutica, con el objetivo de analizar si todas las preguntas son verdaderamente exhaustivas y para evaluar si el contenido del cuestionario aplicado, corresponde a lo que conceptualmente se espera medir. La revisión del cuestionario fue realizado por un químico farmacéutico y dos médicos así como químico farmacéuticos a su vez, integrantes del juicio de expertos; para la evaluación del instrumento, se les entrego impreso el cuestionario, el título del estudio, objetivo(s) general y específicos; para facilitar la obtención de la opinión de los expertos, asimismo se entrego el impreso de una tabla con datos para la calificación de correspondencia de los criterios de evaluación de calidad del cuestionario con las preguntas planteadas. Se tomaron en cuenta las sugerencias del panel de expertos, en pertinencia del concepto de la pregunta, así como la mejora en la redacción, se tuvieron observaciones para ambos, en algunas preguntas, se realizo el levantamiento de tales observaciones.

Al obtenerse los resultados de la revisión de los expertos (Anexo 20). La concordancia de los resultados es significativa con $p < 0,002$, por lo tanto se concluye que el instrumento es válido y el grado de concordancia entre los jueces expertos es significativo.

Confiabilidad. Para cálculo de la fiabilidad se ha utilizado el coeficiente α de Cronbach, cuyo valor se encuentra dentro del intervalo entre 0 y 1, representando el valor 1 el 100% de fiabilidad (Universidad de Almería, 2015, p. 8). El cálculo del coeficiente de Cronbach es utilizado para la prueba con ítems de varias alternativas de respuesta, tipo Likert como este caso. El resultado alfa de Cronbach fue 0,7525 (referencial para investigación: 0,70-0,80) (Anexo 21). El cuestionario tuvo una confiabilidad interna alta, tal valor indica que ayudara a resolver la pregunta de investigación, asimismo el objetivo específico N° 3 planteado e indica coherencia interna entre ítems.

CAPITULO IV: RESULTADOS

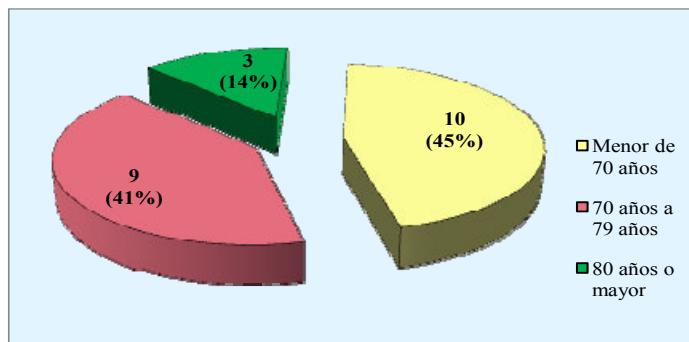


Figura 3. Pacientes en estudio por grupo etario

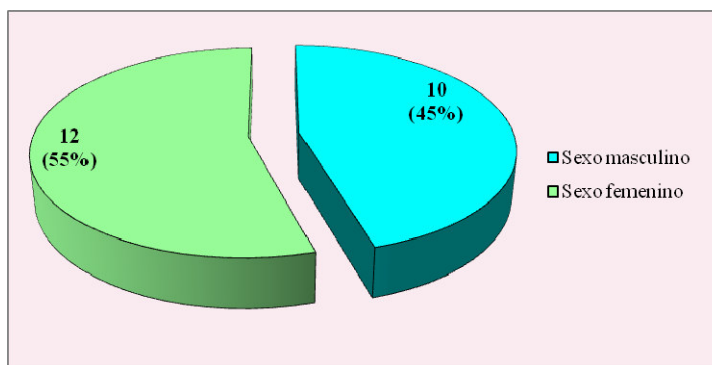


Figura 4. Sexo de los pacientes en estudio

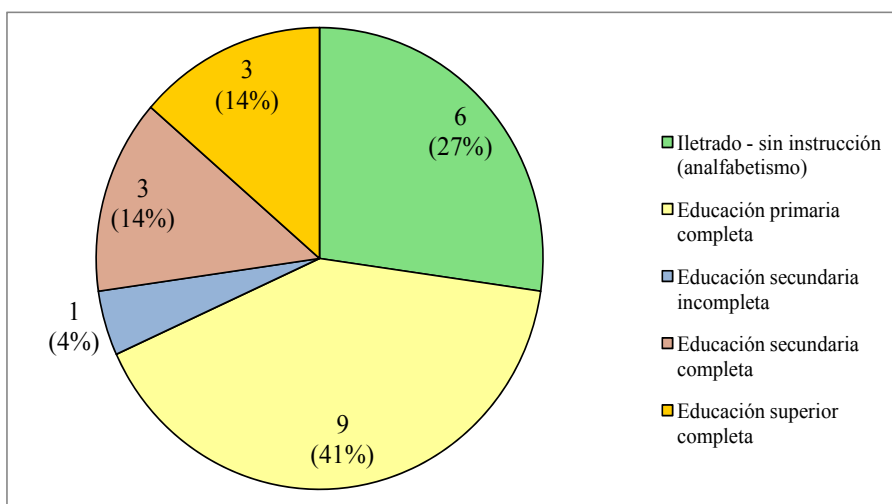


Figura 5. Grado de instrucción de los pacientes del estudio. Datos tomados del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil -RENIEC (2015) e información recabada en la filiación.

Tabla 10. Características socio-laborales y antecedentes de los 22 pacientes

Característica	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Estado marital		
Soltero(a)	0	0
Casado(a)	12	54,5
Viudo(a)	7	31,8
Divorciado(a)	3	13,6
Ocupación laboral anterior		
Agricultor(a) §	2	9,09
Chofer	2	9,09
Comerciante	2	9,09
Costurera §	1	4,55
Cuidadora de anciano	1	4,55
Docente	2	9,09
Diputado en provincia	1	4,55
Empleada del hogar	2	9,09
Obrero(a)	4	18,18
Operador de maquinarias	1	4,55
Sin ocupación laboral	4	18,18
Ocupación laboral a la fecha del estudio		
Comerciante	1	4,55
Cuidadora de anciano	1	4,55
Empleada del hogar	1	4,55
Obrero	1	4,55
Coordinadora del comedor comunitario	1	4,55
Carecen de ocupación laboral	17	77,27
Historial de reacciones alérgicas a medicamentos o intolerancia a alimentos		
Penicilina	1	4,5
Dimenhidrinato	1	4,5
Intolerancia a la leche	3	13,6
Intolerancia al pescado	1	4,5
Sin historial de reacción alérgica, ni intolerancia	16	72,7
Alertas sobre condición de salud (con diagnóstico) del paciente		
<i>Prevención y grupos de riesgo</i>		
Osteoporosis	3	13,6
Sin osteoporosis	19	86,4
<i>Condiciones especiales y uso de aparatos ortopédicos</i>		
Hipoacusia (notable)	3	13,64
Uso de anteojos	14	63,64
Uso de audífonos	1	4,55
No tiene ninguna condición especial	4	18,18

Nota: § paciente tuvo un primer oficio laboral y luego desempeño el otro.

|| dos pacientes continúan realizando tal mismo oficio desde antes.

En carecen de ocupación laboral anterior y a la fecha del estudio se incluye a 4 pacientes con la única ocupación de ser amas de casa.

La mayoría de los pacientes del estudio en ocupación laboral han sido obreros.

Tabla 11. Hábitos o estilos de vida de los 22 pacientes

Hábitos o estilos de vida	Número de pacientes	%
<u>Dieta hiposódica</u>		
Si	17	77,3
No	4	18,2
A veces	1	4,5
<u>Hábitos nocivos</u>		
Tabaco		
No consume	17	77,3
Anteriormente, ahora no	4	18,2
Si, muy pocas veces (2-3 veces al año)	1	4,5
Bebidas alcohólicas		
No consume	5	22,7
Anteriormente, ahora no	3	13,6
En reuniones sociales	14	63,6
Café		
No consume	10	45,5
Si consume		
Frecuencia de veces :		
una a dos veces al día	1	4,5
una taza al día	3	13,6
tres veces por semana	2	9,1
una vez por semana	2	9,1
una vez a la quincena	1	4,5
una vez al mes	3	13,6
Hábito de masticar de coca		
No	15	68,2
Si		
Frecuencia de veces:		
tres veces por mes, en promedio	1	4,5
una vez al año	1	4,5
Anteriormente, ahora no	5	22,7
<u>Actividad física</u>		
No realiza	2	9,1
Si realiza, en intensidad:		
Leve	12	54,5
Moderada	4	18,2
Intensa	4	18,2

Fuente. Elaboración propia

Tabla 12. Tiempo del diagnóstico de hipertensión arterial de los pacientes

Tiempo (meses)	Número de pacientes	%
3 a 24	3	13,6
25 a 46	1	4,6
47 a más	18	81,8
Total de pacientes	22	100

Tabla 13. Enfermedades concomitantes de los pacientes al inicio del estudio

Enfermedad o condición de salud concomitante	Nº de pacientes
Artrosis	5
Osteoartrosis	5
Hiperplasia benigna de próstata	4
Gastritis no especificada y crónica no especificada	4
Fibrosis pulmonar	3
Hipoacusia	3
Osteoporosis	3
Retinopatía	3
Depresión	2
Colecistitis crónica	2
Gonartrosis	2
Onicomycosis	2
Cataratas	1
Hipertrigliceridemia	1
Neuralgia y neuritis no especificada	1
Artritis	1
Hipotiroidismo	1
Lumbago no especificado	1
Migraña	1
Poliartrosis	1
Coxartrosis	1
Prostatitis crónica	1
Varices en otros sitios especificados	1
Asma no especificado	1
Hiperuricemia	1

Fuente. Datos obtenidos por revisión de historia clínica en captación del paciente y por entrevista.

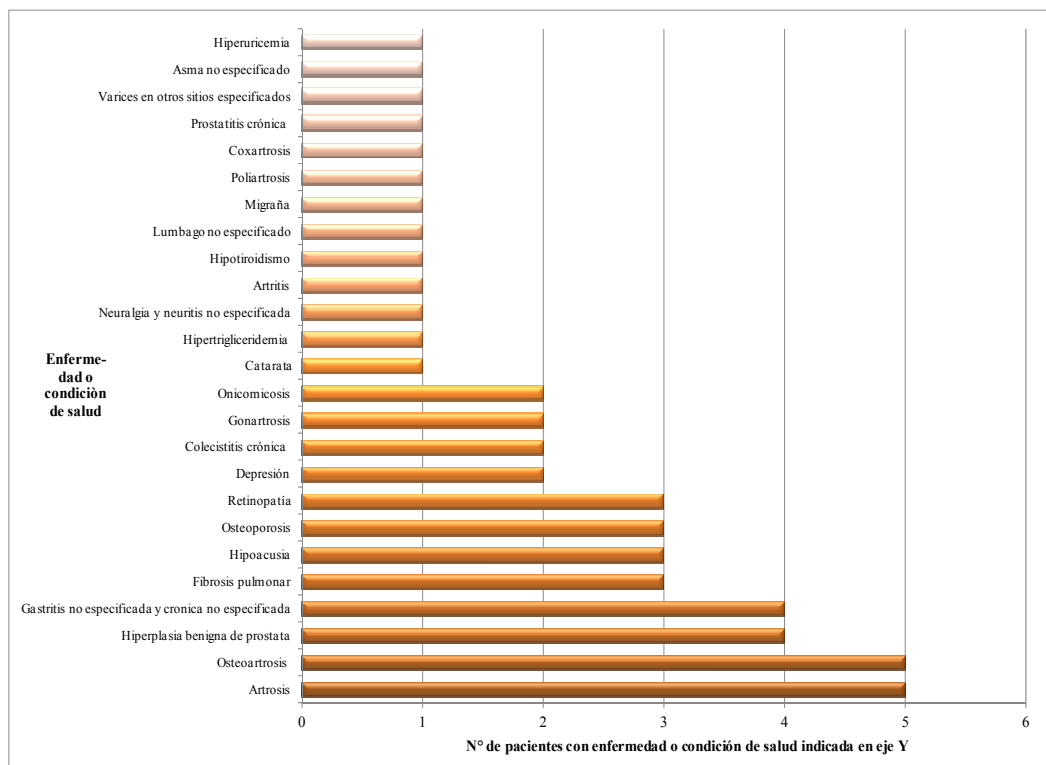


Figura 6. Distribución de enfermedades y condiciones de salud concomitantes

A la fecha de ejecución del estudio, adicionalmente al diagnóstico de hipertensión arterial de los 22 pacientes del estudio, trece presentan concomitantemente dos o más enfermedades/condiciones de salud.

Durante el desarrollo del estudio a un paciente se le diagnosticó diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 14. Índice de masa corporal inicial de los pacientes del estudio

Rangos del índice	Estado del peso	Nº de pacientes	%
Menor de 18,5 Kg/m ²	En bajo peso	0	0
18,5 a 24,9 Kg/m ²	Normal	3	13,6
25,0 Kg/m ² a 29,9 Kg/m ²	Sobrepeso	12	54,5
30,0 Kg/m ² y más	Obeso	7	31,8
Total de pacientes		22	100

Fuente. Datos tomados de rangos de índice del Center for disease control on prevention. Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity & National Center for Chronic Disease Prevention on Health Promotion (2015).

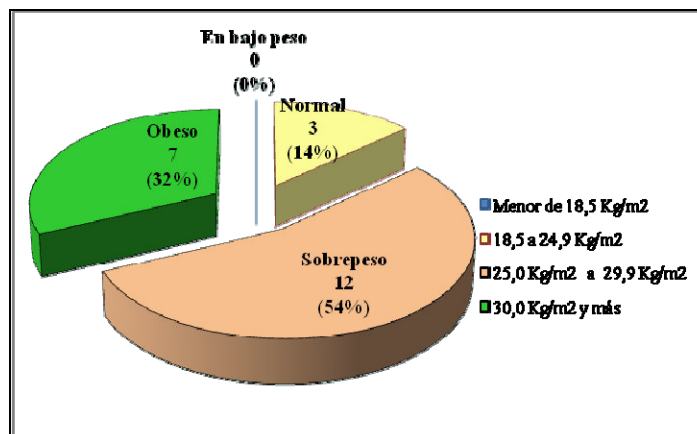


Figura 7. Distribución del estado de peso según índice de masa corporal

Tabla 15. Grupo farmacológico de los medicamentos prescritos en el tratamiento de la hipertensión al inicio del estudio

Grupo Farmacológico	Medicamentos	Número de prescripciones	Porcentaje de prescripción
Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina I	enalapril 10 mg, enalapril 20 mg y captopril 25 mg	13	26,5
Antagonista del receptor de angiotensina II	losartan 50 mg	7	14,3
Bloqueador de los canales de calcio	nifedipino 30 mg LP	7	14,3
Bloqueador beta-adrenérgico	atenolol 100 mg	4	8,2
Inhibidor de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	ácido acetilsalicílico 100 mg	8	16,3
Diurético tiazídico	hidroclortiazida 25 mg	9	18,4
Diurético ahorrador de potasio	espironolactona 100 mg	1	2
	Sumatoria	49	100

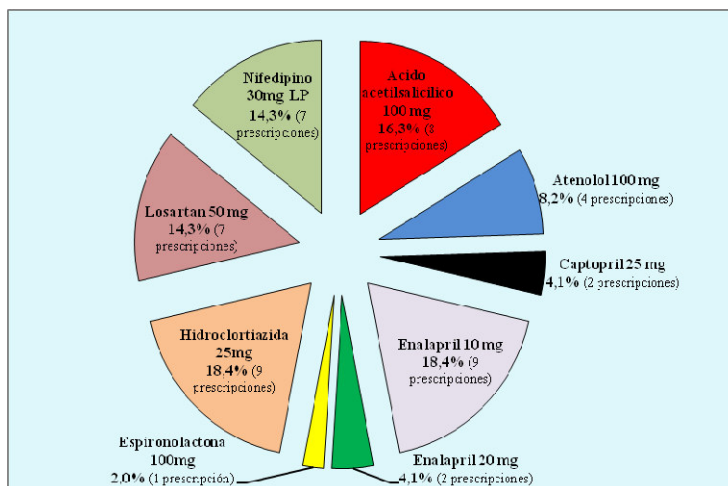


Figura 8. Medicamentos prescritos a los 22 pacientes a inicios del estudio en relación al problema de salud hipertensivo

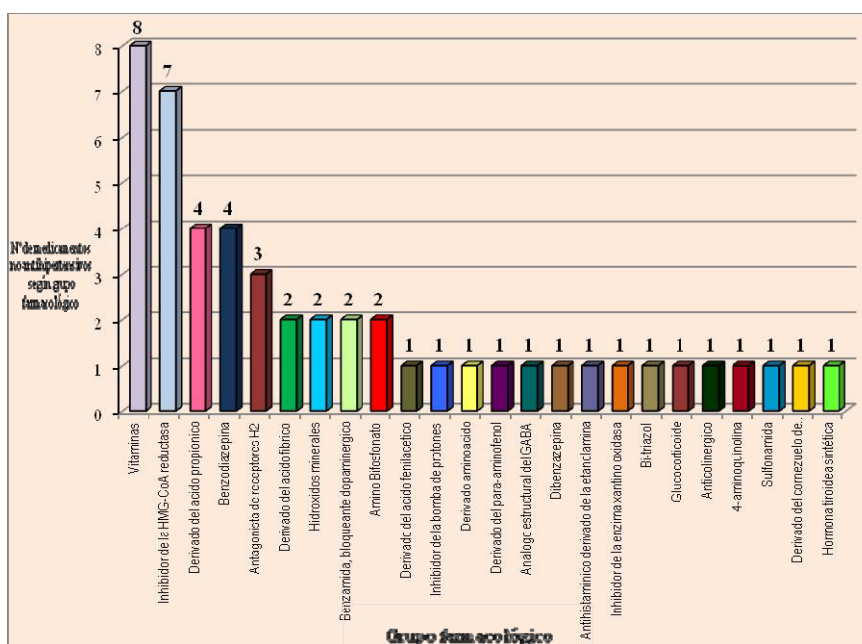


Figura 9. Grupo farmacológico de los medicamentos no antihipertensivos prescritos a los 22 pacientes a inicios del estudio

Durante el desarrollo del estudio, de los 22 pacientes tres iniciaron tratamiento con Medicina Complementaria, sin interrumpir por ello la indicación del tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial y un paciente inicio tratamiento con Medicina Complementaria, con suspensión de la prescripción del medicamento antihipertensivo. A estos 4 pacientes, se les continuó considerando pacientes del estudio, y se les ha brindado adicionalmente consejería farmacéutica.

Tabla 16. Visitas domiciliarias realizadas a los pacientes

N° de visitas domiciliarias	5	6	7	Sumatoria
N° pacientes	9 ¶	9**	4††	22

¶ 2 pacientes tuvieron el 1^{er} encuentro con la QF en el CAP III Huaycan, en vez de 1^{ra} visita.

** 1 paciente en vez de 1^{ra} y 2^{da} visita, tuvo 1^{er} y 2^{do} encuentro con la QF en el CAP

†† 2 pacientes en vez de 1^{ra} y 2^{da} visita han sido 1^{er} y 2^{do} encuentro con la QF en el CAP.

Se realizaron visitas del paciente a la farmacia del CAP III Huaycan (encuentros) por haber sido preferencia del paciente. Del 1 de Octubre del 2014 al 6 de Febrero del 2015, abarco el periodo de visitas domiciliarias y encuentros con los pacientes, siendo en número variable, los intervalos de tiempo entre cada visita tuvieron periodos de 15 a 30 días, según coordinación con el paciente. Se totalizo durante todo el periodo de estudio, 119 visitas y 8 encuentros.

Tabla 17. Orientación farmacéutica realizada durante las visitas o encuentros

Orientación farmacéutica realizada	N°
Administración adecuada de los medicamentos	8
Alcance básico sobre reacciones adversas sospechosas por medicamentos	10
Consejería de participar al médico, malestar como potencial problema de salud	1
Información al paciente sobre algún tema de salud, según lo que planteo	19
Importancia de la continuidad del tratamiento antihipertensivo	6
Importancia del cumplimiento del tratamiento dado por otros profesionales de salud	1
Importancia de manifestarle al médico cualquier sospecha de reacción adversa por medicamentos	1
Importancia del cumplimiento del tratamiento de otras enfermedades	2
Identificación física de los medicamentos antihipertensivos	3
Mejora en la administración de sus medicamentos	13
Riesgos de la automedicación	4

Tabla 18. Adherencia al tratamiento farmacológico en inicio del estudio

Razones sobre dificultad en el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes		N° de respuestas
Respuesta por componentes	Desconoce la importancia del cumplimiento de la toma de medicamentos	7
	Descuido del paciente	6
	Se siente bien, luego de algunas tomas del medicamento y lo suspende	2
	No entendió la indicación prescrita en la receta médica	2
	No consigue cita con el médico para prescripción del tratamiento	1
	Existe carencia del medicamento en el Centro de Atención Primaria Huaycan	0
	<i>Otros motivos:</i>	
	Olvido	4
	Falta de compromiso con el cuidado de su salud, inconscientemente	4
	Asocia toma del medicamento con presentación de reacción adversa sospechosa por medicamentos	2
	Incongruencias entre cumplimiento terapéutico y creencias sobre salud	2
	No existe coincidencia en dosificación del medicamento indicado en clínica con el mismo medicamento recetado en el CAP III Huaycan	1
	Situaciones excepcionales por fiestas y compromisos sociales.	1
En general	Por lo anterior :	N° de pacientes
	Adherencia (ningún problema en el cumplimiento del tratamiento)	10
	No adherencia (problemas con el cumplimiento de todo el tratamiento)	1
	Adherencia parcial (problemas con el cumplimiento de una parte del tratamiento)	11
Total de pacientes del estudio		22

Se consolida las respuestas obtenidas al respecto del cumplimiento terapéutico en general, datos recabados por entrevista al paciente en la ficha de registro de datos-filiación del paciente hipertenso (Anexo 4) en la primera visita domiciliaria o encuentro con el paciente en el CAP III Huaycan.

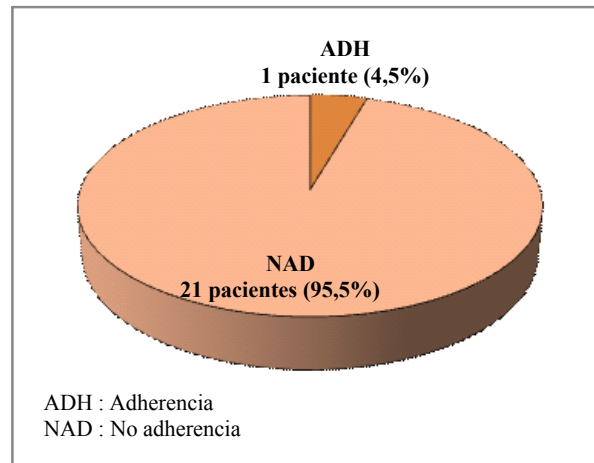


Figura 10. Distribución de pacientes adherentes y no adherentes al comienzo del estudio, según aplicación del Test de Morisky-Green

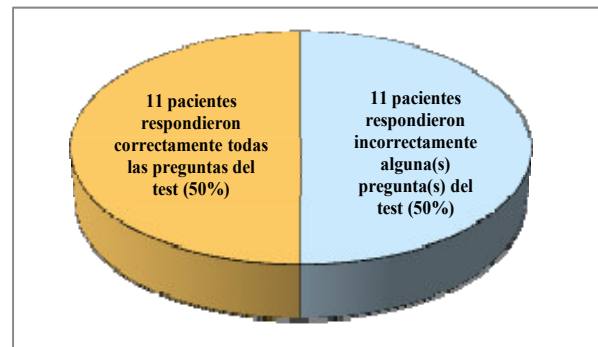


Figura 11. Distribución de pacientes según respuestas correctas (conocimiento adecuado sobre HTA) e incorrectas (conocimiento inadecuado) al comienzo del estudio, según aplicación del Test de Batalla.

Tabla 19. Respuestas de los pacientes al Test de Morisky-Green al inicio del estudio

Test de Morisky - Green	Respuesta	n	%
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la hipertensión arterial?	SI	18	81,82
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	NO	16	72,73
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	SI	8	36,36
4. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomar la medicación?	SI	10	45,45

En el test de Morisky-Green para considerar buena adherencia, las respuestas a las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Las respuestas de los pacientes con mala adherencia al tratamiento se distribuyeron de la forma que se indica en la tabla anterior, destaca que la mayoría ha olvidado la toma de sus medicamentos.

Respuestas de la exploración de aceptación de la consejería farmacéutica

Tabla 20. Pregunta 01 - ¿Le preocupa su enfermedad (hipertensión arterial)?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si mucho	8	36,4
Si poco	11	50
Nada	3	13,6
Total	22	100,0

Tabla 21. Pregunta 02-¿Qué tan importante es para usted saber acerca de su medicación?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Indispensable	18	81,8
Poco importante	2	9,1
No lo toma en cuenta	2	9,1
Total	22	100,0

Tabla 22. Pregunta 03-¿Ha recibido información sobre el tratamiento de su enfermedad?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si mucho	4	18,2
Si poco	12	54,5
Nunca	6	27,3
Total	22	100,0

Tabla 23. Pregunta 04-¿Alguna vez se ha olvidado de tomar su medicación en todo este tiempo?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si con frecuencia	1	4,5
Algunas veces	16	72,7
Nunca	5	22,7
Total	22	100,0

Tabla 24. Pregunta 05-¿Conoce para qué sirve la medicación que está tomando?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si de la mayoría	11	50
Si de pocos	11	50
Ninguno	0	0
Total	22	100

Tabla 25. Pregunta 06-¿Sabe en qué momento debe tomar sus medicamentos?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si	16	72,7
Algunas veces	6	27,3
No	0	0
Total	22	100,0

Tabla 26. Pregunta 07-¿Ha olvidado tomar su medicación durante el fin de semana?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si	6	27,3
No	16	72,7
No recuerdo	0	0
Total	22	100,0

Tabla 27. Pregunta 08-Contestar solo si la respuesta es sí en la pregunta 04 ¿Cuántas veces olvido tomar su medicamento?†††

Si olvido	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Olvido de tomar 1-5 veces	9	52,9
Olvido de tomar 6-10 veces	8	47,1
Total	17	100,0

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si olvido	17	77,3
No olvido	5†††	22,7
Total	22	100,0

††† 5 pacientes no considerados para la pregunta 08, puesto que en la pregunta 04 con que guarda relación, estos respondieron que nunca olvidaron tomar sus medicamentos en el tiempo previo.

Tabla 28. Pregunta 09-¿Conoce los cuidados que debe tener al tomar sus medicamentos?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si de la mayoría	3	13,6
Si de algunos	13	59,1
No lo sabe	6	27,3
Total	22	100,0

Tabla 29. Pregunta 10-¿Conoce los posibles efectos secundarios (malestar) que pueden producir sus medicamentos?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si de la mayoría	0	0,0
Si de algunos	5	22,7
No lo sabe	17	77,3
Total	22	100,0

Tabla 30. Pregunta 11-¿Alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos, si se sentía mal?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
Si	5	22,7
Algunas veces	9	40,9
No	8	36,4
Total	22	100,0

Tabla 31. Pregunta 12-¿Indique la cantidad de medicamentos que usted toma?

Alternativas de respuesta	Frecuencia de respuestas	Porcentaje
1 a 2 medicamentos	6	27,3
3 a 4 medicamentos‡‡‡	9	40,9
5 a 6 medicamentos	4	18,2
7 a 8 medicamentos	3	13,6
Total	22	100,0

Fuente. Preguntas 01 al 12 pertenecen al formato de exploración de aceptación de la consejería farmacéutica de tesis de Núñez & Vicente, 2007, pp. 83-84. Evaluado en prueba piloto por comité de expertos (Dr, enfermera, QF) y se aplicó prueba de confiabilidad, alfa de Cronbach.

‡‡‡ Incluye respuesta de paciente que durante el estudio tuvo cambio del tratamiento farmacológico al de Medicina Complementaria, por indicación de tal especialidad suspendió antihipertensivo y otros 2 medicamentos.

Las 12 preguntas del formato de exploración de aceptación de la consejería farmacéutica (Anexo 12) se aplicaron en la 2^{da} visita domiciliaria o 2^{do} encuentro en el CAP III Huaycan, y han servido para ampliar el conocimiento de la situación inicial del paciente en relación al cumplimiento del tratamiento y otros puntos afines.

Tabla 32. Pregunta adicional al paciente en la exploración de aceptación de la consejería: acerca de que medicamento(s) o tema de salud le gustaría saber más

Tema citado para la educación sanitaria de 4 ^{ta} visita domiciliaria	N° de respuestas
Efectos a largo plazo de todos los medicamentos del tratamiento que sigue	1
Complicaciones de la hipertensión arterial	1
Eventos en salud del hipertenso que sucederían por dejar de tomar losartan	1
Efectos adversos gastrointestinales por enalapril y atorvastatina	1
Efecto terapéutico de medicamentos recetados para enfermedad gastrointestinal	1
Alimentos recomendables en la hipertensión arterial	1
En los alimentos que tipo de vitaminas se encuentran	1
Puntos importantes del medicamento atorvastatina	1
Para que sirve el medicamento acetilcisteína	1
Efectos terapéuticos de los medicamentos que conforman su tratamiento	1
Usos terapéuticos y adversos de captopril y alprazolam	1
Causas de la artritis	1
Efectos secundarios renales y hepáticos de los medicamentos antihipertensivos de su tratamiento	1
Usos terapéuticos de paracetamol, de ibuprofeno y de carbonato de calcio	1
Signos clínicos de la hipertensión arterial	2
Efectos desagradables o secundarios que causarían los medicamentos de su tratamiento	3
Ningún tema	3
Total de respuestas de los pacientes	22

Tabla 33. Respuestas a dos preguntas del anexo experiencia farmacoterapeutica

Por el enfoque de las preguntas son contestadas por el paciente		
2- ¿Qué espera / quiere el paciente de su farmacoterapia?	Por respuesta, se concluye en requiere atención:	
	Sí	No
Entiende que es bueno para su salud		1
Espera tener la mejor salud posible		1
Tener salud		3
Espera mejoría, para tener buena salud		2
Quiere que los medicamentos le hagan bien		1
Espera controlar su presión arterial y estar bien		5
Mejorar su salud		2
Mantener la salud		1
Es importante para la salud		1
Espera algo bueno		1
Quisiera que le brinde salud, además contrarrestar la obesidad y el colesterol alto		1
Se siente tranquilo, le esta aliviando el malestar		1
Se siente tranquilo, tomando plantas medicinales‡‡‡		1
Quiere mejorar su salud, quisiera dejar de tomar medicamentos	1	
Total	1	21
3- ¿Qué le preocupa al paciente de su farmacoterapia?	Por respuesta, se concluye en requiere atención:	
	Sí	No
No le preocupa		7
Siempre contar con sus medicamentos, que no exista carencia en farmacia		2
Entiende que debe tomar medicamentos para mantenerse con salud		1
No le preocupa el tratamiento que sigue con plantas medicinales ‡‡‡		1
Todavía nada, si le hace bien el tratamiento que le indicaron		1
Que le podría causar molestias, le falta comprender mejor los horarios de toma de sus medicamentos	1	
Le preocupa que enalapril y atorvastatina le podría causar molestias	1	
Se confunde o se olvida	1	
Conseguir el medicamento cuando ya se le va acabar y el daño que le causaría al hígado	1	
A veces piensa que le podría hacer daño, toma de medicamentos	1	
De los antihipertensivos nada, si le preocupa el resto de su tratamiento, lo que es para ojos y oído	1	
Le preocupa que le dañaría el hígado por el tiempo que ya toma	2	
Le preocupa los medicamentos que toma para la artritis	1	
Se cuestiona que sucedería si no tomará medicamentos para la hipertensión	1	
Total	10	12

‡‡‡ Respuesta de paciente que durante el estudio tuvo cambio del tratamiento farmacológico al de Medicina Complementaria, por indicación de tal especialidad suspendió antihipertensivo y otros 2 medicamentos.

De las respuestas de los 22 pacientes, a la 2^{da} pregunta se halló que la mayoría, 21 pacientes, tuvieron una noción definida sobre lo que les ofrece la farmacoterapia, su importancia y el bienestar que les da, por tanto se deduce no requieren atención muy especial en el reforzamiento y guía respecto de lo que se espera conseguir con la

continuidad del cumplimiento del tratamiento. Mediante las respuestas a la 3^{ra} pregunta se detectó que 12 pacientes no tenían preocupación de su farmacoterapia propiamente, el resto de pacientes manifestaron preocupación del tratamiento que tienen indicado y por tanto requieren especial atención en la consejería farmacéutica.

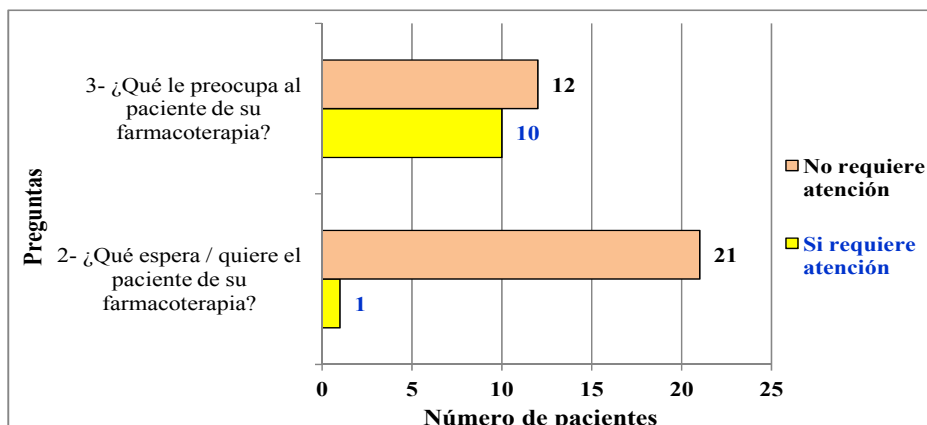


Figura 12. Distribución de pacientes que requieren y no requieren atención en perspectiva de la farmacoterapia

Las preguntas del anexo experiencia farmacoterapéutica se aplicaron en la tercera visita domiciliaria, de las 6 preguntas, la 2^{da} y 3^{ra} estuvieron dirigidas a ser contestadas por el paciente, son tales resultados citados en la tabla y figura anterior.

Tabla 34. Respuestas a cuatro preguntas del anexo experiencia farmacoterapéutica

Por el enfoque de las preguntas, éstas son respondidas por la Químico Farmacéutica			Total
Preguntas	Por lo logrado conocer del paciente a la 3 ^{ra} visita, se deduce en requiere atención:		
	Si	No	
1- ¿Cuál es la actitud del paciente acerca de tomar los medicamentos?	5	17 †††	22
4- ¿En qué medida el paciente entiende su medicación?	15	7 †††	22
5- ¿Existen motivaciones culturales, religiosas o éticas que influyen la disposición del paciente para tomar sus medicamentos?	3	19 †††	22
6- Describa el comportamiento del paciente con respecto a sus medicamentos	5	17 †††	22

††† Incluye respuesta de paciente que durante el estudio tuvo cambio del tratamiento farmacológico al de Medicina Complementaria, por indicación de tal especialidad suspendió antihipertensivo y otros 2 medicamentos.

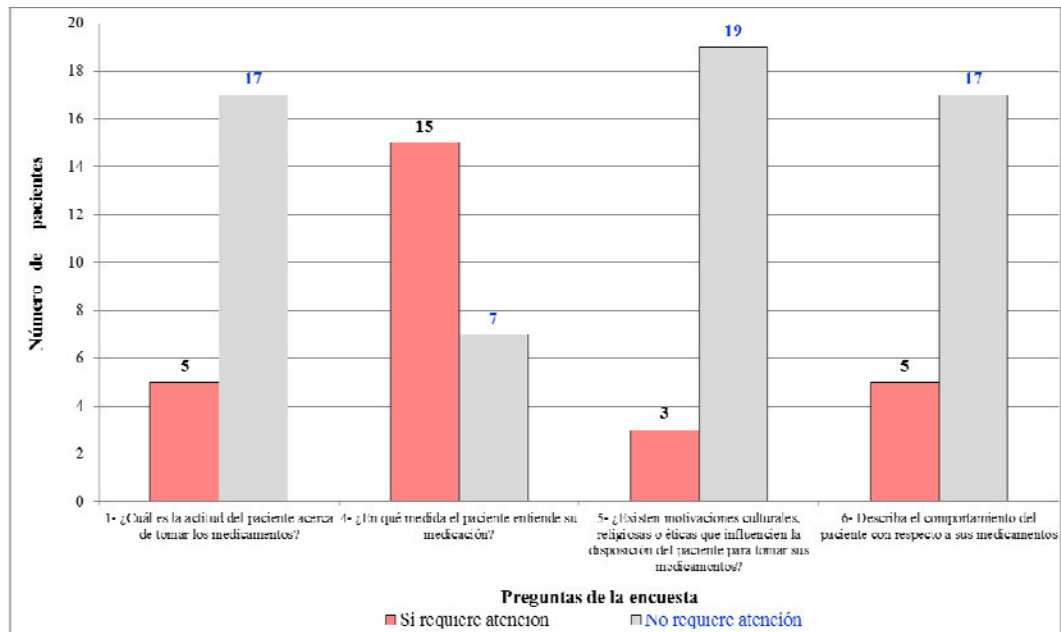


Figura 13. Distribución de pacientes que requieren y no requieren atención según punto de vista de la Química Farmacéutica

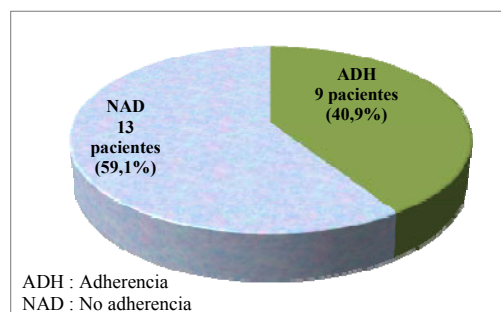


Figura 14. Distribución de pacientes adherentes y no adherentes al final del estudio, según aplicación del Test de Morisky-Green

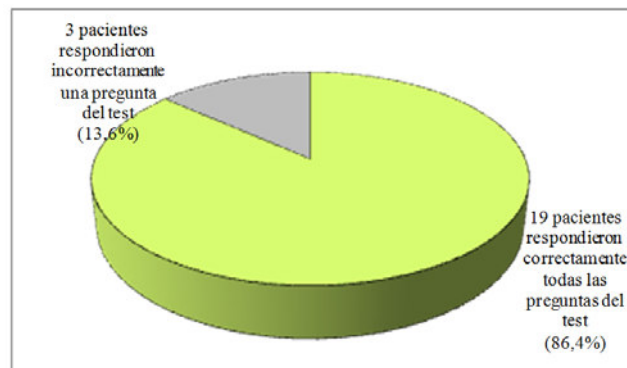


Figura 15. Distribución de pacientes según respuestas correctas (conocimiento adecuado sobre HTA) e incorrectas (conocimiento inadecuado) al final del estudio, según aplicación del Test de Batalla.

Tabla 35. Respuestas de los pacientes al Test de Morisky-Green al final del estudio

Test de Morisky - Green	Respuesta	n	%
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la hipertensión arterial?	SI	3	13,64
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	NO	9	40,91
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	SI	1	4,55
4. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomar la medicación?	SI	6	27,27

En el test de Morisky-Green para considerar una buena adherencia, las respuestas a las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Las respuestas con mala adherencia al tratamiento al final, se distribuyeron de la forma que se indica en la tabla anterior, destaca que ha disminuido considerablemente los pacientes que fallaron en recordar tomar sus medicamentos.

Tabla 36. Análisis de respuestas: primera pregunta del Test de Morisky-Green al inicio y final del estudio (n=22)

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la hipertensión arterial?		Final del estudio				Total (al inicio)		p‡‡
		No		Si		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	No	4	18,2	0	0,0	4	18,2	0,000
	Si	15	68,2	3	13,6	18	81,8	
Total (al final)		19	86,4	3	13,6	22	100,0	

‡‡: Test de McNemar para dos muestras emparejadas. Significativo $p < 0,05$
Para esta pregunta del test de Morisky-Green, la respuesta correcta es: no

En el análisis estadístico de las respuestas a la pregunta 1; se presento un cambio significativo ($p < 0,05$), puesto que se observo que 68,2% (15) de pacientes se olvidaban de tomar sus medicamentos antes y al termino del estudio tal porcentaje declaro recordar tomar su medicación.

Además, se observa que para la respuesta correcta (no) a esta pregunta, al inicio 4 pacientes contestaron acertadamente y al final del estudio 19 pacientes acertaron.

Tabla 37. Análisis de respuestas: segunda pregunta del Test de Morisky-Green al inicio y final del estudio (n=22)

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		Final del estudio				Total (al inicio)		p‡‡
		No		Si		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	No	8	36,4	8	36,4	16	72,7	0,039
	Si	1	4,5	5	22,7	6	27,3	
Total (al final)		9	40,9	13	59,1	22	100,0	

‡‡: Test de McNemar para dos muestras emparejadas. Significativo $p < 0,05$
Para esta pregunta del test de Morisky-Green, la respuesta correcta es: si

Al análisis estadístico de las respuestas de la pregunta 2; se encontró un cambio significativo ($p < 0,05$), 36,4% (8) olvidaban tomar sus medicamentos a la hora indicada, al inicio del estudio y después de la consejería farmacéutica, 36,4% (8) se han concientizado de la importancia de tomar el medicamento a la hora indicada. Asimismo, se observa que para la respuesta correcta (si) a esta pregunta, al inicio 6 pacientes contestaron acertadamente y al final del estudio 13 pacientes acertaron.

Tabla 38. Análisis de respuestas: tercera pregunta del Test Morisky-Green al inicio y final del estudio (n=22)

3. Cuando se siente bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		Final del estudio				Total (al inicio)		p‡‡
		No		Si		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	No	14	63,6	0	0,0	14	63,6	0,016
	Si	7	31,8	1	4,5	8	36,4	
Total (al final)		21	95,5	1	4,5	22	100,0	

‡‡: Test de McNemar para dos muestras emparejadas. Significativo $p < 0,05$
Para esta pregunta del test de Morisky-Green, la respuesta correcta es: no

En el análisis estadístico de las respuestas a la pregunta 3, hubo un cambio significativo ($p < 0,05$), al inicio, 63,6% (14), no dejaban de tomar sus medicamentos cuando se sentían bien y mantuvieron esta actitud al final del estudio; además 31,8% (7), al término conocieron la importancia de tomar sus medicamentos para la hipertensión, aun cuando se sientan bien.

También, se observa que para la respuesta correcta (no) a esta pregunta, al inicio 14 pacientes contestaron acertadamente, y al final del estudio 21 pacientes acertaron.

Tabla 39. Análisis de respuestas: cuarta pregunta del Test de Morisky-Green al inicio y final del estudio (n=22)

4. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos ¿deja de tomar la medicación?		Final del estudio				Total (al inicio)		p‡‡
		No		Si		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	No	10	45,5	2	9,1	12	54,5	0,289
	Si	6	27,3	4	18,2	10	45,5	
Total (al final)		16	72,7	6	27,3	22	100,0	

‡‡: Test de McNemar para dos muestras emparejadas. Significativo $p < 0,05$
Para esta pregunta del test de Morisky-Green, la respuesta correcta es: no

Al análisis estadístico de las respuestas de la pregunta 4; no se observó un cambio significativo, solo 27,3% (6) de los pacientes, después de la consejería, cambio de actitud en el sentido de no dejar de tomar la medicación aun cuando sospechan que les habría causado malestar.

Tabla 40. Cumplimiento terapéutico (Test de Morisky-Green) al inicio y final del estudio (n=22)

Cumplimiento terapéutico		Final del estudio				Total		p ^{‡‡}
		Buena adherencia ^{§§}		Mala adherencia				
		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	Buena adherencia ^{§§}	1	4,5	0	0,0	1	4,5	0,008
	Mala adherencia	8	36,4	13	59,1	21	95,5	
Total		9	40,9	13	59,1	22	100,0	

‡‡: Test de McNemar para dos muestras emparejadas. Significativo $p < 0,05$

§§ Buena adherencia: respuesta de las 4 preguntas debe ser adecuada - no, sí, no, no. Cumplía fiel y regularmente la prescripción.

|| Mala adherencia: respuesta de las 4 preguntas ha sido contraria a la buena adherencia (sí, no, si, si). Incumplía lo orientado o lo realizaba en forma totalmente irregular o con abandono frecuente (Álvarez, 2010, p. 210).

Se observó un cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en la adherencia, después de la consejería farmacéutica.

Tabla 41. Análisis de respuestas al Test de Batalla al inicio y final del estudio (n=22)

Test de Batalla		Final del estudio				Total (al inicio)		p ^{‡‡}
		Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto			
1. ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	Incorrecto (no)	0	0,0	1	4,5	1	4,5	0,008
	Correcto (si)	0	0,0	21	95,5	21	95,5	
	Total (al final)	0	0,0	22	100,0	22	100,0	
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	Incorrecto (no)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,008
	Correcto (si)	0	0,0	22	100,0	22	100,0	
	Total (al final)	0	0,0	22	100,0	22	100,0	
3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	Incorrecto	3	13,6	8	36,4	11	50,0	0,008
	Correcto	0	0,0	11	50,0	11	50,0	
	Total (al final)	3	13,6	19	86,4	22	100,0	

‡‡: Test de McNemar parados muestras emparejadas. Significativo $p < 0,05$

Respuesta correcta de la pregunta 3 del test de Batalla: corazón, cerebro, riñón u ojos.

Al término del estudio, todos los pacientes respondieron correctamente la pregunta N° 1 del test y 3 pacientes fallaron en responder o dieron la respuesta incompleta a la

pregunta N° 3 del test, por tanto se catalogan a estos con regular conocimiento sobre la hipertensión arterial.

A la evaluación se encontró cambio significativo ($p < 0,05$) en el conocimiento del daño a órganos que podría producir la hipertensión (pregunta 3 del test); habiendo al inicio, 50% (11) de pacientes con conocimiento de dos o más órganos que se podrían lesionar por tener la presión arterial elevada y al final del estudio, luego de la consejería farmacéutica, se mantiene tal 50% de pacientes citado, y adicionalmente 36,4% (8) de pacientes lograron citar dos o más órganos potenciales de daño por efecto de la hipertensión arterial.

Tabla 42. Conocimiento sobre la hipertensión arterial (Test de Batalla) al inicio y final del estudio (n=22)

Grado de conocimiento		Final del estudio				Total		p ^{‡‡}
		Bueno ^{¶¶}		Regular ^{***}				
		n	%	n	%	n	%	
Inicio del estudio	Bueno ^{¶¶}	11	50,0	0	0,0	11	50,0	0,008
	Regular ^{***}	8	36,4	3	13,6	11	50,0	
Total		19	86,4	3	13,6	22	100,0	

‡‡: Test de McNemar para dos muestras emparejadas. Significativo $p < 0,05$

Los 22 pacientes contestaron correctamente al menos una pregunta, al inicio y final

¶¶ Buen conocimiento: nivel de conocimiento satisfactorio sobre hipertensión arterial (HTA) en relación con conocer la definición de HTA, dominar que se trata de una enfermedad de curso crónico y de tratamiento prolongado, necesidad de tener controlada la enfermedad para evitar complicaciones y alcanzar una adecuada calidad de vida.

***Regular conocimiento: inexactitud de conocimiento de los puntos señalados previamente (Álvarez, 2010, p. 210). Pacientes que respondieron mal o incompleta una o dos preguntas

Se observó un cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en el grado de conocimiento sobre la hipertensión de los pacientes, después de la consejería farmacéutica.

Tabla 43. Evaluación de la presión arterial sistólica y diastólica de los pacientes al inicio y final del estudio (n=22)

En función de la muestra de estudio	Presión arterial	Reducción promedio (mmHg)	Desviación estándar (mmHg)	p§§§
Total	Sistólica final - inicio	5,77	12,29	0,044
	Diastrólica final - inicio	9,68	9,09	0,001
Sexo masculino	Sistólica final - inicio	1,00	11,24	0,888
	Diastrólica final - inicio	7,80	8,92	0,041
Sexo femenino	Sistólica final - inicio	9,75	12,1	0,016
	Diastrólica final - inicio	11,25	9,3	0,004

§§§: Test de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Significativo $p < 0,05$

Se considero la medición de presión arterial del brazo izquierdo de los 22 pacientes.

En la evaluación de la presión arterial sistólica y diastólica de los 22 pacientes al inicio y final del estudio, en general, se hallo que tanto, la presión arterial sistólica y diastólica se redujeron significativamente ($p < 0,05$) en promedio. Al realizar el análisis, por sexo se encontró para el sexo femenino que ambos valores de presión arterial se han reducido significativamente ($p < 0,05$) en promedio, mientras que para el sexo masculino solo se hallo reducción significativa ($p < 0,05$) en promedio, para la presión arterial diastólica.

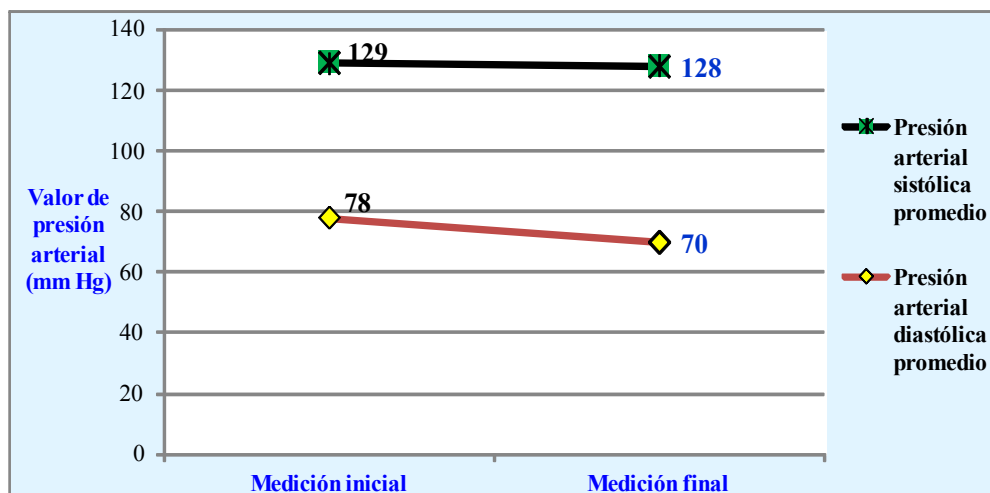


Figura 16. Valores de presión arterial promedio en pacientes varones a la medición inicial y final

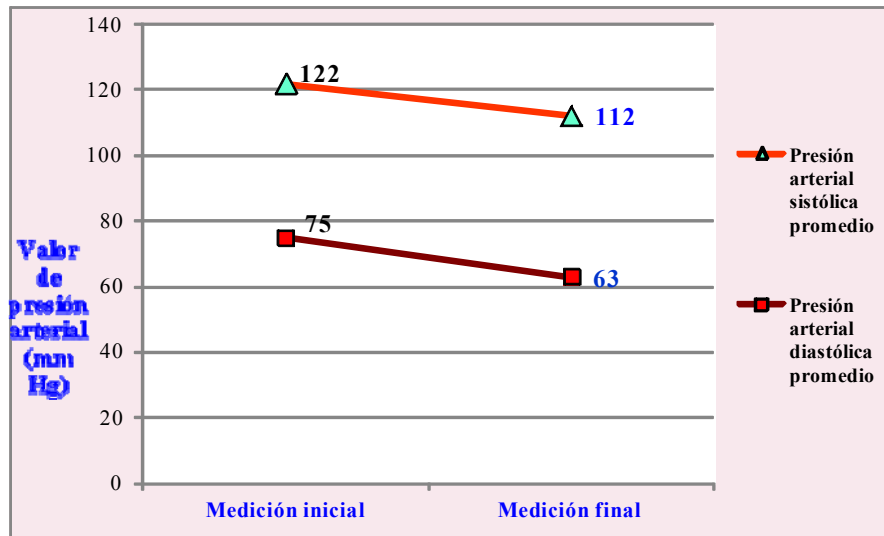


Figura 17. Valores de presión arterial promedio en pacientes mujeres a la medición inicial y final

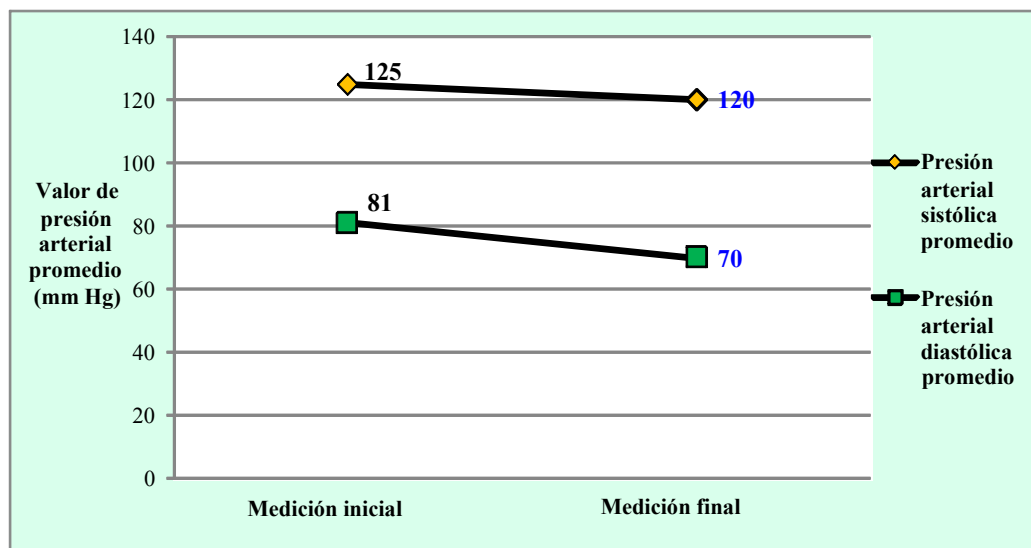


Figura 18. Valores de presión arterial promedio de pacientes con edad menor de 70 años, en la medición inicial y final

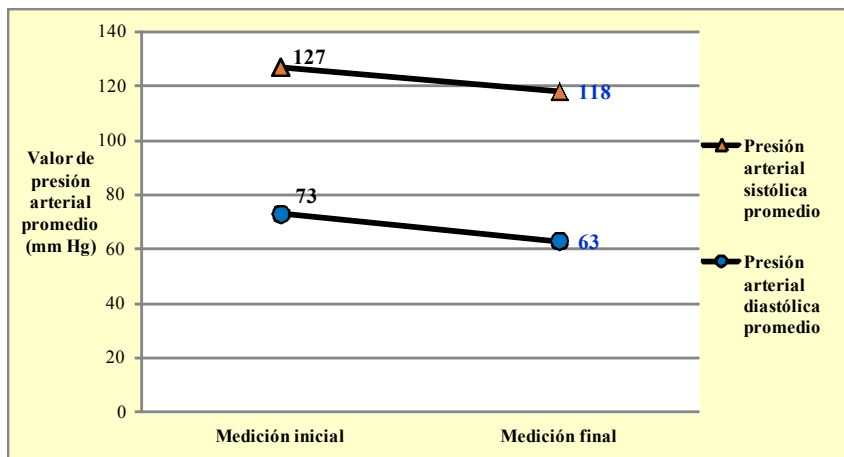


Figura 19. Valores de presión arterial promedio de pacientes con edad de 70 años a 79 años, en la medición inicial y final

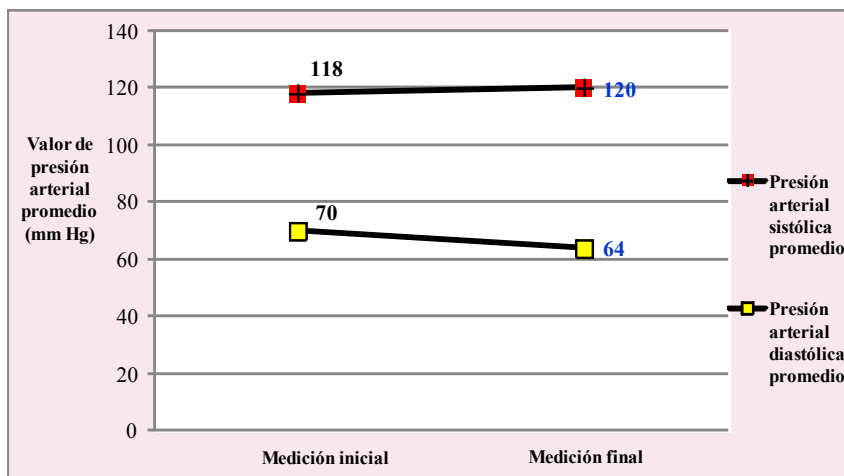


Figura 20. Valores de presión arterial promedio de pacientes con edad de 80 años a más, en la medición inicial y final

Tabla 44. Índice de masa corporal al inicio y final del estudio (n=22)

Índice de masa corporal (IMC)	Estado del peso (rango de IMC ⁷⁴)	Final del estudio								Total		p
		En bajo peso		Peso normal		Sobrepeso		Obeso		n	%	
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Inicio del estudio	En bajo peso (menor de 18,5 Kg/m ²)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,000
	Normal (18,5 a 24,9 Kg/m ²)	0	0	3	13,6	0	0,0	0	0,0	3	13,6	
	Sobrepeso (25,0 a 29,9 Kg/m ²)	0	0	0	0,0	12	54,5	0	0,0	12	54,5	
	Obeso (30,0 Kg y más)	0	0	0	0,0	1	4,5	6	27,3	7	31,8	
	Total	0	0	3	13,6	13	59,1	6	27,3	22	100,0	

Fuente. Datos de rango de IMC tomados de Center for disease control on prevention (2015).

|| || : Coeficiente de concordancia Kappa de Cohen. Significativo p<0,05.

El índice de masa corporal de los pacientes según el análisis, se ha mantenido, posterior a haberse brindado consejería farmacéutica, por lo que se observa un índice de concordancia Kappa de Cohen significativo ($p < 0,05$), al relacionar el IMC al inicio y final del estudio.

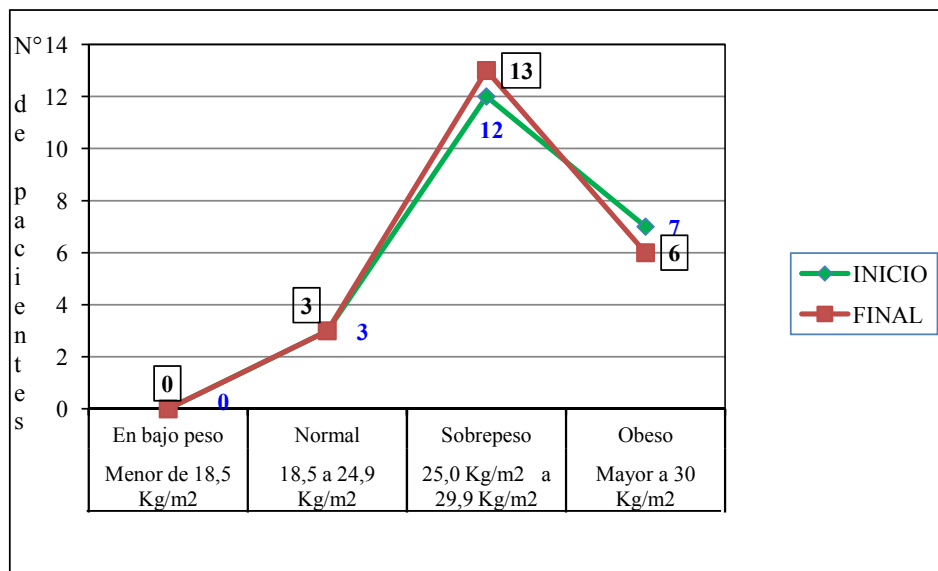


Figura 21. Índice de masa corporal promedio al inicio y final del estudio

En el índice de masa corporal al inicio y final del estudio se tuvo un cambio positivo al tener un paciente que del estado de obesidad pasó al de sobrepeso, significaría que la consejería farmacéutica tuvo en este punto mínima trascendencia.

Tabla 45. Calidad de servicio en la dimensión fiabilidad, desde la percepción de los pacientes

Nº de pregunta	Descripción de la pregunta	Nº de pacientes	Promedio de calificación obtenido por pregunta	Evaluación - nivel de satisfacción :
1	¿Cómo califica la disposición de la química farmacéutica en tratar de ayudar a mejorar su estado o condición de salud?	22	4,77	Alto
2	¿Qué opinión tiene de la anticipación con que se programó su atención por la química farmacéutica, a través de la visita domiciliaria?	22	4,59	Alto
Fiabilidad			4,68	Nivel alto

Tabla 46. Calidad de servicio en la dimensión capacidad de respuesta, desde la percepción de los pacientes

Nº de pregunta	Descripción de la pregunta	Nº de pacientes	Promedio de calificación obtenido por pregunta	Evaluación - nivel de satisfacción :
3	¿Ante un problema de salud relacionado con su tratamiento, como fue la conducta de la química farmacéutica por ayudarlo?	22	4,68	Alto
4	¿Qué calificación otorga a la asistencia de la química farmacéutica en las fechas y horas que acordaron con usted para las visitas domiciliarias?	22	4,77	Alto
5	¿Qué opina del tiempo que utilizó la química farmacéutica en la consejería brindada en cada visita domiciliaria?	22	4,73	Alto
6	¿Cómo considera la información brindada por la química farmacéutica frente a su petición de orientación para mejorar el cumplimiento del tratamiento o para comprender la terapia prescrita por el médico?	22	4,77	Alto
Capacidad de respuesta			4,74	Nivel Alto

Tabla 47. Calidad de servicio en la dimensión seguridad, desde la percepción de los pacientes

Nº de pregunta	Descripción de la pregunta	Nº de pacientes	Promedio de calificación obtenido por pregunta	Evaluación - nivel de satisfacción :
7	¿Qué opina del comportamiento de la química farmacéutica, le inspiró confianza?	22	4,73	Alto
8	¿Cómo califica el trato que le brindó la química farmacéutica a usted como paciente?	22	4,73	Alto
9	¿Cómo considera las respuestas que dio la química farmacéutica frente a las preguntas que usted hizo?	22	4,64	Alto
10	¿Qué le ha parecido la atención individualizada realizada por la química farmacéutica a través de la visita domiciliaria?	22	4,95	Alto
11	¿Qué opinión le merece a usted, la oportunidad de que una química farmacéutica se dedique a darle un servicio en el área que concierne su profesión?	22	4,82	Alto
Seguridad			4,77	Nivel alto

Tabla 48. Calidad de servicio en la dimensión empatía, desde la percepción de los pacientes

Nº de pregunta	Descripción de la pregunta	Nº de pacientes	Promedio de calificación obtenido por pregunta	Evaluación - nivel de satisfacción :
12	¿Cómo califica la comprensión de la química farmacéutica frente al estado emocional en que usted se encontró en la visita de consejería farmacéutica?	22	4,68	Alto
13	¿Qué opinión tiene usted de la consejería brindada por la profesional que ha tratado de orientarlo sobre el tratamiento que sigue?	22	4,82	Alto
14	¿Qué tipo de comentario le merece a usted la capacidad de respeto por sus ideas y puntos de vista respecto de su tratamiento, por parte de la química farmacéutica?	22	4,68	Alto
Empatía			4,73	Nivel alto

Tabla 49. Calidad de servicio en la dimensión tangibilidad, desde la percepción los pacientes

Nº de pregunta	Descripción de la pregunta	Nº de pacientes	Promedio de calificación obtenido por pregunta	Evaluación - nivel de satisfacción :
15	¿Qué opina del material educativo que se le ha mostrado y entregado?	22	4,91	Alto
16	¿Cómo califica al instrumental de medición de la presión arterial y otros materiales (ejemplo: cinta métrica, balanza) usados en cada visita?	22	4,73	Alto
17	¿Qué opina de la apariencia personal de la profesional que le dio consejería farmacéutica?	22	4,86	Alto
Tangibilidad			4,83	Nivel alto

Tabla 50. Nivel de percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes adultos mayores con hipertensión arterial

N°	Dimensiones	N° de preguntas del cuestionario	Percepción de calidad del servicio	
			Promedio	Evaluación : nivel de satisfacción
1	Fiabilidad	2	4,68	Alto
2	Capacidad de respuesta	4	4,74	Alto
3	Seguridad	5	4,77	Alto
4	Empatía	3	4,73	Alto
5	Tangibilidad	3	4,83	Alto
Calidad de la consejería farmacéutica			4,75	Alto

Fuente. Resultados de aplicación del cuestionario - percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial.

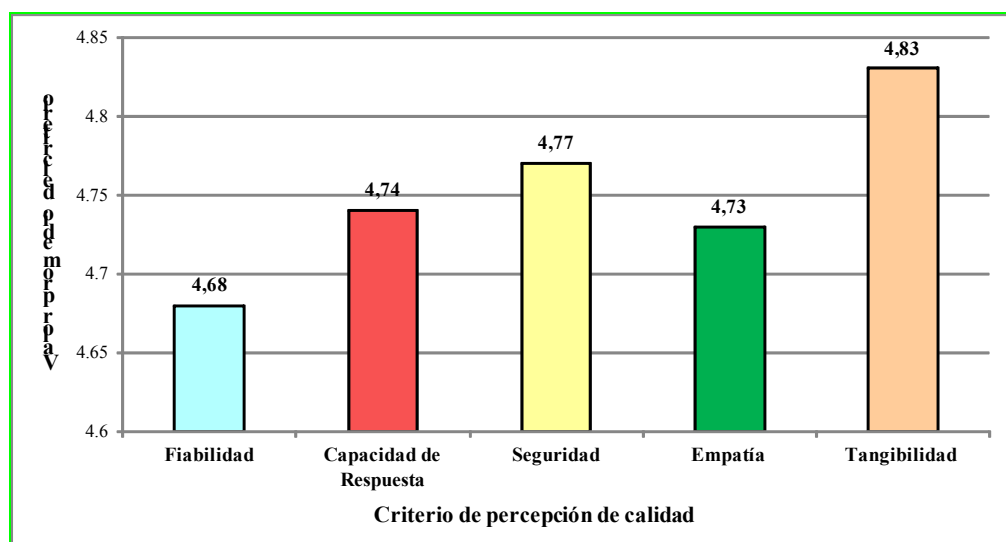


Figura 22. Resultados de la percepción de calidad de la consejería farmacéutica

La dimensión que ha generado un nivel de satisfacción mayor según las respuestas de los pacientes al cuestionario, fue el criterio de calidad de tangibilidad, con un valor promedio de 4,83; que identifica un nivel de satisfacción alto. Por otro lado, se tiene que la dimensión que ha generado un nivel de menor grado de satisfacción, fue fiabilidad, con un valor promedio de 4,68; pero que aun es indicativo de un nivel de satisfacción alto. En general, según la percepción de los pacientes, la calidad de la consejería farmacéutica obtuvo un puntaje promedio de 4,75; es decir un nivel de satisfacción alto.

Tabla 51. Calificación del paciente al servicio de consejería farmacéutica, obtenido de la aplicación de un cuestionario

Nº de pregunta del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Sumatoria de puntajes de calificación del paciente
Paciente	Respuestas de calificación dadas por el paciente a cada pregunta																	
Px 1	5	4	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	77
Px 2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
Px 3	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	83
Px 4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	83
Px 5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
Px 6	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	4	75
Px 7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
Px 8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	84
Px 9	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	80
Px 10	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	80
Px 11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
Px 12	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	82
Px 13	5	4	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	77
Px 14	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	78
Px 15	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	82
Px 16	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	84
Px 17	5	5	5	4	5	4	5	4	3	5	5	4	4	4	5	4	5	76
Px 18	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	78
Px 19	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	81
Px 20	4	4	4	5	5	4	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	77
Px 21	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	5	77
Px 22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85

Según el nivel de satisfacción se clasifico los pacientes en:

- **Pacientes satisfechos:** sus respuestas al cuestionario acumularon puntuación entre 60-85 puntos.
- **Pacientes insatisfechos:** sus respuestas al cuestionario acumularon puntuación inferior a 60 puntos.

Evaluado el nivel de satisfacción de los pacientes (Tabla 51) a través de la aplicación del cuestionario de 17 preguntas (Anexo 15), se calculó el índice de impacto a través de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de impacto} = \frac{\text{Total de pacientes satisfechos}}{\text{Total de pacientes encuestados}} \times 100$$

Según los resultados aplicados en la formula se obtuvo:

$$\text{Índice de impacto} = \frac{22}{22} \times 100 = 100\%$$

El índice de impacto del servicio brindado en el nivel de satisfacción del paciente, se ha clasificado en:

- Impacto alto : cuando el índice fue mayor de 80 %.
- Impacto moderado: cuando el índice estuvo entre 60-80 %.
- Impacto bajo : cuando el índice fue menor de 60% (Lazo & Lores,2011, p.239)

En la **valoración del nivel de satisfacción**, se encontró que cada uno de los 22 pacientes (100%) acumularon una puntuación entre 60 a 85 puntos (pacientes satisfechos) al responder el cuestionario, es decir, se obtuvo al total de pacientes satisfechos con el servicio recibido, por lo cual se alcanzó un alto índice de impacto.

Tabla 52. Nivel de satisfacción del paciente, según respuestas a una pregunta del cuestionario: percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial

Pregunta: En la escala del 1 a 10, de acuerdo a la satisfacción alcanzada por usted, ¿cómo califica el servicio de consejería farmacéutica brindado al paciente hipertenso a través de la visita domiciliaria?

Puntuación en respuesta a pregunta: escala desde 1 (no satisfecho) hasta 10 (muy satisfecho)				Total de pacientes
Puntaje asignado de:	1 a 8	9	10	
Nº de pacientes	0	2	20	22

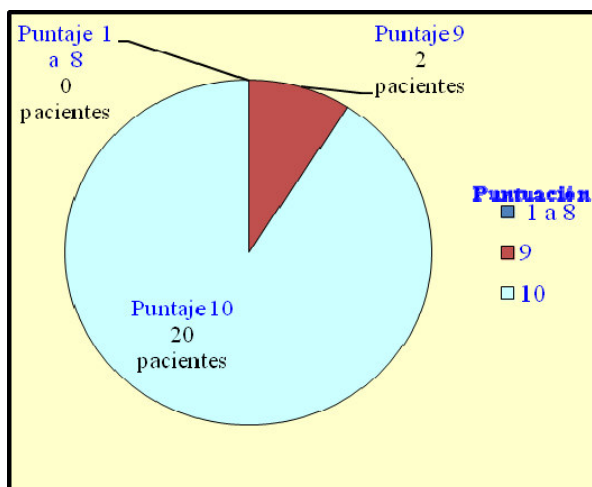


Figura 23. Calificación del 1 al 10 al servicio de consejería farmacéutica

Según las respuestas obtenidas a la pregunta citada al final del cuestionario, para evaluar el nivel de satisfacción del paciente sobre el servicio que se le brindó, la calificación de 2 pacientes ha sido de 9 puntos y de 20 pacientes ha sido 10 puntos, por lo cual el promedio de calificación de los 22 pacientes, fue 9,91 puntos, teniendo en cuenta la escala del 1 al 10; tal puntaje otorgado al servicio de consejería farmacéutica, lleva a concluir que existió en promedio una opinión favorable.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Este estudio ha permitido conocer la adherencia terapéutica de una muestra de pacientes adultos mayores hipertensos de la jurisdicción de Huaycan que reciben atención del Seguro Social, antes de la intervención farmacéutica y después de realizar una serie de actividades que involucran la participación del Químico Farmacéutico. Se aplicó dos tests de entrevista personalizada; el test de Morisky-Green mediante el cual se halló 4,5% de adherentes al tratamiento antihipertensivo tal como se muestra en la Tabla 40 y Figura 10; y el test de Batalla a través de este, se determinó que 50% tuvieron conocimiento adecuado sobre la hipertensión/cumplimiento terapéutico, lo cual se indica en la Tabla 42 y Figura 11; ambos resultados del total de 22 pacientes, a inicios del estudio. Los siguientes resultados guardan aproximación al hallado mediante el test de Batalla y contrastan al encontrado a través del test de Morisky-Green, tal es así que el primer resultado se considera una cifra muy baja, ya que en otros estudios de Latinoamérica como el publicado por Ingaramo et al. (2005) “evidenciaron 48,15% de pacientes adherentes del total de 1784, al aplicar el test de Morisky-Green-Levine”. En tanto, Quintana Setién & Fernández-Britto (2009) encontraron 37,4% de adherencia terapéutica del total de 329 pacientes, con la aplicación del test de Morisky-Green y test de Batalla; siendo considerado adherente al paciente que contestara correctamente el test de Morisky-Green y además tuviera controlada sus cifras de tensión arterial o contestara acertadamente el test de Batalla o ambos. En el mismo sentido, Noack et al. (2013) “que aplicaron el test de Morisky-Green, hallaron 45,9% de adherencia al tratamiento antihipertensivo del total de 74 pacientes” y Ledur et al. (2013) “en su estudio realizado en pacientes hipertensos diabéticos, encontraron adherencia al tratamiento antihipertensivo de 51,4%, evaluada a través del cuestionario de Morisky”. En otro ámbito, se puede citar el trabajo publicado por Shin et al. (2013) “en que se reportó 42,4% de adherentes a la medicación antihipertensiva del total de 40408 pacientes”. Con mayores diferencias en tasas de adherencia se encontraron reportes de otros países, tales como Colombia (92%) en el estudio de Isaza, Moncada, Mesa & Osorio, 2004 y China (69,2%) en el estudio de Wong et al., 2013. Por otro lado, en el estudio de García Pérez et al. (2000) hallaron “en porcentajes de cumplimiento, según los métodos de medida empleados: test de Batalla 15,6%; test de Morisky-

Green 76,8% y recuento de comprimidos 34,6%”, lo cual ilustra la diferencia en resultados entre uno y otro test.

En Perú, el estudio de Carhuallanqui et al. (2010) “realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia reporto 37,9% de adherencia al tratamiento farmacológico, utilizando el test de Morisky-Green”, que es el mismo que se utilizo en nuestro estudio; mientras que Fernández-Arias et al. (2014) determinaron “una tasa de adherencia de 42,6% de 115 participantes, usando la versión española del cuestionario escala-8 de adherencia a la medicación de Morisky”.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati y el Hospital Víctor Lazarte Echegaray (Trujillo), ambos de EsSalud, se encontraron tasas de adherencia de 54% y 58% respectivamente (Del Águila et al., 1994; Arana et al., 2001). En tanto, Apaza (2013) encontró “31,3% adherentes al tratamiento de 517 pacientes hipertensos del Policlínico Metropolitano de EsSalud-Red Tacna, según el test de Morisky-Green-Levine”. Es de considerar que en EsSalud, tales niveles de adherencia podrían ser altos ya que son parte del sistema de seguridad social y estaría garantizado que el medicamento será dispensado a la entrega de la receta médica. Tales resultados, no se acercan al hallazgo inicial según el test de Morisky-Green del estudio realizado en el Centro de Atención Primaria III Huaycan, zona de menor desarrollo y con población que en mayoría tiene limitación educativa.

Existe gran variabilidad de tasas de adherencia alrededor del mundo, debido a diferentes factores. En este sentido, Sánchez (2006) “cita que el nivel exacto de adherencia al tratamiento es difícil de determinar, y se puede encontrar un amplio rango que oscila desde 8 hasta 96%”. Del mismo modo, Gutiérrez-Angulo, Lopetegi-Uranga, Sánchez-Martin & Garaigordobil-Landazabal (2011) afirman que la “variabilidad de los resultados del cumplimiento farmacológico en distintos estudios es muy amplia y oscila entre 7,1 y 66% según las patologías, las variables estudiadas y distribución por género de las muestras”.

En el estudio desarrollado se ha brindado consejería farmacéutica a todos los pacientes adherentes y no adherentes, siendo menester de este trabajo llevar a cabo actividades del farmacéutico, que son también citadas a continuación. En un estudio en que se involucraron médicos, farmacéuticos, enfermeras y nutricionistas en el

manejo de diabetes mellitus, hipertensión e hiperlipidemia en establecimientos de atención primaria, se reclutaron en total 477 pacientes, estos recibieron consejería por los profesionales de salud y se les hizo seguimiento por 6 meses. Los temas de atención farmacéutica incluyeron problemas del uso de fármacos (33,3%), sensibilización y conocimiento insuficiente acerca de la condición de la enfermedad y medicación (20,4%), por reacciones adversas a fármacos (15,6%), por falla terapéutica (13,9%) y por problemas de dosificación (3,4%). La falta de adherencia a los medicamentos encabezó la lista de problemas del uso de fármacos, seguido por la incorrecta administración de medicamentos. La falta de adherencia a los medicamentos fue el problema más común del uso de fármacos (146 de 235 en total, 62,1%). La intervención más común realizada por los farmacéuticos fue la consejería a los pacientes sobre sus medicamentos (38,8%), seguido por la derivación de pacientes a los prescriptores (20,8%), educación a los pacientes respecto a su enfermedad (12,0%), recomendación de un cambio en la dosis o frecuencia de los medicamentos o adición de otro medicamento (5,8%) y monitorización de la condición del paciente (5,0%). La consejería a pacientes por el farmacéutico es importante para resolver algunos de los efectos adversos prevenibles y también para asegurar e incrementar la confianza de los pacientes en sus medicamentos. En consecuencia, la educación y consejería a los pacientes sobre sus medicamentos y enfermedades fueron las principales intervenciones realizadas por los farmacéuticos (50,8%) (Chua et al., 2012). Destaca que más de la mitad de pacientes de la muestra no tuvieron adherencia al tratamiento, similar a nuestra investigación al comienzo, según el test de Morisky-Green.

La información relacionada a la adherencia al tratamiento farmacológico, que se registro en la ficha de datos-filiación del paciente, se recolecto en la primera visita domiciliaria o encuentro con el paciente en el centro de salud, así se tuvo indicios de los motivos de incumplimiento que en mayor número se reportaron; a veces hubo más de una razón de dificultad para cumplir el tratamiento por paciente (véase Tabla 18), como son: desconocimiento de la importancia de cumplir la toma del medicamento (7 respuestas), descuido del paciente (6 respuestas), falta de compromiso y olvido (4 respuestas para cada uno); entre las razones informadas para incumplimiento del tratamiento, el olvido ocupó el tercer lugar. En relación a lo

anterior, se halló como respuestas a una encuesta aplicada en la segunda visita, que 54,5% de los pacientes han recibido poca información sobre el tratamiento de la hipertensión arterial (véase Tabla 22); 72,7% algunas veces ha olvidado tomar sus medicamentos y 4,5% si lo olvidó con frecuencia en el tiempo previo (véase Tabla 23); 27,3% desconoce el momento adecuado y prescrito para tomar sus medicamentos algunas veces (véase Tabla 25); 27,3% si olvidó la toma de su medicación el último fin de semana (véase Tabla 26); se detectó que 17 pacientes olvidaron tomar sus medicamentos en el tiempo previo; de estos, 52,9% lo olvidó de 1 a 5 veces (véase Tabla 27) y 77,3% no sabe los posibles efectos secundarios de sus medicamentos (véase Tabla 29). Además, en la tercera visita, se detectó que 15 pacientes (véase Tabla 34) no entienden el horario de toma de sus medicamentos, lo que se tuvo en cuenta para el desarrollo de la consejería farmacéutica. A diferencia de lo citado, el estudio de Marshall, Wolfe & McKeivitt (2012) señalan “las razones más predominantes para el incumplimiento fueron: olvido (40,4%), seguido por efectos adversos (9,6%) e irregular estilo de vida (6,5%) de 1603 pacientes” y en el estudio de Lyra Júnior, Marcellini & Pelá (2008) “alrededor del 48% de pacientes refieren olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo”.

Al inicio del estudio realizado, de los puntos que evalúa el test de Morisky-Green, y a través de la aplicación de tal test, se detectó que en mayor preponderancia los pacientes olvidaban tomar sus medicamentos (81,82%) (véase Tabla 19); mientras en tanto en el estudio de Fernández-Arias et al. (2014) “al evaluar la adherencia al tratamiento mediante el test citado, entre los pacientes que tuvieron mala adherencia, encontraron que la mayoría falló en recordar tomar sus medicamentos, 44,6%”.

Con hallazgo similar al estudio realizado, el olvido de la toma de medicamentos demostró el estudio de Arana et al. (2001) “es sobre el que recae el principal problema con respecto a los tópicos que cuestiona el test referido, así 55,9% reconoció olvidar las indicaciones médicas” y el trabajo de Apaza (2013) “al evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo según el test de Morisky-Green-Levine, halló 55,5% de 517 pacientes se les olvidó tomar alguna vez los antihipertensivos”.

Las razones informadas sobre dificultades en el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los 22 pacientes, al inicio, considerando la clasificación de

adherencia en tres niveles-el de tipo parcial (problemas con cumplimiento de una parte del tratamiento), fue el que obtuvo el mayor número, 11 pacientes (véase Tabla 18). En este sentido se ha reportado, que sólo 11,7% de pacientes informan no tener problemas (significaría informe de adherencia o cumplimiento); por el contrario, 13,5% de pacientes informan tener problemas en cumplir el tratamiento completo (informe de falta de adherencia), mientras la gran mayoría de ellos (74,9%) informaron de problemas con alguno de los componentes del tratamiento (informe de adherencia parcial) (Granados & Gil, 2007).

En el presente estudio, de la aplicación de una encuesta en la segunda visita domiciliaria, se obtuvo que 81,8% del total de pacientes, consideran que es indispensable saber acerca de su medicación (véase Tabla 21). Esta es una de las principales motivaciones para realizar la consejería farmacéutica en cada visita domiciliaria. En este sentido, Núñez & Vicente (2007) “encontraron que 75% del grupo de estudio considera indispensable conocer su medicamento”.

En el estudio realizado, en cada visita domiciliaria a los pacientes, se les brindo educación sanitaria (se incidió en el tratamiento farmacológico: reconocimiento e identificación de sus medicamentos antihipertensivos, indicación terapéutica, instrucciones de toma y efectos adversos principales) y consejería farmacéutica. Asimismo, se obsequio a cada paciente un pastillero para el ordenamiento de sus medicamentos del tratamiento antihipertensivo y, en general, según la receta médica vigente, estrategia que fue bien recibida por todos los pacientes y ayudo a fomentar la adherencia total al tratamiento farmacológico. Se obtuvo mejoría de adherencia, según el análisis de los resultados del test de Morisky-Green al inicio y final (Tabla 36, 37 y 38) se halló cambio significativo ($p < 0,05$) en las respuestas de las tres primeras preguntas del test; así, al final se tuvo 40,9% de adherentes (Tabla 40 y Figura 14), en comparación con el inicio, 4,5% (Tabla 40 y Figura 10); asimismo, se alcanzo mejora en el nivel de conocimiento del paciente sobre la hipertensión, mediante la evaluación de los resultados del test de Batalla al inicio y final (Tabla 41) se encontró cambio significativo ($p < 0,05$) en las respuestas de la tercera pregunta del test; siendo, al final que 86,4% de pacientes tuvieron buen conocimiento sobre la hipertensión/cumplimiento terapéutico (Tabla 42 y Figura 15) en tanto que al inicio fue 50% (Tabla 42 y Figura 11), es decir hubo mejoría, se ascendió en 36,4 puntos

por ambos test, lo cual fue satisfactorio. Desde el punto de vista global de los hallazgos por los dos test, en los resultados de adherencia al inicio y final del estudio, se halló cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$) indicaría que la consejería tuvo resultados positivos (Tabla 40). En tanto, en los resultados para el grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial al inicio y final del estudio, se encontró un cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$), señalaría que la consejería logro buenos resultados (Tabla 42). Los valores de presión arterial de los pacientes se han determinado en cada visita, la presión arterial sistólica promedio en el brazo izquierdo al inicio fue 125 mmHg y al final, post consejería, se redujo a 119 mmHg (véase Anexo 6 y 16), según el análisis de la reducción promedio de tal presión al final e inicio, se encontró disminución significativa ($p < 0,05$) (véase Tabla 43); en la presión arterial diastólica promedio en el brazo izquierdo al inicio fue 76 mmHg y al final disminuyó a 66 mmHg (véase Anexo 6 y 16), asimismo mediante el análisis de la reducción promedio de la citada presión al final e inicio, se halló reducción significativa ($p < 0,05$) (véase Tabla 43). En relación a lo anterior, en los resultados de un estudio en 184 pacientes con hipertensión en tratamiento, el promedio de la presión arterial sistólica (DE) fue reducida de 133,2 (14,9) mmHg a 129,9 (16,0) mmHg ($p = 0,02$). La presión arterial diastólica no fue significativamente reducida (Lee et al., 2006). Se asemeja a nuestro estudio, en el hallazgo de reducción significativa ($p < 0,05$) en la presión arterial sistólica del brazo izquierdo, habiendo hallazgo discordante en significancia para la presión arterial diastólica. La metodología desarrollada del citado estudio fue similar en algunos puntos al método de estudio realizado, con la destacable excepción que no hubo grupo control y la muestra fue menor en el nuestro, además de lo similar de la estrategia de educación desarrollada y otros puntos afines, el estudio de Lee et al., (2006) “condujo a un incremento notable y marcado en adherencia a la medicación de 61% a 96%”, es decir se incremento en 35 puntos; cercano a la mejoría de adherencia del inicio al final del estudio realizado. Asimismo, otro estudio reportó cambios en adherencia post-intervención, con una tasa de adherencia en 1 a 6 meses, mayor en los pacientes con atención farmacéutica ($0,91 \pm 0,15$) comparado a los pacientes con atención habitual ($0,78 \pm 0,30$) ($p = 0,02$); no hubo diferencia significativa en la tasa de adherencia durante el periodo de 7 a 12 meses; el promedio de reducción en la presión arterial sistólica fue 9,9 mmHg en pacientes con atención farmacéutica

comparado con 2,8 mmHg en pacientes en atención habitual ($p < 0,05$); siendo los cambios en la presión arterial diastólica similares en los 2 grupos, con disminución de 2,9 mmHg y 1,0 mmHg, respectivamente ($p = 0,16$) (Robinson, Segal, López & Doty, 2010). Del mismo modo, en un estudio en que el principal resultado medido fue adherencia a la farmacoterapia (test de Morisky-Green e historial computarizado de medicamentos dispensados) y medición clínica (p. ej. presión arterial), se consiguió mejora significativa en adherencia a la farmacoterapia para el grupo de intervención de acuerdo al test en 50,5% de pacientes adherentes al inicio vs 83,5% después de 36 meses; $p < 0,001$ y al historial computarizado de medicación dispensada (52,6% de pacientes adherentes al inicio vs 83,5% después de 36 meses; $p < 0,001$); no hubo cambios en el grupo control (Obreli-Neto et al., 2011). Como se observa la diferencia, en mejoría de adherencia fue 33 puntos, cercano al hallado en nuestro estudio.

Otro parámetro controlado fue el índice de masa corporal (IMC) de los pacientes, se observó que se ha mantenido desde el inicio hasta el final del estudio, ya que se halló un índice de concordancia Kappa de Cohen significativo ($p < 0,05$) (véase Tabla 44). En ese sentido el estudio de Aguiar, Balisa-Rocha, Brito & Lyra (2012) “realizado en 35 pacientes con hipertensión esencial y presión arterial no controlada, después de 10 meses de intervención farmacéutica y de visitas mensualmente programadas, se encontró que los índices antropométricos permanecieron sin cambios”, equivalente al hallazgo del estudio realizado. En tanto, que la presión arterial fue controlada en 9 (42,9%) de los 21 pacientes con diabetes (presión arterial $< 130/80$ mmHg) y 11 (78,6%) de los 14 pacientes con hipertensión no complicada ($< 140/90$ mmHg). La tasa de control de la presión arterial se incrementó significativamente de 0% a 57,2% en personas mayores ($p = 0,000$). La reducción promedio desde el inicio fue 26,6 mmHg para presión sistólica ($p < 0,0001$), 10,4 mmHg para presión diastólica ($p < 0,0001$) y 15,7 mmHg para el pulso ($p < 0,0001$). Al inicio del estudio solo 6 pacientes (17,1%) fueron adherentes, según los test Morisky y Haynes; al final del programa, 24 pacientes (68,6%) fueron adherentes ($p = 0,0000$) (Aguiar et al., 2012).

Las visitas domiciliarias, se coordinaron con el paciente para realizarse cada 15 días a 30 días, por un lapso de 4 meses. En un estudio al grupo de intervención se controlaba cada mes con seguimiento de 6 meses y análisis posterior a los 12 meses

de la finalización del estudio. La intervención consistió en el contacto con el paciente durante dos entrevistas iniciales, en las que se controlaba el cumplimiento, además del conocimiento que poseían inicialmente sobre su tratamiento. Ante la observación de algún problema, se proponía una intervención concreta y se le suministraba un plan terapéutico, farmacológico y no farmacológico. La adherencia se verificó en el grupo de intervención mediante los test de Batalla, Haynes-Sackett y Morisky-Green (Torres et al., 2010); similarmente se trató de actuar ante algún problema relacionado a medicamentos que tuviera el paciente y se utilizó dos de los test citados en el trabajo realizado. Otro punto destacable del estudio de Torres et al. (2010) es que “existió diferencia significativa en el porcentaje de cumplidores en el grupo intervención entre el inicio del estudio, que era de 69 pacientes (30%), y el final de la intervención, que fue de 141 pacientes (60,8%) ($p=0,01$)”; es decir hubo un aumento de 31 puntos, similar puntaje en mejoría de adherencia, post consejería al encontrado en nuestro estudio. En cuanto a los valores de presión arterial sistólica, a los 3 y 6 meses, experimentaron un descenso medio de 11,0mmHg en el grupo control y de 16,08mmHg en el grupo intervención (IC 95%: 1,13–9,02; $p=0,012$), y una media de 14,7mmHg en el grupo control y de 20,95mmHg en el grupo intervención (IC 95%: 2,12–10,02; $p=0,003$). La disminución de la presión arterial diastólica a los 3 y 6 meses fue de 4,76 mmHg en el grupo control y de 8,40 mmHg en el grupo intervención (IC 95%: 0,57–6,73; $p=0,021$), y de 4,92 mmHg de media en el grupo control y de 7,48 mmHg en el grupo intervención (IC 95%: 0,04–5,07; $p=0,046$); existió reducción significativa en la presión arterial (Torres et al., 2010), similar al estudio llevado a cabo.

En un estudio sobre intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación, se encontró evidencia de intervenciones efectivas para varias condiciones crónicas. Con respecto a resultados clínicos, se encontró evidencia sólida que la adherencia a la medicación mejorada fue acompañada por resultados clínicos mejorados con intervenciones del manejo de la hipertensión por el farmacéutico dirigidas al mejoramiento de la presión arterial sistólica. Se encontró evidencia que la educación con apoyo conductual, recordatorios e intervenciones multicomponente dirigidas por el farmacéutico, incrementaron la adherencia en más de un área clínica (Mendoza, Muñoz, Merino & Barriga, 2006).

En el test de Batalla aplicado en el estudio, se señalan preguntas importantes sobre conceptos básicos de la enfermedad, entre ellas acerca del conocimiento sobre que órganos pueden lesionarse por la hipertensión, en general, 11 pacientes al inicio y 19 pacientes al final del estudio (véase Tabla 41), conocen 2 o más órganos que pueden verse afectados por la hipertensión. Más aun, otra pregunta básica del conocimiento es sobre si la hipertensión es para toda la vida, al inicio 21 pacientes aciertan y uno falla; al final del estudio, todos respondieron adecuadamente a tal pregunta (véase Tabla 41). Posteriormente a la intervención, consejería farmacéutica al paciente, se consiguió mejoría en la adquisición de conocimientos sobre la hipertensión (50% a 86,4%), existiendo un cambio significativo ($p < 0,05$) en el grado de conocimiento del paciente. A diferencia con este estudio, la investigación de Álvarez (2010) “en 846 pacientes, reporto bajo conocimiento sobre la enfermedad, solo 34,5% de los enfermos poseían conocimientos adecuados y correctos sobre su enfermedad, lo que además representa que 65,48% de aquellos mostraban elementos deficitarios en el conocimiento de su proceso patológico”. En cambio, un valor mayor del detectado al inicio del presente estudio, se encontró en el artículo norteamericano de Osthega, Yoon, Hughes & Louis (2008) “en los años 2005 y 2006, 78% adultos hipertensos encuestados conocían su enfermedad”. Por otro lado, en un estudio se encontró que en la fase inicial, el nivel de conocimiento del paciente sobre la hipertensión, en el grupo de estudio y control fue similar, 24,8 (DE=5,3) y 26,1 (DE=4,5) puntos, respectivamente. En general, al final, no hubo mayor nivel de conocimiento observado, en pacientes del grupo de estudio y del control, 28,3 (DE=4,2) y 27 (DE=4,5) puntos, respectivamente ($p=0,2$). Sin embargo, la atención farmacéutica aumento el conocimiento acerca de la enfermedad, en el grupo de estudio en 8,1 puntos (DE=2,2) en comparación con 6,8 (DE=2,4) puntos, en el grupo control (t-test, $p < 0,05$) (Skowron, Polak & Brandys, 2011). Se demostró que la atención farmacéutica tuvo efecto positivo en el conocimiento de los pacientes acerca de la enfermedad.

En nuestro estudio a diferencia del hallazgo de 11 (50%) pacientes que al inicio, no conocen dos o más órganos que pueden verse afectados por tener hipertensión (véase Tabla 41), Buendía (2012) “reporto que alrededor del 40% no sabe que órganos pueden lesionarse como consecuencia de la tensión arterial elevada”. En el estudio

realizado, se encontró que la mayoría de pacientes opinan que el cerebro es el órgano susceptible de afectarse por la hipertensión, al inicio y fueron referidos por el mayor número de pacientes, el corazón y cerebro como órganos que se lesionan por la hipertensión, al final del estudio. Al inicio y final, son los ojos los menos citados en frecuencia, que se afecten; en tanto que los riñones son mencionados en penúltimo lugar. En tanto que Correa Sánchez, Arrivillaga Quintero & Varela Arévalo (2004), señalan “en cuanto al conocimiento sobre las consecuencias de mantener la presión arterial alta, 72,41% de la muestra identifico como consecuencia la presencia de problemas cardiovasculares y 59,77% las complicaciones relacionadas al cerebro. Ningún sujeto de la muestra hizo referencia a complicaciones renales ni oculares, a presentarse potencialmente”.

Al final del presente estudio, mediante la aplicación del cuestionario, basado en el modelo SERVPERF, se obtuvo como resultado que la calidad de la consejería farmacéutica brindada tuvo un puntaje promedio de 4,75, es decir un nivel de satisfacción alto (véase Tabla 50). Para esto, en la aplicación del cuestionario, se evaluó cada una de las cinco dimensiones de la calidad del servicio (véase Tablas 45, 46, 47, 48 y 49). En tal sentido, en una investigación, aunque en una actividad farmacéutica distinta, se determinó que la calidad de servicio que perciben 209 usuarios que asisten a la farmacia de un Centro Médico, según la aplicación de un cuestionario (22 preguntas con 5 alternativas de respuesta) que tomo en su diseño al modelo SERVPERF, obtuvo un puntaje promedio de 3,85 lo que es considerado como calidad media, siendo las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta y aspectos tangibles, que se deben someter a mejora continua; ya que en fiabilidad tuvo un puntaje promedio de 3,64 (calidad media), en capacidad de respuesta, 3,73 (calidad media) y en aspectos tangibles, 2,96 (calidad media) (Espíritu Tacza & Sánchez Flores, 2014).

VI. CONCLUSIONES

- Al inicio, la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de los 22 adultos mayores hipertensos incluidos al estudio, según la aplicación del test de Morisky-Green fue 4,5%, un paciente; y mediante el test de Batalla, 50% tuvo buen conocimiento acerca de la hipertensión (cumplimiento terapéutico), once pacientes.

- Al final del estudio, la adherencia al tratamiento a través de la aplicación del test de Morisky-Green, fue 40,9%, nueve pacientes; y mediante el test de Batalla, 86,4% tuvo buen conocimiento acerca de la hipertensión, diecinueve pacientes. Existió cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en la adherencia al tratamiento y en el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, después de la consejería farmacéutica.

- La percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial ha sido de nivel de satisfacción alto, según las cinco dimensiones evaluadas, se alcanzó un puntaje promedio de 4,75; asimismo en la puntuación consolidada del cuestionario aplicado a los pacientes, la calificación estuvo entre 60 a 85 puntos, correspondiente a satisfacción e impacto alto.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adewale, D. & Olarenwaju, E. (2004). Misconceptions of hypertension. *J Natl Med Assoc*, 96(9), 1221-1224. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2568468/pdf/jnma00178-0089.pdf>
- Aguiar, P.M., Balisa-Rocha, B.J., Brito, G.C. & Lyra, D.P. (2012). Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. *J Am Pharm Assoc.*,52(4),515-8. doi:10.1331/JAPhA.2012.11015. Recuperado de [http://www.japha.org/article/S1544-3191\(15\)30506-9/pdf](http://www.japha.org/article/S1544-3191(15)30506-9/pdf)
- Alonso, M.A., Álvarez, J., Arroyo, J., Ávila, L., Aylón, R. & Gangoso, A., et al. (2006). Notas farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio madrileño de salud - Comunidad de Madrid. Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. *Salud Madrid*, 13(8),31-38. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
- Álvarez, G. (2010). Hipertensión arterial esencial. Cumplimiento terapéutico y control de la tensión arterial. *Medicentro*, 14(3),209-14. Recuperado de <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/139/168>
- Alwan, A., Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. (2010). Ginebra (Suiza). Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation. Adult Meducation. (2006). Improving medication adherence in older adults. Recuperado de http://www.adultmeducation.com/downloads/adult_meducation.pdf
- American Society of Health-System Pharmacists. (1997). ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient education and counseling. *Am J Health-Syst Pharm.*, 54,431-4. Recuperado de <http://www.ashp.org/doclibrary/bestpractices/orggdlpteduc.aspx>
- Antikainen, R.L., Kastarinen, M.J., Jousilahti, P., Peltonen, M., Laatikainen, T. & Beckett, N., et al. (2010). Despite evidence-based guidelines, systolic blood pressure remains inadequately controlled in older hypertensive adults. *J Hum Hypertens*, 24, 439-46. doi:10.1038/jhh.2009.85. Recuperado de <http://www.nature.com/jhh/journal/v24/n7/pdf/jhh200985a.pdf>

- Apaza Argollo, G.A. (2013). *Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de EsSalud - Red Tacna*. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Recuperado de http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_apaza_ar_gollo_ga_fac_s_medicina_2013.pdf?sequence=1
- Arana, G., Cilliani, B. & Abanto, D. (2001). Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo. *Rev Med Hered*, 12(4),120-6. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n4/v12n4ao2.pdf>
- Arocha, I. & Romero, E. (2011). La adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿Tan o Más importante que la misma Terapéutica?. *Informe Médico*, 13(9),419-429.
- Aslani, P. & Schneider, M.P. (2014). Adherence: the journey of medication taking, are we there yet?. *Int J Clin Pharm.*, 36(1),1-3. doi: 10.1007/s11096-013-9901-x. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-013-9901-x/fulltext.html>
- Asociación Médica Mundial. (2013, octubre). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Última vez enmendada por 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. Recuperado de [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Babakus, E. & Mangold, G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services; an empirical investigation. *HSR: Health Services Research*, 26(6),767-786. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069855/pdf/hsresearch00075-0070.pdf>
- Banegas, J.R., Graciani, A., de la Cruz-Troca, J.J., León-Muñoz, L.M., Guallar-Castillón, P. & Coca, A., et al. (2012). Achievement of Cardiometabolic Goals in Aware Hypertensive Patients in Spain: a nationwide Population-Based Study. *Hypertension*, 60,898-905. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.193078. Recuperado de <http://hyper.ahajournals.org/content/60/4/898.full.pdf+html>
- Brady, M.K., Cronin, J.J. & Brand, R.R. (2002). Performance-only measurement of service quality: a replication and extension [abstract]. *Journal of Business*

- Research*, 55(1),17–31. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296300001715>
- Buendía, J.A. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Biomédica*, 32,578-84. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.421>. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v32n4/v32n4a13.pdf>
- Burke, T.A., Sturkenboom, M.C., Lu, S.E., Wentworth, C.E., Lin, Y. & Rhoads, G.G. (2006). Discontinuation of antihypertensive drugs among newly diagnosed hypertensive patients in UK general practice [abstract]. *J Hypertens.*,24(6),1193-200. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16685222>
- Carhuallanqui, R., Diestra-Cabrera, G., Tang-Herrera, J. & Málaga, G. (2010) Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered*, 21(4),197-201. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n4/v21n4ao4.pdf>
- Center for disease control on prevention. Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity & National Center for Chronic Disease Prevention on Health Promotion. (2015). *Healthy Weight*. Atlanta USA: US Department of Health & Human Services. [updated 2015 May 15]. Recuperado de http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html#Interpreted
- Correa Sánchez, D., Arrivillaga Quintero, M. & Varela Arévalo, M.T. (2004). Conocimiento y creencias sobre la hipertensión arterial presentes en usuarios de servicios de salud. *Pensamiento Psicológico*,3,41-58. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4800684.pdf>
- Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M.J. & Ollendorf, D.A., et al. (2008). Medication compliance and persistence terminology and definitions [abstract]. *Value Health*,11(1),44-7. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18237359>
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A. & Izzo, J.L., et al. (2003a). The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The JNC VII Report. *JAMA*, 289(19),2560-72. doi:10.1001/jama.289.19.2560. Recuperado de <http://columbia.medicine.org/education/r/CARDIOLOGY/Outpatient-Prevention/HTN%20and%20Hyperlipidemia/JNC-7.pdf>

- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A. & Izzo, J.L., et al. (2003b). The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. JNC7-Complete Version. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6),1206-52. DOI: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2. Recuperado de <http://hyper.ahajournals.org/content/42/6/1206.full.pdf+html>
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A. & Izzo, J.L., et al. (2004). Complete Report. The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication N° 04-5230, [cerca de 104 p.]. Recuperado de <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- Chua, S.S., Kok, L.Ch., Md Yusof, F.A., Tang, G.H., Huey Lee, S.W. & Efendie, B., et al. (2012). Pharmaceutical care issues identified by pharmacists in patients with diabetes, hypertension or hyperlipidaemia in primary care settings. *BMC Health Services Research*, 12,388. doi:10.1186/1472-6963-12-388. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-388.pdf>
- Daskalopoulou, S., Rabi, D.M., Zarnke, K.B., Dasgupta, K., Nerenberg, K. & Cloutier, L., et al. (2015). Guidelines. The 2015 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 31,549-568. Recuperado de [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(15\)00130-0/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(15)00130-0/pdf)
Supplemental materials:
<http://www.onlinecjc.ca/cms/attachment/2030106863/2047623763/mmc1.pdf>
- Del Águila, D.J., French, Y.C. & Perales, R.L. (1994). Evaluación del tratamiento de la hipertensión arterial en la consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Rev Med IPSS*, 3(2),23-6.
- Decreto Supremo N° 014-2011-SA Reglamento de Establecimiento Farmacéuticos (2011, 27 de Julio). Título I, Artículo 2°. Recuperado de http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/PortalConsultas/Documentos/DS_014-2011.pdf
- Dirección General de Salud de las Personas. (2015, 19 de enero). Guía técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la enfermedad hipertensiva. Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA.

Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-MINSA.pdf>

- Domino, F.J. (2005). Cochrane for Clinicians. Improving adherence to treatment for hypertension. *Am Fam Physician.*,71(11),2089-2090. Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2005/0601/p2089.html>
- Dynamed.* (2015, 8 de Junio). Hypertension. Review of nonpharmacologic management of hypertension. *Am Fam Physician.* [updated 2015 Jun 08]. Recuperado de <http://www.dynamed.com/home/>
- Ernst, F.R. & Grizzle, A.J. (2001). Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model [abstract]. *J Am Pharm Assoc.*, 41(2),192-9. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11297331>
- Espíritu Tacza, M.E. & Sánchez Flores, D.J. (2014). *Calidad de servicio desde la percepción de los usuarios externos que asisten a la farmacia del Centro Médico Sagrada Familia* (Tesis para optar el título de Químico Farmacéutico). Universidad Wiener, Lima.
- Fernández-Arias, M., Acuna-Villaorduna, A., Miranda, J.J., Diez-Canseco, F. & Málaga, G. (2014). Adherence to Pharmacotherapy and Medication-Related Beliefs in Patients with Hypertension in Lima,Perú. *PLoSOne*,9(12),e112875, [cerca de 11 p.]. doi:10.1371/journal.pone.0112875. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254514/pdf/pone.0112875.pdf>
- Forman, J.P., Choi, H. & Curhan, G.C. (2009). Fructose and vitamin C intake do not influence risk for developing hypertension. *J Am Soc Nephrol.*,20(4),863-71. doi: 10.1681/ASN.2008050473. Recuperado de <http://jasn.asnjournals.org/content/20/4/863.long>
- García Pérez, A.M., Leiva Fernández, F., Martos Crespo, F., García Ruiz, A.J., Prados Torres, D. & Sánchez de la Cuesta y Alarcón, F. (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. *Medicina de Familia (And)*,1(1), 13-19. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>
- Granados, G. & Gil, J. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *Intern Jour Psych Psychol Ther*, 7(3),393-403. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56070307.pdf>
- Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) & la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). (2013).

Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. *Hipertens riesgo vasc.*,30(Supl 3),4-91. Recuperado de <http://www.seh-linha.org/pdf/Guia2013.pdf>

- Gutiérrez-Angulo, M.L., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martin I. & Garaigordobil-Landazabal M. (2011). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev Calid Asist.* 27(2), 72-77. doi:10.1016/j.cali.2011.09.008. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/251661028_Cumplimiento_terapeutico_en_pacientes_con hipertension_arterial_y_diabetes_mellitus_2#pfl
- Ha, V., Sievenpiper, J.L., de Souza, R.J., Chiavaroli, L., Wang, D.D. & Cozma, A.I., et al. (2012). Effect of fructose on blood pressure: a systematic review and meta-analysis of controlled feeding trials. *Hypertension*, 59(4),787-795. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.182311. Recuperado de <http://hyper.ahajournals.org/content/59/4/787.full.pdf+html>
- Haynes, R.B., McDonald, H., Garg, A.X. & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. N°: CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000011/full>
- Haynes, R.B., Mc Donald, H.P. & Garg, A.X. (2002). Helping Patients Follow Prescribed Treatment. *JAMA*, 288(22),2880-2883. Recuperado de <http://www.safetynetinstitute.org/wp-content/OldMedia/Site/resources/chroniccare/HelpingPatientsFollow.pdf>
- Hill, M.N. & Miller, N.H. (1996). Compliance enhancement: a call for multidisciplinary team approaches. *Circulation*,93(1),4-6. doi: 10.1161/01.CIR.93.1.4. Recuperado de <http://circ.ahajournals.org/content/93/1/4.long>
- Ibarra, L.E. & Casas, E.V. (2015). Aplicación del modelo Servperf en los centros de atención Telcel, Hermosillo: una medición de la calidad en el servicio. *Contaduría y Administración*,60(1),229-260.doi:10.1016/S0186-1042(15)72153-4. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0186104215721534>
- Ingaramo, R.A., Vita, N., Bendersky, M., Arnolt, M., Bellido, C. & Piskorz, D., et al. (2005). Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg Cardiol*, 34(1),104-111. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014. Lima Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
- Isaza, C.A., Moncada, J.C., Mesa, G. & Osorio, F.J. (2004). Effectiveness of treatments for hypertension in a sample of Colombian patients [abstract]. *Biomédica*, 24(3),273–281. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15551879>
- James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L., Cushman, W.C., Dennison-Himmelfarb, Ch. & Handler, J., et al. (2014). Special Communication. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5),507-20. doi:10.1001/jama.2013.284427. Recuperado de https://www.michigan.gov/documents/mdch/2014_Evidenced-Based_Guidelines_for_Management_of_HBP_in_Adults_444163_7.pdf
- Kaplan, N.M., Thomas, G. & Pohl, M.A. (2012) Blood pressure measurement in the diagnosis and management of hypertension in adults. [uptodated 2014 Aug]. Recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/blood-pressure-measurement-in-the-diagnosis-and-management-of-hypertension-in-adults>
- Kosnin, A.M. & Lee, T.S. (2008). Pengaruh Personaliti Terhadap Kepuasan Kerja Dan Stres Kerja Guru. *Jurnal teknologi*,48(e),33–47. Recuperado de http://eprints.utm.my/8741/1/UTMjurnalTEK_JUN48E_%5B03%5D.pdf
- Kotler, P. (2001). Como instituir la satisfacción del consumidor mediante la calidad, el servicio y el valor. *Dirección de Mercadotecnia. Análisis, Planeación, Implementación y Control*. (pp. 10-11). Recuperado de <http://miguelangelherera.com/cátedras/administración-mercadotecnia/dmpk.pdf>
- Kripalani, S., Yao, X. & Haynes, B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*.167(6),540-549. doi:10.1001/archinte.167.6.540. Recuperado de <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=412057>
- Lazo Roblejo, Y. & Lores Delgado, D. (2011). Impacto de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico implementado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Farmacia*,45(2),226-234. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v45n2/far08211.pdf>

- Ledur, P.S., Leiria, L.F., Severo, M.D., Silveira, D.T., Massierer, D. & Becker, A.D., et al. (2013). Perception of uncontrolled blood pressure and non-adherence to anti-hypertensive agents in diabetic hypertensive patients [abstract]. *J Am Soc Hypertens.*,7(6),477-83. doi:10.1016/j.jash.2013.07.006. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23969287>
- Lee, J.K., Grace, K.A. & Taylor, A.J. (2006). Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*,296(21),2563-71. doi:10.1001/jama.296.21.joc60162. PMID: 17101639. Recuperado de <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=204402>
- Ley de las Personas Adultas Mayores N° 28803, Congreso de la Republica del Perú, (2006, 19 de Julio). Recuperado de http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
- Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 29459, Congreso de la Republica del Perú, (2009, 26 de Noviembre). Recuperado de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Ley29459.pdf>
- Ley General de Salud N° 26842, Congreso de la República del Perú, (1997, 15 de Julio). Recuperado de ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf
- Lin, J., Hsiao, C.T., Glen, R., Pai, J.Y. & Zeng, S.H. (2014). Perceived service quality, perceived value, overall satisfaction and happiness of outlook for long-term care institution residents [abstract]. *Health Expect.*,17(3),311-20. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00769.x. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22429448>
- Lyra Júnior, D.P., Marcellini, P.S. & Pelá, I.R. (2008). Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. *Revista Brasileira de Ciências Farmacéuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 44(3):451-7. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n3/a15v44n3.pdf>
- Machuca González, M. (2009). Anexos. *Seguimiento farmacoterapéutico (II) - La práctica de la atención al paciente* (pp. 106-110). Barcelona:Ediciones Mayo.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A. & Bohm, M., et al. (2013). ESH/ ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology

- (ESC). *European Heart Journal*, 34,2159–2219. doi:10.1093/eurheartj/ehj151. Recuperado de <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/28/2159.full.pdf>
- Marín, R., de la Sierra, A., Armario, P., Campo, C., Banegas, J.R. & Gorostidi, M., en representación de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). (2005). Conferencia de Consenso. Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Med Clin (Barc.)*,125(1),24-34. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13076402&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=32&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v125n01a13076402pdf001.pdf
- Márquez, E., Casado, J.J. & Márquez, J.J. (2001). Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC*, 8(8),558-73. Recuperado de <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/proyectos/webquest/WQ1/docs/marquez.pdf>
- Marshall, I.J., Wolfe, Ch. D.A. & McKeivitt, Ch. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ*,344,e3953. doi:10.1136/bmj.e3953. Recuperado de <http://www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e3953.full.pdf>
- Martin Alfonso, Libertad. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4),89-99. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
- Mendoza, S., Muñoz, M., Merino, J.M. & Barriga, O.A. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Méd Chile*,134(1),65-71. doi: 10.4067/S0034-98872006000100009. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/228706137_Factores_determinantes_de_cumplimiento_terapeutico_en_adultos_mayores_hipertensos
- Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Red de Municipios y Comunidades Saludables & Organización Panamericana de la Salud. (2004). Políticas saludables para adultos mayores en los municipios. Lima. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/actividad_fisica/archivos/cuaderno%2012_politicas%20saludables%20para%20adultos%20mayores_municipios.pdf
- Noack de la F. K., Cornejo-Contreras, G. & Castillo, J.A. (2013) Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario

- de Yungay, 2012. *Rev ANACEM*, VII(2),75-8. Recuperado de http://www.revistaanacem.cl/pdf/vol7/7.2-hipertensos_yungay.pdf
- Núñez Araoz, M.E. & Vicente Alfaro, M. (2007). *Consejería farmacéutica: estrategia para mejorar el nivel de conocimiento de la medicación en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Servicio de Cardiología – H.N.E.R.M (mayo-octubre 2006)* (Tesis para optar el título de Químico Farmacéutico). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2333/1/Nu%c3%bl ez_am.pdf
- Obreli-Neto, P.R., Guidoni, C.M., de Oliveira Baldoni, A., Pilger, D., Cruciol-Souza, J.M. & Gaeti-Franco, W.P., et al. (2011). Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients [abstract]. *Int J Clin Pharm.*, 33(4),642-9. doi: 10.1007/s11096-011-9518-x. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21544559>
- Ostchega, Y., Yoon, S.S., Hughes, J. & Louis, T. (2008). Hypertension awareness, treatment, and control continued disparities in adults: United States, 2005–2006. NCHS (National Center for Health Statistics) Data Brief. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db03.pdf>
- Oviedo, G.L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*,(18),89-96. Recuperado de <http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/index.php?id=375>
- Peretta, M.D. (2005). Principios de la Atención Farmacéutica. *Reingeniería Farmacéutica: Principios y Protocolos de la atención al paciente (p.15)*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=OLEtqqTwhkC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=reingenier%C3%ADa+farmac%C3%A9utica+principios+y+protocolos+de+la+atenci%C3%B3n+al+paciente&source=bl&ots=TS6mboQuRa&sig=Y3z2A_KYucH8Sd60kjlMDxWw-E&hl=es-419&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjZ1rONu-DJAhXJ6SYKHRmTDFAQ6AEIMTAF#v=onepage&q=reingenier%C3%ADa%20farmac%C3%A9utica%20principios%20%20protocolos%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20al%20paciente&f=false
- Quintana Setién, C. & Fernández-Britto, J.E. (2009). Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Rev Cubana Invest Bioméd.*, 28(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007

- Registro Nacional de Identificación y Estado Civil-RENIEC. (2015). Recuperado de <http://portales.reniec.gob.pe/web/dni>
- Robinson, J.D., Segal, R., Lopez, L.M. & Doty, R.E. (2010). Impact of a Pharmaceutical Care Intervention on Blood Pressure Control in a Chain Pharmacy Practice. *Ann Pharmacother.*,44(1),88-96. doi:10.1345/aph.1L289. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20040704>
- Rodríguez Chamorro, M.A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A. & Faus, M.J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*, 40(8),413-7. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13125407&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=131&acción=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n08a13125407pdf001.pdf
- Rosas, P.M. (2003). La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. *Archivos de Cardiología de México*,73 Suppl 1:S137-S140. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/la_hta_en_mx_y_su_relación_con_otros_factores_de_riesgo.pdf
- Sabate, E. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Sabater, D., Silva, M.M., Faus, J.M. & Grupo de investigación de atención farmacéutica. Univ.de Granada. (2007). Método DADER. Guía de Seguimiento Farmacoterapeutico. Recuperado de <http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf>
- Sánchez CN. (2006). Trabajo de revisión. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 14(3),98-101. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en063d.pdf>
- Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C., Prados Peña, D., García Caro, M.P. & Muñoz Vinuesa, A., et al. (2006). Adherencia Terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. *Index Enferm.*,15(54),25-29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006002200005

- Shin, S., Song, H., Oh, S.K., Choi, K.E., Kim, H. & Jang, S. (2013). Effect of antihypertensive medication adherence on hospitalization for cardiovascular disease and mortality in hypertensive patients [abstract]. *Hypertens Res.*,36 (11):1000-5. doi: 10.1038/hr.2013.85. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23966057>
- Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). Garantía de calidad en atención primaria. El Médico Interactivo. Madrid (España). Recuperado de <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2003/tema1/ap2.php>
- Skowron, A., Polak, S. & Brandys, J. (2011). The impact of pharmaceutical care on patients with hypertension and their pharmacists. *Pharmacy Practice*, 9(2), 110-115. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969835/pdf/pharmpract-09-110.pdf>
- Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial (SEH-LELHA). (2002) Capítulo III: Medida de la presión arterial, Capítulo IV: Evaluación clínica del paciente hipertenso. Anexos. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España. *Hipertensión*, 19 Suppl 3: 9-16, 17-24 y 67-74. Recuperado de <http://www.seh.lilha.org/guiahta02.htm>.
- Taylor, B.C., Wilt, T.J. & Welch, H.G. (2011) Impact of diastolic and systolic blood pressure on mortality: implications for the definition of "normal". *J Gen Intern Med*, 26(7),685-90. doi: 10.1007/s11606-011-1660-6. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138604/pdf/11606_2011_Article_1660.pdf
- Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. (2002). *Circulation*, 106(25), 3143-3421. Recuperado de <http://circ.ahajournals.org/content/106/25/3143.long>
- Torres, A., Fite, B., Gasco, P., Barau, M., Guayta-Escobies, R. & Estrada-Campmany, M., et al. (2010). Efectividad de un programa de atención farmacéutica en la mejora del control de la presión arterial en pacientes hipertensos mal controlados. Estudio PressFarm. *Hipertens riesgo vascular*,27 (1),13-22. doi: 10.1016/j.hipert.2009.05.007. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13146586&pidet_usuario=0&pcontact

id=&pident_revista=67&ty=106&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=67v27n01a13146586pdf001.pdf

- Universidad de Almería-Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad, Servicio de Calidad de los Servicios (2015, enero). Informe de resultados de la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los Servicios Administrativos de la Universidad de Almería 2014. Recuperado de <http://cms.ual.es/idc/groups/public/@serv/@editorial/documents/documento/resultencuestsatisfaccion14.pdf>
- Val. Jiménez, A., Amorós, G., Martínez, P., Fernández, M.L. & León, M. (1992) Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test [abstract]. *Aten Primaria*, 10(5), 767-70. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472599>
- Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J. & Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*, 336(7653),1114-7. doi:10.1136/bmj.39553.670231.25. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2386633/pdf/bmj-336-7653-res-01114-el.pdf>
- Wald, D.S., Law, M., Morris, J.K., Bestwick, J.P. & Wald, N.J. (2009). Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med.*, 122(3),290-300. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.09.038. Recuperado de [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(08\)00992-3/pdf](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(08)00992-3/pdf)
- Wong, M.C., Tam, W.W., Cheung, C.S., Tong, E.L., Sek, A.C. & Cheung N.T., et al. (2013). Medication adherence to first-line antihypertensive drug class in a large Chinese population [abstract]. *Int J Cardiol.*,167(4),1438-42. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.04.060. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22560948>
- World Health Organization (WHO). The world health report 2002—reducing risks, promoting healthy life. Recuperado de http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1
- Yan, L., Liu, K., Matthews, K., Daviglius, M., Ferguson, T. & Kiefe, C. (2003). Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA*, 290(16),2138-2148. doi:10.1001/jama.290.16.2138. Recuperado de <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=197528>

Anexo 2. Formato horario de visitas domiciliarias concertadas con el paciente

Mes :

Jueves 1	Viernes 2	Sábado 3	Domingo 4	Lunes 5	Martes 6	Miércoles 7
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Jueves 8	Viernes 9	Sábado 10	Domingo 11	Lunes 12	Martes 13	Miércoles 14
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Jueves 15	Viernes 16	Sábado 17	Domingo 18	Lunes 19	Martes 20	Miércoles 21
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Jueves 22	Viernes 23	Sábado 24	Domingo 25	Lunes 26	Martes 27	Miércoles 28
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Paciente:	Paciente:	Paciente:		Paciente:	Paciente:	Paciente:
Hora:	Hora:	Hora:		Hora:	Hora:	Hora:
Jueves 29	Viernes 30	Sábado 31				
Paciente:	Paciente:	Paciente:				
Hora:	Hora:	Hora:				
Paciente:	Paciente:	Paciente:				
Hora:	Hora:	Hora:				

Anexo 3. Consentimiento informado

Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud

Yo, identificado(a)
con DNI N°, paciente del CAP III Huaycan-EsSalud: acepto participar en
forma voluntaria en el estudio : ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III
HUAYCAN–EsSalud, que se desarrolla en el periodo de Setiembre del 2014 a
Febrero del 2015.

Declaro que:

- He leído la hoja de información (consentimiento informado)
- He realizado preguntas acerca de la investigación que se me han respondido
- He recibido suficiente información sobre la investigación
- He recibido la explicación del objeto de estudio.

Todos los puntos citados fueron contestados por la Químico-Farmacéutica: Maribel Lilia Limaylla La Torre.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando yo lo crea conveniente
- Sin dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos que sigo en el Seguro Social.

Estando plenamente informado(a) de lo expuesto en los tres puntos anteriores, DOY MI CONSENTIMIENTO a la investigadora para la realización de la Consejería Farmacéutica, con todo lo expresado en este documento y sin necesidad de autenticación por el notario, lo suscribo.

Fecha: / /

.....
Firma del paciente

.....
Firma del familiar o responsable del
paciente

ANTECEDENTES FARMACOTERAPÉUTICOS								
CONDICIÓN(ES) CLÍNICA(S) ANTERIOR(ES)			TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTERIOR					
Condición clínica o problema de salud	Fecha de inicio	Fecha final	Medicamento	Presentación farmacéutica	Régimen prescrito	Fecha de inicio (desde 1990 a posterior)	Régimen usado	Fecha final
Comentarios								
CONDICIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO VIGENTE A OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2014								
SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL			TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL					
Condición clínica o problema de salud	Fecha de inicio	Estado de la condición clínica	Medicamento	Presentación farmacéutica	Régimen prescrito	Fecha de inicio	Régimen usado	Observación : cumplimiento terapéutico
<i>Estado de la condición clínica :</i> <i>Inicial (I) : metas establecidas, inicia nueva terapia</i> <i>Mejoría (M) : progreso adecuado, continúa la misma terapia</i> <i>Aún sin mejoría (ASM) : aún sin progreso continúa la misma terapia</i> <i>Fracaso (F) : las metas no se lograron, la terapia actual se reemplaza por una terapia diferente</i> <i>Resuelto (R) : metas logradas, terapia terminada</i> <i>Estable (Est) : metas logradas, continúa la misma terapia</i> <i>Mejoría parcial (MP) : algún progreso, se requiere ajustar la terapia</i> <i>Empeora (Emp) : desmejoramiento de la salud, se ajusta la terapia</i>								
<i>Motivo del incumplimiento terapéutico :</i>			<i>Medicamento</i>					
a) No consigue cita con el medico para prescripción del tratamiento				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Se siente bien, luego de algunas tomas del medicamento y lo suspende				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Existe carencia del medicamento en el Centro Asistencial de Huaycan				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Descuido del paciente				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) No entendió la indicación prescrita en la receta médica				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Desconoce la importancia del cumplimiento de toma del tratamiento				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Otros motivos (malestar durante período de toma del medicamento, etc)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medición de presión arterial (1 ^{ra} visita o 1 ^{er} encuentro)	Hora de medición	Presión arterial sistólica			mm Hg	Frecuencia cardíaca		latidos por minuto
		Presión arterial diastólica						
Fecha de filiación del paciente al estudio								
Fecha concertada con el paciente para la 2 ^{da} visita domiciliaria o 2 ^{do} encuentro en el CAP Huaycan					Hora			

Anexo 5. Antecedentes de enfermedades, condiciones de salud y procedimientos quirúrgicos

Antecedente	N° de pacientes
Operación de ojos	5
Gastritis no especificada y crónica no especificada	4
Operación de vesícula	3
Dislipidemia	3
Fibrosis pulmonar	3
Osteoporosis	3
Artrosis	3
Retinopatía	3
Tuberculosis	3
Colecistitis crónica	2
Hiperplasia benigna de próstata	2
Prostatitis crónica	2
Operación de apéndice	2
Operación en la cabeza	2
Depresión	1
Cataratas	1
Glaucoma	1
Hipertrigliceridemia	1
Coxartrosis	1
Hipotiroidismo	1
Poliartrosis	1
Migraña	1
Neuralgia y neuritis no especificada	1
Úlcera gástrica	1
Extirpación de amígdalas	1
Extirpación de útero y ovarios	1
Ligadura de trompas de Falopio	1
Operación por forúnculo	1
Operación de ovario	1
Operación de prolapso	1
Operación de próstata	1
Operación de pulmón	1
Operación de útero	1
Operación por trombosis en pierna	1
Asma no especificado	1
Varices en otros sitios no especificados	1
Apendicitis	1
Artritis	1

Nota: Algunos pacientes han padecido dos o más condiciones de salud en el mismo tiempo.

**Anexo 6. Valores de presión arterial de los pacientes al inicio del estudio
(1^{ra} visita domiciliaria/encuentro)**


Paciente N°	BRAZO IZQUIERDO		BRAZO DERECHO	
	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)
1	140	80	130	80
2	122	80	130	80
3	122	70	120	65
4	130	80		
5	120	70	110	60
6	135	90		
7	145	70	140	70
8 ¶¶¶¶	110	60		
9	125	90		
10	110	60	105	60
11	135	80		
12	110	80	115	77
13	130	90		
14	115	70	130	70
15	130	75	130	80
16	120	80	120	80
17	118	80	120	80
18	125	80	125	80
19	140	80		
20	130	70	125	70
21	125	80		
22	110	60	115	70
Promedio	125	76	123	73

¶¶¶¶ Paciente que tuvo inmobilizado el brazo derecho durante el periodo del estudio. Todas las mediciones de presión arterial se le hicieron en el brazo izquierdo.



Anexo 7. Tarjeta agenda y control del paciente

Paciente :

<p>Medidas antropométricas</p> <p style="text-align: right;">Periodo de (según fecha de visita domiciliaria o 15 a 30 días medición encuentro en el CAP)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Talla (m)</th> <th>Peso (kg)</th> <th>IMC</th> <th>Perimetro abdominal (cm)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Fecha	Talla (m)	Peso (kg)	IMC	Perimetro abdominal (cm)																																				<p>Presión Arterial</p> <p style="text-align: right;">Periodo de (según fecha de visita domiciliaria o 15 a 30 días medición encuentro en el CAP)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Fecha</th> <th rowspan="2">Hora</th> <th colspan="2">Brazo izquierdo</th> <th colspan="2">Brazo derecho</th> <th rowspan="2">Frecuencia cardiaca (latidos por minuto)</th> </tr> <tr> <th>PAS (mmHg)</th> <th>PAD (mmHg)</th> <th>PAS (mmHg)</th> <th>PAD (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Fecha	Hora	Brazo izquierdo		Brazo derecho		Frecuencia cardiaca (latidos por minuto)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)																																																								
Fecha	Talla (m)	Peso (kg)	IMC	Perimetro abdominal (cm)																																																																																																								
Fecha	Hora	Brazo izquierdo		Brazo derecho		Frecuencia cardiaca (latidos por minuto)																																																																																																						
		PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)																																																																																																							



Resultados de análisis de laboratorio				
Nombre del análisis de laboratorio	Valor referencial	Fecha del resultado	Fecha del resultado	Fecha del resultado
		Valor del resultado	Valor del resultado	Valor del resultado

Fuente. Formato modificado de Sabater et al. (2007), p. 90.

Paciente:

Agenda del paciente

Fecha	Hora	Consejería farmacéutica y educación sanitaria	Intervención farmacéutica	Pendiente para próxima visita o encuentro	Observación

Notas :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Año 2014						
S	D	L	M	M	J	V
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					
HORA DE 1º VISITA DE NOVIEMBRE						
HORA DE 2º VISITA DE NOVIEMBRE						
Año 2015						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
HORA DE 1º VISITA DE DICIEMBRE						
HORA DE 2º VISITA DE DICIEMBRE						
Año 2015						
J	V	S	D	L	M	M
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
HORA DE 1º VISITA DE ENERO						
HORA DE 2º VISITA DE ENERO						

Fuente. Formato modificado de Sabater et al. (2007), p. 116.

Anexo 8. Test de Batalla

Preguntas	Respuestas
1. ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?	
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?	
3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.	

Una respuesta incorrecta de las 3 conlleva falta de adherencia o nivel inadecuado de cumplimiento.

Respuestas correctas: según el orden de preguntas - si, si, órganos potenciales de dañarse-corazón, cerebro, riñón u ojos.

Anexo 9. Test de Morisky-Green

Preguntas	Alternativas de respuesta	
	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la hipertensión arterial?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomar la medicación?

Respuestas acertadas: Se considera como paciente cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas No/Sí/No/No.

Fuente. Datos tomados de Alonso et al. (2006), p. 32.

Anexo 11. Hoja de intervención farmacéutica

Paciente:			
Hoja de intervención farmacéutica			
Identificación (del problema sospechoso relacionado a medicamento)			
.....			
.....			
.....			
Medicamento (s) implicado (s)			
Descripción	Concentración del medicamento	Forma farmacéutica	
.....	
.....	
.....	
Acción (descripción de la intervención)			
Fecha : .../.../....	Objetivo :.....		
.....		
.....		
.....		
Via de comunicación			
	Verbal con el paciente		Escrita con el paciente
	Verbal paciente-médico		Escrita paciente-médico
Resultado			
¿Qué ocurrió con la intervención?		Fecha : .../.../....	
.....		
.....		
.....		
¿Qué ocurrió con el problema de salud?		Fecha : .../.../....	
.....		
.....		
.....		
Medición final :			
.....			
.....			

Fuente. Formato modificado de Sabater et al. (2007), p. 84.


Anexo 12. Formato de exploración de aceptación de la consejería farmacéutica

Paciente: Fecha:

- 1.- ¿Le preocupa su enfermedad (hipertensión arterial)?
 Si mucho Si poco Nada
- 2.- ¿Qué tan importante es para usted saber acerca de su medicación?
 Indispensable Poco importante No lo toma en cuenta
- 3.- ¿Ha recibido información sobre el tratamiento de su enfermedad?
 Si mucho Si poco Nunca
- 4.- ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar su medicación en todo este tiempo?
 Si con frecuencia Algunas veces Nunca
- 5.- ¿Conoce para qué sirve la medicación que está tomando?
 Si de la mayoría Si de pocos Ninguno
- 6.- ¿Sabe en qué momento debe tomar sus medicamentos?
 Si Algunas veces No
- 7.- ¿Ha olvidado tomar su medicación durante el fin de semana?
 Si No No recuerdo
- 8.- Contestar si respondió si a la pregunta 4. ¿Cuántas veces olvidó tomar su medicamento?
 Tomo los medicamentos Olvido de tomar 1-5 veces Olvido de tomar 6-10 veces
- 9.- ¿Conoce los cuidados que debe tener al tomar sus medicamentos?
 Si de la mayoría Si de algunos No lo sabe
- 10.- ¿Conoce los posibles efectos secundarios (malestar) que pueden producir sus medicamentos?
 Si de la mayoría Si de algunos No lo sabe
- 11.- ¿Alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos si se sentía mal?
 Si Algunas veces No
- 12.- Indique la cantidad de medicamentos que usted toma:
- Acerca de que medicamento(s) o tema de salud le gustaría saber más:.....*

Fuente. Datos tomados de Núñez & Vicente (2007), pp. 83-84.
 En la pregunta 8 se modifico en alternativa de respuesta, cantidad de veces.

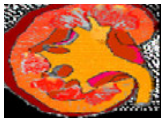





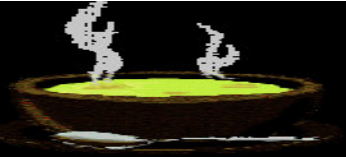



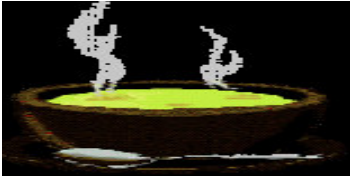



Anexo 13. Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Nombre y apellidos del paciente:				
Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para ...	Mi dosis y horario de toma es... (la indicación prescrita es particular de cada paciente, los citados son ejemplos para ilustrar como se oriento al paciente)	En la administración vía oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Enalapril 10 mg	Antihipertensivo, vasodilatador. Regular la presión arterial alta a un nivel normal 	una tableta: 9:00 a.m. 	tomar antes o después del desayuno. Su absorción no es afectada por los alimentos 	 Siga una dieta baja en sal.
Hidroclortiazida 25 mg	Antihipertensivo. Diurético. Regular la presión arterial alta a un nivel normal. Favorecer la eliminación de orina 	una tableta: 4:00 p.m. 	tomar antes o después de los alimentos. 	
Acido acetilsalicilico 100 mg	Inhibir la agregación plaquetaria. Prevenir el infarto del miocardio. 	una tableta después del almuerzo 	tomar después del almuerzo 	








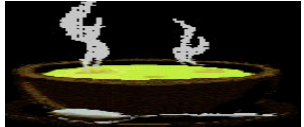
Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para...	Mi dosis y horario de toma es...	En la administración vía oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Losartan 50 mg	<p>Antihipertensivo</p> <p>Regular la presión arterial alta a un nivel normal</p> 	<p>una tableta: 7:00 a.m.</p> 	<p>tomar antes de los alimentos. Los alimentos retrasan su absorción</p> 	 <p>Siga una dieta adecuada.</p>
Nifedipino 30 mg liberación prolongada	<p>Antihipertensivo antianginoso. Regular la presión arterial alta a un nivel normal</p> <p>Tratar el dolor de pecho a nivel del corazón.</p> 	<p>una tableta 7:30 a.m.</p>  <p>una tableta 7:30 p.m.</p>	<p>tomar antes de los alimentos. La ingestión de alimentos reduce la velocidad de absorción</p> 	
Captopril 25 mg	<p>Antihipertensivo, vasodilatador. Regular la presión arterial alta a un nivel normal.</p> <p>Tratamiento en infarto al miocardio, en insuficiencia cardiaca crónica y en nefropatía diabética tipo I.</p> 	<p>una tableta: 8:00 a.m.</p>  <p>una tableta: 8:00 p.m.</p> 	<p>tomar antes de los alimentos</p> 	
Atenolol 100 mg	<p>Tratamiento de la angina de pecho (dolor torácico, sensación de opresión aguda y sofocante, generalmente detrás del esternón, y a veces extendida a uno u otro brazo) e hipertensión (presión arterial elevada). Tratar o prevenir el ataque al corazón.</p>  	<p>media tableta : 8:30 a.m.</p> 	<p>tomarlo con un vaso lleno de agua. Tomar a la misma hora cada día.</p> 	






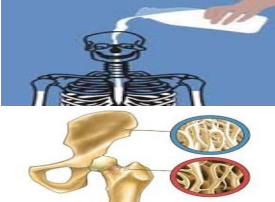



Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para...	Mi dosis y horario de toma es...	En la administración vía oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Espironolactona 25 mg	<p>Diurético. Antihipertensivo. Regular la presión arterial alta a un nivel normal. Favorecer la eliminación de orina.</p>  	<p>una tableta 4:00 p.m.</p> 	<p>tomar junto con los alimentos. Tomar con los alimentos incrementa su absorción</p> 	 <p>Siga una dieta baja en sal.</p>
Gemfibrozilo 600 mg	<p>Regulador lipídico. Reducir el nivel de grasas (lípidos) en sangre, ejemplo: colesterol y triglicéridos. Reducción de muerte cardiovascular</p> 	<p>una tableta antes de la cena</p> 	<p>tomar 30 minutos antes de la cena</p> 	
Atorvastatina 10 mg	<p>Antihipercolesterolemico. Antihipertrigliceridemico. Disminuir los niveles de colesterol, triglicéridos y colesterol LDL. Prevenir acontecimientos cardiovasculares en pacientes de alto riesgo de sufrir un evento cardiovascular.</p>  	<p>dos tabletas 10:00 p.m.</p> 	<p>tomar antes o después de los alimentos</p> 	
Clonazepam 0,5 mg	<p>Ansiofítico miorelajante periférico. Tratamiento de espasmos secundarios a patología espinal. Tics</p>  	<p>una tableta 10:00 p.m. <u>Condiciona</u>l al estado de ansiedad o dificultad para dormir</p> 	<p>las mayores dosis deben darse en la noche</p> 	

Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para...	Mi dosis y horario de toma es...	En la administración via oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Acido valproico 500 mg	Tratamiento profiláctico de migraña en el adulto. 	una tableta : desayuno.  una tableta : cena 	tomar preferentemente en el curso de las comidas. 	 Siga una dieta adecuada.
Ergotamina 100 mg + cafeína 1 mg	Tratamiento de los ataques agudos de migraña 	una tableta si se presenta dolor de cabeza,  condicional	tomar no más de seis tabletas en 24 horas o 10 tabletas en 1 semana 	
Fluoxetina 20 mg	Episodios depresivos mayores. Episodios depresivos de moderados a graves. 	una tableta 8:30 a.m. 	tomar durante o entre las comidas 	
Ranitidina 300 mg	Profiláctico del ardor de estómago y gastritis 	una tableta antes de la cena 	tomar inmediatamente antes de las comidas o 60 minutos antes de los alimentos 	

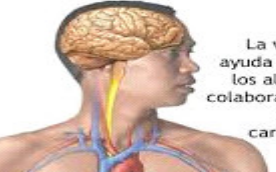








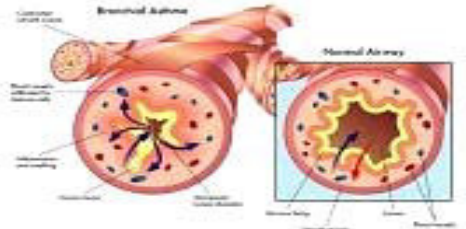





Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para ...	Mi dosis y horario de toma es...	En la administración vía oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Alprazolam 0,5 mg	Ansiedad generalizada y ansiedad asociada a depresión 	una tableta en la noche 	tomarlo con o sin alimentos 	 Siga una dieta baja en sal.
Levotiroxina 100 mcg	Hipotiroidismo. Medicamento de reemplazo hormonal tiroideo. 	media tableta antes del desayuno 	tomar antes del desayuno 	
Calcio carbonato 500 mg	Prevención y tratamiento de la deficiencia de calcio. Tratamiento adyuvante en osteoporosis 	una tableta después del desayuno.  09:00 a.m. una tableta después de cena.  9:00 p.m.	tomar después de los alimentos. Su absorción aumenta por alimentos. 	
Hidroxiclороquina 400 mg	Tratamiento de la artritis reumatoide. Antirreumático 	una tableta en el intermedio o después del almuerzo 	tomar con alimentos 	








Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para ...	Mi dosis y horario de toma es...	En la administración via oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Sulfasalazina 500 mg	Antiinflamatorio en artritis reumatoide 	una tableta después del desayuno, 9:00 a.m.  una tableta después de la cena, 9:00 p.m.	tomar después de los alimentos 	 Siga una dieta adecuada.
Acido alendronico 70 mg	Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Reducir el riesgo de fracturas Osteoporosis 	una vez a la semana, por ejemplo, sábado: una tableta 6:30 a.m. 	tomarlo con un vaso lleno de agua.  Antes del desayuno.	
Naproxeno 550 mg	Tratamiento sintomático del dolor leve-moderado. Estados febriles 	condicional al dolor moderado 	tomarlo con comida, especialmente si se notan molestias digestivas 	
Calcitriol 0,25 ug	Vitamina D ₃ . La vitamina D es importante para la absorción de calcio del estómago y para la función de calcio en el cuerpo. Calcitriol se usa para el tratamiento de la deficiencia de calcio (hipocalcemia) 	una tableta 10:00 a.m. 	tomar en las mañanas con o sin alimentos 	

Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para ...	Mi dosis y horario de toma es...	En la administración vía oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Tiamina 100 mg	<p>Complemento alimenticio</p>  <p>La vitamina B1 (tiamina) ayuda al cuerpo a convertir los alimentos en energía y colabora con la actividad del corazón y el sistema cardiovascular, así como la del cerebro y el sistema nervioso</p>	<p>una tableta después del desayuno</p> 	<p>tomarlo preferentemente después de los alimentos</p> 	
Beclometasona 250 ug aerosol para inhalación	<p>Antiinflamatorio, para una extensa variedad de pacientes con asma bronquial.</p> 	<p>2 inhalaciones 8:00 a.m.</p>  	<p>Modo de inhalación</p>  	
Salbutamol 200 ug aerosol para inhalación	<p>Prevención y tratamiento sintomático del broncoespasmo en asma bronquial y en otros procesos asociados a obstrucción reversible de vías respiratorias. Alivio del broncoespasmo severo y tratamiento del "status asmaticus".</p> 	<p>2 inhalaciones 8:00 p.m.</p>  <p>2 inhalaciones 7:00 a.m. 2</p>  <p>inhalaciones 3:00 p.m.</p>  <p>2 inhalaciones 11:00 p.m.</p>	 	

Formato ilustrado del tratamiento, orientado al cumplimiento terapéutico

Mis medicamentos son:	Es ... / Sirve para ...	Mi dosis y horario de toma es ...	En administración vía oral, es recomendable ...	El Químico Farmacéutico me recomienda...
Alopurinol 100 mg	<p>Prevenir la aparición de gota y otras situaciones producidas por el exceso de ácido úrico en el organismo. Tratamiento de cálculos renales.</p> 	<p>dos tabletas 9:00 a.m.</p> 	<p>tomarlo después de un alimento (se tolera mejor)</p> 	
Dimenhidrinato 50 mg	<p>Prevención y tratamiento de náuseas, vómitos o mareos asociados con movimiento. Tratar la condición del oído interno que causa mareos extremos, pérdida del equilibrio, pitido en oídos, pérdida de la audición y otros problemas del oído interno.</p> 	<p>media tableta 8:30 a.m.</p>  <p>media tableta 2:00 p.m. una tableta 8:30 p.m.</p> 	<p>tomar con o sin alimentos</p>  	<p>Siga una dieta baja en sal.</p>

Anexo 14. Experiencia farmacoterapeutica

Paciente : Fecha :

1. ¿Cuál es la actitud del paciente acerca de tomar medicamentos?	Requiere atención <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
2. ¿Qué espera / quiere el paciente de su farmacoterapia?	Requiere atención <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
3. ¿Qué le preocupa al paciente de sus medicamentos?	Requiere atención <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
4. ¿En qué medida el paciente entiende su medicación?	Requiere atención <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
5. ¿Existen motivaciones culturales, religiosas o éticas que influyeran la disposición del paciente para tomar sus medicamentos?	Requiere atención <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
6. Describa el comportamiento del paciente con respecto a tomar sus medicamentos	Requiere atención <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Fuente. Formato tomado del libro de Machuca (2009), p. 109.

Anexo 15. Cuestionario

Percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que deberá responder marcando el número que corresponde a la calificación que considere adecuada al servicio que recibió durante el período transcurrido desde el comienzo del estudio. Por favor, debe marcar una sola alternativa de respuesta para cada pregunta.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, solo interesa obtener la calificación que refleje lo que usted piensa respecto a la calidad del servicio farmacéutico que se le ha brindado a través de las sucesivas visitas.

Las alternativas de calificación son:

1 (Muy malo) 2 (Malo) 3 (Regular) 4 (Bueno) 5 (Muy bueno)

1-¿Cómo califica la disposición de la química farmacéutica en tratar de ayudar a mejorar su estado o condición de salud?

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

2-¿Qué opinión tiene de la anticipación con que se programó su atención por la química farmacéutica, a través de la visita domiciliaria?

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

3-¿Ante un problema de salud relacionado con su tratamiento, como fue la conducta de la química farmacéutica por ayudarlo?

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

4-¿Qué calificación otorga a la asistencia de la química farmacéutica en las fechas y horas que acordaron con usted para las visitas domiciliarias?

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

5-¿Qué opina del tiempo que utilizó la química farmacéutica en la consejería brindada en cada visita domiciliaria?

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

6-¿Cómo considera la información brindada por la química farmacéutica frente a su petición de orientación para mejorar el cumplimiento del tratamiento o para comprender la terapia prescrita por el médico?

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

7-¿Qué opina del comportamiento de la química farmacéutica, le inspiró confianza?

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

8-¿Cómo califica el trato que le brindó la química farmacéutica a usted como paciente?

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

9- ¿Cómo considera las respuestas que dio la química farmacéutica frente a las preguntas que usted hizo?

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

10- ¿Qué le ha parecido la atención individualizada realizada por la química farmacéutica a través de la visita domiciliaria?

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

11-¿Qué opinión le merece a usted, la oportunidad de que una química farmacéutica se dedico a darle un servicio en el área que concierne su profesión?

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

12-¿Cómo califica la comprensión de la química farmacéutica frente al estado emocional en que usted se encontró en la visita de consejería farmacéutica?

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

13-¿Qué opinión tiene usted de la consejería brindada por la profesional que ha tratado de orientarlo sobre el tratamiento que sigue?

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

14-¿Qué tipo de comentario le merece a usted la capacidad de respeto por sus ideas y puntos de vista respecto de su tratamiento, por parte de la química farmacéutica?

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

15-¿Qué opina del material educativo que se le ha mostrado y entregado?

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

16-¿Cómo califica al instrumental de medición de la presión arterial y otros materiales (ejemplo: cinta métrica, balanza) usados en cada visita?

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

17-¿Qué opina de la apariencia personal de la profesional que le dio consejería farmacéutica?

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

En la escala de 1 a 10, de acuerdo a la satisfacción alcanzada por usted, ¿cómo califica el servicio de consejería farmacéutica brindado al paciente hipertenso a través de la visita domiciliaria?

.....

“Gracias por permitirme conocer su opinión, para mí es muy importante siempre brindarle el mejor servicio”.

Fecha

Firma

Paciente:

Criterio/dimensión de evaluación de la calidad	Descripción	Preguntas
Fiabilidad	La capacidad para cumplir con lo prometido y hacerlo sin errores.	1, 2
Capacidad de Respuesta	Es la voluntad de ayuda a los usuarios, así como el proporcionar un servicio rápido y ágil.	3,4,5,6
Seguridad	El conocimiento y la profesionalidad de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y seguridad.	7,8,9,10, 11
Empatía	Consiste en la atención esmerada e individualizada.	12,13,14
Aspectos tangibles	Se refiere a las facilidades físicas, materiales y al aspecto del personal.	15,16,17

Fuente. Datos tomados del Informe de la Universidad de Almería (2015), p. 4.

**Anexo 16. Valores de presión arterial de los pacientes al final del estudio
(última visita domiciliaria)**

Paciente N°	BRAZO IZQUIERDO		BRAZO DERECHO	
	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)
1	130	70	135	75
2	115	60	110	60
3	122	60	130	60
4	130	70	138	70
5	105	60	110	60
6	130	72	130	70
7	135	70	130	65
8¶¶¶	110	60		
9	100	60	100	60
10	100	50	110	60
11	100	55	105	60
12	115	70	110	70
13	145	90	145	90
14	118	60	110	60
15	125	70	130	70
16	100	60	100	60
17	100	60	100	60
18	120	80	120	75
19	140	80	140	90
20	120	65	118	60
21 ****	140	80	150	70
22	120	60	130	60
Promedio	119	66	121	67

¶¶¶ Paciente que tuvo inmovilizado el brazo derecho durante el periodo del estudio. Todas las mediciones de presión arterial se le hicieron en el brazo izquierdo.

**** Paciente diagnosticado de diabetes mellitus 2, en noviembre 2014. En la cuarta visita domiciliaria curso con sintomatología de diagnóstico presuntivo, a descartar insuficiencia cardíaca.

Anexo 17. Grado de recomendación

Clases de recomendación	Definición	Texto sugerido a utilizar
Clase I	Evidencia o acuerdo general que un tratamiento dado o procedimiento es beneficioso, útil, efectivo.	Es recomendado/es indicado
Clase II	Pruebas contradictorias u opinión de divergencia acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento o procedimiento dado.	
<i>Clase IIa</i>	El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad / eficacia.	Debería ser considerado
<i>Clase IIb</i>	Utilidad / eficacia es menor que bien establecida por la evidencia /opinión	Puede ser considerado
Clase III	Evidencia o acuerdo general que el tratamiento o procedimiento dado no es útil ni efectivo, y en algunos casos puede ser perjudicial.	No es recomendado

Fuente. Datos tomados de Mancia et al. (2013), p. 2164.

Anexo 18. Niveles de evidencia

Nivel de evidencia A	Datos derivados a partir de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis.
Nivel de evidencia B	Datos derivados de un solo ensayo clínico aleatorio o estudios grandes no aleatorios.
Nivel de evidencia C	Consenso de opinión de expertos o estudios retrospectivos pequeños, estudios de caso

Fuente. Datos tomados de Mancia et al. (2013), p. 2164.

Anexo 19. Suplemento - esquema de calificación para recomendaciones

Grado A

Las recomendaciones se basan en ensayos aleatorios (o revisiones sistemáticas de ensayos) con altos niveles de validez interna y precisión estadística, y para lo cual los resultados del estudio pueden ser directamente aplicados a los pacientes debido a las características clínicas similares y la relevancia clínica de los resultados del estudio.

Grado B

Las recomendaciones se basan en ensayos aleatorios, revisiones sistemáticas o análisis subgrupo previamente especificado de ensayos aleatorios que tienen baja precisión, o hay una necesidad de extrapolar desde estudios debido a diferentes poblaciones o informes de resultados intermedios/sustitutos validados en lugar de los resultados clínicamente importantes

Grado C

Las recomendaciones se basan en ensayos que tienen bajos niveles de validez interna o precisión, o ensayos que informaron resultados alternativos no validados, o resultados de estudios observacionales no aleatorios.

Grado D

Las recomendaciones se basan solo opinión de expertos

Fuente. Datos tomados de Daskalopoulou et al. (2015), p. 1.

Anexo 20. Validez del instrumento: Cuestionario “Percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial”.

Tabla de concordancia entre los juicios de expertos. Prueba binomial para determinar validez. Juicio de expertos

Valor p de la Prueba binomial

	¿Es pertinente con el concepto?	¿Necesita mejorar la redacción?
Dr. Experto 1	p=0,000	p=0,000
Dr. Experto 2	p=0,000	p=0,000
Dr. Experto 3	p=0,000	p=0,002

Salidas de Spss prueba binomial

Dr. Experto 1

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
¿Es pertinente con el concepto?	Group 1	Si	17	1,00	,50	,000
	Total		17	1,00		
¿Necesita mejorar la redacción?	Group 1	No	17	1,00	,50	,000
	Total		17	1,00		

Dr. Experto 2

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
¿Es pertinente con el concepto?	Group 1	Si	17	1,00	,50	,000
	Total		17	1,00		
¿Necesita mejorar la redacción?	Group 1	No	17	1,00	,50	,000
	Total		17	1,00		

Dr. Experto 3

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)
¿Es pertinente con el concepto?	Group 1	Si	17	1,00	,50	,000
	Total		17	1,00		
¿Necesita mejorar la redacción?	Group 1	No	15	,88	,50	,002
	Group 2	Si	2	,12		
Total			17	1,00		

Anexo 21. Confiabilidad del instrumento: Cuestionario “Percepción de calidad de la consejería farmacéutica brindada a pacientes con hipertensión arterial”. Coeficiente Alfa de Cronbach

K	NUMERO DE ITEMS	17
$\sum S_i^2$	SUMATORIA DE LA VARIANZA DE LOS ITEMS	3,509
$\sum ST^2$	VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ITEMS	12,03

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right] = \frac{17}{16} \left[1 - \frac{3,509}{12,03} \right] = 0,7525$$

- Si es muy alto ($> 0,90$), puede indicar redundancia
- Para propósitos clínicos, debería ser 0,80 – 0,90
- **Para investigación, 0,70 – 0,80**

Un valor en este resultado muy alto no es necesariamente mejor.