

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE FARMACIA Y BIOQUIMICA**



**Adherencia farmacológica de pacientes con hipertensión
arterial del Albergue Central Ignacia Rodolfo viuda de
Canevaro. Lima-2015**

**Tesis Para Obtener el Título de Especialidad en Farmacia Clínica y
Atención Farmacéutica**

Autores:

Br. Cotrina Alcantara, Johnny Alipio

Br. Rubiños Marchan, Alejandra Vanessa

Asesor:

Sedan Inga, Lisly

CHIMBOTE – PERÚ

2019

Palabras clave

Tema	Adherencia farmacológica
Especialidad	Farmacia y Bioquímica

Keywords

Subject	Drug adherence
Speciality	Pharmacy and Biochemistry

Línea de Investigación	Implementación de los Servicios Farmacéuticos con análisis clínicos
Área	Ciencias Médicas y de Salud
Subarea	Ciencias de la Salud
Disciplina	Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios

ii.- Título

Adherencia farmacológica de pacientes con hipertensión arterial del Albergue Central Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro. Lima-2015

iii.- RESUMEN

La falta de adherencia terapéutica antihipertensiva, es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica que debe ser abordado desde el punto de vista preventivo y una de las acciones para lograr su prevención, es el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento es entendida como la colaboración proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento para obtener mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. Se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial, fue un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, sin grupo control, la población fue de 72 pacientes, de los cuales 20 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, fueron captados en Noviembre del 2015. Los resultados demuestran que el 70% (14) son mujeres y mayores de 70 años. El cuestionario de Morisky-Green determino 75% (15) adquiriría un buen grado de conocimiento al finalizar el estudio; el Test de Batalla para la HTA el identifico que el 55% (11) tenía una adherencia total al tratamiento farmacológico, luego de recibir seguimiento fármacoterapéutico, se logró mejorar los valores de la presión arterial por esta razón se concluye, que el seguimiento fármacoterapéutico contribuyó al buen control de los pacientes con hipertensión arterial.

Palabras clave: Adherencia farmacológica, Atención farmacéutica.

iv.- ABSTRACT

The lack of antihypertensive treatment adherence is a problem of great importance for clinical practice that must be addressed from the point of view of prevention and actions to achieve prevention is to strengthen adherence to treatment. Adherence to treatment is understood as collaboration and proactive and voluntary participation of the patient with treatment for better health and life, beyond the passive compliance with the instructions of healthcare. This study aimed to determine the medication adherence in patients with hypertension was made, it was a pre experimental, prospective and longitudinal, with no control group, the study population was 72 patients, of whom 20 patients met the criteria inclusion, were captured in November 2015. The results show that 70 % (14) were women and over 70 years. The Morisky -Green determined 75 % (15) acquired a good degree of knowledge at study; Battle questionnaire for the HTA identified that 55 % (11) had a total adherence to drug treatment, after receiving pharmacotherapy follow-up, also was improved values of blood pressure for this reason it is concluded that pharmacotherapy monitoring contributed to the good management of patients with hypertension.

Key words: Drug adherence, Pharmaceutical care

INDICE

	PAG.
Palabras clave-Línea de Investigación	
iii	
Título de la investigación	III
Resumen	III
Abstract	IV
Indice	IV
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. PROBLEMA	8
1.4. MARCO REFERENCIAL	8
1.4.1 Adherencia terapéutica	8
1.4.2 Factores que influyen en la adherencia	9
1.4.3 Clasificación de la falta de adherencia terapéutica	10
1.4.4 Métodos para determinar la adherencia	11
1.4.5 Métodos para calcular la adherencia terapéutica	14
1.4.6 Generalidades sobre conocimientos	15
1.4.7 Presión arterial	16
1.4.8 Clasificación de la presión arterial	16
1.4.9 Atención farmacéutica	17
1.4.10 Seguimiento farmacoterapéutico	17
1.4.11 Problemas relacionados con los medicamentos (PRM)	17
1.5. HIPÓTESIS	18
1.6. VARIABLES	18
1.6.1 Tipo de variables	18
1.6.2 Operacionalización de variables	20
1.7. OBJETIVOS	21
1.7.1. Objetivo General.	21
1.7.2. Objetivos específicos	21

II. MATERIAL Y MÉTODOS	22
2.1. Tipo y Diseño de investigación	22
2.2. Población y muestra.	23
2.3. Técnicas e instrumentos de investigación	24
2.3.1. Técnica:	24
2.3.2. Instrumentos de Investigación	24
2.4. Procesamiento y análisis de la información	25
III RESULTADOS	26
IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. AGRADECIMIENTO	
376	
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	39

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de los métodos directos e indirectos.	14
Tabla 2. Valores límite de la presión arterial según el JNC VII.....	16
Tabla 3. Operacionalización de variables	20
Tabla 4. Adherencia farmacológica según sexo.	26
Tabla 5. Adherencia farmacológica según grupos etarios.	26
Tabla 6. Nivel de educación de los pacientes	27
Tabla 7. Porcentaje de número de diagnóstico.	28
Tabla 8. Control inicial y final de la presión arterial sistólica y diastólica.....	30

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje según años de diagnóstico con hipertensión arterial.	27
Figura 2. Porcentaje según los fármacos antihipertensivo prescritos a los pacientes.	28
Figura 3. Adherencia al tratamiento hipertensivo antes y después de la intervención farmacéutica.	29
Figura 4. Nivel de conocimiento sobre su enfermedad.	29

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia lógica.	40
Anexo 2. Matriz de consistencia metodológica.	41
Anexo 3. Consentimiento informado.	42
Anexo 4. Cuestionario de batalla.	43
Anexo 5. Cuestionario de Morisky-Green.	44
Anexo 6. Ficha Farmacoterapéutica.	45
Anexo 7. Ficha de estudio y evaluación de la información.	46
Anexo 8. Evaluación de la intervención farmacéutica.	47
Anexo 9. Boletín de atención farmacéutica.	48
Anexo 10. Boletín de atención farmacéutica.	49
Anexo 11. Boletín de información sobre la hipertensión arterial.	50
Anexo 12. Boletín de información sobre la hipertensión arterial.	51

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA), es una patología crónica, con una elevada prevalencia en la población adulta y que constituye uno de los principales factores de riesgo vascular y renal, cuyas complicaciones se pueden evitar si se mantienen cifras óptimas de presión, es por eso que la adherencia al tratamiento es un pilar fundamental para el mantenimiento del estado de salud de estos pacientes.

Según enuncia la Organización Mundial de la Salud, “En los países desarrollados, la adherencia a tratamientos de largo plazo en la población general es alrededor de 50 %, y resulta mucho menor en los países en desarrollo” y añade: “La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo”.

A nivel nacional, según Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2014 encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 14,8% con predominio de varones y el 45% de los pacientes controlaban su presión arterial.

El envejecimiento de la población impone un desafío en el ámbito médico, familiar y social, ya que los adultos mayores requieren especial atención desde el punto de vista clínico, mental, social y funcional. La atención geriátrica integral, que se brinda en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, es brindada por profesionales de la salud que funciona como un equipo multidisciplinario.

El rol que cumple el químico farmacéutico en los equipos multidisciplinarios es promover el uso racional de los medicamentos, incluyendo prevenir la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados al anciano, evitar los errores en la medicación que provoquen incumplimiento, falta de efectividad o seguridad, relacionada con la farmacoterapia, entre otras actividades.

En la actualidad existen terapias farmacológicas que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la HTA, las cuales acompañadas de buenos hábitos de vida

resultan de vital importancia en el tratamiento de esta enfermedad. De ahí la necesidad de la adherencia al tratamiento, farmacológico o no, como un posible factor determinante para garantizar una mejor calidad de vida de los pacientes y lograr la efectividad del tratamiento.

La adherencia, es la estrategia que permite al paciente mantener y continuar el tratamiento y, de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Actualmente se cuenta con mejores herramientas de ayuda diagnóstica, múltiples opciones farmacológicas, guías de práctica clínica para optimizar los resultados en los pacientes y reducir la morbilidad-mortalidad en los pacientes hipertensos. Existen diferentes métodos para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico, uno de los más utilizados es el cuestionario de Morinsky-Green-Levine (TMGL).

Este trabajo tiene como objetivo determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA, es un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, se ejecutó con un grupo de pacientes adultos mayores, los cuales cumplieron los criterios de selección, y aceptaron participar, firmaron la hoja de consentimiento informado, utilizando el test de Batalla (conocimiento sobre su enfermedad) y el un cuestionario de Morinsky-Green-Levine (adherencia al tratamiento farmacológico) antes y después de la intervención farmacéutica.

1.1. ANTECEDENTES

Luego de una revisión en las bibliotecas de la Ciudad de Lima y de las bibliotecas virtuales disponibles en Internet, se han encontrado diversos estudios de manera física y/o digital, constituyendo de este modo antecedentes, que vienen a ser las premisas que iniciamos la tarea profesional científico - investigativa.

López, S. y Chávez, R. (2016) elaboraron un estudio titulado. *Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años del Consultorio 16, Policlínico "26 de Julio", Municipio Playa, La Habana. Cuba*, cuyo objetivo fue caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes mayores de 60 años, es una investigación descriptiva de corte transversal en 245 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico. Obtuvieron como resultado que la adherencia al tratamiento fue de 58.3%. Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88.9%) o Enalapril (88.1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%), llegando a la conclusión que la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja. Es causado por diversos factores, principalmente el olvido de la toma de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial.

Solórzano, M. (2015), elaboró un estudio titulado. *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero 2015- Mayo 2015. Venezuela*. Cuyo objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, es un estudio

observacional descriptivo, no experimental, de corte transversal. La población y muestra estuvo constituida por 110 pacientes hipertensos atendidos en la consulta y servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, entre Enero-Mayo 2015. Se aplicó la escala de Morisky Green Levine. Obtuvieron como resultados que la adherencia al tratamiento fue de 35% y el control de la presión arterial fue de 41%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p \leq 0.05$). El 72,70%, indicó que la causa más frecuente de no adherencia al tratamiento farmacológico fue el olvido del tratamiento. El cual concluyo que la mala adherencia al tratamiento farmacológico se asocia significativamente con HTA.

Vancini et al (2015), realizó un estudio titulado. *Hipertensión Arterial Sistémica en el Servicio de Emergencia: adherencia al tratamiento medicamentoso y conocimiento de la enfermedad*. En San Paulo Brasil, cuyo objetivo fue identificar el perfil epidemiológico, el conocimiento sobre la enfermedad y la tasa de adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial. Fue un estudio transversal, realizado con 116 pacientes ingresados en el servicio de emergencia de un Hospital Universitario, de ambos géneros y edad superior a 18 años, en el periodo de marzo a junio del 2013. La adherencia del paciente al tratamiento y la identificación de las barreras fueron evaluadas por la prueba de Morisky y el Brief Medical Questionnaire, respectivamente. Teniendo como resultado que la adherencia al tratamiento, en la mayor parte de las veces (55%), fue moderada y la barrera de adherencia más prevalente fue el olvido (67%). Cuando la adquisición del medicamento era integral, hubo mayor adherencia al tratamiento. Por lo que concluyeron que los pacientes de este estudio presentaron moderado conocimiento sobre la enfermedad. La alta correlación entre el número de fármacos utilizados y la barrera del olvido sugiere la monoterapia como opción para facilitar la adherencia al tratamiento y disminuir la tasa de olvido.

Fikri-Benbrahim et al (2011), elaboraron un estudio titulado. *Impacto de la atención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en farmacia comunitaria*. España. Su objetivo fue determinar el efecto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Trabajaron con pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, los cuales se inscribieron en un programa de intervención farmacéutica que consistía en la educación específica en temas relacionados con la adherencia al tratamiento y la hipertensión. Además, a los pacientes se les proporcionaron un tensiómetro y se les instruyó para medir su presión arterial. El grupo control recibió atención habitual en farmacia. La adherencia a la medicación antihipertensiva se evaluó mediante el recuento de pastillas al inicio y al final del estudio. Para ello se trabajó con una muestra de 176 pacientes de los cuales: 89 eran grupo control y 87 grupo de intervención. Llegando a la conclusión que la intervención farmacéutica se asoció con una mejoría significativa en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en comparación con la atención habitual.

Apaza, G. (2013), demostró en el estudio titulado. *Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - red Tacna Febrero 2013*. Tacna. El objetivo fue determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial. Se realizó un estudio correlativo, prospectivo y observacional. De una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se concluye que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. ($p=0,001$).

Romero, M y Tanchiva, P (2011), demostraron en el estudio titulado. *Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en*

adultos del CAP III-Metropolitano Iquitos-Essalud-año 2011. Iquitos, con el objetivo de determinar el nivel de adherencia al programa de tratamiento de la hipertensión arterial, durante los meses de agosto a noviembre del 2011. El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, transversal. Fue medido a través de la aplicación del cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau). La muestra estuvo constituida por 62 pacientes, 36 (58.1%) mujeres y 26 (41.9%) hombres, que acudieron al Programa para su control y continuación del tratamiento en el referido Centro Metropolitano. Los resultados del estudio fueron que el 57.29% del total de la población encuestada alcanzó 29.14 puntos, lo cual se ubica en la categoría de adherencia parcial (18-37 puntos). El 42.71% del total de la población encuestada alcanzó menos de 18 puntos, lo cual se ubica en la categoría de falta de adherencia al programa (0-17 puntos).

Carhuallanqui, R. et al (2010), demostró en el estudio titulado. *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general*. Lima. El objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el 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 y se determinó el nivel de presión arterial, obteniendo como resultado que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%.

Da Silva, M. et al (2014), realizo un estudio titulado. *Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia*. Los objetivos fueron identificar el nivel de conocimiento de personas con hipertensión arterial acerca de la enfermedad y verificar los factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia antihipertensiva. Método: estudio transversal realizado en 422 individuos. Los datos fueron

recolectados en los domicilios, entre diciembre de 2011 y marzo de 2012, por medio de entrevistas utilizando los instrumentos: Cuestionario de Adhesión a Medicamentos, Índice de Complejidad de la Farmacoterapia y un guion con preguntas relativas al perfil sociodemográfico, satisfacción con el servicio de salud y conocimiento sobre la enfermedad. Resultados: 42,6% no adherían a la farmacoterapia y 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad. Los factores asociados a la no adhesión fueron: farmacoterapia compleja, conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud. Llegando a la conclusión: las prescripciones farmacológicas complejas, poco conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud influyen en el proceso de la no adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La falta de adherencia terapéutica es uno de los problemas más significativos con lo que se enfrenta la práctica clínica en las enfermedades crónicas se ha estimado que varía de 30 a 60%. Las causas más frecuentes de la no adherencia al tratamiento son los efectos adversos, el sentirse mejor o razones como “no depender de un fármaco para toda la vida”, etc. Anudado a estos factores la no adherencia al tratamiento representa una repercusión desde en el paciente en el mal control de la HTA, con el consiguiente incremento en los costos sanitarios y en el ámbito familiar.

La adherencia es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos, mejorando su calidad de vida relacionada a su salud.

En el albergue central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, no existen investigaciones similares por lo que permitió mejorar la gestión farmacéutica.

La importancia de la investigación radica en que sus resultados servirán como una herramienta de diagnóstico gerencial, y permitirán a las autoridades competentes a adoptar alternativas de solución para solicitar Químico Farmacéutico porque el albergue central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro no existe Químico Farmacéutico, siendo necesaria su contribución para brindar educación sistematizada al paciente, de forma oral, audiovisual y escrita, sobre el uso adecuado de los medicamentos y la magnitud de su patología, para así mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir la mortalidad.

1.3. PROBLEMA

Con los referentes expuestos anteriormente ahora se formula el problema científico que queda enunciado de la manera siguiente:

¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial del albergue central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?

1.4. MARCO REFERENCIAL

1.4.1 Adherencia terapéutica

En la publicación de la OMS del año 2004 “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción”, se amalgaman las definiciones de Haynes y Rand entendiendo como adherencia: “El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” Este documento señalo que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones del personal de salud y además, considerando a los

pacientes como socios activos de los profesionales de la salud en su propia atención. (OMS, 2004:3-4)

1.4.2 Factores que influyen en la adherencia

Son características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. (Salcedo y col, 2014:35)

En el artículo publicado por Medigraphic en el año 2008 sobre “Adherencia al tratamiento”, consideran 4 factores:

- a. **Relación médico-paciente:** incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.
- b. **El paciente y su entorno:** respecto al factor ambiental, destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud (ejemplo: tomar medicinas sólo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, pensar “que si la dosis prescrita es buena, una dosis mayor es mejor”, etc.). En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad con la cual convive. Entre los principales factores que dificultan la adherencia está el deterioro cognoscitivo y estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden condicionar que el paciente no procese de forma adecuada la información, que experimente un aprendizaje incorrecto, fuera de tiempo o inclusive omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico y, como consecuencia, no siga de forma adecuada las instrucciones.

- c. **La enfermedad:** el tipo de enfermedad es importante; se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa. Se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo; por otro lado, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo.
- d. **La terapéutica:** al considerar las características de la terapéutica, se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables; por ejemplo: virilización o impotencia. (Peralta y col, 2008:85)

1.4.3 Clasificación de la falta de adherencia terapéutica

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento:

- **Incumplimiento parcial:** En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- **Incumplimiento esporádico:** Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos).

- **Incumplimiento secuencial:** El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- **Incumplimiento completo:** Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
- **Cumplimiento de bata blanca:** Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Otras formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico son:

- **Primaria:** Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia.
- **Secundaria:** Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico. En la atención primaria se ha estimado que del 6 al 20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia.

Una forma más de evaluar la no adherencia al tratamiento es la intencionalidad:

- **Incumplimiento intencionado:** Se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o al costo elevado.
- **Incumplimiento no intencionado:** Olvido de la dosis.

1.4.4 Métodos para determinar la adherencia

Existen varios métodos para medir la no adherencia al tratamiento; sin embargo, actualmente no existe un método único para medirla. Es muy importante identificar a los pacientes no cumplidores, incorporando esta actividad a la rutina diaria; por lo tanto, es

conveniente el uso de pruebas sencillas que no consuman grandes esfuerzos o tiempo.

- a. **Métodos objetivos directos:** Se utilizan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos, frecuentemente por medio de líquidos como sangre u orina. La presencia en estos líquidos corporales sólo expresa que el medicamento ha sido ingerido, por lo que podemos tener falsos positivos y estar ante un cumplidor de bata blanca; por lo general son objetivos y específicos; sin embargo, obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, no tienen mucha utilidad ya que son caros y se requiere de infraestructura.
- b. **Métodos objetivos indirectos:** En ellos se valora la no adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:
 - **Recuento de comprimidos:** Puede llevarse un registro de la medicación del enfermo en cada cita programada o bien acudir por sorpresa a casa de los pacientes para recuento personal de los comprimidos; actualmente existen envases muy sofisticados, que realizan el conteo por medio de un dispositivo colocado en el recipiente donde son contenidos los medicamentos; se basa en el número de veces que es abierto; sin embargo, posee dos inconvenientes: uno, que es caro, y el otro que puede arrojar respuestas falsas positivas cuando un menor se pone a jugar con el envase.
 - **Asistencia a citas programadas:** Se estima que la ausencia a citas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento; no obstante, no implica que los pacientes que acuden a citas sean cumplidores, ni tampoco los que no acuden sean incumplidores.
 - **Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada:** Detectar el grupo de pacientes con fracaso terapéutico.

- **Valoración de los efectos adversos de los medicamentos:** Es poco fiable en función de la individualidad; por ejemplo, el efecto esperado con los beta bloqueadores es la bradicardia.
- c. **Métodos subjetivos indirectos:** en éstos se emplean cuestionarios, técnicas de entrevista, el juicio del médico y la impresión clínica. Dentro de las técnicas de entrevista encontramos cuestionarios validados que analizan el grado de conocimiento que el enfermo tiene acerca de su enfermedad; se ha demostrado que a mayor conocimiento de la enfermedad mayor adherencia al tratamiento. En este tipo de cuestionarios encontramos:
- **Test de batalla:** Se ha utilizado en la terapéutica de la hipertensión arterial. Expresa mal cumplimiento si no responden correctamente a las 3 preguntas:
 1. ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
 2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
 3. Mencione al menos un órgano que pueda lesionarse por la hipertensión arterial.
 - **Test de Morisky-Green:** Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; no es útil para la prescripción a demanda. Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor.
 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
 2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?
 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?
 - **Cuestionario de “Comunicación del auto cumplimiento”.** Según la metodología de Haynes-Sackett, debían responder a la pregunta:

La mayoría de los pacientes tienen dificultad en tomar todos los comprimidos todos los días; ¿tiene usted dificultad en tomar todos los suyos? Si la respuesta era afirmativa, se interrogaba sobre los comprimidos que habían tomado en el último mes, considerándose incumplidor al paciente cuyo PC era $< 80\%$ ó $> 110\%$.

- **Comprobación fingida:** Se le propone al paciente que se definió como cumplidor, el análisis de orina para detectar en ella restos del medicamento tomado; posteriormente se debe de preguntar al paciente si cree que en la muestra de orina existirá mucho, poco o nada del medicamento; si responde que existirá mucho será un buen cumplidor, pero si la respuesta es nada, probablemente es un incumplidor.

1.4.5 Métodos para calcular la adherencia terapéutica

En el Boletín de información terapéutica del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña del 2004 “Adherencia al tratamiento farmacológico”, refieren que los métodos para calcular la adherencia pueden ser directos o indirectos como lo podemos observar en al siguiente Tabla 01. (Bonafont y col, 2004:10)

Tabla 1. Características generales de los métodos directos e indirectos.

Métodos	Ventajas	Inconvenientes	Observaciones
a) Directos: <i>Determinación de los fármacos, metabólicos o marcadores biológicos en muestras biológicas</i>	Medida objetiva	Variabilidad individual. Método caro. No aplicable a la práctica diaria.	Se utiliza en los ensayos clínicos
b) Indirectos: <i>Entrevista</i>	Método sencillo, fácil de aplicar, barato	Diferentes resultados según los cuestionarios * usados	*Test de Batalla Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett o Cumplimiento autocomunicado
<i>Recuentos de las formas farmacéuticas sobrantes</i>	Método más objetivo	Requiere tiempo. No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Se utiliza en los ensayos clínicos
<i>Control de la dispensación</i>	Método sencillo, fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Puede complementar otros métodos
<i>Monitorización electrónica</i>	Método más objetivo	Necesita de un aparato Método caro. No aplicable a la práctica clínica	Se utiliza en los ensayos clínicos
<i>Control del resultado terapéutico</i>	Método sencillo, fácil de aplicar	Requiere tiempo Interfieren otras causas de mal resultado terapéutico	

Fuente: Adherencia al tratamiento farmacológico-2004

1.4.6 Generalidades sobre conocimientos

El conocimiento, es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.. (Alvarez Ramos, 2014:43)

a. Tipos de conocimientos

- **Conocimiento empírico:** Se define como el conocimiento basado, en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiera debido a las diversas necesidades que se presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.
- **Conocimiento científico:** Es el saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que implica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.
- **Conocimiento explícito:** A diferencia del conocimiento tácito, de esta sabemos que lo toleramos y para ejecutarlos somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlos en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático.
- **Conocimiento tácito:** Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido.
- **Conocimiento intuitivo:** El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción.

b. Evaluación del conocimiento

Para evaluar el conocimiento adquirido en una escala, puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 50%: bajo, 51% a 71%: medio y de 71% a 100%: alto).

c. Nivel de Conocimiento

Es el grado de información acerca de la prevención de un daño o enfermedad, que acumula la persona como producto de su experiencia, que puede inferir a partir de estos. (Gonzales W.,2015:20)

1.4.7 Presión arterial

La presión arterial sistólica (PAS) revela el esfuerzo que hace el corazón para bombear la sangre a través del sistema vascular, mientras que la presión arterial diastólica (PAD) indica la tensión de las paredes de los vasos en los momentos de descanso del corazón. (Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial, 2010)

1.4.8 Clasificación de la presión arterial

Una de las clasificaciones más utilizadas y reconocidas de la presión arterial es la que aporta el Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC VII), clasifica la presión arterial para adultos mayores de 18 años. (Saventh Report the Joint Nacional Committee on Prevention, 2016)

Tabla 2. Valores límite de la presión arterial según el JNC VII

Clasificación	PRESIÓN ARTERIAL		
	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	y	< 80
Prehipertensión	120-139	ó	80-89
Hipertensión			
Estadio 1	140-159	ó	90-99
Estadio 2	≥ 160	ó	≥ 100

Fuente: JNC VII-2003

1.4.9 Atención farmacéutica

La preocupación de la OMS por el rol que debe desempeñar el farmacéutico dentro del campo sanitario estuvo precedida por experiencias que a nivel hospitalario se realizaban desde 1960 en Farmacia Clínica y los trabajos de Hepler y Strand en la década de los 90. De estos últimos surge el concepto de Pharmaceutical Care definido por ellos y traducido como Atención Farmacéutica: “Es la provisión responsable de la terapia farmacológica con el fin de lograr resultados definidos en la salud que mejore la calidad de vida del paciente” (Bonal, et al, 2002:277).

Actos del profesional Químico Farmacéutico para la mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida del paciente, los cuales se realizan mediante prácticas correctas de dispensación y seguimiento farmacoterapéutico. (DS N° 014-2011-SA, 2011:3)

1.4.10 Seguimiento farmacoterapéutico

Acto profesional en el cual el profesional Químico Farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos (PRM). (DS N° 014-2011-SA, 2011:8)

1.4.11 Problemas relacionados con los medicamentos (PRM)

Problema de salud experimentado por el paciente, como resultado clínico negativo derivado de la farmacoterapia y que, por su interferencia real o potencial, no permite conseguir el objetivo terapéutico esperado o genera efectos no deseados. (DS N° 014-2011-SA, 2011:7)

1.5. HIPÓTESIS

Existe adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del albergue central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro. Lima 2015-

1.6. VARIABLES

1.6.1 Tipo de variables

a. Variable dependiente

- **Adherencia Terapéutica:** El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.
 - Adherencia
 - No adherencia.

b. Variables independientes

- **Nivel de Conocimiento:** Es el grado de información acerca de la prevención de un daño o enfermedad, que acumula la persona como producto de su experiencia, que puede inferir a partir de estos.
 - Conocimiento aceptable.
 - Conocimiento no aceptable.

c. Variables intervinientes:

- **Edad:** Tiempo en años que ha vivido la persona.
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a las mujeres y varones.
- **Tiempo de enfermedad:** Tiempo en años desde que le diagnosticaron la hipertensión arterial.

- **Nivel de educación:** Es el grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos.
- **Enfermedad:** Según OMS, es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.
- **Fármaco prescrito para la hipertensión arterial:** Aquel medicamento que cuenta con una prescripción (receta) médica.
- **Valores de la presión arterial:** Se mide en milímetros de mercurio (mmHg).
 - Presión arterial sistólica: que es el valor máximo de la tensión arterial en sístole (cuando el corazón se contrae).
 - Presión arterial diastólica: se corresponde con el valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardíacos.

1.6.2 Operacionalización de variables

Tabla 3. Operacionalización de variables

Variable	Instrumento	Escala de medición	Dimensión	Indicador
Adherencia Terapéutica	Test Morisky-Green	Cualitativa Nominal Dicotómica	Adherencia. No Adherencia.	Contestan de forma correcta las cuatros preguntas es Adherencia.
Nivel de conocimiento	Test de Batalla	Cualitativa Nominal Dicotómica	Conocimiento aceptable Conocimiento NO aceptable.	Contestan de forma correcta las tres preguntas es Conocimiento aceptable
Edad	Fecha de nacimiento.	Cuantitativa Razón	De 70- 80 años De 81- 90 años	Si/No Si/No
Sexo	Identidad sexual.	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer	Si/No Si/No
Tiempo de enfermedad	Años con diagnóstico de la enfermedad.	Cuantitativa Razón	Menos de <15 años De 16- 25 años De 26- 35 años De 36- 45 años	Si/No Si/No Si/No Si/No
Nivel de educación	Nivel de estudios que refiere el paciente.	Cualitativa Nominal	Sin educación Primaria Secundaria Universidad	Si/No Si/No Si/No Si/No
Enfermedades	Enfermedades diagnosticada	Cualitativa Nominal	Gastritis Artrosis Osteoporosis	Si/No Si/No Si/No
Fármacos prescrito	Fármacos prescritos para la hipertensión arterial.	Cualitativa Nominal	Atenolol Propanolol Captoprol Enalapril	Si/No Si/No Si/No Si/No
Valores de la presión arterial	Se midió la presión con tensiómetro digital marca BRAUN	Cuantitativa Razón	Presión arterial sistólica Presión arterial diastólica.	≤ 120 a ≥ 160 MmHg ≤ 80 a ≥ 100 MmHg

1.7. OBJETIVOS

1.7.1. Objetivo General.

- Determinar la adherencia farmacológica de pacientes con hipertensión arterial del albergue central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Lima-2015.

1.7.2. Objetivos específicos

- Identificar las enfermedades asociadas a la hipertensión arterial con mayor frecuencia de la población en estudio.
- Conocer los fármacos prescrito para la hipertensión arterial, con mayor frecuencia de la población en estudio.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre su enfermedad.
- Evaluar la adherencia al tratamiento antes y después de la intervención farmacéutica.

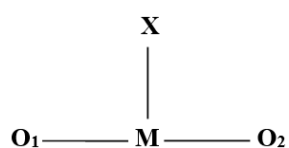
II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo y Diseño de investigación

Tipo de investigación: De acuerdo a la orientación es de tipo libre, por cuanto el tema fue seleccionado de acuerdo al interés del investigador; y de acuerdo a la técnica de contrastación es de tipo descriptivo, dado a que se observó, midió y describió las variables de estudio, culminando con la determinación de la relación existente entre ellas.

Diseño de investigación: Se eligió el Diseño de Investigación pre-experimental de corte transversal.

El esquema que representa el diseño de investigación es la siguiente:



En donde:

M → Muestra de estudio.

O₁ → Pre Test

O₂ → Post Test

X → Intervención Farmacéutica.

2.2. Población y muestra.

Población: 72 pacientes con hipertensión arterial que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, ubicado en el Jr. Madera No 399 distrito del Rímac.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 70 años a más.
- Pacientes con diagnóstico de HTA que reciben tratamiento farmacológico.

Criterios de exclusión

- Pacientes que participen en la prueba piloto.
- Pacientes con alteraciones de las funciones cognitivas.
- Pacientes con enfermedades en estado terminal.

Criterios de eliminación

- Pacientes que voluntariamente decidan abandonar el estudio.
- Pacientes que no permitan ser entrevistados 2 veces consecutivas.

Muestra: Pacientes que acepten participar y reciben tratamiento farmacológico para la HTA. La muestra se realizara por conveniencia porque los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad para el presente estudio, se realizará con 20 (veinte) pacientes mayores de 70 años con diagnóstico de HTA que reciben tratamiento farmacológico.

La muestra es limitada debido que la mayoría de pacientes sufre de alteraciones en las funciones cognitivas, tiene analfabetismo funcional (incompetencia en las funciones básicas tales como la lectura, la escritura y las matemáticas) y/o no desea participar en el presente estudio.

2.3. Técnicas e instrumentos de investigación

2.3.1. Técnica:

El paciente será contactado en las charlas realizadas para dar a conocer y promover la atención farmacéutica, luego se utilizara el método de Seguimiento farmacoterapéutico DADER, en sus diferentes etapas y también se usaran diferentes herramientas para recolección de datos y se utilizara cuestionarios para evaluar la el conocimiento de su enfermedad y la adherencia al tratamiento:

- Consentimiento informado. (Anexo 03)
- Cuestionario de Batalla. (Anexo 04)
- Cuestionario de Morisky-Green. (Anexo 05)

2.3.2. Instrumentos de Investigación

Se utilizó la fuente primaria; que estuvo en las respuestas directas de los pacientes con hipertensión arterial. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue los cuestionarios, previamente validados por sus autores. Dicho instrumento son:

- **El Cuestionario de Batalla para la HTA.-**

Es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, se ha utilizado en la terapéutica de la hipertensión arterial. Expresa mal cumplimiento si no responden correctamente a las 3 preguntas, se considera como conocimiento no aceptable:

1. ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Mencione al menos un órgano que pueda lesionarse por la hipertensión arterial.

- **Cuestionario de Morisky-Green.-** Es un cuestionario que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; Si responde de forma correcta las cuatro preguntas se considera como Adherencia al tratamiento terapéutico.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

2.4. Procesamiento y análisis de la información

La organización y presentación de los datos se realizó utilizando el programa Microsoft Excel 2010. En relación al análisis descriptivo, se presentan tablas y gráficos de frecuencias con las medias y desviación estándar (Utilizando los valores asignados para cada respuesta). Los datos obtenidos del seguimiento farmacoterapéutico se explica mediante la estadística descriptiva procesando la información con la distribución de frecuencias y la estadística inferencial permite efectuar una tabulación de datos por ítems e índices consignando frecuencias y porcentajes, que permitirá hacer un análisis e interpretar los resultados obtenidos así como un análisis de los datos.

La comparación de los valores iniciales y finales se realizara mediante la prueba T-Student para variables cuantitativas (valores PAS y PAD) y La prueba de chi-cuadrado de Pearson se utilizara para la comparación de proporciones de variables dependientes (Cuestionarios de adherencia terapéutica y test de batalla). Se asumió como valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

III. RESULTADO

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos a través del desarrollo del presente estudio, siendo estos datos tabulados de acuerdo a las características recopiladas.

Tabla 4. Adherencia farmacológica según sexo.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	14	70%
Masculino	6	30%
Total	20	100%

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Albergue Central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Lima 2016.

Los porcentajes, por sexo, en el grupo de pacientes seleccionados para el estudio: 30% (6) de varones y 70% (14) de mujeres.

Tabla 5. Adherencia farmacológica según grupos etarios.

GRUPO DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
70 - 80	6	30%
81 - 90	14	70%
Total	20	100%

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Albergue Central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Lima 2016.

El 30% de los pacientes estuvieron comprendidos entre 70 y 80 años y el 70% entre 81 y 90 años; evidenciándose un incremento de pacientes con hipertensión arterial en el grupo etario de 81 a 90 años de edad coincidente con estudios que revelan un incremento en la prevalencia de HTA a medida que avanza la edad.

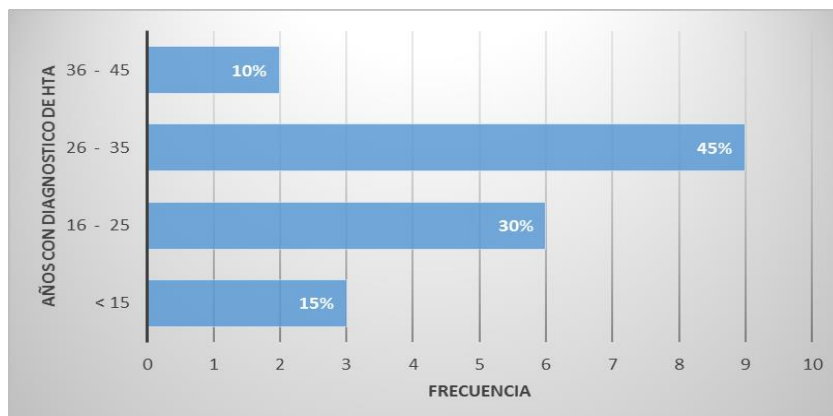


Figura 1. Porcentaje según años de diagnóstico con hipertensión arterial.

El 45% (9) de los pacientes tenían 26 a 35 años de haber sido diagnosticados con hipertensión arterial.

Tabla 6. Nivel de educación de los pacientes

NIVEL DE EDUCACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin educación	1	5%
Primaria completa	6	30%
Primaria incompleta	4	20%
Secundaria completa	5	25%
Secundaria incompleta	2	10%
Universidad completa	1	5%
Universidad incompleta	1	5%
Total	20	100%

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Albergue Central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Lima 2016.

El 30% (06) de los pacientes tenían estudios de primaria completa.

Tabla 7. Porcentaje de número de diagnóstico.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gastritis	8	29%
Artrosis	5	18%
Osteoporosis	6	21%
Hipercolesterolemia	5	18%
Otras Enfermedades	4	14%
	28	100%

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Albergue Central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Lima 2016.

El 29% (8) de los pacientes tenían diagnosticado dos enfermedades que son gastritis y al mismo tiempo hipertensión arterial.

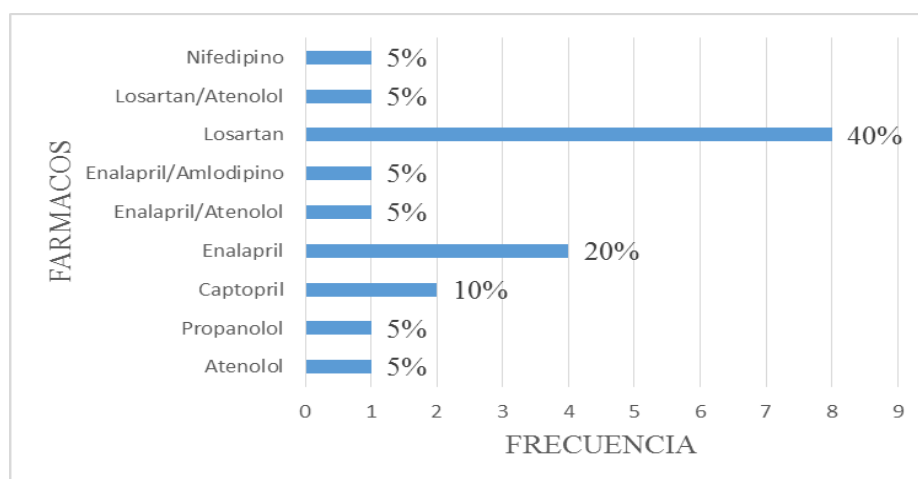


Figura 2. Porcentaje según los fármacos antihipertensivo prescritos a los pacientes.

El 40% (08) de los pacientes tenían prescrito como tratamiento para la hipertensión arterial el fármaco Losartan.

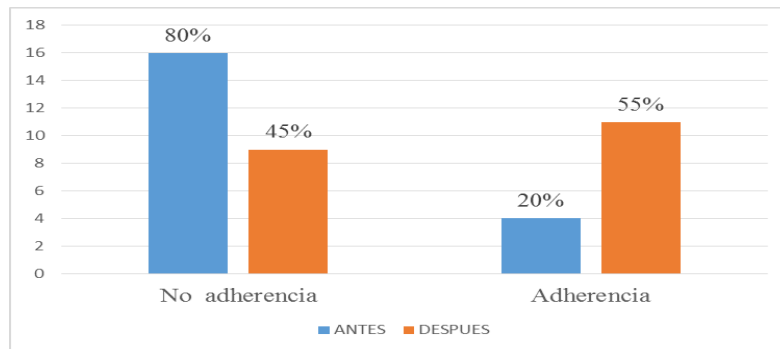


Figura 3. Adherencia al tratamiento hipertensivo antes y después de la intervención farmacéutica.

Para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico antes y después del seguimiento Farmacoterapéutico, se utilizó un instrumento previamente validado con la finalidad de asegurar su medición en la población de estudio. Es así que se utilizó un cuestionario de Morisky-Green., observándose que, al inicio 20% (04) de los pacientes tenían adherencia al tratamiento farmacológico y al finalizar subió a 55% (11) observándose que hubo mayor adherencia al tratamiento después de las intervenciones farmacéuticas.

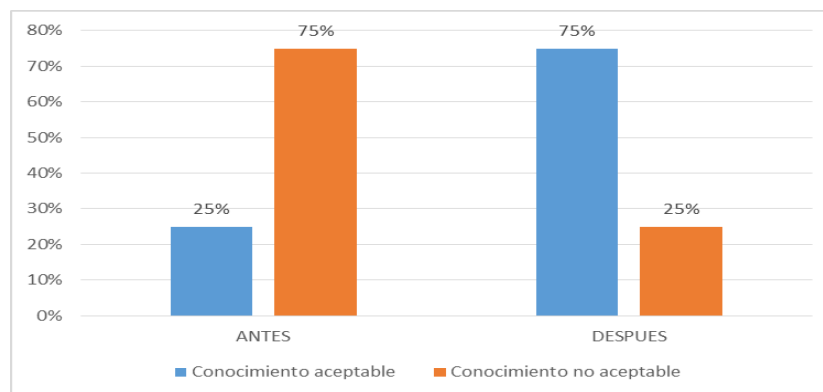


Figura 4. Nivel de conocimiento sobre su enfermedad.

Para evaluar el grado de conocimiento se utilizó un instrumento previamente validado, que fue el test de Batalla y se aplicó antes y después del seguimiento Farmacoterapéutico; encontrando que al iniciar, 25% (05) de los pacientes tenían un conocimiento aceptable sobre su enfermedad y después de realizar el seguimiento

Farmacoterapéutico el 75% (15), observándose que adquirieron mayor conocimiento después de las intervenciones farmacéuticas.

Tabla 8. Control inicial y final de la presión arterial sistólica y diastólica.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Presión arterial			
	Sistólica		Diastólica	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Media	138	130	85	80
Varianza	103,68	153,88	49,73	85,46
Observaciones	20	20	20	20
Coeficiente de correlación de Pearson	0,57		0,40	
Estadístico t	3,27		2,83	
p($t \leq 1$) una cola	0,001		0,005	
Valor crítico de t (una cola)	1,72		1,72	
p($t \leq 1$) dos colas	0,003		0,010	
Valor crítico de t (dos colas)	2,093		2,093	

FUENTE: Adherencia al tratamiento farmacológico, Albergue Central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Lima 2016.

El control de la presión arterial en los pacientes con hipertensión arterial es de gran importancia, porque brindando Seguimiento Farmacoterapéutico se logra mejorar el control de la presión arterial y disminuir el factor de riesgo cardiovascular en los pacientes. La determinación de este parámetro se realizó en cada una de las sesiones desarrolladas durante el estudio, con la finalidad de poder determinar futuras diferencias en su comportamiento a lo largo el estudio. Por lo tanto, todos los valores promedio de presión arterial sistólica al inicial fue 138mmHg y al culminar el estudio fue 130mmHg. Se observó diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) y la presión arterial diastólica al inicio fue 85mmHg y al culminar el estudio fue 80mmHg, se observó diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

IV. ANÁLISIS Y DISCUSION

Respecto a las principales características de los pacientes que participaron en nuestro estudio, se dio a conocer que la proporción de mujeres es superior a los hombres, el 30% y 70% respectivamente. El predominio del sexo femenino en los pacientes hipertensos también fue reportado por el estudio realizado por Alvarez (2015) y también en el estudio de Romero, M y Tanchiva, P (2011). En cuanto a la hipertensión arterial observada por grupos etarios en nuestro estudio se observa que se incrementa con la edad y el 70% corresponde a adultos mayores de 81-90 años, semejante al estudio de Apaza en Tacna (2013)

El predominio de Hipertensión arterial en mayores de 60 años son esperados, como es sabido a partir de la sexta década de vida se produce un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, encontrando que el 45% (9) de los pacientes tenían 26 a 35 años de haber sido diagnosticados con hipertensión arterial, lo cual guarda relación con el estudio de Carhuallanqui (2010) que el 77% tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años.

Por otra parte en un estudio realizado por Carhuallanqui, en el año 2010, se encontró que el 52,4% tenía grado de instrucción primaria, encontró resultado similar al de este estudio ya que la prevalencia es del 30% de los pacientes tenían estudios de primaria completa.

La presencia de otras comorbilidades en los pacientes de este estudio puede estar asociada a los malos hábitos respecto a la alimentación y a la actividad física, lo que puede predisponer al surgimiento de diversas enfermedades crónicas, muchas veces asintomáticas. En el presente estudio encontramos que el 29% de los pacientes tenían diagnosticado gastritis con hipertensión arterial.

Los β -bloqueantes se convirtieron desde los años ochenta, en el tratamiento más popular de la hipertensión, debido a su eficacia relativa y a la ausencia de muchos efectos secundarios molestos, lo cual lo hemos podido demostrar en el

presente estudio ya que el 40% de los pacientes tenían prescrito como tratamiento para la hipertensión arterial el fármaco Losartan.

La OMS, califica la falta de adherencia como un problema mundial de gran magnitud. Una no adherencia al tratamiento antihipertensivo es uno de los factores más importantes de la presión arterial no controlada, y por lo tanto de graves repercusiones a la salud y a los costos. En el presente estudio al evaluar el tipo de adherencia a través del Test de Morinsky-Green-Levine, encontramos que al inicio el 20% de los pacientes tenían adherencia al tratamiento farmacológico y al finalizar subió al 55% observándose que hubo mayor adherencia al tratamiento después de las intervenciones farmacéuticas, valores similares se obtuvieron por Fikri-Benbrahim et al (2011) y Vancini et al (2015), que llegaron a la conclusión que la intervención farmacéutica se asoció con una mejoría significativa en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en comparación con la atención habitual. Así mismo hallamos que al inicio el 80% de los pacientes tenían no adherencia al tratamiento farmacológico, concordando con López, S. y Chávez, R. (2016) que demostraron que la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja y Carhuallanqui, R. et al (2010), alcanzó como resultado que la no adherencia al tratamiento terapéutico fue 62,1%.

Para evaluar el grado de conocimiento se utilizó un instrumento que fue el test de Batalla y se aplicó antes y después de la intervención farmacéutica; encontrando que al iniciar, 25% de los pacientes tenían un conocimiento aceptable sobre su enfermedad y después de la intervención fue de 75% tenían conocimiento aceptable, semejantemente a los resultados del estudio, de Da Silva, M. et al (2014), que las prescripciones farmacológicas complejas, poco conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud influyen en el proceso de la no adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo. De acuerdo con lo expuesto hasta el momento, se puede constatar que cuanto mayor es el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, mayor es el compromiso con el autocuidado y la adhesión al tratamiento.

A los pacientes se le midió la presión arterial y se realizaron entrevistas con el objeto de averiguar si existían síntomas de mal control de la presión arterial. Se trabajó con los valores de la presión arterial. Los valores medios de PAS sufrieron cambios significativos ($p < 0.001$) 138mmHg a 130mmHg y PAD sufrieron también ($p < 0.005$) 85mmHg a 80mmHg. Por lo cual corroboramos lo encontrado en el estudio realizado por Solórzano, M. (2015), que la mala adherencia al tratamiento farmacológico se asocia significativamente con los valores de la presión arterial.

V. CONCLUSIONES

- Las intervenciones del Químico Farmacéutico, realizado en pacientes con hipertensión arterial fueron fundamentales y mejoró significativamente los valores de la presión arterial diastólica y sistólica, contribuyendo a mejorar la adherencia farmacológica y el conocimiento sobre su enfermedad.
- El 29% (8) de los pacientes tenían diagnosticado dos enfermedades que son la gastritis y al mismo tiempo hipertensión arterial, que fueron las enfermedades asociadas con mayor frecuencia.
- El 40% (08) de los pacientes tenían prescrito como tratamiento para la hipertensión arterial el fármaco Losartan.
- Realizando el test de Batalla al inicio encontramos que solamente el 25% de los pacientes, poseían conocimiento aceptable sobre la enfermedad, pero después de la intervención se logró mejorar los valores obteniendo que el 75% de los pacientes con hipertensión arterial tenían conocimientos aceptables sobre su enfermedad.
- Acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, las intervenciones del Químico Farmacéutico, contribuyen a mejorar la adherencia, porque existió un cambio en el pre test fue de 20% y luego post test fue de 55% de adherencia terapéutica, la cual fue evaluada a través del Test de Morinsky-Green-Levine.

VI. RECOMENDACIONES

- Nuestros resultados refuerzan la utilidad del test de Morisky-Green en la práctica médica diaria. Teniendo en cuenta la facilidad de aplicación y rapidez de este test y los beneficios que nos puede brindar, debería considerarse su implementación de manera rutinaria en la práctica diaria para identificar a los pacientes no adherentes y así reforzar su educación.
- Se evidencia la necesidad de la presencia del químico farmacéutico comprometido con el fomento de la adherencia terapéutica y la atención integral para que el cuidado, traspase la atención institucional y llegue hasta el contexto social del paciente, tomando en cuenta sus individualidades.

VII. AGRADECIMIENTO

- A los distinguidos Miembros del Jurado: a la Dra. Norma Julia Ramos Cevallos, al Dr. Errol Alberto Camacho Alva y a la Mg. María Susana Roque Marroquín por su constante apoyo y asesoría en el desarrollo de esta tesis.
- A la Universidad San Pedro, sede en Lima, personal administrativo y docente, en especial a sus docentes de Metodología de la Investigación, por fomentar y fortalecer nuestros conocimientos en el área de investigación en salud.
- A todas aquellas personas que de una forma u otra han contribuido con la culminación de este trabajo de investigación.

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Alvarez Ramos , E. I. (s.f.). *Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un Centro de Salud, Lima, 2014*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%c3%81lvarez_re.pdf
- Apaza Argollo, G. A. (16 de Junio de 2016). *Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud-red Tacna febrero 2013*. Obtenido de http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2
- Bonafont Pujol, X., & Costa Pagès, J. (Abril de 2004). *Adherencia al tratamiento*. Obtenido de Vol. 16, núm. 3. 2004. ISSN 1579-9441: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/documents/arxiu/bit_v16_n03e.pdf
- Bonal J, Alerany C, Bassons T y Gascón P. (2002). *Farmacia Hospitalaria: Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Obtenido de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>
- Carhuallanqui, Rolando ; Diestra Cabrera, Gabriela; Tang Herrera, Jessica; Málaga, Germán;. (15 de Junio de 2016). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general*. Obtenido de Revista Medica Herediana: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n4/v21n4ao4.pdf>
- Da Silva Barreto, Mayckel ; Oliveir Reiners, Annelita Almeida; Silva Mar, Sonia;. (Mayo-Junio de 2014). *Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf
- Decreto Supremo N° 014-2011/SA. (27 de Julio de 2011). *El Peruano Normas legales*. Recuperado el 24 de noviembre de 2014, de <http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/OPMSCMS/Archivos/DS014-2011-MINSA.pdf>
- Fikri-Benbrahim N, Sabater-Hernández D, Fikri-Benbrahim O, Faus MJ, Martínez-Martínez F, González-Segura Alsina D. (2011). Effect of pharmaceutical intervention on medication adherence and blood pressure control in treated hypertensive patients: Rationale, design and methods of the AFenPA pilot study. *Ars Pharmaceutica*, Pg.29-38. Obtenido de farmacia.ugr.es/ars/ars_web/controldescargas.php?736
- Gonzales Torres, W. A. (s.f.). *Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, Noviembre 2014 - Enero 2015*". Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4034/1/Gonzales_tw.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (11 de Junio de 2016). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014*. Obtenido de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf

- Lopez Vasquez, Santiago; Chavez Vega, Raul. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 40-50.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de Junio de 2016). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004*. Obtenido de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Peralta, M. L., & Carbajal Pruneda, P. (s.f.). *Rev Cent Dermatol Pascua • Vol. 17, Núm. 3 • Setiembre-Diciembre 2008*. Obtenido de <http://promsalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2014/08/adherencia-revision.pdf>
- Romero Sajami, M. E., & Tanchiva Iñape, P. P. (17 de Junio de 2016). *Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos del Cap III-Metropolitano Iquitos-Essalud-Año 2011*. Obtenido de <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/135/1/TESIS.pdf>
- Salcedo Barajas, A., & Gómez Ochoa, A. M. (2014). *Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial*. Obtenido de *Avances en Enfermería • Vol. XXXII-No. 1 Enero-Junio 2014*: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a04.pdf>
- Saventh Report the Joint Nacional Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (25 de febrero de 2015). Obtenido de <http://www.herrera.unt.edu.ar/eiii/concepcion/emedica/jnc%207.pdf>
- Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial*. (2010). Recuperado el 24 de noviembre de 2014, de <http://hta.pe/>
- Solórzano Rodriguez, M. Y. (17 de Junio de 2016). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertension arterial. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero- Mayo 2015*. Obtenido de <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2506/1/msolorzano.pdf>
- Vancini Campanharo, C. R., Novelli Oliveira, G., Landim Andrade, T. F., Pinto Okuno, M. F., Teixeira Lopes, M. C., & Assayag Batista, R. E. (2015). Hipertensión Arterial Sistémica en el Servicio de Emergencia: adherencia al tratamiento medicamentoso y conocimiento de la enfermedad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Pg.1149-1156. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01149.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia lógica.

Adherencia farmacológica de pacientes con hipertensión arterial del albergue central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Lima-2015

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS
<u>Problema general</u> ¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial del albergue central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro?	<u>Objetivos generales</u> Determinar la adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial.	<u>Hipótesis general</u> La intervención farmacéutica mejora la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del albergue central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.
<u>Problema específica</u> • ¿Cuál serán las enfermedades asociadas a la hipertensión arterial de los pacientes del presente estudio? • ¿Cuáles serán los fármacos prescritos para la hipertensión arterial de los pacientes del presente estudio? • ¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre su enfermedad en pacientes con hipertensión arterial del albergue? • • ¿Cuál será el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico antes y después de la intervención farmacéutica de los pacientes con hipertensión arterial del albergue?	<u>Objetivos específicos</u> • Identificar las enfermedades asociadas a la hipertensión arterial con mayor frecuencia de la población en estudio. • Conocer los fármacos prescrito para la hipertensión arterial, con mayor frecuencia de la población en estudio. • Determinar el nivel de conocimiento sobre su enfermedad. • Evaluar la adherencia al tratamiento antes y después de la intervención farmacéutica.	<u>Hipótesis específica</u> • La enfermedad asociada predominante será gastritis. • El fármaco más prescrito para la hipertensión arterial será Losartan • La intervención farmacéutica mejora el nivel de conocimiento sobre su enfermedad en los pacientes. • La intervención farmacéutica mejora la adherencia al tratamiento farmacológico.

Anexo 2. Matriz de consistencia metodológica.

Adherencia farmacológica de pacientes con hipertensión arterial del albergue central Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro. Lima-2015

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUMENTO
TIPO • Prospectivo. • Longitudinal. DISEÑO • Descriptivo.	POBLACIÓN 72 pacientes con hipertensión arterial que reciben tratamiento farmacológico para la HTA del Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, ubicado en el Jr. Madera No 399 distrito del Rímac. MUESTRA 20 (veinte) Pacientes que acepten participar en el estudio y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.	<u>Cuestionario de Morisky-Green</u> Consiste en 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Adherencia del tratamiento farmacológico -Adheridos : contestan correctamente a las cuatro preguntas -No Adheridos: contestan incorrectamente una o más preguntas. <u>Cuestionario de Batalla.</u> Este Cuestionario consiste en realizarle al paciente tres preguntas acerca de su enfermedad. 1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida? 2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación? 3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada. -Conocimiento aceptable. (Tres respuestas correctas). - Conocimiento no aceptable. (Una o más respuestas incorrectas).

Anexo 3. Consentimiento informado.

**ALBERGUE CENTRAL IGNACIA RODULFO VIUDA DE
CANEVARO**



**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
ESCUELA DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Yo.....

identificado con DNI N°, paciente del consultorio médico de la unidad **geriátrica del albergue central** Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro:

Acepto participar en forma voluntaria en el programa: **“ADHERENCIA FARMACOLÓGICA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ALBERGUE CENTRAL IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO. LIMA-2015”**

1. Declaro que:

- He leído el tríptico de información de Atención Farmacéutica.
- He podido hacer preguntas acerca la investigación
- He recibido suficiente información sobre la investigación
- He hablado con: Alejandra Vanessa Rubiños Marchan y/o Johnny Cotrina Alcantara

2. Comprendo que mi participación es voluntaria.

3. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando yo desee
- Sin dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Estando plenamente informado de los puntos anteriores, **DOY MI CONSENTIMIENTO** al Investigador para la realización de la Atención Farmacéutica, con todo lo expresado en este documento y sin necesidad de autenticación por notario, lo suscribo.

Fecha: / /

.....
Firma del Participante
(Paciente).

.....
Firma del investigador
Q.F. Alejandra V. Rubiños Marchan.
Q.F. Johnny A. Cotrina Alcantara

Anexo 4. Cuestionario de batalla.

CUESTIONARIO DE BATALLA

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. **Muchas gracias**

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de escolaridad: _____ Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A continuación marque con una **X** la casilla que corresponda a su situación particular

1. ¿Es la Hipertensión Arterial una enfermedad para toda la vida?

1. Si : _____

2. No : _____

2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación la Hipertensión Arterial?

1. Si : _____

2. No : _____

3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada

Anexo 5. Cuestionario de Morisky-Green.

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

Solicitamos su colaboración sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de escolaridad: _____ Años de diagnosticada la enfermedad: _____

1. **¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?**

1. Si : _____

2. No : _____

2. **¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?**

1. Si : _____

2. No : _____

3. **Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?**

1. Si : _____

2. No : _____

4. **Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?**

1. Si : _____

2. No : _____

En todos los casos se debe responder “SI” o “NO”.

Anexo 6. Ficha Farmacoterapéutica.

FICHA FARMACOTERAPEUTICA										
I. DATOS PERSONALES						FECHA				
APELLIDOS Y NOMBRES										
DIRECCION ACTUAL						PROCEDENCIA				
OCUPACION				FECHA NAC.		EDAD		SEXO	M	F
TELEFONO						NOMBRE DE PARIENTE				
PESO			TALLA			IMC				
ANTECEDENTES FAMILIARES										
ANTECEDENTES PATOLOGICOS / DIAGNOSTICO ACTUAL										
PROBLEMAS DE SALUD										
FUNCIONES VITALES										
HABITOS DE CONSUMO										
HABITOS ALIMENTICIOS Y/O DIETETICOS										
EJERCICIOS FISICOS										
PRUEBAS DE LABORATORIO										
MEDICAMENTOS QUE USO EN EL PASADO										
MEDICAMENTOS QUE USA ACTUALMENTE										
MEDICOS TRATANTES										

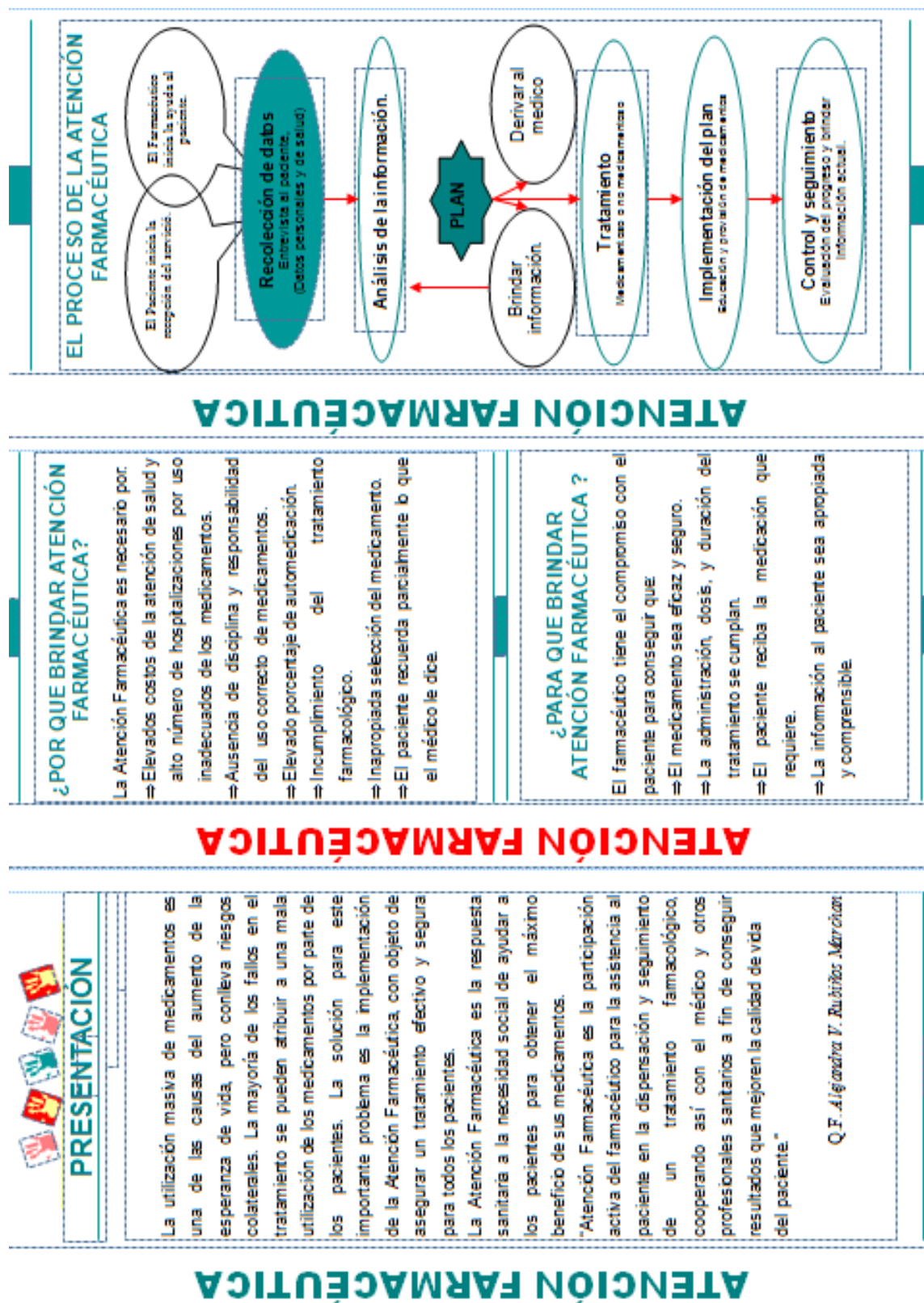
Anexo 7. Ficha de estudio y evaluación de la información.

HOJA DE ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN[illegible]

Anexo 8. Evaluación de la intervención farmacéutica.

[illegible]

ATENCIÓN FARMACÉUTICA		ATENCIÓN FARMACÉUTICA		ATENCIÓN FARMACÉUTICA	
SERVICIOS QUE BRINDA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA ⇒ Informar y orientar al paciente sobre la importancia de su tratamiento y la forma de administrar su medicamento. ⇒ Prevenir, detectar y solucionar los problemas relacionados con medicamentos. ⇒ Apoyar a los pacientes con problemas de incumplimiento de su tratamiento.		CONSECUENCIAS DEL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS ⇒ Riesgo de enfermedad y aumento de mortalidad. ⇒ Efectos adversos por los medicamentos. ⇒ Empleo de dosis excesivas o insuficientes. ⇒ Administración de medicamentos no recetados. ⇒ Administración del medicamento por tiempo superior o inferior al indicado. ⇒ Abuso y adicción a los medicamentos. ⇒ Aumento en el número de atenciones médicas y la duración de las hospitalizaciones. ⇒ Enfermedad o muerte de individuos en edad productiva (pérdida por días no trabajados). ⇒ Pobre calidad de vida (trabajo, convivencia, recreación). ⇒ Insatisfacción por la atención de salud recibida.		La Atención Farmacéutica es la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente. Hepler y Strand	
COMPROMISO DEL PACIENTE El paciente que reciba atención farmacéutica estará comprometido a: ⇒ Asumir algunas actividades nuevas, de acuerdo al plan diseñado para el paciente. ⇒ Colaborar con el Químico Farmacéutico, demostrando sinceridad, cumplimiento y responsabilidad.		CONSULTORIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Horario: _____ Teléfono: _____ <i>Químico Farmacéutico</i>		ATENCIÓN FARMACÉUTICA UNIVERSIDAD SAN PEDRO ESCUELA DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA ESPECIALIDAD DE FARMACIA CLÍNICA Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA USP REGIONAL YUNIBES FARMACIA	



Anexo 11. Boletín de información sobre la hipertensión arterial.

UNIVERSIDAD SAN PEDRO



ESCUELA DE FARMACIA
Y BIOQUÍMICA

ESPECIALIDAD DE FARMACIA
CLÍNICA Y ATENCIÓN
FARMACÉUTICA

Información y consejos prácticos para pacientes con Hipertensión Arterial



Su control regular
aerterial, mejorará
recomendado por el
médico y aceptado por el
paciente y familiar, el
riesgo cardiovascular.



Respecto a los medicamentos

Respete el horario y la dosis de los medicamentos antihipertensivos que ha de utilizar, de acuerdo con las instrucciones recomendadas por su médico y su farmacéutico.

Nunca modifique la dosis indicada de su antihipertensivo, en caso de duda consulte con el profesional más cercano.

Si olvida una dosis, intente tomarla cuanto antes y omitirla en caso de proximidad con la siguiente toma. Nunca duplique la dosis prescrita.

No emplee otros medicamentos sin consultar previamente a su médico y farmacéutico.

Si tiene algún síntoma extraño tras la toma de la medicación, no dude en consultar a su médico o farmacéutico.

“Esta es una información que le facilita su farmacéutico.”

Químico Farmacéutico

Consejos para ayudar a controlar la Presión Arterial.

Controle su peso: No consuma alimentos (con elevado aporte de calorías) y coma mucha fruta fresca, ensaladas y verduras.

Evite el consumo de alcohol, café, té o de otras bebidas estimulantes: Todas estas bebidas aumentan la presión arterial.

Reduzca el consumo de sal: Si no usa sal al cocinar puede utilizar un poco en la mesa.

No fume: Fumar es un hábito dañino y constituye un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

Haga ejercicio físico de forma moderada con regularidad: Elija un programa de ejercicio físico sencillo. Por ejemplo, caminar durante 15 ó 20 minutos 3 días a la semana.

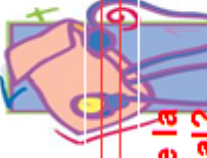
Procure mantenerse tranquilo y reduzca su estrés: Porque pueden favorecer la hipertensión arterial.

Conozca sus cifras de Presión Arterial, colesterol y glucosa: de forma regular para tener controladas las enfermedades asociadas.

Cumpla con el tratamiento antihipertensivo: Aunque sus cifras de presión arterial mejoren no deje de tomar sus medicamentos.



50

¿Qué es la Presión Arterial?  Es la fuerza o tensión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos. La presión depende de la fuerza con la que es bombeada por el corazón, y por la resistencia que ofrecen los vasos sanguíneos al flujo de la sangre. El corazón impulsa la sangre hacia los vasos sanguíneos para que llegue a todos los órganos y éstos funcionen bien. Cuando el corazón se contrae la sangre es impulsada y en ese momento la tensión es máxima y cuando se relaja la presión es mínima.	¿Qué es la Hipertensión Arterial (HTA)? Se dice que hay HTA cuando la presión arterial es habitualmente superior a los valores normales. Es una enfermedad que debe ser diagnosticada por el médico para ser tratada correctamente. - Presión arterial máxima (sistólica): < 120 - Presión arterial mínima (diastólica): < 80 valores normales 	¿Consecuencias de la Hipertensión Arterial? La hipertensión puede provocarle problemas en los riñones, el corazón, el cerebro, los ojos y en su circulación. Existen factores de riesgo asociados a la misma, como la diabetes, el colesterol y la obesidad, que pueden incrementar la posibilidad de sufrir un evento cardiovascular (derrame cerebral, hemiplejía, infarto cardíaco, insuficiencia cardíaca y otros).
¿Cuáles son los síntomas de la Hipertensión Arterial? A veces la hipertensión no presenta síntomas, lo cual dificulta un diagnóstico y tratamiento oportuno. Es necesario medir la presión arterial correctamente de forma periódica para detectar a los pacientes con hipertensión arterial. El dolor de cabeza, el sangrado de la nariz, inestabilidad al caminar, ruidos en los oídos, etc. Son signos que suelen atribuirse al incremento de la presión arterial, y que no se relacionan necesariamente con el valor de la misma 	¿Consecuencias de la Hipertensión Arterial? Tener la presión arterial alta es dañino para nuestras arterias, que poco a poco van deteriorándose. Además, la presión arterial elevada hace que aumente el trabajo del corazón, el cual aumenta de tamaño y puede llegar a fallar. El riñón sufre también las consecuencias de la hipertensión arterial y con más frecuencia se produce insuficiencia renal.	¿Consecuencias de la Hipertensión Arterial? Tener la presión arterial alta es dañino para nuestras arterias, que poco a poco van deteriorándose. Además, la presión arterial elevada hace que aumente el trabajo del corazón, el cual aumenta de tamaño y puede llegar a fallar. El riñón sufre también las consecuencias de la hipertensión arterial y con más frecuencia se produce insuficiencia renal.