



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
QUÍMICA FARMACÉUTICA BIOLÓGICA
FARMACIA CLÍNICA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN
UNA FARMACIA COMUNITARIA.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO

PRESENTA:

MORALES ESTAÑÓN ESTEFANÍA MONSERRAT

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. M. Mercedes Rizo Baeza

ASESORES DE TESIS EN ESPAÑA:

Dr. Vicente Gil Guillen

Dr. Ernesto Cortes Castell

Dra. Zeneida Perseguer Torregrosa

ASESOR DE TESIS EN MÉXICO:

QFB. Wendolyne Leticia Martínez Rosas



Ciudad de México 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Después de un extenso periodo de trabajo muy lejos de casa, donde he vivido una serie de aprendizajes tanto a nivel profesional y personal quisiera mencionar mi enorme agradecimiento a la UNAM por haberme abierto sus puertas desde el 2010, ya que no tengo orgullo más grande que el pertenecer a esta casa de estudios, le agradezco también el haberme inculcado sus valores y sus colores, por proveerme de los conocimientos necesarios e indispensables para poder ejercer como profesional, porque de no haber sido parte de este gran equipo azul y oro mi vida tal vez tendría otro rumbo.

A la ENP 7 le agradezco todas sus enseñanzas, momentos maravillosos y únicos, pero sobre todo por brindarme grandes amistades que se quedaran conmigo toda la vida.

A la FES Zaragoza, le agradezco llevarme al límite en todos los sentidos, por ponerme a prueba todos los días, por acompañarme en mis desvelos, frustraciones y victorias pero sobre todo por brindarme la mayor alegría que tengo que es estar formada como QFB.

Quisiera extender mi enorme agradecimiento a la profesora Wendolyne Martínez por apoyarme en todo momento desde que ha sido mi asesora, por alentarme a solicitar la beca de titulación y por ser parte de mi vida y mi formación profesional.

A la Dra. Mercedes Rizo Baeza por aceptar trabajar conmigo dentro de su línea de investigación, por darme la oportunidad de colaborar hombro con hombro junto con su equipo de trabajo, además de brindarme su tiempo y atenciones, abrirme las puertas de su casa y permitirme el conocerme como profesional y persona.

A la Farmacéutica Zeneida Perseguer Torregrosa por aceptarme en su Farmacia Comunitaria, por ayudarme, orientarme y encaminarme durante todo este trayecto, así como también por incluirme en eventos y proyectos los cuales me permitieron ampliar mis conocimientos y perspectiva.

Al Dr. Ernesto Cortes le agradezco su tiempo y que haya hecho posible la colaboración con la Universidad Miguel Hernández en este proyecto, por sus consejos y orientaciones desde mi llegada hasta el final.

Al Dr. Vicente Gil le agradezco infinitamente el que me haya permitido conocerle, tratarle y trabajar con él, Gracias por su tiempo, por compartirme sus conocimientos y por darme la seguridad que muchas veces necesité.

A todos y cada uno de ustedes, les puedo dar un gracias ya que es la palabra que mejor se adecua a lo que siento, pero a decir verdad todo lo que han hecho por mí tiene un valor incalculable.

Dedicatorias

A mis padres por ser personas únicas e invaluableles en mi vida, por acompañarme en cada segundo desde mi nacimiento, por amarme a pesar de la infinidad de defectos que poseo, por creer en mí y en mis sueños y ayudarme a hacerlos reales y tangibles, por velar por mí y por el magnífico hecho de haberme dado la vida. Jamás tendré como pagarles eso porque ni todo el dinero del mundo será suficiente para agradecerles el ser su hija, lo cual es un verdadero honor.

A mi bella hermanita, ese ser tan pequeño que llegó a mi vida, que es el vivo ejemplo de que la vida no se detiene, ya que en un abrir y cerrar de ojos simplemente creció, pero a pesar de eso no deja de ser mi aliada y confidente. Mi compañera de vida es el mejor ser humano que hasta hoy he conocido, porque con su nobleza, franqueza, bondad y honestidad que la caracterizan hace de este mundo y mi mundo un lugar mejor.

Sin embargo esta dedicatoria está ampliamente extendida a Dios y a la vida por permitirme vivir y contar esta gran experiencia, que en mi más sincera opinión será la base para mis decisiones hasta el último día que este en este mundo.

A mi México Lindo y querido porque he comprobado lo que muchos dicen por ahí “Cómo México no hay dos” porque esta experiencia me demostró que tengo la suerte de vivir en el mejor país del mundo, el cual me ha dado todo lo que tengo y todo lo que soy, además de ser el lugar que alberga todo y a todas las personas a las que amo.

A mi abuelita Toña le agradezco su tiempo, sus risas, las miles de llamadas y el amor que me ofrece desde que nos conocimos.

A mis primos Armando, Abraham, Néstor y Ulises por amarme, cuidarme y protegerme todos los días de su vida, siendo ellos los hombres de mi vida y mis más leales compañeros, por ende también a sus semillas, mis bellos sobrinos Kevin, Arath, Jennifer, Andrick, Valeria, Santiago, Dania, Monse, Aitana y Evelyn por ser el mejor regalo de mis primos hacia mí y por demostrarme que unos seres tan pequeños con su sola existencia pueden iluminar el alma de cualquier persona.

Por supuesto no podía faltar el mencionar a mis profesores, específicamente los de mi área terminal, Tere, Wen, Mireya y Roberto por compartirme sus conocimientos, por ayudar en mi formación académica y por demostrarme que todo es posible a base de esfuerzo y trabajo en equipo. No obstante quiero resaltar a 2 de ellos, al Profesor Roberto por brindarme todas las herramientas para poder lograr ayudar a los demás con nuestra profesión, por fomentar el amor a mi futura profesión y por asegurarme que no me había equivocado de decisión al elegir este camino, a la profesora Wen por abrir mi perspectiva a nuevos retos, por mostrarme lo tan diferente que puede ser nuestra vida si nos lo proponemos, por ayudarme a vencer mis miedos desde aquel primer día en la UCIN hasta el día de hoy. A ellos específicamente les debo todo porque son el secreto de que ame lo que hago y lo haga con amor.

A mi mejor amiga Jimena por ser la mitad que no tengo y la que siempre me complementa.

A mi mejor amigo Diego por ser el humano más noble que conozco y que siempre está a mi lado incondicionalmente.

A mis barbies Dany, Eve, Johana, Figara, Edith, y Castilla por ser las mejores.

A mi amiga Karen por soportarme desde el día 1 en la Universidad y por sus infinitas llamadas telefónicas que aunque sean seguidas, siempre tienen algo sustancial.

A mí me pequeña Sudelma, a Diana, Joce, Caz, Alan, Penny, y Ale por haber sido el pilar más fuerte cuando la torre se derrumbaba.

A mis queridísimas Karla y Tere por ser el mejor equipo del mundo entero y las mejores mujeres del mundo.

A mi más grande y leal amigo Jorge Alejandro Sánchez Delgado, quien ha sido y será siempre la pieza fundamental en mi vida por ser el mejor colega, el mejor amigo todo en el mismo paquete, él es aquel con quien puedo soñar y triunfar sin titubear. Como un enorme recordatorio de ser quien soy, mi más grande y bella dedicatoria es para los seres que hoy ya no están conmigo pero que son el motivo esencial de mi vida, principalmente a mi abuelita Mary Poppins por todo, por absolutamente todo lo que me dio, por sus abrazos, amor, honestidad, valores y su entereza como mujer y como ser humano.

A mi querido Chino por ser mi más grande amigo, por enseñarme que el sentido de la vida es disfrutarla, que la gente puede reír tanto por cosas tan simples y sobre todo por todos esos viajes en su auto con el volumen del estéreo a todo lo que da.

A mi tío Héctor por ser la persona más franca y segura que he conocido y por poner en mí toda su confianza, además de brindarme sus extraordinarias llamadas cada 21 de marzo sin excepción.

A mi hermano Dante porque yo sé que hubiera sido una fantástica aventura tenerlo conmigo.

Y a mí bello Skipy quien se fue antes de que pudiera recordarle que no me cansaría de ver su bella carita todos los días de mi vida.

Después de todo este tiempo lejos de casa les dedico esto a todos ustedes con el corazón en la mano, porque es el fruto de mi trabajo y la demostración tangible de que amo lo que hago.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| <i>Agradecimientos</i> | 1 |
| <i>Dedicatorias</i> | 3 |
| <i>Abreviaturas</i> | 12 |
| 1. <i>Resumen</i> | 14 |
| 2. <i>Introducción</i> | 15 |
| 3. <i>Marco Teórico</i> | 17 |
| 3.1. <i>Salud</i> | 17 |
| 3.2. <i>La Hipertensión y su epidemiología</i> | 18 |
| 3.3. <i>Tipos de Hipertensión</i> | 19 |
| 3.4. <i>Diagnóstico de la Hipertensión</i> | 20 |
| 3.5. <i>Hipertensión y Riesgo Cardiovascular</i> | 27 |
| 3.6. <i>Control de la Hipertensión</i> | 30 |
| 3.7. <i>Recomendaciones terapéuticas</i> | 38 |
| 3.8. <i>Objetivos terapéuticos</i> | 39 |
| 3.9. <i>Adherencia al tratamiento</i> | 40 |
| 3.10. <i>Persistencia y Cumplimiento</i> | 42 |
| 3.11. <i>Abandono e incumplimiento</i> | 42 |
| 3.12. <i>Medición de la Falta de adherencia</i> | 44 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.13. | <i>Causas que provocan la falta de adherencia</i> | 45 |
| 3.14. | <i>Patrones de incumplimiento</i> | 46 |
| 3.15. | <i>Factores asociados a la Falta de Adherencia</i> | 48 |
| 3.16. | <i>Inercia terapéutica</i> | 52 |
| 3.17. | <i>Consecuencias de la falta de Adherencia al tratamiento farmacológico</i> . | 54 |
| 3.18. | <i>Importancia del Farmacéutico Comunitario sobre la adherencia al tratamiento en Hipertensión⁷⁴</i> | 56 |
| 3.19. | <i>Estrategias para mejorar la Adherencia al Tratamiento</i> | 58 |
| 3.20. | <i>Contextualización</i> | 61 |
| 4. | <i>Planteamiento del Problema</i> | 61 |
| 5. | <i>Objetivos</i> | 62 |
| 6. | <i>Material y Método</i> | 62 |
| 6.1 | <i>Diseño del estudio</i> | 62 |
| 6.2 | <i>Ámbito de estudio</i> | 62 |
| 6.3 | <i>Muestreo y cálculo de tamaño muestral</i> | 63 |
| 6.4 | <i>Criterios de Inclusión</i> | 63 |
| 6.5 | <i>Criterios de Exclusión</i> | 63 |
| 6.6 | <i>Material</i> | 63 |
| 6.7 | <i>Variables</i> | 64 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 6.8 Análisis estadístico..... | 66 |
| 6.9 Método..... | 66 |
| 7. Resultados..... | 68 |
| 8. Discusión..... | 77 |
| 9. Conclusiones..... | 81 |
| 10. Aspectos Éticos..... | 82 |
| 11. Fortalezas..... | 83 |
| 12. Limitaciones..... | 83 |
| 13. Perspectivas..... | 83 |
| 14. Referencias Bibliográficas..... | 85 |
| 15. Anexos..... | 101 |

Índice de cuadros.

| | |
|---|----|
| Cuadro 1. Ventajas y Desventajas sobre los métodos para la medición de la Presión Arterial..... | 23 |
| Cuadro 2. Clasificación de la HTA conforme a las cifras de PA del paciente ³⁰ | 24 |
| Cuadro 3. Clasificación de la HTA, de acuerdo a la lesión organica ³⁸ | 24 |
| Cuadro 4. Factores modificables y no modificables que contribuyen a a aparición de la hipertensión..... | 25 |
| Cuadro 5. Causas de la hipertensión secundaria..... | 26 |
| Cuadro 6. Principales factores de riesgo cardiovascular..... | 28 |
| Cuadro 7. Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA)..... | 31 |
| Cuadro 8. Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II (ARA II). | 32 |
| Cuadro 9. Beta bloqueadores (BB). | 33 |
| Cuadro 10. Bloqueadores de los canales de Calcio (BCC)..... | 34 |
| Cuadro 11. Diuréticos..... | 35 |
| Cuadro 12. Estrategias de mejora de adherencia al tratamiento..... | 59 |
| Cuadro 13. Variables del estudio. | 64 |
| Cuadro 14. Características de los pacientes analizados en el total y divididos en adherentes y no adherentes características de los pacientes analizados en el total y divididos en adherentes y no adherentes..... | 69 |

| | |
|---|----|
| Cuadro 15. Antecedentes familiares y personales respecto a la presencia de adherencia al tratamiento. | 70 |
| Cuadro 16. Datos de calidad de vida obtenidos mediante el Cuestionario de Salud EUROQOL-5D conforme a los datos de adherencia. ¡Error! Marcador no definido. | |
| Cuadro 17. Posibles causas de la falta de adherencia al tratamiento..... | 73 |
| Cuadro 18. Impacto de las estrategias de mejora que contribuyen a la disminución de la falta de adherencia. | 74 |
| Cuadro 19. Características demográficas conforme a la normalización de la PA. | 75 |
| Cuadro 20. Relación entre la existencia de antecedentes familiares y personales respecto a la normalización de la PA. | 76 |
| Cuadro 21. Datos de calidad de vida obtenidos mediante el Cuestionario de Salud EUROQOL-5D conforme a las cifras de normalización de la preeuusión arterial . | 77 |

Abreviaturas.

| Abreviatura | Significado |
|--------------------|---|
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| EPOC | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| PA | Presión Arterial |
| PAS | Presión arterial Sistólica |
| PAD | Presión Arterial Diastólica |
| PASM | Presión arterial Sistólica Media |
| PADM | Presión Arterial Diastólica Media |
| HTA | Hipertensión |
| AMPA | Automedida Domiciliaria de la Presión Arterial |
| MAPA | Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial |
| FRCV | Factores de Riesgo Cardiovascular |
| ERC | Enfermedad Renal Crónica |
| IECA | Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina |
| ARA-II | Antagonista de los Receptores de Angiotensina II |
| BB | Beta-Bloqueadores |
| BCC | Bloqueadores de los Canales de Calcio |
| ICC | Insuficiencia Cardíaca Congestiva |
| IC | Insuficiencia Cardíaca |
| AINES | Antiinflamatorios No Esteroideos |

| | |
|-------|--|
| DASH | Dietary Approaches to Stop Hypertension |
| IMC | Índice de Masa Corporal |
| DM | Diabetes Mellitus |
| MEMS | Medication Event Monitoring Sistem |
| EDM | Electronic Drug Monitors |
| BMQ | Brief Medication Questionnaire |
| SEAMS | Self-efficacy for appropriate Medication Use Scale |
| FC | Farmacia Comunitaria |
| PRM | Problemas relacionados con la Medicación |
| RNM | Resultados Negativos de la Medicación |
| CRD | Cuadernillo de Recogida de Datos |
| EQ-5D | Cuestionario de Salud EuroQol- 5D |
| EVA | Escala Visual Analógica |

1. Resumen

La hipertensión es la enfermedad multifactorial silenciosa más importante de este siglo, debido a su alto número de incidencia y de las complicaciones a largo plazo que presenta y que el índice de control en cuanto a medicamentos es bajo.

Derivado a esto se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden a una farmacia comunitaria en la Provincia de Petrer en Alicante, España, encontrando que en esta población el 50% de los pacientes reclutados resulto no ser adherente a su tratamiento y que aquellos pacientes con bajo índice de adherencia tenían hábitos predisponentemente relacionados a esto, como es el consumo de alcohol, tabaco y el sedentarismo, en el caso de las causas y factores la más frecuente entre la población de estudio fue el olvido, aunque el 70% de los pacientes refieren que para evitar esto asocian tomar su medicamento con un hábito de su vida cotidiana y solo el 10% utiliza recordatorios. Dicho lo anterior, es importante recalcar que es necesaria la aplicación de diferentes estrategias para que el paciente pueda adherirse al tratamiento farmacológico y que estas sean funcionales se necesita la cooperación de todos los profesionales sanitarios como equipo multidisciplinar, sin dejar de lado a ninguno de ellos, como es el caso del Farmacéutico Comunitario, quien se encuentra en un ambiente externo, con fácil acceso a los pacientes y con la posibilidad de implementar, sugerir y aplicar estrategias para la mejora de la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

2. Introducción

A nivel mundial la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, en lugar de reducirse con los avances médicos va en aumento¹, esto se atribuye principalmente a un mal control de estas enfermedades, lo cual es un gran problema en la práctica clínica, ya que implica la presencia de complicaciones severas o incluso la muerte. La hipertensión es una enfermedad multifactorial definida por la presencia de cifras de presión arterial sistólica y diastólica $\geq 140/90$ mmHg en estado de reposo^{2, 3} y su prevalencia, la edad, la ausencia de síntomas y el mal control lo han convertido en una de las primeras causas de muerte,^{4, 5} así como también el factor más importante y peligroso que desencadena enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales⁶. Desafortunadamente a pesar de tener conocimiento sobre esta información, el control de la presión arterial sigue estando bajo los límites de satisfacción en todos los países del mundo, ya que casi ningún paciente logra llegar a los objetivos terapéuticos recomendados⁷ por lo tanto la falta de adherencia a los medicamentos es una de las causas que representa una carga de salud pública cada vez más importante y sustancial^{8, 9}.

El término adherencia acuñado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) fue denominado como el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario^{10, 11}. Sin embargo para realizar la medición de la adherencia se pueden utilizar 2 tipos de

métodos; los directos o los indirectos^{12, 13} siendo ambos tipos actualmente utilizados para poder puntualizar la existencia o ausencia de adherencia en los pacientes.

Dicho lo anterior la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos y los factores más comunes que impiden que el paciente tenga buen control de su enfermedad, se evaluara mediante un estudio observacional descriptivo transversal, por medio de la aplicación del test de Haynes-Sackett¹⁴ junto con el de Morisky-Green de 8 Ítems¹⁵, así como un listado de factores clasificados conforme a las 5 esferas que detectan en el paciente la falta de adherencia a su tratamiento farmacológico¹⁶⁻¹⁹.

Con la finalidad de que como profesionales sanitarios estemos preparados para afrontar esta situación mundial, que día con día, aumenta el número de pacientes que padecen hipertensión por lo que, este estudio puede ayudar a contextualizar esta problemática proporcionando datos fiables y resaltando la acción del farmacéutico comunitario, como un profesional sanitario apto para proponer y plantear estrategias generales e individualizadas que mejoren la calidad de vida de los pacientes, la ausencia de control de las cifras de presión arterial y reducir el porcentaje de pacientes con falta de adherencia al tratamiento farmacológico

3. Marco Teórico

3.1. Salud.

La salud es uno de los términos más utilizados a lo largo de la historia y por tanto ha sufrido múltiples variaciones respecto a su definición en concreto, ya que a través del tiempo el mundo se ha visto inmerso en una serie de cambios, lo cual ha obligado a la realización de la adecuación de los términos en base al momento histórico, sistema social, nivel de conocimientos, creencias, valores y tradiciones. Dicha definición de salud no solo contextualiza el bienestar físico con respecto a la ausencia de la enfermedad, sino que también se refiere al estado de completo bienestar físico, mental y social²⁰, según lo indica la OMS.

Al principio de la historia cualquier pérdida de la “normalidad” era sinónimo de enfermedad, lo cual causaba interés por investigar más allá de lo cotidiano, logrando que pronto aparecieran los primeros descubrimientos y conocimientos en el ámbito médico, posteriormente después de las primeras pandemias y epidemias a las que fue sometida la población, arrasando a su paso con millones de vidas, se provocó que apareciera una oleada de innovaciones médicas que ayudarían a la población en su evolución. Actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles son el reto a vencer ya que casi dos tercios de la población mundial las padecen, estas son derivadas de la integración de múltiples factores sociales, epidemiológicos, demográficos, medioambientales y relativos a estilos y modos de vida²¹.

Las más comunes son la Hipertensión, Diabetes, Dislipidemia y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), siendo las causantes del mayor número de muertes anualmente.

3.2. La Hipertensión y su epidemiología.

La hipertensión es una enfermedad multifactorial denotada por el aumento sostenido de las cifras de Presión Arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg², desafortunadamente este es un padecimiento crónico, no curable, que suele presentar alteraciones a largo plazo y que requiere tratamiento de por vida²². Es el padecimiento de mayor demanda en la atención primaria, afectando aproximadamente a mil millones de individuos en todo el mundo²³, que es lo equivalente a un cuarto de la población adulta.

Es conocida por inducir consecuencias clínicas graves, como la cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca, aunque también puede ser el causante de enfermedad cerebrovascular, arteriosclerosis e insuficiencia renal crónica²⁴, es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial reportando 9,4 millones de muertes al año derivadas a su padecimiento y se calcula que las cifras aumentarían un 60% para el año 2025²⁵ a pesar de todos los esfuerzos por prevenir de atención en materia de salud a la población.

De manera más específica en España en el año 2017 en la décima edición de los Capítulos de Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada por la OMS se reportó que la mayor causa de muerte padecida en el país era causada por

Enfermedades del Sistema Circulatorio principalmente Hipertensión, siendo las mujeres las más afectadas reportando un 2.8% más sobre el porcentaje obtenido en hombres²⁶ después de los 74 años de edad²⁷.

3.3. Tipos de Hipertensión

La hipertensión esta subdividida en diferentes tipos, que clínicamente ayudan a la catalogación de pacientes para así poder brindar la atención adecuada para cada uno de ellos, estos tipos hacen referencia a la presencia de signos de la Hipertensión pero no representan consistencia para declarar la enfermedad.²⁸

1. **Presión Arterial lábil**, se refiere a cuando el paciente presenta cifras por encima o por debajo de 140/90 mmHg en intervalos cortos y cercanos de tiempo pero sin ninguna repercusión visceral.
2. **Hipertensión limítrofe**, presenta valores de presión arterial en el límite de la normalidad y por lo tanto requiere confirmación mediante el registro ambulatorio de 24 horas, para proceder a la confirmación del padecimiento.
3. **Hipertensión de Bata blanca**, es más frecuente de lo que comúnmente pensaríamos y hace referencia a los pacientes que en su domicilio presentan cifras normales de PA y en consulta dichas cifras se elevan.

Por otra parte están los tipos de hipertensión, cuando este padecimiento ya está declarado y toman medicación para su control: ²⁸

1. **Hipertensión definida**, donde las cifras de PA están constantemente elevadas por encima de los valores considerados normales y requieren tratamiento para su control.
2. **Hipertensión refractaria**, es el padecimiento que sigue presentando cifras de PA no controladas a pesar de tener tratamiento con tres o más fármacos en dosis y asociación adecuadas, debiendo ser uno de ellos un diurético.
3. **Hipertensión maligna**, es aquella que cuando la Presión Arterial Diastólica (PAD) es mayor a 140 mmHg y está acompañada de retinopatía grado III o IV, asociada con la afectación de otros órganos diana.

3.4. Diagnóstico de la Hipertensión.

Tradicionalmente el diagnóstico de la Hipertensión (HTA) se basa en la toma de las cifras de la Presión arterial durante la consulta.

Sin embargo en las guías no se describe específicamente después de cuantas mediciones se considera que el paciente sufre HTA²⁹, ya que solo se hace referencia a la prevalencia de cifras de Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg².

Medición de la Presión Arterial.

Las condiciones adecuadas para la toma de la Presión arterial, están descritas en la Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial³⁰.

En donde se hace mención sobre el uso altamente recomendado de esfigmomanómetros semiautomáticos auscultatorios u oscilométricos, los cuales deben estar validados, además de seguir una serie de consejos previos antes de realizar la medición.

Para realizar cada una de las mediciones dentro del ámbito hospitalario, consulta médica o en la Farmacia, es recomendable realizarlas a primera hora del día y en ayunas, sin haber realizado ejercicio antes de la medición, en el caso de que sea para el diagnóstico, este paso es esencial ya que nos evita un fallo en la medición, para las citas de control o el control domiciliario, el registro de las cifras de PA matutinas deben cumplir este parámetro y para la realización de las tomas subsecuentes de PA durante el resto del día se debe considerar también el no beber café, ni fumar por lo menos media hora antes de la toma.

Los pacientes deberán permanecer sentados cómodamente en un lugar tranquilo por lo menos 5 minutos antes de la medición y sin cruzar las piernas²⁶.

La PA, debe medirse usando la parte superior de los brazos y el manguito del esfigmomanómetro debe adaptarse al perímetro del brazo (existen manguitos para diferentes perímetros).

Al momento de la medición se deben realizar 3 medidas separadas por 1-2 minutos entre ellas y sólo deberán repetirse cuando los datos obtenidos entre las primeras dos tomas exista una diferencia de 10mmHg.

Sin embargo la medición de la PA, es una variable biológica, con un alto índice de variabilidad, el cual puede ser intrínseco (relacionado con los mecanismos de presión) o extrínseco (debida a la influencia de factores externos)³¹, motivo principal por el cual se requieren varias mediciones antes de diagnosticar Hipertensión.

Por este motivo existen los métodos denominados AMPA y MAPA³²⁻³⁴, que no son más que técnicas que recolectan más datos sobre las cifras de PA dentro de un periodo de 24- 48 hrs.

Automedida Domiciliaria de la Presión Arterial (AMPA), método sencillo e ideal para evaluar el cribado inicial de la hipertensión, seguimiento a largo plazo y monitorización del tratamiento hipotensor. Para la utilización de este método, se siguen las mismas instrucciones descritas con anterioridad, pero lo que hace de este método exclusivo es que es ideal para pacientes que realmente estén comprometidos y responsabilizados con la implementación de la técnica, se recomienda no ofrecer esta técnica a pacientes con trastornos obsesivos ya que pueden sobreutilizar la técnica y eso causaría problemas mayores³⁵.

Este método para el diagnóstico de la hipertensión, debe recoger mediciones durante 7 días consecutivos, o bien solamente durante 3 a 4 días como mínimo.

Por su parte el método **Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)** no es un método que reemplace las mediciones convencionales de la PA, sino que da información detallada sobre los datos promedio de las cifras obtenidas durante 24 o 48 hrs, registrando lecturas cada 20 a 30 minutos, dentro de la cotidianidad del paciente.

Este método está altamente recomendado cuando se sospecha de la presencia de Hipertensión de bata blanca o enmascarada para así poder asegurar el diagnóstico³⁶. Antes de seleccionar algún método se debe considerar las ventajas y desventajas como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Ventajas y Desventajas de los métodos para medición de la Presión Arterial

| Método | Ventajas | Desventajas |
|---|---|--|
| Medición en la Farmacia u Hospital | La presencia y la aplicación de la técnica por personal capacitado, garantiza una correcta toma | <ul style="list-style-type: none"> • Efecto Bata blanca • Escasa variación de las medidas • No evita la reacción de alerta de la consulta |
| AMPA | <ul style="list-style-type: none"> • Método económico y ampliamente disponible • Aporta un gran número de mediciones, según el compromiso del paciente • Ayuda a la optimización de la farmacoterapia • Concientiza al paciente sobre la adherencia al tratamiento • Ofrece comodidad al paciente • Funciona como herramienta educativa sobre el control de la enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la probabilidad de uso de dispositivos no aptos. • Entrenamiento deficiente el paciente sobre la técnica. • Aplicación de la técnica de manera errónea. • Se considera un método inductor de la ansiedad. • Favorece el proceso de automedicación. • Existe la ausencia de Mediciones nocturnas. |
| MAPA | <ul style="list-style-type: none"> • Evalúa de manera precisa el comportamiento de la PA | <ul style="list-style-type: none"> • Alto costo |

- Puede evaluar de manera indirecta la presencia de adherencia a la medicación.
- Ayuda a la obtención de un gran número de mediciones.
- Elimina el efecto de la bata blanca
- Descarta la Hipertensión enmascarada
- Causa cierta incomodidad al paciente

Una vez declarada la Hipertensión en el paciente, es necesario evaluar la magnitud de elevación de las cifras de la PA, para así otorgar al paciente la atención adecuada, ya que esta debe ser clasificada (cuadro 2 y 3) de acuerdo con los signos que presenta cada paciente^{37, 38}.

Cuadro 2. Clasificación de la HTA conforme a las cifras de PA del paciente ³⁰

| Categoría | Sistólica (mmHg) | Diastólica (mmHg) |
|------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Normal-alta | 130-139 | 85-89 |
| HTA grado 1 | 149-159 | 90-99 |
| HTA grado 2 | 160-179 | 100-109 |
| HTA grado 3 | ≥180 | ≥110 |
| HTA sistólica aislada | ≥140 | <90 |

Cuadro 3. Clasificación de la HTA, de acuerdo a la lesión orgánica ³⁸

| | |
|-----------------|---|
| Fase I | No se aprecian signos objetivos de alteraciones orgánicas. |
| Fase II | Aparece, por lo menos, uno de los siguientes signos de afectación orgánica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. 2. Estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas. 3. Proteinuria y/o ligero aumento de la concentración de creatinina en el plasma |
| Fase III | Aparecen síntomas y signos de lesión de distintos órganos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Corazón: insuficiencia ventricular izquierda. 2. Encéfalo: hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico (encefalopatía hipertensiva). 3. Fondo del ojo: hemorragias y exudados retinianos sin o con edema papilar. |

Etiología

Para declarar que el aumento de la PA relacionada con un origen multifactorial, incluyendo la edad, factores genéticos y hábitos de vida, es necesario conocer si existe la presencia de Factores no modificables y modificables (cuadro 4)³⁹⁻⁴⁴ que colaboran con la aparición de la enfermedad.

Cuadro 4. Factores modificables y no modificables que contribuyen a la aparición de la hipertensión.

| Factores modificables | Factores no modificables |
|--|---|
| No dependen del paciente | Dependen del estilo de vida y son conocidos como factores de riesgo |
| Herencia Los familiares de primer grado de pacientes hipertensos tienden a sufrir hipertensión con más frecuencia debido a una predisposición a la enfermedad por medio de una transmisión poligénica. | Consumo y abuso de alcohol y tabaco |
| Edad Existe una relación directa entre el aumento de la edad y la aparición de la enfermedad en ambos sexos. | Exceso de uso de sal en la preparación y consumo de alimentos |
| Factores Genéticos Se tiene la creencia de que la aparición de la HTA puede estar claramente determinada por alteraciones originadas desde de la combinación de genes, que contribuyen a la predisposición del aumento en los niveles tensionales de la PA, sin embargo esto aún no está corroborado. | Abuso de bebidas con cafeína |
| Sexo La prevalencia de la enfermedad es más frecuente en hombres, y esto es debido a que las mujeres tienen una alta producción de hormonas durante su etapa fértil y eso las hace menos propensas a padecer esta enfermedad, sin embargo al aparecer los síntomas de la menopausia la frecuencia entre hombres y mujeres se iguala. | Sedentarismo, que con lleva a la presencia de otros padecimientos como Obesidad, Dislipidemia o Diabetes. |
| Etnia Los pacientes de raza negra que sufren hipertensión muestran un número mayor que el resto de las razas y son personas con mayor riesgo de padecer un infarto. | |

Hipertensión Secundaria

En este tipo de HTA, como su nombre lo dice, no es la enfermedad base, sino que la HTA es causada por una causa específica (cuadro 5), lo cual la hace identificable y en muchos casos única. Normalmente se sospecha su presencia en pacientes con HTA severa o refractaria y en la mayoría de los casos puede ser curable.

Cuadro 5. Causas de la hipertensión secundaria.

| Inducida por fármacos u otras sustancias. | Asociada con enfermedades renales |
|---|---|
| Anticonceptivos hormonales Corticosteroides Regaliz Simpaticomiméticos Cocaína Alimentos que contienen tiamina Antiinflamatorios no esteroideos Ciclosporina Eritropoyetina Tacrolimus | Enfermedad perinquematosa renal. Hipertensión renovascular Tumores productores de renina |
| Asociada a enfermedades endocrinas | Asociada con enfermedades genéticas |
| Acromegalia Hipotiroidismo Hipercalcemia Hipertiroidismo Síndrome de Cushing Hiperaldosteronismo primario Hiperplasia suprarrenal congénita | Síndrome de Liddle Síndrome de Gordon |
| Asociada a enfermedades neurológicas | |
| Tumores cerebrales Encefalitis Acidosis respiratoria Apnea del sueño Intoxicación por plomo Síndrome Guillain-Barré | <p>La hipertensión también puede considerarse secundaria en el embarazo y cuando se presenta antes de la realización de una cirugía.</p> |

3.5. Hipertensión y Riesgo Cardiovascular.

Para finalizar el diagnóstico de HTA, se debe evaluar el perfil de riesgo cardiovascular global en cada uno de los pacientes, ya que este padecimiento está asociado con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los cuales con su presencia reflejan la existencia de lesiones a órganos diana, principalmente corazón, cerebro y riñones.

Evaluación del riesgo cardiovascular ²⁹

Conociendo de manera amplia toda la historia clínica del paciente se evalúa el grado de riesgo que presenta, ya que cuando un paciente padece PA elevada y además factores metabólicos de manera simultánea el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares (cuadro 6), se encuentra potenciado, por lo tanto se debe proporcionar al paciente atención individualizada tomando en cuenta estos datos predictivos, ya que un paciente considerado de bajo riesgo no puede recibir el mismo tratamiento que un paciente denominado de alto riesgo.

También se debe de tomar en cuenta a aquellos pacientes que ya han sufrido eventos cardiovasculares, ya que estos pacientes pueden tener prescrita una gama de medicamentos amplia que responda a cualquier alteración en los valores de PA.

Cuadro 6. Principales factores de riesgo cardiovascular.

| Factores de Riesgo Cardiovascular | | |
|--|--|---|
| Sexo | Antecedentes de Enfermedad Cerebrovascular | Enfermedad Renal Crónica (ERC) moderada con Tasa de Filtración Glomerular (TFG) > 30-59 ml/min/1,73 m ² (ASC) o ERC grave con TFG < 30ml/min/1,73 m ² |
| Edad | Antecedentes de HTA | Enfermedad cardiovascular o renal establecida |
| Fumador activo (o exfumador) | Aparición temprana de la menopausia | Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico, hemorragia cerebral. |
| Colesterol elevado | Sedentarismo | Infarto de miocardio, angina, revascularización miocárdica |
| Diabetes | FC >80 lpm en reposo | Enfermedad arterial periférica |
| Sobrepeso u Obesidad | Microalbuminuria (30-300 mg/24 h) o cociente albúmina: creatinina elevado (30-300 mg/g; 3,4-34 mg/mmol) (preferiblemente en muestra de orina recogida por la mañana) | |

Posterior a la detección de los FRCV se debe de valorar la presencia de diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares o renales asociadas, las cuales pueden ser un potenciador de la hipertensión con un riesgo elevado (figura 1).

Diabetes Mellitus

1. Glucosa plasmática en ayunas >126mg/dL (En más de una determinación).
2. Glucosa plasmática a pesar de medicamentos orales >198 mg/dL.

Enfermedad Cardiovascular o Renal

1. **Cerebrovascular:** Hemorragia cerebral o ataque isquémico transitorio.
2. **Cardiaca:** Infarto de miocardio, angina de pecho o Insuficiencia Cardiaca.
3. **Renal:** Nefropatía diabética, proteinuria (>300mg/24hrs), Insuficiencia Renal
4. **Enfermedad arterial periférica**
5. **Retinopatía avanzada**

Estratificación del Riesgo cardiovascular.

Una vez realizadas estas evaluaciones, se debe estratificar al paciente de acuerdo a las cifras de PA, FRCV y presencia de enfermedades asociadas.

| Fases de la HTA | Otros factores de riesgo, daño orgánico o enfermedades | Grados de PA | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | Normal alta PAS 130-139 mmHg PAD 85-89 mmHg | Grado 1 PAS 140-159 mmHg PAD 90-99 mmHg | Grado 2 PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg | Grado 3 PAS \geq 180 mmHg PAD \geq 110 mmHg |
| Fase 1 (sin complicaciones) | Sin otros factores de riesgo | Riesgo bajo | Riesgo bajo | Riesgo moderado | Riesgo alto |
| | 1 o 2 factores de riesgo | Riesgo bajo | Riesgo moderado | Riesgo moderado-alto | Riesgo alto |
| | \geq 3 factores de riesgo | Riesgo bajo-moderado | Riesgo moderado-alto | Riesgo alto | Riesgo alto |
| Fase 2 (enfermedad asintomática) | Daño orgánico, ERC de grado 3 o DM sin daño orgánico | Riesgo moderado-alto | Riesgo alto | Riesgo alto | Riesgo alto a muy alto |
| Fase 3 (enfermedad establecida) | ECV establecida, ERC de grado \geq 4 o DM con daño orgánico | Riesgo muy alto | Riesgo muy alto | Riesgo muy alto | Riesgo muy alto |

©ESC/ESH 2018

ERC: Enfermedad Renal Crónica; DM: diabetes mellitus

Figura 1. Estratificación de pacientes hipertensos según las cifras de PA, los factores de Riesgo cardiovascular, el daño orgánico y las comorbilidades.²

3.6. Control de la Hipertensión

Para el control de la HTA existen 2 estrategias, el tratamiento farmacológico y las intervenciones sobre el estilo de vida o tratamiento no farmacológico, las cuales a pesar de haber demostrado tener un efecto favorecedor sobre el control de la PA, también ayudan en la disminución del riesgo cardiovascular, no obstante la mayoría de los pacientes requieren la terapia farmacológica.²⁹

Tratamiento Farmacológico ⁴⁵⁻⁴⁷

Para el control de la HTA, se recomienda el uso de 5 clases de fármacos: IECA, ARA-II, Beta bloqueadores (BB), Bloqueadores de los Canales de Calcio (BCC) y Diuréticos.

Estas recomendaciones están basadas en la evidencia que se ha obtenido sobre la eficacia de estos medicamentos para reducir la PA y la reducción de complicaciones cardiovasculares y la cual se presenta de forma sintetizada en los cuadros 7, 8, 9, 10 y 11.

Cuadro 7. Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA)

| IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina) | |
|--|---|
| Mecanismo de acción. | |
| Son fármacos que actúan en el sistema renina-angiotensina mediante un bloqueo competitivo de la enzima convertidora de angiotensina (enzima que transforma la angiotensina I en angiotensina II), que provoca la reducción de los niveles plasmáticos de angiotensina II. | |
| Clasificación | Efectos farmacológicos. |
| Se clasifican de acuerdo a su estructura, obteniendo así 3 grupos: IECA + radical sulfhidrilo: Captopril IECA + radical dicarboxilo: benazeprilo, cilazapril, enalapril, espirapril, lisinopril, perindopril, quinalapril, ramipril, trandolapril IECA + fosforo: fosinopril | <p>A. Ejercen una potente acción hipotensora por la disminución de las resistencias en el territorio arterial y venoso, gracias a la acción combinada sobre los sistemas renina-angiotensina y del incremento en bradicinina, que a su vez, genera producción de óxido nítrico.</p> <p>B. Favorece la eliminación de Sodio y agua por la orina, debido a la inhibición en la secreción de aldosterona, con lo cual disminuye el gasto cardíaco.</p> <p>C. Disminuye la actividad del Sistema nervioso simpático, por inhibición del efecto sobre la angiotensina II, por tanto evita la taquicardia, a pesar del proceso de vasodilatación.</p> |
| Reacciones adversas | Interacciones. |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Tos 2. Hipotensión 3. Hiperpotasemia 4. Empeoramiento de la función renal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Su administración con aminoglucósidos o ciclosporina causan nefrotoxicidad. 2. La combinación con diuréticos ahorradores de potasio o pacientes con insuficiencia renal causan hiperpotasemia. |
| Contraindicaciones. | |
| No se debe usar en pacientes con antecedentes de alergia a estos medicamentos o riesgo de padecer hiperpotasemia. No debe usarse durante el embarazo, ni lactancia por su acción teratógena. | |

Cuadro 8. Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II (ARA II).

| ARA II (Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II) | |
|---|--|
| Mecanismo de Acción | |
| Actúan mediante la inhibición selectiva de los receptores AT1 de la angiotensina II. | |
| Ejemplos | Efectos Farmacológicos. |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Azilsartán 2. Candesartán 3. Eprosartán 4. Irbesartán 5. Losartán 6. Olmesartán 7. Telmisartán 8. Valsartán | <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuyen la resistencia vascular periférica 2. No altera los niveles plasmáticos de lípidos, glucosa o creatinina. 3. Aumentan el flujo de sangre sin modificar la filtración glomerular. 4. Incrementa el volumen de orina 5. Disminuyen la proteinuria <p>Son especialmente indicados en pacientes diabéticos, con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y EPOC</p> |
| Eventos adversos | Interacciones |
| <ul style="list-style-type: none"> • Astenia • Cefalea • Mareo • Dolores musculoesqueléticos • Angioedema | <p>Medicamentos que aumentan su eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos tiazídicos • Atenolol <p>Medicamentos que disminuyen su eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol • Rifampicina • Indometacina |
| Contraindicaciones | |
| No utilizar en pacientes que usen diuréticos ahorradores de potasio, ya que pueden aumentar los niveles de potasio. | |

Cuadro 9. Betas bloqueadores (BB).

| BB (Beta bloqueadores). | | | |
|---|---|--|---|
| Mecanismo de acción. | | | |
| Actúan mediante un bloqueo competitivo y reversible del sistema adrenérgico en diferentes órganos (corazón, bronquios, sistema vascular periférico, páncreas e hígado). | | | |
| Clasificación. | | Interacciones | Efectos Farmacológicos. |
| <p>1. Bloqueo β no selectivo (β_1, β_2): Fármacos divididos por la ausencia o presencia de Actividad Simpaticomimética Intrínseca (ASI), que les permite actuar como agonistas parciales.</p> <p>Sin ASI: Propanolol, nadolol, timolol.</p> <p>Con ASI: Oxprenolol, Pindolol, Carteolol.</p> <p>2. Bloqueo β_1-selectivo: Fármacos con cardioselectividad relativa.</p> | <p>Metoprolol Esmolol</p> <p>3. Nuevos Beta-bloqueadores: Que además de su cardioselectividad presentan una reducción de eventos adversos y propiedades vasodilatadoras.</p> <p>3.1 Agonista β_2-Adrenergica: Celiprolol.</p> <p>3.2 Vasodilatador óxido nítrico dependiente: Nebivolol.</p> <p>3.3 Agonista de receptores alfa-adrenérgicos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol y tabaco <ul style="list-style-type: none"> • Digoxina • AINES • Rifampicina • Fenobarbital • Fluoxetina • Sertralina | <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuyen la fuerza contráctil del miocardio y frecuencia cardiaca, por lo tanto reducen el gasto cardiaco. 2. Disminución de la producción de angiotensina II. 3. Reduce la liberación de noradrenalina. |
| | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia • Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) • Trastornos gastrointestinales • Trastornos del sueño • Alucinaciones • Broncoespasmo | <p>Se debe evitar su uso en pacientes que padezcan Asma, EPOC y bradicardia persistente.</p> <p>Se debe evitar o monitorear su uso en pacientes que realicen actividad física de manera constante.</p> |

Cuadro 10. Bloqueadores de los canales de Calcio (BCC)

| BCC (Bloqueadores de los canales de Calcio). | | |
|---|--|---|
| Mecanismo de acción. | | |
| Actúa mediante el bloqueo específico de los canales de calcio L (Musculo liso), T (Arteriolas eferentes glomerulares), P y Q (arteriolas aferentes) produciendo vasodilatación de la pared vascular. | | |
| Clasificación. | Efecto Terapéutico. | Interacciones |
| <p>La clasificación de estos fármacos es con respecto a su selectividad tisular.</p> <p>1. Cardioselectivos: Actúan sobre el corazón reduciendo la frecuencia y fuerza de contracción cardíaca. En este grupo se encuentran las bencilalquilaminas (Verapamilo) y las benzodiazepinas (Diltiazem).</p> <p>2. Vasoselectivos: Actúan a nivel vascular produciendo vasodilatación periférica. En este grupo se encuentran las Dihidropiridinas,⁴⁸ de las cuales se desglosan 4 generaciones.</p> <p>2.1 Hidrofílicos de vida corta: Nifedipino, Nisoldipino, Irsadipino.</p> <p>2.2 Hidrofílicos de vida prolongada: Felodipino.</p> <p>2.3 Lipofílicos vasoselectivos con unión a membrana celular: Amlodipino, Lacidipino, Barnidipino.</p> <p>2.4 Lipofílicos altamente vasoselectivos: Nivaldipino, Benidipino, Efodipino.</p> | <p>Son fármacos útiles en los pacientes hipertensos con enfermedad arterial periférica y vasculopatía cerebral y revierte la hipertrofia cardíaca.</p> | <p>El verapamilo, el Diltiazem y el nicardipino aumentan los niveles de la ciclosporina</p> <p>El verapamilo y el Diltiazem aumentan los niveles de teofilina, digoxina, quinidina y sulfonilurea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jugo de Pomelo • Rifampicina • Diclofenaco <p>Carbamacepina</p> |
| | | Eventos Adversos |
| | <p>Dihidropiridinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Edema en extremidades • Cefaleas • Mareos <p>Diltiazem y Verapamilo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Bradicardia • Edema en extremidades • Cefaleas | <p>El verapamilo y el Diltiazem están contraindicados en pacientes con Síndrome sinusal o bloqueo AV.</p> <p>Las dihidropiridinas no se deben usar en pacientes con IC severa (grado 3)</p> |

Cuadro 11. Diuréticos.

| Diuréticos | | |
|---|---|---|
| Mecanismo de acción. | | |
| Actúan mediante la alteración del transporte iónico a lo largo de la nefrona, favoreciendo la excreción de agua y electrolitos. | | |
| Clasificación | Eventos Adversos | Efecto Farmacológico. |
| <p>Los diferentes tipos de diuréticos ejercen diferentes funciones dependiendo del segmento de la nefrona en la que actúan, ya que cada segmento posee mecanismos especializados para transportar iones determinados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diuréticos de Asa: Actúan sobre el segmento grueso de la rama ascendente del asa de Henle (Furosemida, Torasemida, Pretanida). 2. Tiazidas: Fármacos que inhiben el cotrasportador Na-Cl en la primer porción del túbulo contorneado distal (Hidroclorotiazida, Clortalidona, Indapamida, Xipamida). 3. Diuréticos ahorradores de potasio: Inhiben la reabsorción de Na en el túbulo contorneado distal y la primer porción del tubo colector, reduciendo el intercambio con K, y evitando a su vez la eliminación de este ion, por tanto existe una subclasificación: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Bloqueantes de Canales de Na: Triantereno. 4. Antagonistas de la aldosterona: Espironolactona. | <p>Tiazidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperuricemia • Hipopotasemia • Hipomagnesemia • Hiponatremia • Hiperglucemia • Pancreatitis • Erupciones cutáneas • Depresión • Impotencia <p>Diuréticos de asa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Ototoxicidad <p>Ahorradores de potasio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperpotasemia • Trastornos gastrointestinales | <p>Son fármacos que con el uso crónico, normaliza parcialmente la cantidad de volumen plasmático y líquido extracelular y al mismo tiempo disminuyen la PA.</p> |
| | | Interacciones |
| | | <p>La mayoría de las interacciones son de tipo farmacodinámico, mediante la reducción de la actividad diurético, siendo los principales causantes los AINES.</p> <p>Con los antibióticos principalmente los aminoglucósidos se corre el riesgo de sufrir nefrotoxicidad</p> |
| | | Contraindicaciones |
| | | <p>Está altamente contraindicado en pacientes que padezcan Gota, Insuficiencia renal, arritmias, así como el uso en el embarazo, ya que reduce el volumen sanguíneo y atraviesa la barrera hematoencefálica causando ictericia al recién nacido.</p> |

Tratamiento No farmacológico

El tratamiento no farmacológico se refiere a la realización de cambios o modificaciones en el estilo de vida, que permiten mejorar las cifras de PA y controlar los factores de riesgo.

Se ha demostrado que estas modificaciones en la vida de los pacientes tienen mejoras sustanciales dentro del ámbito clínico, físico y emocional, lo cual ayuda a que los pacientes entren en una zona de equilibrio que los ayuda a sentirse mejor, disminuyendo el riesgo de abandono de este tipo de tratamiento.

Algunos de los cambios en el estilo de vida que han demostrado tener efecto sobre el control de la hipertensión son: ^{26, 29, 49,50.}

1. **Abandono del tabaco:** El consumo de tabaco en pacientes hipertensos aumenta la presión arterial y la frecuencia cardíaca durante 15-30 min después del consumo de un cigarrillo, no obstante los pacientes que se catalogan fumadores consumen de entre 4-10 cigarrillos al día en promedio⁵¹ y por tanto provocan que este efecto vaya incrementando su duración, además de incrementar la rigidez arterial, motivo por el cual este hábito es considerado el principal factor de riesgo para sufrir un Infarto.

A pesar de que el abandono del tabaco no reduce de manera significativa la PA, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar.

- 2. Moderación de la ingesta de alcohol:** El consumo de alcohol no está prohibido, sin embargo es un hábito que debe tratarse con moderación, esto significa que los hombres deberían beber no más de 30g/día y las mujeres no más de 20g/día⁵², ya que en pacientes hipertensos se ha evidenciado que el alcohol aumenta 25-30% las cifras de PA, por tanto su moderación, o bien el abandono de su ingesta supone una mejora sustancial en el control de las cifras de PA, mejorando la respuesta farmacológica y reduciendo el riesgo de accidente cardiovascular.
- 3. Reducción del consumo de sal:** Es una medida para el control de la PA, asociada también con la reducción de complicaciones cardiovasculares, se recomienda una dieta de menos de 5 g/ día de sal y que la reducción se realice de manera paulatina para así evitar un rechazo.
- 4. Reducción de peso y modificaciones en la dieta:** Ambas variables están directamente relacionadas, ya que el seguimiento de una dieta contribuye a la reducción y/o control del peso, para pacientes hipertensos se recomienda el seguimiento de la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), la cual se asemeja bastante a la dieta mediterránea ya que utiliza el aceite de oliva como principal fuente de grasa y es rica en frutas, verduras y productos lácteos desnatados. Estos cuidados contribuyen a la reducción de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad, logrando llegar a un IMC (Índice de Masa Corporal) <25kg/m².

En pacientes con mayor edad y que tengan un sobrepeso considerable será más complicado lograr una reducción, no obstante el seguimiento de esta dieta contribuirá con el control del peso evitando incrementos.

5. Realización de actividad física: En pacientes hipertensos se recomienda la realización de ejercicio aeróbico de alrededor de 30-45 min 5 veces por día.

3.7. Recomendaciones terapéuticas

En pacientes con **HTA grado 1 y riesgo Cardiovascular moderado** se recomienda la realización de intervenciones respecto al estilo de vida, además del uso de tratamiento farmacológico para la reducción de la PA.

En pacientes con **cifras de PA consideradas moderada-alta y riesgo Cardiovascular bajo**, no se debe de iniciar un tratamiento antihipertensivo, solo se recomienda la aplicación de intervenciones sobre el estilo de vida, sin embargo sí son pacientes que no se pudieron controlar con el tratamiento no farmacológico y el aumento de sus cifras de PA se están convirtiendo en cifras constantes se debe valorar sobre el uso de la monoterapia para el control de la PA.

Para los pacientes con **HTA grado 2 o 3 y riesgo Cardiovascular bajo** se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico, acompañado con intervenciones para mejorar el estilo de vida, esta recomendación también aplica para los pacientes que tengan el mismo grado de PA y riesgo cardiovascular alto y daño orgánico.²⁹

3.8. Objetivos terapéuticos

Se recomienda para todos los pacientes hipertensos independientemente del grado de PA, FRCV, daño orgánico o presencia de enfermedades asociadas proponer como primer objetivo la obtención de cifras de PA <140/90mmHg, sí el tratamiento es bien tolerado se colocara el segundo objetivo de <130/80mmHg.²⁹

- **Pacientes Diabéticos**

Para pacientes que padezcan Diabetes Mellitus (DM) y que estén bajo tratamiento hipotensor, se debe de plantear como objetivo principal la obtención de cifras <130/80mmHg, en el caso de que sean pacientes mayores de 65 años se limitara el control entre las cifras de 130-140/80mmHg.

- **Pacientes mayores de 65 años.**

Para pacientes mayores de 65 años o considerados mayores se debe de tener un objetivo control de cifras <140/80mmHg, sin embargo se debe realizar una monitorización exhaustiva ya que se ha demostrado que en pacientes mayores cuando las cifras de PA se reducen obteniendo cifras <130/80mmHg tienden a sufrir Eventos Adversos, principalmente mareos, cefaleas y caídas.

- **En el ámbito sanitario o domiciliario**

Se necesita poner como objetivo en consulta, así como en control domiciliario cifras de PA >130/80mmHg.

Como se ha observado la realización del diagnóstico para la HTA obliga al profesional sanitario a realizar una serie de pasos previos que garantizan que la atención brindada al paciente es la adecuada para así poder lograr los objetivos

terapéuticos deseados, sin embargo para lograr un buen control de las cifras de PA de manera constante se requiere también del compromiso, responsabilidad y honestidad del paciente para seguir al pie de la letra las recomendaciones y la pauta prescrita para así todos contribuir con el control de la enfermedad.²⁹

3.9. Adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento, es un factor importante que ha estado presente durante más tiempo del que podríamos imaginar, ya que se tiene conocimiento de esto desde los tiempos de Hipócrates (el padre de la medicina), el cual mencionaba a sus discípulos que los pacientes solían mentir de manera frecuente sobre la toma de la medicación sólo para tener contentos a sus médicos.⁵³ A pesar de este referente no fue hasta los años 60⁵⁴ en el que comenzaron a aparecer las primeras anotaciones acerca de este tema pero sin la importancia que ameritaba, es así como actualmente esto se fue convirtiendo en un grave problema tanto clínico como económico, provocando a su vez aumentos en los costos en materia de salud y una deficiente calidad de vida a los pacientes, por este motivo la OMS en 2004 considero la importancia de volver un tema prioritario la falta de adherencia al tratamiento farmacológico⁵⁵.

Definición

En un principio, para la identificación de este problema se utilizaron los términos cumplimiento e incumplimiento, sin embargo con respecto al uso de la palabra incumplimiento no había un consenso unánime de que esta palabra actuará como sinónimo de no tomar la medicación, por el contrario la palabra cumplimiento tuvo una aceptación diferente ya que en la búsqueda directa en el diccionario hace

referencia a la acción de cumplir, y cumplir es hacer lo que se debe, por lo tanto la palabra cumplimiento se asociaba directamente con el hecho de que los pacientes deberían hacer lo que los profesionales sanitarios les indiquen, esta diferencia en los conceptos suena redundante y contradictoria pero con todo y la plena ambigüedad que presentaban ambos términos, hoy en día siguen siendo los más utilizados.

Se tiene la teoría de que la palabra cumplimiento, persistió, ya que Haynes⁵⁶ en uno de sus artículos más renombrados definió dicho término como **“El grado en cual la conducta del paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación del estilo de vida, coinciden con la prescripción médica”** y esa definición se adecuaba a lo que en la clínica era necesario contextualizar, no obstante muchos profesionales etiquetaron esa definición como autoritaria y coactiva, fue así como Blackweell en 1976⁵⁷ propuso el uso de la palabra adherencia y alianza terapéutica como términos alternativos y en 1997 la Royal Pharmaceutical Society de Reino Unido estableció el uso del término concordancia⁵⁸.

Un par de años más tarde y la pobre contextualización de esta definición provocó que la OMS acuñara de manera internacional una definición en donde se le diera sentido al proceso y además diera a notar la relación del profesional sanitario con el paciente, por lo cual designó el uso de la palabra **adherencia** definiéndola como **“el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de la**

medicación, seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”^{10, 11}.

3.10. Persistencia y Cumplimiento

Ambos conceptos conforman el término adherencia, ya que la Persistencia se refiere a una evaluación sobre la utilización continuada de uno o más medicamentos en función del tiempo, comenzando desde la adquisición del medicamento, hasta la suspensión o finalización del periodo en el que el medicamento fue prescrito.

Por su parte el cumplimiento, se refiere a la exactitud y regularidad con la que un paciente sigue un régimen terapéutico completo, de acuerdo con el intervalo de administración establecido y la posología. Haynes y Sackett establecieron que la determinación de un buen cumplimiento en padecimientos crónicos, significa haber ingerido un intervalo que comprenda entre el 80 al 100% de la dosis prescrita⁵⁴.

Es necesario recalcar que el termino adherencia en pocos estudios engloba dentro de su definición las palabras cumplimiento y persistencia, ya que en un alto porcentaje sólo es utilizado como sinónimo de cumplimiento.⁵⁹

3.11. Abandono e incumplimiento

El termino abandono es el acto seguido de la falta de persistencia, se confirma al comprobar que el paciente dejo de tomar la medicación de manera permanente por un periodo de más de 60 días por decisión propia y sin consultar previamente a su médico. Normalmente la etapa de abandono se presenta al inicio del tratamiento,

ya que es el momento en el que es más fácil alcanzar los objetivos terapéuticos y el paciente puede identificar con mayor claridad una mejoría sustancial que lo incline a realizar ya sea una modificación en la terapia (frecuencia o posología) o bien realizar la suspensión de la misma, este proceso en todas las patologías crónicas o agudas significa en la mayoría de los casos la potenciación de los signos y/o síntomas de la enfermedad.⁵⁹

El incumplimiento por el contrario es definido como la omisión de dosis de alguno de los medicamentos prescritos, suele ser más frecuente en padecimientos crónicos y comienza por la modificación o alternación de la ingesta de medicamentos hasta llegar al abandono, este proceso se considera menos relevante que el abandono ya que de cierta manera el paciente aun no suspende la medicación, pero eso no significa que este sea uno de los factores predisponentes para el aumento de riesgo cardiovascular.

Estos dos conceptos son la causa primordial del fracaso de los tratamientos farmacológicos, que provoca a su paso una disminución de la eficacia y efectividad de los tratamientos, aumento de la morbimortalidad y número de ingresos *hospitalarios, además significa un gran desperdicio económico causado por el elevado consumo de recursos, ausentismo laboral e ineficiencia sanitaria⁶⁰.

3.12. Medición de la Falta de adherencia

Para medir la adherencia existen dos métodos que actualmente son utilizados, los directos, considerados los más sensibles ya que se basan principalmente en la determinación analítica del medicamento prescrito mediante la cuantificación de alguno de sus metabolitos en fluidos del paciente y los indirectos que suelen ser los más utilizados a pesar de que tienen el inconveniente de que al estar basados en la recopilación de información de manera retrospectiva, suelen perder objetividad tanto al momento de la obtención de los datos, como en la valoración,^{12 13} aun así con ambos tipos de métodos (Figura 2) se puede puntualizar la existencia o ausencia de adherencia en los pacientes.

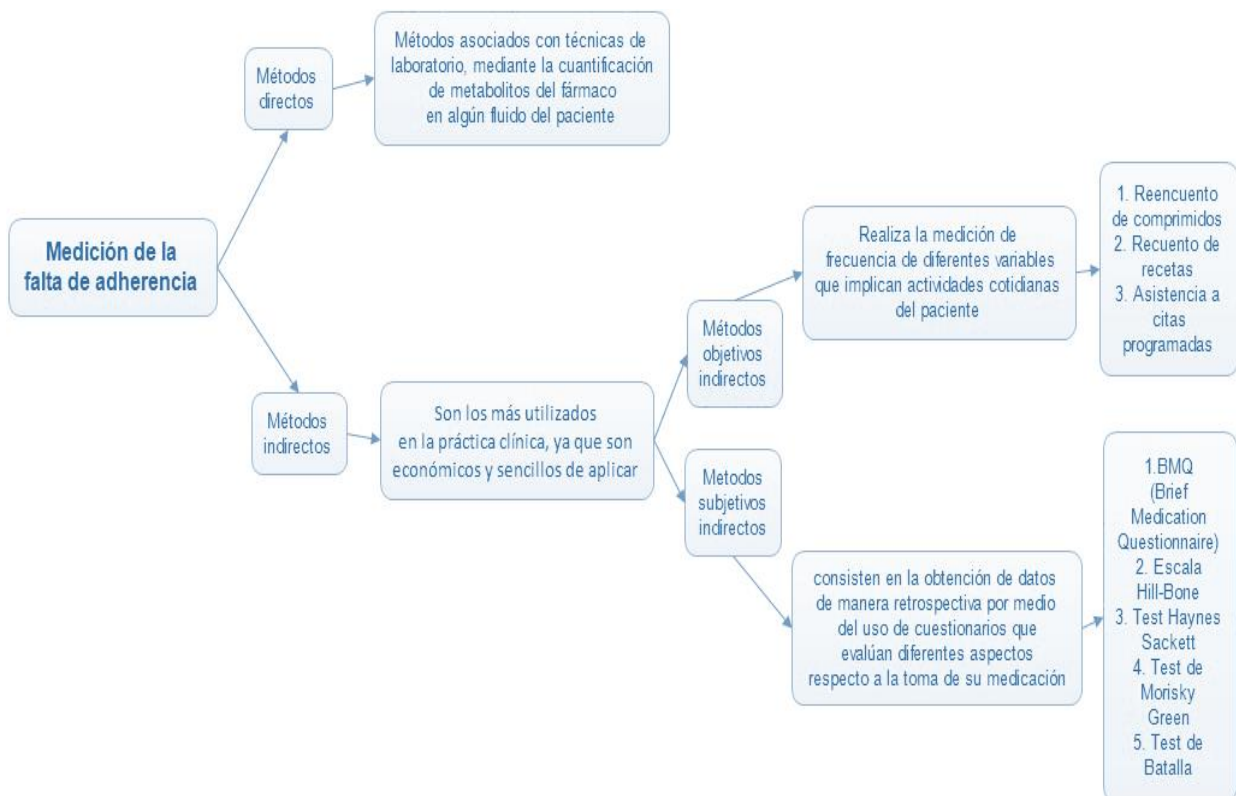


Figura 2. Medición de la adherencia al tratamiento farmacológico. ^{10, 12, 13, 61- 63}

3.13. Causas que provocan la falta de adherencia

Entre las causas documentadas que son más frecuentes en los pacientes son:⁶⁴

1. Olvidos
2. Desconfianza del tratamiento por falta de información
3. Presencia de Eventos Adversos o Miedo de su aparición o recurrencia.

Sin embargo hay una clasificación para poder puntualizar el origen de las causas:

1. **Intencionadas:** Son causas que derivan el abandono completo o intermitente del tratamiento por decisión propia.
 - 1.1 Creencias sobre el tratamiento
 - 1.2 Mala tolerancia
 - 1.3 Dificultades económicas
 - 1.4 Mala organización del tiempo
 - 1.5 Desmotivación
 - 1.6 Mejoría clínica
2. **No Intencionadas:** El paciente no suele tener conciencia sobre su falta de adherencia al tratamiento.
 - 2.1 Olvido o mala memoria
 - 2.2 Falta de información sobre la terapia
 - 2.3 Falta de compromiso con la hora y tiempo de ingesta de los medicamentos.

Las causas suelen tener variabilidad única en algunos casos o circunstancias de vida por las que atraviesa el paciente, lo cual dificulta la adherencia al tratamiento.⁶⁴

3.14. Patrones de incumplimiento

Acerca de la evaluación de la adherencia farmacológica se puede clasificar a los pacientes para realizar una elaboración de estrategias individualizadas sobre la mejora de la adherencia, en el caso de los pacientes hipertensos la clasificación es absolutamente la misma y las categorías encontradas hasta el momento son: ^{61, 65}

1. Pacientes Cumplidores

1.1 Cumplidor absoluto: Se considera en este punto de la escala a todo paciente hipertenso que toma su medicación al 100%.

1.2 Cumplidor enmascarado: Paciente cuyo porcentaje mediante el recuento de comprimidos es superior al 80% pero en una evaluación más específica mediante el uso de MEMS se observa que el paciente alterna los días de ingesta de la medicación además de que hay días en que toma más tabletas de las que se le prescribieron.

1.3 Cumplidor con incumplimiento esporádico: Se refiere a los pacientes que normalmente toman sus medicamentos en un intervalo de entre el 80-100% pero que suspende la medicación, por olvido o malestar físico.

1.4 Cumplimiento de bata blanca: Se le denomina así cuando el paciente toma los medicamentos días antes de su consulta para demostrar frente al profesional sanitario que está cumpliendo con su terapia farmacológica.

1.5 Sobrecumplimiento: Pacientes que exageran en la ingesta de los medicamentos, envueltos en el pensamiento de que entre mayor

cantidad - mejores resultados, sin valorar que pueden sufrir eventos adversos graves, tóxicos o letales.

2. Pacientes Incumplidores

2.1 Incumplimiento absoluto. Pacientes que a pesar de la evaluación médica deciden no tomar la medicación por desconfianza o por no ver la necesidad de su uso por tiempo indefinido.

2.2 Incumplimiento parcial: Paciente que se adhiere al tratamiento de manera intermitente independientemente de si se encuentra estable o sufra malestares.

2.3 Incumplimiento esporádico: Paciente que suele suspender la toma de su medicación por olvido en un 50% y es frecuente en ancianos.

2.4 Incumplimiento secuencial: Este incumplimiento está regido por la ausencia y presencia de síntomas, ya que el paciente sólo ingiere el medicamento cuando se siente mal.

2.5 Incumplimiento previsto: Suele presentarse en pacientes que muestran un comportamiento distante en relación a su salud.

Formas en que el paciente hipertenso demuestra un bajo grado de adherencia.^{61, 65}

Dentro de la práctica clínica se han detectado diferentes maneras en que el paciente demuestra tener un grado bajo de adherencia al tratamiento de forma general, a continuación se enlistan algunas de las formas que el paciente hipertenso realiza.

1. Dejar o rechazar la receta médica después de la consulta médica.

2. No volver a consulta para la adquisición de nuevas recetas o evitar reagendar una cita de seguimiento.
3. No acudir a la farmacia comunitaria a recoger la medicación prescrita.
4. Tomar el medicamento antihipertensivo en horas diferentes a las que el medico recomendó.
5. Tomar el antihipertensivo a una dosis diferente a la prescrita, ya sea inferior o superior.
6. No tomar de manera diaria el antihipertensivo.
7. Modificar o sustituir el antihipertensivo prescrito por medicamentos diferentes.

3.15. Factores asociados a la Falta de Adherencia

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico está directamente asociada con diferentes conductas, acciones o hechos que pueden impedir la presencia de buenos resultados, por lo cual se debe tomar en cuenta el ámbito social y cultural al que el paciente está ligado y las barreras situacionales que tiene sobre el tratamiento, para así poder conformar el perfil del paciente.

La falta de adherencia está compuesta por 5 esferas, las cuales están asociadas y contribuyen a un mal control de las enfermedades, dichas esferas están conformadas por paciente, Terapia farmacológica, estado socioeconómico, sistema de salud y enfermedad. ^{10, 16-19}

Paciente

1. **Edad:** Se considera este factor uno de los predominantes, ya que conforme el paciente tiene edad más avanzada existe una mayor probabilidad de que suspendan la medicación de manera involuntaria (olvido o algún problema de habilidad motriz), al igual que los pacientes jóvenes que son diagnosticados con enfermedades crónicas suelen a rehusarse a tomar la medicación.
2. **Sexo:** En diferentes estudios se ha demostrado que existe un mayor índice de adherencia en las mujeres. ⁶⁶
3. **Raza:** Suele asociarse como factor predisponente para una baja adherencia aunque hay muy pocos estudios sobre esto, Charles⁶⁷ realizó un estudio en donde demostró que los pacientes afroamericanos tuvieron menos adherencia al tratamiento.
4. **Nivel de estudios:** Pacientes que presentan una mayor preparación educativa suelen responder mejor al tratamiento, ya que sus niveles de adherencia son elevados, se cree que esto es debido a que hacen una mayor cantidad de preguntas y se informan completamente sobre su padecimiento.
5. **Depresión y estrés:** Desafortunadamente la frecuencia de estos padecimientos ha aumentado en las últimas décadas y está asociado directamente con un bajo nivel de adherencia al tratamiento ya que son situaciones en las que el paciente tiene una lucha constante consigo mismo, lo cual provoca que el paciente no este comprometido con su tratamiento ya que a su parecer tiene problemas más importantes.

6. **Discapacidad mental o física:** esta es una condición en la que el paciente no está en condiciones de realizar un apego al tratamiento por su cuenta, ya que depende de cuidadores.
7. **Situación laboral:** este es un factor asociado igualmente al marco económico ya que el aumento del índice de desempleo a escala mundial obliga que los pacientes no adquieran sus medicamentos, también se ha observado que los pacientes económicamente activos en un 80% evalúan la adquisición del medicamento en función del costo, siendo los pacientes pensionados y jubilados los que más adquieren sus medicamentos.
8. **Adicciones:** El consumo de alguna sustancia que provoque adicción suele ser uno de los causantes de una mala adherencia, tenga la adicción declarada y este en remisión o no esté controlado psiquiátricamente, ya que la vida del paciente está regida por su adicción por tanto el tratamiento médico se vuelve secundario.

Enfermedad

La presencia de cualquier enfermedad en los pacientes significa una lucha y compromiso, este frente a una enfermedad aguda o una enfermedad crónica, además del grado de sintomatología que presenta.

En el caso de las enfermedades crónicas se tienen más problemas en cuestión de adherencia. En la hipertensión, es necesario poseer una capacidad de aceptación de la enfermedad, conocimiento y limitación de sus creencias, ya que el padecimiento suele ser asintomático en un 85%.

Se tiene que tener en cuenta si el paciente además posee comorbilidades, ya que esto pudiera sugerir un aumento considerable en la ingesta de medicamento, lo cual complicaría su comportamiento adherente.

Existe una asociación particular que indica que entre más síntomas se tengan el paciente suele ser más adherente⁶⁸.

Terapia farmacológica

1. **Complejidad del tratamiento:** Este apartado es común en pacientes pluripatológicos, ya que eso genera el aumento del consumo de medicamentos (polimedicación) durante el día, lo cual provoca que el paciente se abstenga de tomar algunos, lo olvide o simplemente decida suspenderlos.
2. **Eventos adversos:** La presencia de eventos adversos es circunstancial, ya que no todos los pacientes los presentan, sin embargo los pacientes que han llegado a presentarlos suelen suspender la medicación.
3. **Duración de la enfermedad:** Los pacientes con enfermedades crónicas suelen suspender el tratamiento con mayor frecuencia ya que el medicarse se vuelve fastidioso.
4. **Efectividad del tratamiento:** El paciente al no observar una mejoría considerable y en un corto plazo tienden a suspender el medicamento.
5. **Vías de administración:** Cuando la vía de administración del tratamiento es diferente a la oral y la tópica suele tener un menor grado de adherencia, por la dificultad de la administración o por el grado de dependencia del paciente.

6. **Envases:** Las personas de edad avanzada han reportado la suspensión del medicamento por la incapacidad de abrir el envase.

Sistema Sanitario

1. Mala coordinación entre los profesionales sanitarios, generando desconfianza por parte del paciente.
2. Problemas de confidencialidad
3. Tiempo de espera largo o falta de tiempo por parte de los profesionales sanitarios de atender a los pacientes
4. Rotación del personal
5. Ausencia de tolerancia por parte del profesional sanitario hacia el paciente.
6. Rehusó de resolución de dudas y preguntas al paciente
7. Dificultad para acceder a la atención sanitaria.

Socioeconómicos

El principal factor es un bajo estatus económico, ya que eso obliga al paciente a decidir entre su salud y otros de sus aspectos de su vida y es aún más complicado cuando existe el factor familia, además está asociado con las creencias personales, estabilidad laboral y formación académica.

3.16. Inercia terapéutica.

Es un término que apareció a inicios del siglo XXI por Phillips quien definió el concepto de **Inercia Clínica**, refiriéndose a él como “**fallos por parte del médico en cuanto a la iniciación o intensificación del tratamiento cuando ya están indicados**”⁶⁹ haciendo referencia a que dichos fallos eran propios del profesional

sanitario y sistema de salud, actuando de manera independiente sobre el paciente y el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico.

En 2003 apareció un texto que hablaba específicamente de la inercia clínica e indicaba que es más frecuente su recurrencia al tratar pacientes con enfermedades crónicas ⁷⁰, en 2004 por primera vez apareció el término inercia terapéutica⁷¹ y en 2006 Okonofua lo definió como el **“fracaso de los proveedores para iniciar nuevos tratamientos o de aumento de las dosis de los tratamientos ya existentes, cuando se registran valores anormales de un parámetro clínico”**⁷².

Factores que causan la inercia terapéutica ⁷³

Por parte del Médico de atención primaria se ha observado que la falta de objetivos, subestimación de los pacientes y sus necesidades, falta de tiempo y la mala calidad en la atención médica son factores predisponentes que sin duda son la causa de la existencia de la inercia terapéutica, sin embargo estos factores acompañados por la falta de planeación en las consultas, pobre seguimiento a los pacientes, falta de coordinación entre el personal sanitario, citas espaciadas, esperas largas y el deficiente registro de control médico por parte del sistema de salud contribuyen a que la inercia terapéutica siga estando latente.

Sin olvidar que la postura y forma de pensar del paciente también contribuyen a la inercia terapéutica, ya que la negación de la enfermedad, rehusó a cambiar hábitos en el estilo de vida, y el bajo grado de adherencia al tratamiento son factores que

enmascaran la inercia terapéutica denotándola como falta de compromiso por parte del paciente.

Se puede observar que esta triada conforma un círculo vicioso que no se detiene a observar las consecuencias que puede tener.

Inercia terapéutica y adherencia al tratamiento farmacológico

Francamente no existe una relación coherente para comparar ambos términos, pero sin duda alguna son dependientes, ya que si el paciente se compromete a seguir el tratamiento según lo recomendado no habrá pretexto por parte del profesional sanitario para hacer una evaluación y seguimiento sobre la terapia farmacológica del paciente porque tendrá la certeza de que los signos o síntomas persistentes son reales.

Desafortunadamente aún no existe conciencia sobre esto y la inercia terapéutica ha tomado un papel fundamental que hace evidente la falta de capacidad de los profesionales sanitarios sobre la toma de decisiones clínicas.

3.17. Consecuencias de la falta de Adherencia al tratamiento farmacológico

La falta de compromiso del paciente para seguir las recomendaciones y tratamiento prescrito proporcionado por profesionales sanitarios capacitados y formados para realizar esta actividad, desechan todos los esfuerzos previos realizados, desde la innovación de nuevos medicamentos, los grandes avances terapéuticos y

diagnósticos, la preparación de los profesionales sanitarios hasta las estrategias para garantizar un mejor manejo y control de medicamentos, como se puede observar no solo es el fracaso en el seguimiento de un paciente porque esto se realiza por casi el 90% de la población mundial, trayendo consigo diferentes consecuencias.

Consecuencias clínicas.

Naturalmente estas consecuencias están relacionadas con la calidad y esperanza de vida del paciente, ya que la falta de adherencia conlleva a que exista un mayor número de probabilidades de padecer complicaciones, disminuya el perfil de seguridad de los medicamentos y aumente la morbimortalidad.

Consecuencias económicas

La falta de adherencia tiene consecuencias económicas graves basadas en el aumento del gasto en materia de salud, ya que un menor grado de adherencia significa complicaciones o potenciación de los signos o síntomas propios de la enfermedad, lo cual recae en un aumento de consultas médicas u hospitalizaciones, lo cual genera a su vez un aumento en los gastos de manera descomunal por parte del paciente y del sistema de salud, sin embargo no solo afecta al sistema de salud el cual tendrá que cubrir el sobrecoste, sino también afecta a la industria farmacéutica, la cual también se ve afectada ya que sus productos se ven cuestionados por no lograr la efectividad terapéutica para la cual está diseñado y

además sufren un rezago en el consumo ya que los médicos y los pacientes dejan de confiar en el medicamento.

Consecuencias sociales

El bajo grado de adherencia no solo repercute en el ámbito económico y clínico, sino también en el social, ya que el ámbito familiar y social se ve completamente comprometido en el cuidado y atención de un paciente, causando cierto grado de tensión que a medida que el tiempo avanza puede llegar a quebrantarse.

Esto sumado al ausentismo laboral, depresión, sedentarismo, aislamiento lleva al paciente a un grado extremo en el que se vuelve dependiente. ^{10, 80}

3.18. Importancia del Farmacéutico Comunitario sobre la adherencia al tratamiento en Hipertensión⁷⁴

El modelo asistencial de atención a la salud actual ha demostrado verse sobrepasado por un gran número de pacientes que no cumplen con su tratamiento, lo que significa la existencia de un incremento potencial en los costos que a su vez evidencia las fallas existentes en el sistema.

La evaluación de la adherencia principalmente en enfermedades crónicas debe ser realizada mediante la aplicación de una visión multidisciplinar, la cual generará los resultados deseados, ya que se necesita la participación de todos los profesionales sanitarios (médico, enfermera y farmacéutico) para garantizar que el paciente está recibiendo toda la atención integral necesaria.

La farmacia comunitaria (FC) es el establecimiento público encargado de garantizar el uso adecuado de los medicamentos por los pacientes mediante el uso de diferentes servicios, uno de ellos es el de la dispensación, el cual puede actuar de manera eficaz sobre la adherencia, ya que consiste en la aportación de información sobre algún medicamento y otros aspectos relacionados con la salud del paciente, es necesario recalcar que esos servicios sólo pueden ser ofertados por los farmacéuticos comunitarios, ya que son los especialistas en medicamentos, ellos también pueden realizar o proponer actividades que le permitan reforzar al paciente las recomendaciones y seguimiento de la pauta prescrita por el médico.

El que estos profesionales se encuentren dentro de un ambiente sociosanitario accesible y fuera del entorno médico, facilita el contacto con el paciente, por este motivo es considerado el último profesional sanitario con el que el paciente tiene contacto antes de comenzar con su medicación, lo cual lo convierte en el último eslabón de la cadena, esta acción debe ser aprovechada en su máximo potencial, ya que así todos los profesionales sanitarios dentro del contexto de salud al que pertenecen pueden proporcionar al paciente lo necesario para mejorar su calidad de vida.

Las Farmacias comunitarias desde hace varios años han comenzado a participar en la mejora del control de las cifras de Presión arterial, lo cual con la aparición de aparatos automáticos ha sido más sencillo de proponer, ya que instruyen al paciente en la técnica AMPA, aunque esta técnica muestra tener sus limitaciones sus efectos

sobre el control han sido notados, por otra parte hay autores que consideran que la medida de la presión arterial en la farmacia comunitaria puede constituir una alternativa interesante de cribado y seguimiento de los pacientes hipertensos⁷⁵, ya que pueden evaluar la efectividad de la terapia antihipertensiva, promover el control de las cifras de PA mediante la modificación del estilo de vida y otras medidas adicionales (Promover/reforzar la adherencia al tratamiento o la AMPA) e informar al médico de la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados clínicos negativos asociados a la medicación (RNM).⁷⁶

3.19. Estrategias para mejorar la Adherencia al Tratamiento

El pretender aumentar la adherencia al tratamiento sin duda requiere la propuesta de estrategias que relacionen recomendaciones otorgadas por cualquier profesional sanitario y el estilo de vida del paciente, lo cual lo convierte en un proceso complejo ya que funciona de manera personalizada para cada individuo.

Antes de la aplicación de cualquier estrategia el profesional sanitario debe garantizar que el diagnóstico ha sido declarado en base a un estudio perspicaz sobre el paciente y que este cuenta con un tratamiento farmacológico con efectividad suficiente para su control, sin embargo no debe olvidar que existe la presencia de barreras que le dificultaran al paciente en la práctica clínica adherirse al tratamiento. ^{77, 78}

En pacientes hipertensos se conocen 5 barreras que dificultan este proceso:

1. Falta de conocimiento sobre la enfermedad o el tratamiento

2. Dificultad para recordar el horario de administración de cada medicamento
3. Ausencia de soporte familiar y social
4. Problemas de comunicación con el profesional sanitario.
5. Decisión propia del paciente sobre incumplir su tratamiento.

Con la finalidad de aumentar la adherencia al tratamiento y eliminar las barreras que puedan presentarse en el transcurso de este proceso se ha descrito que existen diferentes tipos de estrategias que actúan a favor de la mejora del paciente como se observa en el cuadro 12.

Cuadro 12. Estrategias de mejora de adherencia al tratamiento.

| Estrategias | Descripción |
|--|--|
| Técnicas | Facilitan al paciente la toma de la medicación, algunas de estas son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de medicamentos de acción prolongada 2. Simplificación del régimen terapéutico 3. Prescripción de medicamentos combinados en una sola presentación |
| Educativas | Favorece a que el paciente logre los objetivos terapéuticos deseados, existen varias técnicas para proveer de información al paciente. |
| Información médica en la consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Esta es considerada como la estrategia más importante para el control de la enfermedad, ya que el médico realizara el primer seguimiento que va desde su detección hasta el diagnóstico por lo cual desde un principio puede prever de información al paciente, para así reducir el alto nivel de rechazo de la enfermedad que comúnmente presentan los pacientes. • Una vez declarada la enfermedad el médico a cargo de su seguimiento deberá profundizar la información sobre los medicamentos prescritos y recomendaciones para el control, enfatizando el valor de adherirse al tratamiento. |
| Dispensación | El paciente posterior a sus consultas médicas, acudirá a la Farmacia Comunitaria para retirar la medicación prescrita y ahí el Farmacéutico comunitario debe de proporcionar al paciente información sobre sus medicamentos de manera breve pero detallada para que así el paciente comience a confiar en el tratamiento y comience a cuestionar las creencias que tenía sobre el uso de los medicamentos. |

| | |
|---|---|
| <p>Educación Sanitaria</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Como su nombre lo dice su objetivo es educar al paciente en materia de salud, esta herramienta resulta muy útil para reforzar los conocimientos previos que haya recibido el paciente o bien para realizar la introducción del paciente en esta nueva etapa, una de sus ventajas es que se puede realizar de manera grupal o individual, lo cual permite un círculo empático entre el profesional sanitario y el paciente. • Todos los profesionales sanitarios deben ofrecer información de manera homologada para no generar confusiones, por tanto la información proporcionada debe ser fidedigna, breve, concisa, fácil de entender y adecuada al grupo de pacientes en cuestión. • En pacientes crónicos la educación sanitaria debe de ofrecerse de manera continuada para así reforzar el compromiso del paciente y evitar oscilaciones sobre su grado de adherencia. • Hay diferentes recursos que el Farmacéutico comunitario puede usar para proporcionar este servicio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Carteles informativos enfocados a la enfermedad, control, uso de medicamentos y adherencia al tratamiento. 2. Folletos 3. Material audiovisual |
| <p>Conductuales</p> | <p>La falta de compromiso, los olvidos frecuentes y la obstinación del paciente sobre su enfermedad al tratamiento son conductas que evitan que haya una adherencia al tratamiento, por lo cual el Farmacéutico comunitario puede optar por el uso de estrategias más personalizadas para así captar la atención del paciente y mejorar su calidad de vida.</p> |
| <p>Sistemas de recuento de horario</p> | <p>Hace referencia al uso de técnicas cuya única aplicación es recordar al paciente sobre la toma de su medicación para que se adhiera al horario establecido y se eviten olvidos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alarmas 2. Llamadas telefónicas 3. Mensajes de texto (SMS) 4. Correos electrónicos |
| <p>Sistemas de recuerdo de pauta e instrucciones básicas</p> | <p>Técnicas establecidas para mejorar la adherencia y evitar confusiones al momento de tomar medicamentos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de medicación o tarjetas de tratamiento 2. Etiquetas adhesivas con pictogramas de posología 3. Anotación de posología y consejos de uso en la caja <p>Otro método usado es el Tratamiento con Observación Directa (TOD), en el cual es necesaria la participación de una tercera persona, la cual será la encargada de observar la ingesta de los medicamentos por lo tanto requiere del compromiso de ambas personas para fomentar la adherencia.</p> |

3.20. Contextualización

El proyecto fue realizado en la comunidad de Petrer en Alicante, España, coordinado por catedráticos e investigadores de la Universidad de Alicante y la Universidad Miguel Hernández ambas establecidas en Alicante, España.

De acuerdo al vínculo colaborativo del grupo de investigación con el Departamento de Salud de Elda, se decidió la realización del proyecto en una farmacia comunitaria regida por este departamento de la Provincia de Petrer, dentro de la misma ciudad en la comunidad valenciana.

4. Planteamiento del Problema

En pacientes hipertensos es muy importante realizar correctamente el tratamiento, tanto higiénico - dietético como farmacológico, ya que el problema en la práctica clínica es el deficiente grado de control de la presión arterial en aquellos hipertensos tratados con tratamiento farmacológico. Debido a esto, se quiere conocer mediante la aplicación de un formulario en una farmacia comunitaria española la magnitud de la falta de adherencia en los pacientes hipertensos que acuden a recoger su medicación hipotensora y los factores que se asocian a este incumplimiento.

La importancia de conocer tanto el grado de la falta de adherencia, como los factores y causas asociadas, se debe a que en las Farmacias Comunitarias se podrían plantear estrategias de intervención, basadas en el conocimiento de las causas y factores para modificar este importante tema de salud.

Dicho lo anterior, ¿Se podrá evaluar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores que se encuentran asociados en pacientes con HTA en una Farmacia Comunitaria de la comunidad de Petrer en Alicante, España?

5. Objetivos

Principal.

Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden a una Farmacia Comunitaria ubicada en la comunidad de Petrer en Alicante, España.

Secundarios

1. Valorar el grado de control de presión arterial de pacientes hipertensos que acuden por su medicación a la Farmacia Comunitaria.
2. Conocer las causas y factores asociadas a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos.
3. Valorar la calidad de vida en los pacientes hipertensos.

6. Material y Método

6.1 Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal

6.2 Ámbito de estudio

Farmacia comunitaria de la provincia de Petrer en Alicante, España.

El estudio se llevó a cabo en una Farmacia Comunitaria de la Provincia de Petrer, perteneciente al departamento médico y de investigación de Elda, mediante la habilitación de una consulta en dicha farmacia, donde se realizó la entrevista clínica, toma de signos y garantizando la confidencialidad de la información solicitada.

6.3 Muestreo y cálculo de tamaño muestral.

Se calculó el tamaño muestral para estimar el grado de incumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos atendidos en una Farmacia Comunitaria de Petrer, para ellos se aceptó la proporción más desfavorable del 50% ($p= 0.5$; $p \times q=0.25$) y una precisión del 5% con un nivel de confianza del 95% Obteniendo un tamaño de 38 pacientes. Previniendo un 20% de pérdidas serían necesarios 480 pacientes.

6.4 Criterios de Inclusión

1. Paciente hipertenso mayor de 18 años.
2. Pacientes que firmen el Consentimiento Informado (Anexo 5) y la Hoja de Información al Paciente (Anexo 6) para participar en el estudio

6.5 Criterios de Exclusión

1. Paciente que no firme consentimiento informado
2. Paciente con problemas psiquiátricos, incapacitantes o demencia.
3. Mujeres embarazadas o lactantes

6.6 Material.

Las variables del estudio se abordaron en labor de campo dentro del ámbito de una Farmacia Comunitaria a través del Cuaderno de Recogida de Datos (Anexo 4).

6.7 Variables.

En el cuadro 13 se muestran las variables que se utilizaron para el desarrollo de este estudio.

Cuadro 13. Variables del estudio.

| Variable dependiente o principal | | | | |
|--|---|------------------|--------------------|---------------------------|
| Variable | Conceptualización | Tipo de variable | Escala de medición | Unidad de medida |
| Adherencia | Cumplimiento que tiene el paciente al tomar el medicamento utilizando los Test de Haynes-Sackett¹⁴ y Test de Morisky-Green (8 item's). ¹⁵ | Cualitativa | Nominal | Cumplidor No cumplidor |
| Variables Independientes o Secundarias. | | | | |
| Variable | Conceptualización | Tipo de variable | Escala de medición | Unidad de medida |
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento | Cuantitativa | Discreta | Años |
| Sexo | Apariencia fenotípica | Cualitativa | Nominal | Hombre Mujer |
| Peso | Estado nutricional | Cuantitativa | Continua | Kilogramos |
| Altura | medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza | cuantitativo | Continua | Centímetros |
| IMC | Cantidad de grasa corporal | Cuantitativa | Continua | Kg/m ² |
| Obesidad | IMC > 30 | Cualitativa | Ordinal | SI/NO |
| Perímetro abdominal | Circunferencia del abdomen, a la altura del ombligo. | Cuantitativa | Continua | Centímetros |
| Antecedentes familiares de primer grado | Padecimientos de padres o hermanos | Cualitativa | Nominal | SI/NO |
| Antecedentes personales otras patologías | | | | |

| | | | | |
|---|---|--------------|----------|----------------|
| Diabetes Mellitus | Enfermedad sistémica del metabolismo de los glúcidos caracterizada por la aparición de hiperglucemia | Cualitativo | Nominal | SI/NO |
| Hipertensión | PA >140/90 mmHg | | | |
| Dislipidemia | Aumento de la concentración plasmática de colesterol y lípidos en la sangre | | | |
| Antecedentes de enfermedad cardiovascular | Aumento de la concentración plasmática de colesterol y lípidos en la sangre paciente con algún evento previo vascular, tipo AMC, ACV, Angina de pecho, o sí padece Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia cardiaca, Nefropatía, Arteriopatía Periférica, etc. | Cualitativa | Nominal | SI/NO |
| Hábitos | | | | |
| Tabaquismo | Consumo excesivo de tabaco | Cualitativa | Nominal | SI/NO |
| Drogas | Consumo de alguna sustancia que altere el SNC | | | |
| Ingesta de alcohol | Consumo de bebidas con porcentaje de alcohol | | | |
| Actividad física | movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía | | | |
| Presión arterial | Medición de las cifras de PA | Cuantitativa | Discreta | mmHg |
| Calidad de Vida: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)⁸¹ | Encuesta de salud que evalúa la calidad de vida | Cualitativa | Nominal | |
| Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento⁷ | Factores socioeconómicos | Cualitativa | Nominal | SI/NO |
| | Factores del sistema sanitario. | | | |
| | Factores de la enfermedad | | | |
| | Factores del tratamiento | | | |
| | Factores asociados al paciente/valoración de causas | | | |
| Estrategias del Paciente. | Recomendaciones otorgadas por cualquier profesional sanitario | Cualitativa | Nominal | SI/NO/ A veces |

6.8 Análisis estadístico

Análisis descriptivo

Se calcularon en función del tipo de variable, para variables cualitativas proporciones y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central (moda, media y mediana) y medida de dispersión (desviación típica, estándar y varianza). De las variables más relevantes se calcularon los límites de confianza al 95%.

6.9 Método.

1. Para este estudio se trabajó con los pacientes que acudieron a la Farmacia comunitaria para la dispensación de sus recetas.
2. Se solicitó identificación de atención médica vigente para proceder con la dispensación del tratamiento farmacológico, conforme a la receta precargada en el sistema electrónico.
3. Posteriormente se revisó la farmacología prescrita; si dentro de ella se encontraban fármacos hipotensores, se le hacía la invitación al paciente a participar en el estudio y verificar si cumplía con las condiciones establecidas para realizar la correcta toma de la Presión arterial.
4. Se le explicó al paciente en qué consistía el estudio, resolviendo todas las dudas y al término de este proceso se le preguntó, si era de su interés participar en el estudio; en caso de ser afirmativo, se dirigió al paciente al espacio dedicado para la atención farmacéutica.

5. Proporcionó al paciente la hoja de información y la papeleta del consentimiento informado; se verificó que el consentimiento informado estuviera bien requisitado para comenzar con el estudio.
6. Se realizó la entrevista requisitando los datos previamente establecidos en el Cuadernillo de Recogida de datos.
7. Posteriormente se le solicitó al técnico en Farmacia que pesará y midiera al paciente.
8. Se procedió a la toma de la tensión arterial, colocando al paciente en posición correcta y en perfecto estado de calma; se repitió el proceso 3 veces, calculando el promedio de las tomas de la tensión arterial e indicando al paciente los datos obtenidos, en dado caso que los valores obtenidos se encuentran en un rango superior, se llamaba al Farmacéutico de cabecera junto con el personal de enfermería para verificar que el paciente se encontrará en óptimas condiciones de salud y comunicar al centro de salud, el estado del paciente para un seguimiento.
9. Se le entregó la papeleta con datos antropométricos y de tensión arterial, reiterando los servicios que ofrece la farmacia y finalizando la entrevista.
10. Este proceso se repetía, con cada uno de los pacientes que ingresaban a la Farmacia Comunitaria.
11. Finalmente, se escaneaban los cuadernillos de Recogida de Datos de todos los pacientes evaluados en el día y se resguardaban los originales en la Farmacia comunitaria.
12. Los datos se recopilaron también en una base de datos.

7. Resultados

Los resultados del análisis descriptivo pertenecen a un grupo piloto de 40 pacientes, cabe resaltar que fueron 41 pacientes fueron invitados a participar en el estudio, sin embargo, uno de ellos se negó a firmar el consentimiento informado y por lo tanto fue excluido.

En este grupo piloto la edad promedio oscila entre los 72.1 ± 9.7 años y el 60% de la población estudiada fueron mujeres, las cifras promedio registradas de PAS y PAD, respectivamente, fueron de 139.3 ± 16.1 y 80.5 ± 12.3 mmHg y el promedio de las pulsaciones por minuto registradas fue de 74.9 ± 14.6 .

La mayoría de los pacientes presentaron más de una enfermedad, el 40% de ellos actualmente vive solo, el 80% realiza poca o nula actividad física y 4 pacientes aceptaron no haber tomado su medicación el día en que se realizó el estudio. Es importante mencionar que para la realización del análisis bivariante se tomaron en cuenta los datos de adherencia y los niveles de normalización de la presión arterial.

En el cuadro 14 se muestran las características demográficas respecto a la adherencia, donde se puede observar que de los pacientes que confirmaron ser fumadores, ninguno es adherente al tratamiento antihipertensivo y reflejaron tener un IMC promedio mayor a aquellos que tenían adherencia.

Cuadro 14. Características de los pacientes analizados en el total y divididos en adherentes y no adherentes

| Variable | Total N=40 n(%) / x±DS | No Adherencia N=31 (77.5%) n(%) / x±DS | Adherencia N=9 (22.5%) n(%) / x±DS | P |
|---|---------------------------------------|---|---|----------|
| Mujeres | 24(60.0) | 18(75.0) | 6(25.0) | 0.643 |
| Edad (años) | 72.1±9.7 | 71.9±9.3 | 72.9±11.4 | 0.793 |
| IMC (kg/m ²) | 30±5.4 | 30.6±5.3 | 28±5.3 | 0.203 |
| Cintura (cm) | 106.2±11.2 | 107.7±11.2 | 100.8±9.6 | 0.102 |
| PAS (mmHg) | 139.3±16.1 | 137.7±15.3 | 144.4±18.2 | 0.336 |
| PAD (mmHg) | 80.5±12.3 | 80.7±13.3 | 79.8±8.2 | 0.850 |
| Pulso (cpm) | 74.9±14.6 | 73.3±9.7 | 80.4±25 | 0.196 |
| Tiempo desde medicación a medida PA (h) | 4.8±2.8 | 4.8±2.8 | 4,9±2.6 | 0.901 |
| EVA con respecto a su estado de salud | 76.1±19.1 | 74.3±18.9 | 82.2±19.9 | 0.283 |
| Número de enfermedades | 2.7±1.3 | 2.9±1.2 | 2.2±1.2 | 0.177 |
| Escolaridad | 1.3±0.9 | 1.4±0.9 | 1.3±0.9 | 0.953 |
| Vive solo | 16(40.0) | 11(68.8) | 5(31.2) | 0.905 |
| Fumador | 12(30.0) | 12(100.0) | 0 | 0.026 |
| Alcohol BR | 11(27.5) | 9(81.8) | 2(18.2) | 0.527 |
| Alcohol AL | 3(7.5) | 3(100.0) | 0 | |
| Actividad física: | | | | |
| Nula | 17(42.5) | 14(82.3) | 3(17.7) | |
| Baja | 15(37.5) | 11(73.3) | 4(26.7) | 0.251 |
| Moderada | 7(17.5) | 6(85.7) | 1(14.3) | |
| Alta | 1(2.5) | 0 | 1(100.0) | |
| Vitaminas | 4(10.0) | 4(100.0) | 0 | 0.256 |
| Herbolarios | 7(17.5) | 5(71.4) | 2(28.6) | 0.672 |

Cuadro 15. Antecedentes familiares y personales respecto a la presencia de adherencia al tratamiento.

| | Total N=40 N (%) | No Adherencia N=31 (77.5%) N (%) | Adherencia N=9 (22.5%) N (%) | P |
|--|---------------------------------|---|---|----------|
| Antecedentes Familiares | | | | |
| Diabetes Mellitus | 10(25.0) | 8(80.0) | 2(20.0) | 0.827 |
| Cáncer | 16(40.0) | 11(68.8) | 5(31.2) | 0.279 |
| Hipertensión | 14(35.0) | 13(92.9) | 1(7.1) | 0.088 |
| Dislipidemia | 8(20.0) | 6(75.0) | 2(25.0) | 0.850 |
| Enfermedad Cardíaca | 6(15.0) | 6(100) | 0 | 0.152 |
| Antecedentes Personales | | | | |
| Diabetes Mellitus | 11(27.5) | 8(72.7) | 3(27.3) | 0.656 |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | 3(7.5) | 3(100) | 0 | 0.332 |
| Dislipidemia | 18(45.0) | 14(77.8) | 4(22.2) | 0.970 |
| Hipotiroidismo | 3(7.5) | 2(66.7) | 1(33.3) | 0.640 |
| Hipertiroidismo | 7(17.5) | 6(85.7) | 1(14.3) | 0.567 |
| Obesidad | 22(55.0) | 19(86.3) | 3(13.7) | 0.138 |
| Cáncer | 5(12.5) | 5(100) | 0 | 0.198 |
| Enfermedad Cardiovascular | 6(15.0) | 5(83.3) | 1(16.7) | 0.711 |

En el Cuadro 15 se reportan los resultados respecto a los antecedentes familiares y personales conforme a los resultados de adherencia, en esta se puede observar que aquellos pacientes con algún antecedente familiar de cáncer son más adherentes, y aunque este dato no es estadísticamente significativo puede ser considerado como predictivo.

El 45% de los pacientes reportó tener el colesterol y triglicéridos elevados y el 55% padecía obesidad pero desafortunadamente el tener 2 o más padecimientos no es factor indicativo de mejor adherencia, sino al contrario y esta información se relaciona con la contenida en el cuadro 16, donde se aborda el tema de calidad de vida, específicamente a su estado de salud en general en comparación con el último año, ya que un 42.5% indica sentirse peor, y 15 de los 17 pacientes que lo

mencionan no se adhieren a su tratamiento. Este dato tampoco es estadísticamente significativo, pero demuestra que los pacientes, a pesar de considerar que su estado de salud se está deteriorando, no es motivo suficiente para impulsarlos a ser adherentes al tratamiento. Este cuadro además demuestra que entre el 50% y el 95% de los pacientes no tienen problemas para asearse, vestirse o realizar sus actividades diarias.

Cuadro 16. Calidad de vida obtenida mediante el Cuestionario de Salud

| Variable | Total N=40 N (%) | No Adherencia N=31 (77.5%) N (%) | Adherencia N=9 (22.5%) N (%) | P |
|--------------------------------|------------------------|---|---------------------------------------|-------|
| Movilidad: | | | | |
| Sin problema | 20(50.0) | 15(75.0) | 5(25.0) | 0.778 |
| Algunos problemas | 17(42.5) | 14(82.3) | 3(17.7) | |
| Muchos problemas | 3(7.5) | 2(66.7) | 1(33.3) | |
| Actividades Cotidianas: | | | | |
| Sin problema | 30(80.0) | 23(76.7) | 7(23.3) | 0.860 |
| Algunos problemas | 9(22.5) | 7(77.8) | 2(22.2) | |
| Muchos problemas | 1(2.5) | 1(100) | 0 | |
| Ansiedad: | | | | |
| Ausencia | 24(60.0) | 18(75.0) | 7(25.0) | 0.895 |
| Moderada | 11(27.5) | 9(81.8) | 2(18.2) | |
| Demasiada | 5(12.5) | 4(80.0) | 1(20.0) | |
| Cuidado personal: | | | | |
| Sin problema | 37(92.5) | 29(78.3) | 8(21.7) | 0.556 |
| Algunos problemas | 2(5.0) | 1(50.0) | 1(50.0) | |
| Muchos problemas | 1(2.5) | 1(100) | 0 | |
| Dolor: | | | | |
| Ausencia | 14(35.0) | 11(78.6) | 3(21.4) | 0.507 |
| Moderada | 14(35.0) | 12(85.7) | 2(14.3) | |
| Demasiada | 12(30.0) | 8(66.7) | 4(33.3) | |
| Salud último año: | | | | |
| Igual | 5(12.5) | 4(80.0) | 1(20.0) | 0.308 |
| Mejor | 18(45.0) | 12(66.7) | 6(33.3) | |
| Peor | 17(42.5) | 15(88.2) | 2(11.8) | |

EUROQOL-5D conforme a los datos de adherencia.

En el cuadro 17 se reportan las posibles causas que incrementan la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, el 75% de los pacientes no consideran tener problemas económicos que les impidan obtener su medicación, ya que la Seguridad Social se los proporciona, el 92.5% reciben información sobre sus medicamentos antihipertensivos por parte de un profesional sanitario pero solo el 52.5% de ellos lo recibe por parte de los farmacéuticos; como dato adicional a esto es necesario hacer hincapié en que más del 80% de los pacientes que reciben información por parte del farmacéutico no es adherente, lo cual puede indicar que la acción de informar no está siendo efectiva. Esto se puede contrastar con los resultados obtenidos del test de Batalla, ya que más del 70% de los pacientes saben que la hipertensión es una enfermedad para toda la vida, y que se puede controlar con dieta y medicación, sin embargo no conocen cuales pueden ser las consecuencias de un mal control como es la lesión en algún órgano, ya que solo el 25% contestó dicha pregunta. Por tanto el propósito de informar está cubierto, no obstante como estrategia de mejora para la adherencia al tratamiento no está siendo efectiva, ya que el porcentaje de pacientes que indica conocer su enfermedad pero tienen una adherencia deficiente que oscila entre el 60 y 70%.

La falta de adherencia al tratamiento, es un grave problema tanto en el ámbito clínico como en el económico. Los tratamientos están perdiendo efectividad y se está disminuyendo su consumo. El 90% de los pacientes incluidos en este grupo piloto están conscientes que el medicamento se toma todos los días e incluso están de acuerdo con eso, no obstante el 60% de ellos no tienen adherencia al tratamiento.

Cuadro 17. Posibles causas de la falta de adherencia al tratamiento

| Variable | Total N=40 n(%) / $\bar{x} \pm DS$ | No Adherencia N=31 (77.5%) n(%) / $\bar{x} \pm DS$ | Adherencia N=9 (22.5%) n(%) / $\bar{x} \pm DS$ | P |
|---|--|--|---|-------|
| Socioeconómicos: | | | | |
| SI | 10(25.0) | 9(90.0) | 1(10.0) | 0.274 |
| ¿Quién da más información? | | | | |
| Médico | 15(37.5) | 12(80.0) | 3(20.0) | 0.279 |
| Enfermera | 1(2.5) | 1(100) | 0 | |
| Farmacéutico | 21(52.5) | 17(81.0) | 4(19) | |
| Otro | 3(7.5) | 1(33.3) | 2(66.7) | 0.527 |
| Presencia de síntomas | 23(57.5) | 17(73.9) | 6(26.1) | |
| Saben que la HTA es para toda la vida | 30(75.0) | 21(70.0) | 9(30.0) | 0.049 |
| Saben que la HTA se puede controlar con dieta y medicación | 28(70.0) | 19(67.9) | 9(32.1) | 0.026 |
| Conocen que órganos se pueden dañar al tener HTA | 10(25.0) | 7(70.0) | 3(30.0) | 0.512 |
| Pacientes que saben que los medicamentos se toman todos los días | 38(95.0) | 23(60.5) | 15(39.5) | 0.434 |
| Pacientes que están de acuerdo en tomar el medicamento todos los días | 37(92.5) | 23(62.1) | 14(37.9) | 0.640 |
| Suspender el medicamento por: | | | | |
| Mejoría de la enfermedad | 14(35.0) | 13(92.9) | 1(7.1) | 0.088 |
| Efectos secundarios | 6(15.0) | 5(83.3) | 1(16.7) | 0.711 |
| Disminución del deseo o potencia sexual | 10(25.0) | 10(100.0) | 0 | 0.049 |
| Olvido | 24(60.0) | 22(91.7) | 2(8.3) | 0.009 |
| Estrés | 14(35.0) | 12(85.7) | 2(14.3) | 0.361 |
| Excesiva medicación | 9(22.5) | 9(100.0) | 0 | 0.066 |
| Actividades diarias numerosas | 2(5.0) | 2(100) | 0 | 0.434 |
| Baja Motivación | 16(40.0) | 14(87.5) | 2(12.5) | 0.216 |
| Incomprensión de las indicaciones medicas | 3(7.5) | 3(100) | 0 | 0.332 |
| Inasistencia a sus citas medicas | 2(5.0) | 2(100) | 0 | 0.434 |
| Factores propios de la terapia | | | | |
| Número de tabletas al día | 3.4 \pm 2.1 | 3.2 \pm 1.9 | 3.1 \pm 1.7 | 0.325 |

En cuanto a las causas o factores de los que se tiene conocimiento influyen en la obtención de los bajos índices de adherencia se observa que entre los relacionados al paciente se encuentran la disminución de la potencia o deseo sexual (25%) y el

olvido (60%), las cuales son estadísticamente significativas, sin embargo el consumo de muchos medicamentos al día, la mejora de la enfermedad y la baja motivación tienen tendencia a la significancia estadística y muy probablemente estos resultados también puedan ser predictivos en la continuación del estudio.

A través del tiempo se ha observado que la implementación de estrategias o técnicas puede ayudar en la mejora de cualquier proceso (cuadro 18), en el caso de la adherencia se llegan a utilizar diversas estrategias individuales para los pacientes, sin embargo el 60% de los pacientes no recibe información por escrito, la cual suele ser una de las técnicas más utilizadas, el 70% asocia tomar el medicamento hipotensor con algún hábito cotidiano y el 10% de los pacientes utilizan un recordatorio para evitar olvidar tomar su medicamento.

Cuadro 18. Impacto de las estrategias de mejora que contribuyen a la disminución de la falta de adherencia.

| Variable | Total N=40 N (%) | No Adherencia N=31 (77.5%) N (%) | Adherencia N=9 (22.5%) N (%) | P |
|---|---------------------------------|---|---|----------|
| Reciben Información e Instrucciones claras: | | | | |
| NO | 12(30.0) | 10(83.3) | 2(16.7) | 0.575 |
| SI | 26(65.0) | 19(73.0) | 7(27.0) | |
| A veces | 2(5.0) | 2(100) | 0 | |
| Reciben información por escrito: | | | | |
| NO | 24(60.0) | 18(75.0) | 6(25.0) | 0.431 |
| SI | 11(27.5) | 8(72.7) | 3(27.3) | |
| A veces | 5(12.5) | 5(100) | 0 | |
| Asocian tomar el medicamento con algún hábito o actividad cotidiana: | | | | |
| SI | 36(90.0) | 26(74.2) | 10(25.8) | 0.198 |
| Pacientes que tienen algún recordatorio para tomar la medicación | | | | |
| SI | 4(10.0) | 2(5.0) | 2(5.0) | 0.165 |

El análisis bivalente evaluado respecto a la normalización de las cifras de Presión Arterial (cuadro 19), muestra que el 62.5% de mujeres tienen un mejor control, dato que podría ser estadísticamente significativo, por otra parte, de los pacientes que viven solos el 71.5% de ellos tiene un deficiente control de la PA.

Cuadro 19. Características demográficas conforme a la normalización de la PA.

| Variable | Total N=40 n(%) / x±DS | Normalización de PA N= 20 (50.0%) n(%) / x±DS | Deficiente normalización de la PA N= 20 (50.0%) n(%) / x±DS | P |
|---------------------------------------|------------------------------|--|---|-------|
| Mujeres | 24(60.0) | 15(62.5) | 9(37.5) | 0.053 |
| Edad (años) | 72.1±9.7 | 72.60±9.7 | 71.7±10.0 | 0.762 |
| IMC (kg/m ²) | 30±5.4 | 29.0±6 | 31.0±4.6 | 0.232 |
| Cintura (cm) | 106.2±11.2 | 103.75±11.9 | 108.6±10.2 | 0.175 |
| Pulso (cpm) | 74.9±14.6 | 69.8±9.8 | 80±16. | 0.026 |
| EVA con respecto a su estado de salud | 76.1±19.1 | 75.8±17.8 | 76.5±20.8 | 0.903 |
| Número de enfermedades | 2.7±1.3 | 2.8±1.0 | 2.7±1.5 | 0.712 |
| Escolaridad | 1.3±0.9 | 1.3 ±0.9 | 1.4±1 | 0.744 |
| Vive solo | 16(40.0) | 4(28.5) | 12(71.5) | 0.047 |
| Fumador | 12(30.0) | 4(33.3) | 8(66.7) | 0.168 |
| Alcohol BR | 11(27.5) | 4(36.3) | 7(63.7) | 0.521 |
| Alcohol AL | 3(7.5) | 2(66.7) | 1(33.3) | |
| Vitaminas | 4(10.0) | 1(25.0) | 3(75.0) | 0.292 |
| Herbolarios | 7(17.5) | 2(28.6) | 5(71.4) | 0.212 |

Abreviaturas: IMC: Índice de Masa Corporal, EVA: Escala Visual Analógica, cpm: conteo por minuto, BR: Bajo Riesgo, AR: Alto Riesgo.

En el caso de los antecedentes familiares de primer grado todos aquellos pacientes que tienen o tuvieron algún familiar con cáncer tuvo una mejora en el control de las cifras de PA del 81.2%, por el contrario todos aquellos que tienen o tuvieron un familiar con Diabetes Mellitus tienen menos control, no obstante de acuerdo a las patologías personales, los pacientes que tienen diabetes reportan mejor control que los que tienen obesidad, como se muestra en el cuadro 20.

Cuadro 20. Relación entre la existencia de antecedentes familiares y personales respecto a la normalización de la PA.

| Variable | Total N=40 N (%) | Normalización de PA N= 20 (50.0%) N (%) | Deficiente normalización de la PA N= 20 (50.0%) N (%) | P |
|--|---------------------------------|--|--|----------|
| Antecedentes Familiares | | | | |
| Diabetes Mellitus | 10(25.0) | 4(40.0) | 6(60.0) | 0.053 |
| Cáncer | 16(40.0) | 13(81.2) | 3(18.8) | 0.001 |
| Hipertensión | 14(35.0) | 9(64.2) | 5(35.8) | 0.185 |
| Dislipidemia | 8(20.0) | 6(75.0) | 2(25.0) | 0.114 |
| Enfermedad Cardíaca | 6(15.0) | 4(66.7) | 2(33.3) | 0.376 |
| Antecedentes Personales | | | | |
| Diabetes Mellitus | 11(27.5) | 7(63.6) | 4(36.4) | 0.288 |
| Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica | 3(7.5) | 2(66.7) | 1(33.3) | 0.548 |
| Dislipidemia | 18(45.0) | 9(50.0) | 9(50.0) | 1.000 |
| Hipotiroidismo | 3(7.5) | 2(66.7) | 1(33.3) | 0.548 |
| Hipertiroidismo | 7(17.5) | 3(42.9) | 4(57.1) | 0.677 |
| Obesidad | 22(55.0) | 9(40.9) | 13(59.1) | 0.204 |
| Cáncer | 5(12.5) | 3(60.0) | 2(40.0) | 0.633 |
| Enfermedad Cardiovascular | 6(15.0) | 3(50.0) | 3(50.0) | 1.000 |

Al analizar el control de las cifras de PA respecto a la calidad de vida (cuadro 21), no mostro datos estadísticamente significativos y es necesario resaltar que hay la misma cantidad de pacientes que se controlan respecto a la calidad de vida, que los que no se controlan, por tanto se puede considerar que es un factor poco influyente por lo menos en esta medición.

Cuadro 21. Datos de calidad de vida obtenidos mediante el Cuestionario de Salud EUROQOL-5D conforme a las cifras de normalización de la presión arterial

| Variable | Total N=40 n(%) / x±DS | Normalización de PA N= 20 (50.0%) n(%) / x±DS | Deficiente normalización de la PA N= 20 (50.0%) n(%) / x±DS | P |
|--------------------------------|------------------------------|--|---|-------|
| Movilidad: | | | | |
| Sin problema | 20(50.0) | 10(50.0) | 10(50.0) | 0.822 |
| Algunos problemas | 17(42.5) | 9(52.9) | 8(47.1) | |
| Muchos problemas | 3(7.5) | 1(33.3) | 2(66.7) | |
| Actividades Cotidianas: | | | | |
| Sin problema | 30(80.0) | 14(46.7) | 16(53.3) | 0.344 |
| Algunos problemas | 9(22.5) | 6(66.7) | 3(33.3) | |
| Muchos problemas | 1(2.5) | 0 | 1(100) | |
| Ansiedad: | | | | |
| Ausencia | 24(60.0) | 10(41.7) | 14(58.3) | 0.278 |
| Moderada | 11(27.5) | 6(54.5) | 5(45.5) | |
| Demasiada | 5(12.5) | 4(80.0) | 1(20.0) | |
| Cuidado personal: | | | | |
| Sin problema | 37(92.5) | 18(48.6) | 19(41.4) | 0.598 |
| Algunos problemas | 2(5.0) | 1(50.0) | 1(50.0) | |
| Muchos problemas | 1(2.5) | 1(100) | 0 | |
| Dolor: | | | | |
| Ausencia | 14(35.0) | 8(57.1) | 6(42.9) | 0.751 |
| Moderada | 14(35.0) | 6(42.9) | 8(57.1) | |
| Demasiada | 12(30.0) | 6(50.0) | 6(50.0) | |
| Salud último año: | | | | |
| Igual | 5(12.5) | 2(40.0) | 3(60.0) | |
| Mejor | 18(45.0) | 9(50.0) | 9(50.0) | |
| Peor | 17(42.5) | 9(52.9) | 8(47.1) | |

8. Discusión

Los primeros resultados obtenidos del estudio TRAFARHI han mostrado la definición de tendencias predictivas sobre la falta de adherencia al tratamiento.

Desafortunadamente no más del 25% de los pacientes reclutados demostraron poseer adherencia a su tratamiento antihipertensivo, lo cual desafortunadamente es un hecho esperado, ya que la ausencia de adherencia al tratamiento es un problema mundial ya declarado.

La variable sexo, indico que las mujeres tienen mejor control de las cifras de la presión arterial, pero el 75% de ellas de acuerdo al test de Morisky-Green y Haynes-Sackett demostró no ser adherente a su tratamiento antihipertensivo, de dicha situación se puede tomar en cuenta lo que menciona Brown⁸² en uno de sus artículos “el control de la Presión arterial no puede tomarse como una medición directa y relacionada sobre los datos de adherencia al tratamiento farmacológico”, esto puede ser causado por la obtención de datos tan subjetiva que obtienen los cuestionarios para conocer el grado de adherencia de los pacientes y al hecho de que exista la variable de confusión de estar siendo entrevistado. No obstante también es importante destacar que esta parte de los resultados obtenidos se contraponen con estudios como el de Egan⁸³ y Vik⁸⁴, los cuales refieren que la alta tasa de falta de adherencia al tratamiento y mayor frecuencia de complicaciones se presenta en el sexo masculino, aunque un estudio reciente realizado en Chile⁸⁵ refiere que los hombres tienden a seguir mejor las indicaciones farmacológicas que las mujeres.

Otro factor de suma importancia es la edad, ya que de acuerdo con los datos obtenidos nuestros pacientes oscilan entre los 72.1 ± 9.7 años y la mayoría de ellos padecen más de una enfermedad, lo cual puede estar sustentado con la información

que obtuvo Molina, Preval y López⁸⁶, los cuales indican que los ancianos tienden a tener más problemas para seguir la prescripción médica, ya que suelen padecer más de una enfermedad crónica por lo tanto el número de medicamentos que se le dispensan a estos pacientes es mayor que a los demás, otra variable que ha sido estudiada en diversos estudios es el efecto de la existencia del apoyo familiar y social, ya que en diversos estudios^{82, 87, 88} se ha demostrado que existe mayor adherencia en los pacientes que la poseen que los que viven solos, lo cual puede relacionarse con los datos obtenidos ya que 16 de los pacientes viven solos y el 70% de ellos no logran adherirse al tratamiento antihipertensivo.

En el caso del consumo de alcohol, menos del 50% de los pacientes consumían alcohol y los que reportaron su consumo fueron catalogados de bajo riesgo, dato que no resulto significativo, sin embargo datos similares se obtuvieron en el estudio de Byrne en 2005.⁸⁹ En el caso del tabaco el 100% de los pacientes que declararon ser fumadores tienen problemas para adherirse al tratamiento⁹⁰⁻⁹², esto puede estar asociado de acuerdo a la opinión de varios expertos en materia de salud a la existencia de conductas sobre falta de conciencia sobre el cuidado.

Por otra parte respecto a la relación de la adherencia y los antecedentes familiares los pacientes que mencionaron haber tenido un familiar de primer grado con cáncer resultaron tener un índice más alto de adherencia que el resto de las patologías y un mayor control en las cifras de la PA, esto puede ser debido a que el cáncer hasta el día de hoy es una de las enfermedades que más miedo le causa a la población y

por tanto genera un poco de conciencia, no obstante las cifras de adherencia siguen siendo inferiores.

En la evaluación de la ausencia de adherencia al tratamiento farmacológico, se conoce una serie de factores asociados directamente a esto, uno de ellos son los factores socioeconómicos, en los resultados obtenidos la mayoría de los pacientes indican considerar tener problemas económicos, sin embargo no tienen que pagar por los medicamentos que les son dispensados en la farmacia respecto a su receta médica, por tanto es una variable que no influiría en la adherencia.

En cuanto a los factores asociados con el Sistema Sanitario, 21 pacientes reciben información por parte de los farmacéuticos comunitarios, no obstante el 80% de ellos no son adherentes al tratamiento eso puede significar que la información que están proporcionando los profesionales sanitarios está siendo deficiente en esa parte de la población, ya que aún tienen dificultades para entender su terapia, por lo cual todos los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de mejorar sus estrategias para combatir con ese problema, ya que los buenos índices de comunicación han demostrado potenciar la adherencia, según los datos de Fernadez.⁹³

En el caso de los factores relacionados directamente a la enfermedad el que los pacientes posean mayor información o tengan pleno conocimiento de la hipertensión demostró ser un factor protector, esto está sustentado en varios artículos, uno de ellos es el del Tutasig.⁹⁴

Las causas relacionadas directamente con el paciente son las más atribuidas a la ausencia de adherencia, ya que es el propio paciente es el que decide no adherirse al tratamiento, siendo el olvido la más frecuente de ellas.⁹⁵

Factores asociados a la Terapia los más frecuentes se relacionan con poseer más de una patología⁸⁶ y el elevado número de tabletas que el paciente debe de ingerir diariamente para su control.⁹⁶

En el caso del análisis bivariante respecto a los índices de normalización de PA el sexo no tuvo ninguna diferencia, ni tampoco fue un dato estadísticamente significativo, no obstante respecto a los factores que se consideran predisponentes para tener Hipertensión se observaron datos predictivos, es decir, los pacientes con cifras elevadas de PA, tienen un IMC mayor a 30, por tanto se encuentran clasificados en algún grado de obesidad⁹⁷, el consumo del alcohol por su parte refirió que los pacientes que aceptaron beber alcohol obtuvieron cifras deficientes de normalización de la PA, lo cual tiene relación con lo mencionado desde 1999⁹⁸ que entre mayor consumo se tenga del alcohol existirán cifras más elevadas de la PA, se ha demostrado que el consumir tabaco puede elevar paulatinamente las cifras de PA, como se observó en los resultados del estudio.⁹⁹

9. Conclusiones.

El pilotaje de este estudio, demostró que la aplicación de métodos indirectos para la obtención de información sobre adherencia requiere la estandarización de las herramientas de trabajo para así, poder obtener resultados homogéneos, la existencia de la farmacia comunitaria en España, logró facilitar el acceso a los

pacientes para la realización de esta fase inicial, además de que logro darnos una idea respecto al problema de talla mundial que se tiene hoy en día, ya que al menos el 50% de los pacientes resulto no ser adherente a su tratamiento, así como poseer hábitos asociados a esto como son el alto consumo de alcohol, tabaco y el sedentarismo, por otra parte, en el caso de las causas y factores la más frecuente que los pacientes refirieron que les impedía cumplir con su tratamiento era el olvido, por tal motivo se debe estar consciente de que ninguna persona, ya sea paciente o profesional de salud puede actuar solo, ya que se necesita un trabajo en equipo para poder combatir este problema.

Se espera que en la culminación del proyecto los resultados de este estudio proporcionen datos situacionales que permitan la posibilidad de tomar acción estratégicamente por parte de todos los profesionales sanitarios para combatir la falta de adherencia.

10. Aspectos Éticos

El trabajo se realizó de acuerdo a las normas de Buena Practica Clínica y la Declaración de Helsinki, presentándose al comité ético para su aprobación e iniciación.

Los pacientes fueron seleccionados e incluidos siempre y cuando hayan sido informados con la hoja de Información al paciente y hayan firmado el Consentimiento Informado.

En la Hoja de Recogida de Datos no hay ningún dato identificativo de los pacientes, solo un número de folio, que será custodiado bajo llave por la Investigadora Principal.

11. Fortalezas

Este estudio es la base para poder conocer y catalogar el grado de adherencia que tienen los pacientes así como también los factores que se asocian a esto, ya que con esos conocimientos, se puede comenzar a proponer estrategias individualizadas para cada paciente y así lograr poco a poco los objetivos clínicos deseados.

Se calculó el tamaño representativo para estudiar el objetivo primario y el error aleatorio.

12. Limitaciones

La limitación principal es el tipo de estudio, ya que se hará una medición en un espacio de tiempo y población definida dentro de una farmacia comunitaria, además se cuenta con todas aquellas relacionadas con los sesgos sistemáticos, como son el sesgo de medición y que para minimizarlo son a través de una entrevista directa y se asume el sesgo de selección al ser una población demandante que acude a una Farmacia Comunitaria.

13. Perspectivas

El presente trabajo se realizó mediante una estancia en una Farmacia Comunitaria en España, lugar donde el farmacéutico trabaja de forma conjunta con los demás

profesionales de la salud y donde los pacientes los identifican como los profesionales sanitarios a la orden de la población, actualmente el proyecto se sigue llevando a cabo con la finalidad de actualizar el panorama y generar acciones que mejoren la adherencia al tratamiento en patologías crónicas, como se trabajó en este caso con la hipertensión, además de que también se espera, pueda reproducirse en México teniendo como iniciativa mejorar los bajos índices de adherencia al tratamiento en los pacientes y que poco a poco este proyecto se pueda ir extrapolando a otras patologías, logrando una mejora respecto al índice actual de adherencia al tratamiento de los pacientes en México, así como contribuir con el posicionamiento del profesional farmacéutico, por el cual muchos profesionales en México se han esforzado por defender, evidenciando los beneficios que se le otorgarían a la población desde esta trinchera dentro del equipo de la salud.

Como se mencionó antes la hipertensión es el padecimiento de mayor demanda en la atención primaria a nivel mundial y en México del 60%¹⁰⁰ de los pacientes que conocen su enfermedad, solo la mitad suelen estar controlados.

Por tanto el conocer el panorama actual por el que atraviesa México a través de la replicación de este trabajo puede ser una gran oportunidad para que el farmacéutico muestre otra más de sus fortalezas que contribuirían con la mejora del bienestar de la población a nivel de la Farmacia Comunitaria, ya que una vez establecido el farmacéutico como profesional sanitario, se podrán implementar de manera general y obligatoria los servicios farmacéuticos, proponiéndolos e implementándolos

basados en el funcionamiento operativo de cada una de las farmacias, junto con un plan de capacitación constante, con el fin de dar una atención personalizada a los pacientes que contribuirá con la mejora del canal de comunicación respecto a la ingesta de medicamentos.

Los servicios farmacéuticos una vez implementados pueden lograr que se genere cierto grado de conciencia por parte del paciente y que así al menos su grado de adherencia sea mayor.

Sin embargo para poder estar monitoreando las mejoras en cuanto a la medicación se puede hacer uno de métodos indirectos, para así tener datos situacionales en cuanto a la toma de medicación y la efectividad de la atención personalizada otorgada por los farmacéuticos.

Es importante recalcar y hacer hincapié que existen farmacéuticos del área comunitaria en México que hasta el día de hoy no han parado con la finalidad de que el área crezca y tenga sus frutos, por tal motivo dicho lo anterior, pueden servir para complementar las acciones que ellos han realizado con anterioridad para así valorar al paciente de una manera completa y sin olvidar la adherencia que es un factor crucial para que existan resultados favorables en el paciente.

14. Referencias Bibliográficas.

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y control de las

- enfermedades crónicas. Washington, DC: OPS. 2007 [internet; consultado 3 Oct 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1xHGI1G>.
2. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. MINSAP. Cuba. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
 3. Miguel Soca Pedro Enrique, Sarmiento Teruel Yamilé. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. ACIMED [Internet]. 2009 Sep [citado 2019 Jul 24]; 20(3): 92-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007&lng=es.
 4. Díaz Ramos, D Intervención educativa para el control de la Hipertensión Arterial. Consultorio 111. Matanzas [Tesis de especialización]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2015.
 5. Sociedad Española de Hipertensión Arterial. Guía española de Hipertensión Arterial [Internet]; 2005 [citado 18 Ago 2019]. Disponible en: <http://www.sehlehha.org/guiahta05.htm>
 6. D Cabral, R Silva, F Assis Costa, S Joany Felizardo, et. al., Mejora del control de la presión arterial en pacientes con hipertensión pseudorresistente Un ensayo piloto aleatorizado, África, Farmacia y Farmacología, 2019;13(1):1-5.
 7. M. Burnier. Drug adherence in hypertension. Elsevier. 2017; 125(B):142-149.
 8. GK Lee, HH Wang, KQ Liu, Y. Cheung, DE Morisky, MC Wong. Determinantes de la adherencia a los medicamentos antihipertensivos en

- una población china utilizando la Escala de Adherencia de Medicamentos de Morisky. PLoS One , 8 (2013) , p. e62775
9. M. Yassine. Evaluación de la adherencia a la medicación en pacientes hipertensos libaneses. Revista de Epidemiología y Salud Global.2016; 6(3): 157-167.
 10. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Ibarra Barrueta, Olatz. y Morillo Verdugo, Ramón. 2017. Badalona: Euromedice Vivactis.
 11. Cordier JF, Cottin V. Orphan lung diseases from definition to organization of care. In: Cottin V, Cordier JF, Richeldi L, editors. Orphan lung diseases: a clinical guide to rare lung disease. London, Springer-Verlag; 2015. p. 1-3
 12. Neus Pagès-Puigdemont. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018; 59(3): 163-172
 13. S. Tanna, G. Lawson. Medication Adherence. Analytical Chemistry for Assessing Medication Adherence. Elsevier, (2016), pp. 1-21.
 14. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL, Patient compliance with antihypertensive regimens. Patient Couns Health Educ. 1978 1stQuart; 1(1):18-21. PubMed PMID: 10238880.
 15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of and self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74 PubMed PMID: 3945130
 16. O. Mejía-Rodríguez, R. Paniagua-Sierra, M. Valencia-Ortiz, et al. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. Salud pública Méx., 51 (4) (2009), pp. 291-297.

17. M. Krousel-Wood, C. Joyce, E. Holt, P. Muntner, LS Webber, DE Morisky, et al.
18. Predictores de disminución en la adherencia a la medicación: resultados del estudio de cohorte de adherencia a la medicación en adultos mayores con Hipertensión, 58 (2011), pp. 804 - 810.
19. WW Li, CT Kuo, SL Hwang, HT Hsu. Factores relacionados con el incumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión en Taiwán. J Clin Nurs, 21 (2012), pp. 1816 – 1824.
20. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100).
21. Martín Alfonso L. Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 Sep [citado 27 Jul 2011];29(3):275-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es
- López, R. (2019). Etiología y riesgos de la hipertensión. [online] Elsevier.es. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etilogia-riesgos-hipertension-13021228> [Accessed 18 Aug. 2019].
22. Valero R., García Soriano A. Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Feb [citado 2019 Ago

- 18];(15).Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100012&lng=es
23. Neaton JD, Grimm RH, Pirineas RJ, Stamler G, Grandits GA, Elmer PJ, et al. Treatment of Mild hypertension Study (THOMS). JAMA 1993; 270: 713-724.
24. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365(9455):217-23.
25. Ine.es. (2019). Defunciones según la Causa de muerte. [online] Available at: https://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf [Accessed 17 Aug. 2019].
26. ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEITUNO NIETO, Pilar, PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, AYALA GARCÍA, Alba y PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio (2019). “Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p. [Fecha de publicación: 06/03/2019]. <
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>>
27. Tagle, R. (2018). DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. [online] Elsevier. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-S0716864018300099> [Accessed 19 Aug. 2019].
28. Ministerio de Sanidad. Patrones de la mortalidad en España. 2017.

29. Williams, B., AMancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Coca, A. and Rendon, J. (2018). Guía ESC/ERS 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. *European Hearth Journal*, (1), pp.3-63
30. Coca A, Bertomeu V, Dalfo A, Esmatjes E, Guillen F, Guerrero L, et. al. [Blood pressure selfmeasurement: Spanish conseus document] *Nefrologia*.2007;27(2):139-53. Spanish PubMed PMID: 17564558.
31. Parati G, Pickering TG, Home Blood-pressure monitoring: US and European Conseus. *Lancet*. 2009 Mar 14; 373 (9667): 876-8. Pub Med PMID: 19286071 doi: 10.1016 / S0140-6736 (09) 60526-2
32. Gijón T, Banegas JR. [Ambulatory blood pressure monitoring for hypertension diagnosis?]. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2017 Jan;34 Suppl 1:4-9. PMID: 29703401. Doi: 10.1016/S1889-1837(18)30056-4.
33. Ascarica.org. (2014). Medidas domiciliarias de presión arterial. Documento de consenso. SEH-LELHA 2014. [online] Available at: <http://www.ascarica.org/es/wpcontent/uploads/2015/02/10.1016@j.hipert.2014.10.001.pdf> [Accessed 19 Aug. 2019].
34. Divison JA, Lozano Vidal JV. Automedida de la presión arterial. En: Grupos de trabajo en Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Hipertensión Arterial-Liga Española ~ para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid: Editorial Gráficas, 2003.94.
35. Sánchez Ramiro A, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2010 [citado 2019 Ago 19];29(1):117-144. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es.

36. Sefh.es. (2018). Terapéutica en enfermedades Cardiovasculares. [online] Available at: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manualresidentefh/VU2_98_Capitulo_3_09.pdf [Accessed 19 Aug. 2019].
37. Insuficienciacardiaca.org. (2011). Clasificación actual de la hipertensión pulmonar. [online] Available at: http://www.insuficienciacardiaca.org/pdf/1_vol6_11/30_Clasificacion_actual_de_la_HTP-Dra.Naval.pdf [Accessed 19 Aug. 2019].
38. Messerli, F.H, Williams, B, Ritz, E. Essential hypertension. Lancet. 2007 Aug 18;370(9587): 591-603.
39. Santamaría, R, Gorostid, M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. Nefroplus. 2015;7(1): 11-21.
40. Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Abr [citado 2019 Ago 22]; 11(26): 344-353. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>
41. M. de la Figuera. Mecanismos etiopatogenicos de la hipertensión arterial esencial. Med Clin Cursos. (Barc). 2010;2(1):1-5. ISSN:2113-0325.

42. Gamboa A Raúl. Fisiología de la Hipertensión Arterial esencial. Acta Med. peruana [Internet]. 2006 Mayo [citado 2019 Ago 22];23(2): 76-82. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200006&lng=es.
43. Flores, I. HIPERTENSIÓN EN NEGROS. Revista Médica Sinergia. 2016;1 (3):14-17.
44. Hilal-Dandan R, Brunton LL, editors. Goodman & Gilman. Manual de farmacología y terapéutica (2a. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2015.
45. Benedí, J, Romero, C. Antihipertensivos. ELSEVIER 2005;19(9):58-63.
46. Nieves Martell, C. Mecanismo de acción de las distintas familias de antihipertensivos. En: et al. (eds.) Diabetes Práctica. Badalona: EUROMEDICE, Ediciones Médicas;2016. p. 23-28.
47. Aouam K, Berdeaux A. [Dihydropyridines from de first to the fourth generation: Better effects and safety]. Therapie.2003 Jul-Ago;58(4):333-9.Review.French. PubMed PMID: 14679672.
48. Sosa-Rosado José Manuel. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An. Fac. Med. [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Ago 25]; 71(4): 241-244. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400006&lng=es.

49. Soto, JR TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Rev Med CLC. 2018;29(1):61-68.
50. Comité de expertos de la OMS: Consecuencias del tabaco para la salud, Serie de Formes Técnicos, n° 568, OMS, Ginebra, 1974.
51. CUESTA, U., GASPAS, S. y UGARTE, A. (2012). Comunicación y Salud. Estrategias y experiencias en prevención, promoción y educación para la salud. Madrid: Fragua, 110-115.
52. Lasagna L. Fault and default. N Engl J Med. 1973 Aug 2;289(5):267-8. PubMed PMID: 4713768.
53. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension: Lancet 1976;Jun12;1(7972):1265-1268. PMID:73694.
54. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for actions. Geneva: World Health Organization;2004. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ [Consultado el 26 de agosto de 2019].
55. Haynes RB. The teaching of patient education concepts on therapeutic compliance to medical students. Bull N Y Acad Med. 1985;61(2):1233-1234. PubMed PMID:3857084
56. Blackwell B. Treatment adherence. Br J Psychiatry. 1976;129:513-531. PubMed PMID:793670

57. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. From compliance to concordance: towards shared goals in medicine taking. London: Royal Pharmaceutical Society 1997.
58. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. Value Health. 2008;11(1):44-47. Pub Med PMID: 18237359.
59. Gil VF, Belda J, Piñeiro F, Pascual R, Orozco D, Merino J. El incumplimiento en la práctica clínica: toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Med Clin (Barc) 2001;116:77-86.
60. Peralta, ML y col. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. 2008;17(3):84-88.
61. Svarstad BL, Moncada L, Defey D. Comprensión de la no adherencia desde el interior: motivaciones de los pacientes hipertensos para adherirse y no adherirse. Qual Health Res. 2017 junio; 27 (7): 1023-1034. doi: 10.1177 / 1049732316652529. Epub 2016 9 de junio.
62. Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases, E, Pérez A. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. Aten Primaria: 1984; 1: 185-191.
63. Márquez Contreras E, Gil Guillen VF. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. En: De la Figuera M, Diogene E, Brotons C, editores. Hipertensión arterial en Atención Primaria. Evidencia y Práctica Clínica. Badalona: Euromedicine, 2007:(2)265-313.
64. Márquez Contreras E. Evaluación práctica del incumplimiento. Hipertensión 2008;25:205-213.

65. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E, Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Terapéutico mediante el método Dáder. *Pharmaceutical Care España*. 2006;8(2):62-68.
66. Charles H, Good CB, Hanusa BH, et al. Racial differences in adherence to cardiac medications. *J Natl Med Assoc*. 2003;95(1):17-27 PubMed PMCID: PMC2594358
67. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity and patient adherence. A meta-analysis. *Med Care* 2007;4:521-8.
68. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001;135(9):825-834. Review. PubMed PMID: 11694107.
69. Ceitlin J. Clinical Inertia: Other face of therapeutic fail. *Evid actual. Pract. Ambul.* 2003;6(4):98-100.
70. Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS, Kelleher M, Majumdar SR, Reed G, Black R. Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am J Manag Care*. 2004;10(7):481-486. Pub Med PMID:15298234.
71. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*. 2006;47(3):345-351. PubMed PMID: 1643204.
72. O'Connor PJ, Sperl – Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical inertia and outpatient medical errors. 2005. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en:

<http://www.ahrq.gov/download/pub/advances/vol2/OConnor.pdf> .

[consultado el 01 de septiembre de 2019].

73. Prats Mas, R, García Zaragoza, E, Gil Girbau, M, Murillo Fernández, MD, Vázquez Valcuende, J. DISPENSACIÓN, ADHERENCIA Y USO ADECUADO DEL TRATAMIENTO. Barcelona : EDITTEC Tecnología y Ediciones del Conocimiento, SL; 2017
74. Rodríguez Chamorro MA, Pérez Merino EM, García Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Martínez Martínez F, Faus Dáder MJ. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp. 2014;16(3):110-120.
75. Gastelurrutia MA, EL ROL DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN SALUD PÚBLICA. (EL CASO DEL FARMACÉUTICO ANTE LAS TOXICOMANÍAS). Farmacéuticos Comunitarios 2012; 4(2): 78-83
76. Sabater-Hernández D, de la Sierra A, Bellver-Monzó O, Divisón JA, Gorostidi M, Perseguer-Torroza Z, Segura J, Tous S. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso. FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS 2011; 3(2): 69-83
77. Guerra Guerrero VT, Díaz Mujica AE, Vidal Albornoz K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enferme. 2010; 26(2): 1-5.

78. Formiguera X. Circunferencia de la cintura y riesgo cardiovascular en población española. *Clin Invest Aterioscl* 2007; 19:90-100.
79. L. Hart, C.L. Craig, J.M. Griffiths, C. Cameron, R.E. Andersen, A. Bauman, et al. Markers of sedentarism: The joint Canada/U.S. Survey of Health. *Am J Prev Med*, 8 (2011), pp. 361-371
80. Crespo-Salgado, J., Delgado-Martín, J., Blanco-Iglesias, O. and Aldecoa-Landesa, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria*, 47(3), pp.175-183.
81. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. [The spanish versión of EuroQol: a Description and its applications. European Quality of life Scale]. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112 Suppl1:79-85. Review. Spanish. Pub-Med PMID: 10618804.
82. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin. Proc.* 2011;86(4):304-14. <http://doi.org/d4j5tp>
83. Egan BM, Lacckland DT y Cutler NE. Awareness, knowledge, and attitudes of older americans about high blood pressure: Implications for health policy, education, and research. *Archives of Internal Medicine*. 2003; 163: 681-87.
84. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. Measurements, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacotherapy*. 2004;38:303-12.

85. Mena Díaz FC., Nazar G., Mendoza Parra S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23(2): 67-78. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.5.
86. Molina DMD., Preval YH., López MLM. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Revista Cubana.* 2014; 48(4): 4.
87. Molloy GJ, Perkins-Porras L, Bhattacharyya MR, Strike PC, Steptoe A. El apoyo práctico predice la adherencia a los medicamentos y la asistencia a la rehabilitación cardíaca después del síndrome coronario agudo. *J Psychosom Res.* 2008; 65 (6): 581-586.
88. Coca A. Control de la hipertensión arterial en atención primaria en España: resultados del estudio controles. *Hipertensión.* 2005; 22: 5-14.
89. M. Byrne, J. Walsh, A.W. Murphy. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *J Psychosom Res*, 58 (2005), pp. 403-415.
90. Rodríguez Perón JM, Mora SR , Acosta Cabrera E, Menéndez López JR. Repercusión negativa del tabaquismo en la evolución clínica de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. *Rev Cubana Med Milit.* [serie en Internet]. 2004 Abr-Jun [citado 21 Dic 2009];33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200004&lng=es
91. Rodríguez Ramos JF, Boffill Corrales A, Fernández Montequin ZC, Herrera García A, Conchado Martínez JH. Factores de riesgo de las urgencias

- hipertensivas: policlínico “Raúl Sánchez”, 2008. Rev Cienc Méd Pinar Río. [serie en Internet]. 2009 Jun [citado 24 Dic 2009];13(2). Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm13-2/rev-fcm13-2-4.htm>
92. Alfonso Godoy Karina, Achiong Estupiñan Fernando, Achiong Alemañy Mercy, Achiong Alemañy Fernando, Fernández Alfonso Jana, Delgado Pérez Lenia. Factores asociados al hipertenso no controlado. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Dic 29] ; 33(3): 278-285. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300004&lng=es.
93. Fernández C. La Adhesión a los Tratamientos Terapéuticos [En línea]. Iber psicología: Revista electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología; ISSN 1579- 4113. 1996; 1(1). [Consultado 02 mayo 2009]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=301251>
94. Tutasig C., Del Consuelo L. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo marzo del 2011 [tesis de pregrado para la obtención de título en internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2013 [citada 2017 Ago 01]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3154>
95. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de

- futuro. Rev Clin Esp [Internet]. 2014;214(6):336–44. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271>
96. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. Front Pharmacol [Internet]. 2013;4(91). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722478/>
97. C. Maicas Bellido, E. Lázaro Fernández, J. Alcalá López, P. Hernández Simón y L. Rodríguez Padial Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Monocardio; 2003 (3). 141-160
98. Rayo Llerena I, Marín Huera E: Vino y corazón. Rev Esp Cardiol 1999; 52(4): 228-85
99. Lecerof H, Bornmyr S, Lilja B, De Pedis G, Hulthén UL: Acute effects of doxazosin and atenolol on smoking-induced peripheral vasoconstriction in hypertensive habitual smokers. J Hypertens 1990; 8 Supl.: S29-33.
100. Apps.who.int. 2020. [online] Available at:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=8B18FB3C68EFA7A9D6D4A2DB5F77A0E0?sequence=1> [Accessed 11 November 2019].

15. Anexos

ANEXO 1. Solicitud de Evaluación del Proyecto de Investigación.



Departamento de Elda

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA
Ctra. Elda-Sax, s/n 03600-Elda http://www.elda.san.gva.es
Tfno 96 696 9019 Fax: 96 697 5148 Email: ceic_elda@gva.es

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE OTROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Registro del CEIm de Elda:
Fecha: 05 de Agosto de 2019

| | |
|--|-----------|
| C. E. I. M. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA | |
| REGISTRO DE ENTRADA | |
| Numero | 110 |
| Fecha | 7/08/2019 |

Solicitante que firma: Estefania Monserrat Morales Estañón

Pasaporte: G33437297

Cargo: Becario de Investigación Servicio: FES Zaragoza Centro: UNAM
Con domicilio en:
Telefono: Fax: e-mail:

En calidad de: investigador Colaborador

EXPONE:

1. Que deseando sea evaluado en sus aspectos éticos el estudio de las siguientes características:

A realizar en un centro: Farmacia Comunitaria del tipo: proyecto de investigación
Al objeto de: Entidad beca/ayuda:
Título: Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos en una Farmacia Comunitaria.
Código de proyecto: TRAFARHI
Cuyo Investigador coordinador es (si antes no se ha citado): Dra. M. Mercedes Rizo Baeza
Cargo: Profesora Titular Universidad Servicio: Facultad de Ciencias de la Salud Centro: Universidad Alicante

2. Que será realizado junto a los siguientes colaboradores de este centro (primero el investigador principal -IP- en este centro, si antes no se ha citado):

Nombre: Dr. Ernesto Cortés Castell Cargo: Profesor titular Universidad Servicio: Facultad de Medicina UMH
Nombre: Dr. Vicente Gil Guillén Cargo: Catedrático Universidad Servicio: Facultad de Medicina UMH
Nombre: Dra. Zeneida Perseguer Torregrosa Cargo: Farmacéutica titular Servicio: Farmacia Zeneida Perseguer (Petrer)
Nombre: Estefania Monserrat Morales Estañón Cargo: Becario de Investigación Servicio: FES Zaragoza UNAM
Nombre: Avelino Pereira Exposito Cargo: Unidad de Investigación Servicio: Hospital Regional Universitario Elda

En caso de estudio multicéntrico: se adjunta hoja con relación de investigadores principales, (nombre, cargo, servicio, centro, dirección, teléfono, fax, e-mail).

3. OBSERVACIONES:

4. Que el estudio se realizará tal y como se ha planteado y finalmente sea aprobado por el CEIm del Hospital General Universitario de Elda, respetando la normativa legal y los postulados éticos internacionalmente aceptados, conforme a la Declaración de Helsinki de la WMA y las Normas de Buena Práctica Clínica de la Unión Europea. Por lo expuesto,

SOLICITA:

Sea evaluado por el CEIm del Hospital General Universitario de Elda, para lo cual aporta la documentación requerida en sus Procedimientos Normalizados de Trabajo, y cuya relación se adjunta en hoja firmada.

En Elda a de 5 de Agosto de 2019

Fdo

ANEXO 2. Primer dictamen de evaluación del Proyecto de Investigación emitido por el comité de ética.



Departamento de Eida

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA
Ctra Elda-Sax s/n 03800-Elda http://www.elda-san.gva.es
Tfno 96 698 9019 Fax 96 697 5148 email cecr_elda@gva.es

DICTAMEN SOBRE ADECUACIÓN ÉTICA PARA OTROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Dr. D. Alejandro Lizaur Utrilla
Presidente del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Elda.

CERTIFICA:

Que en relación al protocolo de investigación siguiente:

Título:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UNA FARMACIA COMUNITARIA

Investigador principal: Dña. Mercedes Rizo Baeza

De la: Universidad de Alicante.

Este Comité, en su reunión de fecha 30/09/2019, tras la evaluación realizada en sus aspectos generales y éticos, y tomando en consideración las siguientes cuestiones:

1. Cuestiones relacionadas con la adecuación a los postulados éticos, y específicamente los relativos a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y las Normas de Buena Práctica Clínica de la Unión Europea.
2. Cuestiones relacionadas con el procedimiento de información y obtención del consentimiento informado y el plan de reclutamiento.
3. Cuestiones relacionadas con los aspectos generales (pertinencia, científicos, metodológicos, éticos y documentación anexa)
4. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y de sus colaboradores
5. Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
6. Cuestiones relacionadas con los aspectos económicos.

Este CEIm solicita las ACLARACIONES que se listan a continuación:

- El investigador principal es personal investigador de la Universidad de Alicante pero los datos los recoge una becaria. El comité solicita al Investigador principal se aclare la vinculación de la becaria con la Universidad
- En el protocolo hay que cambiar el "término" tableta por el de "comprimido"
- El investigador principal deberá designar el lugar discreto de la farmacia donde se hace la entrevista al paciente
- El investigador principal deberá indicar si únicamente se va a hacer una entrevista al paciente o más.
- En el caso de no adherencia, el comité pregunta si ¿se ha contemplado un plan para mejorar la misma?

SE POSPONE LA DECISION a la proxima reunión a expensas de que el Investigador principal aclare los aspectos locales que se relacionan. Para ello el Investigador Principal deberá presentar una segunda versión del protocolo en donde se aclaren los aspectos locales que se relacionan

Se recuerda a la investigadora principal la posibilidad de contacto y asesoramiento por la Unidad de Investigación del Hospital General Universitario de Elda (Dr. D. Vicente Gil)

Por tanto, se pospone el dictamen final hasta la recepción de la respuesta a las ACLARACIONES solicitadas.
Tiene hasta el día 18 de octubre de 2019 para enviarnos sus modificaciones.

Lo que firmo en Elda a 30 de septiembre de 2019


C.E.I.M.

Fdo., El presidente
Dr. D. Alejandro Lizaur Utrilla.

ANEXO 3. Dictamen final emitido por el Comité de Ética.



Departamento de Elda

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA
Ctra. Elda-Sax, s/n. 03600-Elda. <http://www.elda.san.gva.es>
Tfno: 96 698 9019 Fax: 96 697 5148. email: ceic_helda@gva.es

Comité de Valoración Institucional del Hospital General Universitario de Elda
Institutional Review Board of Elda General University Hospital

| | |
|---------------|------------|
| Fecha Date | 28/10/2019 |
|---------------|------------|

| | |
|--|----------|
| Número Protocolo Estudio Clínico Clinical Study Protocol Number | TRAFARHI |
|--|----------|

| | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Investigador Principal Principal Investigator | Dña. Mercedes Rizo Baeza | Departamento Department | Universidad de Alicante. |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|

| | |
|--------------------------------------|--|
| Título del Proyecto Project Title | ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UNA FARMACIA COMUNITARIA. ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS WHO ATTEND A COMMUNITY PHARMACY. |
|--------------------------------------|--|

CERTIFICA /CERTIFIES

Que el estudio arriba indicado, habiendo completado satisfactoriamente todos los requerimientos impuestos por las autoridades de este País, incluyendo los de la Declaración de Helsinki (AMM, 2008) y las Normas de Buena Práctica Clínica de la Unión Europea,

That the above study, having successfully completed all the requirements imposed by the authorities of this Country, including those of the Declaration of Helsinki (WMA, 2008) and Norms of Good Clinical Practice of the European Union,

fue **APROBADO** por este CEIm
was **APPROVED** by this IRB

| | |
|-------------------------|------------|
| en (fecha) on (date) | 28/10/2019 |
|-------------------------|------------|

| | |
|--|------------|
| y efectivo hasta (fecha) and effective until (date) | 31/10/2021 |
|--|------------|




Dr. Alejandro Lizaur Utrilla.
Presidente [President]
CEIm Hospital G. U. Elda [IRB Elda G. U. Hospital]

ANEXO 4. Cuadernillo de Recogida de Datos.

Adherencia al tratamiento farmacológico
en pacientes hipertensos que acuden a una Farmacia Comunitaria.

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| FOLIO _____ | | Fecha de la visita: ___/___/___. | | | |
| Criterios de Inclusión | | | | | |
| 1. Edad de ambos sexos mayores de 18 años | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | | | |
| 2. Pacientes hipertensos que acude a retirar la medicación de la FC | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | | | |
| Criterios de Exclusión | | | | | |
| 1. Paciente no firma consentimiento Informado | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | | | |
| 2. Pacientes con problemas psiquiátricos, incapacitantes o demencia | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | | | |
| 3. Mujeres embarazadas o lactantes | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | | | |
| 4. Pacientes que no sean del departamento de Elda | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | | | |
| Datos Antropométricos | | | | | |
| Edad: _____ sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático | | | | | |
| Lugar de Residencia: <input type="checkbox"/> Elda <input type="checkbox"/> Petre <input type="checkbox"/> otro Peso: ___ kg Talla: ___ cm IMC: ___ Per. Abd: ___ cm | | | | | |
| Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Inválidez <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Ama(o) de casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones en el último año _____ | | | | | |
| Antec. Familiares de 1er grado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Enf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ | | | | | |
| Antecedentes Personales otras Patologías <input type="checkbox"/> Hipertensión Años evol. _____ # de enfermedades: _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ | | | | | |
| Antecedentes de enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Infarto Miocárdico <input type="checkbox"/> Nefropatía/ Insuf. Renal | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia ventr. izq <input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica/ANGOR <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Accidente isquémico transitorio | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía Periférica <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Retinopatía Hipertensiva grado III-IV <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ | | | | | |
| Cuestiones personales. | | Escolaridad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Básicos <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitario | | | |
| | | Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado | | | |
| Actualmente vive con: | <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padres y Hermanos <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Solo Padre <input type="checkbox"/> Abuelos u otro familiar | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Esposa (o) <input type="checkbox"/> Esposa(o) e Hijos <input type="checkbox"/> Solo hijos <input type="checkbox"/> Cuidador | | | | |
| Trat. Altern. | <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Suplementos <input type="checkbox"/> Herbolarios <input type="checkbox"/> Homeopático | | ¿Cuál? _____ | | |
| Habitos: | <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Exfumador > 5años <input type="checkbox"/> Exfumador < 5años <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol ¿Qué bebidas consume? _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Actividad Física | ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/> baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa | | <input type="checkbox"/> BR <input type="checkbox"/> AR | | |
| PRESIÓN ARTERIAL ¿Tómo medicación hoy para la hipertensión? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿A qué hora? _____ | | | | | |
| Medida | PAS | PAD | PULSO | HORA | La toma de las cifras de tensión arterial, deben de tomarse con 1 minuto de diferencia, sentados y relajados |
| 1° | | | | | |
| 2° | | | | | |
| 3° | | | | | |
| Cuestionario de Salud EUROQOL-ED (EQ-ED) | | | | | |
| Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy | | | | | |
| Movilidad | <input type="checkbox"/> No tengo problemas para caminar <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas <input type="checkbox"/> Tengo que estar en cama | | Cuidado personal | <input type="checkbox"/> No tengo problemas <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme <input type="checkbox"/> Soy incapaz de lavarme o vestirme | |
| Actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> No tengo problemas <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas <input type="checkbox"/> Soy incapaz de realizarlas | | Dolor/ Malestar | <input type="checkbox"/> No tengo dolor ni malestar <input type="checkbox"/> Tengo moderado dolor o malestar <input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor o malestar | |
| Ansiedad/ Depresión | <input type="checkbox"/> No estoy ansioso ni deprimido <input type="checkbox"/> Estoy moderadamente ansioso o deprimido <input type="checkbox"/> Estoy muy ansioso o deprimido | | Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: | <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Peor | |
| Por favor dibuje un punto en la escala que, en su opinión, nos indique lo bueno o malo de su estado de salud hoy | | | | | |
| | | | | | |

**Adherencia al tratamiento farmacológico
en pacientes hipertensos que acuden a una Farmacia Comunitaria.**

| Test de Haynes-Sackett | | |
|--|--|--|
| ¿Tiene dificultad para tomar los medicamentos para su hipertensión? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Cómo toma los medicamentos para la hipertensión? | <input type="checkbox"/> Todos los | <input type="checkbox"/> Muchos días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Pocos días <input type="checkbox"/> Rara vez |
| Test de Morisky-Green | | |
| ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su enfermedad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina para su enfermedad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicación sin decirselo a su medico porque se sentía peor al tomarla? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Cuándo viaja o esta fuera del hogar, se le olvida llevar la medicina para su enfermedad alguna vez? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Tomó la medicina para su enfermedad ayer? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Cuando siente que su enfermedad esta bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tomar medicamentos cada dia puede ser un problema para muchas personas ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su enfermedad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Puntaje <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Adherencia | |
| Factores asociados a la Falta de Adherencia | | |
| Factores socioeconómicos | Factores asociados al paciente/Valoración de causas | |
| ¿Usted tiene problemas económicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Usted sabe que la comprimido para la hipertensión se toma todos los días? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Factores asociados al Sistema Sanitario Del 1 al 10 ¿Cuál es el grado de satisfacción que siente con sus profesionales sanitarios?  Poca satisfacción Mucha satisfacción | ¿Por qué? ¿Usted está de acuerdo en que el medicamento para la hipertensión arterial se tomó todos los días? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué? | |
| ¿Su médico le da suficiente información sobre sus medicamentos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Mejoría de la enfermedad <input type="checkbox"/> Excesiva medicación <input type="checkbox"/> Efecto secundario <input type="checkbox"/> Actividades diarias numerosas <input type="checkbox"/> Decremento del deseo o potencia <input type="checkbox"/> Baja motivación <input type="checkbox"/> Olvido <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> ¿Le cuesta trabajo entender las indicaciones sobre la toma de su medicamento? <input type="checkbox"/> ¿Le da desconfianza su tratamiento? <input type="checkbox"/> ¿Falta a sus citas programadas? <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? | |
| ¿Por qué? ¿Quién le da más información sobre su tratamiento? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otro <small>¿Quién?</small> | Estrategias al paciente | |
| Factores asociados a la enfermedad Test de batalla | ¿Cuándo usted va al control de la presión arterial, los profesionales le dan información e instrucciones claras? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces | |
| ¿Es la Hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Los profesionales sanitarios le dan información por escrito? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces | |
| ¿Se puede controlar con dieta y medicación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Asocia tomar el medicamento para la Hipertensión arterial a algún hábito cotidiano, como lavarse los dientes o tomar café? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces | |
| Cite 2 o mas organos que pueden dañarse por tener la presión elevada? ¿Qué síntomas tiene cuando le sube la presión arterial? <input type="checkbox"/> Asintomático | ¿Utiliza algún recordatorio para tomar la medicación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces | |
| | ¿Sus profesionales sanitarios le facilitan la consulta médica para el control de su Hipertensión? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces | |
| Factores asociados a la terapia | | |
| ¿Usted cuantas tabletas toma al día y para que enfermedades? Enfermedad # de tabletas Tiempo de admin. Diaria | ¿Usted cuantas tabletas toma al día y para que enfermedades? Enfermedad # de tabletas Tiempo de admin. Diaria | ¿Ha tenido alguna mala experiencia con su tratamiento antihipertensivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ¿Alguno de estos medicamentos le ha causado algun Evento Adverso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

ANEXO 5. Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Yo, _____
(nombre y apellidos)

declaro libre y voluntariamente que acepto participar en este estudio. Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme del estudio en el momento que lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que recibo como paciente no se verá afectada. Confirmando que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que he deseado sobre el estudio y haber quedado satisfecho(a) con las respuestas y explicaciones que se me han proporcionado.

Además comprendo que mi participación en el estudio no conlleva ningún perjuicio para mi salud y he sido informado de que mis datos serán protegidos y que los resultados de mi evaluación personal serán estrictamente confidenciales.

Tomando esto en consideración, OTORGO libremente mi CONSENTIMIENTO para participar en el estudio y que mis datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

Firma del participante del estudio

Fecha: ___/___/___
dd / mm / aa

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Estimado paciente nos dirigimos a usted para invitarlo a participar en un estudio donde se requiere la participación de 480 pacientes que como usted acuden a la farmacia a retirar la medicación hipotensora o solicita la toma de las cifras de la presión arterial siendo paciente hipertenso. El farmacéutico a cargo ha determinado que usted cuenta con todos los requisitos para poder participar, para ello es necesario proporcionarle la información necesaria para que usted pueda evaluar y decidir si quiere participar o no.

Por favor, lea detenidamente esta hoja informativa con atención y no dude en consultar al farmacéutico que le atiende para cualquier duda acerca del documento o el estudio.

Participación en el estudio.

Debe de saber que su participación en el estudio es totalmente voluntaria, que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso sea propicio para prejuicios o que afecte la atención farmacéutica que le dan habitualmente.

Objetivo y descripción del estudio.

La hipertensión arterial es una enfermedad caracterizada por la ausencia de síntomas y que al paso del tiempo va perjudicando otros órganos como corazón, ojos, riñones o cerebro y desafortunadamente en el mundo actual la mayoría de las personas la padecen. Por tanto el objetivo del estudio es conocer la relación que usted como paciente vive día a día con su tratamiento y por ende conocer el

control de sus cifras de presión arterial y su riesgo cardiovascular.

Procedimiento del estudio.

Su participación en este estudio consiste en una única visita a la farmacia, donde se le realizaran una serie de preguntas relacionadas con su hipertensión, además de medir su altura, peso, perímetro abdominal y las cifras de su presión arterial. Posteriormente se le realizara un test de calidad de vida y 2 test más para finalizar el estudio.

Beneficios y riesgos por participar en el estudio de los pacientes.

Se espera que con este estudio el paciente se beneficie conociendo los factores que influyen en el control de la presión arterial y su riesgo cardiovascular para poder prevenir futuras complicaciones. Este estudio no aplica ningún riesgo adicional para el paciente.

Confidencialidad.

La información personal obtenida por medio del cuestionario no aparecerá en ninguna información o publicación que se genere del estudio. Los datos recogidos para el estudio serán identificados mediante las iniciales y un número por lo que solamente la farmacéutica podrá relacionar dichos datos con usted.

Estos datos se manejaran de acuerdo con la ley orgánica de Protección de datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de diciembre, teniendo usted los derechos que la citada ley le reconoce de acceso, modificación, cancelación y oposición de los datos para lo cual deberá dirigirse a su farmacéutica del estudio.