

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO**  
**“FRANKLIN ROOSEVELT”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICA**



**ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS QUE  
FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**

**TESIS**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**QUÍMICO FARMACÉUTICO**

**Presentado por:**

**Curilla Huamán Rossy Elizabeth**

**Chipana Arenas Víctor Jaime**

**HUANCAYO - PERÚ**

**JUNIO 2017**

**ASESORA**

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

**JURADOS**

**PRESIDENTE:**

XXXXXXXXXX

**MIEMBRO SECRETARIA:**

XXXXXXXXXX

**MIEMBRO VOCAL:**

XXXXXXXXXX

**MIEMBRO SUPLENTE:**

XXXXXXXXXX

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación está dedicado a nuestros queridos padres por todo su apoyo incondicional, amor y tiempo brindando durante toda nuestra vida.

A nuestra querida Asesora por el apoyo brindado a fin de presentar el trabajo de investigación que nos permitirá obtener el Título Profesional de Químico Farmacéutico.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por su amor y misericordia en nuestras vidas; asimismo, por todas las bendiciones que nos cada día.

A nuestros queridos padres por todo el esfuerzo y sacrificio de hacer de nosotros personas de bien, y ser nuestra inspiración para seguir adelante y obtener éxitos en todos ámbitos de nuestra vida.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>ÍNDICE</b>	i
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vi
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	3
1.5. Limitación de la investigación	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1. Antecedentes	5
2.1.1. Antecedentes internacionales	5
2.1.2. Antecedentes nacionales	11
2.1.3. Bases teóricas de la investigación	15

A. Ley N° 28173 de fecha 26.01.2004, Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú	15
B. Decreto Supremo N° 008-2006-SA de fecha 09.05.2006, Decreto que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú	16
C. Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA, Resolución que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación”	20
D. La Artritis	23
E. Adherencia Terapéutica	36
2.2. Variables	39
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	41
3.1. Método de la investigación	41
3.2. Tipo y Nivel de la investigación	41
3.3. Diseño de la investigación	42
3.4. Población de estudio	42
3.5. Muestra	43
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.7. Técnicas de procesamiento de la investigación	45
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	46
<b>DISCUSIÓN</b>	69
<b>CONCLUSIONES</b>	74
<b>RECOMENDACIONES</b>	78

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	80
<b>ANEXOS</b>	94
Anexo 1: Instrumento de Recolección de Datos (Cuestionario)	x
Anexo 2: Matriz de Consistencia	xiii
Anexo 3: Operacionalización de Variables	xiv
Anexo 4: Validación de Expertos	xv



## **RESUMEN**

La artritis es la inflamación de una o más articulaciones del cuerpo que pueden afectar a otros órganos y sistemas.

La adherencia terapéutica es el grado de conducta de un paciente relacionado a la toma de medicamentos y al seguimiento de una dieta o hábitos de vida indicada médico.

El objetivo de la presente investigación es determinar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo. Por tanto, se aplicó el método científico, cuyo tipo de investigación es básico y el nivel de investigación es descriptivo.

Como resultado de la presente investigación se obtuvo información relevante sobre los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, tales como: sexo, grupo etario por edades y niveles de adherencia terapéutica al tratamiento utilizando el “Cuestionario MBG”.

**PALABRAS CLAVE:** adherencia terapéutica, pacientes, artritis

## **ABSTRACT**

Arthritis is inflammation of one or more joints of the body that can affect other organs and systems.

Therapeutic adherence is the degree of conduct of a patient related to taking medication and following a diet or lifestyle indicated medical practitioner.

The objective of the present investigation is to determine the levels of therapeutic adherence in patients with arthritis who frequent a hospital in the Province of Huancayo. Therefore, the scientific method was applied, whose type of research is basic and the level of research is descriptive.

As a result of the present investigation, we obtained relevant information about the patients with arthritis who frequent the "Daniel Alcides Carrión" Clinical Clinical Teaching Hospital of the Province of Huancayo, such as: sex, age group and levels of therapeutic adherence to treatment Using the "MBG Questionnaire".

**KEYWORDS:** therapeutic adherence, patients, arthritis

## INTRODUCCIÓN

La artritis es la inflamación de la articulación y puede ser un síntoma más o el síntoma principal de distintas enfermedades. Entre las artritis crónicas, las más frecuentes son la artritis reumatoide y las espondiloartritis, que afectan entre ambas alrededor del 2% de la población general.<sup>1</sup>

En la artritis la membrana sinovial aumenta de tamaño y forma vellosidades, que son prolongaciones en forma de dedo, con un color rojizo por la gran cantidad de vasos que contienen.<sup>1</sup>

Todas las formas de artritis son el resultado de un proceso inflamatorio de la membrana sinovial, que se caracteriza por dolor, hinchazón, calor y diferentes grados de enrojecimiento de la piel que está sobre la articulación.<sup>1</sup>

Si la inflamación persiste se tratará de una artritis crónica, que suele implicar la invasión por la membrana sinovial del hueso subcondral y del cartílago. Esto produce la destrucción articular, con el consiguiente dolor, deformación, rigidez y pérdida de la función articular.<sup>1</sup>

Las formas de artritis crónicas más frecuentes y con un mayor impacto social son de causa desconocida, como la artritis reumatoide y las espondiloartritis.<sup>1</sup>

El tratamiento farmacológico es el pilar fundamental del tratamiento. Existen diferentes familias de medicamentos que son eficaces en esta

enfermedad. Entre ellos, tenemos los siguientes: Analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad y terapia biológica.<sup>1</sup>

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas<sup>2</sup>, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios<sup>3</sup>. Así, en un estudio sobre diabetes y enfermedad cardíaca, los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad significativamente más altas que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%), y en otro estudio en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardíaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% para diabéticos; 19% vs 28% en hipertensión).<sup>4</sup>

Resulta sorprendente que, si bien todos conocemos que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, en la práctica diaria no hemos integrado este hecho como causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas

innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente.<sup>5</sup>

Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término «cumplimiento» para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido puesto en cuestión, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término «incumplimiento» culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente<sup>6</sup>. Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.<sup>3,7</sup>

Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. Algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta de adherencia no intencionada), pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente (falta de adherencia intencionada), por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, etc.<sup>3,6</sup>

La falta de adherencia, intencionada o no, es un problema complejo, influido por múltiples factores. Para abordarlo, la clave está en identificar cuáles son estos factores, lo que permitirá diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias.<sup>5</sup>

Por lo antes mencionado, el objetivo de estudio del presente trabajo de investigación es determinar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo; por tanto, el mismo que está estructurado de la siguiente manera: Capítulo I considera la descripción y formulación del problema, objetivos, justificación y limitación de la investigación; Capítulo II, considera antecedentes internacionales y nacionales, y las bases teóricas de la investigación; Capítulo III, considera el método, tipo, nivel y diseño de la investigación, población de estudio, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento de la investigación y Capítulo IV, se considera los resultados de la investigación realizada; asimismo, la discusión, las conclusiones; las recomendaciones; las referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción del problema**

Artritis es un término que se usa para describir varias afecciones dolorosas que afectan a las articulaciones y los huesos. Existen más de 200 tipos de artritis. Los dos tipos principales son la osteoartritis y la artritis reumatoide. Otros tipos son: gota, lupus y síndrome de Reiter. Aunque la artritis suele relacionarse con las personas mayores, también puede afectar a los jóvenes. Aproximadamente, 1 de cada 1.000 niños padece una forma de artritis.<sup>8</sup>

La osteoartritis es la forma más común de artritis. Los cartílagos (el tejido conectivo elástico que hay entre los huesos) se van desgastando y esto puede

acabar en un roce doloroso de hueso con hueso en las articulaciones. Normalmente, afecta a las manos, columna vertebral, rodillas y caderas.<sup>8</sup>

La artritis reumatoide también se denomina artritis inflamatoria. Es una enfermedad más grave, pero menos frecuente. El sistema inmunitario del organismo ataca y destruye las articulaciones, descomponiendo el hueso y los cartílagos. Esto causa dolor e inflamación, y puede dificultar los movimientos.<sup>8</sup>

La adherencia (o el cumplimiento y persistencia) a un régimen de tratamiento farmacológico se refiere a si el paciente recibe el fármaco acorde a las instrucciones prescriptas.<sup>9</sup>

La falta de adherencia se observa en una gran proporción de pacientes con enfermedades crónicas<sup>10,11</sup>. Al menos el 50% de los adultos a los que se les prescriben fármacos para condiciones crónicas tendrán dificultades para continuar con su régimen terapéutico después de seis meses de tratamiento.<sup>12</sup>

La pobre adherencia contribuye a un resultado terapéutico desfavorable e incrementa la utilización y los costos en servicios de salud<sup>13</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce este problema a nivel global con una mayor preocupación sobre países subdesarrollados.<sup>14</sup>

La falta de adherencia es un fenómeno conocido en todas las áreas terapéuticas, que contribuye a una respuesta inadecuada o al fracaso del tratamiento, al empeoramiento y la progresión de la enfermedad y a las recaídas o reaparición de los síntomas.<sup>15-17</sup>



## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Determinar la población estudiada de acuerdo al sexo y grupo etáreo al que pertenecen.
- b) Identificar el porcentaje de pacientes con artritis con adherencia terapéutica en el componente implicación personal, de acuerdo al cuestionario de MBG.
- c) Identificar el porcentaje de pacientes con artritis con adherencia terapéutica en el componente relacional profesional - paciente, de acuerdo al cuestionario de MBG.
- d) Identificar el porcentaje de pacientes con artritis con adherencia terapéutica en el componente comportamental – cumplimiento de tratamiento, de acuerdo al cuestionario de MBG.

## **1.4. Justificación de la investigación**

El presente trabajo de investigación se justifica porque en la actualidad la artritis está afectando no solo a personas de la tercera edad, sino también a personas cada vez más jóvenes, debido a problemas ambientales, malos hábitos alimenticios, rutinas de vida sedentarias y problemas genéticos; y a ello debemos agregarle que el incumplimiento de tratamiento farmacológico se ha

convertido en un principal riesgo para la salud; toda vez, que el tratamiento médico debe de seguir un control pertinente, a fin de controlar la proceso de la enfermedad crónica.

El rol del Químico Farmacéutico es fundamental en la administración de los medicamentos prescritos por el médico tratante; por tanto, el paciente debe seguir las indicaciones prescritas; toda vez, que el no cumplimiento del tratamiento puede generarle diversas complicaciones en la salud.

Por lo antes mencionado, el Farmacéutico cumple un rol importante en la adherencia terapéutica en pacientes con artritis, y este inicia desde el momento de la dispensación del medicamento hasta la entrega de la misma, toda vez que el profesional en salud le brindará las recomendaciones necesarias según las indicaciones prescritas por el médico tratante.

## **1.5. Limitación de la Investigación**

### **1.5.1. Limitación espacial**

La investigación se desarrollará en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo.

### **1.5.2. Limitación social**

Pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo.

### **1.5.3. Limitación conceptual**

Está delimitada por la variable de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un Hospital de la Provincia de Huancayo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

Chaparro R, Rillo O, Benegas M, Correa M, Citera G, Cocco J, Casado G, et. al. (2013), en la Investigación: “Adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea que reciben medicamentos biológicos”<sup>18</sup>, precisan que el cumplimiento es “el grado con el cual un paciente actúa conforme al intervalo, dosis, y régimen de medicación prescrito”. Típicamente es expresado como porcentaje del número total de dosis tomadas (para estudios prospectivos) o días de terapia disponible (evaluación retrospectiva), en relación con el periodo de tiempo de observación durante la cual es medido el cumplimiento”.<sup>19</sup>

La persistencia de medicación es “el tiempo desde el inicio a la discontinuación de la terapia y es medida en las unidades de tiempo”.<sup>13</sup> Además, los términos supervivencia de la droga, retención o continuación del tratamiento a menudo son usados para describir persistencia.<sup>18</sup>

La adherencia incluye ambos aspectos de la toma de un medicamento: el cumplimiento (que incluye regularidad y continuidad) y la persistencia.<sup>20</sup>

Al igual que en otras enfermedades crónicas, la adherencia al régimen terapéutico de los pacientes con artritis reumatoidea es baja (entre 30 y 80%), dependiendo de la definición de adherencia y de la metodología empleada para medirla.<sup>21</sup>

En pacientes con artritis reumatoidea que se encuentran recibiendo terapias biológicas, el cumplimiento al régimen terapéutico es bajo. Los factores asociados al no cumplimiento de la terapia biológica son el tipo de cobertura médica, que el paciente no haya notado mejoría, la esperanza de una rápida respuesta al tratamiento y la falta de adherencia.<sup>18</sup>

Uribe BL, Gómez RL, Amariles MP. (2010) en la Publicación: “Guía de Actuación Farmacéutica en Pacientes con Artritis Reumatoide”, precisan la Artritis Reumatoide (AR) es una de las enfermedades reumáticas caracterizada por el dolor, la inflamación y la incapacidad física que causa en las personas que la padecen. La AR es una enfermedad crónica, autoinmune, que afecta de manera indiscriminada a jóvenes y adultos, genera un impacto importante en la calidad de vida del paciente y origina un costo económico y

social importante. Desde las fases iniciales de la enfermedad, la AR afecta de manera significativa las actividades cotidianas de quienes la padecen, no solo en la capacidad funcional física, sino también en las actividades sociales, psicológicas y económicas. En este sentido, la AR genera un costo importante para el sistema general de salud y para la sociedad en su conjunto.<sup>22</sup>

Los avances en la medicina y en la investigación han permitido un mejor entendimiento de la fisiopatología de la AR y, por ende, de los factores y mecanismos relacionados con la inflamación y posterior destrucción articular. De este modo, han surgido nuevas opciones terapéuticas más prometedoras para el tratamiento de la misma, las cuales se fundamentan en la utilización de medicamentos con una mayor especificidad y efectividad terapéutica, diseñados en su mayoría mediante tecnología de ADN recombinante.<sup>22</sup>

Sin embargo, se trata de medicamentos de alto costo y con un alto perfil de problemas de seguridad. Por ello, se requiere de una adecuada valoración y seguimiento de los resultados obtenidos en cada paciente. En este sentido, el químico farmacéutico desempeña un papel clave dentro del grupo de salud, cumpliendo la función de realizar seguimiento farmacoterapéutico a este grupo de pacientes, lo que permite identificar, prevenir y resolver problemas relacionados con el proceso y con los resultados alcanzados con esta estrategia terapéutica, y contribuir al uso adecuado de los medicamentos.<sup>22</sup>

Carbonell J, Badia X, Grupo Expresar (2006), en la Investigación: “Desarrollo y validación de un cuestionario de satisfacción con el tratamiento en pacientes con artritis reumatoide”, precisan que la efectividad clínica de

cualquier terapia se determina en función de la evaluación de parámetros clínicos, normalmente objetivos, sobre la patología en estudio. Así pues, el éxito de un tratamiento se basa fundamentalmente en la mejoría o la desaparición de los síntomas y en la evaluación objetiva del estado físico mediante distintos métodos de medida. A los parámetros clínicos, se unen también apreciaciones de carácter más personal como es la impresión global del investigador, donde es el propio médico el que realiza a su juicio una valoración de lo que sería el nivel de gravedad de la enfermedad o la efectividad del tratamiento.<sup>23</sup>

Durante los últimos años ha aumentado la concienciación de que la valoración clínica de la efectividad de un tratamiento debe complementarse con la opinión del propio paciente<sup>24, 25</sup>. La Investigación de Resultados en Salud (IRS) complementa los indicadores clínicos con otras medidas más relevantes para el paciente como el estado de salud o la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)<sup>26</sup>. La medición de la satisfacción con el tratamiento es probablemente el que se ha desarrollado más recientemente y, aunque hasta el momento su papel está poco definido, se ha mostrado útil para conocer las características de los tratamientos que son más importantes para los pacientes, para discriminar entre tratamientos con similar eficacia y para explicar un aumento en la adhesión con el tratamiento.<sup>27-31</sup>

La medición de conceptos como la satisfacción con el tratamiento requiere de una identificación del contenido de los instrumentos que se utilizarán para medirlo, elaborando de este modo un modelo conceptual que

ayude a interpretar los resultados obtenidos con esos instrumentos<sup>32</sup>. En este caso la satisfacción se entiende como la diferencia entre las expectativas del paciente y lo que ocurre en realidad tras la administración de nuevas terapias. La satisfacción de los pacientes con las distintas opciones terapéuticas determinará también sus preferencias.<sup>23</sup>

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad con un impacto importante en la actividad diaria y la CVRS del paciente, caracterizándose por la presencia de dolor e inflamación en las articulaciones, por lo que es muy importante la utilización de medidas centradas en el paciente.<sup>23</sup>

Pedroza LM. (2011), en la Tesis: “Satisfacción de los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con terapia biológica, en HGZ 1, IMSS Delegación AguasCalientes”,<sup>33</sup> precisan la artritis reumatoidea afecta a cinco de cada 1,000 personas adultas. La enfermedad puede aparecer a cualquier edad, pero sobre todo entre los 20 y los 60 años. En su aparición influyen causas genéticas y ambientales. Entre un 5% y un 10% de los familiares cercanos de un paciente con artritis reumatoidea también padecen la enfermedad.<sup>34</sup>

Durante las últimas décadas, el interés en la medición de la satisfacción del paciente ha ido en aumento debido a que el paciente tiene un papel cada vez más activo en la toma de decisiones como consumidor de servicios sanitarios. La medición sobre la satisfacción con los tratamientos es un reflejo de esta nueva filosofía que, de esta forma, quiere cuantificar la opinión de los pacientes.<sup>27</sup>

La satisfacción de los pacientes con el manejo de su enfermedad está muy relacionada con la efectividad del tratamiento; sin embargo, no se dispone de datos en cuanto a expectativas, preferencias y satisfacción del paciente con artritis reumatoide en terapia biológica.<sup>35</sup>

En los últimos años se han incorporado un nuevo grupo de medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoidea, llamados fármacos “biológicos”, estos deben suministrarse en el hospital y requieren un control y seguimiento más estrecho del pacientes.<sup>36</sup>

Desde el punto de vista estrictamente médico y de la salud pública, se advierte que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, en consecuencia, a mejorar su salud. La satisfacción del paciente es un concepto complejo de naturaleza multidimensional la cual está influida por las propias características socio demográficas y socio económicas del individuo, que si bien no condicionan dicha satisfacción, si la matizan.<sup>37</sup>

Las dimensiones de la satisfacción terapéutica son diversas y dependen del tipo de tratamiento, las más comunes son: el alivio del síntoma o la eficacia del tratamiento en la curación de la enfermedad; la satisfacción asociada al perfil de tolerabilidad del fármaco, algunos tratamientos pueden ser percibidos por el paciente como “peores que la enfermedad” si sus efectos secundarios son importantes; la facilidad de administración y conveniencia, incluyendo la posología, así como, el modo de administración.<sup>27</sup>



### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Chaccha CR, Rojas EC. (2007), en la Tesis: "Grado de conocimiento de los pacientes crónicos ambulatorios sobre su tratamiento farmacológico",<sup>38</sup> precisan que en los últimos años uno de los hallazgos relevantes en la práctica médica se ha producido en el conocimiento de las causas por las cuales se ocasiona el fracaso terapéutico. El incumplimiento como principal causa del fracaso terapéutico, hace que medicamentos de reconocida eficacia, sobre condiciones controladas, resulten inefectivos cuando se utilizan en la práctica clínica habitual. Además dificulta la evaluación de la efectividad de los procedimientos, en la medida en que los resultados negativos puedan atribuirse al incumplimiento.<sup>39-44</sup>

Dentro de los factores propios del paciente, las actitudes y creencias de éste, respecto a la enfermedad padecida y al tratamiento prescrito pueden influir enormemente en el cumplimiento. Si el paciente realmente cree que el tratamiento le mejorará la salud y que le "sentará bien", será mejor cumplidor. De esta forma, el incumplimiento puede ser una respuesta lógica a la falta de información que es dada a los pacientes. Así también, la satisfacción del paciente con el sistema de salud y especialmente con la relación profesional entre el médico y él, influye en el cumplimiento de su tratamiento farmacológico.<sup>40,45-48</sup>

Otro factor influyente para el cumplimiento es la enfermedad que el paciente padece. Se sabe que los pacientes con enfermedad crónicas son más propensos a no cumplir el tratamiento médico. Este grupo de pacientes

presente incumplimiento generalmente debido a la percepción equivocada que poseen sobre la gravedad de su enfermedad.<sup>41,49,50</sup>

Es por ello que el paciente (o quien tiene la responsabilidad de cuidarlo) deben ser educados para que comprenda: los aspectos esenciales sobre su enfermedad, las complicaciones, evolución y efectos de los tratamientos. Sin embargo, el conocimiento no asegura el cumplimiento. La educación y la información destinada a los pacientes deben construirse y darse, tomando en cuenta la capacidad del pacientes para comprenderlas, logrando llenar las expectativas del paciente, el cual se mostrará más satisfecho con los servicios de salud, específicamente con los profesionales.<sup>51,52</sup>

Ortega AF (2011), en la Publicación: “Guía de Práctica Clínica de Artritis Reumatoide”, precisa que las enfermedades reumáticas son una de las causas más frecuentes de discapacidad y dolor crónico, con un gran impacto para los individuos, los sistemas de salud y los sistemas de asistencia social y entre sus consecuencias predominan los costos; este impacto ha sido reconocido por las Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud, denominando a la década del 2000-2010 como el Decenio de los Huesos y Articulaciones, se reconoce además que el dolor lumbar es la causa más frecuente de quejas músculo esqueléticas, siendo también importantes la osteoartritis, la artritis reumatoide y la osteoporosis.<sup>53</sup>

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumatológica, que compromete las articulaciones y que puede llevar a discapacidad cuando el tratamiento es iniciado tardíamente, la prevalencia estimada en otras

poblaciones (anglosajonas y latinoamericanas) va de 0.3 a 1%<sup>1</sup>, en nuestro país, según el estudio COPCORD<sup>54</sup> la prevalencia fue de 0.5%<sup>55</sup>. Afecta predominantemente a las mujeres entre la cuarta y sexta década de la vida, en una relación mujer/varón de 5/1 diferente a lo descrito en otras latitudes de 3/1. Esta enfermedad tiene varias manifestaciones clínicas, de manera importante es necesario resaltar que estas características son inespecíficas al inicio de enfermedad, por lo que el diagnóstico demora aproximadamente 2 años.<sup>56,57</sup>

La discapacidad es otra complicación seria de la artritis reumatoide que puede tener importantes consecuencias como la pérdida del trabajo; cerca del 50% de los pacientes están discapacitados para el trabajo después de 10 años de enfermedad y 10 % desarrollaran severo deterioro funcional en los primeros 2 años de enfermedad; 15 años después de su aparición sólo el 40% puede trabajar.<sup>58</sup>

Por otro lado existen indicios radiológicos de destrucción de las articulaciones en el 70% de los pacientes 2 años después del diagnóstico de la enfermedad. Se estima que entre el 15% y el 20% de los pacientes diagnosticados recientemente requerirán artroplastia por destrucción articular en un plazo de 5 años<sup>59-61</sup>. La mortalidad asociada a la AR es superior a la de la población general, está directamente relacionada con la gravedad de la enfermedad y ha cambiado poco a lo largo del tiempo.<sup>62,63</sup>

Orueta SR (2005), en la Investigación: "Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas",<sup>64</sup> precisa que el cumplimiento o adherencia terapéutica es la medida de la conducta del paciente en relación

con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico<sup>65</sup>; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos.<sup>66-68</sup>

Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por dos aspectos fundamentales; su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos. Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, asma bronquial, etc.<sup>69-72</sup> También son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costes sanitarios y no sanitarios, etc.<sup>72-75</sup>

Conocidas su frecuencia y sus repercusiones, es innegable la necesidad de su detección en la práctica clínica diaria, existiendo para ello diferentes métodos de detección. Estos métodos son clásicamente divididos en directos (determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido) e indirectos (interrogatorio, cuestionarios, control del proceso, recuento de

comprimidos, etc.), existiendo amplia bibliografía sobre la validez, ventajas y limitaciones de los mismos.<sup>76-78</sup>

### **2.1.3. Bases teóricas de la investigación**

Las bases teóricas de la presente investigación son las siguientes:

#### **A. Ley N° 28173 de fecha 26.01.2004, Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú<sup>79</sup>**

##### **Artículo 5.- Funciones**

Son funciones del Químico Farmacéutico:

- a) Brindar atención farmacéutica en farmacias y boticas del sector público y privado.
- b) Planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar las actividades en la farmacia, servicio de farmacia, departamento de farmacia, en los laboratorios de producción, en las droguerías y afines.
- c) Cumplir y hacer cumplir la Ley General de Salud y otras normas conexas.
- d) Elaborar las fórmulas oficiales y magistrales.
- e) Asegurar la suficiente provisión de materia prima y suministro de medicamentos, verificando su calidad.
- f) Hacer cumplir, según el caso, la aplicación de las buenas prácticas de almacenamiento y dispensación, y otras que exijan la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras instancias internacionales.
- g) Controlar la buena conservación del medicamento y material médico quirúrgico.
- h) Vigilar las fechas expirables.
- i) Participar en los programas de investigación científica.
- j) Servir como consultor científico y técnico del personal médico.
- k) Formular, controlar y evaluar los medicamentos obtenidos a partir de recursos naturales, terapéuticos y homeopáticos.

## **Artículo 6º.- Dispensación de productos**

Los Químicos Farmacéuticos con formación universitaria acreditada y debidamente colegiados están autorizados para la dispensación de estupefacientes, narcóticos y psicotrópicos, así como de medicamentos de alto riesgo.

### **B. Decreto Supremo N° 008-2006-SA de fecha 09.05.2006, Decreto que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú<sup>80</sup>**

## **Artículo 3.- ROL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO**

El Químico Farmacéutico como profesional universitario de las ciencias médicas, a través de sus instituciones representativas, participa en la formulación, evaluación y aplicación de la Política Nacional de Salud y en particular de la Política Nacional de Medicamentos.

El profesional Químico Farmacéutico desarrolla acciones promocionales, preventivas, asistenciales, de rehabilitación y reguladoras de la Salud Pública, Ocupacional y Ambiental destinadas a la persona, la familia y la comunidad como integrante del equipo de salud; asimismo desarrolla actividades de gestión y aseguramiento de la calidad en la producción de alimentos, tóxicos, medicamentos, productos farmacéuticos y afines.

## **Artículo 4.- ACTO FARMACÉUTICO**

Es el ejercicio de la profesión en el cuidado, prevención, promoción y recuperación de la salud, proveyendo los fundamentos y conocimientos farmacéuticos necesarios relacionados a la química farmacéutica, cosmética, clínica, toxicológica, alimentaria, productos naturales y otras especialidades afines a la profesión en los insumos, procesos industriales, productos y en la atención farmacéutica. Se rige por el Código de Ética del Colegio Químico Farmacéutico del Perú.

## **Artículo 7.- FUNCIONES**

Son funciones del Químico Farmacéutico, las siguientes:

- a) Satisfacer la demanda de los usuarios, durante el proceso de la atención integral a través del acto farmacéutico.
- b) Planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar las actividades en farmacias, boticas, droguerías, servicio de farmacia, departamento de farmacia y almacenes especializados de medicamentos.
- c) Velar por el acceso y uso racional de los medicamentos en la población.
- d) Integrar comités técnicos en entidades nacionales, regionales y locales.
- e) Participar activamente en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia.
- f) Desarrollar la Farmacopea Peruana y participar en la elaboración de los formularios nacionales e institucionales de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines.
- g) Participar activamente en todas las etapas del proceso de suministro de productos farmacéuticos y afines, garantizando su calidad.
- h) Formular, preparar y controlar las mezclas intravenosas de medicamentos citotóxicos, nutricionales, antibióticos y otros, así como las fórmulas oficinales y magistrales, garantizando su calidad.
- i) Cumplir y hacer cumplir, según el caso, la aplicación de las Buenas Prácticas de Manufactura, de Laboratorio, Almacenamiento, Dispensación, Atención Farmacéutica y otras que exija la Autoridad de Salud y recomiende la Organización Mundial de la Salud.
- j) Participar en la gestión de las acciones de salud y en las estrategias sanitarias, promoviendo la atención integral de salud y el uso racional de medicamentos.
- k) Participar en los programas de investigación, monitoreo, control y conservación del medio ambiente.
- l) Proporcionar información en medicamentos, alimentos y tóxicos.
- m) Formular, elaborar, controlar y evaluar farmacológicamente los medicamentos y suplementos nutricionales y los obtenidos a partir de recursos naturales, terapéuticos y homeopáticos.

- n) Elaborar, controlar y evaluar los radiofármacos, los medicamentos biotecnológicos y nutracéuticos.
- o) Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar acciones de aseguramiento de la calidad en empresas de producción y servicio farmacéutico.
- p) Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar acciones de investigación y desarrollo de medicamentos y/o sus formas farmacéuticas, así como de otros productos farmacéuticos y afines.
- q) Ejercer la función de administración, docencia y de investigación en las instituciones educativas.
- r) Ejercer la asesoría, consultoría, auditoría y peritaje en los campos de su especialidad a los organismos privados, estatales u organismos no gubernamentales.
- s) Proponer y participar en la formulación y aplicación de las políticas, planes y programas así como en las acciones reguladoras en el campo Químico Farmacéutico, de la Salud Pública.
- t) Proponer y participar en la elaboración de normas técnicas, reglamentos y directivas relacionadas con la Salud Pública, Ocupacional y Ambiental, con los medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines, con la higiene y calidad de los alimentos y bebidas, y con las sustancias tóxicas.
- u) Planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar, evaluar y aprobar la producción de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines de uso en seres vivos, en laboratorios y establecimientos farmacéuticos. Ejerce la función de responsable técnico del funcionamiento de las industrias y establecimientos farmacéuticos, farmaquímicos, genómicos, biotecnológicos y de las industrias que elaboren productos naturales de uso en salud, otros productos que contengan en su composición sustancias con alguna actividad farmacológica, alimentos y bebidas o sustancias químicas capaces de causar daño a la salud de las personas.
- v) Dirigir y realizar los análisis físico-químicos, químicos, bioquímicos, microbiológicos, farmacológicos, clínicos, toxicológicos (toxicología legal,



forense y ambiental), bromatológicos y otros inherentes a su formación profesional.

- w) Realizar el análisis, identificación y clasificación arancelaria en la importación y exportación de materia prima, material de empaque, medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines de uso en los seres vivos.
- x) Participar en el control y vigilancia sanitaria contra la falsificación, adulteración y venta ambulatoria de productos farmacéuticos y afines, así como en la elaboración, comercialización y expendio de alimentos.
- y) Proponer y participar en los proyectos y programas de monitoreo, vigilancia y sistemas de información para la identificación, prevención y control de riesgos y daños a la salud pública, ocupacional y ambiental, control de los medicamentos, alimentos y sustancias tóxicas.
- z) Participar en los Estudios de Evaluación de Riesgos, Estudios de Impacto Ambiental-EIA, Diagnóstico Ambiental Previo o Preliminar-DAP y de Programas de Adecuación y Manejo Ambiental-PAMA.
- aa) Desarrollar y evaluar el seguimiento farmacoterapéutico a nivel comunitario y hospitalario, informando y reportando los resultados de sus intervenciones a la Autoridad de Salud pertinente.

#### **Artículo 8.- DE LA DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS**

El Químico Farmacéutico es responsable de la dispensación, de la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del medicamento, otros productos farmacéuticos, afines, sus interacciones con otros medicamentos y alimentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación.

#### **Artículo 9.- DE LA RESPONSABILIDAD**

El Químico Farmacéutico tiene la responsabilidad y está autorizado para la adquisición y custodia de productos farmacéuticos y afines. Tiene la responsabilidad del control e informe periódico a la Autoridad de Salud de los estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias peligrosas sometidas a fiscalización. Estas actividades no podrán ser delegadas.

**C. Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA, Resolución que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación”<sup>81</sup>**

**I. FINALIDAD**

Contribuir a mejorar la salud de la población a través de una correcta y efectiva dispensación de medicamentos en los establecimientos farmacéuticos de dispensación a nivel nacional, brindando un servicio de calidad y calidez procurando el bienestar de los pacientes, y el respeto a sus derechos como ciudadano.

Las Buenas Prácticas de Dispensación de Medicamentos (BPD) es un conjunto de normas establecidas para asegurar un uso adecuado de estos productos. Unas prácticas correctas de dispensación garantizan que se entregue al paciente que corresponda, el medicamento correcto, en la dosis y cantidad prescritas, con información clara sobre su uso y conservación, y en un envase que permita mantener la calidad del medicamento.

**II. DISPOSICIONES GENERALES**

**2. DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**

La dispensación de medicamentos es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto el profesional Químico Farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado del medicamento, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto.

Corresponde a una Buena Práctica de Dispensación promover, en todo momento, el uso racional de medicamentos.

El profesional Químico Farmacéutico debe promover el acceso a medicamentos mediante una adecuada gestión de suministro de los mismos.

Es responsable asimismo, de la correcta preparación de las fórmulas magistrales y oficinales.

El profesional Químico Farmacéutico coopera con acciones orientadas a contribuir con la garantía de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se comercializan en el país, y participa en la identificación y denuncias relacionadas con productos falsificados o adulterados y productos con problemas de calidad o efectividad.

Las Buenas Prácticas de Dispensación deben cumplirse de manera integral y en concordancia con las normas legales relacionadas con la actividad farmacéutica en general.

### **III.DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

#### **1. DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN**

El proceso de dispensación de medicamentos incluye todas las actividades realizadas por el profesional Químico Farmacéutico desde la recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente de los medicamentos con o sin receta. La correcta dispensación se debe constituir en un procedimiento que garantice la detección y corrección de errores en todas sus fases.

En el proceso de dispensación se diferencian cinco actividades principales:

1. Recepción y Validación de la prescripción.
2. Análisis e Interpretación de la prescripción.
3. Preparación y Selección de los productos para su entrega.
4. Registros.
5. Entrega de los productos e Información por el dispensador

##### **1.1. De la Entrega de los productos e Información por el dispensador**

Los medicamentos, deben entregarse al paciente o su representante con instrucciones claras, añadiendo la información que se estime conveniente. El profesional Químico Farmacéutico es responsable de brindar información y orientación sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, sus interacciones medicamentosas, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación. Cuando estime conveniente, siempre que se den las condiciones

necesarias y se cumpla con las normas legales al respecto, propondrá al paciente o su representante el seguimiento farmacoterapéutico correspondiente, en base a criterios previamente establecidos.

Las advertencias relacionadas con los posibles efectos indeseables, deben realizarse con objetividad y claridad, a fin de evitar que el paciente abandone el tratamiento.

Se debe incidir en la frecuencia, duración del tratamiento y vía de administración de los medicamentos, debiendo informarse también sobre:

- a) Cuando tomar el medicamento, en relación a los alimentos (Ej. antes, después, con los alimentos) y en relación a otros medicamentos.
- b) Cómo tomar o aplicar el medicamento (Ej. masticarlo, con mucho agua, aplicarlo localmente).
- c) Cómo guardar y proteger los medicamentos para su adecuada conservación.

Es necesario asegurarse que el paciente comprenda las instrucciones y siempre que sea posible, se solicitará que el paciente repita las instrucciones brindadas.

Los pacientes deben ser tratados con respeto y es imprescindible mantener la confidencialidad e intimidad cuando se dispense ciertos tipos de medicamentos o se trate de ciertas patologías.

A fin de brindar una adecuada información a los pacientes, se deberá tener acceso a información científica independiente y actualizada sobre los medicamentos, a la información referida a primeros auxilios y emergencias toxicológicas, y a información oficial sobre las alternativas farmacéuticas de medicamentos.

## **D. LA ARTRITIS**

### **1. Definición**

Al hablar de artritis parece que nos referimos a una sola enfermedad; sin embargo, dicho término es utilizado para definir más de 100 entidades diferentes.<sup>82</sup>

La palabra deriva del griego “arthros”= articulación y el sufijo “itis” que definiría inflamación, de tal forma que artritis equivale a “inflamación de una articulación”. Esto es la clave para diferenciarla de otras enfermedades reumáticas, como por ejemplo la artrosis, en las que la inflamación no es el elemento más importante. En las articulaciones los extremos de los huesos están cubiertos por cartílago, y todo ello, cerrado por un tejido conocido como membrana sinovial. En esta membrana es donde asienta la inflamación en la artritis, aunque posteriormente puede lesionar el resto de las estructuras articulares. De esta forma se produce inestabilidad y deformidad de la articulación y, como consecuencia, incapacidad funcional para la realización de tareas como caminar, subir escaleras, utilizar un ordenador o abrir una botella.<sup>82</sup>

En la mayor parte de los casos, el motivo de la aparición de una artritis es desconocido; posiblemente, al existir tantos tipos diferentes de artritis, existan también una multitud de causas distintas. La artritis puede afectar a todos los segmentos de la población, desde la infancia a la edad adulta. Algunas artritis curan, incluso espontáneamente, pero otras muchas son crónicas y progresivas si no se instaura tratamiento. Por ello, si usted padece una artritis debe buscar consejo de un reumatólogo para que éste determine qué tipo de artritis padece usted, y cuál es el mejor tratamiento.<sup>82</sup>

Artritis significa inflamación de una o más articulaciones del cuerpo. Una articulación es una zona en la que dos o más huesos hacen contacto y se mueven uno contra el otro. La causa subyacente depende del tipo específico de artritis. Existen más de 100 formas de arthritis y los dos tipos más comunes son la osteoartritis y la artritis reumatoidea. La osteoartritis, también conocida

como enfermedad degenerativa de las articulaciones, es causada en parte por la degeneración de piezas de la articulación tales como el cartílago, y empeora con la edad. El desgaste y la rotura progresiva de las partes afectadas de la articulación puede provocar una reacción inflamatoria. La artritis reumatoidea (AR), por otro lado, es una enfermedad autoinmune en la que las mismas defensas del cuerpo atacan el recubrimiento normal de las articulaciones. En este tipo de artritis, la inflamación del revestimiento de la articulación se desarrolla primero, y con el tiempo daña las partes componentes de la articulación. Otras causas relativamente comunes de la artritis incluyen trauma, alineación anormal de los miembros, infecciones, otras enfermedades autoinmunes distintas de la artritis reumatoidea y los depósitos anormales en las articulaciones, como en la gota.<sup>83</sup>

Algunos tipos de artritis afectan a más de 40 millones de personas en los Estados Unidos. Más de la mitad de estas personas tienen enfermedad degenerativa de las articulaciones. Casi el 60 por ciento de las personas afectadas por la artritis son mujeres. Mientras que la artritis se presenta principalmente en los adultos, los niños pueden estar en riesgo de sufrir ciertos tipos de artritis, tales como las causadas por lesiones y enfermedades autoinmunes. A pesar de que cualquier articulación en el cuerpo puede ser afectada, ciertas formas particulares de artritis tienen una tendencia a ocurrir en ciertas partes del cuerpo.<sup>83</sup>

Algunos pacientes con artritis pueden presentar afectación de otros órganos y sistemas, incluyendo riñones, pulmones, sistema nervioso o la piel. En estos enfermos, la inflamación se produce de forma generalizada en las articulaciones y órganos vitales con el consiguiente deterioro de la salud del paciente.<sup>82</sup>

Del mismo modo, la artritis reumatoidea afecta por lo general las muñecas y nudillos, los pies, el cuello, y articulaciones más grandes en las extremidades, mientras que las enfermedades degenerativas de las articulaciones pueden afectar las bases de los pulgares, las articulaciones de los dedos, las rodillas, las caderas, los hombros y la parte baja de la columna.<sup>83</sup>

## **2. Síntomas<sup>82</sup>**

Este grupo de enfermedades presenta unos síntomas articulares comunes, en un gran número de casos, pero que no son fáciles de diferenciar de los síntomas que tienen otras enfermedades reumáticas. El más frecuente es la presencia de dolor inflamatorio; es decir, dolor que mejora con los movimientos pero empeora con el reposo, especialmente con el reposo nocturno, por lo que en muchas ocasiones interfieren con el sueño. Este dolor es diferente al que presenta la artrosis, que empeora con los movimientos y mejora con el reposo, y al que se denomina dolor mecánico. Los pacientes con artritis presentan generalmente disminución de la capacidad de movimiento de las articulaciones afectadas. Es también muy frecuente que los enfermos refieran rigidez por las mañanas para mover las articulaciones dañadas; esta rigidez matutina es prolongada y suele persistir más de media hora, a diferencia de la que presenta la artrosis que es de más corta duración. La fatiga es otro síntoma que padecen muchos pacientes con artritis.

Por otra parte, cuando el médico examina a un paciente con artritis, observa que las articulaciones afectadas están hinchadas, calientes, e incluso a veces con la piel que las recubre de color rojo. Todo ello, es indicativo de la inflamación que padecen.

## **3. Tipos<sup>82</sup>**

El reumatólogo clasifica las artritis según su extensión y su forma de aparición, con el objeto de conocer la causa que las motiva. Cuando la artritis afecta a una sola articulación, se denomina monoartritis. En estos casos, el reumatólogo busca la posibilidad de que la artritis sea causada por un germen, es decir que se trate de una artritis infecciosa. También las monoartritis, con frecuencia, están motivadas por enfermedades de causa metabólica, como la gota o la condrocalcinosis.

Si se afectan, 2 o 3 articulaciones se conoce como oligoartritis, y si se afectan 4 o más, poliartritis. En estas situaciones, interesa conocer si su aparición ha sido brusca y reciente (artritis agudas) que pueden estar también en relación con la presencia de infecciones presentes o pasadas, o bien ya persisten más de 3 meses, en cuyo caso se habla de artritis crónicas, las cuales, con frecuencia, son

debidas a enfermedades reumáticas de tipo autoinmune (en las que el organismo reacciona contra sus propios componentes), como la artritis reumatoide, la artritis psoriática, el lupus eritematoso.

#### **4. Diagnóstico de la artritis<sup>82</sup>**

Después de realizar la historia clínica es probable que el reumatólogo solicite algún tipo de estudio para confirmar sus sospechas sobre la enfermedad. Estos estudios son muy variados, dependiendo de la enfermedad en la que se piense, pero incluyen generalmente:

##### **a) Análisis de sangre<sup>82</sup>**

Se suele solicitar el hemograma que estudia las células sanguíneas, la velocidad de sedimentación que valora el grado de inflamación y la bioquímica sérica que indica el funcionamiento de órganos como el hígado o el riñón. También se pueden estudiar diversos anticuerpos como el factor reumatoideo o los anticuerpos antinucleares, que pueden estar presentes en las artritis autoinmunes.

##### **b) Radiografías<sup>83</sup>**

Rayos X de los huesos (radiografía): la radiografía (rayos X) utiliza una dosis baja de radiación para crear imágenes de las estructuras internas. Las radiografías muestran los huesos y la manera en que interactúan entre sí en las articulaciones. Es útil evaluar la cantidad de cartílago en los extremos de los huesos, deformidades y condiciones subyacentes en los huesos que pueden causar artritis, y cambios en los huesos que pueden estar dañados debido a la artritis.

##### **c) Tomografía computarizada (TAC) del cuerpo<sup>83</sup>**

La exploración por tomografía computarizada (TAC) combina un equipo especial de rayos X con computadoras sofisticadas para producir múltiples imágenes del interior del cuerpo. En el caso de las personas con artritis, la TAC se usa generalmente para examinar las articulaciones que están en lugares profundos dentro del cuerpo y que son difíciles de evaluar con rayos X convencionales.

##### **d) Resonancia magnética nuclear musculoesquelética (RMN)<sup>83</sup>**

La RMN utiliza un potente campo magnético, pulsos de radiofrecuencia y una computadora para producir imágenes detalladas del cuerpo. La ventaja de la RMN es que muestra ambos, los huesos y los tejidos circundantes (incluyendo



cartílago), los ligamentos y el revestimiento interior de las articulaciones. La RMN se utiliza frecuentemente para descubrir anomalías en el tejido blando de las articulaciones (que son invisibles a los rayos X) para determinar si el tratamiento es efectivo y para detectar complicaciones de la enfermedad.

**e) Ultrasonido musculoesquelético<sup>83</sup>**

El ultrasonido utiliza un pequeño transductor (sonda) y un gel para crear imágenes del cuerpo a partir de ondas sonoras de alta frecuencia. Puede proporcionar imágenes detalladas de las articulaciones y tejidos blandos circundantes, principalmente de aquellos que se encuentran cerca de la superficie de la piel.

**f) Otras pruebas<sup>82</sup>**

En ocasiones se puede extraer líquido sinovial de las articulaciones, ya que éstas, cuando están inflamadas, lo producen en exceso. Si el líquido sinovial se puede analizar, proporciona datos muy útiles puesto que nos informa del grado de inflamación, o de la presencia de microcristales o de gérmenes como causa de la artritis. También puede ser necesario hacer biopsias de piel y músculos, estudios en el suero en busca de virus u otras infecciones.

**5. Enfermedades que causan la artritis<sup>82</sup>**

Como hemos dicho anteriormente, son más de 100 las enfermedades que pueden motivarla. Las más frecuentes son:

**A. Monoartritis<sup>84</sup>**

Una monoartritis se define como la presencia de síntomas y signos de inflamación localizados en una sola articulación. Se clasifican, según el tiempo de evolución, en agudas, con evolución de menos de 6 semanas de duración (son una urgencia médica no sólo por la incapacidad funcional que conllevan, sino también porque si se dejan evolucionar sin tratamiento adecuado, pueden llegar a comprometer la vida del paciente), y crónicas, cuando tienen una evolución superior a 6 semanas.<sup>85</sup>

La etiología de la monoartritis son las siguientes<sup>86</sup>:

#### **a) Artritis infecciosas<sup>86, 87</sup>**

Es la inflamación de las articulaciones producida por la infección de los tejidos sinoviales por bacterias piogénicas u otros microorganismos infecciosos. El riesgo de artritis infecciosa se incrementa con la edad. Los pacientes con inmunocompromiso por tratamiento con corticosteroides, enfermedad maligna o diabetes, también experimentan una mayor probabilidad de artritis infecciosa.

El microorganismo más habitual tanto en los ancianos, como en los pacientes más jóvenes, es el *Staphylococcus aureus*; sin embargo, entre los primeros, las bacterias Gram-negativas causan un número significativo de casos. La infección bacteriana puede deberse a inoculación directa (pacientes con infiltraciones) o a bacteriemia desde una fuente conocida o desconocida. Afecta con mayor frecuencia a las articulaciones con lesiones previas, en general por osteoartritis o artritis reumatoide.

#### **Clínica y diagnóstico<sup>86, 87</sup>**

La manifestación inicial suele ser un cuadro febril agudo con monoartritis (o más raro, poliartritis). Se afectan sobre todo las articulaciones grandes (hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla).

#### **Tratamiento<sup>86, 87</sup>**

Debe ser inmediato para evitar la destrucción del cartílago y el daño articular permanente. Engloba varios apartados: el drenaje de la articulación, la administración de antibióticos, la inmovilización y la rehabilitación. Hay que realizar aspiraciones repetidas, y lo más completas posibles, del líquido articular. Si la fiebre y los signos de artritis no mejoran sustancialmente en 48-72 horas, puede ser necesario el drenaje quirúrgico de la articulación.

El tratamiento antibiótico será inicialmente empírico; en la elección del antibiótico hay que considerar que el microorganismo más frecuente es el *S. aureus*. El tratamiento de elección será intravenoso con cloxacilina más cefalosporina de tercera generación. Si se puede realizar un Gram, se indicará el tratamiento antibiótico según se hayan visto cocos Gram positivos: cloxacilina 2 g/4-6 h, o cefazolina 1 g/8 h, asociado o no a un aminoglucósido los primeros 3-5 días. Si se han visto cocos Gram negativos: ceftriaxona 2 g/día o cefotaxima 1 g/8

h. Si se han visto bacilos Gram negativos: ceftriaxona 2 g/24 h o cefotaxima 2 g/8 h o un carbapenem. No hay criterio fijo en cuanto a la duración del tratamiento antibiótico; en general, se mantiene al menos hasta 10-15 días después de la remisión clínica. La administración parenteral se mantiene 2-4 semanas y posteriormente se pasa a vía oral.

Es conveniente mantener inmovilizada la articulación en posición funcional durante las fases iniciales, al menos mientras el dolor y los signos inflamatorios persistan. Su prolongación excesiva favorece la rigidez articular, la atrofia muscular y la osteoporosis, por lo que se recomienda una rápida movilización, inicialmente pasiva y después activa.

**b) Artritis microcristalinas<sup>84</sup>**

Se caracteriza porque el depósito de hidroxapatita es periarticular.

**Clínica y diagnóstico<sup>84</sup>**

Pueden ser asintomáticos o no. La afectación del hombro es frecuente, y en ocasiones conducen a un proceso intraarticular muy destructivo que perjudica sobre todo al hombro y la rodilla (síndrome de hombro-rodilla de Milwaukee). Afecta predominantemente a mujeres mayores, con frecuencia bilateral, y conduce a una incapacidad funcional y dolor crónico.

En la radiografía aparece una degeneración glenohumeral, calcificación periarticular, degeneración y rotura del manguito de los rotadores y desplazamiento de la cabeza humeral.

**Tratamiento<sup>84</sup>**

Es insatisfactorio, basado en analgésicos, AINEs, corticoides tópicos y fisioterapia.

**B. Artritis Reumatoide**

Es una poliartritis que afecta con frecuencia a las articulaciones de los miembros (especialmente manos y pies) y menos a las de la columna. Suele ser bilateral y simétrica, lo cual quiere decir que inflama las mismas articulaciones, en ambos lados del cuerpo. En España hay entre 200 y 400 mil personas con esta

enfermedad. Predomina en el sexo femenino, sobre todo a partir de los 40-50 años.<sup>82</sup>

Se observa una inflamación simétrica de las articulaciones periféricas, que da lugar a la destrucción progresiva de las estructuras articulares y periarticulares. La artritis reumatoide (AR) disminuye su incidencia después de los 65 años. Sin embargo, como es una enfermedad crónica, muchos pacientes llegan a ancianos, y su prevalencia aumenta en este grupo de población. La artritis reumatoide de comienzo en la vejez tiene variaciones clínicas y puede representar un reto diagnóstico. Aunque se denomina una enfermedad «leve» por afectar a pocas articulaciones, y estar ausente el factor reumatoide en más del 50% de los casos, la AR del anciano causa un significativo, rápido y desproporcionado deterioro funcional. Es necesaria una aproximación multidisciplinaria que incluya todas las facetas: control del dolor, inflamación, limitación funcional, aislamiento social y depresión.<sup>88</sup>

Healey clasificó la artritis reumatoide del anciano en tres grupos, a saber: artritis reumatoide seropositiva, artritis reumatoide con síndrome de Sjögren y artritis reumatoide seronegativa, de inicio similar a la polimialgia reumática.<sup>84</sup>

### **Clínica y diagnóstico<sup>84</sup>**

La AR de presentación tardía en el anciano tiene un perfil clínico característico. Es una artritis seronegativa con escasa o ninguna tendencia a progresar a erosiones y manifestaciones extraarticulares, como los nódulos reumatoideos que suelen estar ausentes. La sinovitis se halla restringida a menor número de articulaciones, suelen ser proximales y de tamaño moderado, como hombro, rodillas y muñecas. El comienzo de la enfermedad puede ser insidioso o extremadamente abrupto, comenzando en un día específico o en una semana. La rigidez matutina es un factor considerable y la extensión de la incapacidad precoz está directamente relacionada. Con frecuencia se asocia a síndrome seco. También pueden asociarse otras causas de anemia, como hemólisis y déficit de ácido fólico. Los cambios radiológicos precoces consisten en inflamación de partes blandas y osteoporosis periarticular relacionado con el desuso. Las erosiones son la característica diagnóstica principal de la AR; son intraarticulares, ocurriendo inicialmente en la inserción de la sinovial.<sup>89</sup>

### **Tratamiento<sup>84</sup>**

Los objetivos principales son: reducir o suprimir la inflamación, alivio del dolor y conservación de la función muscular y articular. La piedra angular inicial del tratamiento es la educación y el ejercicio físico. La actividad de la enfermedad se monitoriza en cada visita médica valorando: la rigidez matutina, dolor articular, inflamación, cansancio y limitaciones funcionales. Periódicamente se valorará: anemia, VSG, erosiones óseas en Rx manos y/o pies, que ayudará a definir la actividad y evaluar la progresión de la enfermedad con la terapia.

Existen tres grupos principales de fármacos para el tratamiento de la AR: AINEs, corticoides y fármacos modificadores de la enfermedad.

### **C. Gota**

Aparece esta enfermedad por un exceso de ácido úrico en el organismo, con lo cual se forman pequeños microcristales, que se depositan en las articulaciones inflamándolas. Es característica la artritis de la articulación que une el pie y el dedo grueso, pero no siempre aparece. También se inflaman con frecuencia rodillas y tobillos. Al principio, la artritis aparece intermitentemente, pero si no se trata el proceso se puede cronificar. Los hombres padecen gota más frecuentemente que las mujeres.<sup>82</sup>

Es una artritis recidivante, aguda o crónica, de las articulaciones periféricas, originada por el depósito de cristales de urato monosódico en y alrededor de las articulaciones y tendones, procedentes de los líquidos corporales hiperuricémicos supersaturados.<sup>84</sup>

### **Clínica y diagnóstico<sup>84</sup>**

La gota en el anciano difiere en varios aspectos de la presentación en pacientes más jóvenes:

- Existe una mayor incidencia de mujeres entre los ancianos con gota, sobre todo en el grupo de inicio tardío. Las mujeres constituyen hasta el 60% de los pacientes de inicio tardío y casi todos los casos de comienzo por encima de los 80 años.
- Mayor incidencia de afectación poliarticular, no sólo por la acumulación de más pacientes con enfermedad crónica, sino de inicio poliarticular.

- Existe predilección por las pequeñas articulaciones de la mano (interfalángicas, predominio distal), sobre todo en mujeres, y asociado al empleo de diuréticos.
- Los tofos se desarrollan precozmente en localizaciones atípicas. Se ha observado sobre todo en mujeres, incluso sin ataques previos de gota.
- La asociación del empleo de diuréticos e insuficiencia renal se ha observado entre la mayoría de los ancianos con gota. Hasta el 75% de los casos de gota de inicio tardío se asocia con estos fármacos, y hasta el 95-100% en mujeres.

#### **Tratamiento<sup>84</sup>**

Los objetivos incluyen: tratamiento del ataque agudo, prevención de episodios posteriores, valoración de factores asociados y contribuyentes, y tratamiento hipouricemiante a largo plazo. Respecto al alopurinol: se reservará para aquellos pacientes con 2-3 ataques con tofos o con evidencia radiográfica de daño articular. La reducción de niveles de ácido úrico por debajo de 6 mg/dl eventualmente prevendrá nuevos episodios y resorción de tofos. La dosis de 300 mg/día habitual en jóvenes deberá ser adaptada para ancianos con afectación renal: 200 mg/día si el aclaramiento de creatinina es menor de 60 ml/min; 100 mg/día si es menor de 30 ml/min, y 100 mg/2-3 días si es menor de 10 ml/min.

#### **D. Espondilitis anquilosante<sup>82</sup>**

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral, las cuales tienden a soldarse entre sí, provocando una limitación de la movilidad (de ahí el término anquilosante, que proviene del griego ANKYLOS y significa soldadura, fusión). Como resultado final se produce una pérdida de flexibilidad de la columna, quedándose rígida y fusionada. Es una enfermedad frecuente, sobre todo en la raza blanca (0.5-1% de la población). Habitualmente aparece en varones entre los 20 y 30 años de edad. En mujeres es menos frecuente y suele ser más leve.

#### **E. Artritis psoriática<sup>82</sup>**

Es una enfermedad de las articulaciones que se presenta en algunos enfermos de psoriasis, lo que le confiere unas características peculiares en cuanto a evolución y pronóstico. La lesión articular es inflamatoria, es decir con dolor,

hinchazón, calor, dificultad de movimiento de la articulación inflamada y a la larga posibilidad de deformación. Sólo un 10% de enfermos con psoriasis desarrollarán artritis y la gravedad de ésta no tiene relación con la extensión de la lesión de la piel. Es una enfermedad crónica, que evoluciona irregularmente a lo largo de la vida, con épocas de inactividad y épocas de inflamación y dolor.

#### **F. Artritis idiopática juvenil<sup>82</sup>**

Es la forma más común de artritis en los niños. Produce dolor, rigidez articular, hinchazón de las articulaciones y pérdida de movimiento. Puede acompañarse de lesiones cutáneas y fiebre.

#### **G. Lupus eritematoso<sup>82</sup>**

Es una enfermedad autoinmune, de predominio en mujeres jóvenes y que puede dañar la piel, las articulaciones, el corazón, los riñones y otros órganos internos.

#### **H. Artritis reactiva<sup>82</sup>**

El término artritis reactiva se utiliza para describir la artritis que aparece tras una infección intestinal o génito-urinaria. También puede producir lesiones de la piel, úlceras en la boca, conjuntivitis y fiebre.

#### **I. Poliartritis<sup>84</sup>**

Una poliartritis se define como la presencia de inflamación en cuatro o más articulaciones. Si el tiempo de evolución es menor de 4 a 6 semanas, se habla de poliartritis aguda, y si es mayor, poliartritis crónica. Los patrones de aparición pueden ser:

- **Aditivo:** cuando se afectan articulaciones nuevas en el tiempo y se suman a otras previamente inflamadas.
- **Migratorio:** si remite la inflamación de forma completa en las articulaciones afectadas inicialmente y aparece en otras nuevas.
- **Palindrómico:** con ataques repetidos que desaparecen completamente sin secuelas y pueden presentar cierta periodicidad.

### **Etiología<sup>84</sup>**

Las causas más frecuentes son: la artritis reumatoide, las artritis microcristalinas, las infecciosas y el lupus.

### **Actitud diagnóstica ante las poliartritis<sup>84</sup>**

Se debe realizar una historia clínica y exploración física completa. Las pruebas complementarias recomendadas son: hemograma, VSG, orina elemental, bioquímica (ácido úrico, creatinina, glucemia, transaminasas, proteinograma). Estudio del líquido sinovial (Gram y cultivo, cristales, células, glucosa, proteínas), cultivo del foco primario de sospecha. Inmunología: ANA, FR, PCR. Serología (rubéola, hepatitis, Brucella, estreptococos, Borrelia burgdorferi). Radiografía del tórax y de las articulaciones afectadas.

## **6. Tratamiento de la artritis<sup>82</sup>**

Existen muchos tratamientos que ayudan a mejorar los síntomas de la enfermedad, y generalmente, se emplean varios simultáneamente. Encontrar el tratamiento correcto para cada paciente, en ocasiones, puede llevar algún tiempo, y su tratamiento puede cambiar cuando su enfermedad se modifica. Es su reumatólogo quién debe recomendarle el más adecuado en su caso. Por otra parte, en el tratamiento de las artritis, especialmente si son crónicas, puede estar implicado todo un equipo terapéutico en el que, además del reumatólogo, participan el médico de familia, el médico rehabilitador, el ortopedista, terapeutas físicos y ocupacionales, psicólogos.

Los tratamientos para la artritis pueden ser clasificados en varios grupos: medidas básicas, medicación, y cirugía.

### **a) Medidas básicas<sup>82</sup>**

Entre ellas se incluyen:

- **Reposo:** durante las fases activas de la artritis, cuando los síntomas son más intensos y existe fatiga, es preferible aumentar las horas de reposo hasta que empiece a hacer efecto la medicación. Posteriormente, reanude su actividad de forma progresiva.
- **Ejercicio:** es muy importante para mantener la movilidad y la independencia física. El ejercicio también mejora el dolor, reduce la fatiga y le ayuda a sentirse bien. Haga los ejercicios que le recomienden, al menos una vez al



día, durante los momentos en que se sienta con menor fatiga o rigidez. Si aparece dolor después de realizarlos y dura más de dos horas, reduzca el nivel de actividad para la próxima vez, o deje los ejercicios durante unos días.

- Frío y calor: utilizados sobre las articulaciones inflamadas pueden aliviar el dolor y la rigidez (por ejemplo, antes de hacer los ejercicios). El calor (se puede aplicar con la esterilla eléctrica o en el baño) ayuda a relajar la musculatura, mientras que el frío (con bolsitas de hielo) anestesia la piel y reduce el dolor.
- Proteger las articulaciones: existen muchos dispositivos para hacerle más fácil la realización de sus tareas diarias, como bastones, plantillas, agarraderas para objetos finos...Consulte con su médico. El exceso de peso está relacionado con algunas artritis, como la gota. Es aconsejable siempre mantener un peso adecuado, y para ello debe restringir las comidas calóricas y hacer ejercicio.

#### **b) Medicación<sup>82</sup>**

Existen muchos fármacos que pueden usarse para tratar la artritis. Algunos se emplean en todo tipo de artritis, mientras que otros son específicos y son empleados en situaciones concretas. En general, todos deben ser prescritos por un médico. Su médico ha de conocer todos aquellos medicamentos que usted toma, para ayudarle a encontrar los que le alivien su enfermedad, y evitar la aparición de efectos secundarios.

Los medicamentos más comúnmente empleados en la artritis son los antiinflamatorios no esteroideos, los cuales sirven para reducir el dolor y la inflamación. Los más conocidos son: la aspirina, ibuprofeno, naproxeno. Sus efectos indeseables más habituales son la afectación del aparato digestivo, en forma de intolerancia digestiva, o incluso aparición de úlcera o hemorragias digestivas.

Otros medicamentos frecuentemente usados son los analgésicos, los cuales alivian el dolor sin suprimir la inflamación; no tienen complicaciones digestivas, a diferencia de los anteriores. Los corticosteroides se prescriben también para reducir el dolor y la inflamación; a causa de sus posibles efectos secundarios,

siempre deben de ser prescritos y controlados por un médico. Existen otros fármacos que pueden detener la evolución progresiva de algunas artritis crónicas; siempre ha de ser un reumatólogo quién recete y controle estas medicinas.

### **c) Cirugía<sup>82</sup>**

La mayor parte de las personas nunca necesitarán cirugía para tratar su artritis. No obstante, en algunos casos de mala evolución, una intervención quirúrgica puede resolver problemas en los que han fallado otros tratamientos. La cirugía más empleada en la artritis es la sustitución de una articulación dañada por una artificial (prótesis).

## **7. Complicaciones de la artritis<sup>8</sup>**

La artritis reumatoide puede causar pérdida del apetito, pérdida de peso, cansancio, dolor muscular y bultos (nódulos) bajo la piel. Asimismo, puede causar problemas de visión, anemia (carencia de hierro en la sangre) y vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos).

Algunos tratamientos contra la artritis tienen efectos secundarios que pueden provocar problemas adicionales. Los fármacos anti-inflamatorios sin esteroides pueden dañar el estómago y sistema digestivo y también se han relacionado con problemas de riñón en algunas personas. Los corticoesteroides pueden reducir la densidad ósea (osteoporosis) y aumentar el riesgo de fracturas y también la formación de herpes, cataratas y diabetes.

A largo plazo, la artritis puede crear empeoramiento del dolor, pérdida de movilidad y, a veces, hacer que caminar sea difícil o imposible.

## **E. Adherencia terapéutica<sup>90,91</sup>**

### **a) Definición<sup>90,91</sup>**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica se define como el grado en que el comportamiento de una persona – tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La OMS, señala que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad

continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad.

**b) Métodos para medir la adherencia<sup>92</sup>**

Medir la adherencia es difícil y ningún método sea directo o indirecto está exento de limitaciones. Sin embargo se sabe de la existencia de métodos disponibles para la medición de adherencia se pueden dividir en métodos directos e indirectos (Tabla 1). Cada método tiene sus ventajas y desventajas:

**Métodos directos<sup>92</sup>**

En general son muy objetivos y específicos. Se basan en la determinación del fármaco, sus metabolitos o un trazador incorporado a él, en algún fluido biológico del enfermo. Estos métodos no están disponibles para todos los medicamentos y resultan caros para aplicarlos en la práctica clínica diaria. Se utilizan en los ensayos clínicos.

**Métodos indirectos<sup>92</sup>**

Valoran la adherencia a partir de informaciones facilitadas por el paciente, midiendo sucesos o circunstancias que se relacionan probablemente de forma indirecta, con la adherencia. Suelen ser sencillos y económicos de realizar. De todos estos destacamos un método validado para la determinación del grado de adherencia de pacientes con hipertensión: Test de Morisky-Green-Levine.

Tabla 1: Métodos para medir la adherencia.<sup>92</sup>

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

Fuente: Osterberg L. N Engl J Med 2005; pág.353: 487-497

- **Test de Morisky-Green y Levine<sup>93,94</sup>**

Este método, que está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto a la adherencia. Por otra parte, es muy fácil de realizar al ser bastante breve y muy fácil de aplicar, puede proporcionar información sobre las causas de la no adherencia, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Se considera adherente a la persona que responde no a las cuatro preguntas, y si contesta SI en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente.

- **El "Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau)<sup>94</sup>**

Para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica" (Cuestionario MBG, en lo adelante), se aplicó a la muestra de pacientes determinada en cada territorio para identificar la frecuencia de adherencia según niveles.

**Niveles de adherencia<sup>94</sup>**

Se consideraron tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación que obtuvo el paciente en el cuestionario. Se consideró total: si obtuvo entre 34 y 48 puntos; parcial: entre 33 y 18 y no adherido si obtuvo 17 o menos puntos.

**Componentes de la adherencia<sup>94</sup>**

Se consideraron tres componentes que se evalúan a partir de los ítems que integran el cuestionario MBG. Estos son:

- Implicación personal: ítems: 5, 6, 8, 9, 10.
- Relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): ítems: 7, 11, 12.
- Comportamental (cumplimiento del tratamiento): ítems: 1, 2, 3, 4.

Se consideran ítems de bajos resultados aquellos que obtuvieron valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcanzaron valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que lograron valores medios superiores a 3. <sup>94</sup>

## **2.2. Variables**

Variable de la investigación cualitativa<sup>95</sup>

- Adherencia terapéutica
  - Indicadores
    - Implicación Personal
    - Relacional
    - Comportamental

## Covariables

- Artritis
- Sexo (cualitativa)<sup>95</sup>
- Grupo etáreo (Cuantitativa)<sup>95</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

En la investigación se aplicará básicamente el método científico<sup>95</sup>, buscando establecer las variables de estudio.

#### **3.2. Tipo y Nivel de Investigación**

##### **3.2.1. Tipo de investigación**

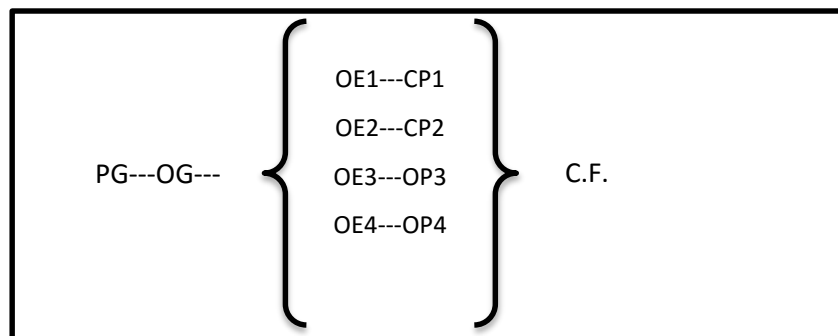
Por la forma como se ha planteado el estudio, el tipo de investigación es básica.

##### **3.2.2. Nivel de investigación**

Por el periodo de secuencia de estudios es de tipo transversal prospectiva y según el nivel será descriptiva.<sup>96</sup>

### 3.3. Diseño de la Investigación

El diseño que se empleará responde al de una investigación por objetivos, tomando como referencia la naturaleza de las variables empleadas en la formulación del problema planteado, conforme al esquema siguiente:



Dónde:

PG = Problema General

OG = Objetivo General

OE =Objetivo Específico

CP = Conclusión Parcial

CF = Conclusión Final

### 3.4. Población de estudio

La población de la investigación está constituida por 180 pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo.

#### Factores de exclusión:

- Pacientes con otras enfermedades
- Pacientes con otras enfermedades crónicas
- Pacientes que frecuentan otros hospitales de la Provincia de Huancayo
- Pacientes con algún trastorno psiquiátrico



**Factores de inclusión:**

- Pacientes con artritis
- Pacientes que tengan más de 18 años de edad
- Residir en la Provincia de Huancayo
- Ser de cualquiera de los dos sexos
- Pacientes que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo.

**3.5. Muestra**

Los pacientes con artritis que mensualmente frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo está constituida por 180 pacientes y para determinar el tamaño de la muestra se hará el uso de la fórmula del tamaño de la muestra de poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad del 95% (dos sigmas), con un margen de error del 5% donde se desconocen los parámetros poblacionales es el siguiente:

$$n = \frac{4.N.p.q.}{E^2(N-1)+4.p.q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra para poblaciones finitas.

N = Tamaño de la población

p y q = Valores estadísticos de la población (varianza), cuando los parámetros son desconocidos (p=50 y q=50)

E = Nivel o margen de error admitido (De cero a 5%)

Reemplazando valores:

$$n = \frac{4(180)(50)(50)}{5^2(179)+4(50)(50)} = \frac{1'800,000.00}{14,475.00}$$

$$n = 124$$

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos<sup>96</sup>**

#### **3.6.1. Técnica**

La técnica es la encuesta

#### **3.6.2. Instrumento**

El cuestionario consta de tres ítems:

- Ítem I: Consentimiento informado, aceptación del encuestado.
- Ítem II: Llenado de la ficha clínica, con 4 datos importantes del paciente como: sexo, edad, grupo etario y enfermedad crónica que padece.
- Y el instrumento propiamente dicho es el Ítem III: que se aplicó es el cuestionario de Adherencia: "Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau) para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica", que considera tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación del paciente en el cuestionario: adherencia total: si obtiene Niveles de adherencia: entre 34 y 48 puntos; parcial: entre 33 y 18 y no adherido si obtuviera 17 o menos puntos.<sup>94</sup>

Se consideró tres componentes que se evaluó a partir de los ítems que integran el cuestionario MBG. Estos son:

- a) Implicación personal: ítems: 5, 6, 8, 9, 10.
- b) Relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): ítems: 7, 11, 12.
- c) Comportamental (cumplimiento del tratamiento): ítems: 1, 2, 3, 4.

Se consideró ítems de bajos resultados aquellos que obtengan valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcancen valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que logren valores medios superiores a 3. Interpretándose por consecuencia la adherencia terapéutica en tres niveles: total, parcial o no adherencia.

### **3.7. Técnicas de procesamiento de la investigación**

Se seguirá el siguiente orden:

- Sistematización de la información
- Categorización de la información
- Presentación de la información a través de cuadros estadísticos y gráficos, a fin de presentar la información en forma objetiva y permita analizar los objetivos de estudio.

Para procesar los datos se utilizará los siguientes procedimientos estadísticos:

- Cálculo de medidas de tendencia central como la media aritmética, la mediana y la moda.
- Cálculo de medidas de dispersión como el rango y la desviación estándar.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

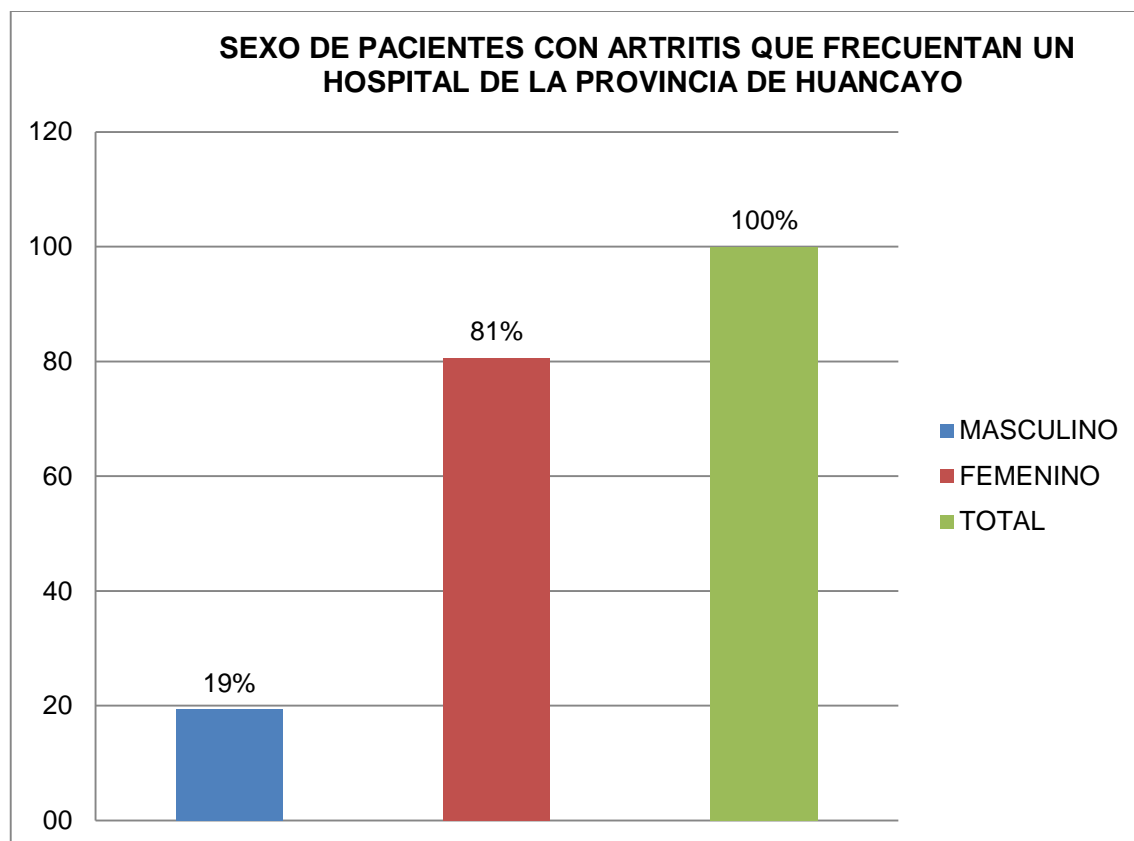
Una vez procesado y analizado la información se obtuvo los siguientes resultados:

**TABLA N° 01**  
**SEXO DE PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN**  
**HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**

SEXO	SUBTOTAL	PORCENTAJE (%)	RESULTADOS DE LA MODA
MASCULINO	24	19	100
FEMENINO	100	81	
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

**GRÁFICO N° 01**  
**SEXO DE PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN**  
**HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

### **INTERPRETACIÓN:**

De los resultados obtenidos respecto a los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información:

- 24 (19%) pacientes con artritis son del sexo masculino
- 100 (81%) pacientes con artritis son del sexo femenino

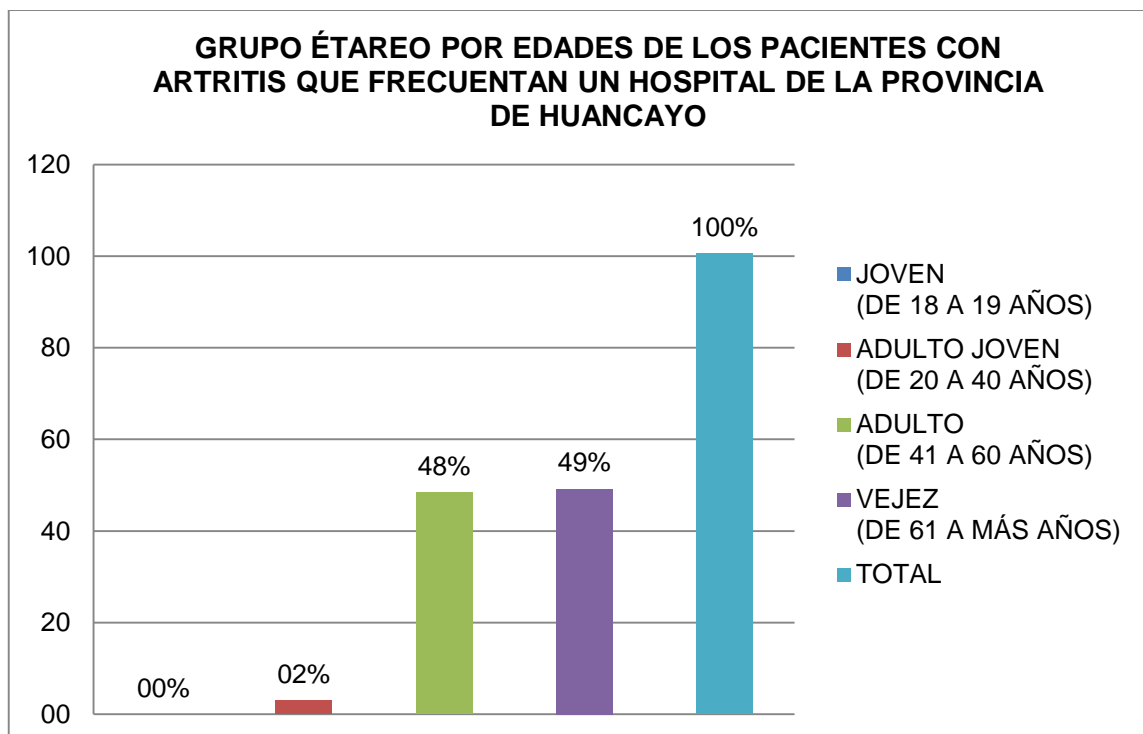
La moda de los resultados antes referidos, es que 100 pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, son del sexo femenino.

**TABLA N° 02**  
**GRUPO ÉTAREO POR EDADES DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE**  
**FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**

GRUPO ETARIO POR EDAD	SUBTOTAL	PORCENT. (%)	RESULTADOS DE LA MODA
JOVEN (DE 18 A 19 AÑOS)	00	00	61
ADULTO JOVEN (DE 20 A 40 AÑOS)	03	02	
ADULTO (DE 41 A 60 AÑOS)	60	48	
VEJEZ (DE 61 A MÁS AÑOS)	61	49	
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

**GRÁFICO N° 02**  
**GRUPO ÉTAREO POR EDADES DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE**  
**FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

## **INTERPRETACIÓN:**

De la encuesta realizada, se tiene los siguientes resultados:

- Ningún paciente con artritis que frecuenta el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo pertenece al grupo etáreo de joven (de 18 a 19 años).
- 03 (02%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo pertenecen al grupo etáreo de adulto joven (de 20 a 40 años).
- 60 (48%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo pertenecen al grupo etáreo de adulto (de 41 a 60 años)
- 61 (49%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo pertenecen al grupo etáreo de vejez (de 61 a más años)

Asimismo, la moda de los resultados antes citados, es que 61 pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, pertenecen al grupo etáreo de vejez (de 61 a más años)



**TABLA N° 03**

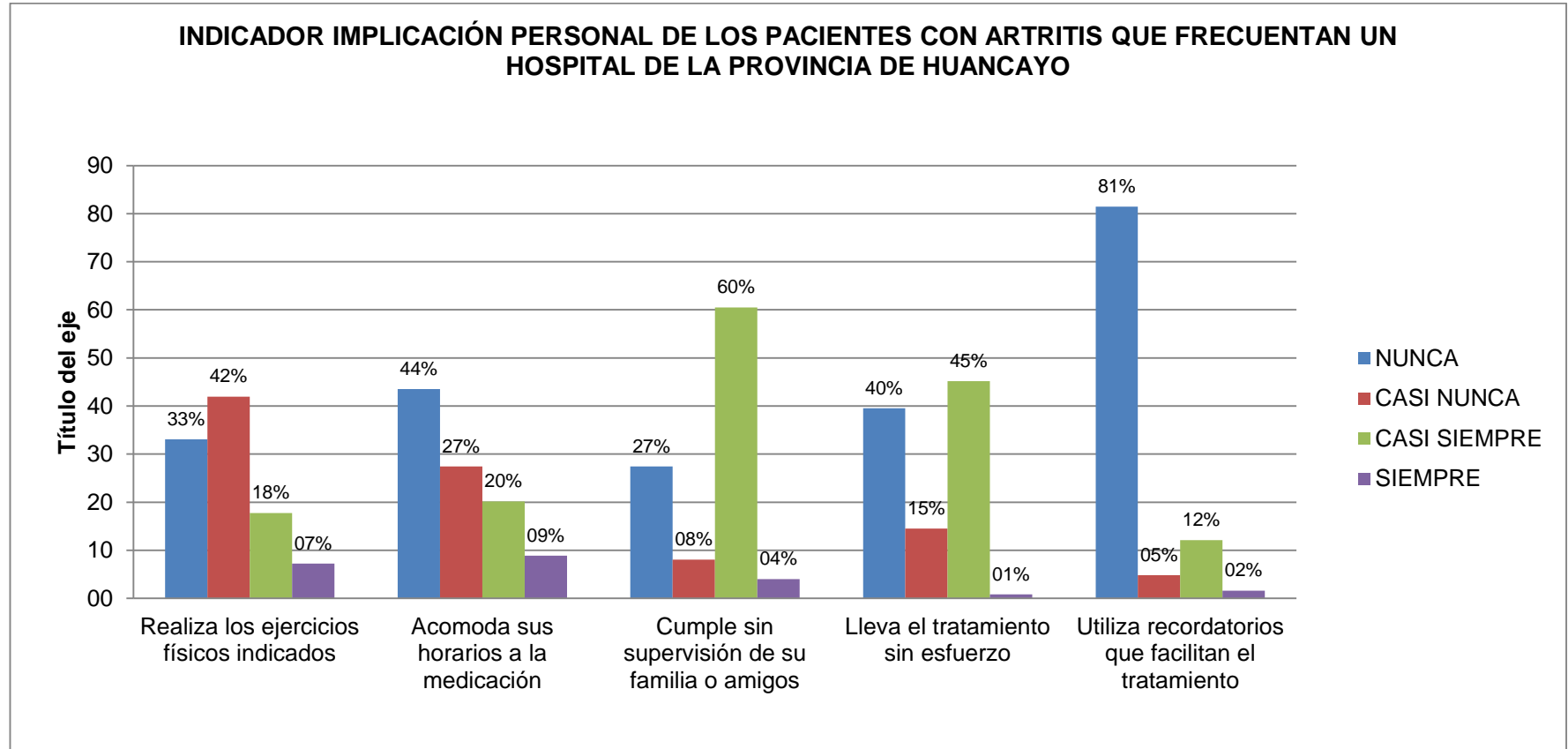
**INDICADOR IMPLICACIÓN PERSONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**

INDICADOR IMPLICACIÓN PERSONAL	RESPUESTAS								TOTAL	DESVSTANDAR
	NUNCA	PORCENT. (%)	CASI NUNCA	PORCENT. (%)	CASI SIEMPRE	PORCENT. (%)	SIEMPRE	PORCENT. (%)		
Realiza los ejercicios físicos indicados	41	33	52	42	22	18	09	07	124	16.62828915
Acomoda sus horarios a la medicación	54	44	34	27	25	20	11	09	124	15.60448653
Cumple sin supervisión de su familia o amigos	34	27	10	08	75	60	05	04	124	27.66767066
Lleva el tratamiento sin esfuerzo	49	40	18	15	56	45	01	01	124	22.46107745
Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento	101	81	06	05	15	12	02	02	124	40.68783602

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

### GRÁFICO N° 03

## INDICADOR IMPLICACIÓN PERSONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

## **INTERPRETACIÓN:**

De la encuesta realizada a los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información:

- Respecto a la realización de los ejercicios físicos indicados: 41 (33%) pacientes respondieron que nunca lo han realizado; asimismo, 52 (42%) pacientes respondieron que casi nunca lo han realizado; del mismo modo, 22 (18%) pacientes respondieron que casi siempre lo han realizado; y 09 (07%) pacientes respondieron que siempre lo han realizado. La desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 16.62828915.
- Respecto a que si se acomodan sus horarios a la medicación: 54 (44%) pacientes respondieron que nunca lo han acomodado; asimismo, 34 (27%) pacientes respondieron que casi nunca lo han acomodado; del mismo modo, 25 (20%) pacientes respondieron que casi siempre lo han acomodado; y 11 (09%) pacientes respondieron que siempre lo han acomodado. La desviación estándar de los resultados antes referidos es de 15.60448653.
- Respecto al cumplimiento sin supervisión de su familia o amigos: 34 (27%) pacientes respondieron que nunca lo han cumplido; asimismo, 10 (08%) pacientes respondieron que casi nunca lo han cumplido; del mismo modo, 75 (60%) pacientes respondieron que casi siempre lo han cumplido; y 05 (04%) pacientes respondieron que siempre lo han cumplido. La desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 27.66767066.

- Respecto a que si lleva el tratamiento sin esfuerzo: 49 (40%) pacientes respondieron que nunca lo han llevado sin esfuerzo alguno; asimismo, 18 (15%) pacientes respondieron que casi nunca lo han llevado sin esfuerzo alguno; del mismo modo, 56 (45%) pacientes respondieron que casi siempre lo han llevado sin esfuerzo alguno; y 01 (01%) paciente respondió que siempre lo ha llevado sin esfuerzo alguno. La desviación estándar de los resultados antes citados es de 22.46107745.
- Respecto a que si se utiliza recordatorios que faciliten el tratamiento: 101 (81%) pacientes respondieron que nunca lo han utilizado; asimismo, 06 (05%) pacientes respondieron que casi nunca lo han utilizado; del mismo modo, 15 (12%) pacientes respondieron que casi siempre lo han utilizado; y 02 (02%) pacientes respondieron que siempre lo han utilizado. La desviación estándar de los resultados antes referidos es de 40.68783602.

**TABLA N° 04**

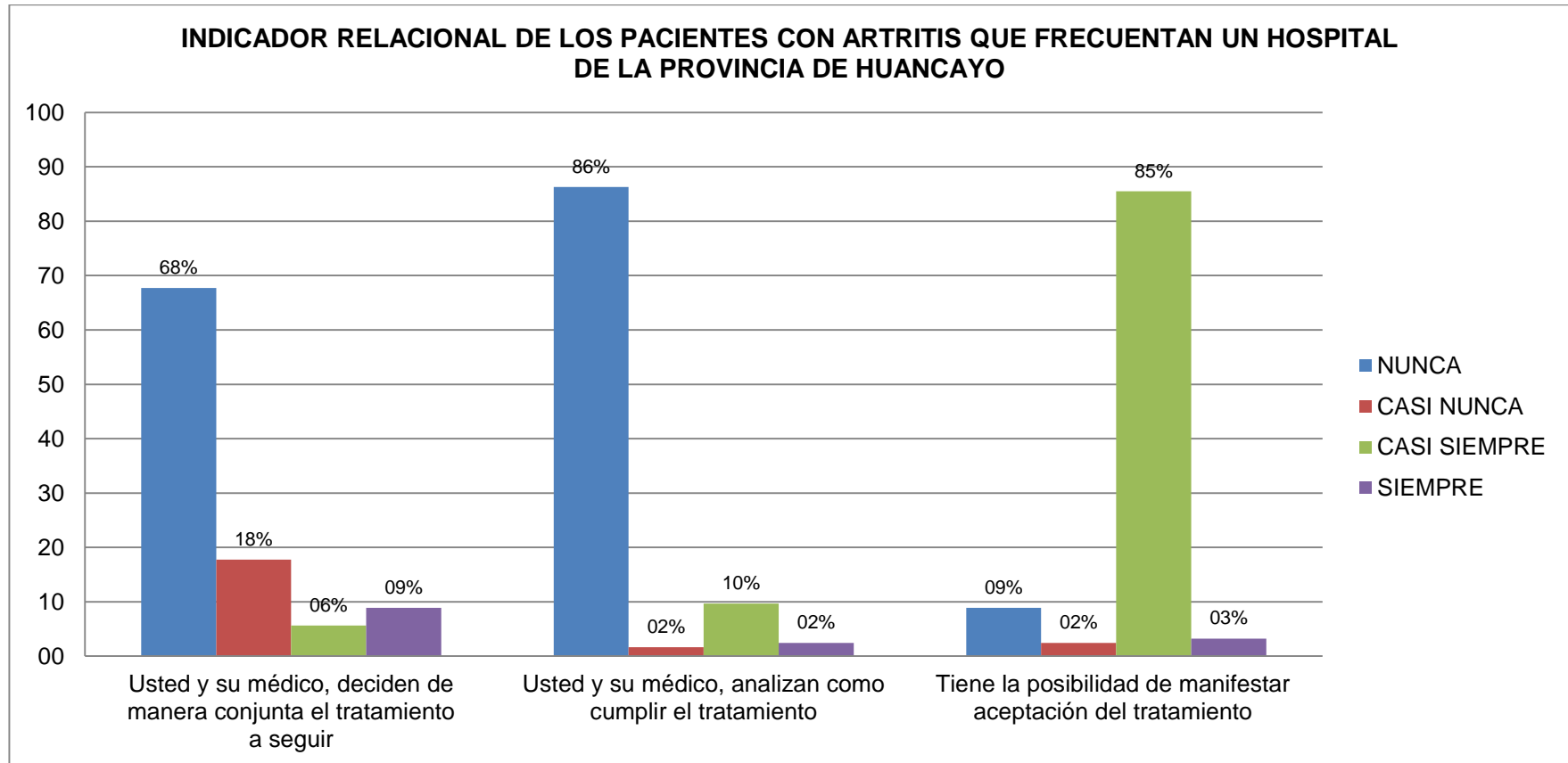
**INDICADOR RELACIONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**

INDICADOR RELACIONAL PROFESIONAL - PACIENTE	RESPUESTAS								TOTAL	DESVSTANDAR
	NUNCA	PORCENT. (%)	CASI NUNCA	PORCENT. (%)	CASI SIEMPRE	PORCENT. (%)	SIEMPRE	PORCENT. (%)		
Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir	84	68	22	18	07	06	11	09	124	31.08858311
Usted y su médico, analizan como cumplir el tratamiento	107	86	02	02	12	10	03	02	124	44.05110668
Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento	11	09	03	02	106	85	04	03	124	43.41082814

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 04

INDICADOR RELACIONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

## **INTERPRETACIÓN:**

De la encuesta realizada, se tiene la siguiente información:

- 84 (68%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo respondieron que ellos y su médico nunca deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir; asimismo, 22 (18%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi nunca deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir; del mismo modo, el 07 (06%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi siempre deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir; y 11 (09%) pacientes respondieron que ellos y su médico siempre deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir. Cabe precisar, que la desviación estándar de los resultados antes citados es de 31.08858311.
- 107 (86%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo respondieron que ellos y su médico nunca analizan como cumplir el tratamiento; asimismo, 02 (02%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi nunca analizan como cumplir el tratamiento; del mismo modo, 12 (10%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi siempre analizan como cumplir el tratamiento; y 03 (02%) pacientes respondieron que ellos y su médico siempre analizan como cumplir el tratamiento. Cabe precisar, que la desviación estándar de los resultados antes referidos es de 44.05110668.
- 11 (09%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo

respondieron que ellos nunca tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento; asimismo, 03 (02%) pacientes respondieron que ellos casi nunca tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento; del mismo modo, 106 (85%) pacientes respondieron que ellos casi siempre tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento; y 04 (03%) pacientes respondieron que ellos siempre tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento. Cabe precisar, que la desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 43.41082814.



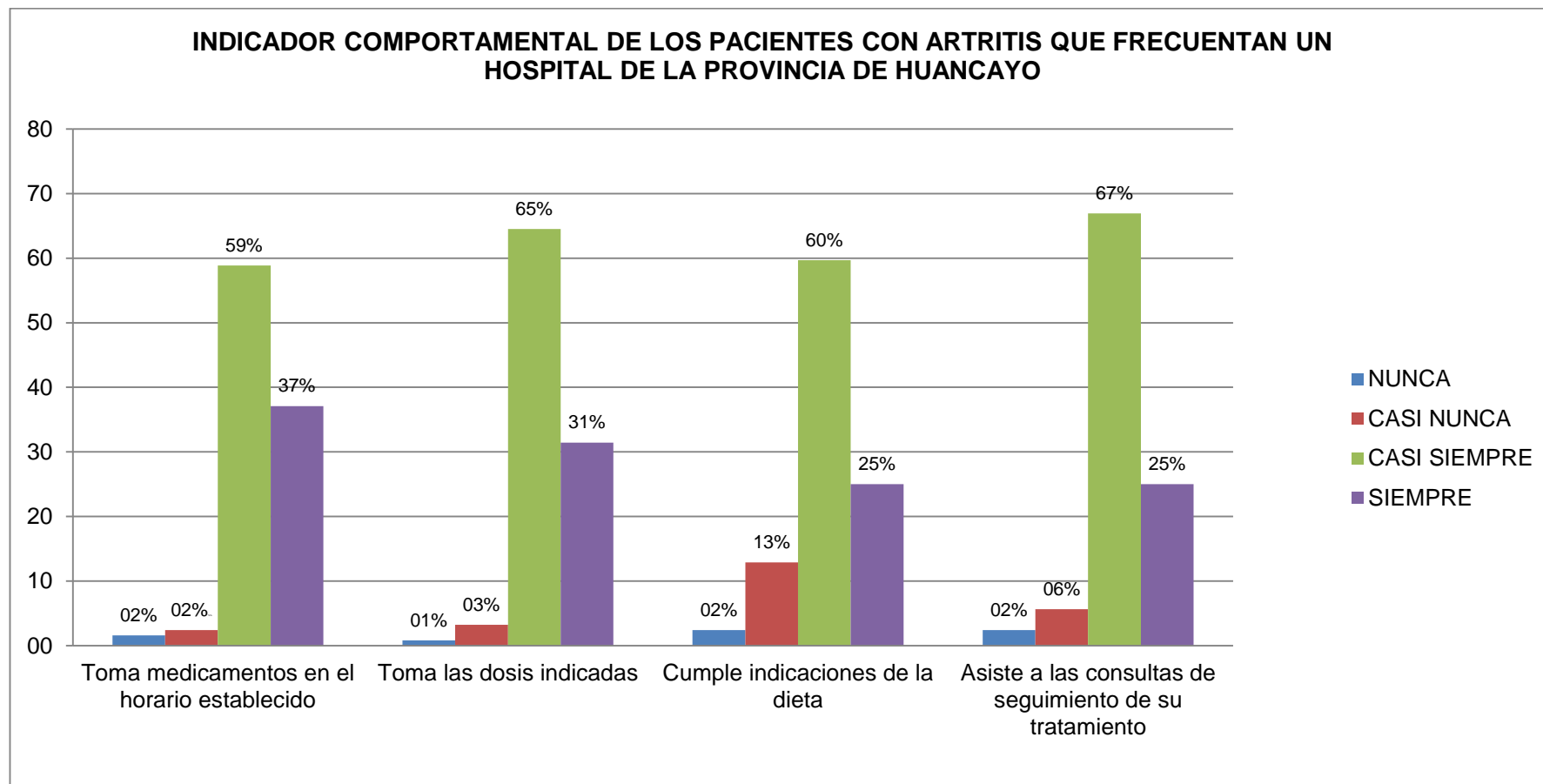
**TABLA N° 05**  
**INDICADOR COMPORTAMENTAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA**  
**PROVINCIA DE HUANCAYO**

INDICADOR COMPORTAMENTAL - CUMPLIMIENTO	RESPUESTAS								TOTAL	DESVSTANDAR
	NUNCA	PORCENT. (%)	CASI NUNCA	PORCENT. (%)	CASI SIEMPRE	PORCENT. (%)	SIEMPRE	PORCENT. (%)		
Toma medicamentos en el horario establecido	02	02	03	02	73	59	46	37	124	30.05827673
Toma las dosis indicadas	01	01	04	03	80	65	39	31	124	31.99218655
Cumple indicaciones de la dieta	03	02	16	13	74	60	31	25	124	26.73013281
Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento	03	02	07	06	83	67	31	25	124	31.8747549

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 05

INDICADOR COMPORTAMENTAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

## **INTERPRETACIÓN:**

De la encuesta realizada a los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información:

- Respecto a la toma de medicamentos en el horario establecido: 02 (02%) pacientes respondieron que nunca lo han tomado; asimismo, 03 (02%) pacientes respondieron que casi nunca lo han tomado; del mismo modo, 73 (59%) pacientes respondieron que casi siempre lo han tomado; y 46 (37%) pacientes respondieron que siempre lo han tomado. Por tanto, la desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 30.05827673.
- Respecto a la toma de dosis indicadas: 01 (01%) paciente respondió que nunca lo ha tomado; asimismo, 04 (03%) pacientes respondieron que casi nunca lo han tomado; del mismo modo, 80 (65%) pacientes respondieron que casi siempre lo han tomado; y 39 (31%) pacientes respondieron que siempre lo han tomado. Por tanto, la desviación estándar de los resultados antes citados es de 31.99218655.
- Respecto al cumplimiento de indicaciones de la dieta: 03 (02%) pacientes respondieron que nunca lo cumplen; asimismo, 16 (13%) pacientes respondieron que casi nunca lo cumplen; del mismo modo, 74 (60%) pacientes respondieron que casi siempre lo cumplen; y 31 (25%) pacientes respondieron que siempre lo cumplen. Por tanto, la desviación estándar de los resultados antes referidos es de 26.7301328.

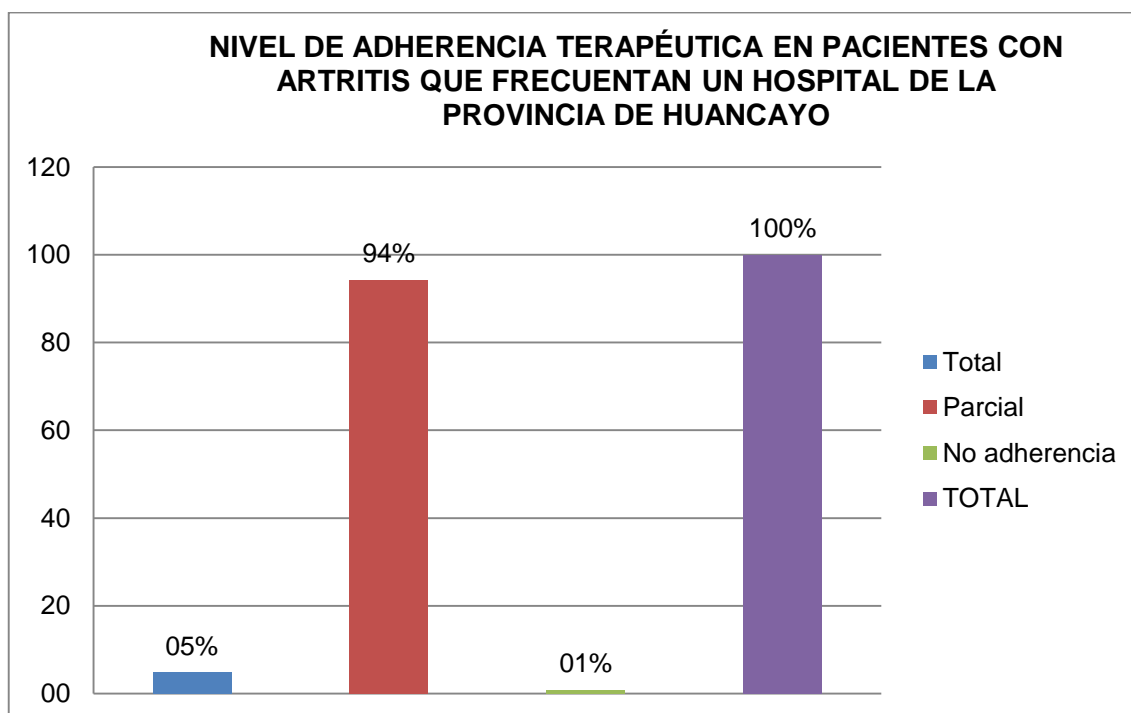
- Respecto a la asistencia a las consultas de seguimiento de su tratamiento:  
03 (02%) pacientes respondieron que nunca asisten; asimismo, 07 (06%)  
pacientes respondieron que casi nunca asisten; del mismo modo, 83 (67%)  
pacientes respondieron que casi siempre asisten; y 31 (25%) pacientes  
respondieron que siempre asisten. Por tanto, la desviación estándar de los  
resultados antes mencionados es de 31.8747549.

**TABLA N° 06**  
**NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS**  
**QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	TOTAL	PORCENTAJE (%)	RESULTADOS DE LA MODA
Total	06	05	117
Parcial	117	94	
No adherencia	01	01	
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

**GRÁFICO N° 06**  
**NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS**  
**QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

## **INTERPRETACIÓN:**

De la encuesta realizada, se tiene la siguiente información:

- 6 (05%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo tienen un nivel total de adherencia terapéutica al tratamiento.
- 117 (94%) pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento.
- 01 (01%) paciente con artritis que frecuenta el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo tienen, no tiene un nivel de adherencia terapéutica al tratamiento.

La moda de los resultados antes citados es que 117 pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento.

## **DISCUSIÓN**

Chaparro R, Rillo O, Benegas M, Correa M, Citera G, Cocco J, Casado G, et. al. (2013), en la Investigación: “Adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea que reciben medicamentos biológicos”, precisan que en su investigación participaron pacientes consecutivos con AR que se encontraban recibiendo fármacos para el tratamiento de su enfermedad en los últimos seis meses y que asistieron a la consulta ambulatoria en los diferentes centros de atención, durante el periodo comprendido entre noviembre del 2010 y abril del 2011 y como resultado de la misma obtuvieron que el 86% fueron mujeres<sup>18</sup>. Respecto a los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se obtuvo que 19% de pacientes son del sexo masculino, y el 81%

de pacientes son del sexo femenino. Por tanto, se validan los resultados de la investigación realizada.

González OZ, Egüez MJ, Fusté JC, Reyes ME, Borges LJ, González OL. (2016), en la Investigación: “Caracterización clínico–epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide”, precisan que en su investigación participaron 280 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide hospitalizados en los Servicios Clínicos del Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro durante el período comprendido entre el 2009 y el 2013, y como resultado se obtuvo que el 15% de pacientes tienen entre 20 y 39 años; asimismo, el 47.86% tienen entre 40 y 59 años; del mismo modo, el 30.36% tienen entre 60 y 79 años; y el 6.79% tienen de 80 a más años.<sup>97</sup> El 02% de pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo pertenecen al grupo etáreo de adulto joven (de 20 a 40 años); asimismo, el 48% de pacientes pertenecen al grupo etáreo de adulto (de 41 a 60 años); y el 49% de pacientes pertenecen al grupo etáreo de vejez (de 61 a más años). Por lo antes mencionado, se corroboran los resultados de la presente investigación.

Chaccha CR, Rojas EC. (2007), en la Tesis: “Grado de conocimiento de los pacientes crónicos ambulatorios sobre su tratamiento farmacológico”, precisan que 92.8% de pacientes respondieron que si conocen que deben hacer alguna actividad física como parte de su tratamiento<sup>38</sup>. Respecto al indicador implicación personal sobre el ítem de la realización de los ejercicios



físicos indicados, el 42% de pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo respondieron que casi nunca lo han realizado; el 18% respondieron que casi siempre lo han realizado; y el 07% respondieron que siempre lo han realizado. Considerando lo antes mencionado, los resultados de la investigación realizada se corroboran.

Chaccha CR, Rojas EC. (2007), en la Tesis: “Grado de conocimiento de los pacientes crónicos ambulatorios sobre su tratamiento farmacológico”, precisan que 96.93% de pacientes respondieron que del médico tratante recibieron información pertinente respecto al tratamiento y medicamentos respectivos para tratar su enfermedad<sup>38</sup>. Respecto al indicador relacional profesional – paciente, el 85% de pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, respondieron que siempre tienen la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento, siempre y cuando se les informe adecuadamente sobre el tratamiento y los medicamentos a tomar. Por tanto, se corroboran los resultados de la investigación realizada.

Chaccha CR, Rojas EC. (2007), en la Tesis: “Grado de conocimiento de los pacientes crónicos ambulatorios sobre su tratamiento farmacológico”, precisan que el 64.2% de pacientes respondieron que si conocen por cuánto tiempo tomará sus medicamentos; asimismo, el 96.2% de pacientes conocen las horas en las que deben de tomar sus medicamentos<sup>38</sup>. Respecto al

indicador comportamental – cumplimiento de los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, el 59% y el 37% de pacientes respondieron que casi siempre y siempre respectivamente, han tomado los medicamentos en el horario establecido; asimismo, el 65 y el 31% de pacientes respondieron que casi siempre y siempre respectivamente, han tomado las dosis indicadas. Consecuentemente, se validan los resultados de la presente investigación.

Chaparro R, Rillo O, Benegas M, Correa M, Citera G, Cocco J, Casado G, et. al. (2013), en la Investigación: “Adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea que reciben medicamentos biológicos”, precisan que como resultado de su investigación y teniendo en consideración la falta de cumplimiento (no adherencia) al retraso, perdida o adelanto en la dosis de tratamiento, el 52% de pacientes fueron no adherentes<sup>18</sup>. Respecto al nivel de adherencia terapéutica al tratamiento, el 05% de pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo tienen un nivel total de adherencia terapéutica al tratamiento; asimismo, el 94% tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento; y solo el 01% de pacientes no tiene un nivel de adherencia terapéutica al tratamiento. Por tanto, los resultados de la presente investigación difieren de la investigación citada, toda vez que para evaluar el nivel de adherencia terapéutica en ambas investigación se utilizaron cuestionarios diferentes (Cuestionario de DMAR y Cuestionario de MBG), en

los cuales se utilizan diferentes aspectos para evaluar la adherencia terapéutica, siendo el más recomendado para la presente investigación el Cuestionario de MBG, porque evalúa los ítems implicación personal, relacional profesional – paciente, y comportamental – cumplimiento.

## CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos respecto a la adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se concluye lo siguiente:

- El 19% de pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo son del sexo masculino y el 81% de pacientes son del sexo femenino.
- Respecto al grupo etáreo por edades de los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se tiene los siguientes resultados: ningún paciente pertenece al grupo etáreo de joven (de 18 a 19 años);

asimismo, el 02% pertenecen al grupo etáreo de adulto joven (de 20 a 40 años); del mismo modo, 48% pertenecen al grupo etáreo de adulto (de 41 a 60 años); y el 49% pertenecen al grupo etáreo de vejez (de 61 a más años)

- Respecto al indicador implicación personal de los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información según los ítems: a) Realiza los ejercicios físicos indicados: El 33% respondieron que nunca; el 42% respondieron que casi nunca; el 18% respondieron que casi siempre; y el 07% respondieron que siempre. b) Acomoda sus horarios a la medicación: El 44% respondieron que nunca; el 27% respondieron que casi nunca; el 20% respondieron que casi siempre y el 09% respondieron que siempre. c) Cumple sin supervisión de su familia o amigos: El 27% respondieron que nunca; el 08% respondieron que casi nunca; el 60% respondieron que casi siempre; y el 04% respondieron que siempre. d) Lleva el tratamiento sin esfuerzo: El 40% respondieron que nunca; el 15% respondieron que casi nunca; el 45% respondieron que casi siempre; y el 01% respondió que siempre. e) Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento: El 81% respondieron que nunca; el 05% respondieron que casi nunca; el 12% respondieron que casi siempre; y el 02% respondieron que siempre.
- Respecto al indicador relacional - profesional de los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente

información según los ítems: a) Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir: El 68% respondieron que nunca; el 18% respondieron que casi nunca; el 06% respondieron que casi siempre; y el 09% respondieron que siempre. b) Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento: El 86% respondieron que nunca; el 02% respondieron que casi nunca; el 10% respondieron que casi siempre; y el 02% respondieron que siempre. c) Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento: El 09% respondieron que nunca; el 02% respondieron que casi nunca; el 85% respondieron que casi siempre y el 03% respondieron que siempre.

- Respecto al indicador comportamental – cumplimiento de los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información según los ítems: a) Toma medicamentos en el horario establecido: El 02% respondieron que nunca; el 02% respondieron que casi nunca; el 59% respondieron que casi siempre y el 37% respondieron que siempre. b) Toma las dosis indicadas: El 1% respondió que nunca; el 03% respondieron que casi nunca; el 65% respondieron que casi siempre; y el 31% respondieron que siempre. c) Cumple indicaciones de la dieta: El 02% respondieron que nunca; el 13% respondieron que casi nunca; el 60% respondieron que casi siempre; y el 25% respondieron que siempre. d) Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento: El 02%

respondieron que nunca; el 06% respondieron que casi nunca; el 67% respondieron que casi siempre; y el 25% respondieron que siempre.

- El 05% de pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo tienen un nivel total de adherencia terapéutica al tratamiento; asimismo, el 94% tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento; y el 01% no tiene adherencia terapéutica al tratamiento.

## **RECOMENDACIONES**

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda lo siguiente:

- Realizar diversas investigaciones relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan otros hospitales de la Provincia de Huancayo con la finalidad de comparar los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Realizar diversas campañas de salud dirigidos a los pacientes con artritis que frecuentan y se atienden en los diversos hospitales de la Provincia de Huancayo, a fin de informar sobre la adherencia terapéutica al tratamiento médico indicado y los problemas que conllevan el incumplimiento del mismos.



- Realizar el seguimiento, supervisión y evaluación correspondiente a los pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la Provincia de Huancayo, a fin de evaluar los niveles de adherencia terapéutica y su aplicación en el tratamiento médico indicado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Sanmartí R, Cañete J.** La artrosis y la artritis. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración. Fundación BBVA. Hospital Clínic de Barcelona. Depósito Legal: B.6283-2009. Disponible en: [http://www.forumclinic.org/sites/default/files/field/pdf/informative/guia\\_artrosis\\_artritis.pdf](http://www.forumclinic.org/sites/default/files/field/pdf/informative/guia_artrosis_artritis.pdf). (fecha de acceso 30 de mayo del 2017)
2. **Kripalani S, Yao X, Haynes B.** Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. 2007;167:540-550.
3. **Palop Larrea V, Martínez Mir I.** Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004;28:113-120.
4. **Thinking outside the pillbox.** A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. New England Healthcare Institute; 2009. Disponible en: [http://www.nehi.net/uploads/full\\_report/pa\\_issue\\_brief\\_\\_final.pdf](http://www.nehi.net/uploads/full_report/pa_issue_brief__final.pdf)

5. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Vol. 19 N° 1. 2011. Disponible en: [www.osanet.euskadi.net/cevime/es](http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es) (fecha de 30 de mayo del 2017)
6. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
7. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2006;13(8). Disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
8. **NHS**. Choices. Arthritis. Queen's Printer and Controller of HMSO 2008. Disponible en: [www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/41.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/41.pdf). (Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016).
9. **Gerth WC**. Compliance and persistence with newer antihypertensive agents. Curr Hypertens Rep 2002;4(6):424–33.
10. **Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al**. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS. 2002; 16 (4): 605-13.
11. **Rogers PG**. Prescription medication compliance: a review of the baseline of knowledge. A report of the national council on patient information and

patient education. *Journal of Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1995;2:3–36.

12. **Sackett DL.** Compliance with therapeutic regimens. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976.
13. **Buchbinder R, Hall S, Sambrook PN, et al.** Metho-trexate therapy in rheumatoid arthritis: a life table review of 587 patients treated in community practice. *J Rheumatol* 1993;20(4):639–44.
14. World Health Organization: Noncommunicable Diseases and Mental Health—Adherence to Longterm Therapies: Policy for Action. Meeting Report 4–5 June, 2001. Geneva: WHO/MNC/CCH/01.02; 2001.
15. **Osterberg L, Blaschke T.** Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97. Review on patient adherence in general.
16. **Grijalva CG, Chung CP, Arbogast PG, et al.** Assessment of adherence to and persistence on disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) in patients with rheumatoid arthritis. *Med Care* 2007;45(10 Suppl 2):S66-76.
17. **Hughes D, Cowell W, Koncz T, Cramer J.** International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research Economics of Medication Compliance Working Group. Methods for integrating medication compliance and persistence in pharmaco-economic evaluations. *Value Health* 2007;10:498-509.
18. **Chaparro R, Rillo O, Benegas M, Correa M, Citera G, Cocco J, Casado G, et. al.** Adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea que reciben medicamentos biológicos. *Rev. Arg. Reumatol.* 2013;24(4): 18-26

19. **Burrell A, Wong P, Ollendorf D, et al.** Defining compliance/adherence and persistence. ISPOR Special Interest Working Group. Value Health 2005;8:A194-195.
20. **Koncz T, Pentek M, Brodsky V, Ersek K, Orlewska E, Gulacsi L.** Adherence to biologic DMARD therapies in rheumatoid arthritis. Expert Opin Biol Ther. 2010 Sep;10(9):1367-78.
21. **Van den Bemt BJJ, van Lankveld GJM.** How can we improve adherence to therapy by patients with rheumatoid arthritis? Nat Clin Pract Rheumatol 2007;3:681.
22. **Uribe BL, Gómez RL, Amariles MP.** Guía de Actuación Farmacéutica en Pacientes con Artritis Reumatoide. 7mo Encuentro Internacional de Farmacovigilancia. Edit. Medicate S.A. Primera Edición. Medellín – Colombia. 2010. ISBN: 978-958-99559-0-.
23. **Carbonell J, Badia X, Grupo Expresar.** Desarrollo y validación de un cuestionario de satisfacción con el tratamiento en pacientes con artritis reumatoide. Reumatol. Clin. 2006;2(3):137-45.
24. **Badia X, Carné X.** La evaluación de la calidad de vida en los ensayos clínicos. Med. Clin. (Barc.). 1998;110:550-6.
25. **Herdman M.** Medida de la calidad de vida relacionada con la salud. Med. Clin. (Barc.). 2000;114:22-5.
26. **Badia X, Del Llano J.** Investigación de resultados en salud. Med. Clin. (Barc). 2000;114:1-7.
27. **Badia X.** Satisfacción con el tratamiento. Med. Clin. 2005;125:98-9.

28. **Linder PS.** Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982;16:577-82.
29. **Alomar A, Guerra A, Perulero N, et al.** Desarrollo de un cuestionario de evaluación de la satisfacción con el tratamiento en pacientes con acné. *Actas Dermosifilográficas.* 2004;95:491-5.
30. **Paddock LE, Veloski J, Chatterton ML, Gevitz FO, Nash DB.** Development and validation of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. *Diabetes Care.* 2000;23:951-6.
31. **Baro E, Casado A, Garcia C, Clerch L, Ribas S.** Assessing satisfaction with pain medication in primary care patients: development and psychometric validation of a new measure. *Clin Ther.* 2004;26:1124-36.
32. **Nunnally JC.** *Psychometric theory.* New York: Mc Graw-Hill; 1978.
33. **Pedroza LM.** Satisfacción de los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con terapia biológica, en HGZ 1, IMSS Delegación Aguascalientes. Tesis para obtener el Grado de Medicina Familiar. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes AGS. Febrero 2011.
34. **Naranjo A.** Artritis reumatoide, tres veces más frecuente en la mujer. *Rev. Med. Epica.* 2008,2(1):11-13.
35. **Zebiene E y cols.** Meeting patients expectations in primary care consultations in Lithuania. *Internacional Journal of Quality in Health Care.* 1983;may-june 6 (3):256-61.

36. **Fernández P.** Fármacos Biológicos. Rev. Med. Epica 2008,2(1):8-10
37. **Cantero BM, Sánchez G.** Nuevas perspectivas en el tratamiento de la artritis reumatoide. Farm. Hosp. Madrid. Vol. 27 N° 6, pp. 360-370. 2003.
38. **Chaccha CR, Rojas EC.** Grado de conocimiento de los pacientes crónicos ambulatorios sobre su tratamiento farmacológico. Tesis para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico. Escuela Académico Profesional de Farmacotecnia y Administración Farmacéutica. Lima - Perú. 2007.
39. **Da Silva T, Schenkel EP, Serrate S.** Nivel de informacao a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitario. Cadernos de Saúde Pública 200;16(2):449-455.
40. **Tarn D, Heritage J.** Physician Communication When Prescribing New Medications. Archives of Internal Medicine 2006;166:1802-1804.
41. **Fernández RC.** La adhesión a los tratamientos terapéuticos. Iber Psicología,1996;1(1)
42. **Miller KE.** Physician-patient communication affects new medicatinopon adherence. American Family Physician 2007.75(5).
43. **Márquez CE, Martell CN.** El uso de fármacos en combinación a dosis en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/cumplimiento/usofarmacos.pdf>. (Fecha de acceso 15 de diciembre del 2016)
44. Poor adherence to long-term of chronic disease is a worldwide problema. Pon American Journal of Public Health 2003;14(3):218-221(4).

45. **Baena M, Fajardo P, Martínez OJ.** Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharmaceutica* 2005;46(4):365-381.
46. **Akici A, Kalaca S.** Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2004;13(12):871-876.
47. El incumplimiento terapéutico. Resumen de las comunicaciones de los Miembros del Grupo de Cumplimiento de la Sociedad Española de Hipertensión y la Liga Española para la Lucha contra Hipertensión Arterial. Disponible en: <http://www.academia.cat/societats/farmcl/jorandes/12jornada/tallers/lmengual.pdf>. (fecha de acceso 15 de diciembre del 2016).
48. **Márquez CE, Casado MJ.** Estrategias para mejorar el cumplimiento. *FMC* 2001;8:558-573.
49. Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan. National Council on Patient Information and Education. Agosto 2007. Disponible en: [http://www.talkaboutrx.org/documents/enhancing\\_prescription\\_medicine\\_adherence.pdf](http://www.talkaboutrx.org/documents/enhancing_prescription_medicine_adherence.pdf). (fecha de acceso 15 de diciembre del 2016).
50. **Beckles GL, et.al.** Population-Based Assessment of the Level of Care Among Adults with Diabetes in the U.S. *Diabetes Care* 1998;21:1432-38.
51. **Estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos.** Disponible en:



<http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/2003/medicam/modulo3/clase3/temas/tema01.htm>. (fecha de acceso 15 de diciembre del 2016)

52. **Larson L, Rovers P, Mackeigan L.** Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument. *Journal of American Pharmaceutical Association* 2002;42(1):44-50.
53. **Ortega AF.** Guía de Práctica Clínica de Artritis Reumatoide. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Gerencia de Prestaciones Hospitalarias. Seguro Social del Perú. Lima – Perú. Febrero 2011.
54. **Spector TD.** Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16(3):513-537.
55. **Gamboa R, Medina M, Acevedo E et al.** Prevalence of rheumatic diseases and disability in an urban marginal Latin American population. A community based study using the COPCORD model approach. *Arthritis and Rheumatism* 2007; 9. S344.
56. **Medina M, Acevedo E, Gamboa R, Pastor C, Alfaro J, Gutierrez C, Perich R, Sanchez A, Cucho M, Sanchez C, Ponce de Leon D, Ugarte M.** Low prevalence of rheumatoid arthritis in an urban mestizo population. *Journal of clinical rheumatology*.2006;12(4):S5-S6.
57. **Medina M, Acevedo E, Gamboa R, Pastor C, Cucho M, Alfaro J, Sánchez A, Perich R, Sánchez C, Ugarte M, Ponce de León D, Gutiérrez C, Manrique R.** Factors Associated to extra-articular manifestations in an urban mestizo cohort of patients with rheumatoid

arthritis not using biological. *Journal of Clinical Rheumatology* 2006, 12(4) S75.

58. **Sokka T, Kautiainen H, Mottonen T et al.** Work disability in rheumatoid arthritis 10 years after the diagnosis. *J Rheumatol* 1999;26: 1681–1685.
59. **Blumberg SN, Fox DA.** Rheumatoid arthritis: guidelines for emerging therapies. *Am J Manag Care.* 2001; 7(6):617-626.
60. **Scott DL, Pugner K, Kaarela K, Doyle DV, Woolf A, Holmes J et al.** The links between joint damage and disability in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2000;39(2):122-132.
61. **Eberhardt KB, Fex E.** Functional impairment and disability in early rheumatoid arthritis-development over 5 years. *J Rheumatol* 1995; 22(6):1037-1042.
62. **Pincus T, Sokka T.** Quantitative target values of predictors of mortality in rheumatoid arthritis as possible goals for therapeutic interventions: an alternative approach to remission or ACR20 responses? *J Rheumatol* 2001; 28(7):1723-1734.
63. **Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, Doran MF, Turesson C, O'Fallon WM et al.** Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum* 2003; 48(1):54-5.
64. **Orueta SR.** Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* Vol. 29 N.º 2.2005

65. **Haynes RB.** Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI. Editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
66. **Bonada C, Guarner MA, Antó JM, Mata JM, Monrabá M, Traveria M.** Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. Aten Primaria 1985; 2: 167-171.
67. **Griffith S.** A review of the factors associated with patient compliance an the taking of prescribed medicines. B J Gen Pract. 1990; 40: 114-116.
68. **Kaplan RM, Simon HJ.** Compliance in medical care of self-predictions. Ann Behav Med 1990; 12: 66-71.
69. **Dunbar JJ, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM.** Adherence in chronic disease. Ann Rev Nurs Res 2000; 18: 48-90.
70. **Puigventós F, Llodrá V, Vilanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza J, Serra J.** Cumplimiento terapéutico de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. Med. Clin. (Barc.) 1997; 109: 702-706.
71. **Donnan PT, McDonald TM, Morris AD.** Adherence to prescribed hypoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Diabet Med 2002; 19: 279-284.
72. **Cerviri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, de Marco R.** International variations in asthma treatment compliance. The results of the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J 1999;14: 288-294.

73. **García MD, Orozco D, Gil V.** Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia. Med. Clin. (Barc.) 2001; 116 (Supl. 2): 141-146.
74. **Cleemput I, Kesteloot K.** Economic implications of noncompliance in heart care. Lancet 2002; 359: 2129-2130.
75. **Urquhart J.** Patient non-compliance with drug regimens: measurements, clinical correlates, economic impact. Eur Heart J 1996; 17(SupplA): 8-15.
76. **Gil V, Merino J.** Cumplimiento terapéutico. En: Tratado de epidemiología clínica. Universidad de Alicante. Madrid. 1995. 299-315.
77. **Rigueira AL.** Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos en España?. Aten Primaria 2001; 27: 559-568.
78. **Gil V, Pineda M, Martínez J, Belda J, Santos ML, Merino J.** Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. Med Clin (Barc) 1994; 102: 532-536.
79. **Ley N° 28713.** Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú, promulgado el 26 de enero de 2004.
80. **Decreto Supremo N° 008-2006-SA.** Reglamento de la Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú, promulgado el 09.05.2006.
81. **Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA.** Resolución que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación” de fecha 15.01.2009.
82. **¿Qué es la artritis?.** Disponible en: <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/41.pdf>. Fecha de acceso 15 de diciembre del 2016

- 83. Artritis.** Copyright© 2016, RadiologyInfo.org. Página 1 de 4. Repasada en Jul-8-2015. Disponible en: <http://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/arthritis.pdf>.  
(fecha de acceso 15 de diciembre del 2016)
- 84. Bartolomé BS, Rodríguez SJ, Bassy IZ, Hornillos CM.** Situaciones clínicas más relevantes. Artritis inflamatorias. Tratado de geriatría para residentes. Disponible en:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/artritis\\_inflamatorias.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/artritis_inflamatorias.pdf).  
(fecha de acceso 15 de diciembre del 2016)
- 85. Sociedad Española de Reumatología.** Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. 4.<sup>a</sup> ed. Madrid: Panamericana; 2004.
- 86. Beers MH, Berkow R.** Manual Merck de Geriatría. 2.<sup>a</sup> edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 123-125.
- 87. Rasch EK, Hirsch R.** Prevalence of Rheumatoid Arthritis in persons 60 years of age and older in the United States. Arthritis Rheum 2003; 48 (4): 917-26.
- 88. Marques O.** Artritis reumatoide del anciano. Rev. Esp. Reumatol. 2005;32 (3): 121-5.
- 89. Organización Mundial de la Salud.** Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS. 2004.
- 90. Veliz RL, Mendoza PS, Barriga OA.** Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2015;32(1):51-7.

91. **Soria TR, Vega VC, Nava QC.** Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. México Altern. psicol. v.14 n.20 México Mar. 2009.
92. **Apaza G.** Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna Febrero 2013. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre. Tacna. 2013.
93. **Morisky D, Verde L, Levine D.** La validez concurrente medicación. Recuperado el 06 de 07 de 1013. Disponible en: Pubmed.gov: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>. (fecha de acceso 14 de diciembre del 2016)
94. **Martín L, Bayarre H, Grau J.** Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. Cubana Salud Pública. 2008 [citado 2 Sept 2014];34(1). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es) (fecha de acceso 10 noviembre de 2016)
95. **Hernández R, Fernández CC, Baptista P.** Metodología de la Investigación. 4ta edición. México: Editorial Mc Graw-Hill; 2006.
96. **Valderrama S.** Pasos para elaborar Proyectos y Tesis de Investigación científica. Lima: Editorial San Marcos E.I.R.L.; 2010.
97. **González-Otero Z, Egüez-Mesa J, Fusté-Jiménez C, Reyes-Medina E, Borges-López J, González-Otero L.** Caracterización clínico-

epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide. Revista Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 Dic 18];5(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/382>. Fecha de acceso 30 de mayo del 2017)

## **ANEXOS**



## ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### CUESTIONARIO

#### ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO

##### INTRODUCCIÓN:

El presente cuestionario requiere de una información precisa y detallada de parte de su persona; por tanto, se sugiere ser sincero al momento de responder cada una de los ítems propuestos, los resultados obtenidos nos permitirán obtener información respecto a la adherencia terapéutica en pacientes con artritis, con la finalidad de evitar posibles problemas de salud en los pacientes que llevan un tratamiento médico y que no cumplen adecuadamente la prescripción médica.

##### OBJETIVO:

Determinar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo.

##### ÍTEM I: CONSENTIDO INFORMADO

Yo,.....

He sido informado por los señores: Curilla Huamán Rossy Elizabeth y Chipana Arenas Víctor Jaime, alumnos de la Escuela Profesional de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímica de la Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt", quienes desarrollan el trabajo de investigación "Adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo; por tanto, yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos.
2. Permito que las investigadores utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que las investigadores tengan acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la aplicación del cuestionario.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Huancayo,.....de ..... de.....

## ÍTEM II: LLENADO DE LA FICHA CLÍNICA

1. SEXO : Masculino   
Femenino
2. EDAD : ..... años
3. GRUPO ETÁREO : .....
4. ENFERMEDAD CRÓNICA QUE PADECE : Asma   
Hipertensión   
Artritis   
Insuficiencia renal crónica   
Hipertrigliceridemia

## ITEM III: CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

N°	Ítem	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
		1	2	3	4
1	Toma medicamentos en el horario establecido				
2	Toma las dosis indicadas				
3	Cumple indicaciones de la dieta				
4	Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento				
5	Realiza los ejercicios físicos indicados				
6	Acomoda sus horarios a la medicación				
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir				
8	Cumple sin supervisión de su familia o amigos				

9	Lleva el tratamiento sin esfuerzos				
10	Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento				
11	Usted y su médico, analizan como cumplir el tratamiento				
12	Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento				

VALOR FINAL OBTENIDO	NIVEL DE ADHERENCIA	MARCAR CON ASPA EL RESULTADO OBTENIDO
	TOTAL (34 a 48 puntos)	
	PARCIAL (18 a 33 puntos)	
	NO ADHERENCIA (menos de 17 puntos)	

**Fuente: Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau)**

## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO					
ROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<b>PROBLEMA GENERAL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo?</li> </ul>	<b>OBJETIVO GENERAL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implicación personal</li> <li>Relacional</li> <li>Comportamental</li> </ul>	<b>MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Científico</li> </ul>	<b>POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> La población de la investigación está constituida por 180 pacientes con artritis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de la Provincia de Huancayo.  Factores de exclusión: Pacientes con otras enfermedades; pacientes con otras enfermedades crónicas; pacientes que frecuentan otros hospitales de la Provincia de Huancayo; pacientes con algún trastorno psiquiátrico  Factores de inclusión: Pacientes con artritis; pacientes que tengan más de 18 años de edad; residir en la Provincia de Huancayo; ser de cualquiera de los dos sexos; pacientes que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de la Provincia de Huancayo
				<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> Básico, porque la finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes e incrementar los conocimientos científicos.  Según la intervención del investigador es observacional.  Según el número de mediciones de las variables de estudio, es transversal, porque se recolectarán datos en un solo momento.	<b>MUESTRA</b> Los pacientes con artritis que mensualmente frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de la Provincia de Huancayo está constituida por 180 pacientes y para determinar el tamaño de la muestra se hará el uso de la fórmula del tamaño de la muestra de poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad del 95% (dos sigmas), con un margen de error del 5% donde se desconocen los parámetros poblacionales.
				<b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b> Descriptivo en relación con los objetivos planteados.	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta</li> </ul> El cuestionario consta de tres ítems: Ítem I: Consentimiento informado, aceptación del encuestado. Ítem II: Llenado de la ficha clínica, con 4 datos importantes del paciente como: sexo, edad, grupo etario y enfermedad crónica que padece. Y el instrumento propiamente dicho es el Ítem III: que se aplicó es el cuestionario de Adherencia: "Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau)"
				<b>Diseño de la investigación</b> No experimental.  El diseño que se empleó responde a la de una investigación por objetivos tomando como referencia la naturaleza de la variable (causa - efecto), empleados en la formulación del problema planteado	<b>Análisis univariado:</b> Cálculo de medidas de tendencia central como la media aritmética, mediana, moda, rango y medición estándar.

### ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA
Adherencia terapéutica	Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario	Información básica que se obtiene de los pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicación personal</li> <li>• Relacional</li> <li>• Comportamental</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

## ANEXO 4: VALIDACIÓN DE EXPERTOS

### FORMATO: A

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

**TESIS:**  
**ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO**

**Investigadores:** Curilla Huamán Rossy Elizabeth y Chipana Arenas Víctor Jaime

**Indicación:** Señor calificador se le pide su colaboración para que luego de un rigurosos análisis de los ítems del **Cuestionario de encuesta respecto a la ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formación para su posterior aplicación.

**NOTA:** Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 dónde:

1= Muy deficiente	2= Deficiente	3= Regular	4= Bueno	5= Muy bueno
-------------------	---------------	------------	----------	--------------

#### ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO

DIMENSIÓN / ÍTEMS		1	2	3	4	5
<b>INDICADOR: IMPLICACIÓN PERSONAL</b>						
<b>ÍTEM I: CONSENTIDO INFORMADO</b>						
	Nombres y apellidos					
	Firma					
	Fecha					
<b>INDICADOR: RELACIONAL</b>						
<b>ÍTEM II: LLENADO DE LA FICHA CLÍNICA</b>						
	Sexo					
	Edad					
	Grupo Etáreo					
	Enfermedad crónica que padece					

<b>INDICADOR: COMPORTAMENTAL</b>						
<b>ÍTEM III: CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA</b>						
1	Toma medicamentos en el horario establecido					
2	Toma las dosis indicadas					
3	Cumple indicaciones de la dieta					
4	Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados					
6	Acomoda sus horarios a la medicación					
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
8	Cumple sin supervisión de su familia o amigos					
9	Lleva el tratamiento sin esfuerzos					
10	Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento					
11	Usted y su médico, analizan como cumplir el tratamiento					
12	Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento					

**RECOMENDACIONES:**

.....  
 .....

**PROMEDIO DE VALORACIÓN**

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

- a) Deficiente      b) Baja      c) Regular      d) Buena      e) Muy buena

Nombres y      : .....

Apellidos

DNI N°      : .....

Teléfono : .....

/Celular

Dirección : .....  
domiciliaria  
Título : .....  
Profesional  
Grado : .....  
Académico  
Mención : .....

<hr/> <b><i>Firma</i></b>
<b><i>Lugar y fecha:</i></b> .....



## FORMATO: B

### FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

#### I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la : Adherencia terapéutica en pacientes con artritis  
Investigación que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo

1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario sobre adherencia terapéutica en  
motivo de evaluación pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la Provincia de Huancayo

#### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																				
4. Organización	Existe una organización lógica																				
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																				
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																				

**PROMEDIO DE VALORACIÓN**

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

- a) Deficiente      b) Baja      c) Regular      d) Buena      e) Muy buena

Nombres y Apellidos : .....

Apellidos

DNI N° : .....      Teléfono : .....

/Celular

Dirección domiciliaria : .....

Dirección domiciliaria

Título Profesional : .....

Grado Académico : .....

Grado Académico

Mención : .....

Mención

---

***Firma***

***Lugar y fecha:*** .....