

**SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y SU EFECTO SOBRE
LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN
PRIMARIA II - ESSALUD - CHUPACA - 2019**

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
“FRANKLIN ROOSEVELT”**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICA



TESIS

**SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y SU EFECTO SOBRE
LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN
PRIMARIA II - ESSALUD - CHUPACA - 2019**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

PRESENTADO POR:

Bach. LÓPEZ GUEVARA HELEM IRINA

Bach. CUBA RAMON KARINA KELLY

ASESORA

Dra. ANDAMAYO ESMERALDA FLORES DIANA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

CIENCIAS FARMACÉUTICAS: ATENCIÓN FARMACÉUTICA

JULIO – 2021

ASESORA

DRA. Q.F. DIANA ESMERALDA ANDAMAYO FLORES

DEDICATORIA

A Dios, quien nos da fortaleza, salud y amor para continuar en momentos difíciles y enfrentar nuevos retos.

A nuestros padres por darnos su apoyo y amor incondicional.

A nuestros familiares y amigos, que siempre estuvieron dispuestos a ayudarnos, a darnos todo su cariño y comprensión.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos vidas llenas de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A nuestros padres por habernos dado la vida y hermosas familias, nuestro agradecimiento especial por el apoyo incondicional desde el inicio de nuestra formación como profesional brindándonos ejemplos de perseverancia y superación teniendo en cuenta valores de humildad, amor y respeto a los demás.

A nuestros docentes y asesores por su dedicación compromiso y desempeño en cada momento, brindándonos los mejores conocimientos, siendo una guía para nuestra formación profesional.

Por último, al Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca, que autorizaron y apoyaron la investigación.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN.....	x
<i>SUMMARY</i>	xi
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Descripción del problema.....	13
1.2. Formulación del problema.....	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Justificación de la investigación	19
1.5. Limitaciones de la investigación.....	21
2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Antecedentes de la investigación	22
2.1.1. Antecedentes Internacionales	22
2.1.2. Nacionales	25
2.1.3. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	27
2.1.3.1. Seguimiento farmacoterapéutico	27
A. Definición	27
B. Objetivos del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico	28
C. Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico	29
D. Problema relacionado al medicamento (PRM):.....	40
E. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM).....	47
F. Intervención Farmacéutica (IF)	49

2.1.3.2.	Adherencia Terapéutica	51
A.	Definición:	51
B.	Tipos de adherencia:	53
C.	Importancia de la adherencia	54
D.	Estimación de la adherencia:	55
E.	Cuestionarios para medir la adherencia terapéutica:	56
2.1.3.3.	Hipertensión Arterial.....	59
A.	Definición	60
B.	Valores referenciales	60
C.	Factores influyentes	61
D.	Clasificación:	63
E.	Tratamiento farmacológico:	63
2.1.4.	Marco conceptual	74
2.2.	Hipótesis	75
2.3.	Variables.....	76
3.	METODOLOGÍA.....	78
3.1.	Método de la investigación	78
3.2.	Tipo y nivel de la investigación.....	78
3.2.1.	Tipo de investigación	78
3.3.	Diseño de la investigación	79
3.4.	Población de estudio.....	80
3.5.	Muestra	81
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	82
4.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	86
5.	DISCUSIÓN	98
6.	CONCLUSIONES.....	105
7.	RECOMENDACIONES	107
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

9. ANEXOS	115
Anexo 1: Ficha para el consentimiento informado del paciente	115
Anexo 2: Fichas del seguimiento farmacoterapeutico.....	116
Ficha N° 01: INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE.	116
FICHA N° 02: REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.....	117
FICHA N° 03: GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM).....	119
Anexo 3: Cuestionarios para evaluar la adherencia terapéutica	123

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Niveles de adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca, de acuerdo al cuestionario HHHde Martín – Bayarre y Grau (MBG), al iniciar y finalizar el estudio.	87
TABLA N°2: Incidencia de los Problemas Relacionados con Medicamentos en el Centro de Atención Primaria II - Essalud -Chupaca – 2019.....	89
TABLA N°3: Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas en el Centro de Atención Primaria II - Essalud -Chupaca – 2019.....	91
TABLA N°4: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión cumplimiento de tratamiento según el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019	93
TABLA N°5: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión implicación personal según el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019	94
TABLA N°6: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión relación transaccional, el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019	96

**SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y SU EFECTO SOBRE LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA II - ESSALUD -
CHUPACA - 2019**

RESUMEN

La falta de adherencia terapéutica es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que las recomendaciones del profesional sanitario y los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, por ello el **OBJETIVO** de la presente investigación es determinar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II – Essalud – Chupaca, durante los meses de enero a marzo del 2019. tipo de investigación. Se realizó mediante una **METODOLOGÍA** de tipo Aplicada, de nivel descriptivo y diseño pre experimental con pre y post test en un solo grupo, aplicados a una muestra total de 71 pacientes. Encontrando como **RESULTADO** que la adherencia total antes del SFT era de 4% y después de 30%, la adherencia parcial era de 92% y luego de 70% y por último la no adherencia era de 4% y luego de 0%. Llegando a la **CONCLUSIÓN** que el SFT incrementa los niveles de adherencia terapéutica.

PALABRAS CLAVE: seguimiento farmacoterapéutico, adherencia terapéutica, hipertensión arterial.

**PHARMACOTHERAPEUTIC FOLLOW-UP AND ITS EFFECT ON
THERAPEUTIC ADHERENCE IN PATIENTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION OF THE CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA II -
ESSALUD - CHUPACA - 2019**

SUMMARY

The lack of therapeutic adherence is the main cause of not obtaining all the benefits that the recommendations of the healthcare professional and medications can provide to patients, therefore the objective of this research is to determine the effect of pharmacotherapeutic follow-up on adherence Therapy in patients with arterial hypertension of the Centro de Atención Primaria II - EsSalud - Chupaca, during the months of January to March of 2019. Type of research it was performed using an Applied methodology, descriptive level and pre-experimental design with pre and post test in a single group, applied to a total sample of 71 patients. Finding as a result that the total adherence before SFT was 4% and after 30%, the partial adherence was 92% and then 70% and finally the non-adhesion was 4% and then 0%. Coming to the conclusion that pharmacotherapeutic follow-up increases levels of therapeutic adherence.

KEY WORDS: *pharmacotherapeutic follow-up, therapeutic adherence, arterial hypertension.*

INTRODUCCIÓN

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales ⁽¹⁾.

Ante ello el químico farmacéutico como profesional de la salud experto en el medicamento desarrolla diversas estrategias para mejorar esta situación, tales como el seguimiento farmacoterapéutico, que está orientado a identificar, prevenir y resolver resultados negativos asociados al uso de medicamentos, es una estrategia que permite un mejor control de la farmacoterapia y, por tanto, se convierte en una solución viable y factible a un problema sanitario que causa sufrimiento humano y costes innecesarios⁽²⁾.

Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo determinar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II – Essalud – Chupaca, durante los meses de enero a marzo del 2019, usando un diseño de investigación de tipo pre-experimental, de pre test – post test en un solo grupo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de forma prematura y es la segunda causa de discapacidad en el mundo.⁽¹⁾ Las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.⁽²⁾

A nivel mundial el número de pacientes hipertensos ha pasado de 594 millones en 1975 a 1.130 millones en 2015.⁽³⁾ En América Latina y el Caribe, entre el 20% y 35% de la población adulta tiene hipertensión. Y de acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas aproximadamente el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.⁽¹⁾

A nivel nacional, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018 la prevalencia de hipertensión arterial fue de 14,8%; La población femenina que padece la enfermedad alcanzó el 11,7%; y la masculina 7,3%. A nivel departamental, Junín presentó 11,3% de su población con presión arterial alta. ⁽⁴⁾

En el año 2015 la tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas en el departamento de Junín fue de 12,15%, de los cuales Chupaca como provincia presenta el 13,26% de este total. ⁽⁵⁾

La hipertensión es la causa prevenible más importante de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebro vasculares del mundo. Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardiaca, así mismo deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo. ⁽⁶⁾

A algunas personas les basta con modificar su modo de vida para controlar la tensión arterial, como abandonar el consumo de tabaco, adoptar una dieta saludable, hacer ejercicio con asiduidad y evitar el uso nocivo del alcohol. La reducción de la ingesta de sal también puede ayudar. A otras personas, estos cambios les resultan insuficientes y necesitan tomar medicamentos con prescripción médica. ⁽⁶⁾

En Perú el 65,8% de la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, recibió y/o compró medicamentos con receta para controlar la presión alta.

La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 66,7% y la masculina 64,3%.⁽⁴⁾

Cabe resaltar que existe una gran disparidad en el número de personas que conocen su condición de hipertenso, los que reciben tratamiento y no están controlados y los que reciben tratamiento y están controlados.⁽¹⁾ Es por ello que adherencia al tratamiento es imprescindible para obtener los beneficios clínicos esperados.⁽⁷⁾

Sin embargo existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial, algunos estudios han informado que entre el 24 y el 30 % de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza.⁽⁸⁾

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales.⁽⁹⁾

La atención del paciente con hipertensión arterial en el Centro de Atención Primaria (CAP) Nivel II – Essalud, de la Provincia de Chupaca; abarca la revisión médica trimestral del paciente en consultorios de medicina general, y la evaluación mensual por parte de Enfermería en el Programa de pacientes crónicos. Asimismo, la entrega de medicamentos de manera mensual, previa cita con enfermería.

Sin embargo, en el servicio de Farmacia se identificaron variaciones con respecto a las fechas de recojo de medicamentos, días en los cuales los pacientes no poseían su tratamiento farmacológico, aunque muchos de ellos mencionaban que los adquirirían en boticas y/o farmacias, al preguntar acerca de los nombres y dosis de dichos medicamentos, o los medicamentos que consumía regularmente, los pacientes manifestaban desconocimiento.

Así mismo se identificó falta de entendimiento de las indicaciones dadas por el médico, por parte del paciente; lo que ocasionaba confusiones en los horarios y/o dosis al consumir su tratamiento.

Es por ello que surge el interés de investigar el efecto que el seguimiento farmacoterapéutico y las intervenciones del químico farmacéutico tienen frente a la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial del CAP II Chupaca, ya que no existen datos estadísticos que respalden esta información.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué efecto tiene el seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II – Essalud - Chupaca, durante los meses de enero a marzo del 2019?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los niveles de adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial del CAP II –Essalud – Chupaca, de acuerdo al cuestionario de Martín – Bayarre y Grau (MBG), al iniciar y finalizar el estudio?
2. ¿Cuáles son los problemas relacionados a medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que presentan los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca?
3. ¿Cómo prevenir y/o resolver los problemas relacionados a medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que presentan los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca?
4. ¿Cuál es el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión de Cumplimiento del tratamiento, de acuerdo al cuestionario MBG; en pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca?

5. ¿Cuál es el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión de Implicación personal, de acuerdo al cuestionario MBG; en pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca?
6. ¿Cuál es el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión de Relación transaccional, de acuerdo al cuestionario MBG; en pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II – Essalud – Chupaca, durante los meses de enero a marzo del 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar los niveles de adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial del CAP II –Essalud – Chupaca, de acuerdo al cuestionario de Martín – Bayarre y Grau (MBG), al iniciar y finalizar el estudio.
2. Identificar los problemas relacionados a medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) que presentan los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca.

3. Prevenir y/o resolver los problemas relacionados a medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) que presentan los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca, a través de intervenciones farmacéuticas.
4. Identificar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión de Cumplimiento del tratamiento, de acuerdo al cuestionario MBG; en pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca.
5. Identificar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión de Implicación personal, de acuerdo al cuestionario MBG; en pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca.
6. Identificar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión de Relación transaccional, de acuerdo al cuestionario MBG; en pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca.

1.4. Justificación de la investigación

La presente investigación brinda información sobre el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial, aportando información para mejorar el desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico y otras estrategias frente a las enfermedades crónicas, en especial la hipertensión; y para mejorar o incrementar la adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico (estilos de vida, alimentación, psicológico y familiar).

Así mismo contribuye a identificar los problemas relacionados con el uso de los medicamentos que afectan a la población, y plantear soluciones para obtener los resultados esperados en lo que se refiere a eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos, así como estrategias que ayuden a prevenirlas, beneficiando así a la población mejorando su calidad de vida y la optimización de sus recursos.

Al mismo tiempo contribuye a la formación de profesionales calificados, instruidos, con aptitudes y desempeños óptimos para desenvolverse de manera efectiva y eficaz en la sociedad. Ya que el farmacéutico que requiere la comunidad es un profesional sanitario experto en el asesoramiento, diagnóstico y prevención de problemas que surgen en los pacientes.

La información recopilada y procesada servirá de sustento para esta y otras investigaciones similares, ya que enriquecen el marco teórico existente sobre el tema en mención, por lo que se justifica de manera teórica.

En todas las etapas de la presente investigación, desde su formulación desarrollo y termino, fue guiada y orientada por el método científico. En este sentido posee justificación metodológica.

1.5. Limitaciones de la investigación

1. Limitación Espacial

El presente trabajo se realizó en el Centro de Atención Primaria Nivel II, de la Provincia de Chupaca, perteneciente a la Red Asistencial Junín – Essalud, el cual no posee la infraestructura para que el Químico Farmacéutico realice actividad asistencial en el CAP.

2. Limitación Temporal

La investigación se desarrolló en los meses de enero a marzo del año 2019, sin embargo, sería recomendable realizar un estudio en todo el año.

3. Limitación Social

Pacientes con hipertensión arterial atendidos mensualmente en el Centro de Atención Primaria II Chupaca – Essalud, que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.

4. Limitación conceptual

No existen indicadores definidos para la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

La investigación realizada en Cuba, por Ortiz ⁽¹⁰⁾ que lleva como título Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos, efectuó una investigación observacional y analítica de 54 pacientes adultos, de ambos sexos, quienes asistieron a la consulta externa del Hospital Docente Clínico-quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez de Ciudad de la Habana, durante el primer trimestre del 2018. Encontrando que el conocimiento sobre su enfermedad fue insatisfactorio (51,9 %); la adherencia terapéutica se produjo en 48,0 % de los afectados, siendo los factores más frecuentes el descuido de la hora (50,0 %) y el olvido (42,9 %). Entre los factores relacionados con la no adherencia primó la polifarmacia (83,3 %) seguida de las dificultades en la obtención del medicamento (72,2 %). ⁽¹⁰⁾

Realizada en España por Rodríguez ⁽¹¹⁾ la investigación que lleva por título Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-

INCUMPLIMIENTO), realizada en España; la cual fue un Estudio clínico experimental controlado, aleatorizado, comparativo de un programa de SFT con el proceso habitual en farmacias comunitarias españolas mejorado con educación sanitaria, durante 8 meses. Llegaron a la conclusión que el SFT y la educación sanitaria mejoran la adherencia al tratamiento. Ya que, de los 87 pacientes reclutados, 85 acabaron el estudio: 41 del Grupo Control (GC) y 44 del Grupo I (GI). Ambos grupos aumentaron la adherencia al final del estudio GC: 26,9%; GI: 27,3%.⁽¹¹⁾

Realizada en España por Rodríguez ⁽¹²⁾ la investigación Seguimiento Farmacoterapéutico en el Control de Pacientes Hipertensos, realizado en España, cuyo objetivo fue evaluar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en las cifras de presión arterial, uso metodología cuasi experimental, sin grupo control, antes – después, realizado en 18 farmacias comunitarias españolas. Encontró que la intervención del farmacéutico comunitario, mediante SFT, después de 6 meses produce incrementos significativos en objetivos de HTA, (23,9%, $P < 0,001$) y de CT (15,4%, $P = 0,004$). Asimismo, descendieron de forma significativa las medidas de PAS (-7,6 milímetros de mercurio (mmHg)), IC 95%: -10,31 a -4,88), de PAD (-3,3 mmHg, IC 95%: - 4,94 A -1,83) y de CT (-14,6 mg/dL, IC 95%: -20,98 a -8,24). Las características del seguimiento farmacoterapéutico, mediante el método DADER podrían ser la explicación de estos exitosos resultados que se obtuvieron en los pacientes del estudio. ⁽¹²⁾

Realizada en El Salvador por Novoa ⁽¹³⁾ la investigación Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael de Santa Ana, cuyo objetivo fue Realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael de Santa Ana. Uso la metodología descriptiva y el tiempo que se realiza es de tipo transversal y prospectivo. La cual obtuvo como resultado que antes de la intervención farmacéutica, el 65% de los pacientes sufría de un problema de Salud a causa de la inefectividad cuantitativa de la medicación, con el impacto de la intervención farmacéutica se redujo en un 45% la inefectividad cuantitativa. ⁽¹³⁾

La investigación realizada en por Flores ⁽¹⁴⁾ con el título Seguimiento farmacoterapéutico con el método Dader en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. Donde a los 60 pacientes que se les realizo una entrevista en primera visita se registraron 135 resultados clínicos negativos y se realizaron de igual intervenciones farmacéuticas. Un 77.04% intervenciones fueron aceptadas, lo que refleja tanto el médico con el paciente estas anuentes a recibir la colaboración del farmacéutico para la optimización de la terapia en el 80.74% de los casos con intervención farmacéutica, el problema de salud se resolvió. ⁽¹⁴⁾

2.1.2. Nacionales

La investigación realizada por Ascate ⁽¹⁵⁾ con el título Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos atendidos en la Farmacia Luz-Farma del Distrito El Porvenir – Trujillo. Marzo – Julio 2016. Con metodología de tipo prospectivo, longitudinal, aplicativo, cuantitativo de diseño pre experimental, y una muestra conformada por 15 pacientes entre hombres y mujeres, obtuvo como resultados que el total de los PRM encontrados fueron 19 de los cuales 84.2% fueron solucionados; se evidencio que los PRM más frecuentes fueron el incumplimiento (52.6%) y actitudes negativas (26.3%); el efecto SFT sobre la adherencia fue favorable con un 80 % de pacientes cumplidores según el test de Morinsky. Se concluye que mediante el SFT se puede detectar PRM y resolverlos mediante Intervención Farmacéutica. ⁽¹⁵⁾

Realizada por Escobar ⁽¹⁶⁾ en su investigación Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, que se Atendieron en la Boticas Econo-Farma N°03, del Distrito de Nuevo Chimbote de la Provincia Del Santa, Durante el mes de abril a julio del 2014, aplicó la metodología de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre experimental. Obteniendo los siguientes datos, al inicio de la intervención se encontró un total de 29 PRM y después de la intervención se solucionaron los 29 PRM. El resultado se midió mediante el efecto de la intervención el SFT sobre la

adherencia al tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes con hipertensión arterial (100%), logrando una alta significancia al tratamiento. ⁽¹⁶⁾

La investigación realizada por Rodríguez ⁽¹⁷⁾ Titulado Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en boticas Inkafarma – Trujillo. Abril – Julio 2016. Cuyo objetivo fue determinar el grado de adherencia en pacientes hipertensos atendidos en Boticas Inkafarma de La Noria – Trujillo, durante el periodo comprendido de abril a julio del 2016. Aplico la metodología de investigación descriptiva, y se trabajó con una muestra de 24 pacientes hipertensos. La cual tuvo como resultado mayor prevalencia en pacientes de sexo masculino con un 12,5% y un 87,5% del sexo femenino, siendo las edades promedio 64,33 para hombres y 57,18 para mujeres, que los pacientes hipertensos atendidos son cumplidores en 25% según el Test de HaynesSackett, 20,9% según el Test de Morisky Green Levine y 41,7% según los Test de Recuento de tabletas. ⁽¹⁷⁾

La investigación realizada por Ramos ⁽¹⁸⁾ titulada Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan -Essalud, utilizó la metodología cuasi experimental, descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. Con una población conformada por 22 pacientes bajo tratamiento no menor de tres meses. En la cual obtuvo al inicio, 4,5% de adherentes al tratamiento y al término del estudio 40,9% a través del test de Morisky-Green. Mediante la aplicación del test de Batalla, al inicio, 50% y al final del estudio, 86,4%. ⁽¹⁸⁾

2.1.3. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.3.1. Seguimiento farmacoterapéutico

A. Definición

En la actualidad se define el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) como *“el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”*.⁽²⁰⁾

El farmacéutico ha de implicarse no sólo en la prevención o resolución de los RNM, cuando éstos aparezcan, sino también en el abordaje integral de los problemas de salud del paciente, en el desarrollo de labores educativas, en la monitorización de los tratamientos y sus efectos y, en general, la realización de cualquier actividad que permita la optimización del cuidado de los problemas de salud y la obtención del mayor beneficio posible de la farmacoterapia que utiliza el paciente.⁽²¹⁾

B. Objetivos del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

Los objetivos del Servicio de SFT son: ⁽²¹⁾

- a) Detectar los PRM para la prevención y resolución de RNM.
- b) Maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados al uso de los medicamentos con el fin de obtener resultados positivos en salud.
- c) Contribuir a la racionalización de los medicamentos, mejorando el proceso de uso de los mismos.
- d) Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- e) Registrar y documentar la intervención profesional.

Como se menciona anteriormente el SFT se realiza de forma sistematizada, esto significa que se ajusta a directrices o pautas, ordenadas entre sí, para alcanzar su objetivo: mejorar o mantener el estado de salud del paciente.

Es por ello que necesita del diseño y desarrollo de procedimientos fácilmente aplicables en cualquier ámbito asistencial, que establezcan un modo estructurado y ordenado de proceder y a la vez centren el trabajo del farmacéutico. ⁽²²⁾

De ahí que el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada desarrolla el Método Dader de Seguimiento Farmacoterapéutico, una herramienta útil, que permite al farmacéutico seguir unas pautas claras y sencillas para realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico de forma sistematizada. ⁽²²⁾

C. Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico

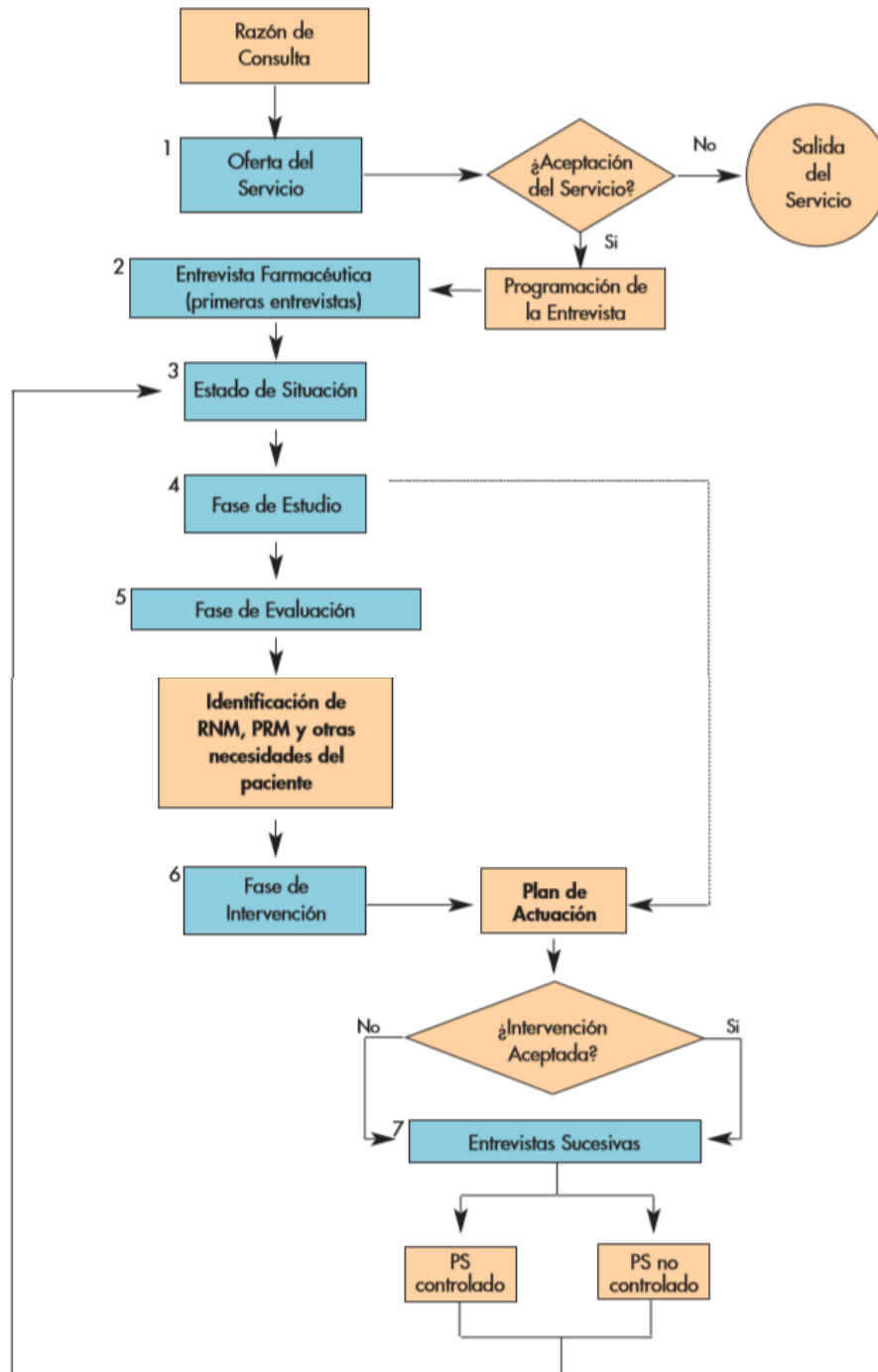
El Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar Seguimiento Farmacoterapéutico a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia, a través de unas pautas simples y claras. ⁽²²⁾

El Método Dáder se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica, la cual es el conjunto de documentos, elaborados y/o recopilados por el farmacéutico a lo largo del proceso de asistencia al paciente, que contienen los datos, valoraciones (juicios clínicos) e informaciones de cualquier índole, destinados a monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia utilizada por el paciente. ^(20,22)

A partir de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente, y se evalúan los resultados de la farmacoterapia. Luego a partir de la evaluación y del análisis de los estados de situación se establece un plan de actuación con el paciente. ⁽²¹⁾

Luego se establece unas pautas básicas para la realización del Seguimiento Farmacoterapéutico, este método se caracteriza por ser adaptable y ajustarse a las particularidades del ámbito asistencial donde se realice. ⁽²²⁾

El siguiente esquema muestra de forma resumida las siete etapas del Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico:



FUENTE: Sabater D, Silva M, Faus M. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico ⁽²²⁾

Etapas del Método Dáder

1. Oferta del servicio

Dado que el servicio no se encuentra generalizado y que es desconocido por la mayoría de los pacientes, en la práctica la demanda es baja. Por ello, es necesario que el farmacéutico ofrezca el servicio a los pacientes susceptibles de recibirlo explicándoles de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que van a recibir: qué es, qué pretende y cuáles son sus principales características. ^(21,22)

Pueden beneficiarse de este servicio todos aquellos pacientes que utilicen, al menos, un medicamento. Sin embargo, hay grupos de pacientes que pueden obtener más beneficios, por ejemplo, pacientes con una enfermedad crónica concreta como diabetes mellitus, hipertensión arterial o problemas de salud mental, por citar algunos. También se puede ofrecer a grupos de pacientes con características concretas como, por ejemplo, los pacientes mayores (>64 años) y/o poli-medicados, pacientes que emplean medicamentos con estrecho margen terapéutico, especial control médico o diagnóstico hospitalario. ^(21,22)

En la oferta del servicio, las técnicas de comunicación adquieren especial importancia. El asertividad y las expresiones positivas ayudarán a captar el interés del paciente. ⁽²²⁾

2. Entrevista farmacéutica

Las entrevistas farmacéuticas con el paciente constituyen la base del SFT. El progreso y los resultados de esta práctica asistencial dependen, en buena medida, de cómo el farmacéutico y el paciente se comuniquen. ⁽²²⁾

En las entrevistas, el paciente va a ofrecer información valiosa al respecto a los problemas de salud que padece y su tratamiento, no obstante, el flujo de la información es bidireccional y, por tanto, el farmacéutico no sólo ha de limitarse a observar o a tomar nota de lo que pueda estar refiriendo el paciente. Las entrevistas han de servir para aportar información que pueda resultar de interés para el paciente o para poner en marcha aquellas acciones destinadas a mejorar o preservar el estado de salud del paciente. ⁽²²⁾

En la primera entrevista, el objetivo consiste en obtener la información inicial del paciente y abrir la historia farmacoterapéutica. Habitualmente en esta primera entrevista el flujo de la información es predominante del paciente hacia el farmacéutico. ⁽²²⁾

En las entrevistas posteriores (sucesivas) es incierto lo que va a realizarse: obtener información que puede faltar del paciente, realizar educación para la salud, proponer un plan de trabajo al paciente, iniciar una intervención concreta, obtener información sobre el desenlace de una intervención, etc. En estos encuentros sucesivos, el farmacéutico, que ya ha realizado la fase de estudio y ha analizado el caso, podrá aconsejar, instruir y aportar mucha información al paciente. ⁽²²⁾

El farmacéutico ha de seguir una sistemática de trabajo que le permita contar con el conocimiento completo de una serie de datos personales y sanitarios relacionados con el paciente. Para ello, el farmacéutico establecerá una secuencia de entrevistas personales, con el fin de generar una relación profesional centrada en la farmacoterapia y en los problemas de salud referidos por el paciente, para conseguir unos resultados óptimos y, en caso contrario, intervenir para corregir PRM o RNM detectados o en riesgo de aparición. ⁽²¹⁾

Una vez que el paciente decide participar en el servicio se le cita a una primera entrevista, pidiéndole que lleve una bolsa con todos los medicamentos que utiliza o tiene en casa (botiquín). Es importante insistir en que estén todos los medicamentos, incluidos aquellos productos que en ocasiones los pacientes no entienden como medicamento, tales como lociones o champús, productos de homeopatía, vitaminas, etc. ⁽²¹⁾

Al inicio de la entrevista el paciente deberá firmar un documento de consentimiento informado, en el que constata que: ⁽²¹⁾

- Conoce el servicio de SFT.
- Puede abandonar el servicio libremente cuando quiera.
- Facilitará toda la información relativa a sus tratamientos de forma actualizada, ordenada y veraz, informando inmediatamente al farmacéutico de cualquier cambio en su medicación y/o problemas de salud.

El farmacéutico firmará el mismo documento, a través del cual se compromete a:⁽²¹⁾

- No hacer uso de los datos del paciente sin su consentimiento.
- Seguir los procedimientos y las normas de calidad establecidas para la realización del Servicio de SFT.
- Informar al médico de cualquier incidencia surgida en el proceso, que necesite su intervención.

Una vez firmada la autorización por el farmacéutico y por el paciente, se le entrega una copia de este documento, quedando otra en la farmacia.

Los datos que el farmacéutico debe recabar en la entrevista inicial con el paciente deben incluir: ^(21,22)

- Quién es el paciente: datos personales y sanitarios, antecedentes, situación fisiológica especial.
- Qué medicamentos utiliza o ha utilizado, verificando los siguientes datos:
 - El nombre del medicamento, quién se lo ha prescrito.
 - La fecha de prescripción/dispensación.
 - La fecha de inicio del tratamiento.
 - La pauta prescrita y la utilizada por el paciente.
 - Tipo de tratamiento, esporádico o no, activo o no.
 - Conocimiento del tratamiento (indicación, etc.) y condiciones de conservación. Duración del tratamiento.
 - Adherencia al tratamiento.

- Qué enfermedades tiene diagnosticadas el paciente o problemas de salud que refiere, así como el grado de preocupación, conocimiento y control de los mismos.
- Parámetros biológicos (análisis, valores antropométricos, etc.).

3. Estado de situación

El estado de situación es un documento que muestra, a modo de resumen, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada. Se trata de una herramienta que permite analizar una “foto del paciente” a una fecha concreta.

Con la información recabada en la entrevista inicial, el farmacéutico realizará el estado de situación del paciente en el que se relaciona cada medicamento con la enfermedad o problema de salud referido, teniendo en cuenta otros datos como los parámetros biológicos y observaciones que el farmacéutico crea conveniente remarcar (posibles alergias, índice de masa corporal [IMC], etc.). ^(21,22)

4. Fase de estudio

La fase de estudio es la etapa que permite obtener información objetiva sobre los problemas de salud y la medicación del paciente. Se trata de encontrar la mejor evidencia científica disponible a partir de una búsqueda de la información, que se realizará con el mayor rigor posible, en las fuentes más relevantes y centrada en la situación clínica del paciente. ⁽²²⁾

En términos generales, la fase de estudio ha de aportar la información necesaria que permita: ^(21,22)

- Evaluar críticamente la necesidad, la efectividad y la seguridad de la medicación que utiliza el paciente a una fecha determinada.
- Diseñar un plan de actuación con el paciente y el equipo de salud, que permita mejorar y/o preservar los resultados de la farmacoterapia de forma prolongada en el tiempo.
- Promover la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia científica durante todo el proceso de SFT.

Es por ello que durante el SFT se demanda información clínica concreta y actualizada ya que la información clínica está en constante evolución y los avances científicos deben incorporarse a la práctica asistencial, y así la toma de decisiones este apoyada en la evidencia científica. ⁽²²⁾

Tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de los problemas de salud y de los medicamentos utilizados. Esta fase de estudio facilita la evaluación y la identificación de PRM3 y RNM4, o el riesgo de su aparición (cuando el farmacéutico identifica un PRM pero no se manifiesta ningún RNM se entiende que existe un riesgo de aparición de RNM). ⁽²¹⁾

A continuación, se muestran en una tabla los aspectos sobre los cuales es necesario indagar durante la fase de estudio del SFT:

TABLA N° 1: Fase de estudio del seguimiento farmacoterapéutico

Necesidades de información	¿Para qué?		
<p>Problemas de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Causas - Indicadores de control del problema de salud - Factores agravantes - Criterios de derivación al médico - Tratamiento (inicio, tratamiento de elección, alternativas) 	<p>Evaluar la farmacoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad - Efectividad - Seguridad 	<p>Elaborar un plan de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar las decisiones - Conocer la forma de intervenir - Trabajar con el equipo de salud 	<p>Educar al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el conocimiento - Implicarlo en la toma de decisiones - Desarrollar habilidades - Modificar actitudes
<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicación - Acción farmacológica y mecanismo de acción - Objetivo terapéutico - Dosis, dosificación y pauta - Normas de correcto uso y administración - Efectos adversos - Aspectos que puedan comprometer la efectividad y seguridad descritos previamente en la bibliografía disponible. 			

FUENTE: Sabater D, Silva M, Faus M. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico ⁽²²⁾

5. Fase de evaluación

El objetivo de la fase de evaluación es identificar los problemas relacionados a los medicamentos (PRM) y los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que presenta el paciente (tanto aquellos manifestados como las sospechas de RNM).⁽²²⁾

6. Fase de intervención: Plan de actuación

El objetivo de la fase de intervención es diseñar y poner en marcha el plan de actuación con el paciente.⁽²¹⁾

El plan de actuación es un programa de trabajo continuado en el tiempo, diseñado en conjunto con el paciente, en el que quedarán fijadas las diferentes intervenciones farmacéuticas que van a emprenderse para mejorar o preservar el estado de salud del paciente.⁽²²⁾

7. Entrevistas farmacéuticas sucesivas (resultado de la intervención farmacéutica)^(21,22)

Las entrevistas farmacéuticas tras la fase de intervención, cierran el proceso de seguimiento del paciente, haciéndolo cíclico. En este momento el SFT al paciente sólo finaliza cuando éste o el farmacéutico deciden abandonarlo.

Tras diseñar el plan de actuación con el paciente y haber iniciado las primeras intervenciones, es importante realizar un seguimiento de las mismas. En este sentido, las entrevistas sucesivas con el paciente sirven para:

- Conocer la respuesta del paciente y/o del médico ante la propuesta de intervención realizada por el farmacéutico. De esta forma, se podrá determinar si la intervención ha sido aceptada o no, por los restantes miembros del equipo de salud, incluido el paciente.
- Se anotarán las modificaciones que se hayan producido como consecuencia de la intervención: cambios en la farmacoterapia, incorporación de nuevos hábitos de vida o medidas higiénico-dietéticas por parte del paciente, etc.
- Comprobar la continuidad de la intervención. Es decir, asegurar que los cambios promovidos por las intervenciones se mantienen o continúan.
- Obtener información sobre el resultado de la intervención farmacéutica. Transcurrido el tiempo necesario, se medirán las variables clínicas (síntomas, signos, mediciones fisiológicas o metabólicas) que permitan valorar el efecto de la intervención.

Además de supervisar las intervenciones farmacéuticas ya iniciadas, las entrevistas sucesivas con el paciente pueden servir para iniciar nuevas intervenciones previstas en el plan de actuación y destinadas a reforzar la consecución de un objetivo o alcanzar otros. También podrán iniciarse nuevas intervenciones farmacéuticas que puedan ir surgiendo de acuerdo a las circunstancias.

Otros motivos por los cuales se pueden programar nuevas entrevistas con el paciente son: la aparición de nuevos problemas de salud o nuevos medicamentos o la realización de alguna consulta por parte del paciente.

8. Registro

Como toda práctica clínica, el SFT se debe realizar de forma documentada, siendo un aspecto determinante en el desarrollo de esta práctica asistencial. El farmacéutico debe contar con sistemas de documentación adecuados que permitan registrar esta actividad. Sólo registrando los diferentes indicadores de proceso y de resultado es posible demostrar la efectividad del servicio. ⁽²¹⁾

Como cualquier profesional que interviene en la actividad asistencial, el farmacéutico está obligado al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica establecidos en la legislación y ha de cumplir con sus responsabilidades en el tratamiento de los datos de carácter personal del paciente ⁽²¹⁾. Una vez finalizado el análisis del resultado de una intervención farmacéutica, el farmacéutico registrará el resultado de dicha intervención. ⁽²⁰⁾

D. Problema relacionado al medicamento (PRM):

En España, el término PRM se definió por primera vez en 1998, en el primer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Diferentes interpretaciones de la definición original supusieron que el concepto se revisara nuevamente en el año 2002, en el Segundo Consenso de Granada, donde finalmente quedó enunciado como *“problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados”*. ⁽²¹⁾

Al hablarse de PRM como “...resultados..., derivados de la farmacoterapia...”, se entiende que éstos eran la consecuencia (cambio en el estado de salud) derivada del uso (o del desuso) de los medicamentos, que, en este caso, constituirían la intervención sanitaria. Por tanto, los PRM no debían de confundirse con los problemas que pudieran aparecer o producirse durante el proceso de uso de los medicamentos, que, en todo caso, podrían ser las causas de los PRM (ej. sobredosificación de un medicamento).⁽²⁰⁾

Por tanto, según se estableció en el Segundo Consenso de Granada, la sobredosificación podía ser la causa de aparición de un PRM, pero nunca un PRM como tal; ya que es un elemento del proceso de uso de los medicamentos y no un resultado de este proceso. Este mismo razonamiento podría realizarse para el incumplimiento, la interacción farmacológica, la duplicidad, etc. Todos ellos, al igual que la sobredosificación, son problemas que pueden aparecer durante el proceso de uso de los medicamentos e influir sobre las variables clínicas del paciente.^(19,21)

Toda esta confusión que generaba el término PRM hacía cada vez más necesaria la utilización de términos biomédicos, que, siendo comúnmente aceptados, gozaran de una mayor especificidad y no se prestasen a debate. En este sentido, Fernández - Llimós y col. propusieron la utilización de: Resultados clínicos negativos de la medicación.⁽²¹⁾

El uso de esta “nueva terminología” para designar a los PRM fue consensuado posteriormente por un grupo de expertos (Tercer Consenso de

Granada sobre PRM y RNM), que finalmente adoptó el término de resultados negativos asociados al uso de los medicamentos; de forma abreviada resultados negativos asociados a la medicación (RNM).⁽¹⁹⁾

A pesar de la dificultad, la transición de un término a otro se hace cada vez más indispensable, ya que, además de suponer un cambio apropiado, el término PRM ha dejado de ser equivalente a RNM, y pasa a utilizarse para definir un nuevo concepto.⁽²¹⁾

Es así que se denomina PRM como *“circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos”*.⁽²³⁾

Por tanto, los PRM pasan a ser todas aquellas circunstancias que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM.⁽²²⁾

Clasificación de los PRM: ^(21,22)

1. Administración errónea del medicamento

Es cualquier error que se produce en los procesos del sistema de utilización de los medicamentos, cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas,

incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. ⁽²³⁾

2. Características personales

Entre estos factores estarían: edad, sexo, raza, nivel cultural, situación laboral o económica, apoyo familiar, coste de medicación, falta de redes de apoyo social efectivas, condiciones de vida inestables y las creencias populares acerca de la enfermedad. ⁽²⁴⁾

3. Conservación inadecuada de los medicamentos

Para que un medicamento conserve sus propiedades, debe ser almacenado en condiciones ambientales controladas. Es importante proteger a los medicamentos de la exposición directa del sol. Si el depósito cuenta con ventanas, éstas deben tener algún sistema de protección (cortinas, vidrios pintados o forrados con papel) para evitar que el calor incida directamente sobre los medicamentos. ⁽²⁵⁾

El lugar debe tener una temperatura homogénea menor a 30°C ya que, por encima de estas temperaturas, a muchos medicamentos se les puede modificar el efecto esperado. Es importante observar que el lugar destinado al almacenamiento no sea húmedo: la humedad puede afectar las características de los medicamentos, alterando el efecto esperado de los mismos. Que el lugar

no tenga filtraciones o goteras, Los pisos y estantes deben ser limpiados con trapos húmedos a fin de evitar levantar polvo. No se debe usar ni aerosoles ni spray para desinfectar o aromatizar. Se debe combatir la presencia de plagas como insectos o roedores. Se debe evitar la presencia de animales domésticos (perros , gatos, aves), ya que los mismos son una fuente potencial de transmisión de plagas (pulgas, garrapatas, piojos).⁽²⁵⁾

4. Contraindicación

Indicación del peligro o inconveniencia de emplear un medicamento. Una contraindicación es una situación específica en la cual no se debe utilizar un fármaco, un procedimiento o una cirugía ya que puede ser dañino para la persona.⁽²⁶⁾

5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada

Describe la dosis de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento. Administración de dosis mayores que lo usual o de dosis usuales administradas a intervalos de dosificación menores que las corrientes, la cual resulta en efectos tóxicos del medicamento.⁽²⁶⁾

6. Duplicidad

Se considera que existe una duplicidad cuando en un plan farmacoterapéutico se encuentran dos medicamentos con el mismo principio activo o diferentes

principios activos con la misma acción farmacológica y cuya asociación no aporta ventajas frente a la monoterapia. ⁽²⁶⁾

7. Errores en la prescripción/dispensación

Son los errores en las Notas escritas por un médico en la que se indica el medicamento que debe proporcionarse a un paciente, así como las normas para su correcta administración, o en el acto en que el farmacéutico entrega la medicación prescrita junto a la información necesaria para su uso correcto. ⁽²⁶⁾

8. Incumplimiento

Es la falta de cumplimiento por parte del paciente con las normas o consejos dados por los médicos o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilos de vida recomendados, como el propio tratamiento farmacológico prescrito. ⁽²⁷⁾

9. Interacciones

Cualquier interacción entre uno o más medicamentos, entre un medicamento y un alimento y entre un medicamento y una prueba de laboratorio. En general, las dos primeras categorías de interacciones tienen importancia por el efecto que ellas producen en la actividad farmacológica del medicamento: aumentan o disminuyen los efectos deseables o los efectos adversos. ⁽²⁶⁾

10. Medicamento no necesario

El uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban los medicamentos apropiados a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más bajo para ellos y su comunidad, cuando en un plan farmacoterapéutico se encuentran medicamentos cuya asociación no aporta ventajas frente a la terapia, se considera un medicamento no necesario. ⁽²⁶⁾

11. Otros problemas de salud que afecten al tratamiento

Son los problemas de salud que no están relacionados específicamente con su enfermedad actual. Entre estos podemos encontrar enfermedades mentales, la ansiedad, la depresión, el estrés, problemas cognitivos (alzhéimer), trastornos psiquiátricos y discapacidades. ⁽²⁴⁾

12. Probabilidad de efectos adversos

Cualquier suceso médico desfavorable que puede aparecer durante el tratamiento con un producto farmacéutico pero que no necesariamente tiene una relación causal con el tratamiento. ⁽²⁶⁾

13. Problema de salud insuficientemente tratado

El paciente sufre de un problema de salud asociado a no recibir una medicación que cubra los requerimientos para un tratamiento efectivo. ⁽²¹⁾

14. Otros

Aquí se agrupan los problemas antes no mencionados, o que no tienen mucha frecuencia, entre ellos podemos encontrar: problemas económicos, factores demográficos, situaciones ambientales cambiantes, temores, vergüenza por el estigma social, abuso de drogas o alcohol, comunicación deficiente (personal de salud – paciente), entre muchas otras que se podrán observar al transcurso del análisis del paciente y el seguimiento farmacoterapéutico. ⁽²¹⁾

E. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

Los RNM son problemas de salud, *“cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente.”* ^(20,23)

Clasificación de los RNM:

La clasificación de los resultados negativos de la medicación es similar a la establecida para los PRM en el Segundo Consenso de Granada. Para clasificar los RNM es necesario considerar las tres premisas con las que ha de cumplir la farmacoterapia utilizada por los pacientes: necesaria (debe existir un problema de salud que justifique su uso), efectiva (debe alcanzar los objetivos terapéuticos

planteados cuando se instauró) y segura (no debe producir ni agravar otros problemas de salud).⁽²²⁾

El medicamento(s) que dé lugar a la aparición de un RNM no cumpliría alguna de estas premisas. Así pues, el RNM (o la sospecha, en su caso) se clasificará en función de cuál de estas premisas “no se cumple”.⁽²²⁾

TABLA N°2: CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN

Clasificación de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)		
Necesidad	Problema de salud no tratado.	El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
	Efecto de medicamento innecesario.	El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita
Efectividad	Inefectividad no cuantitativa.	El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación
	Inefectividad cuantitativa.	El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento
Seguridad	Inseguridad no cuantitativa	El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento
	Inseguridad cuantitativa.	El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento

FUENTE: Tercer Consenso de Granada sobre PRM y RNM⁽²⁰⁾

F. Intervención Farmacéutica (IF)

Es cualquier *“acción (actividad), que surge de una toma de decisión previa, y que trata de modificar alguna característica del tratamiento, del paciente que lo usa o de las condiciones presentes que lo envuelven”*.⁽²⁴⁾

Su finalidad será:⁽²²⁾

- 1) Resolver o prevenir los PRM y RNM
- 2) Preservar o mejorar los resultados positivos alcanzados
- 3) Asesorar o instruir al paciente para conseguir un mejor cuidado y seguimiento de sus problemas de salud y un mejor uso de sus medicamentos.

La intervención farmacéutica puede realizarse:⁽²¹⁾

1. Directamente con el paciente: En aquellas situaciones en que no es necesario modificar aspectos esenciales de la farmacoterapia.
Es decir, sólo cuando se precisan cambios en el comportamiento del paciente, por ejemplo, en caso de no ser adherentes al tratamiento, o cuando no ha comprendido bien aspectos relacionados con el proceso de uso del medicamento (dosis, pauta, duración o conservación de los medicamentos).
2. En colaboración con el médico (u otro profesional sanitario, si fuera el caso):
Cuando sea necesario modificar algún aspecto esencial de la farmacoterapia como podrían ser la adición o eliminación de medicamentos, la modificación de dosis o pautas posológicas, etc.

En este caso, el médico o profesional sanitario correspondiente debe tomar la decisión de analizar el beneficio-riesgo del tratamiento y realizar, por tanto, las modificaciones pertinentes.

En estos casos, la comunicación puede hacerse mediante entrevista con el médico (vía telefónica o presencial) o por escrito.

Un farmacéutico en ejercicio con pacientes reales, puede realizar estas 10 acciones para tratar de resolver o prevenir los RNM:

TABLA N°3: CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	DEFINICIÓN
Intervenir sobre cantidad de medicamentos	Modificar los datos	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez
	Modificar la frecuencia de dosis o tratamiento	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento
	Modificar la pauta de administración.	Cambio del esquema por la cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir medicamento(s) un	Incorporación de un nuevo medicamento que no utiliza el paciente
	Retirar medicamento(s) un	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	Sustituir medicamento(s) un	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.

Intervenir sobre la educación al paciente	Educación en el uso del medicamento (disminuir el incumplimiento involuntario)	Educación en las instrucciones y precaución para la correcta utilización y administración del medicamento
	Modificar actitudes respecto al tratamiento (disminuir el incumplimiento voluntario) Aumentar la adhesión al tratamiento	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento
	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénicas – dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.
No está clara: No se establece con claridad cuál es la acción que debería de realizarse. Se remite al médico para que éste valore la situación del paciente y lleve a cabo la acción más adecuada.		

FUENTE: Sabater D, Fernández F, Parras M. Seguimiento farmacoterapéutico ⁽²⁴⁾

2.1.3.2. Adherencia Terapéutica

A. Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como el *“grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”*. ⁽²⁵⁾

La magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento sitúan a la adherencia como un importante asunto para la salud pública a nivel mundial.

Además, el progresivo aumento del número de pacientes pluri-patológicos y poli-medicados acrecienta este problema. ⁽²⁶⁾

Se ha intentado clasificar la adherencia de distintas maneras. Pero describiremos solo las clasificaciones que más se utilizan actualmente.

En primer lugar, interesa conocer si la falta de adherencia es intencionada o no intencionada, porque a priori las estrategias planteadas para mejorar la adherencia serán distintas en cada caso. En la intencionada, hay una clara voluntad de no tomar la medicación por parte del paciente, mientras que la falta de adherencia no intencionada es el resultado de un olvido involuntario relacionado con la pérdida de memoria o autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, la falta de creación de rutinas y hábitos diarios, etc. ⁽²⁶⁾

El estudio de Gadkari y McHorney sugiere que la falta de adherencia no intencionada se ve influida por los mismos factores que la intencionada, es decir, las creencias del paciente sobre la medicación, especialmente la necesidad percibida de medicación y la percepción de medicación asequible económicamente. De alguna manera, si el paciente no comprende la importancia y necesidad del tratamiento, será más difícil que se comprometa con la necesidad de una toma correcta de la medicación. ⁽²⁶⁾

La adherencia primaria y secundaria son dos aspectos distintos de la no adherencia al tratamiento. Se ha considerado como adherencia primaria la

adherencia que ocurre cuando se le prescribe un nuevo tratamiento a un paciente y no llega ni tan siquiera a recoger la medicación en la farmacia. ⁽²⁶⁾

La adherencia secundaria sería la toma inadecuada de medicación una vez se recoge la medicación, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada, no obteniendo una nueva prescripción. ⁽²⁶⁾

B. Tipos de adherencia:

Cuando se ha estudiado el período de seguimiento, se puede distinguir: ^(25,26)

- **Incumplimiento parcial.** El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- **Incumplimiento esporádico.** Si el individuo incumple de forma ocasional (más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).
- **Incumplimiento secuencial.** El paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto «vacaciones terapéuticas»).
- **Cumplimiento de bata blanca.** Si el paciente solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud, junto con la anterior, se da en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipidemia.

- **Incumplimiento completo.** Si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos.

C. Importancia de la adherencia

La falta de adherencia tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales importantes. Es un hecho que el incumplimiento afecta a la efectividad de los tratamientos, disminuyendo la probabilidad de éxito terapéutico, lo que puede propiciar un aumento de dosis o cambios a tratamientos más agresivos, de forma que se incrementan los riesgos y los costes. En esta línea, uno de los principios de la prescripción prudente nos alerta de este riesgo y afirma: “Ante un fracaso terapéutico se debe evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento”.⁽²⁶⁾

Consecuencias clínicas Estas dependerán del tipo de no adherencia; así, se pueden presentar dos formas de esta: que no se llegue a iniciar el tratamiento, con lo que las consecuencias clínicas que se podrán observar serían similares a las que aparecerían al seguir la enfermedad su curso natural, o que se interrumpa una vez iniciado, en cuyo caso las consecuencias dependerán fundamentalmente, por un lado, de la afección que se debe tratar (gravedad, cronicidad, curso sintomático o no y pronóstico) y, por otro, del medicamento, cuyas propiedades farmacocinéticas

y farmacodinámicas determinarán el grado de cobertura y de mantenimiento del efecto terapéutico. ⁽²⁶⁾

Una adherencia óptima repercute en una mejora en la calidad y esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad de los tratamientos y en la evolución de las enfermedades. En este sentido, un seguimiento adecuado del tratamiento prescrito está relacionado con una menor probabilidad de recaídas y complicaciones secundarias, y menor morbimortalidad; se observa una relación directa entre la falta de cumplimiento y malos resultados en salud. ⁽²⁶⁾

D. Estimación de la adherencia:

No siempre es fácil saber si el paciente está tomando la medicación correctamente o no; para ello se debería medir la adherencia de forma sistemática y continuada en la práctica asistencial con el objetivo de detectar así los casos de no cumplimiento o problemas de toma incorrecta de medicación e intervenir para corregirlos. ⁽²⁶⁾

En el caso de tratamientos crónicos es aún más importante monitorizar la adherencia, para lo que es esencial conocer los diferentes métodos disponibles y las fortalezas y limitaciones de cada uno de ellos. Los métodos para la valoración de la adherencia se han clasificado tradicionalmente como directos e indirectos, aunque a efectos prácticos queda algo obsoleta esta clasificación. ⁽²⁶⁾

Los directos se refieren a la determinación de concentraciones de fármacos en fluidos biológicos como sangre u orina. Otro método directo sería la medición de los resultados clínicos obtenidos, que supone que cuando se alcanza el resultado clínico esperado esto se asociaría con una adherencia óptima. ⁽²⁶⁾

Entre los métodos indirectos está la «valoración del profesional sanitario», que tiende a sobrestimar la adherencia, y es la utilizada cuando no se dispone de otro método. Se hace intuitivamente, pero resulta una valoración excesivamente subjetiva y no se debería emplear. Otros métodos indirectos usados habitualmente son los dispositivos electrónicos, los registros de prescripción y dispensación, el recuento de medicación sobrante y los cuestionarios o la adherencia auto-referida por el paciente. ⁽²⁶⁾

La terapia directamente observada, más que un método de medida, se consideraría una intervención o ayuda para mejorar la adherencia. El método ideal de estimación de la adherencia debería ser sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, capaz de detectar cambios de adherencia en el tiempo y aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico. Pero en la realidad este método ideal no existe; por ello, debemos conocer las limitaciones y fortalezas de cada uno de los métodos que aplicamos. ⁽²⁶⁾

E. Cuestionarios para medir la adherencia terapéutica:

Los cuestionarios para medir la adherencia son el método más comúnmente empleado, ya que resultan sencillos, requieren pocos recursos, son asequibles y

adaptables a las características de cada centro. En su aplicación, se pide a los encuestados que caractericen su propio comportamiento respecto a la adherencia a la medicación. Aparte de las preguntas relacionadas con el número de tomas olvidadas, que intentan cuantificar el grado de adherencia, existen otras que intentan valorar la calidad de la toma (adherencia al horario, relación con comidas, motivos de no adherencia, etc.).⁽²⁶⁾

- **Questionarios Test de Haynes-Sackett:**⁽²⁶⁾

Questionario de cumplimiento auto-comunicado: La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa, se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un período de tiempo (por ejemplo, los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena la adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de comprimidos $> 80\%$ y $< 110\%$ de los prescritos.

- **Test de Morisky-Green**⁽²⁶⁾

- ¿Se le olvida alguna vez tomar sus medicinas?
- ¿Es usted cuidadoso con las horas de tomarlas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
- Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?

Cualquier respuesta no adecuada (no, sí, no y no), se considerará indicativa de falta de adherencia. Originalmente, se ha estudiado en pacientes con hipertensión y, posteriormente, se ha validado en múltiples patologías crónicas y distintos idiomas. Es una de las escalas más empleadas en la investigación.

- **Cuestionario Martin Bayarre Grau (MBG)** ⁽³⁰⁾

Este cuestionario consta de 12 afirmaciones, las cuales tienen cinco posibilidades de respuesta que van desde siempre hasta nunca, el paciente tiene que marcar con una "X" la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. Considera tres niveles de adherencia: total, parcial y no adherencia.

Considera como Adheridos totales a los pacientes que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos. Para calcular la puntuación obtenida se asignan valores a los ítems: 0 a la columna de "nunca", 1 a "casi nunca", 2 para "a veces", 3 a "casi siempre" y 4 a "siempre". Siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

Asimismo, este cuestionario analiza tres dimensiones de la adherencia terapéutica, las cuales son: ⁽³⁰⁾

- Cumplimiento del tratamiento (CT): Es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas. El cual es analizado por los ítems 1,2,3 y 4.

- Implicación personal (IP): Es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios. Analizado por los ítems 5,6,8,9 y 10.
- Relación transaccional (RT): Es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos. Analizado por los ítems 7,11 y 12.

2.1.3.3. Hipertensión Arterial

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a cardiopatía coronaria y 6,2 millones por accidentes cerebrovasculares (ACV). ⁽³⁾

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la diabetes, el aumento de los lípidos y la hipertensión arterial. ⁽²⁾

A. Definición

Según la OMS ⁽²⁾ la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. ⁽²⁾

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. ⁽²⁾

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardiaca. ⁽¹⁾

B. Valores referenciales

Según La American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) publican las guías para la detección, la prevención, la gestión y el tratamiento de la hipertensión, el 13 de noviembre del 2017. Redefinen la presión arterial alta de 130/80 mm Hg en lugar de a 140/90. ⁽²⁾

TABLA N°4: Valores referenciales para diagnóstico de hipertensión arterial

	SISTOLICA	DIASTOLICA
Nivel Normal	120 mm/Hg	80 mm/Hg
Pre hipertensión	130 – 139 mm/Hg	85 - 89 mm/Hg
Hipertensión Ligera O Grado I	140 – 159 mm/Hg	90 – 99 mm/Hg
Hipertensión Moderada O Grado II	160 – 179 mm/Hg	100 – 109 mm/Hg
Hipertensión Moderada O Grado III	180 mm/Hg a más	110 mm/Hg a más

FUENTE: American Heart y el American College of Cardiology (2017). ⁽²⁾

C. Factores influyentes

Los factores reconocidos influyentes sobre el nivel medio de la hipertensión arterial son: ⁽²⁶⁾

- la edad
- el sexo (con la edad más elevado en las mujeres)
- la raza (mayor en negros que en blancos)
- nivel socio económico (prevalente en niveles socioeconómicos bajos)

Así mismo se han estudiado los efectos de:

- Sobre peso
- la ingesta de sal
- el sedentarismo
- el consumo excesivo de alcohol
- el consumo de tabaco
- otros factores.

Justamente las acciones que conducen a prevenir y controlar estos factores de riesgo son las recomendaciones iniciales más útiles para evitar distorsiones de la presión arterial por sobre la media de los valores normales. ⁽²⁶⁾

Sin embargo, la no-adherencia al tratamiento de la hipertensión es un problema mundial de gran magnitud. ⁽²⁶⁾

Esto se refleja estadísticamente en que, en los países desarrollados, la adherencia a la terapéutica, promedia el 50%, mientras que, en los países en vías de desarrollo, las tasas son inclusive menores. ⁽²⁷⁾

Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente agudización de la enfermedad y muerte. ⁽²⁶⁾

D. Clasificación:

La clasificación actual de la HTA incluye 3 grados o estadios básicos: ⁽²⁷⁾

- HTA grado 1 o ligera (presión arterial sistólica (PAS) = 140-159 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) = 90-99 mmHg).
- HTA grado 2 o moderada (PAS = 160-179 mmHg PAD = 100-109 mmHg).
- HTA grado 3 o grave (PAS \geq 180 mmHg PAD \geq 110 mmHg).

E. Tratamiento farmacológico:

Principios del tratamiento farmacológico antihipertensivo: ⁽²⁸⁾

- 1) Comenzar el tratamiento con la dosis más baja disponible del fármaco elegido
- 2) Planificar una reducción lenta y gradual de la PA
- 3) Comprobar la respuesta en el plazo de 4-8 semanas. Si la respuesta es favorable y la tolerancia es buena pero no se ha alcanzado el objetivo de PA se podrá aumentar la dosis del fármaco
- 4) En caso de respuesta desfavorable o de efectos adversos se optará por cambiar de grupo de fármacos
- 5) La tasa de respuesta a la monoterapia no suele superar el 50%: la mayoría de los pacientes necesitará una asociación de fármacos. En muchas

ocasiones una correcta asociación a dosis bajas o medias es más eficaz que la monoterapia a dosis altas

6) Utilizar fármacos de acción prolongada que sean eficaces durante 24 horas y que permitan la dosis única diaria, habitualmente matutina

7) La elección de un determinado tipo de fármaco será individualizada para cada paciente y basada en la existencia de trastornos clínicos asociados, de otros factores de riesgo o de enfermedades concomitantes

8) El objetivo terapéutico serán unos valores de PA < 140/90 mmHg. En pacientes con diabetes, con insuficiencia cardíaca o con insuficiencia renal crónica el objetivo será un control más estricto con PA < 130/80 mmHg.

Medicamentos:

La mayoría de los pacientes requieren tratamiento farmacológico además de intervenciones en el estilo de vida para lograr un control óptimo de la PA. La edición anterior recomendaba 5 clases de fármacos para el tratamiento de la HTA: IECA, ARA-II, bloqueadores beta (BB), BCC y diuréticos (tiacídicos y análogos tiacídicos, como clortalidona e indapamida). ⁽²⁸⁾

Esta recomendación se basa en: ^(28,29)

a) la eficacia probada para reducir la PA

- b) evidencia de estudios controlados con placebo de su capacidad para reducir las complicaciones CV
- c) evidencia de una amplia equivalencia en la morbimortalidad CV total, por lo que se llegó a la conclusión de que el beneficio de su uso deriva fundamentalmente de la reducción de la PA. ⁽²⁹⁾

El tratamiento inicial debe incluir un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II). ⁽³⁰⁾

Los medicamentos que se utilizan para tratar la presión arterial alta incluyen los siguientes: ⁽³⁰⁾

- **Diuréticos.**

Los diuréticos son fármacos utilizados desde hace muchos años en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y con los que se tiene la experiencia más prolongada. Tienen la ventaja de su fácil manejo y bajo costo, aunque, debido a sus efectos secundarios, su prescripción se ha limitado y últimamente se han visto desplazados por otros grupos farmacológicos. ⁽³⁰⁾

No obstante, los diuréticos siguen siendo considerados como fármacos de primera elección en el tratamiento de la HTA, debido a que han demostrado en numerosos estudios controlados su capacidad para reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la HTA. ⁽³⁰⁾

Existen tres subgrupos diferentes de diuréticos: las tiazidas y derivados, los diuréticos del asa de Henle y los ahorradores de potasio. ⁽²⁹⁾

Estos medicamentos pertenecen a este grupo: ⁽²⁹⁾

Tiazidas y derivados

- clorotiazida
- hidroclorotiazida
- clortalidona
- bendroflumetiazida
- hidroflumetiazida
- metolazona
- indapamida
- xipamida

Diuréticos del asa de Henle

- furosemida
- bumetanida
- torasemida
- piretanida
- ácido etacrinico

Ahorradores de potasio

- espironolactona
- amilorida
- triamterene
- eplerenona

Un efecto secundario común de los diuréticos es el aumento de la orina, que podría reducir los niveles de potasio. Si tienes un nivel bajo de potasio, tu médico puede incorporar a tu tratamiento un diurético ahorrador de potasio, como el triamtereno (Dyazide y Maxide) o la espironolactona (Aldactone). ⁽²⁹⁾

- **Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).**

Los IECA son actualmente considerados fármacos de primer orden en el tratamiento de la HTA y han demostrado su capacidad de prevenir episodios cardiovasculares en pacientes hipertensos no complicados. ^(28,29)

En terapia combinada son especialmente eficaces en asociación con diuréticos tiazídicos o del asa, ya que previenen la formación de angiotensina II inducida por la activación de la secreción de renina producida por los diuréticos. ⁽²⁹⁾

La asociación con antagonistas del calcio es asimismo eficaz, dado que bloquean el aumento reflejo en la actividad del sistema renina-angiotensina que

inducen muchos antagonistas del calcio, especialmente de la familia de las dihidropiridinas. ⁽²⁹⁾

Medicamentos que pertenecen a este grupo: ⁽²⁹⁾

- Captopril
- Enalapril
- Benazepril
- Lisinopril
- Fosinopril
- Perindopril
- Quinapril
- Ramipril
- Spirapril
- trandolapril
- zofenopril.

- Antagonistas de receptores de la angiotensina II (ARA II)

Son fármacos que producen, al igual que los IECA, un bloqueo del sistema renina-angiotensina, mediante el antagonismo específico del receptor AT1 de la angiotensina II. ⁽²⁹⁾

Al primer antagonista del receptor AT1 descubierto, el losartán, le han seguido la aparición de otras moléculas como valsartán, irbesartán, candesartán, telmisartán y eprosartán, la última de ellas todavía en vías de comercialización. ⁽²⁹⁾

Medicamentos que pertenecen a este grupo: ⁽²⁹⁾

- Losartan
- Telmisartan
- Valsartan
- Ibersartan
- Eprosartan
- Azilsartan
- Candesartan
- olmesartan

En pacientes con HTA, la administración de los ARA II descinde la PA a valores normales en aproximadamente la mitad de los pacientes hipertensos. Debido a la acción sinérgica, dicho efecto aumenta cuando se administra de forma simultánea con un diurético. ^(29,30)

Los IECA y ARA-II son las clases de fármacos antihipertensivos más utilizados. Tienen la misma eficacia que otras clases de fármacos en cuanto a la incidencia de complicaciones CV graves y mortalidad. ⁽³⁰⁾

- Bloqueadores de los canales de calcio (BCC)

Son fármacos inicialmente empleados para el tratamiento de la cardiopatía isquémica, que posteriormente ampliaron su campo de acción al de la HTA, gracias a sus propiedades hipotensoras. ⁽²⁹⁾

Existen tres grupos principales de antagonistas del calcio: las fenilalquilaminas, las benzotiazepinas y las dihidropiridinas. El último grupo tiene un efecto predominantemente vascular. ⁽³⁰⁾

Medicamentos que pertenecen a este grupo:

fenilalquilaminas

- verapamilo

benzotiazepinas

- diltiazem

dihidropiridinas

- nifedipino
- amlodipino
- barnidipino
- felodipino
- isradipino
- lacidipino

- lercanidipino
- nicardipino
- nimodipino
- nisoldipino
- nitrendipino

Los BCC se usan ampliamente para el tratamiento de la HTA y tienen similar eficacia que otras clases de fármacos en la PA, las complicaciones cerebrovasculares graves y la mortalidad. Los BCC tienen mayor efecto en la reducción del ictus que la estimada por la reducción de la PA, pero pueden ser menos efectivos para la prevención de la insuficiencia cardiaca. ⁽³⁰⁾

Una de las principales interacciones que presenta es con el pomelo, ya que aumenta los niveles en sangre de ciertos bloqueadores de los canales de calcio, lo que puede ser peligroso. ⁽³⁰⁾

- Alfa-bloqueadores

El único alfa-bloqueador útil en el tratamiento de la HTA es actualmente la doxazosina, que actúa bloqueando específicamente los receptores alfa1-postsinápticos. Tiene la ventaja de producir un descenso de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y de los triglicéridos y un aumento de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), así como de mejorar la resistencia a la insulina y la sintomatología debida a la hiperplasia benigna de próstata. ⁽²⁹⁾

Los bloqueadores alfa pueden utilizarse en monoterapia o asociados a diuréticos, bloqueadores beta, antagonistas del calcio, IECA y antagonistas de los receptores de la angiotensina II. ⁽³⁰⁾

La principal desventaja de la utilización de la doxazosina es la aparición del «síndrome de la primera dosis» que consiste en un descenso brusco de la PA con hipotensión ortostática y en algunos casos síncope, al inicio del tratamiento o después de aumentos bruscos de la dosis.

Este efecto aparece especialmente en ancianos y en pacientes diabéticos con neuropatía autonómica y puede ser peligroso en pacientes con enfermedad isquémica cerebral y coronaria, aunque puede minimizarse iniciando la terapia a dosis muy bajas en el momento de acostarse y empleando la dosis con extrema prudencia. ^(28,30)

- **Beta-bloqueadores**

Son fármacos que han sido ampliamente utilizados en la práctica médica como anti-arrítmicos y anti-anginosos, comprobándose posteriormente su efecto antihipertensivo. ⁽²⁹⁾

El primer beta-bloqueador utilizado como fármaco antihipertensivo fue el propranolol, desarrollándose posteriormente un gran número de derivados que difieren entre sí por sus propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas. ⁽²⁹⁾

Estos medicamentos pertenecen a este grupo: ⁽²⁹⁾

Cardio-selectivos

- Acebutolol
- Atenolol
- Bisoprolol
- Celiprolol
- Metoprolol

Alfa-Bloqueadores

- Labetalol
- Carvedilol

No cardio-selectivos

- Carteolol
- Nadolol
- Oxprenolol
- Pindolol

2.1.4. Marco conceptual

A. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

En la actualidad se define el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) como el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. ⁽¹⁰⁾

B. Problema relacionado al medicamento (PRM):

Se denomina PRM como aquellas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos. ⁽¹³⁾

C. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

Los RNM son problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente. ^(10,13)

D. Intervención Farmacéutica (IF)

Es cualquier acción (actividad), que surge de una toma de decisión previa, y que trata de modificar alguna característica del tratamiento, del paciente que lo usa o de las condiciones presentes que lo envuelven. ⁽¹⁴⁾

E. Adherencia Terapéutica

Es el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. ⁽¹⁵⁾

F. Hipertensión Arterial:

Es la elevación persistente de la presión arterial por encima de unos límites considerados como normales. Se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o superior en personas que no están tomando medicación antihipertensiva. ⁽³⁾

2.2. Hipótesis

El seguimiento farmacoterapéutico aumenta los porcentajes de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II Chupaca – Essalud.

2.3. Variables

2.3.1. Tipos de variables

Variable independiente – cualitativo.

Seguimiento Farmacoterapéutico.

Consistió en un procedimiento y herramientas de recojo de información ordenada para la sistematización del estado de situación del paciente con respecto al uso de medicamentos y la descripción de las acciones realizadas para prevenir y/o resolver los PRM.

Variable dependiente – cualitativo.

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. Este se determinará utilizando el Cuestionario Martín Bayare Grau (MBG), el cual consta de 3 categorías (Cumplimiento del tratamiento, Implicación personal y Relación transaccional) y 12 ítems con escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Clasifica los niveles de adherencia así: total de 38 a 48 puntos, parcial de 18 a 37 puntos y no adheridos de 0 a 17 puntos.

Co-variables:

- Hipertensión arterial - Cuantitativo.

Se define como una presión arterial sistólica de 140 milímetros de mercurio (mmHg) o superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o superior en personas que no están tomando medicación antihipertensiva.

- Edad – Cuantitativos: Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
- Sexo - Cualitativos.
 - Masculino.
 - Femenino.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método general que guía la investigación es el método científico, ya que está enmarcado en un conjunto de normas, pero no reglas fijas que sirven de pauta para la investigación, además usa un conjunto de técnicas o procedimientos que permiten alcanzar los objetivos. ⁽²⁷⁾

3.2. Tipo y nivel de la investigación

3.2.1. Tipo de investigación

Es aplicada, ya que su objetivo principal es la aplicación práctica de cierto tema, busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. ⁽²⁷⁾

3.2.2. Nivel de investigación

El nivel de estudio es descriptivo, ya que describe fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad es describir y/o estimar parámetros, se describen frecuencias y/o promedios; y se estiman parámetros con intervalos de confianza. ⁽²⁷⁾

3.3. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es de tipo pre experimental con pre y post test en un solo grupo, es decir a un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento, y finalmente se aplica una prueba posterior a la mencionada aplicación experimental. ⁽²⁷⁾

Su esquema es:

G 0₁ X 0₂

Donde:

G: Grupo de estudio

0₁: Medición de pre test

0₂: Medición de post test

X: Aplicación o manipulación de la variable independiente

3.4. Población de estudio

El total de pacientes con hipertensión que atiende mensualmente el CAP II Chupaca, es de 239. Sin embargo, la población de estudio estuvo constituida por 86 pacientes, los cuales cumplen los criterios de inclusión al estudio.

Criterios de inclusión

- Paciente adulto con edad igual o mayor a 30 años
- Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial de más de 3 meses
- Paciente con indicación médica de tratamiento con medicamentos antihipertensivos
- Paciente que acepto firmar el consentimiento informado
- Paciente que radique en el área circunscrita que es considerada para tener atención en el CAP II Chupaca, durante el periodo de desarrollo del estudio.
- Pacientes que consumen dos o más medicamentos.

Criterios de exclusión

- Paciente con diagnóstico de enfermedad mental invalidante, de trastorno psiquiátrico o que se encontró en tratamiento psicológico previo.
- Paciente cuya limitación física o cognitiva impida la comprensión de las preguntas dirigidas al paciente.
- Pacientes con capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes gestantes.

- Pacientes menores de 30 años.
- Pacientes que tengan enfermedades terminales.

Criterios de eliminación

- Paciente que voluntariamente decida abandonar el estudio.

3.5. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se hará 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.

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

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:

$$n = \frac{4.86.50.50}{5^2(86-1) + 4.50.50} = \frac{860000}{12125} = 71$$

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.1.1. Técnicas

El Seguimiento Farmacoterapéutico se realizará a través de la técnica de la entrevista personal y a comunicación telefónica. La entrevista personal se dio en el establecimiento (CAP II – Chupaca) o en una visita domiciliaria, según el paciente lo decidió, entrevistas apoyadas en todas las fichas farmacoterapéuticas.

1.1.2. Instrumentos de recolección de datos

Consentimiento Informado

Es un documento informativo en donde se invita a los pacientes a participar en la investigación. En la cual aceptan libre y voluntariamente colaborar con la investigación.

Hojas para el registro de datos del Seguimiento Farmacoterapéutico

El instrumento base para el desarrollo del trabajo fueron las fichas farmacoterapéuticas, documento que contiene hojas de información sobre el paciente, los medicamentos que consume, los hallazgos sobre problemas en

su medicación y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER modificado por Ocampo.

Cuestionario de Adherencia Terapéutica – Cuestionario MBG

Este cuestionario consta de 12 afirmaciones, las cuales tienen cinco posibilidades de respuesta que van desde siempre hasta nunca, el paciente tiene que marcar con una “X” la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. Considera tres niveles de adherencia: total, parcial y no adherencia. Considera como Adheridos totales a los pacientes que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos. Para calcular la puntuación obtenida se asignan valores a los ítems: 0 a la columna de “nunca”, 1 a “casi nunca”, 2 para “a veces”, 3 a “casi siempre” y 4 a “siempre”. Siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

1.1.3. Procedimiento de recolección de datos:

1. Oferta del servicio:

Se ofertó el servicio de SFT a todos los pacientes con hipertensión arterial que acudan al CAP II – Chupaca en el mes de enero del año 2019.

Se informó sobre el SFT, explicando que se va a trabajar en equipo para el logro de los objetivos terapéuticos; que no se va a iniciar o suspender ningún tratamiento, ni modificar las indicaciones del prescriptor y, que irá al prescriptor

cuando exista la necesidad de hacer coordinaciones para mejorar su tratamiento. Se coordinó la primera vista domiciliaria o cita en el establecimiento (CAP II – Chupaca). Los pacientes que estuvieron de acuerdo en participar del estudio firmaron el consentimiento informado. (Anexo 1)

2. Entrevista para la toma de datos básicos:

Se registró en las fichas de seguimiento farmacoterapéutico la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos. (Anexo 2 – Ficha N°1)

Después se realizó la entrevista inicial, tomará y registrará los valores de presión arterial y anotaran los valores.

Se revisaron los medicamentos que posee, tales como vitaminas, cremas y otros, que puedan alterar el estado del paciente, y se brindara información oral y escrita sobre la hipertensión arterial. (Anexo 2 – Ficha N°2)

Se aplicó el cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica Cuestionario MBG y el test de recuento de tabletas. (Anexo 3)

3. Elaboración del primer estado de situación:

Con la información obtenida en la entrevista con el paciente se formuló el primer estado de situación en el cual se registrará los problemas de salud (fecha de inicio, si está controlado o no y si le preocupa o no al paciente) y, los

medicamentos: inicio de su uso, principios activos o la estrategia terapéutica, pauta posología del medicamento prescrita y la utilizada por el paciente. (Anexo 2- Ficha 4)

4. Fase de estudio y evaluación:

En esta fase se profundizó el conocimiento de los problemas de salud y de los medicamentos utilizados, se requerirá la revisión y documentación bibliográfica y se evaluará e identificará PRM. (Anexo 2- Ficha N° 5)

5. Fase de intervención:

En esta fase se resolvieron los PRM detectados y se establecieron un plan de seguimiento para evitar la aparición de nuevos PRM. Las intervenciones se realizarán directamente con el paciente, o a través de éste con el médico (cuando el problema de salud requiera de la valoración médica o esté relacionado con medicamentos de prescripción médica). (Ficha N° 6 Y 7)

6. Nuevo estado de situación:

Se evaluó si la intervención dio lugar a otro estado de situación del paciente (nuevo estado de situación). En función de que continúen existiendo PRM o no, se continuará el plan de actuación, susceptible de ser modificado con el paciente si no está dando resultado.

Se volverá a aplicar el cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica Cuestionario MBG. (Anexo 3)

3.7. Técnicas de procesamiento de la investigación

Los datos se procesarán usando el programa SPSS versión 20.

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para determinar el nivel de adherencia terapéutica el cuestionario MBG consta de 12 afirmaciones, las cuales tienen cinco posibilidades de respuesta que van desde siempre hasta nunca, el paciente tiene que marcar con una "X" la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. Considera tres niveles de adherencia: total, parcial y no adherencia.

Considera como Adheridos totales a los pacientes que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos. Para calcular la puntuación obtenida se asignan valores a los ítems: 0 a la columna de "nunca", 1 a "casi nunca", 2 para "a veces", 3 a "casi siempre" y 4 a "siempre". Siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

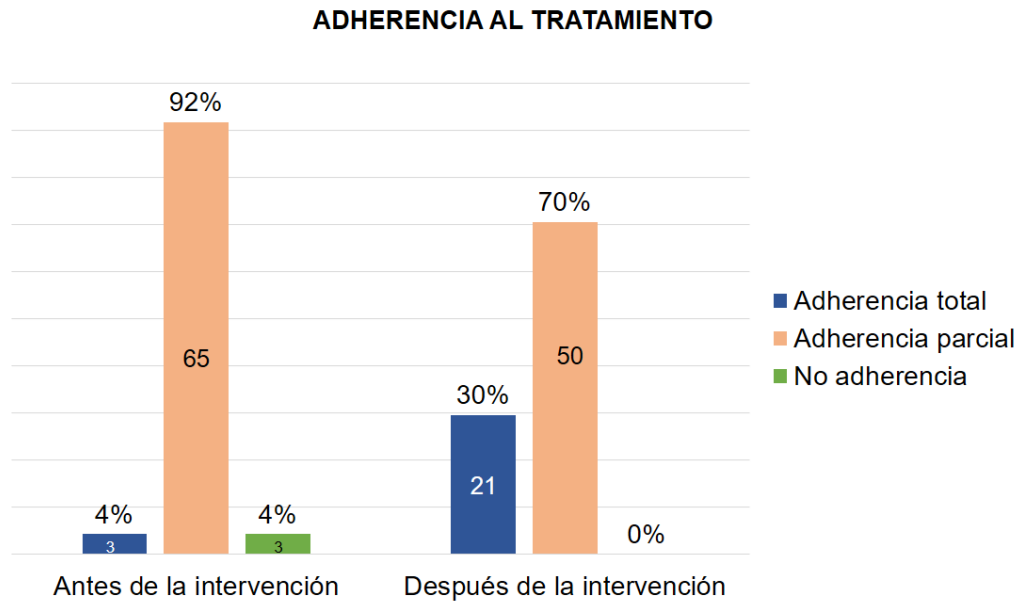
Asimismo, este cuestionario analiza tres dimensiones de la adherencia terapéutica, las cuales son Cumplimiento del tratamiento (CT): ítems 1,2,3 y 4. Implicación personal (IP): ítems 5,6,8,9 y 10. Y Relación transaccional (RT): ítems 7,11 y 12. Los cuales se clasifican en tres niveles de acuerdo a los puntajes obtenidos, valores bajos: medias inferiores a 2, medios: resultados mayores iguales a 2, pero menores iguales a 3, y por último altas, aquellas que son mayores de 3.

TABLA N°1: Niveles de adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca, de acuerdo al cuestionario HHHde Martín – Bayarre y Grau (MBG), al iniciar y finalizar el estudio.

Niveles de adherencia	Frecuencia antes del SFT	Porcentaje	Frecuencia después del SFT	Porcentaje
Adherencia total	3	4 %	21	30%
Adherencia parcial	65	92%	50	70%
No adherencia	3	4%	0	0%
Total	71	100%	71	100%

FUENTE: Datos tomados de los cuestionarios aplicados.

GRÁFICO N°1: Niveles de adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca, de acuerdo al cuestionario de Martín – Bayarre y Grau (MBG), al iniciar y finalizar el estudio.



FUENTE: Datos tomados de los cuestionarios aplicados

INTERPRETACIÓN: La tabla N°1 y el gráfico N°1, responde el objetivo general de este estudio, los resultados de niveles de adherencia antes y después de la intervención por medio del seguimiento farmacoterapéutico. La adherencia total antes del SFT era de 4% y después de 30%, la adherencia parcial era de 92% y luego de 70% y por último la no adherencia era de 4% y luego no se reporta no adherencia.

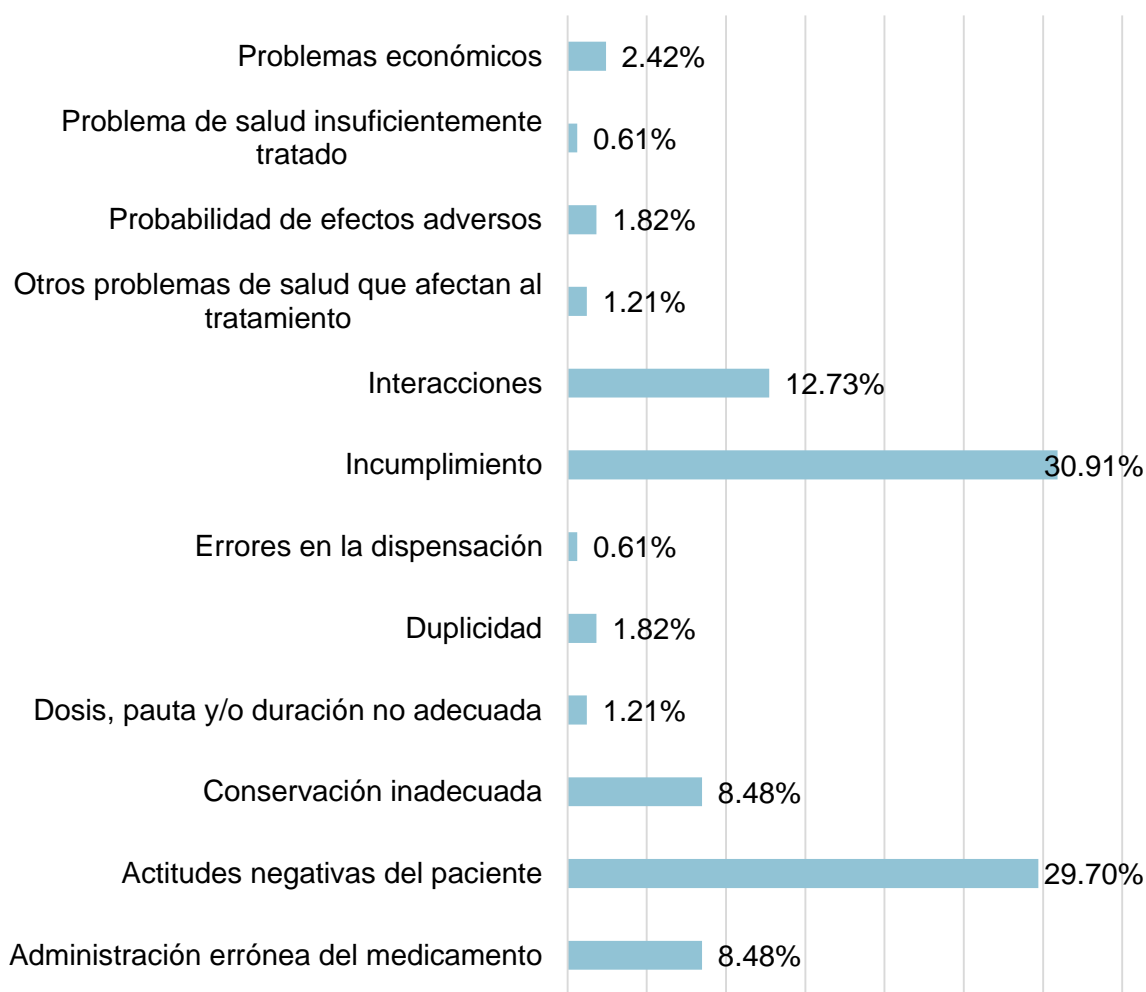
TABLA N°2: Incidencia de los Problemas Relacionados con Medicamentos en el Centro de Atención Primaria II - Essalud -Chupaca – 2019

PRM	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Administración errónea del medicamento	14	8.48
Actitudes negativas del paciente	49	29.70
Conservación inadecuada	14	8.48
Dosis, pauta y/o duración no adecuada	2	1.21
Duplicidad	3	1.82
Errores en la dispensación	1	0.61
Incumplimiento	51	30.91
Interacciones	21	12.73
Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	2	1.21
Probabilidad de efectos adversos	3	1.82
Problema de salud insuficientemente tratado	1	0.61
Problemas económicos	4	2.42
Total	165	100.00

FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas.

GRÁFICO N°2: Incidencia de los Problemas Relacionados con Medicamentos en el Centro de Atención Primaria II - Essalud -Chupaca – 2019

INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS (PRM)



FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas.

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°2 y el gráfico N°2, se presenta la incidencia de los Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos. Se identificó que los mayores porcentajes se encuentran relacionados al incumplimiento (30.91%), actitudes negativas del paciente (29,70%) e interacciones (12,73%).

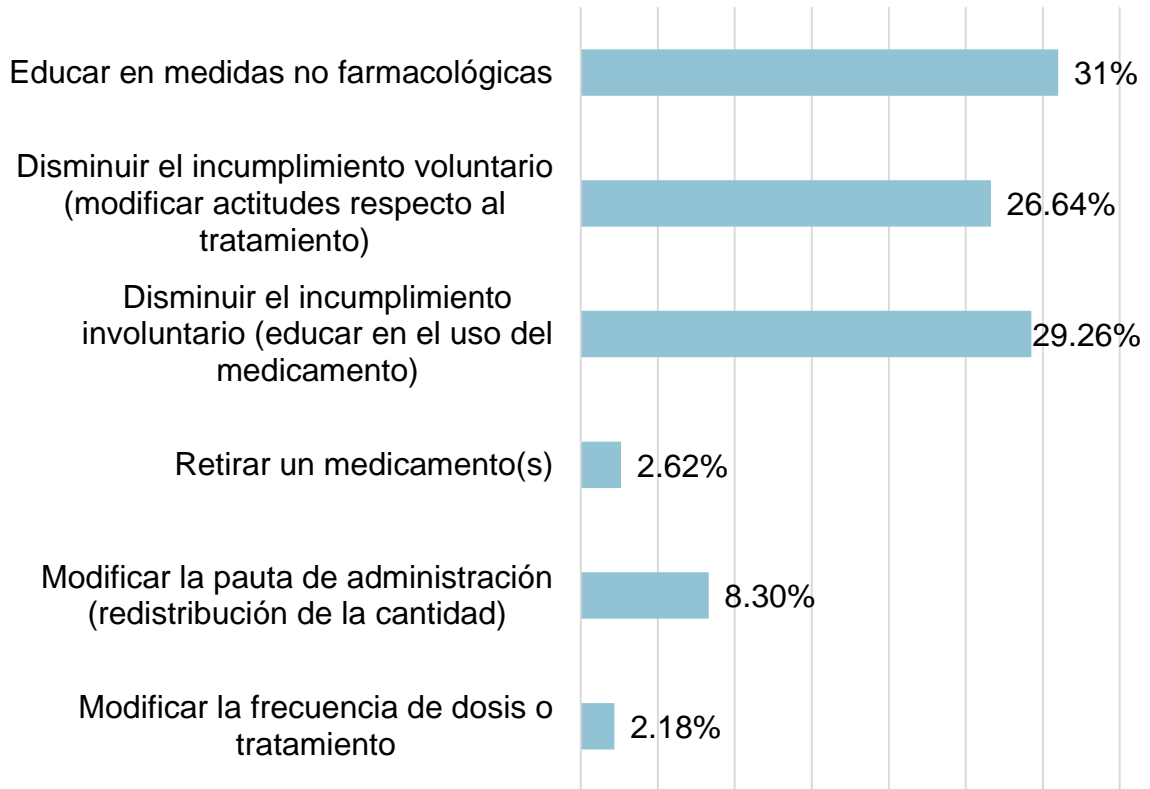
TABLA N°3: Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas en el Centro de Atención Primaria II - Essalud -Chupaca – 2019

INTERVENCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Modificar la frecuencia de dosis o tratamiento	5	2.18
Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	19	8.30
Retirar un medicamento(s)	6	2.62
Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	67	29.26
Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento)	61	26.64
Educación en medidas no farmacológicas	71	31.00
Total	229	100.00

FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N°3: Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas en el Centro de Atención Primaria II - Essalud -Chupaca – 2019

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS



FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos.

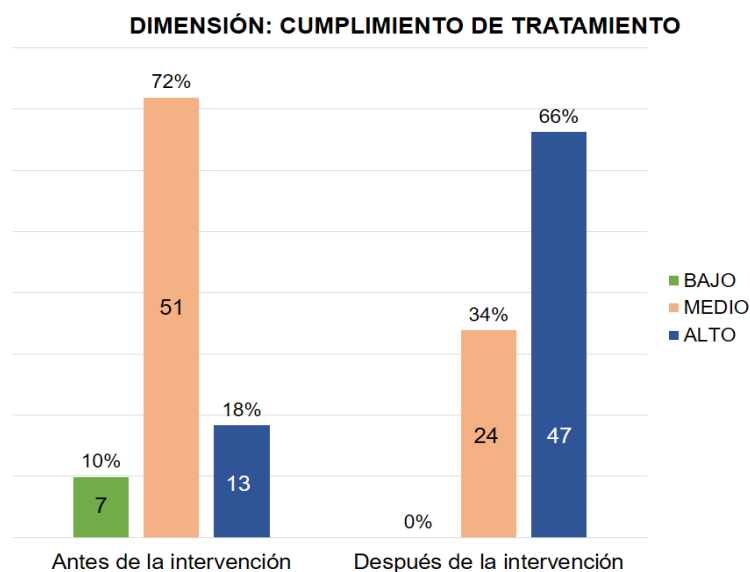
INTERPRETACIÓN: En la tabla N°3 y gráfico N°3, se presenta la Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas. Se identificó que según porcentaje se realizaron más intervenciones dirigidas a educar en medidas no farmacológicas (31%), seguidas de disminuir el incumplimiento involuntario (29,26%) y disminuir el incumplimiento voluntario (26,64%).

TABLA N°4: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión cumplimiento de tratamiento según el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019

Escala valorativa	Frecuencia antes del SFT	Porcentaje	Frecuencia después del SFT	Porcentaje
Bajo	7	10%	0	0%
Medio	51	72%	24	34%
Alto	13	18%	47	66%
TOTAL	71	100%	71	100%

FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos

GRÁFICO N°4: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión cumplimiento de tratamiento según el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019



FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos

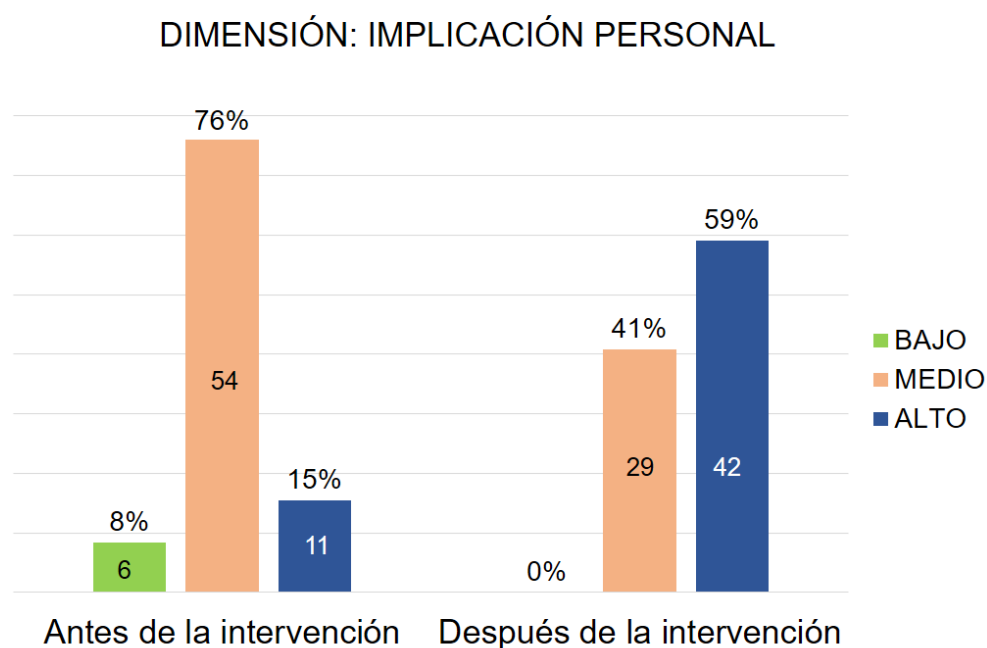
INTERPRETACIÓN: En la tabla N°5 y el gráfico N°5, se muestran los resultados de la dimensión cumplimiento de tratamiento y se observa que los pacientes después del seguimiento farmacoterapéutico, pasan de tener adherencia baja 10%, media 72% y alta 18% a no reportar adherencia baja, y reportar adherencia media 34% y alta 66%.

TABLA N°5: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión implicación personal según el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019

Escala valorativa	Antes del SFT	Porcentaje	Después del SFT	Porcentaje
Bajo	6	8%	0	0%
Medio	54	76%	29	41%
Alto	11	15%	42	59%
TOTAL	71	100%	71	100%

FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos

GRÁFICO N°5: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión implicación personal según el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019



FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos

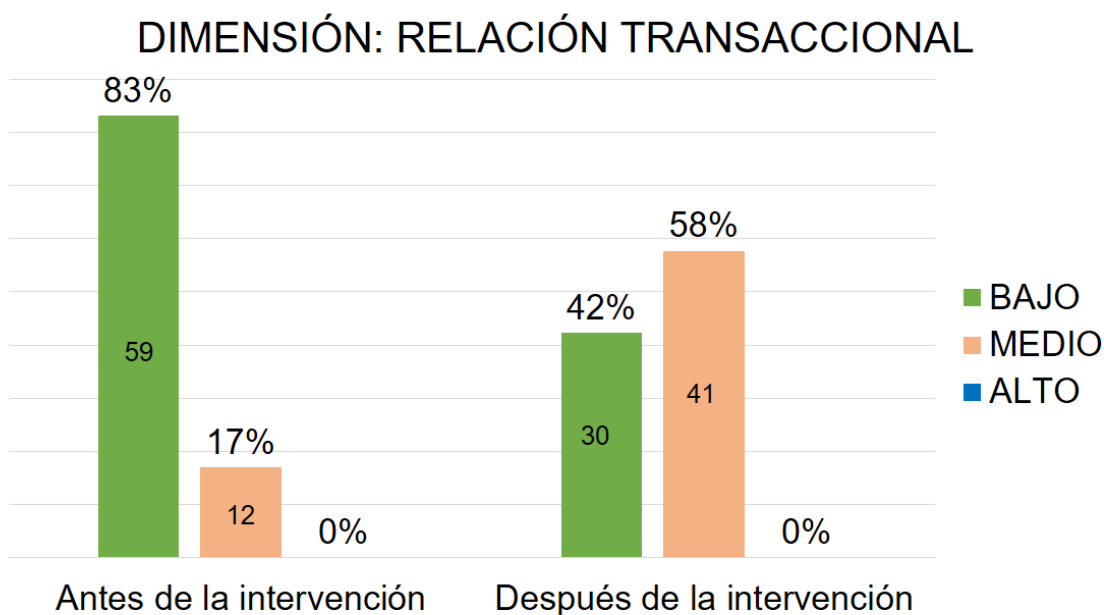
INTERPRETACIÓN: En la tabla N°6 y el gráfico N°6, se muestran los resultados de la dimensión implicación personal y se observa que los pacientes después del seguimiento farmacoterapéutico, pasan de tener adherencia baja 8%, media 76% y alta 15% a no reportar adherencia baja, y reportar adherencia media 41% y alta 59%.

TABLA N°6: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión relación transaccional, el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019

Escala valorativa	Antes del SFT	Porcentaje	Después del SFT	Porcentaje
Bajo	59	83%	30	42%
Medio	12	17%	41	58%
Alto	0	0%	0	0%
TOTAL	71	100%	71	100%

FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos

GRÁFICO N°6: Valores de la adherencia terapéutica en la dimensión relación transaccional, el Cuestionario MBG antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria II - Essalud - Chupaca – 2019



FUENTE: Datos tomados de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°7 y el gráfico N°7, se muestran los resultados de la dimensión relación transaccional y se observa que los pacientes después del seguimiento farmacoterapéutico, pasan de tener adherencia baja 83% y media 17%, a tener adherencia baja 42%, media 58%, y no presenta adherencia alta.

5. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II – Essalud – Chupaca, durante los meses de enero a marzo del 2019. Para lograr el objetivo se aplicó el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico, y se midió la adherencia terapéutica con el cuestionario de Martín-Bayarre y Grau (MBG), el cual clasifica la adherencia al tratamiento en tres niveles: adherencia total, parcial y no adherido.

Se entrevistaron a 71 pacientes, de los cuales la adherencia total antes del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) era de 4% y después de 30%, la adherencia parcial era de 92% y luego de 70% y por último la no adherencia era de 4% y luego no se reporta no adherencia, estos resultados permite contrastar con otros estudios internacionales y nacionales.

Los resultados de esta investigación fueron corroborados con las demás investigaciones como en el caso de la investigación realizada por Ascate ⁽¹⁵⁾ quien lo llevó a cabo en la Farmacia Luz-Farma del Distrito El Porvenir – Trujillo, utilizando el test de Morinsky donde los resultados obtenidos fueron que el efecto SFT sobre la adherencia fue favorable con un 80 % de pacientes cumplidores ⁽¹⁵⁾.

Así mismo, Escobar⁽¹⁶⁾ en su investigación Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, que se Atendieron en la Boticas Econo Farma N°03, del Distrito de Nuevo Chimbote de la Provincia Del Santa, Durante el mes de abril a julio del 2014, obtuvo como resultado que los pacientes con hipertensión arterial lograron en un 100% adherirse al tratamiento, logrando así una alta significancia al tratamiento ⁽¹⁶⁾.

Por otra parte, Ramos ⁽¹⁷⁾ en su investigación Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan -Essalud, obtuvo al inicio, 4,5% de adherentes al tratamiento y al término del estudio 40,9% a través del test de Morisky-Green. Mediante la aplicación del test de Batalla, al inicio, 50% y al final del estudio, 86,4% ⁽¹⁸⁾.

Por lo tanto, se puede afirmar que los estudios demuestran incremento en los niveles de adherencia terapéutica, como efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, y la presente investigación también demuestra incremento.

Sin embargo, existen variaciones entre las investigaciones mencionadas y la nuestra, ya que los instrumentos usados para la recolección de datos, fueron principalmente el test de Morinsky o el test de Batalla, y en esta investigación se usó el cuestionario Martin – Bayarre y Grau (MBG).

Otro de los objetivos fue identificar los problemas relacionados a medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que presentan los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca. Llegando a identificar que hubo mayor incidencia en los PRM relacionados al incumplimiento (30,91%), actitudes negativas del paciente (29,70%) e interacciones (12,73%).

Lo que concuerda con la investigación realizada por Ortiz ⁽¹⁰⁾ en la investigación Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos, realizada en Cuba, en el Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez de Ciudad de la Habana, durante el primer trimestre del 2018. Encontrando que el conocimiento sobre su enfermedad fue insatisfactorio (51,9 %); la adherencia terapéutica se produjo en 48,0 % de los afectados, siendo los factores más frecuentes el descuido de la hora (50,0 %) y el olvido (42,9 %). Entre los factores relacionados con la no adherencia primó la polifarmacia (83,3 %) seguida de las dificultades en la obtención del medicamento (72,2 %) ⁽¹⁰⁾.

De igual forma, La investigación realizada por Ascate⁽¹⁵⁾ con el título Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos atendidos en la Farmacia Luz-Farma del Distrito El Porvenir – Trujillo, obtuvo como resultados que el total de los PRM encontrados fueron 19 de los cuales 84.2% fueron solucionados; se evidencio que los PRM más frecuentes fueron el incumplimiento (52.6%) y actitudes negativas (26.3%) ⁽¹⁵⁾.

Con referencia a prevención y resolución de los problemas relacionados a medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que presentan los pacientes con hipertensión arterial del CAP II – Essalud – Chupaca, a través de intervenciones farmacéuticas, se identificó que según porcentaje se realizaron más intervenciones dirigidas a educar en medidas no farmacológicas (31%), seguidas de disminuir el incumplimiento involuntario (29,26%) y disminuir el incumplimiento voluntario (26,64%).

Lo que contrasta con el estudio realizado por Novoa ⁽¹³⁾ titulada Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael de Santa Ana, cuyo objetivo fue Realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael de Santa Ana. La cual obtuvo como resultado que antes de la intervención farmacéutica, el 65% de los pacientes sufría de un problema de Salud a causa de la ineffectividad cuantitativa de la medicación,

con el impacto de la intervención farmacéutica se redujo en un 45% la ineffectividad cuantitativa ⁽¹³⁾.

La investigación realizada por Flores ⁽¹⁴⁾ con el título Seguimiento farmacoterapéutico con el método Dader en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. Donde a los 60 pacientes que se les realizó una entrevista en primera visita se registraron 135 resultados clínicos negativos y se realizaron de igual intervenciones farmacéuticas. Un 77.04% intervenciones fueron aceptadas, lo que refleja tanto el médico con el paciente estas anuentes a recibir la colaboración del farmacéutico para la optimización de la terapia en el 80.74% de los casos con intervención farmacéutica, el problema de salud se resolvió ⁽¹⁴⁾.

Esta investigación identificó el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en tres dimensiones de la adherencia terapéutica, obteniendo como resultado que en la dimensión cumplimiento de tratamiento, se observa que los pacientes después del seguimiento farmacoterapéutico, pasan de tener adherencia baja 10%, media 72% y alta 18% a no reportar adherencia baja, y reportar adherencia media 34% y alta 66%. Lo que hace entender que la adherencia a la dimensión cumplimiento de tratamiento, ha aumentado.

Lo que contrasta con la investigación realizada por Rodríguez ⁽¹⁷⁾ Titulado Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en boticas Inkafarma – Trujillo. Abril – Julio 2016. Cuyo objetivo fue determinar el grado de adherencia en pacientes hipertensos atendidos en Boticas Inkafarma de La Noria –

Trujillo, durante el periodo comprendido de abril a julio del 2016. En la cual los pacientes hipertensos atendidos son cumplidores en 25% según el Test de Haynes-Sackett, 20,9% según el Test de Morisky Green Levine y 41,7% según los Test de Recuento de tabletas ⁽¹⁷⁾.

En la dimensión implicación personal, se observa que los pacientes después del seguimiento farmacoterapéutico, pasan de tener adherencia baja 8%, media 76% y alta 15% a no reportar adherencia baja, y reportar adherencia media 41% y alta 59%. Lo que implica incremento a la adherencia en esta dimensión.

La investigación realizada en Cuba, por Ortiz ⁽¹⁰⁾ que lleva como título Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos, encontró que el conocimiento sobre su enfermedad fue insatisfactorio (51,9 %); la adherencia terapéutica se produjo en 48,0 % de los afectados, siendo los factores más frecuentes el descuido de la hora (50,0 %) y el olvido (42,9 %). Entre los factores relacionados con la no adherencia primó la polifarmacia (83,3 %) seguida de las dificultades en la obtención del medicamento (72,2 %) ⁽¹⁰⁾

Y en caso de la dimensión relación transaccional y se observa que los pacientes después del seguimiento farmacoterapéutico, pasan de tener adherencia baja 83% y media 17 % y, a tener adherencia baja 42% y media 58%, y no presentar adherencia alta, lo que implica que ha aumentado los niveles de adherencia en esta dimensión, pero no se ha logrado obtener una adherencia alta.

Esta dimensión ha sido poco investigada, es por ello que no hay referentes para contrastar nuestros resultados, ya que la mayoría de investigaciones se centran en el paciente y su comportamiento frente a los medicamentos y su adherencia a su tratamiento, pero no se encontró investigaciones que midan la relación entre el personal de salud y el paciente, y como ello influye en la adherencia al tratamiento del paciente.

6. CONCLUSIONES

1. El seguimiento farmacoterapéutico incrementa los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II – Essalud – Chupaca, durante los meses de enero a marzo del 2019.
2. La adherencia terapéutica al finalizar el estudio (después de la intervención por medio del seguimiento farmacoterapéutico), aumentaron con respecto al inicio del estudio, ya que la adherencia total antes del SFT era de 4,23% y después de 29,58%, la adherencia parcial era de 91,55% y luego de 70,42% y por último la no adherencia era de 4,23% y luego de 0%.
3. Se identificaron tres principales Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos, el incumplimiento (30.91%), las actitudes negativas del paciente (29,70%) y las interacciones (12,73%). Y solo se identificaron 2 RNM, los cuales fueron resueltos.
4. Se previnieron y/o resolvieron los PRM y RNM a través de intervenciones dirigidas a educar en medidas no farmacológicas (31%), seguidas de disminuir el incumplimiento involuntario (29,26%) y disminuir el incumplimiento voluntario (26,64%).

5. Se identificó que el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión cumplimiento del tratamiento fue de aumentar los promedios de la puntuación general obtenida de 10.96 a 13.62.
6. Se identificó que el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión implicación personal fue de aumentar los promedios de la puntuación general obtenida de 12.93 a 16.58.
7. Se identificó que el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la dimensión relación transaccional fue de aumentar los promedios de la puntuación general obtenida de 3.13 a 4.28.

7. RECOMENDACIONES

1. Recomendamos incentivar los estudios de investigación en la población respecto al uso de medicamentos y SFT ya que son pocos los estudios de referencia. Teniendo como criterios la intervención del Químico Farmacéutico como profesional de salud.
2. Recomendamos desarrollar intervenciones educativas sobre Seguimiento Farmacoterapéutico y Adherencia terapéutica dirigidos a Químicos Farmacéuticos, para desarrollar nuevas estrategias que contribuyan a formar una conciencia educada sobre el valor de los medicamentos, la importancia de tomarlo en las dosis, frecuencia y tiempo indicado.
3. Así mismo desarrollar más investigaciones que tomen en cuenta las características de los pacientes en cada región del Perú, sus costumbres y factores particulares relacionados a su propio ambiente y realidad que permitan medir el estado del problema y evaluar el impacto diferenciado de los factores potencialmente influyentes para luego proponer estrategias más enfocadas a sus necesidades.

4. Implementar equipos multidisciplinarios en los Centros de Salud, donde todas las carreras enfocadas en salud puedan contribuir a mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes.
5. Fomentar las estrategias de comunicación entre los profesionales del sistema de salud y el paciente en los Centros de Salud.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud [sede Web]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [citado 27 de agosto de 2018]. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [1 página]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt
2. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo [Libro en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2013 [citado 27 de agosto de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013_2_spa.pdf?sequence=1
3. Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA); 2016 [citado 27 de agosto de 2018]. El número de hipertensos a nivel mundial se duplica en 40 años [1 página]. Disponible en: <https://www.seh-lelha.org/numero-hipertensos-nivel-mundial-se-duplica-40-anos/>

4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2016 [Libro en Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); 2017 [citado 05 de julio de 2018]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html
5. Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Libro en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2003 [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1>
6. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento [Libro en Internet]. Badalona: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH); 2017. [citado 18 de mayo de 2018]. Disponible en:
https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 28 de agosto de 2018]. Centro de prensa - El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [1 página]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
8. Porto M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesionalismo de la conducta y la salud. 25 de octubre

de 2014. Volumen 7. Numero I. Disponible en:
<https://dire.upr.edu/bitstream/handle/11721/1061/Vol.7-No.1-2014-p.73-84%20Griot.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

9. Faus M, Amariles P, Martínez F. Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos [Libro en internet]. Madrid: Grupo de investigación de atención farmacéutica; 2008 [citado 30 de setiembre de 2018]. Disponible en:
<http://ccqfo.cl/wpcontent/uploads/2016/10/LIBRO-DE-ATENCION-FARMACEUTICA.pdf>
10. Zúñiga C. Diseño de Estrategia de Intervención Educativa sobre Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial. Barrió La Inmaculada, Guano, Enero A junio 2016 [Especialista En Medicina Familiar Y Comunitaria]. Rio Bemba – Ecuador. Escuela Superior Politécnica De Chimborazo. Diciembre – 2016.
11. Rodríguez A, Seguimiento Farmacoterapéutico en el Control de Pacientes Hipertensos [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2014.
12. Martínez P. Efectos de la Intervención Farmacéutica en Pacientes con Presión Arterial Elevada sin Tratamiento Farmacológico para la Hipertensión. Granada, 2018. Pág. 64 – 183.
13. Novoa M, Seguimiento Farmacoterapéutico A Pacientes Hipertensos De La Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia San Rafael De Santa Ana. [Licenciatura En Química Farmacéutica]. San Salvador, El Salvador, Centro América. Universidad De El Salvador. Setiembre – 2013. Disponible en:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10486/FARMACOTERAPEUTICO_HIPERTENSION_SALAS_VEGA_KARLA_VANESSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Ocampo P, "Factores que Influyen sobre la Adherencia al Tratamiento de Pacientes Hipertensos Atendidos Establecimientos Públicos". Artículo Original: Farmacia. 20 noviembre 2014. Ic Volumen 5 N° 2: Pp. 181-191.
15. Ascate J. "Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en Pacientes Hipertensos Atendidos en la Farmacia Luz-Farma del Distrito El Porvenir – Trujillo. Marzo – Julio 2016". [Tesis Pre - Grado]. Trujillo – Perú. "Universidad Católica Los Ángeles Chimbote ". 2016.
16. Escobar J. "Efecto de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico Sobre la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes Hipertensos, que se Atendieron en la Boticas Econo Farma N°03, del Distrito de Nuevo Chimbote de la Provincia del Santa, Durante el Mes de Abril" [Título Pre - Grado]. Chimbote – Perú. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. 2016.
17. Ocampo P, Factores Influyentes sobre el Estado de la Adherencia al Tratamiento Farmacológico de Pacientes Hipertensos". [Tesis Doctoral]. Trujillo – Perú. Universidad Nacional De Trujillo. 2011.
18. Rodríguez R, Grado De Adherencia Terapéutica En Pacientes Hipertensos Atendidos En Boticas Inkafarma – Trujillo. Abril – Julio 2016. [Título Pre - Grado]. Trujillo- Perú. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. 2016.
19. Ramos N, "Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Pacientes Adultos Mayores Con Hipertensión Arterial Del Centro De Atención Primaria III Huaycán -Essalud". [Grado Magister]. Lima – Perú. Universidad Nacional De San Marcos. 2016.
20. Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos. Servicio de seguimiento farmacoterapéutico en farmacia comunitaria. [Buenas prácticas en farmacia

comunitaria de España]. Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos. 23 de julio de 2014. Pp. 1 – 16.

21. Sabater D, Silva Castro M, Faus Dáder M. “METODO DADER”. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Universidad de granada. Tercera edición – 2017.
22. Faus M, Amariles P, y Martínez F. Atención Farmacéutica: Conceptos, Procesos y Casos prácticos. Primera Edición. Madrid: ERGON; 2008.
23. Caja Costarricense De Seguro Social. Guías Para La Detección, Diagnostico Y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Manual para Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Mayo 2017. Pp. 5 – 62.
24. Castells E, Boscá A, García C, Sánchez M. “HIPERTENSIÓN ARTERIAL “.C/. Antonio Trueba, 14 “Villa Cristina”, bloque 5 2º 129017- Málaga. Disponible en la URL:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>.
25. Rosado Rios J, “Evaluación Del Seguimiento Farmacoterapéutico A Pacientes Hipertensos Atendidos En El Centro De Salud “San Martin”, Distrito La Esperanza - Trujillo. Enero –abril 2018”. [Título Profesional]. Trujillo –Perú. Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote. 2018.
26. ¿Qué es la presión arterial alta? Estilo de Vida + Reducción de Factores de Riesgos Presión Arterial Alta. American heart association.2017. disponible en la URL: https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/whatishighbloodpressure_span-ucm_316246.pdf.

27. R. Marín y M. Gorostidi. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. GH CONTINUADA. JULIO-AGOSTO 2003. VOL. 2 N.o 4 pag 44 y 46. Disponible en la URL: <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/05/v2n4a131pdf001.pdf>
28. Tamayo, M. Metodología Formal de la Investigación. México: Mc Graw-Hill;2000.
29. Hernandez SR, Fernandez CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 6^{ta} ed. Iztapalapa: McGraw Hill Interamericana;2006.
30. Oseda et al. Metodología de la Investigación. 5^{ta} ed. Caracas. Episteme;2006.
31. Ascate J. "Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en Pacientes Hipertensos Atendidos en la Farmacia Luz-Farma del Distrito El Porvenir – Trujillo. Marzo – Julio 2016". [Tesis Pre - Grado]. Trujillo – Perú. "Universidad Católica Los Ángeles Chimbote ". 2016.
32. Faus M, Amariles P, y Martínez F. Atención Farmacéutica: Conceptos, Procesos y Casos prácticos. Primera Edición. Madrid: ERGON; 2008.
33. Ramos N, "Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Pacientes Adultos Mayores Con Hipertensión Arterial Del Centro De Atención Primaria III Huaycan -EsSalud". [Grado Magister]. Lima – Perú. Universidad Nacional De San Marcos. 2016.

9. ANEXOS

Anexo 1: Ficha para el consentimiento informado del paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Las señoritas: López Guevara Helem Irina y Cuba Ramón Karina Kely, estudiantes de la Escuela Profesional de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímica de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, quienes desarrollan el trabajo de investigación “Seguimiento Farmacoterapéutico y su Efecto Sobre la Adherencia Terapéutica en Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria II - Essalud -Chupaca - 2019”; que tiene como objetivo Aplicar seguimiento farmacoterapéutico y determinar su efecto sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II – Essalud – Chupaca, durante los meses de enero a marzo del 2019.

Me explicaron su investigación y he comprendido satisfactoriamente el desarrollo de este estudio por lo cual yo declaro lo siguiente:

1. Acepto libremente participar de este programa de SFT y eh sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento, sea previo o durante la aplicación del cuestionario.
2. Estoy en conocimiento que este servicio de Atención farmacéutica es gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
3. Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.
4. Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea confidencial y verídica.
5. Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
6. Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
7. Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.

Chupaca, de del 2019

PACIENTE: _____ TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____	
NOMBRE DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO: Cuba Ramón Karina Kely TELÉFONO: 939031081	
NOMBRE DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO: López Guevara Helem Irina TELÉFONO: 950061202	

Anexo 2: Fichas del seguimiento farmacoterapeutico

Ficha N° 01: INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE.

Fecha: / / .

1. DATOS PERSONALES.

NOMBRE: _____ SEXO: _____
DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ años
TELÉFONO DE DOMICILIO: _____
OTRO: _____ (MAIL): _____
GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO: () PRIMARIA: ()
SECUNDARIA: () SUPERIOR: ()
TIENE SEGURO: SI () NO ()
SEGURO INTEGRAL (SIS): _____ ESSALUD: ()

LE SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE:
SI () NO ()

TIEMPO DE DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD: _____

2. DATOS DEL MEDICO Y/O INSTITUCIÓN DONDE FUE DIAGNOSTICADO Y/O CONTROLA SU TRATAMIENTO PARA LA:

N°	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELEFONO

3. ¿QUÉ ENFERMEDADES TIENE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA?

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	¿Quién LE DIAGNOSTICO?	TELEFONO

**FICHA N° 02: REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE
CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.**

Programa de SFT. Centro de atención primaria II - ESSALUD – CHUPACA – 2019.

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EN ESTE MOMENTO PARA OTRA ENFERMEDAD.

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿Cómo lo toma?
3. ¿quién lo receto?	8. ¿hasta cuándo lo tomara?
4. ¿Cómo te va?	9. ¿tiene dificultad para tomarla?
5. ¿desde cuándo lo toman?	10. ¿siente algo extraño luego tomarlo?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿Cómo lo toma?
3. ¿quién lo receto?	8. ¿hasta cuándo lo tomara?
4. ¿Cómo te va?	9. ¿tiene dificultad para tomarla?
5. ¿desde cuándo lo toman?	10. ¿siente algo extraño luego tomarlo?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿Cómo lo toma?
3. ¿quién lo receto?	8. ¿hasta cuándo lo tomara?
4. ¿Cómo te va?	9. ¿tiene dificultad para tomarla?
5. ¿desde cuándo lo toman?	10. ¿siente algo extraño luego tomarlo?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿Cómo lo toma?
3. ¿quién lo receto?	8. ¿hasta cuándo lo tomara?
4. ¿Cómo te va?	9. ¿tiene dificultad para tomarla?
5. ¿desde cuándo lo toman?	10. ¿siente algo extraño luego tomarlo?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿Cómo lo toma?
3. ¿quién lo receto?	8. ¿hasta cuándo lo tomara?
4. ¿Cómo te va?	9. ¿tiene dificultad para tomarla?
5. ¿desde cuándo lo toman?	10. ¿siente algo extraño luego tomarlo?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿Cómo lo toma?
3. ¿quién lo receto?	8. ¿hasta cuándo lo tomara?
4. ¿Cómo te va?	9. ¿tiene dificultad para tomarla?
5. ¿desde cuándo lo toman?	10. ¿siente algo extraño luego tomarlo?

Observaciones:

2.2. Revisión de los medicamentos que el paciente mantiene en su botiquín

MEDICAMENTOS QUE TIENE EN CASA.

Nombre 1:	
1. ¿Lo toma? 2. ¿Para qué?	3. ¿Cómo le fue? 4. ¿sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿Lo toma? 2. ¿Para qué?	3. ¿Cómo le fue? 4. ¿sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿Lo toma? 2. ¿Para qué?	3. ¿Cómo le fue? 4. ¿sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿Lo toma? 2. ¿Para qué?	3. ¿Cómo le fue? 4. ¿sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿Lo toma? 2. ¿Para qué?	3. ¿Cómo le fue? 4. ¿sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿Lo toma? 2. ¿Para qué?	3. ¿Cómo le fue? 4. ¿sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿Lo toma? 2. ¿Para qué?	3. ¿Cómo le fue? 4. ¿sintió algo extraño?

OBSERVACIONES:

**FICHA N° 03: GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR
PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)**

Programa de SFT. Centro de atención primaria II - ESSALUD – CHUPACA – 2019.

Cuando usted toma sus medicamentos siente que tiene problemas con:

- PELO:
- CABEZA:
- OÍDOS, OJOS NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad....)
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas....):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...)
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIES (dedos, uñas...)
- MUSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor de espalda, tendinitis....)
- PIEL (sequedad, erupción...)
- PSICOLÓGICO (depresión, epilepsia...)
- IMC
- PARÁMETROS ANORMALES (T°, P.A, colesterol...)
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- OTROS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...)
- VITAMINAS Y MINERALES.
- VACUNAS:
- ALÉRGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHA DE RAM.
- SITUACIONES FISIOLÓGICAS (y fecha)

OBSERVACIONES:

Ficha N°5: LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)

Programa de SFT. Centro de atención primaria II - ESSALUD – CHUPACA – 2019.

Clasificación del PRM	Descripción del PRM	Origen PRM
Necesidad	Problema de salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	
	Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita	
Efectividad	Inefectividad no cuantitativa, el paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación	
	Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento	
Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento	
	Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento	

COMENTARIO:

Ficha N°6: CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS.

Programa de SFT. Centro de atención primaria II - ESSALUD – CHUPACA – 2019.

CATEGORÍA	N°	INTERVENCIÓN	ACCIÓN
Intervenir sobre cantidad de medicamentos	1	Modificar los datos	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez
	2	Modificar la frecuencia de dosis o tratamiento	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento
	3	Modificar la pauta de administración. (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por la cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	4	Añadir medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utiliza el paciente
	5	Retirar medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	6	Sustituir medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración
	7	Sugerir una alternativa farmacéutica en DCI	Reemplazo de un medicamento de los que utilizaba el paciente que fue prescrito en forma comercial por una alternativa farmacéutica en DCI.
Intervenir sobre la educación al paciente	8	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	Educación en las instrucciones y precaución para la correcta utilización y administración del medicamento
	9	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento)	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento Aumentar la adhesión al tratamiento
	10	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénicas – dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

**FICHA N° 07: HOJA GUÍA SOBRE LA INTERVENCIÓN
FARMACOTERAPÉUTICA**

Programa de SFT. Centro de atención primaria II - ESSALUD – CHUPACA –
2019.

RESULTADO DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO SOBRE EL PROBLEMA DE SALUD QUE MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN.

El paciente refiere que luego de cumplir con las indicaciones del médico y tomar los medicamentos prescritos se siente:

A) PEOR B) IGUAL C) MEJOR D) CURADO

NUMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN.

N°	LUGAR DONDE SE ENCONTRABA EL PACIENTE	MEDIO DE COMUNICACIÓN	T INVERTIDO (MM)

Clave	Lugar donde encontraba el paciente
1	Est. Farmacéutico
2	Domicilio
3	Otro: _____

Clave	Medio de comunicación
1	Oral cara a cara
2	Escrito
3	Correo electrónico
4	Oral por teléfono
5	Otro: _____

Anexo 3: Cuestionarios para evaluar la adherencia terapéutica

Cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una "X" la casilla que corresponda a su situación particular:

FORMA DE SELECCIÓN	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
		4	3	2	1

AFIRMACIONES	RESPUESTAS				
1. Toma los medicamentos en el horario establecido.	4	3	2	1	0
2. Se toma todas las dosis indicadas.	4	3	2	1	0
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	4	3	2	1	0
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	4	3	2	1	0
5. Realiza los ejercicios físicos indicados	4	3	2	1	0
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	4	3	2	1	0
7. Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir	4	3	2	1	0
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos	4	3	2	1	0
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	4	3	2	1	0
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento	4	3	2	1	0
11. Usted y su médico analizan como cumplir con el tratamiento	4	3	2	1	0
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico	4	3	2	1	0

FUENTE: Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)