

CEU

*Universidad  
San Pablo*

**ADHERENCIA FARMACOTERAPÉUTICA Y CONOCIMIENTO  
EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE  
ANTIHIPERTENSIVOS EN UNA FARMACIA RURAL DE  
ZAHARA DE LOS ATUNES (CÁDIZ)**

**Máster Oficial en Atención Farmacéutica. Madrid, Junio de 2011**

**Alumna: Rosa María Gallardo Pérez  
Tutor: Emilio García-Jiménez**

## AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, Emilio García Jiménez, por su paciencia, optimismo y su gran dedicación para hacer posible la realización de este trabajo, y por despertar en mí, la inquietud por la investigación.

A Ana García-Villaraco Velasco, por su buen trabajo y su ayuda en el análisis estadístico de los datos.

A mi padre y M<sup>a</sup> Oliva Secades Sánchez, así como a las demás personas que trabajan en la farmacia José Gallardo Acuña, por su colaboración en la recogida de datos y su enorme interés en este proyecto.

A mis padres y mi hermana por apoyarme y estar a mi lado desde el primer día.

## INDICE

INTRODUCCION .....	5
Atención Farmacéutica.....	5
Hipertensión arterial .....	6
Prevalencia y grado de control de la hipertensión arterial en España .....	6
Hipertensión arterial.....	7
Estrategias de tratamiento antihipertensivo .....	8
Adherencia terapéutica .....	11
Incumplimiento terapéutico .....	11
Métodos para medir el cumplimiento .....	14
Conocimiento del paciente sobre su medicamento.....	16
Métodos para medir el conocimiento .....	17
Justificación del estudio .....	17
OBJETIVOS .....	18
Objetivo General .....	18
Objetivos Específicos .....	18
METODOLOGIA.....	19
Diseño .....	19
Población del estudio .....	19
Criterios de inclusión .....	19
Criterios de exclusión .....	19
Ámbito de estudio.....	19
Período del estudio .....	19
Tamaño muestral .....	20
Definición de variables .....	20
Variable dependiente .....	20
Variables independientes.....	21
Análisis estadístico.....	22
Procedimiento .....	23
Test de Morisky-Green.....	23
Test de conocimiento del medicamento.....	24
RESULTADOS .....	27

DISCUSION .....	35
Limitaciones del estudio .....	35
Descripción de la población estudiada .....	35
Hábitos higiénico-dietéticos.....	36
Enfermedad cardiovascular y tipo de antihipertensivo .....	37
Conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento antihipertensivo .....	37
Adherencia al tratamiento .....	40
CONCLUSIONES.....	42
BIBLIOGRAFIA .....	43
ANEXOS .....	47
Anexo 1.- Clasificación de causas de no adherencia terapéutica .....	47
Anexo 2.- Hoja de recogida de datos .....	48

## INTRODUCCION

### Atención Farmacéutica

Las actividades desarrolladas en las oficinas de farmacia han evolucionado adaptándose a las circunstancias que han ido apareciendo en el campo farmacéutico. En la actualidad, la función del farmacéutico no es solo ejercer actividades cuyo fin sean el medicamento en sí (como la adquisición, custodia, almacenamiento y conservación de materias primas, medicamentos ya sea de uso humano o veterinario y productos sanitarios) si no que también hay un conjunto de servicios y actividades farmacéuticas orientadas al paciente (dispensación, formulación magistral, indicación farmacéutica, formación en uso racional del medicamento, educación sanitaria, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico). Estas últimas son las que un grupo de expertos consideró que constituían la Atención Farmacéutica (AF).

Estas funciones fueron recogidas y clasificadas en la Ley 16/1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, en el Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) en el año 2001, con el objetivo de circunscribir adecuadamente el termino de Atención Farmacéutica.

Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo (AF) como “la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”<sup>1</sup>.

En este Consenso de AF, se afronta la actividad de entrega del medicamento como un servicio orientado al paciente, dotándolo de unos requisitos que lo vinculan íntimamente al concepto de Atención Farmacéutica, lo que permite

diferenciar la venta de medicamentos de la dispensación de los mismos. Se conceptualiza la dispensación como el servicio ofrecido por el farmacéutico, con una actitud activa, ante la demanda del ciudadano de un medicamento en concreto, mediante una prescripción médica o sin ella en el caso de que desee automedicarse. El requisito fundamental de este servicio es que la actuación profesional debe ir más allá de la mera entrega del medicamento, y ha de estar orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, e ir acompañada de información sobre la adecuada utilización del medicamento<sup>2</sup>.

## **Hipertensión arterial**

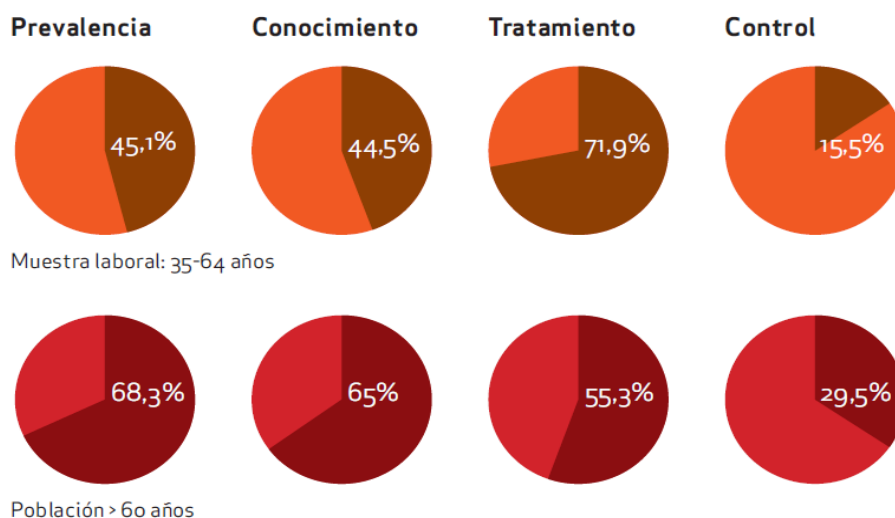
### **Prevalencia y grado de control de la hipertensión arterial en España**

El envejecimiento de la población, la relación presión arterial/Riesgo cardiovascular y la modificación de las reglas del juego que fijan los límites diagnósticos, ha multiplicado la prevalencia de HTA en las personas de edad avanzada<sup>3</sup>.

En España su prevalencia en adultos es de aproximadamente un 35%, llegando al 40% en edades medias y al 68% en mayores de 60 años, por lo que afecta a unos 10 millones de sujetos adultos. Por otro lado, casi otro 35% de los individuos presentan una PA normal-alta o normal, situación en la que también existe RCV y muertes relacionadas, además del riesgo de progresión a grados de PA más elevados.

El grado de conocimiento y tratamiento farmacológico de la HTA en la población general de España es relativamente elevado pero el control se sitúa en cifras inferiores al 40% (figura 1) y difiere en función del ámbito asistencial y del tipo de encuesta realizada<sup>4</sup>.

**Figura 1.-** Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la HTA en España



Fuente: Banegas et al. Hypertension 1998; 32: 998-1002; Banegas et al. J Hypertens 2002; 20: 2157-64

## Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una elevación sostenida de la presión arterial (PA) sistólica, diastólica o de ambas que afecta a una parte muy importante de la población adulta, especialmente a la de mayor edad. Su importancia reside en el hecho de que cuanto mayores son las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, más elevadas se vuelven la morbilidad y la mortalidad de los individuos. Así sucede en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Es una de las principales causa de mortalidad prematura en España.

La HTA se define por la presencia mantenida de cifras de PA sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg o PA diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg o ambas. No obstante, cifras inferiores a dichos límites no indican de forma necesaria una ausencia de riesgo<sup>4</sup>.

La clasificación de la hipertensión arterial se recoge en la siguiente tabla:

**Tabla 1:** Clasificación HTA

Estadio	<i>MmHg</i>
Optima	<120/80
Normal	120-130/80-85
Normal alta	130-139/85-89
Grado I	140-159/90-99
Grado II	160-179/100-109
Grado III	>180/>110

El diagnóstico de HTA se establecerá tras la comprobación de los valores de PA en dos o más medidas tomadas en de dos o más ocasiones separadas varias semanas entre sí. Cuando las presiones arteriales sistólica y diastólica se encuentren en distintas categorías se aplicará la categoría superior. La HTA sistólica aislada se clasifica también en grados (1, 2 ó 3) según el valor de la PA sistólica. HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; mmHg: milímetros de mercurio

Fuente: Sefac 2011

Todas las complicaciones vasculares asociadas a la HTA, incluyendo la enfermedad coronaria, el ictus, la enfermedad arterial periférica, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad renal crónica están relacionadas tanto con la PAS como con la PAD<sup>5</sup>. No obstante, a partir de los 55 años la relación es mucho más estrecha con la PAS. A partir de esta edad, el aumento desproporcionado en la PAS que resulta en un aumento de la presión del pulso ( $PP = PAS - PAD$ ) es un reflejo del estado de rigidez de las grandes arterias y también se asocia a un mayor RCV, aunque no ha podido definirse una cifra de PP que sirva de frontera entre la normalidad y la patología<sup>6</sup>.

### **Estrategias de tratamiento antihipertensivo**

- No farmacológico
- Farmacológico

El tratamiento no farmacológico está dirigido a instaurar medidas relacionadas con los hábitos de vida, siempre que proceda, en todos los pacientes, incluidos los sujetos con una presión arterial en el límite alto de la normalidad y los que precisan farmacoterapia. El objetivo es disminuir la presión arterial, controlar otros factores de riesgo y afecciones clínicas y reducir el número y dosis de antihipertensivos que es posible que tengan que utilizarse posteriormente. Las



medidas relacionadas con los hábitos de vida en que se coincide de forma generalizada que tienen capacidad de reducir la PA o el riesgo cardiovascular y que deben contemplarse en todos los pacientes son las siguientes: abandono del tabaco, reducción del peso (y estabilización del peso), reducción del consumo excesivo de alcohol, ejercicio físico, reducción del aporte de sal, aumento del consumo de frutas y verduras y disminución de grasas saturadas y totales<sup>7</sup>.

En la siguiente tabla vemos cómo las modificaciones de los estilos de vida pueden ayudar al control de la hipertensión<sup>8</sup>.

**Tabla 2.-** Recomendaciones higiénico-dietéticas.

<b>MODIFICACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>REDUCCIÓN DE LA PAS</b>
Reducción de peso	Mantener el peso corporal normal (índice de masa corporal 18,5-24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	5-20 mmHg/10 Kg de pérdida de peso
Adoptar el plan de alimentación del DASH	Consumir una dieta rica en frutas, vegetales, con productos de poca grasa con un contenido reducido en las grasas totales y saturadas	8-14 mmHg
Reducción del sodio de la dieta	Reducir el consumo de sodio de la dieta a no más de 100 mmol por día (2,4 gr de sodio o 6 gr de cloruro de sodio)	2-8 mmHg
Actividad física	Dedicarse a una actividad física aeróbica regular tal como caminar rápidamente (al menos 30 min por día, la mayoría de los días de la semana)	4-9 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 vasos (30 ml de etanol; 700 ml de cerveza, 300 ml de vino, o 3 tragos de whisky) por día en la mayoría de los hombres y no más de 1 vaso por día en las mujeres o en personas de bajo peso	2-4 mmHg

Fuente: Sellen Crombet J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria, 2008.

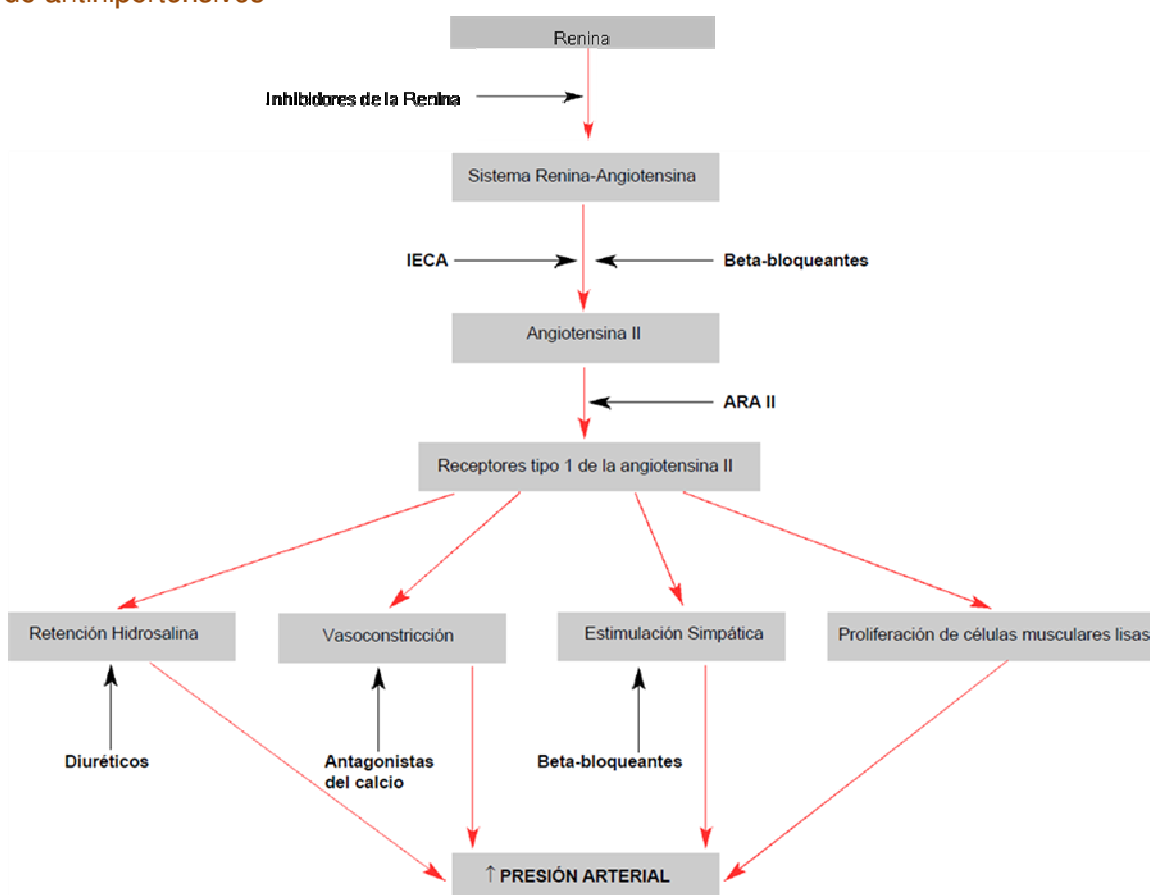
Siempre han de recomendarse unos hábitos de alimentación saludables. Sin embargo, las medidas relacionadas con los hábitos de vida no están probadas en la prevención de complicaciones cardiovasculares en los hipertensos y es bien sabido que el cumplimiento a largo plazo de su aplicación es bajo. Nunca debe demorarse innecesariamente el inicio de la farmacoterapia, sobre todo en los pacientes con grados de riesgo más altos<sup>7</sup>.

## Tratamiento farmacológico

Los efectos beneficiosos principales del tratamiento antihipertensivo son consecuencia de la disminución de la propia PA.

Seis grupos principales de antihipertensivos, diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la ECA, antagonistas del receptor de la angiotensina, betabloqueantes e inhibidores de la renina, resultan adecuados para el inicio y mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, en monoterapia o en combinación. Cada uno de ellos disminuye la presión arterial actuando por distintos mecanismos.

**Figura 2.-** Efectos de la angiotensina II y nivel de actuación de los principales grupos de antihipertensivos



Fuente adaptada de referencia 44

A la hora de elegir un fármaco o combinación farmacológica concretos y de evitar otros, ha de tenerse en cuenta la experiencia previa del paciente con un

grupo de compuestos dados, el riesgo cardiovascular de cada paciente, la presencia de otras patologías que puedan condicionar el tratamiento como la diabetes, nefropatía o enfermedad cardiovascular, y las posibles interacciones con otros fármacos utilizados para otras afecciones.

Y ha de prestarse una atención continuada a los efectos secundarios de los fármacos, porque son la causa más importante de falta de cumplimiento<sup>7</sup>.

## **Adherencia terapéutica**

La eficacia de los fármacos antihipertensivos se ha puesto de manifiesto en numerosos ensayos clínicos. Sin embargo, en la práctica, menos de un 50% de los sujetos hipertensos tiene sus cifras de tensión controladas. Todo ello sugiere que el grado de adhesión a las recomendaciones proporcionadas por los profesionales sanitarios es muy mejorable. De hecho, diversos estudios realizados en esta línea dentro del contexto sanitario español muestran que el incumplimiento terapéutico en la HTA oscila en el 40-71%. Por todo ello se ha señalado que la mejora del cumplimiento terapéutico debe constituir el primer objetivo de cualquier intervención farmacológica, especialmente en los problemas de tipo crónico y en el ámbito de la atención primaria de salud. Sin embargo, se invierte mucho tiempo y dinero en la búsqueda de medicamentos eficaces, pero en general se presta una escasa atención al hecho de que el paciente los utilice de forma adecuada o no<sup>9</sup>.

## **Incumplimiento terapéutico**

Tradicionalmente, y de forma general en las publicaciones españolas, el término “cumplimiento” se define como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por

parte del paciente. Aunque el concepto de incumplimiento es ampliamente conocido, y existen evidencias de asociación entre la falta de control de la HTA y una alta prevalencia de incumplimiento<sup>10</sup>, aún existen muchos profesionales que desconocen si sus pacientes hipertensos toman la medicación como les han prescrito. Por ello toda transmisión de información sobre el incumplimiento en la HTA es relevante con el fin de fomentar el conocimiento de la situación actual<sup>11</sup>.

Según diferentes estudios, el grado de control de la hipertensión arterial (HTA) en España oscila entre el 10 y el 25 %, siendo similar a escala mundial, y es el incumplimiento uno de los principales motivos. Por todo ello se ha señalado que la mejora del cumplimiento terapéutico debe constituir el primer objetivo de cualquier intervención farmacológica, especialmente en los problemas de tipo crónico, como es el caso de la hipertensión arterial<sup>9</sup>.

En un estudio de “Cumplimiento farmacoterapéutico con hipolipemiente en una farmacia de Girona”, se evaluó el uso y grado de cumplimiento de pacientes que toman hipolipemiantes, se describió el perfil de estos pacientes y el número de ellos que incumplía, determinando a su vez si el conocimiento del medicamento mejoraba el cumplimiento. Y se llegó a la conclusión de que, cuánto más información tienen sobre el medicamento, se observa más adherencia al tratamiento. El 90% de los pacientes saben para qué es y cómo tomar su hipolipemiente, sin embargo sólo el 62% conoce durante cuánto tiempo tomarlo<sup>12</sup>.

En otro estudio de conocimiento en el que se hace una comparación de dos localizaciones geográficas, “Uso y cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento antiagregantes orales que acuden a farmacias rurales de Girona y Almería”, se vio que, el cumplimiento era semejante en ambas poblaciones. Las conclusiones obtenidas en este caso fueron las siguientes: los pacientes que utilizan antiagregantes orales incumplen en un 43%, independientemente de la localización geográfica en el estudio y las diferencias de perfil, siendo la principal causa el olvido de la toma. Durante el

primer año sólo incumple una cuarta parte, aumentando al 50% a partir del segundo año<sup>13</sup>.

En un estudio realizado por Molina Moya et al.<sup>14</sup> en una Oficina de Farmacia en la Comunidad Valenciana se detectó una adherencia inicial de los pacientes al tratamiento antihipertensivo de un 75,7%, tras su intervención mejoró la adherencia en un 85,7% con educación sanitaria y en un 100% con un servicio de SFT.

Rosinach Bonet J. obtuvo al inicio de un estudio de optimización de la farmacoterapia en hipertensos no controlados, una adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito de un 70%, independientemente del género<sup>15</sup>.

Y en un estudio de Rodríguez Chamorro, el 63,5% de los pacientes con tratamiento antihipertensivo incluidos en el estudio son cumplidores, y tras una intervención farmacéutica se obtuvo una adherencia final del 90,6%<sup>16</sup>.

**Tabla 3.- Estudios de adherencia y logros de objetivos terapéuticos.**

Estudio	Nº pacientes	Tipo de intervención farmacéutica	Adherencia inicial %	Adherencia final %	Método medir adherencia
EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO Rodríguez Chamorro, MA, 2009, España	85	GI: SFT GC: Educ. sanitaria	GT: 63,5% GI: 68,2% GC: 58,5%	GT: 90,6% GI: 95,5% GC: 85,4%	Morisky-Green-Levine
Sookaneknum et al, 2004, Tailandia <sup>14</sup>	235	GI: SFT + Educ. sanitaria GC: Sin IF	GI: 51,33% GC: 56,48%	GI: 63,64% GI: 55,56%	Rec. de compr.
Rosinach, 2008, Lleida (España) <sup>19</sup>	23	SFT	70%	70%	Juicio farmac.
Molina Moya, 2008, Valencia (España) <sup>13</sup>	49	GI: SFT GC: Educ. sanitaria	GT: 42,9% GC: 28,6% GI: 57,1%	GT: 92,9% GC: 85,7% GI: 100,0%	Morisky-Green-Levine
Estudio FAME, Lee et al, 2006, EE.UU <sup>12</sup>	200	Educ. sanitaria y SIDD	61,2%	96,9%	Rec. de compr.
Krass et al, 2005, Australia <sup>10</sup>	154	GI: SFT en DM2 GC: Sin IF	GI: 41% GC: 50% GI: 30% GC: 23%	GI: 52% GC: 52% GI: 33% GC: 23%	Test BMQ Registro farmacia
de Castro et al, 2007, Brasil <sup>20</sup>	71	GI: SFT GC: Sin IF	GI: 83,3% GC: 76,5%	GI: 77,77% GC: 80%	Inicio: test y registro Final: Niveles HCTZDA

De acuerdo con el *National Council for Patient Information and Education (NCPPIE)*, Consejo Nacional de Información y Educación al Paciente, las cinco formas más habituales de incumplimiento son:

1. No retirar de la farmacia la prescripción.
2. Tomar una dosis incorrecta.
3. Tomar el medicamento en pautas erróneas.
4. Olvidar una o más dosis.
5. Abandonar demasiado pronto el tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento puede originar la no consecución del objetivo terapéutico, provocando problemas de salud asociados al uso incorrecto del Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos (RNM)<sup>10</sup>.

### Métodos para medir el cumplimiento <sup>13,17,18,19</sup>

Existen dos tipos de métodos para valorar el grado de incumplimiento. Los métodos directos y los indirectos. En la tabla 4, se resumen las diferencias de ambos métodos:

**Tabla 4.- Características generales de los métodos directos e indirectos.**

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

Fuente: tomado de Busquets et al<sup>13</sup>.

- **Métodos directos**

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

- **Métodos indirectos**

Valoran el cumplimiento a partir de informaciones facilitadas por el paciente, midiendo sucesos o circunstancias que se relacionan probablemente de forma indirecta, con el cumplimiento. Suelen ser sencillos y económicos de realizar.

De todos estos<sup>20</sup> destacamos un método validado para la determinación del grado de cumplimiento de pacientes con hipertensión<sup>21,22,23</sup>.

**Test de Morisky-Green y Levine** consta de 4 preguntas acerca de cómo el paciente toma su medicación. Nos permite clasificar a los pacientes como hipocumplidores, normocumplidores o hipercumplidores.

1. *¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? Sí/No*
2. *¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí/No*
3. *¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación? Sí/No*
4. *¿Si alguna vez se encuentra mal, deja usted de tomarla? Sí/No*

## Conocimiento del paciente sobre su medicamento

Tal y como aparece documentado en el trabajo de investigación de García Delgado<sup>10</sup> sobre el grado de conocimiento de la medicación que tienen los pacientes y la adherencia, parece ser que el conocimiento del medicamento, favorece el cumplimiento y la automedicación responsable. La falta de información acerca de la enfermedad o el tratamiento, o el no entendimiento del paciente acerca de la información recibida, condiciona el conocimiento de este sobre su medicamento y puede determinar el incumplimiento involuntario de la terapia<sup>24,25</sup>. Según algunos autores, la carencia de información del medicamento es uno de los principales problemas del uso inadecuado para el 30% 50% de los pacientes<sup>26,27,28</sup>. Por tanto, según un razonamiento inverso, es de esperar que el adecuado conocimiento del paciente sobre su farmacoterapia minimice la aparición de RNM<sup>29,30</sup>.

Cuando un paciente requiere tomar un fármaco, debe tener la información necesaria para hacerlo de forma correcta. Al tener el conocimiento suficiente sobre el medicamento, la actitud del paciente suele consistir en reforzar su interés en seguir correctamente el tratamiento, lo que queda directamente reflejado en el cumplimiento de la terapia<sup>31</sup>.

En un estudio realizado en el Hospital Clínico de Barcelona sobre el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular, se obtuvo que solo el 61% dice que la medicación es para toda la vida y un 28% dice que puede abandonar la medicación cuando la presión arterial se normalice<sup>32</sup>.

García Delgado P. obtuvo en su tesis de “Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos” que dos de cada tres pacientes de la población no conocen el medicamento que utilizan. En la provincia de Málaga, el 72% no tiene la información correcta sobre su medicamento necesaria para un adecuado uso del mismo, frente a casi el 60% en la región Murcia.<sup>10</sup>



## **Métodos para medir el conocimiento**

Existe un *test de conocimiento validado por García Delgado*<sup>33</sup> en el que se determina si la información que tiene el paciente sobre el medicamento que toma para controlar su hipertensión es correcta, incorrecta, insuficiente o la desconoce totalmente.

## **Justificación del estudio**

La falta de conocimiento encontrada en los diferentes estudios es uno de los factores responsables del incumplimiento y del mal uso del medicamento, lo que contribuye a un control insuficiente de la presión arterial.

Existe poco conocimiento en general en los pacientes españoles en cuanto a la medicación que toman, y hay pocos estudios sobre el conocimiento de los pacientes sobre los antihipertensivos.

Con este estudio se pretende describir el grado de conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento antihipertensivo, adherencia, y hábitos de vida necesarios, para controlar la presión arterial. Éste trabajo pretende ser el primer paso dado en la farmacia para identificar qué factores pueden influir en el conocimiento de los antihipertensivos, así como su adherencia terapéutica. De esta forma, se podrá diseñar tras analizar los resultados, la mejor intervención farmacéutica en este campo y a medida de la población que acude a la farmacia de Zahara de los Atunes en Cádiz.

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Comprobar el grado de adherencia farmacoterapéutica y conocimiento en pacientes en tratamiento con antihipertensivos que acuden a una farmacia rural costera de Zahara de los Atunes (Cádiz).

### Objetivos Específicos

- Describir el perfil socio-demográfico del paciente en tratamiento con **antihipertensivos** según género.
- Identificar las causas del incumplimiento farmacoterapéutico de **antihipertensivos**.
- Determinar la relación entre el grado de cumplimiento y el conocimiento del paciente sobre su tratamiento.
- Identificar si hay diferencia de conocimiento y adherencia entre los diferentes tipos de **antihipertensivos** utilizados.

## METODOLOGIA

### Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

### Población del estudio

Pacientes en tratamiento con **antihipertensivos** que acudan a retirar la medicación a la farmacia José Gallardo Acuña de Zahara de los Atunes situada en la provincia de Cádiz.

### Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan a la farmacia con una receta de antihipertensivo (o demandando el tratamiento antihipertensivo, para su utilización directa) y que estén diagnosticados de hipertensión arterial.
- Mayores de 18 años.

### Criterios de exclusión

- Pacientes con alguna discapacidad o enfermedad mental que le incapacite para responder a las preguntas del entrevistador.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes cuyo cuidador o familiar retire la medicación.

### Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en una farmacia rural situada en la costa de la provincia de Cádiz.

### Período del estudio

Abril 2011 – Mayo 2011

## Tamaño muestral

Calculamos el tamaño de muestra de pacientes hipertensos, mayor de 18 años, residentes en Zahara, independientemente que sean incumplidores o no.

- El 35% de la población mayor de 18 años es hipertensa en España<sup>4</sup>.
- En Zahara de los Atunes, hay un censo poblacional a enero de 2011 de 1516 personas<sup>34</sup>, por lo que si estimamos que mayores de 18 años son 1000 (según los datos de mi programa de gestión de la farmacia), y como de éstos el 35% puede ser hipertensa, la población total de hipertensos máxima de Zahara sería de 350 personas.
- Según la bibliografía de todos los pacientes que usan antihipertensivos, el 45% es incumplidor<sup>35</sup>.
- Asumiendo un error del 9% y según estas premisas:  
Para conseguir una precisión del 9,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es de 45,0% y que el tamaño total de la población es de 350, será necesario incluir **88** pacientes en el estudio.

## Definición de variables

### Variable dependiente

*Adherencia farmacoterapéutica:* La adherencia enfatiza la necesidad de acuerdo entre el paciente y el prescriptor, y que el paciente es libre para decidir si se adhiere o no a las recomendaciones de prescriptor. Se utilizarán los test validados de Morisky-Green-Levine.

Esta variable es dicotómica y se categoriza como: cumplidor o no cumplidor, en función de las respuestas correctas a las preguntas de este test.<sup>36</sup>

## **Variables independientes**

- *Origen geográfico*: Europeo / Sudamericano / Norteamericano / Otra: .....
- *Edad*: Se define como el número de años de una persona. Variable cuantitativa.
- *Género*: dicotómica. Hombre / Mujer.
- *Nivel de estudios*: Sin estudios / Primarios / Secundarios / Universitarios.
- *Ambiente familiar*: Vive solo / Vive acompañado.
- *Grupo terapéutico*: Diuréticos / Beta bloqueantes / IECA / ARAII / Bloqueadores de los canales de calcio / Inhibidores directos de la renina
- *Pauta del medicamento*: 1 toma / 2 tomas diarias / otra
- *Tratamiento antihipertensivo*: Monoterapia / Combinación
- *Número total de medicamentos que toma*: Variable cuantitativa.
- *Conocimiento del medicamento*: Información incorrecta / Desconoce / Información insuficiente / Conoce.

El conocimiento del paciente sobre su medicamento se puede definir como “El conjunto de información adquirida por el paciente sobre su medicamento, necesaria para un correcto uso de éste que incluye el objetivo terapéutico (indicación y efectividad), el proceso de uso (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento), la seguridad (efectos adversos, precauciones, contraindicaciones e interacciones) y su conservación. Se mide con el test de conocimiento propuesto y validado por García Delgado<sup>10,33</sup>.

- *Accidente cardiovascular previo*: Sí / No
- *Tipo de prevención*: Primaria / Secundaria
- *Tipo de ECV*: Enfermedad coronaria / Enfermedad cerebrovascular / Enfermedad arterial periférica
- *Causas de incumplimiento*: Se clasificará según el anexo 1.
- *Actividad física o sedentarismo*: Poco, regular ó correcto

**En los adultos**, se considera necesaria para prevenir cualquier tipo de enfermedad **30 minutos** (como mínimo recomendado) de actividad física de **intensidad moderada al día** (aumenta el ritmo de la respiración y del corazón, con sensación de calor y sudoración ligera, pero se puede hablar mientras se realiza). Actividades de este tipo son pasear rápido, bailar, nadar, etc. Los pacientes que realicen más de 30 minutos de este tipo de actividad se

categorizan como que realizan una actividad física correcta. Los que realizan menos de 30 minutos tienen la categoría de regular. Si no es posible hacer actividad física moderada, puede hacerse de **intensidad suave** pero **durante 1 hora**, es decir, dar paseos suaves, hacer estiramientos que producen sensación de calor y un ligero aumento de las frecuencias respiratorias y del corazón. Los pacientes que realicen este tipo de actividad física se categorizan como que realizan poca actividad física<sup>37,38</sup>.

**-Dieta DASH: Sí / No**

Se categoriza en función de si el paciente sigue la dieta Dash. En numerosos estudios se ha comprobado la efectividad de la dieta DASH para prevenir o reducir la hipertensión arterial. La dieta DASH es baja en grasas saturadas, colesterol y grasa totales. Enfatiza el consumo de frutas, verduras, vegetales, leche y productos lácteos descremados o sin grasa.<sup>39</sup>

**-Consumo de alcohol: Sí/ No**

El consumo de 10-20 gramos (1-2 vasos) de alcohol por día se ha relacionado con efectos beneficiosos sobre el RCV.

Se considera que el paciente consume alcohol si supera los 20 gramos de alcohol diarios, ya que está relacionado con un aumento de la mortalidad.<sup>13</sup>

**- Fumador. Categorizada en: Sí / Ex fumador / No**

Se considera fumador la persona que fuma regularmente cualquier cantidad de tabaco o que lleva menos de un año de haber abandonado el hábito tabáquico

Se considera ex-fumador la persona que lleva más de un año sin fumar.

El no fumador es la persona que nunca ha fumado regularmente, como mínimo durante un mes.<sup>13</sup>

## **Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS en su versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Los datos se registraron como medias o porcentajes, utilizando la prueba de la t-Student para comprobar la diferencia de medias de los parámetros obtenidos en los pacientes antes y después del estudio.

También se empleó la Prueba de Chi cuadrado para el análisis de proporciones. Se consideró cambios estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

Se realiza un Análisis de la Varianza (ANOVA) unidireccional para los datos de CMP. Cuando el valor de  $p$  era menor a 0,05 (95% de confianza) se considera que existían diferencias significativas entre las variables analizadas. En ese caso se compararon los valores medios mediante el estadístico LSD (mínima diferencia significativa).

## Procedimiento

A todos los pacientes que durante el período de estudio acordado acudan a la farmacia a retirar medicamentos del grupo de los antihipertensivos (diuréticos, alfa/beta bloqueantes, IECA, ARAII, antagonistas del calcio, inhibidores de la renina), que reúnan los criterios de inclusión del estudio y además acepten participar en él, se les realizará el cuestionario de recogida de información del anexo 2.

Una vez recogidos todos los cuestionarios se realizará el correspondiente análisis estadístico y se obtendrán las conclusiones de los objetivos planteados. Para valorar si el paciente cumple con el tratamiento, se empleará el test de Morisky-Green, y para determinar el conocimiento del paciente sobre su medicamento, un test de conocimiento propuesto y validado por García Delgado.

### Test de Morisky-Green

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?  Si  No
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?  Si  No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?  Si  No
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?  Si  No

Este test determina si el paciente es incumplidor en el caso de contestar incorrectamente a una de las cuatro preguntas anteriores.

### Test de conocimiento del medicamento

¿Conoce el nombre del medicamento? ....., SI, NO

¿Desde cuándo lo está tomando? ....., NS, PRIMERA VEZ

1 ¿Para qué tiene que tomar este medicamento? ....., NS

2 ¿Qué cantidad tiene que tomar de este medicamento? ....., NS

3 ¿Cada cuánto tiene que tomar este medicamento? ....., NS

4 ¿Hasta cuándo tiene que tomar este medicamento? ....., NS

5 ¿Cómo debe tomar este medicamento? ....., NS

6 ¿Ha de tener alguna precaución cuando toma este medicamento? SI (¿cuál?), NO, NS

7 ¿Qué efectos secundarios conoce usted de este medicamento? ....., NS

8 ¿Ante qué problema de salud o situación especial no debe tomar este medicamento?....., NS

9 ¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto? .....  NS

10 ¿Qué medicamentos o alimentos le han aconsejado que debe evitar tomar mientras use este medicamento? .....  NS

11 ¿Cómo debe conservar su medicamento? .....  NS

El problema de salud para el que toma este medicamento, le preocupa: BASTANTE, REGULAR, POCO

¿Quién le dijo que tomara este medicamento? MEDICO, FARMACEUTICO, OTROS

Este test determina si la información que tiene el paciente sobre el medicamento que toma para controlar su hipertensión es correcta, incorrecta, insuficiente o la desconoce totalmente.

Para hacer esta evaluación se le asignará a cada respuesta, para cada pregunta, la siguiente puntuación en función del grado de concordancia entre la información dada por el paciente y la información de referencia (receta médica o Catálogo de medicamentos del CGCOF):



-1 punto; *Información incorrecta*: Cuando la respuesta del paciente no coincide con lo preguntado o cuando la información que posee el paciente es incorrecta o contradictoria (no coincide con la información de referencia).

0 puntos; *No conoce o desconoce*: Cuando el entrevistado afirma no saber, o verbalmente o mediante paralenguaje. Se asignara esta puntuación directamente cuando aparezca tachada la casilla “ns”.

1 punto; *Información Insuficiente*: Cuando la respuesta dada por el paciente no es completa, es decir, no asegura que el paciente posea la información necesaria para garantizar un correcto uso del medicamento.

2 puntos; *Conoce*: Cuando la información dada por el paciente coincide con la información de referencia.

Por tanto, cada paciente obtendrá una puntuación comprendida entre el -1 al 2 para cada pregunta de conocimiento sobre el medicamento.

Para el cómputo final del conocimiento total del medicamento (CPM) cada pregunta puntuará diferente en base a la dimensión a la que pertenezca, debido a la priorización de unas preguntas sobre otras.

La ecuación que resuelve la puntuación final en el conocimiento del medicamento (CPM) es:

$$\text{CPM} = \frac{[1,2 \Sigma P^A] + [1,1 \Sigma P^B] + [0,85 \Sigma P^C] + [0,6 \Sigma P^D]}{(1,2 \times 4) + (1,1 \times 2) + (0,85 \times 4) + (0,6)}$$

$P^X$  = Puntuación obtenida por el paciente para cada pregunta de cada dimensión  $X$ ; siendo:

- Dimensión **A “Proceso de uso del medicamento”**: Posología (p.2) Pauta (p.3), Duración del tratamiento (p.4) y Forma de administración (p.5)
- Dimensión **B “Objetivo terapéutico”**: Indicación (p.1) y Efectividad del tratamiento (p.9)
- Dimensión **C “Seguridad del medicamento”**: Precauciones de uso (p.6) Efectos adversos (p.7), Contraindicaciones (p.8) e Interacciones (p.10).
- Dimensión **D “Conservación del medicamento”**: Conservación (p.11)

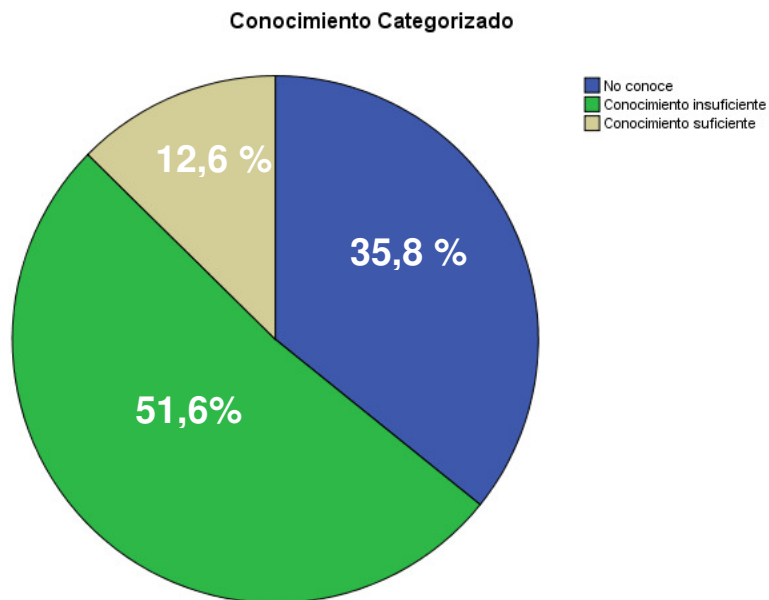
La puntuación mínima que se puede obtener es 0. Si el paciente responde a alguna de las cinco primeras preguntas de manera incorrecta, insuficiente o con desconocimiento, es decir, si la puntuación parcial de las preguntas 1 a la 5 es menor que 2, directamente aparece un 0 en el computo total, independientemente de las respuestas del resto de preguntas. Se entiende que el paciente no conoce el medicamento, cuando el paciente no posee la información necesaria para el correcto uso del medicamento, dado que no conoce alguno, o todos los ítems correspondientes al proceso de uso del medicamento (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento) o el ítem correspondiente a la dimensión objetivo terapéutico (la indicación)<sup>10</sup>.

Basándonos en estos criterios, el conocimiento del medicamento se categoriza en:

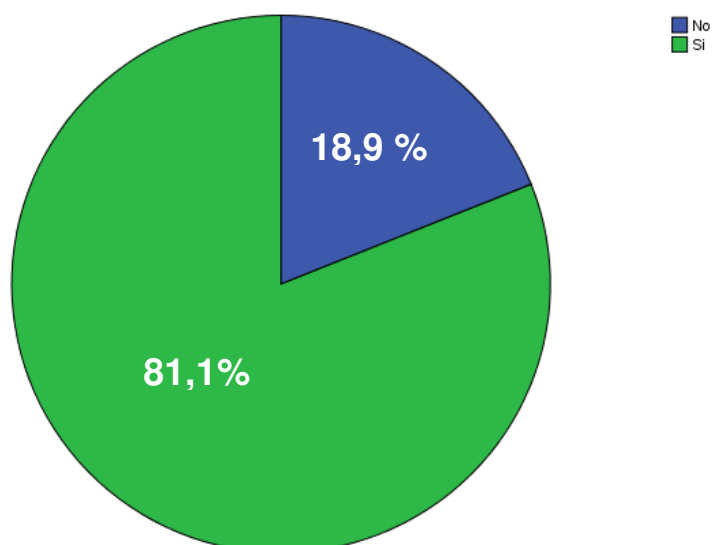
- No conoce el medicamento. 0 puntos.
- Conocimiento Insuficiente del medicamento. De 0,60 a 1,26.
- Conocimiento Suficiente del medicamento. De 1,27 a 1,60.
- Conocimiento Óptimo del medicamento. De 1,61 a 2.

## RESULTADOS

**Figura 3.-** Conocimiento del paciente que utiliza antihipertensivos (n=95).



**Figura 4.-** Adherencia del paciente al tratamiento antihipertensivo (n=95).



**Tabla 5.- Características socio-demográficas según género**

n = 95		Hombre n (%)	Mujer n (%)	$\chi^2$	Sig. (bilateral) P (IC95%)
País	Europeo	40 (42,1)	54 (56,8)	1,331	0,249
	Norteamericano	1 (1,1)	0 (0)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Nivel cultural	Sin estudios	14 (14,7)	32 (33,7)	12,015	0,007
	Primarios	20 (21,1)	19 (20)		
	Secundarios	7 (7,4)	1 (1,1)		
	Universitarios	0 (0)	2 (2,1)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Vivir solo	No	33 (34,7)	40 (42,1)	0,539	0,463
	Si	8 (8,4)	14 (14,7)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,6)		

**Tabla 6.- Edad de la población**

n = 95	Hombre n Media (DT)	Mujer n Media (DT)	T-Student	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Edad	41 66,9 (10,9)	54 69,3 (12,9)	-0,95	0,347
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
	39	91	68,33	12,127

**Tabla 7.- Hábitos de vida según género**

n = 95		Hombre n (%)	Mujer n (%)	$\chi^2$	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Fuma	No	18 (18,9)	47 (49,5)	24,939	< 0,001
	Si	7 (7,4)	6 (6,3)		
	Ex fumador	16 (16,8)	1 (1,1)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Ejercicio	No	13 (13,7)	38 (40)	14,011	< 0,001
	Si	28 (29,5)	16 (16,8)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Dieta DASH	No	31 (32,6)	46 (48,4)	1,391	0,238
	Si	10 (10,5)	8 (8,4)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Alcohol	No	28 (29,5)	48 (50,5)	6,179	0,013
	Si	13 (13,7)	6 (6,3)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		

**Tabla 8.- Prevención y enfermedad cardiovascular**

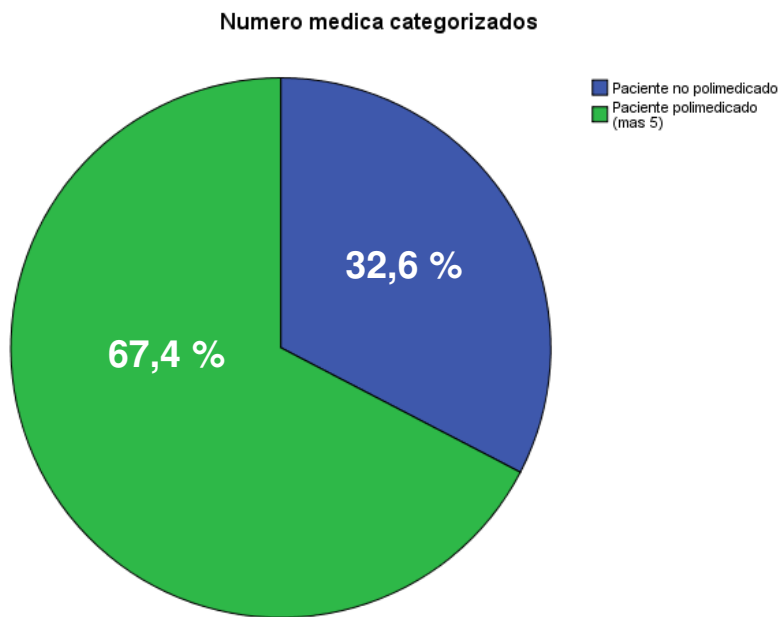
n = 95		Hombre n (%)	Mujer n (%)	X <sup>2</sup>	Sig. (bilateral) P (IC95%)
ACV previo	No	30 (31,6)	42 (44,2)	0,271	0,604
	Si	11 (11,6)	12 (12,6)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Tipo ACV	Enf. Coronaria	7 (30,4)	8 (34,8)	1,168	0,558
	Enf. Cerebrovascular	4 (17,4)	3 (13,0)		
	Enf. Arterial periférica	0 (0)	1 (4,3)		
	Total	11 (47,8)	12 (52,2)		
Prevención	Primaria	30 (31,6)	42 (44,2)	0,270	0,604
	Secundaria	11 (11,6)	12 (12,6)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		

**Tabla 9.- Medicación utilizada**

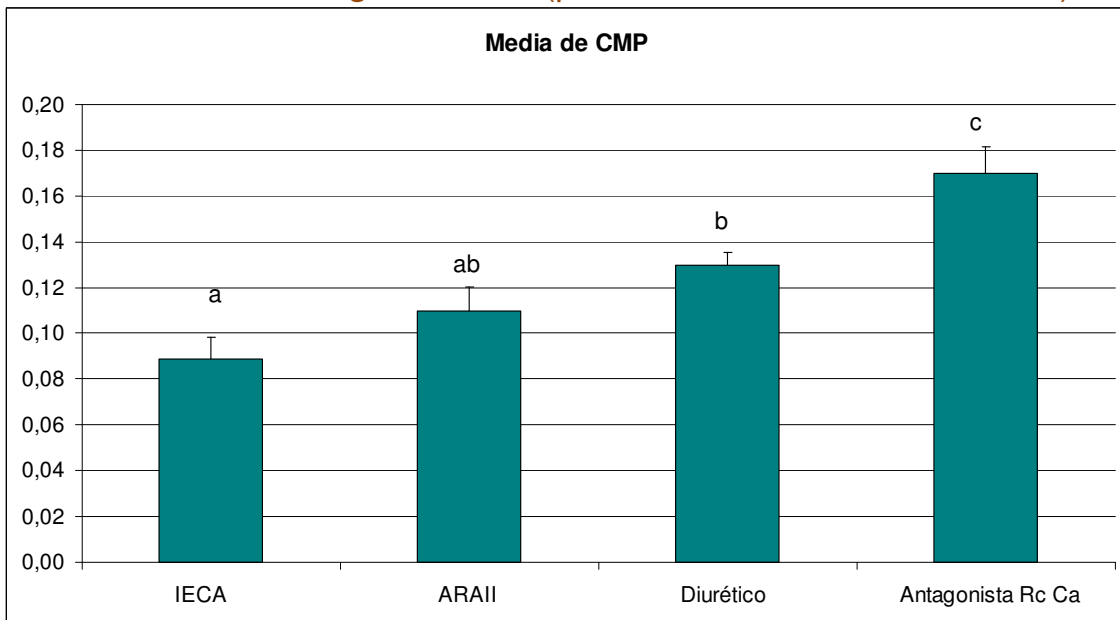
n = 95		Hombre n (%)	Mujer n (%)	X <sup>2</sup>	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Pauta	1toma/día	34 (35,8)	46 (48,4)	1,041	0,594
	2tomas/día	7 (7,4)	7 (7,4)		
	3tomas/día	0 (0)	1 (1,1)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Estrategia terapéutica	Monoterapia	15 (15,8)	18 (18,9)	1,109	0,742
	Combinación	26 (27,4)	36 (37,9)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Receta	Activo	14 (14,7)	10 (10,5)	3,015	0,083
	Pensionista	27 (28,4)	44 (46,3)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Polimedicado	No	21 (22,1)	10 (10,5)	11,337	0,001
	Si	20 (21,1)	44 (46,3)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		

n = 95	Hombre n Media (DT)	Mujer n Media (DT)	T-Student	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Nº total de Medicamentos	41 5,29 (2,9)	54 6,61 (2,7)	-2,270	0,026

**Figura 5.-** Relación de pacientes polimedicados



**Figura 6.-** Media de los valores de CMP de los encuestados en función del medicamento que están tomando. Letras distintas indican diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ , ANOVA unidireccional).



**Tabla 10.-** Conocimiento de la medicación antihipertensiva en función de distintas variables

n=95	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Conocimiento	0,18	1,40	1,0319	0,22420

n = 95		Conocimiento Media (DT)	T- Student	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Tipo de antihipertensivo	IECA	0,09 (0,5)	ANOVA	0,001
	ARA II	0,11 (0,13)		
	Diurético	0,13 (0,07)		
	Antagonista del Ca	0,17 (0,3)		
	α,β-bloqueantes	0,12 (0,12)		
	Inhibidores renina	0,1 (0,14)		
Tipo prevención	Primaria (n=72)	1,05 (0,18)	1,78	0,078
	Secundaria (n=23)	0,96 (0,31)		
Estrategia Terapéutica	Monoterapia (n=33)	1,06 (0,19)	1,05	0,298
	Combinación (n=62)	1,01 (0,24)		
Receta	Activo (n=24)	1,13 (0,15)	2,74	0,007
	Pensionista (n=71)	0,99 (0,23)		
N total medicamentos	No polimedocado (n=31)	1,15 (0,13)	3,75	<0,001
	Polimedocado (n=64)	0,97 (0,23)		
Conoce nombre	No (n=60)	0,95 (0,23)	-4,54	<0,001
	Si (n=35)	1,15 (0,13)		
Preocupa	Poco (n=33)	1,03 (0,19)	ANOVA	0,011
	Regular (n=50)	0,98 (0,24)		
	Bastante (n=12)	1,20 (0,11)		
Nivel cultural	Sin estudios (n=46)	0,95 (0,25)	ANOVA	0,005
	Primarios (n=39)	1,09 (0,16)		
	Secundarios (n=8)	1,12 (0,14)		
	Universitarios (n=2)	1,27 (0,07)		
Vive solo	No (73)	1,04 (0,23)	0,84	0,404
	Si (22)	22 (0,99)		

**Tabla 11.- Puntuación obtenida del test Conocimiento sobre el medicamento según género**

n = 95	Hombre n=41 Media (DT)	Mujer n=54 Media (DT)	T-Student	Sig. (bilateral) P (IC95%)
¿Para qué?	2 (0)	1,93 (0,4)	1,242	0,217
Cantidad	2 (0)	1,96 (0,3)	0,870	0,386
Cada cuánto	2 (0)	1,93 (0,4)	1,242	0,217
Hasta cuándo	1,37 (0,9)	1,35 (0,9)	0,070	0,944
Cómo	1,9 (0,5)	1,63 (0,9)	1,725	0,088
Precaución	-0,27 (0,4)	-0,31 (0,5)	0,465	0,643
Efectos adversos	0,10 (0,4)	-0,02 (0,1)	1,844	0,068
Situación especial	0 (0)	-0,09 (0,3)	2,024	0,046
Efecto	1,17 (1)	1,07 (1)	0,470	0,639
Evitar	0,2 (0,4)	0,09 (0,5)	1,042	0,300
Conservar	-0,37 (0,9)	-0,57 (0,7)	1,265	0,209

**Tabla 12.- Puntuación otras variables del test de conocimiento según género**

n = 95		Hombre n (%)	Mujer n (%)	X <sup>2</sup>	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Conoce nombre	No	23 (24,2)	37 (38,9)	1,545	0,214
	Si	18 (18,9)	17 (17,9)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Desde cuando	No sabe	4 (4,2)	8 (8,4)	3,945	0,139
	Primera vez	0 (0)	4 (4,2)		
	Conoce	37 (38,9)	42 (44,2)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Preocupa	Poco	14 (14,7)	19 (20)	0,264	0,877
	Regular	21 (22,1)	29 (30,5)		
	Bastante	6 (6,3)	6 (6,3)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		

n = 95	Hombre n Media (DT)	Mujer n Media (DT)	T-Student	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Conocimiento total antihipertensivos	41 1,09 (0,15)	54 0,98 (0,25)	2,325	0,022



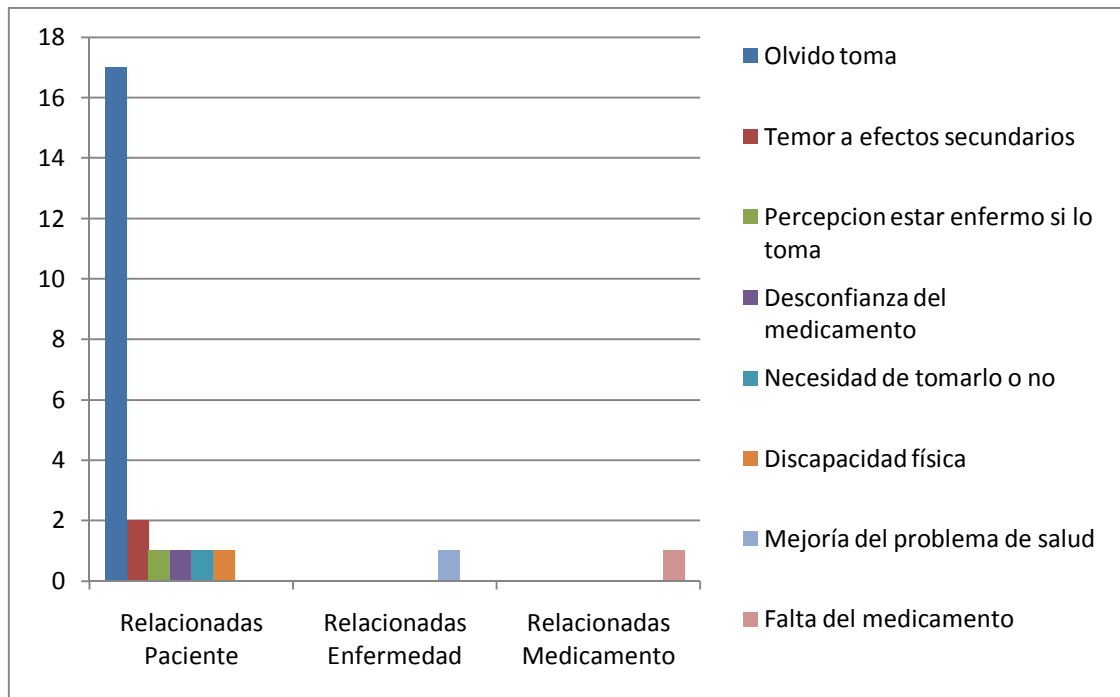
**Tabla 13.- Adherencia según conocimiento**

n = 95		Conocimiento Media (DT)	T- Student	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Olvida la toma	No (n=78)	1,04 (0,22)	0,733	0,466
	Si (n=17)	0,99 (0,229)		
Tomarlo a la hora indicada	No (n=4)	0,67 (0,36)	-3,435	0,001
	Si (n=91)	1,05 (0,2)		
Tomarlo si se encuentra bien	No (n=92)	1,04 (0,2)	2,625	0,010
	Si (n=3)	0,70 (0,2)		
Dejar de tomarlo si le sienta mal	No (n=92)	1,03 (0,22)	-0,177	0,860
	Si (n=3)	1,05 (0,17)		
Adherencia total	No (n=18)	0,95 (0,28)	-1,735	0,086
	Si (n=77)	1,05 (0,2)		

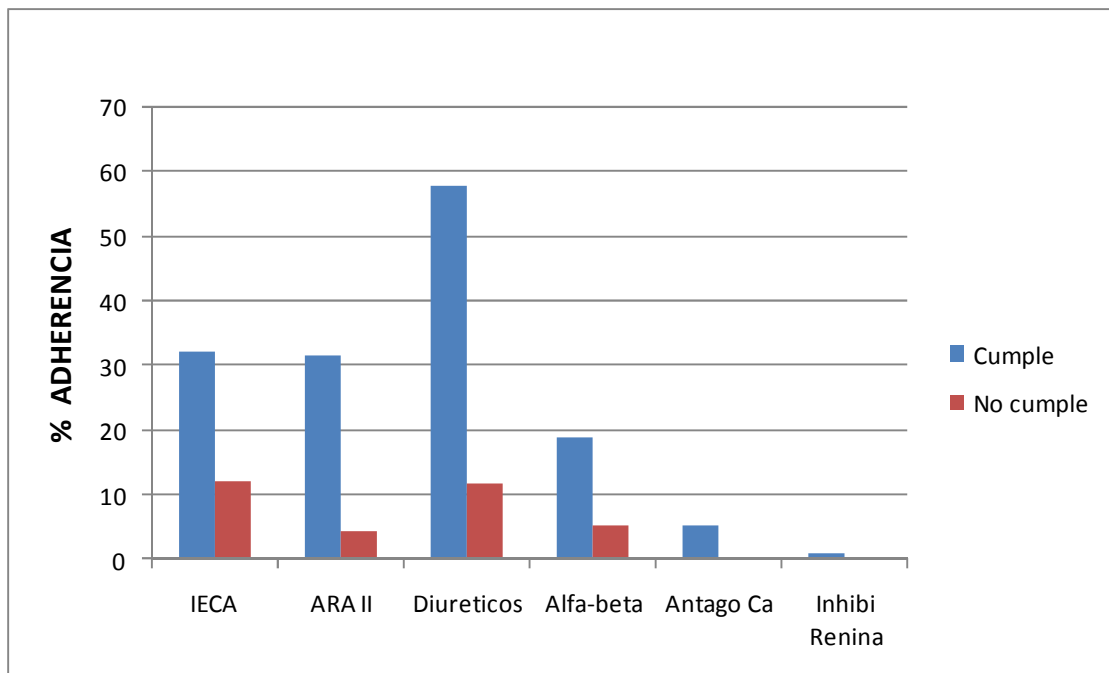
**Tabla 14.- Adherencia según género**

n = 95		Hombre n (%)	Mujer n (%)	$\chi^2$	Sig. (bilateral) P (IC95%)
Olvida la toma	No	32 (33,7)	46 (48,4)	0,808	0,369
	Si	9 (9,5)	8 (8,4)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Hora indicada	No	1 (1,1)	3 (3,2)	0,561	0,454
	Si	40 (42,1)	51 (53,7)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Si se encuentra bien	No	40 (42,1)	52 (54,7)	0,122	0,727
	Si	1 (1,1)	2 (2,1)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
Si sienta mal	No	39 (41,1)	53 (55,8)	0,698	0,403
	Si	2 (2,1)	1 (1,2)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		
¿Cumplidor?	No	9 (9,5)	9 (9,5)	0,424	0,515
	Si	32 (33,7)	45 (47,4)		
	Total	41 (43,2)	54 (56,8)		

**Figura 7.- Causas de no adherencia al tratamiento antihipertensivo**



**Figura 8.- Adherencia según grupo terapéutico**



## DISCUSION

### Limitaciones del estudio

En el caso de este estudio, al no medir los valores de tensión de los pacientes, no podemos determinar si el medicamento le está siendo efectivo o no.

Otra limitación del estudio está relacionada con la comunicación verbal entre el farmacéutico y el paciente, ya que el cuestionario se realiza verbalmente desde el mostrador. Además no todos los pacientes tienen interés por participar en el estudio.

Una de las dificultades para medir el cumplimiento terapéutico es que los instrumentos de medida del cumplimiento que se utilizan en el estudio, tienen el problema del efecto de sentirse observado o efecto *Hawthorne*<sup>3</sup>. Es decir, que siempre que un sujeto es consciente de que su cumplimiento está siendo evaluado, mejora el cumplimiento de forma que resulta imposible evaluar con precisión el cumplimiento real en la práctica clínica.

### Descripción de la población estudiada

La población estudiada se sitúa en la población de Zahara de los Atunes, en la costa atlántica de la provincia de Cádiz, con un censo de 1500 habitantes aproximadamente. Consta de un ambulatorio y una única farmacia, en la que se ha realizado el estudio.

Los criterios de selección de la población participante fueron los pacientes que acudieron a la oficina de farmacia tratados con antihipertensivos.

El total de casos incluidos en el trabajo fue de 95 pacientes, de los cuáles 41 (43,2%) fueron hombres y 54 (56,8%) mujeres. La edad media de estos pacientes es de 68 años, siendo algo mayor en mujeres (69 años) que en hombres (67 años).

Solamente hay un caso de un señor sudamericano, el resto de los pacientes son Europeos. El 14% de las mujeres viven solas, frente a un 8% de los hombres.

Los datos revelan que los hombres tienen un nivel cultural más alto que las mujeres ( $p=0,007$ ). La mitad de la población no tiene estudios y si los tiene, en el caso de las mujeres la mayoría son estudios primarios, mientras que en los hombres hay mayor proporción de estudios secundarios. Ante estos datos cabría esperarse que los hombres presentaran un mayor conocimiento sobre su medicación y una mayor adherencia al tratamiento.

### **Hábitos higiénico-dietéticos**

Al analizar los hábitos higiénico-dietéticos vemos que la mayoría de la población no fuma, tanto hombres como mujeres, solo un 13% son fumadores, muy por debajo de la media española en la que el 32% es fumadora. Pero un 16,8% de los hombres son ex fumadores y no es así en el caso de las mujeres (1,1%). Esto debe deberse a que la edad de la población estudiada es elevada, y la mujer no se incorporó al mundo del tabaco hasta los años 60. Y nos lleva a pensar que los hombres tendrán un mayor riesgo cardiovascular que las mujeres.

En cuanto al consumo de alcohol, existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres ( $p=0,013$ ), duplicando los hombres a las mujeres, pero siendo también inferior a la media nacional, en la que tres cuartas partes de la población general consumen alcohol esporádicamente, mientras que en nuestra población solo una quinta parte de los pacientes estudiados consumen alcohol.

Al contrario a estos datos que indican unos hábitos de vida saludables, solo hacen dieta DASH el 19% de los pacientes estudiados, sin existir diferencias significativas en el género.

Y en relación al ejercicio, también existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres ( $p < 0.001$ ), un 29,5% de hombres hace ejercicio físico frente a un 16,8% de mujeres.

## **Enfermedad cardiovascular y tipo de antihipertensivo**

Solo un 24,2% de la población estudiada toma el antihipertensivo como prevención secundaria. Y se observa que la mayoría de las enfermedades cardiovasculares (ECV) que han padecido los pacientes que están en prevención secundaria son las enfermedades coronarias.

Los *diuréticos* son los antihipertensivos más utilizados en nuestra población, algo normal ya que además de ser un fármaco de las primeras opciones en el tratamiento de la HTA, es una buena opción para utilizar en asociación con IECA, ARA II y bloqueadores beta y alfa. En segundo lugar se encuentran los IECA seguidos de *ARA II, alfa, beta-bloqueantes, antagonistas del calcio* y en último lugar los *inhibidores de la renina*<sup>7,39</sup>.

Además del medicamento antihipertensivo, la mayoría de nuestros pacientes toman otros tratamientos, un 67,4% son polimedicados, con una media de 6 medicamentos. Siendo mayor en las mujeres.

## **Conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento antihipertensivo**

El **conocimiento global** que tienen nuestros pacientes es insuficiente.

Solo un 12,6% de la población conoce adecuadamente su medicamento, frente a un 87,4% que no. La mayoría de nuestra población no tiene un conocimiento que le permitiría asegurar un correcto uso del medicamento.

En una revisión realizada por García Delgado P<sup>10</sup> recopila varios estudios sobre el conocimiento de los pacientes y los medicamentos. Entre éstos destacamos a Edward BS<sup>41</sup>, que encuentra un 45% de los pacientes que no sabe utilizar correctamente sus medicamentos. Altimiras et al.<sup>42</sup> en un estudio en el hospital de San Pau (Barcelona), muestra que entre un 20% y un 50% no conoce algunos aspectos importantes de su tratamiento. Y en otro estudio<sup>43</sup>, el 85% de los pacientes no conoce su medicamento, este porcentaje más elevado se explica porque sólo se incluyó la población anciana.

Tras este análisis comparativo vemos que el conocimiento de nuestra población es inferior, pudiendo estar condicionado por la edad como en el estudio anterior, así como otras variables encontradas en nuestro estudio (tabla 10):

- El **nivel cultural** influye de forma muy significativa ( $p=0,005$ ) en el conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento, y el hecho de **conocer el nombre del medicamento** se observa que está asociado con tener un mayor conocimiento del medicamento que utiliza ( $p<0,001$ ). Si el paciente se interesa por conocer y memorizar el nombre del medicamento que utiliza, tendrá mayor probabilidad de conocer el resto de información relativa al medicamento.
- Se estudió la relación entre la **preocupación** del paciente por su problema de salud y el conocimiento, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,011$ ). Cuanto más preocupado se encuentra el paciente se observa un mayor conocimiento de la medicación. Es obvio que sea así, puesto que si le preocupa su enfermedad tendrá una actitud más favorable para controlar su hipertensión, se preocupará por conocer el nombre del medicamento, por tomar bien su medicación, etc.
- El **número total de medicamentos** utilizados influye también de forma significativa ( $p<0,001$ ). La prevalencia de falta de conocimiento es mayor en el grupo de los pacientes polimedicados. Cuanto mayor es el número

de medicamentos consumidos por el paciente menor es el grado de conocimiento, lo cual es explicable ya que cuantos más medicamentos utiliza el paciente más información hay disponible y más dificultad para retenerla. Así mismo, la polimedicación está asociada a la edad, por lo que existe más dificultad aún para asimilar la información.

- Posiblemente la edad, y los anteriores puntos descritos, explicarían también la influencia significativa que tiene el **tipo de receta** en el conocimiento ( $p = 0,007$ ), los activos tienen un conocimiento lógicamente superior a los pensionistas.

Estas mismas variables también influyeron en el estudio de conocimiento de García Delgado como factores determinantes en el conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento<sup>10</sup>.

**Por género** nos encontramos que los hombres tienen un conocimiento un poco mayor que las mujeres, que puede explicarse porque las mujeres están en general más polimedicadas, y la polimedicación es un factor que agrava el conocimiento adecuado del paciente de sus medicamentos, además de que tienen menos nivel cultural.

De las 11 preguntas que tiene el test de conocimiento aplicado a nuestra población, observamos que existen diferencias significativas según el género, en la pregunta número 8 ( $p=0,046$ ): "*¿Ante qué problema de salud o situación especial no debe tomar este medicamento?*"; y cercanos a la significación en las preguntas 5 ( $p=0,088$ ) y 7 ( $p=0,068$ ), es decir, "*cómo tiene que tomarlo y efectos adversos*" que conoce del medicamento. En todos estos casos hemos observado que los hombres tienen un mayor conocimiento que las mujeres.

## Adherencia al tratamiento

El **grado de adherencia** farmacoterapéutica de los pacientes fue de un 81%, dato bastante superior a los resultados obtenidos en diversos estudios anteriores, en los que el cumplimiento terapéutico en la HTA oscila entre el 29-68%<sup>9,38</sup>. Esto puede deberse a la labor asistencial ejercida por los profesionales de la salud en este entorno costero.

Si observamos las **características de la población** que cumple y la que no cumple en función del género, vemos que el 79% de las mujeres cumple el tratamiento, frente a un 74% de los hombres ( $p=0,515$ ). Entre los factores que hasta ahora se han relacionado con el cumplimiento terapéutico en algunos estudios está el sexo femenino<sup>13</sup>. Pero en nuestro estudio no hay una diferencia significativa que nos permita afirmar que el sexo femenino es un factor relevante.

En cuanto a los **hábitos higiénico-dietéticos**, nivel cultural, si vive solo o no, no hay diferencias significativas en cuanto a la adherencia del paciente al tratamiento. En otros estudios realizados si se evidencian algunas diferencias significativas en este ámbito<sup>13,38</sup>, y es lógico pensar que las personas que deciden seguir las recomendaciones higiénico-dietéticas adecuadas a su patología y por tanto llevar una vida saludable, presenten una actitud más favorables para el cumplimiento de su tratamiento. En los datos obtenidos en este estudio no encontramos tales diferencias posiblemente por la elevada adherencia al tratamiento de mi población.

Pero sí encontramos influencia en el conocimiento por el **tipo de antihipertensivo** utilizado. Vemos que los pacientes que toman *IECA* incumplen más ( $p= 0,054$ ) el tratamiento que cualquier otro grupo terapéutico. Y en el caso de los *antagonistas del calcio* y los *Inhibidores de la Renina* absolutamente todos los pacientes del estudio son cumplidores. Tenemos un porcentaje muy bajo de pacientes que estén tratados con inhibidores de la renina puesto que se trata de un grupo terapéutico nuevo, lo que podría explicar la ausencia de incumplimiento alguno.



En la mayoría de los casos, la **causa del incumplimiento** se debe al propio paciente, en especial al olvido de la toma (17%). Este dato coincide con estudios recientes realizados en esta línea<sup>13,38</sup>.

La segunda causa en prevalencia tras el olvido de la toma, es la falta del medicamento, seguido del temor a efectos secundarios, mejoría del problema de salud... Estos datos señalan, que a parte del olvido de la toma, que era de esperar, puesto que la edad de la población de estudio es relativamente elevada y que se trata de un tratamiento crónico, el hecho de no tener un buen conocimiento de los efectos secundarios y de cuándo debe tomarlo hace que haya menor adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Al analizar las respuestas de los pacientes en el *Test de Morisky-Green* frente al conocimiento, vemos que aquellos que dicen no tomar el medicamento antihipertensivo a la hora indicada tienen un conocimiento insuficiente de su tratamiento ( $p=0,001$ ), al igual que aquellos que afirman dejar de tomar el antihipertensivo cuando se encuentran bien tampoco tienen un conocimiento adecuado ( $p=0,010$ ).

## CONCLUSIONES

1.- El grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes que acuden a la farmacia rural costera de Zahara de los Atunes es elevado, del 81%, sin embargo, el conocimiento que tienen de los medicamentos antihipertensivos es insuficiente, ya que solo lo conocen 1 de cada 10, siendo mayor en el hombre.

2.- La población estudiada tiene una media de edad de 68 años, con un nivel cultural bajo, siendo los hombres los que tienen mayor nivel de estudios. Llevan unos hábitos de vida relativamente saludables, estando las mujeres más concienciadas en este aspecto, a excepción del ejercicio.

3.- Siete de cada diez pacientes son polimedicados, observando que las mujeres toman más medicamentos que los hombres.

4.- La principal causa de incumplimiento identificada en la población es por el olvido de la toma, estando en segundo lugar el temor a efectos secundarios.

5.- Los pacientes que recuerdan el nombre del medicamento, presentan un conocimiento global mayor, y esta relacionado con una mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

6.- Los antihipertensivos más utilizados por nuestra población son los diuréticos, seguidos de los IECA y ARA II. Los alfa-beta bloqueantes, los antagonistas del calcio y los inhibidores de la renina, también se utilizan pero en menor proporción.

7.- Se conocen más los antagonistas del calcio, seguidos de los diuréticos, ARA II y los IECA.

8.- La adherencia al tratamiento antihipertensivo es completa en los antagonistas del calcio, seguidos de los diuréticos, ARA II, alfa-beta bloqueantes y por último los IECA que son incumplidos por 1 de cada 6 pacientes que lo toman.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 FORO de Atención Farmacéutica. Documento de consenso. Madrid. 2008. Disponible en [www.atencionfarmaceutica-ugr.es](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es) Acceso: Marzo 2010
- 2 Comité de Consenso. Tercer consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007, 48(1): 5-17.
- 3 Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, de la Cruz-Troca JJ et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens* 2002, 20:2157–2164.
- 4 Grupo de expertos. Pacientes con hipertensión y riesgo cardiovascular. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario. SEFAC 2011. Disponible en: <http://www.sefac.org> Acceso: 30-05-2011.
- 5 Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002; 360: 1903-1913.
- 6 De la Sierra A. Valor de la presión de pulso como marcador de riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126: 384-388. Acceso: Mayo 2011.
- 7 Mancía Giuseppe et al. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la European Society of Hypertension (ESH) y la European Society of Cardiology (ESC). Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. *Journal of Hypertension* 2007, 25 (6): 1105-1187.
- 8 Joaquín Sellen Crombet. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de La Habana : Editorial Universitaria, 2008. -- ISBN 978-959-16-0923-6.
- 9 Gascón Cánovasa J. J., Saturno Hernández P. J. y Llor Estebanb B. y Grupo de Investigación del Proyecto EMCA sobre Evaluación y Mejora de la Adhesión Terapéutica en la Hipertensión.
- 10 García Delgado P. Conocimiento del paciente sobre su medicación. Tesis doctoral. Universidad de Granada. 2008. Disponible en: <http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es> Acceso: 15-04-2011
- 11 Márquez E, Casado JJ, De la Figuera M, Gil V, Martell N. El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. *Hipertensión* 2002;19(1):12-6.
- 12 Pruja Mach D, García□Jiménez E, Riera Baigorri C, Fonts Serra N. Uso y cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento hipolipemiente en una farmacia de Girona. <http://www.melpopharma.com/contacto.php>. Acceso: Febrero 2011.
- 13 Busquets Gil, A. Cumplimiento farmacoterapéutico de antiagregantes orales en pacientes que acuden a una farmacia rural de Girona y otra de

- Almería. DEA. Universidad de Granada., 2008. Disponible en: [www.melpopharma.com](http://www.melpopharma.com) Acceso: 15-04-2011.
- 14 Molina Moya M. *et al.* Efecto de la intervención farmacéutica sobre los valores de presión arterial de pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de la Comunidad Valenciana. <http://www.melpopharma.com/contacto.php>. Acceso: Mayo 2011.
  - 15 Rosinach Bonet J. Optimización de la farmacoterapia en pacientes hipertensos no controlados mediante el seguimiento farmacoterapéutico. DEA. Universidad de Gramada. 2008. Disponible en: [www.melpopharma.com](http://www.melpopharma.com) . Acceso: Mayo 2011.
  - 16 Rodríguez Chamorro M A. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. Tesis doctoral. Universidad de Granada. 2008. Disponible en: [www.melpopharma.com](http://www.melpopharma.com) Acceso: 15-04-2011.
  - 17 García-Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con el medicamento en el seguimiento farmacoterapéutico. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2003.
  - 18 Bonafont Pujol X, Costa Pagès J. Adherencia al tratamiento farmacológico. BIT 2004; 16:3, 9-14.
  - 19 Noqués Solán X, Sorli Redó M.L, Villar Gracia J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna (Madrid) 2007; 24:138-141.
  - 20 Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez-Chamorro A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria 2008; (8) 40:413-7.
  - 21 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74.
  - 22 Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino I. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. Aten Primaria 1997; 19:465-8.
  - 23 Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Casado Martínez JJ, Martel Claros M, De la Figuera von Wichmann M, Martín de Pablos JL, Atienza Martín F, Gros García T, Espinosa García J. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. Aten Primaria. 2006; 38(6): 325-332.
  - 24 Rodríguez-Marin. J. Cumplimiento terapeutico del paciente y seguridad clinica. Humanitas 8. Seguridad clinica. pp 101-110. 2006.
  - 25 Da Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nivel de informac, año a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universita´rio (Patient knowledge about drugs prescribed in a teaching hospital). Cad Sau´de Pu´blica 2000; 16(2): 449 455.

- 26 Kessler D. A. Communicating with patients about their medications. *New England Journal of Medicine*. 1991; 325:1650-1652.
- 27 Farley, D. FDA proposes program to give patients better medication information. *FDA Consumer Magazine*, 29. (26 April 1997). Disponible en URL: [http://www.fda.gov/fdac/features/995\\_medinfo.html](http://www.fda.gov/fdac/features/995_medinfo.html)
- 28 Marwick, C. MedGuide: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription drugs. *JAMA*, 1997; 277:949-950.
- 29 Baena MI, Fajardo P, Martínez-Olmos J, Martínez-Martínez F, Moreno P, Calleja MA, Luque FM, Sierra F, Parras M, Romero JM, Vargas J, López E, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm* 2005; 46 (4): 365-381.
- 30 Ahmet Akici et al. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2004; 13: 871–876.
- 31 Murphy J, Coster G. Issues in Patient Compliance. *Drugs* 1997; 54: 797-800.
- 32 Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM; ADIEHTA Group. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011 Jan-Feb;25(1):62-7.
- 33 García Delgado p. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Aten Primaria*. 2009; 41(12):661-669.
- 34 Cifras de población de Zahara de los atunes referidas al 01/01/2010 Real Decreto 1612/2010, de 7 de diciembre. Instituto Nacional de estadística. <http://www.ine.es> Acceso: 10-04-2011
- 35 Márquez E, et al. Proyecto cumple. Disponible en: [http://www.ondacero.es/OndaCero/En-buenas-manos/Hipertension/N\\_2166231\\_3740061\\_12596348](http://www.ondacero.es/OndaCero/En-buenas-manos/Hipertension/N_2166231_3740061_12596348) Acceso: 10-04-2011.
- 36 Nunes V et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for medicines and supporting adherence. NICE. January 2009.
- 37 Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. National Institute for Health and Clinical Excellence. March 2006
- 38 Sanidad Castilla y León. Enfermedades y problemas de salud> Enfermedades cardiovasculares> Prevención de enfermedades cardiovasculares> Actividad física Disponible en: [www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1211366727028&idContent=20304&locale=es\\_ES&textOnly=fals](http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1211366727028&idContent=20304&locale=es_ES&textOnly=fals). Fecha consulta: Abril 2008.
- 39 Moliner de la Puente JR, et al. Hipertensión arterial. *Guías Clínicas* 2009; 9 (26). [http://www.fisterra.com/guias2/hipertension\\_arterial.asp](http://www.fisterra.com/guias2/hipertension_arterial.asp) Acceso: 15-04-2011
- 40 García-Jiménez E, Amariles P, Machuca M, Parras-Martin M, Espejo-Guerrero J, Faus MJ. Non-adherence, drug-related problems and negative outcomes associated with medication: causes and outcomes in drug therapy follow-up. *Ars Pharm* 2008; 49 (2): 145-157.

- 41 Edward BS et al. Evaluation of Knowledge and Medication Use in Patients in Rural Clinics. Disponible en URL: <http://www.flahec.org/nfahec/chs/2003/Edwards.pdf>. Acceso: Mayo 2011
- 42 Altimiras J et al. Evaluación del conocimiento de los pacientes crónicos sobre su tratamiento. Farm Clin 1987; 4(2): 150-158.
- 43 Study Finds Elderly Patients Know Too Little About Their Medications. Disponible en URL: <http://www.acep.org/1,5224,0.html> Acceso: Mayo 2011
- 44 Departamento Técnico. A n t i h i p e r t e n s i v o s antagonistas de los receptores de la angiotensina II: puesta al día. Escuela Andaluza de Salud Publica. Bol Ter ANDAL 2000; 16 (1) CADIME 2000: 16 (1).
- 45 Bueno-gómez M, Barrionuevo Sancho MD, García-Jiménez E, Fikri Bembrahim N, González García L, López Dominguez E. Causas de incumplimiento de los pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Granada. e-farmacéutico comunitario. Extra 2006. pg 32.
- 46 Márquez Contreras E et al. Análisis de lo estudios publicados sobre incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. Atención Primaria 2006; 38 (6): 325-32.
- 47 Enlund H, Erkki J, Wallenius S, Korhonen M. Patient- perceived problems, compliance, and the outcome of hypertension treatment. Pharmacy World and Science 2001; 23.2; 60-64.

## ANEXOS

### Anexo 1.- Clasificación de causas de no adherencia terapéutica

#### 1. Relacionadas con el Medicamento:

- a) Forma Farmacéutica
- b) Vía de Administración
- c) Pauta de Administración
- d) Duración del Tratamiento
- e) Cambio del Tratamiento
- f) Reacción Adversa (indicar)
- g) Utilización incorrecta de dispositivos
- h) Polimedicación
- i) Otra (indicar)

#### 2. Relacionadas con la Enfermedad:

- a) Mejoría del Problema de Salud
- b) No mejoría del Problema de Salud
- c) Otra enfermedad asociada (indicar)
- d) Otra (indicar)

#### 3. Relacionadas con el Profesional Sanitario:

- a) Baja calidad en la comunicación
- b) Empleo de tiempo escaso en la consulta
- c) Otra (indicar)

#### 4. Relacionadas con el Paciente:

- a) Olvido de la toma
- b) Temor a efectos secundarios
- c) Confusión del color de los medicamentos
- d) Percepción de estar enfermo si toma medicamentos
- e) Percepción del alto coste del tratamiento
- f) Desconfianza del medicamento
- g) Desconfianza del Profesional Sanitario
- h) Necesidad de tomar o no el tratamiento
- i) Desmotivación
- j) No comprende la prescripción o indicación
- k) Discapacidad física
- l) Interferencia con su actitud social
- m) Idioma

Fuente: Bueno-gómez M, Barrionuevo Sancho MD, García Jiménez E, Fikri Bembrahim N, González García L, López Domínguez E. Causas de incumplimiento de los pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Granada. e-farmacéutico comunitario. Extra 2006. pg 32.

## Anexo 2.- Hoja de recogida de datos

Participa en el estudio:  SI  NO (motivo) .....

### Datos del paciente

Iniciales Paciente: ..... Género:  Hombre  Mujer Año nacimiento: .....

Origen o país del paciente:  Europeo  Sudamericano  
 Norteamericano  Otro:

Nivel cultural  Sin estudio  Primarios  Secundarios  Universitarios

¿Vive solo?:  Si  No

¿Fuma?:  No  Exfumador desde: .....  Si ¿Cuántos?:.....

¿Hace ejercicio?  Si  No  Poco  Regular  Correcto

¿Hace dieta DASH?  Si  No

¿Toma alcohol?  Si  No

¿Accidente cardiovascular previo?  Si  No

Tipo ACV:  Enfermedad coronaria  Enf. cerebrovascular  Enf. arterial periférica

Prevención:  Primaria  Secundaria

### Datos del medicamento

Nombre del medicamento: .....

Pauta del medicamento:  1 toma/día  2 tomas/día  otra: .....

Tratamiento antihipertensivo:  Monoterapia  Combinación

Receta:  Pensionista  Activo

Número total de medicamentos que toma: .....



## Conocimiento del paciente sobre su medicamento

¿Conoce el nombre del medicamento?  Si  No

¿Desde cuándo lo está tomando?.....  NS  PRIMERA VEZ

1 ¿Para qué tiene que tomar este medicamento? .....  NS

2 ¿Qué cantidad tiene que tomar de este medicamento? .....  NS

3 ¿Cada cuánto tiene que tomar este medicamento? .....  NS

4 ¿Hasta cuándo tiene que tomar este medicamento? .....  NS

5 ¿Cómo tiene que tomar este medicamento? .....  NS

6 ¿Ha de tener alguna precaución cuando toma este medicamento?

Si (¿cuál?) .....  No  NS

7 ¿Qué efectos adversos conoce usted de este medicamento?.....  NS

8 ¿Ante qué problema de salud o situación especial no debe tomar este medicamento?

.....  NS

9 ¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto? .....  NS

10 ¿Qué medicamentos o alimentos debe evitar tomar mientras use este medicamento?

.....  NS

11 ¿Cómo debe conservar su medicamento? .....  NS

El problema de salud para el que toma este medicamento, le preocupa....  bastante  regular  poco

¿Quién le dijo que tomara este medicamento?  médico  farmacéutico  otros.....

## **Datos sobre adherencia.**

### *Test Morisky-Green:*

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar su medicamento?  SI  NO
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?  SI  NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?  SI  NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar este medicamento?  SI  NO

**¿Cumplidor?**  SI  NO

## **Causa de incumplimiento de la medicación (solo en caso de no cumplidor)**

### **Relacionadas con el Paciente:**

- a) Olvido de la toma.
- b) Temor a efectos secundarios.
- c) Confusión del color de los medicamentos.
- d) Percepción de estar enfermo si toma medicamentos.
- e) Percepción del alto coste del tratamiento.
- f) Desconfianza del medicamento.
- g) Desconfianza del Profesional Sanitario.
- h) Necesidad de tomar o no el tratamiento.
- i) Desmotivación.
- j) No comprende la prescripción o indicación.
- k) Discapacidad Física.
- l) Interferencia con su actividad social.
- m) Idioma.

### **Relacionadas con la Enfermedad:**

- a) Mejoría del Problema de Salud.
- b) No mejoría del Problema de Salud.
- c) Otra enfermedad asociada.
- d) Otra (indicar): .....

### **Relacionadas con el Profesional**

#### **Sanitario:**

- a) Baja calidad en la comunicación.
- b) Empleo de tiempo escaso en la consulta.
- c) Otra (indicar): .....

### **Relacionadas con el**

#### **Medicamento:**

- a) Forma Farmacéutica.
- b) Vía de Administración.
- c) Pauta de Administración.
- d) Duración del Tratamiento.
- e) Cambio del Tratamiento.
- f) Reacción Adversa (indicar): .....
- g) Utilización incorrecta de dispositivos.
- h) Polimedición.
- i) Otra (indicar): .....