



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**CURSO DE MAESTRIA EN
“FARMACIA CLINICA Y ATENCION FARMACEUTICA”**

**“IMPLEMENTACION DE UN METODO EDUCATIVO PARA MEJORAR LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOTERAPEUTICO EN
PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA FARMACIA
FARMANORTE DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA ENTRE ABRIL 2009-
JULIO 2009”**

Tesis presentada para obtener el grado
de magister en “Farmacia Clinica y
Atencion Farmaceutica”

ALUMNA: Lic. PATRICIA VELASQUEZ C.

TUTORA: Dra. ESTHER FILINGER

**Sucre – Bolivia
2012**

DEDICATORIA

A mis padres Candido e Irma los cuales me apoyaron y guiaron en la realizacion de este trabajo.

A mis hermanos Tania, Erick, mi sobrino Carlitos, los cuales siempre me comprendieron.

AGRADECIMIENTOS

A Jehova por darnos la vida y permitirnos cumplir con nuestras metas.

A la Universidad Andina Simon Bolivar, al Departamento de Posgrado por abrir sus puertas a todas las personas que desean superarse.

Especial gratitud y reconocimiento a la Dra. Carolina Teran, Dra. Esther Filinger por sus valiosas sugerencias y apoyo metodologico; con sus amplios conocimientos profesionales, nos brindaron toda su colaboracion hicieron posible la culminacion del presente trabajo para alcanzar nuestra titulacion.

A Celia coordinadora de la maestria por la paciencia y guia en cada uno de los pasos realizados hasta la obtencion del titulo.

A nuestros companeros de estudio por toda la colaboracion y el apoyo moral brindado.

RESUMEN

El propósito del presente trabajo de investigación fue evaluar la adherencia farmacoterapéutica del paciente hipertenso, midiendo regularmente la presión arterial, educando y valorando al mismo.

La investigación se realizó en la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba. Esta comprendió un estudio experimental y analítico. En una primera etapa se determinó la población de trabajo, constituida por 30 pacientes entre 65 a 75 años de edad, que acudieron al servicio de farmacia con un diagnóstico de hipertensión arterial, esta selección se realizó mediante un cuestionario aplicado a los pacientes, el cual incluía el método de Morisky-Green y el test de Batalla, los cuales valoran la adherencia al cumplimiento farmacoterapéutico en el paciente hipertenso.

En la segunda etapa se desarrolló la educación sanitaria en los pacientes considerados como incumplidores al tratamiento farmacológico, por el lapso de tres meses.

En la etapa final se evaluó nuevamente a los pacientes considerados como incumplidores y los resultados más relevantes mostraron un incremento notorio en la adherencia al tratamiento farmacoterapéutico, con respecto a la educación sanitaria previa.

Los resultados obtenidos muestran que es posible un cambio positivo en la calidad de vida del paciente al mejorar la comunicación e interrelación paciente - profesional farmacéutico.

SUMMARY

The objective of this research is to assess the pharmacotherapeutic adherence in patients with high blood pressure.

This study was developed with the clients of the drugstore Farma-Norte in the city of Cochabamba, Bolivia. It is an experimental and analytical study.

In the first stage, we have determined the sample of the universe which included 30 patients ranging from 65 to 75 years old of both genres who have high blood pressure as a medical diagnostic, with a survey based on the Morisky-Green and "Test de Batalla" techniques. These allow assessing the pharmacotherapeutic adherence.

In the second stage, a 3-month- sanitary education was applied to the patients whose answers did not show an appropriate level of adherence to the pharmaco- therapeutic treatment.

In the final stage, the patients whose results showed low level of adherence were reassessed to know if there were improvements or not.

The final results showed that the pharmacotherapeutic adherence increased in the patients who underwent the sanitary education.

In conclusion, it seems to be possible to improve the pharmacotherapeutic adherence and life quality of the patients with a strong communication and interaction between the health professional and the population.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION.....	2
HIPOTESIS	4
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	5
1.1. HIPERTENSION ARTERIAL.....	5
1.1.1. Definición de hipertensión arterial	5
1.1.2. Fisiopatología.....	6
1.1.3. Aspectos diagnósticos	7
1.1.4. Tratamiento.....	8
1.2. ATENCION FARMACEUTICA	9
1.2.1. Filosofía de la Atención Farmacéutica	9
1.2.1.1. Principales funciones del farmacéutico en el contexto de la atención farmacéutica.....	14
1.2.1.2. Componentes esenciales de la relación Terapéutica.....	17
1.2.1.3. Elementos centrales en la atención-primaria Atención- farmacéutica.....	18
1.2.1.4. Satisfacción de una necesidad social.....	18
1.3. EDUCACION SANITARIA.....	19
1.3.1. Definición de Educación Sanitaria	19
1.3.2. Necesidades básicas de toda terapia con medicamentos	20
1.3.3. Modelos sanitarios	20
1.3.3.1. Orientación diagnostica-terapéutica	20
1.3.3.2. Orientación Tipo Asistencial	21
1.3.4. Objetivos generales de la Educación Sanitaria	21

1.3.5. Objetivos de la Educación sanitaria respecto al medicamento	22
1.3.6. El Farmacéutico y la Educación Sanitaria	22
1.3.7. Métodos Educativos	23
1.3.7.1.- Métodos Directos	23
1.3.7.2.- Métodos Indirectos	23
1.3.8. Fases de un programa educativo	24
1.3.9. Estrategias para la educación sanitaria sobre medicamentos	24
1.3.10. El Farmacéutico y el futuro de la Educación Sanitaria.....	25
1.4. FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACO TERAPEUTICO	25
1.4.1. Definición de falta de adherencia al tratamiento	25
1.5. INCUMPLIMIENTO.....	26
1.5.1. Tipos de incumplimiento	26
1.6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	28
1.6.1. Comunicación farmacéutico-paciente	28
1.6.2. Consejos al paciente	28
1.6.3. Simplificación del régimen.....	28
1.6.4. Monitorizar la respuesta	29
1.7. CAUSAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA FARMACOTERAPEUTICA ..30	
1.7.1.- Características del paciente	30
1.7.2.- Características del régimen terapéutico	31
1.7.3.- Características de la enfermedad	31
1.7.4.- Características del entorno familiar y social	31
1.7.5.- Características de la estructura sanitaria.....	31
1.7.6.- Características del profesional de la salud	32
1.8. METODOS PARA MEDIR LA FALTA DE ADHERENCIA FARMACO TERAPEUTICA	32
1.9. CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA FARMACOTERAPEUTICA	37

CAPITULO II: METODOLOGIA	39
2.1 Enfoque de la investigación	39
2.2 Tipo y diseño de estudio	39
2.2.1. Experimental.....	39
2.2.2. Longitudinal	39
2.2.3. Prospectivo	40
2.2.4. Analítico	40
2.3. POBLACION Y MUESTRA	40
2.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	41
2.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	41
2.6. VARIABLES DEL ESTUDIO	43
2.5.1. Variable dependiente.....	43
2.5.2. Variable independiente.....	43
2.7. INTERVENCION PROPUESTA	43
2.7.1. Etapas de la metodología de trabajo	46
2.8. ESTRUCTURA DEL METODO EDUCATIVO DIRIGIDO A MEJORAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOTERAPEUTICO	47
2.8.1. Etapa de planificación	48
2.8.2. Etapa de organización.....	51
2.8.3. Etapa de ejecución	53
2.8.4. Etapa de evaluación	56
2.8.5. La motivación.....	57
2.8.6. La comunicación.....	58
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	67
3.1. Resultados.....	67
3.2. Discusión	77
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
4.1. Conclusiones	79
4.2. Recomendaciones.....	80

INTRODUCCION

ANTECEDENTES DEL TEMA A INVESTIGAR

La hipertensión, es una de las patologías crónicas de mayor prevalencia y causa un 47% de las enfermedades cardíacas a nivel mundial, por lo tanto se considera como una de las principales causas de muerte más común en el mundo. Se calcula que aproximadamente 600 millones de personas sufren de hipertensión arterial (HTA), siendo los grupos más vulnerables los pacientes mayores de 55 años de edad en hombres y mayores de 65 años de edad en mujeres.¹

En Latinoamérica aproximadamente un 50% de la población que corresponde a los adultos de la tercera edad son hipertensos. Estudios recientes publicados por el Ministerio de Salud señalan que el porcentaje de prevalencia de HTA en Bolivia, se encuentra alrededor del 15 al 30 % y sus consecuencias principales son las lesiones de vasos sanguíneos de órganos vitales, que causan insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, apoplejía e insuficiencia renal. Siendo el infarto de miocardio la causa más importante que explica más de la mitad de las muertes. La HTA se asocia con la dislipidemia, la diabetes, el tabaquismo y los antecedentes familiares que constituyen factores de riesgo de cara al desarrollo de HTA y trastornos vasculares.

Para prevenir esta patología crónica las principales estrategias de intervención son: lograr establecer un nivel de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, de manera que este logre mejorar la adherencia a su tratamiento.

De ahí que elaborar métodos educativos, complementando con instrucciones escritas como folletos, láminas, afiches que facilitan la comprensión y la incorporación, por parte del paciente, de estos nuevos conceptos a su vida diaria. Es así que a mayor conocimiento por parte del paciente acerca del objetivo de la terapia medicamentosa y no medicamentosa es que se logrará un vínculo entre el profesional farmacéutico y el paciente.

Numerosos autores han demostrado que se requiere la participación activa del profesional farmacéutico en el seguimiento de pacientes, incluyendo en el proceso prescripto, y una mayor responsabilidad en los resultados del tratamiento.

Por lo tanto, tomando en cuenta el papel que debe desempeñar el farmacéutico, especialmente en la farmacia comunitaria, es que se elaboró un programa educativo dirigido a pacientes con HTA. La meta de este programa es conseguir un cambio de actitud en el paciente, para que asuma un papel activo en el manejo y control de su tratamiento. Esto llevará a un aumento en el número de pacientes hipertensos con presión arterial controlada y una disminución en los daños que pueden ocasionar en órganos blancos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La implementación de un método educativo mejorará la adherencia al tratamiento fármaco terapéutico de pacientes hipertensos que asisten a la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba entre abril- julio 2009?

JUSTIFICACION

La HTA es sin duda alguna la enfermedad crónica de mayor prevalencia y distribución a nivel mundial. De acuerdo a los criterios de la OMS se estima que la hipertensión causa 7.6 millones de muertes prematuras un 13.5% del total global y 92 millones de discapacidades, 54% de los accidentes cerebrovasculares y 47% de las enfermedades cardíacas en el mundo se debieron a la HTA. Aunque el problema afecta a todo el mundo, la prevalencia es mayor en los países de bajos y medianos ingresos, donde en total, 80% de las muertes fueron por HTA, en personas de entre 45 y 69 años de edad. Mientras que en los países ricos hubo 1.39 millones de muertes, en los países en vías de desarrollo alcanzó a 6.22 millones de muertes.

En el mismo sentido la OPS indica que la prevalencia de HTA en América Latina oscila entre un 4.1% a un 37.9 % entre adultos, y la variabilidad puede deberse a la presencia de diversos factores raciales, genéticos y ambientales.¹

Bolivia es un país en vías de desarrollo con elevadas tasas de pobreza, bajo índice de desarrollo humano, tasa de mortalidad materna e infantil de las más altas de América del Sur. Recientemente se ha registrado que la falta de adherencia al tratamiento puede considerarse uno de los mayores problemas en la práctica clínica. Se estima que, en EEUU al menos un 10% de los ingresos hospitalarios se debe a la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente. Son numerosos los estudios que han tratado de cuantificar su magnitud, estimando que en los tratamientos de enfermedades crónicas como la HTA, diabetes el cumplimiento llega a un 50%. En los últimos años se ha visto una tendencia creciente en desarrollar nuevas estrategias tendientes a implementar programas educativos dirigidos a pacientes crónicos ya que se ha demostrado que existe un mejoramiento efectivo en el grado de cumplimiento de sus terapias al incrementar su conocimiento por el mismo. Se ha identificado que una de las principales causas de incumplimiento de tratamiento es la falta de conocimiento y entendimiento de las instrucciones dadas por el médico a los pacientes, en cuanto a su régimen terapéutico. Es así que aquellos pacientes que reciben información oral complementada con instrucción escrita mejoran notablemente su conocimiento y adherencia a su tratamiento.¹

El objetivo del presente estudio es desarrollar un programa de información sobre la HTA dado que en nuestro país no se registra antecedentes de educación sanitaria a nivel nacional orientada a este sector.

HIPOTESIS

La aplicación del método educativo contribuirá a mejorar la adherencia al tratamiento fármaco terapéutico de los pacientes hipertensos que acuden a la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Diseñar y evaluar un método educativo para mejorar la adherencia al tratamiento fármaco terapéutico de pacientes hipertensos en la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba entre abril 2009- julio 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Elaborar un método educativo para lograr una mejor adherencia al tratamiento fármaco terapéutico a pacientes hipertensos que acudan a la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba.

Aplicar el método educativo a pacientes hipertensos que acudan a la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba.

Evaluar la adherencia al tratamiento fármaco terapéutico antes y después de la aplicación del método educativo a pacientes hipertensos que acudan a la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1. HIPERTENSION ARTERIAL

1.1.1. Definición de hipertensión arterial

La presión arterial se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición, como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.

La presión arterial es controlada por el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica, ya que esta, es igual al producto de ambas. Este planteamiento es correcto; sin embargo, ninguno de estos factores la controla de manera absoluta porque, a su vez, depende de muchos otros elementos fisiológicos como son:

- a) El gasto cardiaco: determinado por la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción; y éstos, a su vez, están en función del retorno venoso, que depende de la actividad constrictora o dilatadora de las venas y de la actividad del sistema renal.
- b) La resistencia vascular periférica: esta depende de la actividad constrictora o dilatadora de las arteriolas, del eje renina/angiotensina/aldosterona y de la propia magnitud del gasto cardiaco.

El gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica, son operadores para el control de la presión arterial que se deben a sistemas de mecanismos de

regulación más complejos, relacionados entre sí y que tienen a su cargo funciones específicas.²

Cuadro Nº 1

Clasificación de la PA según el consenso VII

Etapa	PAS mmHg	PAD mmHg
Normal	120	80
Prehipertensión	120 a 139	80 a 89
Hipertensión I	140 a 159	90 a 99
Hipertensión II	≥ 160	≥100

Fuente: VII Report of Joint National Commitee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med. 2413:39, 1997.

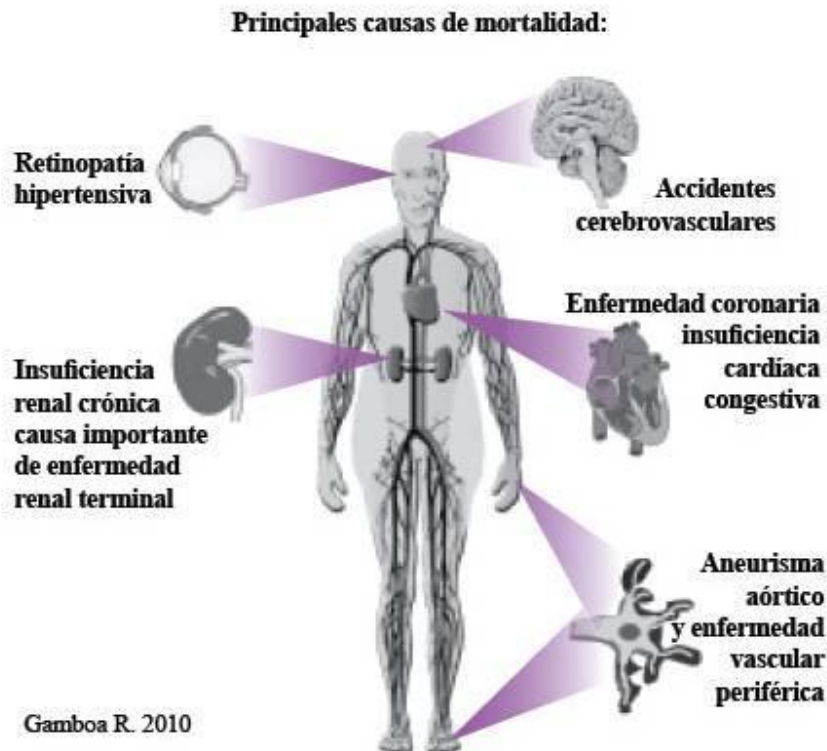
1.1.2. Fisiopatología

Las propiedades elásticas de la aorta hacen posible que el impacto de la sangre expulsada durante la sístole se amortigüe y que, durante la diástole, la aorta vuelva rápidamente a su perfil original.

Con la edad ocurren cambios que afectan a la pared arterial. El colágeno se vuelve menos elástico, la fibrosis y la esclerosis que comprometen al mesénquima también afectan a los vasos sanguíneos. Estos cambios degenerativos de endurecimiento arterial se han denominado arterioesclerosis, diferente a la aterosclerosis que es el compromiso obstructivo endoluminal. A nivel celular la arterioesclerosis se asocia a cambios estructurales de las arterias centrales incluyendo pérdida de la elastina y aumento del depósito de colágeno, de fibronectina y otras proteínas estructurales en la matriz extracelular. Esto determina una mayor rigidez de la aorta y de las arterias periféricas comprometiendo su distensibilidad aumentando las diferencias de presión sistólica y diastólica o presión de pulso.³

Figura N°1

La hipertensión y sus complicaciones



1.1.3. Aspectos diagnósticos

Es necesario advertir que la mayoría de las veces la hipertensión arterial sistólica (HAS) es la consecuencia de una rigidez de la pared arterial, particularmente en el paciente mayor. Sin embargo, se debe estar atento a condiciones que, a través de un aumento del volumen expulsivo, producen HAS, por ejemplo; anemia severa, insuficiencia aórtica, hipertiroidismo, fístula arterio-venosa, beri-beri, enfermedad de pagel. Obviamente estas enfermedades requieren de un reconocimiento diagnóstico y de una terapia específica.

En algunos pacientes mayores con arterias muy rígidas el manguito que se aplica para medir la presión arterial, no logra colapsar completamente la arteria humeral, lo que da origen a lecturas falsamente altas. Este hallazgo denominado pseudohipertensión supone lecturas indirectas sustancialmente

más elevadas que aquellas que se determinan en la forma directa intraarterial. Se debe sospechar esta condición en pacientes con vasos arteriales rígidos a la palpación, escasa repercusión de órganos blancos e hipotensión ortostática asociado a la terapia antihipertensiva.

1.1.4. Tratamiento

El objetivo del tratamiento de HTA es impedir el desarrollo de complicaciones, lo cual causa la morbilidad y acorta la vida. Para esto se considera que los pacientes con cifras de presión diastólica entre 90 y 140 mmHg son leves. Por su parte, los pacientes con cifras de presión diastólica entre 105 y 114 mmHg son moderados y son graves aquellos con cifras mayores de 115 mmHg.³

Cuadro Nº 2

Indicaciones y contraindicaciones de fármacos antihipertensivos

Fármacos	Indicaciones perentorias	Indicaciones posibles	Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Diuréticos tiazidicos*	Insuficiencia cardíaca, hipertensión sistólica. adultos mayores, potenciación de IECA o ARAD	Osteoporosis Diabetes	Gota, hiperurcemia, insuficiencia renal (VFG <30mL/min)	Hiperlipidemia
Diuréticos de asa	Insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca congestiva.			
Diuréticos anti-aldosterona	insuficiencia cardíaca congestiva, post infarto de miocardio		Hiperkalemia, insuficiencia renal crónica.	
Betabloqueadores	Insuficiencia coronaria (angina) Post infarto del miocardio Taquiarritmias Insuficiencia cardíaca congestiva (dosis iniciales bajas, previa corrección del exceso salino).	Diabetes Migraña Temblor preoperatorio	Enfermedad bronquial obstructiva, bloqueos auriculo-ventriculares de 2° y 3er grado, enfermedad del nódulo, Raynaud	Hiperlipidemia, atletas, enfermedad vascular periférica, depresión.
IECA	Insuficiencia cardíaca congestiva, post	Diabetes	Embarazo Hiperkalemia Estenosis de arteria renal bilateral	

	infarto del miocardio, nefropatía.			
ARA II	Nefropatía diabética tipo 2, microalbumi nuna, insuficiencia cardíaca congestiva HVI, reemplazo de inhibidores ECA debido a tos			
Calcio antagonistas	Angina, Adulto mayor, HTA sistólica	Migraña Enfermedad vascular periférica	Bloqueo cardíaco"	Insuficiencia cardíaca
Antiakiosterónicos	Insuficiencia cardíaca		Insuficiencia renal	

1.2. ATENCION FARMACEUTICA

1.2.1. Filosofía de la Atención Farmacéutica

La filosofía de la atención farmacéutica incluye diversos elementos. Empieza con una afirmación de una necesidad social; continúa con un enfoque centrado en el paciente para satisfacer esta necesidad; tiene como elemento central la asistencia a otra persona mediante el desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica, y finaliza con una descripción de las responsabilidades concretas del profesional.

La filosofía de la atención farmacéutica incluye:

- La identificación de una necesidad social,
- El enfoque centrado en el paciente,
- Las responsabilidades específicas de prevenir, identificar, resolver los problemas relacionados con la medicación (PRM).
“Los medicamentos no tienen dosis... son las personas las que reciben dosis”.

Cuadro N° 3

ATENCIÓN FARMACÉUTICA			
LOGÍSTICA ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ATENCIÓN FARMACÉUTICA CLÍNICA	
		LOGÍSTICA TÉCNICA- CIENTÍFICA	SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición • Almacenamiento • Producción farmacéutica: acondicionamiento o elaboración de medicamentos • Dispensación • Distribución • Sistema de aseguramiento de la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad • Información y educación en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Selección medicamentos costo-efectivos • Utilización correcta de medicamentos interna y externa • Consulta farmacéutica • Farmacoepidemiología 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso con las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos • Identificación, prevención y resolución de prm. • Documentar la responsabilidad

Así pues, el cuidado o asistencia comporta un profundo respeto por el prójimo. Difiere considerablemente de toda imposición paternalista o autoritaria de la voluntad sobre el otro. En consecuencia, teniendo presente esta idea, el cumplimiento del tratamiento no debe contemplarse como una obligación basada en la autoridad del profesional, sino más bien como una consecuencia de una alianza establecida entre todos los que intervienen en la resolución de un problema concreto.

Tal vez el mejor término para hacer referencia a este cumplimiento sea el de ADHESION. El cuidado o asistencia, situado en el contexto de la atención farmacéutica, encuentra su expresión en la ayuda a otras personas a cuidar de sí mismas. Requiere una relación en la que exista un sentido de participación en el otro, una percepción de la necesidad concreta de crecimiento y control del individuo sobre el proceso terapéutico. Es frecuente que este aspecto no sea tenido en cuenta, puesto que los profesionales adoptan la postura más paternalista de que el “experto sabe más”. Cualquier alianza eficaz y apropiada requiere que la “voz” del paciente sea escuchada y atendida. En las cuestiones que requieren un conocimiento empírico, los profesionales tienen el deber de informar, instruir y escuchar las necesidades y preferencias del paciente. El dialogo es esencial, el monólogo del profesional no.

Mayerhoff, por ejemplo, resalta la importancia de la auto actualización: “el cuidado, como forma de ayudar a otro a crecer y auto actualizarse es un proceso, una forma de relacionarse con alguien que comporta un desarrollo, de la misma forma que la amistad solo puede surgir con el tiempo mediante la confianza mutua y una transformación profunda y cualitativa de la relación”.³

Hepler y Strand han afirmado que la atención farmacéutica es “prestada por los beneficios directos que aporta al paciente y el farmacéutico acepta la responsabilidad directa de la calidad de esta atención”. Recuérdese que resaltan que la atención farmacéutica “se basa en un acuerdo entre el paciente, que acepta conceder autoridad al profesional, y el profesional, que garantiza al

paciente competencia y compromiso”. A esto añadiríamos que el farmacéutico debe ser responsable de sus decisiones e intervenciones.

El término clave en la postura original de Hepler y Strand es el acuerdo. Utilizan este término para referirse a un nexo entre farmacéutico y paciente. Este nexo es el que sustenta la relación terapéutica. Debe contemplarse como un conocimiento común de las funciones y responsabilidades de ambas partes, en su participación activa en una relación de este tipo. Básicamente se trata de un pacto de todos los involucrados, para trabajar a favor de la resolución de todos los problemas relacionados con las medicaciones reales o potenciales.

Así pues, el cuidado, iniciado y mantenido mediante el diálogo, es fundamental para la filosofía y el ejercicio de la atención farmacéutica. La ética del acuerdo establece un compromiso y un respeto para las personas. Ciertamente, un examen detallado de la dinámica de la relación de acuerdo, revela que básicamente el diálogo lo que hace, es que tal relación sea posible y optimiza su probabilidad global. Así pues, la relación no es simplemente de mutua comprensión, sea cual sea la forma en que se llegue a ella. Es ante todo el proceso de cómo se forma y se mantiene una relación.

El dialogo da forma a las expectativas, deseos, métodos y compromisos terapéuticos. También identifica necesidades, fomenta el bienestar y aporta a la relación una reflexión sobre el significado y la finalidad. El dialogo explora la sensación de confianza, respeto, sinceridad y autenticidad. Para algunos, hablar puede ser “barato”, pero en una relación terapéutica viable, no hablar puede ser costoso.⁴

Cuadro Nº 4

Factores que influyen en la prestación de asistencia sanitaria, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la atención farmacéutica	
<i>Factores Demográficos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Poblaciones que envejecen - Poblaciones pediátricas vulnerables - Aumentos de la población - Cambios en las características epidemiológicas - Distribución geográfica de las poblaciones
<i>Factores Económicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de los costos de la asistencia sanitaria - Economía nacional y mundial - Desigualdad creciente entre ricos y pobres
<i>Factores Económicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de nuevos medicamentos - Técnicas nuevas de difusión de la información y nuevos datos sobre los medicamentos existentes - Medicamentos más potentes y de mecanismos de acción más compleja - Biotecnología
<i>Factores Sociológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas y participación de los consumidores - Abuso y uso incorrecto de los medicamentos - Utilización de la medicina tradicional
<i>Factores Políticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prioridades en el empleo de los recursos nacionales (asignación a Factores salud) - Cambios en la política económica - Criterio de las instancias normativas en materia de farmacia - Reglamentación farmacéutica - Políticas farmacéuticas nacionales; listas de medicamentos esenciales
<i>Factores profesionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Variaciones en la enseñanza y la formación impartidas a los farmacéuticos - Distribución del personal de farmacia

	<ul style="list-style-type: none"> - Criterios cambiantes en lo que concierne a la atención al paciente dispensada en la farmacia - Base de remuneración de los farmacéuticos
<i>Factores de Prestación de asistencia Sanitaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a la asistencia sanitaria - Aumento del tratamiento de las enfermedades graves fuera de los hospitales

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión de la OMS en Tokio, Japón, 1993. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud. Pharm Care F-.1999; 207-1 1.

1.2.1.1. Principales Funciones del Farmacéutico en el contexto de la Atención farmacéutica

- a) Identificar los (PRMs) reales o potenciales
- b) Resolver los (PRMs) reales
- c) Prevenir los (PRMs) potenciales

Identificación de los Problemas relacionados con medicamentos

- Prescripción inadecuada
- Reacciones adversas inesperadas
- Incumplimiento del paciente
- Sobredosis
- Falta de una terapia medicamentosa necesaria
- Falta de una respuesta terapéutica
- Dosis inadecuadas para pacientes específicos
- Falta de reconocimiento de síntomas obvios
- Inadecuado seguimiento de los signos y síntomas obvios
- Errores de medicación

La atención farmacéutica es una forma de Atención Primaria de Salud

Elementos básicos comunes:

- Planeamiento centrado en el paciente
- Abordar trastornos tanto agudos como crónicos
- Resaltar la prevención
- Aplicar sistemas de documentación que registran de manera continuada las necesidades del paciente y la asistencia prestada
- Ser accesible para un contacto de primera línea
- Ofrecer una asistencia continuada y sistemática
- Garantizar la integración de la asistencia
- Asumir la responsabilidad
- Resaltar especialmente la atención a pacientes ambulatorios
- Incluir una intervención de formación/promoción de la salud

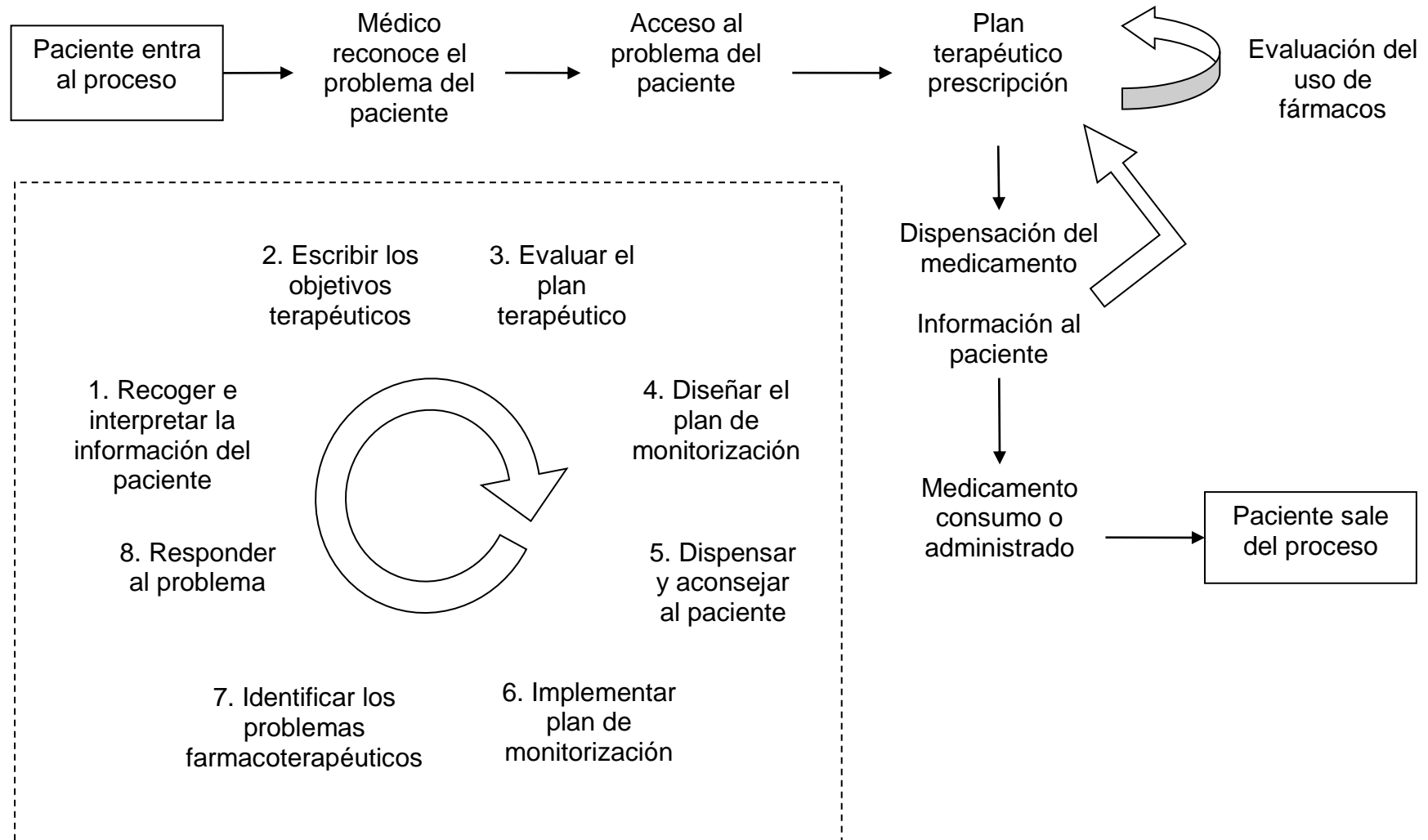
No se ha comprendido aún que la salud es un derecho humano fundamental y una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos.

La palabra atención, la versión original en Ingles uso el término “cuidado”, que tiene una acepción más amplia y horizontal. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas. El término “primario” tiene diversas y hasta contrarias acepciones ya que una se refiere a lo “primitivo, civilizado”, y la otra a “lo principal o primero en orden o grado”.

Las actividades profesionales sólo son recompensadas cuando satisfacen una necesidad social específica mediante la aplicación de un conocimiento y habilidades especializadas.

Responsabilidad esencial del farmacéutico en contribuir a satisfacer la necesidad que tiene la sociedad de un tratamiento farmacológico apropiado, efectivo, seguro y cómodo.

PROCESO DEL USO DE LA MEDICACIÓN EN UN SISTEMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA



1.2.1.2. Componentes esenciales de la relación terapéutica (paciente-farmacéutico)

A modo de resumen, tal vez sea instructivo aportar una relación de las características de una conducta de cuidado y los componentes esenciales de la relación terapéutica. Son los siguientes:

- Respeto mutuo
- Honestidad/ autenticidad
- Comunicación abierta
- Cooperación
- Colaboración entre paciente y profesional
- Empatía
- Sensibilidad
- Promoción de la independencia del paciente
- Contemplar al paciente como persona
- Paciencia y comprensión
- Confianza
- Competencia
- Dar prioridad al paciente
- Ofrecer seguridad
- Fiabilidad
- Prestar atención a la comodidad física y emocional del paciente
- Respaldar al paciente
- Ofrecer una defensa
- Asumir la responsabilidad de las intervenciones
- Estar dispuesto a responsabilizarse de todas las decisiones tomadas y recomendaciones dadas.

En resumen, una relación terapéutica es una alianza entre un profesional y un paciente y se forma con la finalidad específica de satisfacer las necesidades de

asistencia sanitaria del paciente. Es un acto de cuidado de una persona. En este sentido, se centra en el conjunto de la persona y no simplemente en una muestra biológica, un órgano o un estado de enfermedad en un sentido reduccionista.⁵

1.2.1.3. Elementos centrales comunes en la atención primaria- atención farmacéutica

Sea cual sea el planteamiento adoptado, el “enfoque” de la OMS o las alternativas que resaltan los “niveles de servicio”, existen unos elementos centrales comunes en la atención primaria que pueden resumirse de la siguiente forma:

- Servicios globales, continuados, coordinados, accesibles y aceptables
- Estrategias para atender a las personas vulnerables
- Asistencia en el primer contacto (función de “puerta”)
- Asistencia “de facto” para los problemas de la mayor parte de las personas en la mayor parte de los casos
- Asistencia prestada por múltiples profesionales
- Énfasis en la salud, no en la medicina
- Proliferación de profesionales generalistas.

1.2.1.4. Satisfacción de una necesidad social

Las actividades profesionales solo son recompensadas cuando satisfacen una necesidad social específica mediante la aplicación de un conocimiento y habilidades especializadas.

Responsabilidad esencial del farmacéutico en contribuir a satisfacer la necesidad que tiene la sociedad de un tratamiento farmacológico apropiado, efectivo, seguro y cómodo.

La decisión de dedicarse a una enfermedad concreta o a una clase de

medicamentos no está centrada en el paciente.

Cuidado o asistencia

Dialogo

Responsabilidad de decisiones e intervenciones

Acuerdo

Responsabilidad de identificar, resolver y prevenir PRM

Resolver el problema social de la morbilidad y mortalidad relacionadas con los medicamentos.⁶

1.3. EDUCACION SANITARIA

1.3.1. Definición de Educación Sanitaria

La educación sanitaria puede definirse como la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad.

Teniendo en cuenta este concepto, es de especial importancia para el farmacéutico, la educación del paciente acerca del uso correcto de los medicamentos, siendo ésta una de las funciones en las que el profesional puede brindar mayor utilidad para la sociedad.

Los programas de educación sanitaria pueden realizarse por métodos directos (conferencias, entrevistas) o por métodos indirectos (folletos, carteles, fichas). Cabe destacar que la OMS prefiere los métodos directos.

Es importante el papel que desempeña el profesional farmacéutico, en la Atención Primaria de la Salud, porque la información, la conserjería que brinda durante el suministro real de la medicación, permitirá el cumplimiento del tratamiento, de manera que el paciente tome conciencia de la importancia de la modificación de los estilos de vida y de cumplimiento de sus medicamentos para mejorar y curar su enfermedad.⁷

1.3.2. Necesidades básicas de toda terapia con medicamentos

Para Cipolle, Strand y Morley, estos elementos se convierten en el punto de partida a partir de los cuales se debe evaluar, en el orden presentado, centrado en las necesidades del paciente, y concretado en cuatro necesidades básicas de toda terapia con medicamentos, los siguientes aspectos:⁸

- Entendimiento (Indicación): porque, para que el empleo de cada medicamento en el paciente.
- Expectativas (Efectividad): cuál es la concordancia que existe ente la respuesta o efecto buscado y el que puede o se obtiene.
- Preocupaciones (Seguridad): perfil de seguridad: reacciones adversas y tóxicas.
- Actitud (Cumplimiento) con el tratamiento: grado de cumplimiento con la administración y seguimiento de las indicaciones por el paciente o por el personal responsable de cumplir esta labor en el ámbito hospitalario.

1.3.3. Modelos sanitarios

- Orientación diagnóstico-terapéutica
- Orientación de tipo asistencial

1.3.3.1. Orientación diagnóstica-Terapéutica

Se basa en que las enfermedades son básicamente problemas biológicos que se tratan por medio de la medicina. Por eso se han desarrollado más las actividades de tipo curativo que las de tipo preventivo.

1.3.3.1. Orientación Tipo Asistencial

Es un tipo de atención más global en contraste con el enfoque “diagnostico-terapéutico”.

El medicamento, es considerado un mito, pero también un artículo de consumo que la educación sanitaria relacionada con el medicamento tiene una importancia creciente y tiende a situar el medicamento en su lugar dentro de la terapéutica, consiguiendo que se use correctamente con el fin de evitar o disminuir la iatrogenia y obtener la mejor relación benéfico-riesgo.⁹

1.3.4. Objetivos generales de la educación sanitaria (OMS)

1. La educación sanitaria, debe obtener que la salud se inserte en los valores reconocidos por la comunidad
2. La educación sanitaria debe ofrecer conocimientos suficientes y capacidad practica para resolver los problemas de la salud
3. La educación sanitaria debe favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios que respondan a las necesidades efectivas de defensa de la salud
4. Modificar conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud (alcohol, tabaco...)
5. Promover conductas nuevas positivas favorables a la promoción y restauración de la salud (exámenes de salud periódicos, educación física, promoción de los hábitos higiénicos...)
6. Promover cambios ambientales favorables (mejora infraestructura de vivienda, lucha contra el analfabetismo)

1.3.5. Objetivos de la educación sanitaria respecto al medicamento

1. Crear una actitud crítica hacia el medicamento como solución universal a los problemas de salud, así como a la publicidad de medicamentos “milagrosos” no probados como tales
2. Los pacientes deben recibir una información/educación actualizada e individualizada sobre su medicación
3. Definir los grupos de acción prioritaria identificando sus necesidades específicas
4. Debe ser planificada e integrada en el sistema de salud y en los programas nacionales de educación sanitaria
5. En definitiva el objetivo debe ser que se cumpla la prescripción y que el número de errores en dosificación, horarios, técnicas de administración... sea mínimo.

En conclusión, al paciente ingresado en el hospital se le informara sobre medicamentos mientras permanece ingresado, pero se controla desde el servicio de farmacia o de enfermería y cuando se le da el alta médica, es el enfermo que pasa a ser paciente ambulatorio o su familia quienes deben controlar la medicación.

En el programa de educación sanitaria colaboran los diferentes profesionales, enfermera, medico, farmacéutico y otros profesionales del equipo de salud.

Teniendo en cuenta el carácter multidisciplinario, las actividades educativas deberán ser coordinadas por todo el equipo.

1.3.6. El farmacéutico y la educación sanitaria

Los contenidos de la información sobre medicamentos al paciente debe ser orientada en cada caso:

- a) Comprender las instrucciones dadas en la receta, que sea legible, con vocabulario comprensible, evitar el uso de abreviaturas
- b) Debemos asegurarnos que ha entendido
 - Posología
 - Horarios de administración
 - Informarle sobre el medicamento que va a tomar, si son varios, cual es el que más riesgos le puede reportar
 - Debe tener cuidado porque debe mantener niveles estables cuando deben tomarse durante periodos largos, el efecto de rebote que pueden ocasionar

1.3.7. Métodos educativos

- Directos
- Indirectos

1.3.7.1. Métodos directos

Son los que se usan en información y educación sanitaria de individuos y grupos

Existe contacto directo entre educador y paciente.

Son métodos bidireccionales porque se establece una comunicación en un doble sentido educador-educando.

Incluye técnicas educativas de entrevista, clase, charla y discusión en grupo.

1.3.7.1. Métodos indirectos

Se usan en información de grupos amplios y colectividades.

Son unidireccionales, interponiéndose un medio técnico o de comunicación de masas entre educador y educando. Son menos eficaces que los directos.

Son medios visuales diversos, como: carteles, folletos, publicaciones, prensa, programas de base de datos. Se incluyen en este apartado igualmente los medios mixtos audiovisuales como el cine, video, televisión...

1.3.8. Fases de un programa educativo

Las diferentes fases de un programa educativo son:

- A. Identificación del grupo de población al que va a dirigirse, es de gran importancia porque nos va a condicionar muchos de los pasos a seguir en la elaboración del programa educativo.
- B. Evaluación de las necesidades que presenta el grupo seleccionado.
- C. Planificación del programa que se va a realizar, definiendo objetivos específicos, evaluando recursos, diseño de los circuitos de intervención así como de procesos de evaluación.
- D. Ejecución del programa, para ello se creará un grupo de trabajo, que seleccionara el sistema de información a utilizar, por supuesto conociendo y adecuándonos a la estructura disponible. Es aconsejable comenzar con un grupo reducido para evaluar la experiencia, corregir desviaciones que hayan podido producirse para hacer una reevaluación del programa modificado, poder ampliarlo al resto de enfermos.
- E. Evaluación final de resultados. Analizar los puntos positivos, negativos y extraer las conclusiones que se hayan originado.

1.3.9. Estrategias para la educación sanitaria sobre medicamentos

Se deben buscar estrategias generales para motivar actitudes activas y

positivas en los pacientes, y como factor más importante, es la observación del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que el paciente se convenza que la toma de medicamentos le comportará un beneficio y también es necesario que comprenda correctamente las instrucciones.¹⁰

1.3.10. El farmacéutico y el futuro de la educación sanitaria

Diferentes factores:

- Creciente demanda social de información
- Información de medicamentos al paciente como un aspecto más de la educación sanitaria.
- Metodología para diseño y evaluación de programas.
- Necesidades formativas del farmacéutico.
- Educación sanitaria en el medio en el que se encuentre, hospital, industria.
- Nuevos medios de comunicación e información.

1.4. FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOTERAPEUTICO

1.4.1. Definición de la falta de adherencia al tratamiento

El incumplimiento del tratamiento se define como “cualquier transgresión por parte del paciente a las indicaciones del médico, sean estas farmacológicas o no”. Los informes de la literatura señalan cifras variables acerca de la incidencia de incumplimiento de tratamiento entre los pacientes. Se dice que, a lo menos, un 30% de ellos fallan al seguir las indicaciones del facultativo, mientras que un tercio de las publicaciones indican que este porcentaje es mayor, alcanzando incluso un 50%.

El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado (y puede creer que está curado), en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica. Estas tres circunstancias suelen concurrir en pacientes tratados de forma ambulatoria.

La efectividad del tratamiento de una enfermedad depende principalmente de dos factores: la eficacia del tratamiento prescrito y el grado de cumplimiento del paciente con dicho tratamiento. En muchos casos, el efecto deseado de un fármaco no se consigue debido a que éste no se utiliza correctamente.

1.5 INCUMPLIMIENTO

1.5.1. Tipos de incumplimiento

Existen diferentes tipos de incumplimiento del tratamiento farmacológico condicionado según la actitud del paciente. Así, existe incumplimiento intencionado o intencional, en el cual los pacientes toman decisiones conscientes de no seguir las recomendaciones e instrucciones aportadas sobre el tratamiento farmacológico, y el incumplimiento no intencionado o no intencional, en el que los pacientes quieren cumplir pero tienen una serie de razones o motivos que le impiden hacerlo.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Información y Educación al Paciente (NCPIE), las formas más comunes de incumplimiento incluyen:

- No adquirir en la farmacia la medicación prescrita (especialmente significativa en pacientes asintomáticos, que consideran innecesario el tratamiento).

- Tomar una dosis incorrecta, o bien tomar la dosis adecuada pero a intervalos incorrectos. Es lo que algunos autores denominan “cumplimiento

parcial”, muy frecuente en patologías como hipertensión, hipercolesterolemia o epilepsia. Las razones más frecuentes para este cumplimiento parcial parecen ser, entre otras, que el paciente experimente una mejoría en su estado de salud, o bien la intención de beber alcohol, el temor a la aparición de efectos adversos, el empeoramiento del estado de salud, o la no aparición de la necesidad de cumplir el tratamiento.

-Olvidar una o más dosis. Es la causa de incumplimiento más frecuente en ancianos. Se trata de un incumplimiento involuntario (no intencionado) que se agrava por numerosos factores como la polifarmacia, la asistencia por parte de varios médicos diferentes, la falta de comprensión del régimen posológico, las deficiencias en el etiquetado de los fármacos, y los propios impedimentos físicos del paciente.

-Interrumpir el tratamiento antes de tiempo. Un elemento importante a la hora de evaluar el incumplimiento terapéutico es el papel que juega el propio paciente en la toma de decisiones médicas (incumplimiento intencionado). Para el paciente, sobre todo el paciente con una enfermedad crónica, el incumplimiento no es un tema prioritario: toma sus propias decisiones razonadas acerca de los tratamientos según sus propias creencias, circunstancias personales y la información disponible. Por tanto, el prescriptor que quiera prescribir de una manera efectiva no debe subestimar o ignorar estas creencias.

En el Reino Unido se está poniendo en marcha una iniciativa muy interesante en este sentido: “From Compliance to Concordance”. La “concordia” es un nuevo concepto en la prescripción y toma de medicamentos. Es un acuerdo al que se llega tras una “negociación” entre el paciente y el profesional de la salud, que respeta las creencias y deseos del paciente a la hora de determinar si este va a tomar los medicamentos y cuando y como va a tomarlos.¹¹

1.6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Las estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico deben implicar tanto al paciente como al médico, e incluso a las instituciones sanitarias, y podemos clasificarlas:

1.6.1. Comunicación farmacéutico-paciente: Es importante potenciar un clima de confianza y empatía con el paciente, dedicando el tiempo necesario a informarle sobre la patología, la importancia del tratamiento, la posibilidad de aparición de efectos adversos transitorios a los que se puede desarrollar tolerancia, etc. Asimismo, el prescriptor debe interesarse por el cumplimiento en cada una de las visitas de seguimiento, y valorar el punto de vista del paciente, potenciando su iniciativa, su participación y su responsabilidad en la toma de decisiones (¿qué es lo que le motiva a seguir las instrucciones? ¿Qué tiene de importancia para él?

1.6.2. Consejos al paciente: La descripción del tratamiento y sus efectos de manera que sean comprensibles por el paciente es la esencia de la educación, y como resultado se obtiene un paciente más colaborador, que participa de forma activa en su propio régimen terapéutico. Los folletos y el material educativo no pueden reemplazar la necesidad de una comunicación directa. También puede ser útil el empleo de tarjetas o cartillas dibujadas que ayuden al paciente a recordar el régimen posológico, etiquetas adheridas en los envases, etc.

1.6.3. Simplificación del régimen: Tiene una especial importancia en pacientes con patologías crónicas asintomáticas, como hipertensión o hipercolesterolemia: por ejemplo, disminuir la frecuencia de las dosis (cambiar el régimen de 3-4 administraciones/día a 1-2/día), cambiar a formas de liberación retardada cuando sea conveniente, eliminar tratamientos innecesarios, adaptar el régimen posológico a la rutina diaria del paciente.

1.6.4. Monitorizar la respuesta: Preguntar al paciente para asegurarse de que ha comprendido correctamente la pauta, dosis y duración del tratamiento, y para evaluar el cumplimiento en las visitas sucesivas, vigilar la asistencia a las visitas de seguimiento e incrementar la frecuencia de estas si es necesario, utilizar “calendarios” o “diarios” de administración, implicar a los cuidadores en el manejo de la medicación, etc. En este sentido, cobra cada vez mayor importancia, cobra cada vez mayor importancia la coordinación con otros profesionales de la salud implicados, como enfermeros o farmacéuticos.

Por lo tanto el farmacéutico puede contribuir a mejorar el cumplimiento de los regímenes terapéuticos proveyendo información y educación al paciente. Por ejemplo:

- Colaborar en la interpretación de las instrucciones médicas;
- Identificar las distintas presentaciones farmacéuticas con etiquetas legibles;
- Impartir instrucciones verbales y escritas;
- Sugerir cambios en la forma de dosificación, si el paciente tiene dificultades en el uso de la formulación prescrita;
- Evitar preparados caros;
- Solicitar la colaboración de los familiares en los pacientes con olvido.
- Por lo tanto para que la comunicación con el paciente sea efectiva el farmacéutico debe tener los tres ítems siguientes:
 - Utilizar palabras sencillas,
 - Hablar despacio para que se comprendan las indicaciones.
- Si bien la respuesta a los medicamentos está modificada por múltiples factores, el farmacéutico, mediante un seguimiento del paciente puede:
 - Individualizar la medicación para cada persona,
 - Utilizar la dosis eficaz mínima,
 - Graduar la dosis según la respuesta obtenida,
 - Corregir los efectos de una reacción adversa.

1.7. CAUSAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA FARMACOTERAPEUTICA

Las causas principales de la falta de adherencia en el paciente ambulatorio son la falta de conocimiento y de entendimiento de las instrucciones dadas por el médico, costo de la terapia, polifarmacia, complejidad de los regímenes terapéuticos, percepción del paciente de su patología y tratamiento, y por último, la relación que este tenga con su médico tratante. Las razones del incumplimiento son muchas y variadas, e incluyen factores tales como la complejidad de los regímenes de tratamiento, vía de administración, y la opinión de los pacientes acerca de su terapia y de otros factores psicosociales.

El aumento del cumplimiento por parte de los pacientes con la terapia requerirá de una mejor comunicación profesional de la salud – paciente, aumento de la educación de los pacientes, diseño de una terapia individualizada, y una novedosa estrategia tales como ofrecer un feed-back a los pacientes en su nivel de cumplimiento.¹²

Las causas de incumplimiento se resumen en 6 categorías:

1.7.1.- Características del paciente.

Aunque inicialmente se relacionaba con factores socio demográficos (edad, sexo, raza, estado civil, nivel cultural y socioeconómico, situación laboral, religión, etc.), actualmente, se acepta que su influencia es escasa, dándose más importancia a factores individuales más complejos, como la personalidad del paciente, actitud ante la enfermedad y su motivación para mejorar su salud, la percepción de gravedad y el conocimiento de la enfermedad padecida y del tratamiento a utilizar.

1.7.2.- Características del régimen terapéutico.

Asociados al número de medicamentos (mayor incumplimiento con poli terapia), número de tomas al día (a mayor frecuencia en la toma de medicación, más incumplimiento), duración (a mayor duración, más incumplimiento), efectividad del tratamiento (si no mejora el problema de salud, se producen incumplimientos), efectos secundarios (al aparecer, se suprimen los tratamientos), costo de la medicación, características organolépticas, forma farmacéutica, vía de administración, dificultad en el manejo de envases.

1.7.3.- Características de la enfermedad.

Apareciendo diferencias significativas entre pacientes con los problemas de salud agudos o crónicos. Así parece existir una mayor adhesión al tratamiento entre pacientes con enfermedad aguda y sintomática, así como en pacientes que tengan alta percepción de gravedad en su enfermedad.

1.7.4.- Características del entorno familiar y social.

Relacionadas con una baja o deficiente comunicación entre sus miembros, así como creencias, culturas y conductas, condicionan fallos en la adherencia de los tratamientos farmacológicos.

1.7.5.- Características de la estructura sanitaria.

Condicionados por los continuos cambios de médico, y los diferentes profesionales sanitarios que atienden al paciente. También la burocracia del sistema sanitario y las dificultades de acceso al sistema, influyen negativamente en el cumplimiento, frente a los pacientes que permanecen hospitalizados, ya que estos últimos, están más supervisados.

1.7.6.- Características del profesional de la salud.

Que atiende al paciente, ya que existe un consenso generalizado de que una buena relación entre el binomio paciente –profesional de la salud, mejora la adherencia a los tratamientos farmacológicos y pautas higiénico-dietéticas.

Por esto, el autor opina que todos los esfuerzos deberían dirigirse a aumentar el cumplimiento de la medicación, incluyendo la optimización y simplificación de los tratamientos, información y educación sanitaria de los pacientes, uso del significado de la práctica que facilite la adherencia a las recomendaciones sobre medicamentos, haciendo responsable al paciente de su propio tratamiento.

1.8. METODOS PARA MEDIR LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOTERAPEUTICO

No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directo e indirectos.

Los directos consisten en determinar en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo el medicamento, algún meta bolito o un marcador incorporado a ellos, así se puede cuantificar y nos indica si el enfermo lo ha tomado o no. Son bastantes objetivos, muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria.

Los métodos indirectos son sencillos y económicos, por lo que son usados en medicina clínica, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, con lo que sólo identifica a una parte de los no cumplidores. Los más conocidos y utilizados son los siguientes: juicio clínico del médico, asistencia a citas previas, valoración de la

eficacia terapéutica alcanzada, valoración de los efectos secundarios, recuento de comprimidos, monitores electrónicos de medicación (MENS), métodos de cumplimiento auto comunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.¹³

Aunque suelen ser menos fiables que los directos, estos métodos de cuantificación del cumplimiento son más sencillos y baratos, por lo que son muy útiles en Atención Primaria.

Estos métodos son también extrapolables al ámbito de la Farmacia Comunitaria. Los métodos indirectos más empleados son los siguientes:

- A.- Tiempo transcurrido entre dos dispensaciones sucesivas de un mismo medicamento
- B.- Pill counts o recuento de comprimidos
- C.- Sistemas de monitorización de la toma de medicamentos
- D.- Valoración de conocimiento del paciente sobre la enfermedad
- E.- Valoración del logro de objetivos terapéuticos o efectividad del tratamiento
- F.- Juicio del profesional sanitario sobre el cumplimiento
- G.- Valoración en la aparición de los efectos secundarios
- H.- Control de asistencia a visitas programadas
- I.- Cumplimiento auto comunicado

Esta técnica se basa en preguntar directa o indirectamente al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. Identifica al paciente no cumplidor. En general se utiliza la entrevista directa o la cumplimentación por parte del enfermo de informes cerrados (cuestionarios), o bien abiertos acerca de su cumplimiento.

Cuando está bien realizado, constituye uno de los mejores métodos indirectos de determinación del incumplimiento, ofreciendo indicadores de validez semejantes a los que alcanzan los métodos directos. La eficacia de este método depende, en

gran medida, de la habilidad del entrevistador a la hora de hacer la pregunta, de forma que ésta no debe ser agresiva, ni ha de generar sentimientos de culpa en el paciente, para evitar que nos engañe.

La entrevista tiene una ventaja adicional y es que proporciona información acerca de las causas del no cumplimiento cuando éste se detecta. El procedimiento es poco costoso y muy fiable si el enfermo afirma ser mal cumplidor. En este caso, además de ser verdad permite identificar a personas que suelen responder bien a las medidas de intervención encaminadas a mejorar la cumplimentación.

Los métodos tradicionales que se han propuesto para valorar el incumplimiento auto comunicado son:

a) Cumplimiento auto comunicado de Haynes – Sackett.

b) Test de Batalla.

En el test de BATALLA se hacen las siguientes preguntas:

1. La hipertensión arterial ¿representa una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite dos o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.¹⁴

Se considera incumplidor: Si falla alguna respuesta y cumplidor: Si responde correctamente las tres preguntas.

c) Método de Moriski – Green.

Éste método ha sido valorado para la población española. Consiste en una serie de cuatro preguntas:

¿Olvidó alguna vez tomar el medicamento para el problema de salud?

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

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

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

Estas preguntas valoran si el enfermo adopta actitudes correctas de su enfermedad. Se considera buen cumplimiento cuando se contestan correctamente a las cuatro preguntas, por el contrario una respuesta inadecuada, les incluiría como incumplidores. Además puede proporcionar información sobre las causas que ha originado el incumplimiento.

El método ideal no existe, pues todos tienen sus limitaciones en sus aplicaciones y posibilidades de error. Se propone el uso simultáneo de varios de ellos, así como conocer los indicadores de validez de cada uno.

El recuento de comprimidos se toma como punto de referencia en la mayoría de los estudios comparativos; sin embargo, no está desprovisto de sesgos, pues se asume que toda la medicación que falta la ha tomado el paciente. También cabe señalar el elevado porcentaje de hipercumplimiento que se da en algunos trabajos, lo que podría relacionarse con las prescripciones de medios comprimidos y la pérdida de la medicación.

Según Piñeiro, ningún método indirecto de los que estudiaron alcanzó las condiciones ideales de aceptabilidad (sensibilidad y especificidad > 80%); de forma que en la práctica se podría utilizar uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad, recomendando.

Los objetivos de nuestro estudio son por tanto: determinar la prevalencia de cumplimiento terapéutico de pacientes con hipertensión arterial en Atención Primaria de Salud y valorar la eficacia diagnóstica de tres métodos indirectos de medida del cumplimiento terapéutico.

Dado que ningún método indirecto utilizado de forma aislada alcanza las condiciones ideales de aceptabilidad, el empleo de varios métodos indirectos para analizar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes podría aproximarse a dichas condiciones (sensibilidad y especificidad > 80%).¹⁵

El empleo del recuento de comprimidos. Esta técnica se sitúa en un punto intermedio entre los métodos directos e indirectos. En estudios de investigación clínica, el recuento de comprimidos ha sido aceptado como eficaz para su aplicación en las condiciones reales de la práctica clínica. Los métodos basados en el recuento de comprimidos permiten una medición cuantitativa discreta, es decir nos dicen el número de comprimidos olvidados. En cuanto a la técnica empleada es de fácil realización y prácticamente no consume tiempo en consulta; es aplicable en atención primaria y las molestias que puede ocasionar son al médico, si el recuento es telefónico o en domicilio (tiene que desplazarse) o al paciente, si tiene que llevar el envase a consulta.

La principal ventaja de los recuentos de comprimidos es que se puede cuantificar el cumplimiento terapéutico, pero también tiene limitaciones como es el hecho de asumir que todo comprimido que falte en el envase es porque lo ha consumido el paciente. Varios estudios de investigación han utilizado el recuento de comprimidos como prueba de certeza o patrón oro para validar la utilización de otros métodos indirectos en el análisis del cumplimiento terapéutico.

El test de Batalla examina el nivel de conocimientos del enfermo acerca de sus enfermedades, el test de Morisky-Green la actitud que presenta el paciente frente a su tratamiento y el recuento de comprimidos refleja las consecuencias que tienen sobre el cumplimiento terapéutico, tanto los conocimientos como la actitud del paciente respecto a sus enfermedades y tratamientos prescritos para ellas, así como otros factores implicados en el cumplimiento.

Al estudiar la correlación existente entre el recuento de comprimidos y los test de Batalla y Morisky-Green, observamos que el de Batalla presenta una alta sensibilidad y el de Morisky-Green una alta especificidad. Son dos métodos indirectos, fáciles de realizar por el breve tiempo que necesitan para ello, por lo que podrían aplicarse en consulta médica. Además como ningún método por si solo es capaz de valorar todos los aspectos del cumplimiento, es aconsejable combinarlos (uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad).¹⁶

En cuanto al valor predictivo positivo, el test que obtuvo un valor superior fue el test de Morisky-Green por lo que pensamos que podría ser una buena alternativa para identificar grupos de riesgo de no cumplimiento en atención primaria, ya que es un cuestionario corto, de fácil aplicación, y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. No obstante, queda por aclarar y definir un perfil de paciente cumplidor, así como profundizar en un mejor conocimiento de los múltiples factores y sus interacciones, que acaban determinando el abandono de las prescripciones terapéuticas.

1.9. CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA FARMACOTERAPEUTICA

La interrupción del tratamiento o un simple olvido de alguna toma de un medicamento producen una alteración de la concentración plasmática (C_p) del mismo, que puede ocasionar una pérdida de la efectividad. Recordemos que los principios de Farmacocinética nos marcan un régimen de dosificación se buscan las dosis (D) y el intervalo de administración (t en horas) tal que se mantenga una C_p estable. La C_p estable se mantiene cuando la cantidad que llega a sangre del medicamento (que depende de la biodisponibilidad F , de la dosis D y del intervalo t) está compensada por la eliminación del fármaco del plasma (que está cuantificada por el tiempo de vida media plasmático, $t_{1/2}$, y depende de la metabolización hepática o la eliminación renal).¹⁷

Si el paciente olvida tomar una dosis del medicamento al intervalo t (por ej. cada 8 horas) la llegada del fármaco al plasma disminuirá (ya que perderá su regularidad) y entonces será predominante la eliminación del mismo. Si la C_p cae por debajo de la dosis efectiva, el paciente perderá el efecto terapéutico. Esto puede ser más o menos probable según de qué medicamento se trate, y es especialmente importante en aquellos que tengan menor $t_{1/2}$, en los antibióticos de varias tomas diarias, en los bronco dilatadores, en los anticonceptivos orales, o en otros casos. El farmacéutico puede y debe ejercer un protagonismo en la tarea de asegurar que el paciente cumpla su tratamiento. Esto puede lograrse

mediante el consejo en la dispensa, el compromiso en la entrevista y tratando de incorporar el medicamento a la rutina diaria del paciente. Por otra parte, el farmacéutico puede reforzar el conocimiento del paciente respecto de su propia patología y tratamiento a fin de que no lo abandone. Esto es particularmente importante en patologías crónicas o relativamente silentes (asintomáticas) como la hipertensión arterial, diabetes tipo II, angor, osteoporosis, etc.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACION

El siguiente estudio es un modelo de enfoque cuantitativo.

2.2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio experimental, longitudinal, prospectivo y analítico.

2.2.1. Experimental: Se aplicó una intervención en una población estudiada consistente en la aplicación de un programa para estudiar la magnitud del grado de conocimiento, cumplimiento de tratamiento e impacto de un folleto educativo entre los pacientes que sufren de hipertensión arterial atendidos en la Farmacia Farma-Norte de la ciudad de Cochabamba.

El estudio se realizó en la Farmacia Farma-Norte, durante el periodo comprendido entre los meses de abril y julio del 2009.

2.2.2. Longitudinal: Se realizó un seguimiento durante un periodo de tiempo en el que se toman dos cohortes una con la intervención consistente en la educación por parte del profesional farmacéutico y otra con la intervención pasiva del profesional farmacéutico es decir no se realiza la educación al paciente hipertenso realizando evaluaciones antes y después de la intervención.

La evaluación de este programa, se efectuó mediante dos controles diferidos en el tiempo, midiendo el grado de conocimiento y cumplimiento, en las dos oportunidades, de la terapia farmacológica del paciente. En cuanto al grado de conocimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial se observó que éste aumentó en la segunda entrevista.

2.2.3. Prospectivo: Porque se aplicó el programa partiendo de factores causales y realizando el análisis observando el efecto de la intervención.

El seguimiento de los pacientes fue prospectivo mediante dos entrevistas farmacológicas diferidas en el tiempo. Los datos se obtuvieron de los pacientes, y de las recetas emitidas por el médico tratante.

En forma conjunta a la entrevista de ingreso se llevó a cabo un programa educativo, que entregaba información acerca de la hipertensión arterial en forma verbal y escrita (folleto educativo).

2.2.4. Analítico: Se observa que el conocimiento acerca de la patología por parte del paciente hipertenso repercutió en la adherencia al tratamiento, esto quiere decir que, si el paciente hipertenso posee un conocimiento claro con respecto a su patología, la adherencia al tratamiento farmacológico será buena. Si el paciente hipertenso no posee un conocimiento básico acerca de su patología, éste puede acabar en el abandono del tratamiento farmacológico.

2.3. POBLACION Y MUESTRA

El conjunto poblacional del presente estudio está conformado por 30 pacientes hipertensos, que concurrieron con prescripción médica a la farmacia Farma-norte de la ciudad de Cochabamba.

Se trabajó con la población total de pacientes hipertensos después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Por lo tanto no se trabajó con una muestra.

2.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión

- ✓ Todos los pacientes diagnosticados y tratados con hipertensión arterial
- ✓ Pacientes de ambos sexos
- ✓ Pacientes de la tercera edad entre 65 y 75 años
- ✓ Todos los pacientes que acudan con prescripción médica a la farmacia Farma-Norte para su dispensación de medicamentos antihipertensivos
- ✓ Pacientes con residencia en la ciudad de Cochabamba.

Criterio de exclusión

- ✓ Personas que tengan buena adherencia al tratamiento fármaco terapéutico.

Intervención propuesta

Se aplicó el método educativo

2.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

- Instrumento de recolección de datos

Para el estudio cuantitativo: La información se recolecto mediante fuentes primarias (encuestas y entrevistas con los pacientes.)

- Instrumentos para la recolección de información

El instrumento a utilizar fue en base a encuestas personales mediante la aplicación de un cuestionario a base de preguntas cerradas.

Las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

Según el Método de Moriski – Green: Cumplimiento del tratamiento prescrito.

¿Olvidó alguna vez tomar el medicamento para el problema de salud?

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

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

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

Se consideró cumplidor del tratamiento si contesta afirmativamente a la segunda pregunta y de forma negativa a las 3 restantes, por el contrario una respuesta inadecuada, les incluiría como incumplidor.

Según el test de Batalla: Conocimiento de la duración de la hipertensión arterial, del control con dieta y medicación y de los órganos que se ven afectados.

La hipertensión arterial ¿representa una enfermedad para toda la vida?

¿Se puede controlar con dieta y medicación?

Cite dos o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.

Se considera incumplidor: Si falla alguna respuesta y cumplidor: Si responde correctamente las tres preguntas.

2.6. VARIABLES DE ESTUDIO

2.6.1. Variable dependiente

CUADRO Nº 5. Conceptualización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Instrumentación
ADHERENCIA	Decisión del paciente de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud Participación y compromiso del paciente	Responsabilidad de un paciente compartida con un profesional de la salud para cumplir con un tratamiento fármaco terapéutico según las respuestas que da el paciente a las preguntas.	-Cumple tratamiento -No cumple tratamiento	Encuesta

2.6.2. Variable independiente

CUADRO Nº 6. Conceptualización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Instrumentación
METODO EDUCATIVO	Proceso o camino sistemático establecido para realizar una tarea o trabajo con el fin de alcanzar un objetivo predeterminado.	Aplicación del método educativo por cuenta del paciente	-Cumple método educativo	Encuesta

2.7. INTERVENCION PROPUESTA

La metodología del trabajo abarco las siguientes y sucesivas etapas:

- Determinación del universo de pacientes hipertensos a través de la aplicación de encuestas (Test de batalla y Morisky-Green) a todos los pacientes que asistieron con receta médica a la farmacia: Se determinó

que la población de pacientes que padecen hipertensión fueron de 30, de los cuales no se tomó una muestra, se trabajó con todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El tiempo de estudio fue de tres meses, el universo consistió en un número que equivale al 100% del total de la población, es decir de 30 pacientes.

- Se diseñó y aplicó una encuesta dirigida a los 30 pacientes, constituido por un cuestionario con preguntas de ambos test. (Test de batalla y Morisky-Green)

La encuesta desarrollada y aplicada fue la siguiente:

a) Test de Batalla. Evalúa el conocimiento de la duración de la hipertensión arterial, control, dieta, medicación y órganos que se ven afectados.

1. La hipertensión arterial ¿representa una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite dos o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.

Se considera incumplidor: Si falla alguna respuesta y cumplidor: Si responde correctamente las tres preguntas.

b) Método de Moriski – Green. Evalúa el cumplimiento del tratamiento prescrito.

1. ¿Olvidó alguna vez tomar el medicamento para el problema de salud?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

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

Se considera buen cumplimiento cuando se contestan correctamente a las cuatro preguntas, por el contrario una respuesta inadecuada, los catalogaría como incumplidores.

Aplicación de la Atención Farmacéutica: Se aplicó el método educativo a los pacientes hipertensos que cumplieron con los requisitos ya mencionados. Se realizó la elaboración de un método educativo para comprometer al profesional farmacéutico y al paciente para alcanzar los objetivos ya establecidos. Esta relación profesional farmacéutico y paciente, estuvo mediado con información contenida en diferentes materiales como trípticos, láminas, que permitió a los pacientes informarse con material actualizado e individualizado, sobre los aspectos básicos de su tratamiento en el área farmacológica y no farmacológica.

Todo este material resaltó la patología de la HTA, cumplimiento terapéutico, lo que permitió promover una conciencia crítica de parte del paciente, respecto a concebir sus maneras y formas para vivir de “manera sana”, tanto para su familia como para el paciente y se logró el cumplimiento de la terapia farmacológica a través del cambio de conducta en los pacientes con HTA que acuden a la farmacia Farma- Norte. De esta manera se indujo a elevar la calidad de vida del paciente y se promovió estilos adecuados de comportamiento, frente al medicamento y al tratamiento a seguir para la patología mencionada.

El paciente adquirió conocimientos generales sobre su patología, HTA e identificó la medicación, el nombre del medicamento, la presentación de este, las apariencias que presenta y el uso que debe dar a los medicamentos. El paciente estuvo convencido que la toma de medicamentos le reportó beneficios para su salud.

Los trípticos fueron diseñados sobre la importancia de su enfermedad, recomendaciones y advertencias en relación al cumplimiento del tratamiento, tanto farmacológico como higiénico dietético.

El método de educación sanitaria a los pacientes hipertensos, se realizó mediante entrevistas personales, medios impresos escritos (dípticos y trípticos), estos fueron realizados con imágenes que permitieron informar a los pacientes, sobre su enfermedad, uso adecuado de su medicación, administración y la importancia del cumplimiento de su tratamiento farmacoterapéutico.

2.7.1. Etapas de la metodología de trabajo

1. Identificación del paciente hipertenso mediante:

- Vía directa, que es personalizada por la presentación de la receta.

2. Registro de datos del paciente en el cuestionario.

3. Primera encuesta, aplicado a la muestra de 30 pacientes con HTA que acudieron al servicio de farmacia para ser dispensados en los meses de abril- julio del 2009.

4. Motivación por medio de la entrevista oral, con el fin de dar a conocer en forma muy resumida, el contenido del método educativo y objetivo del mismo.

5. Educación: Aplicación del método educativo personalizado con participación activa del paciente con HTA que recibe la educación. (Para llevar a cabo la educación sanitaria en el uso adecuado de los medicamentos en los pacientes seleccionados, se diseñó un método educativo en base a trípticos para ser entregados en el momento de la dispensación).

6. Aplicación de la segunda encuesta: Realizada a los mismos pacientes que finalizaron el seguimiento farmacoterapéutico durante 5 a 6 encuentros, el cual estaba destinado a evaluar los cambios sufridos por el paciente en cuanto al estilo de vida después de la aplicación del método educativo durante los meses de abril-julio del 2009.
7. Una vez recopilado toda la información se procedió a realizar la tabulación para cuantificar las distintas respuestas a cada pregunta, una vez tabulada esta información se obtuvieron los porcentajes de cada respuesta, se procesó en una base de datos. Se realizó la comparación de los resultados antes y después de la aplicación del método educativo.
8. Para el análisis estadístico del presente trabajo se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, que permite determinar si dos variables cualitativas están o no asociadas y el ajuste de las dos encuestas antes y después del método educativo, con un nivel de significación del 95% y un margen de error del 5%.

2.8. ESTRUCTURA DEL METODO EDUCATIVO DIRIGIDO A MEJORAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOTERAPEUTICO

1. PLANIFICACION
2. ORGANIZACIÓN
3. EJECUCION
4. EVALUACION

2.8.1. ETAPA DE PLANIFICACION. Se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

- Identificación de necesidades.
- Identificación de población.
- Requerimiento del material educativo acorde a necesidades reales.

Se identificaron las necesidades de información que necesitan los pacientes respecto al uso del medicamento en su terapia, así como también se determinaron los componentes del problema educativo y del comportamiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes en relación a sus terapias, que son susceptibles a intervención educativa, se desarrolló mayor énfasis en la educación sobre los puntos más débiles del conocimiento de la patología y del tratamiento.

Se definió lo que se pretende solucionar, transformar o disminuir en su incidencia.

Se determinó el grupo de pacientes con más alto grado de incumplimiento, estos son los que estaban mal informados sobre patología, tratamiento y toma de medicamentos; pacientes a los cuales se aplicó el método educativo, este fue dirigido al cumplimiento del tratamiento, identificando sus necesidades específicas.

ENTREVISTA Y EDUCACION AL PACIENTE

Se estableció una relación directa entre el profesional farmacéutico y el paciente, para conocer los datos socio humanos del entrevistado, asegurando que el farmacéutico mediante el dialogo con el paciente con HTA y la aplicación del cuestionario, detecte el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento prescrito; revelando las transgresiones a las indicaciones

mencionadas en los aspectos farmacológicos y no farmacológicos, el cual nos informara el grado de adherencia al tratamiento, conocimiento de la patología y de los medicamentos prescritos.

Estructura de la entrevista

Fase de introducción

- Se identificó al personal farmacéutico y al paciente lográndose una relación cordial que debe existir siempre entre ambos actores.
- El propósito de la entrevista fue determinar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su tratamiento y medicación.
- Mediante preguntas abiertas y cerradas se conocieron los datos del paciente, grado de instrucción, trabajo que realiza, procedencia.

Técnicas utilizadas en la entrevista

1. Comunicación oral, sensorial, psicológica.
2. Observación de la actitud, estado de ánimo, interés en el desarrollo de la entrevista.
3. Confidencialidad de la entrevista, debe ser entre el paciente y el farmacéutico, con carácter individualizado, personalizado.
4. Acercamiento al entorno social, conocimiento de su situación familiar y económica.

Desarrollo de la entrevista:

- 1ra parte: Cuestionario, se determinó el grado de conocimiento farmacológico y no farmacológico.
- 2da parte: Se inició el aporte de los conocimientos necesarios para la correcta utilización de los medicamentos prescritos para su patología, medidas higiénico dietéticas que debe cumplir el paciente, difusión del conocimiento de la terapia y de los medicamentos prescritos.

Actividades a desarrollar en la entrevista

- Se preparó al paciente en la etapa de inicio es decir, al comenzar la sesión educativa.
- Se realizó la presentación del material auxiliar para lograr la educación del paciente.
- Se concientizo al paciente mediante el proceso de personalización, con la finalidad de que adquiera ideas, conocimientos, destrezas y habilidades, que conviertan al paciente en protagonista del cambio de actitud frente a su prescripción farmacológica y su correcta utilización.

La preparación del material educativo se relacionó con las necesidades de información, educación, teniendo en cuenta las características socio humanas del paciente.

Actividades

- Se elaboró y distribuyo el material educativo.

- Se reforzó el programa mediante la complementación del material de educación.
- El material que se utilizó como parte auxiliar del programa expuso mensajes y contuvo imágenes que correspondieron a los propósitos del programa. Se combinó palabras escritas, signos, imágenes y objetos existentes en la realidad. En esta categoría tenemos: Afiches, trípticos y láminas.

Los afiches y trípticos, tuvieron un mensaje breve y directo, con la finalidad de lograr un rápido entendimiento del mensaje.

Las láminas ilustraron las charlas, especialmente las dosis de medicamentos y el tiempo de tratamiento.

Los trípticos incluían toda la información farmacológica del medicamento prescrito.

El material impreso contuvo un tema específico con un mensaje comprensible, y la representación clara en imagen para las personas que no saben leer. Las ilustraciones aclaran o complementan lo escrito, la letra fue de fácil lectura y los contenidos fueron sintetizados. Se resaltó las ideas importantes, no se recargó con mucha información y el lenguaje fue el apropiado para el grupo poblacional al que nos dirigimos.

2.8.2. ETAPA DE ORGANIZACIÓN

Basándonos en los elementos del método educativo se organizó tomando en cuenta los siguientes aspectos.

- Recursos humanos
- Recursos materiales

- Recursos financieros
- Localización

Recursos humanos

El programa conto con el profesional Farmacéutico, apoyado por una enfermera y un médico Cardiólogo.

Actividades

- El farmacéutico educo al paciente respecto al medicamento y su uso, conoció al paciente, comprendiéndolo y apoyándolo, de manera que los niveles de comunicación crecieron entre ambos.
- El profesional se capacito para llevar a cabo el programa.
- Desarrollo credibilidad a partir de una constante de eficiencia y solvencia profesional, que le permitió emitir recomendaciones, instrucciones, suministrando información profesional correcta y útil, que facilito los procesos tendientes a mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes.
- Organizo el trabajo para dar respuesta al problema planteado.
- Se comprendió y capto las condiciones sociales y humanas de los pacientes que necesitaron información, valorando y rescatando elementos educativos.
- Se estimuló cambios de conducta del paciente con relación a su enfermedad, cumplimiento farmacológico, cumplimiento no farmacológico.

Recursos materiales

El propósito de los recursos materiales (farmacia, bienes pasivos). Se eligió un lugar privado de la farmacia para aconsejar, informar, educar, ampliar conocimientos, dar apoyo técnico y emocional.

En los recursos materiales, está inmerso el material educativo, conformado por láminas de difusión, tríptico, para desarrollar la motivación.

Recursos financieros.

El propósito fue facilitar la elaboración, aplicación y evaluación del método educativo con los desembolsos económicos.

Localización.

El método educativo elaborado se localiza en la farmacia Farma- Norte de la Ciudad de Cochabamba ubicado en la zona Norte, sobre la avenida Circunvalación, avenida que constituye una vía de transporte interprovincial. La apertura de la farmacia fue en el año 2005 y actualmente se encuentra atendiendo a pacientes tanto del área urbana como rural.

2.8.3. EJECUCION DEL TRABAJO

1ª FASE DE DIFUSION

2ª FASE DE MOTIVACION

3ª FASE DE EDUCACION

La 1ª fase de difusión.- Se empezó la ejecución del método educativo para favorecer la adherencia al tratamiento farmacoterapéutico con énfasis en la

patología de la hipertensión y el tratamiento, difundiendo éste para el conocimiento de los pacientes que acuden a la farmacia Farma- Norte.

El propósito es dar a conocer el método educativo a los pacientes hipertensos que concurren a dicha farmacia.

Actividades

- Mediante una lámina se dio a conocer el objetivo general del método educativo, las metas que se persigue, la participación que tendrán los profesionales de salud.
- Mediante la entrevista y el dialogo con los pacientes, se hizo conocer el método educativo.
- Con la utilización de afiches, trípticos, láminas, se dio a conocer la importancia de su patología y de la adhesión a su tratamiento.

La 2ª fase de motivación.- La motivación es una condición esencial y permanente del aprendizaje.

El propósito fue motivar a los pacientes edificando en ellos sentimientos de confianza.

El paciente tuvo la necesidad de aprender, y estuvo consiente de dicha necesidad, desarrolló una actitud colaboradora, positiva para convertir esta actitud en hábito de comportamiento, se interiorizó y participó del programa.

Actividades.

- Mediante el material impreso se comentó sobre su patología y el objetivo de su tratamiento.

- Se demostró afecto e interés por su enfermedad.
- En algunos casos la familia demostró un interés particular por colaborar con el miembro de la familia que estaba en tratamiento.
- Se reconocieron sus esfuerzos con elogios verbales, valorando sus logros y aceptando sus destrezas.
- El material impreso contuvo mensajes motivacionales, que despertaron interés y aceptación.

La 3ª fase de la educación.

El propósito de la educación fue un cambio de conducta del paciente con respecto a su patología y la adhesión del tratamiento farmacoterapéutico, promoviendo un uso seguro y adecuado del medicamento en los pacientes, influyendo en las áreas del conocimiento, en los conceptos farmacológicos y no farmacológicos, así como también en la adquisición de habilidades y destrezas necesarias para lograr el cumplimiento del tratamiento.

Actividades.

- Se desarrollaron sesiones educativas.
- Se desarrolló un proceso de enseñanza- aprendizaje.

La educación incluyó los siguientes aspectos importantes:

Sesiones educativa.

Contenidos de la educación.

Dentro de las sesiones educativas se aplicaron técnicas para favorecer la

adherencia al cumplimiento terapéutico.

Actividades

- Se determinaron los aspectos farmacológicos y no farmacológicos del tratamiento del paciente.
- Se determinaron aspectos de la patología
- Se dio a conocer información general del fármaco prescrito para la patología que presenta el paciente y sus formas de utilización.

2.8.4. ETAPA DE EVALUACION.

Dentro de los objetivos de la evaluación: Se midieron los alcances del proceso educativo, a la vez que se diagnosticaron las deficiencias de aprendizaje de los pacientes y se determinaron la eficiencia de los métodos, técnicas, y material educativo.

Se evaluó también las conductas, habilidades, disposición, motivación, expectativa capacidad y la actitud dinámica del paciente producida por la realización del método educativo que se manifestó como:

Nueva interpretación del tratamiento.

- a) Adquisición de conocimientos, desarrollo de destrezas y habilidades nuevas.
- b) Actitud distinta frente al tratamiento prescrito.
- c) Nueva manera de comportamiento frente a su enfermedad y su tratamiento.

- d) Nuevos intereses y nuevos hábitos
- e) Aplicación de lo aprendido a sus nuevas situaciones de salud.

El modelo de EDUCACION-INFORMACION-FORMACION, nos permite una relación de proceso formativo que debe llegar a ser parte de las expectativas del paciente que acude a la farmacia Farma-Norte.

El modelo del método educativo dirigido al paciente para la mejor adherencia al tratamiento, debe permitirles tener nuevos criterios sobre sus tratamientos.

Presentamos un modelo para coadyuvar en la resolución del problema de incumplimiento en el tratamiento prescrito por el médico. Este modelo de educación-instrucción-aprendizaje permite una relación del proceso formativo educativo que debe llenar las expectativas del paciente que acude a la farmacia Farma-Norte.

Para este modelo, el perfil del profesional farmacéutico debe estar acorde a las necesidades básicas de salud de la comunidad, basándose su actuación en la participación comunitaria y colaboración intersectorial.

2.8.5. LA MOTIVACION

La motivación depende de factores endógenos y factores exógenos, los primeros están referidos al paciente, a su voluntad de aprender y solucionar sus propios problemas de salud. Los factores exógenos son los que afectan al medio en que se desarrolla el paciente, que también generan motivo y necesidad de aprender.

Se aprende aquello que corresponde a una necesidad que se afirma en nuestra conciencia.

El profesional Farmacéutico, su personalidad, expresión, dinamismo, cordialidad.

La modalidad empleada en la ejecución del programa, discusiones, exposiciones.

Estimulación para mantener el interés y la atención de los pacientes.

La motivación fue dada por el material auxiliar que tuvo que ser interesante, atractivo y comprensible, y enfatizo el propósito del programa.

Funciones de la motivación:

Función selectiva.- Medios adecuados para evitar distracciones.

Función de dirección.- Mantiene los objetivos del programa.

Función estimulativa.- Para intensificar esfuerzos.

La motivación fue dirigida hacia el aspecto psicológico del paciente motivando a éste a cumplir su tratamiento por el resultado y satisfacción que le proporciono su accionar y el beneficio que recibe para su accionar futuro.

2.8.6. COMUNICACIÓN

La comunicación educativa agrupa un conjunto de propósitos y actividades que pretende desarrollar habilidades y conocimientos de los participantes en el Programa de Educación Sanitaria.

Esta comunicación se la realizo mediante acciones que fueron a construir los conocimientos. La comunicación se la estructura a través de sistemas de códigos y mensajes creados, donde el lenguaje ejerce un papel fundamental.

La comunicación constituye la base esencial para la atención sanitaria.

LA INFORMACION EN LA COMUNICACIÓN

La función de la información en la comunicación es la de proporcionar datos al destinatario, sobre aspectos de la realidad social del objeto al que se aplica la información del Programa Educativo. Determinaremos el aspecto cultural y psicológico grados educacionales farmacológicos y no farmacológicos para identificar necesidades de información, formas de informar, que requiere el paciente “La información no es el conocimiento mismo, es una base para que este se produzca”.

Creencias, concepciones e interpretaciones que pueden ser mantenidas o cambiadas mediante la Educación, a estas acciones las denominaremos prácticas sociales que son las formadoras de la conciencia social.

La comunicación la realizaremos con sujetos sociales que actúan como transmisores o emisores y los otros sujetos sociales como preceptores o receptores, dentro de estos se encuentra inmersa la información.

Los contenidos comunicacionales se materializan en mensajes, gracias a los códigos o lenguaje de la comunicación, mediante canales que determinan los medios de comunicar. Estos pueden ser orales, escritos, visuales, etc.

Cobran importancia los materiales educativos que se utilizan para apoyar el programa.

La Educación Sanitaria debe ser un proceso comunitario, que respete la autodeterminación del individuo frente a la realidad integradora de su actividad humana, comprendiendo al paciente y su grupo comunitario en el que hacer educativo, potenciando los efectos y respuestas como responsabilidad personal y comunicativa.

Etimológicamente Comunicación proviene del latín “comunicarse y posee las siguientes acepciones:

Dialogo, intercambio, relación de comprensión, acto de informar y transmitir, mediante señales un código común entre el emisor y el receptor.

La comunicación según Marx es “La elaboración de los hombres por los hombres en su formación mutua como sujetos sociales”.

Para lograr una mejor adherencia por parte del paciente hacia su tratamiento farmacoterapéutico se usó el siguiente material:

HIPERTENSION ARTERIAL

¿Qué es la “presión arterial”?

El término “presión arterial” se refiere al nivel de “fuerza” o “presión” que existe en el interior de las arterias. Esta presión es producida por el flujo de sangre.

¿Qué son los niveles?

La presión arterial alta (o hipertensión) en los adultos se define como una presión sistólica igual a/ superior a 140 mm Hg; o una presión diastólica igual a/ superior a 90 mm Hg

La “pre hipertensión” se define como una presión sistólica entre 120 y 139 o una diastólica entre 80 y 89.

Una presión de menos de 120 sistólica y menos de 80 diastólica se considera normal.



HIPERTENSION INFORMACION PARA EL PACIENTE

METODO DE EDUCACION SANITARIA A
PACIENTES HIPERTENSOS



La prevención, es el mejor tratamiento para la hipertensión arterial

Cochabamba- 2009

FARMACIA FARMANDORTE

PROGRAMA DE ATENCION FARMACEUTICA

Dirección: Av.

Circunvalación 525 final

Av. Santa Cruz

Teléfono: 4457525

4290435

HIPERTENSION ARTERIAL

¿Qué es la presión arterial alta?

Tener presión arterial alta significa que el nivel de presión en las arterias es mayor de lo normal.

¿Qué causa la hipertensión?

En 90–95 por ciento de los casos de presión arterial alta, **NO** se conoce la causa.

En muchos casos, la hipertensión es de origen congénito (hereditario).

Otros factores asociados con la hipertensión son:

- Raza: los afroamericanos tienen una mayor probabilidad de tener hipertensión.
- El avance de la edad
- La obesidad/sobrepeso
- El sedentarismo/falta de actividad física
- El consumo excesivo de alcohol
- Un alto consumo de sodio/sal, o sensibilidad a la sal
- El embarazo (incremento temporal) y algunos anticonceptivos orales

¿Cuáles son los síntomas de la hipertensión?

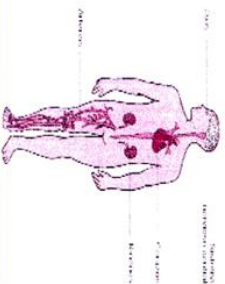
hipertensión?

Por lo general, **NO HAY** síntomas. Muchas personas la tienen, pero no lo sabe. Por eso, la presión arterial se llama “el asesino silencioso”. Y por eso, es importante medirse la presión arterial regularmente.

¿Qué son los efectos de la hipertensión?

La hipertensión aumenta el riesgo de sufrir un ataque al corazón, un ataque cerebral, la enfermedad renal, y otros males.

La hipertensión causa que el corazón se esfuerce más de lo normal para poder bombear sangre a todos los tejidos del organismo. Esto incrementa la probabilidad de que se dañen las arterias o el corazón.



Medidas de prevención

Para reducir la probabilidad de desarrollar la presión arterial alta, es importante mantener estilos de vida sanos, como:

La práctica regular de actividad física (al menos 30 minutos de actividad la mayoría o todos los días de la semana)

El mantenimiento de una dieta baja en sal y grasa

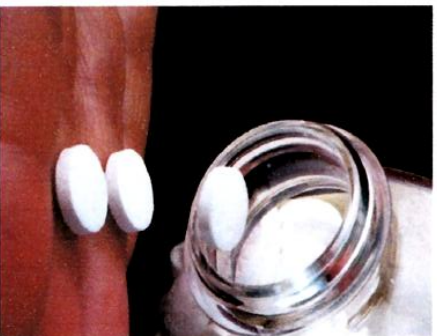
No fumar

Controlar el consumo de sal/sodio (un máximo de 2,300 miligramos al día, o aproximadamente una cucharadita de sal)

iii Cuidese!!! todos estos factores aumentan la probabilidad de sufrir un ataque cardíaco.

MEDIDAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO CON EL REGIMEN TERAPÉUTICO PRESCRITO

CAUSA	POSIBLE SOLUCIÓN
Dificultad en el uso de la farmación	Sugerir cambio en forma de dosificación
Olvido	Recibir la educación de los familiares - calendarización de medicación
Ajustamiento de las costumbres de med- camentos prescritos antes de la cita con el médico	Vigilar el perfil de medicamento del paciente
Desconocimiento acerca del medicamento y/o del estado patológico	Información relativa a los medicamento por el farmacéutico
Falta de comprensión del uso apropiado de los equipos farmacológicos múltiples	Simplificar el tratamiento en salud especial del producto
Error de interpretación de las instrucciones	Simplificar las instrucciones etiquetas, prospectos y libritos instrucciones verbales y escritas
Dosis excesiva e insuficiente del medicamento administrado basada en la percepción del paciente de la necesidad de este	Información relativa a los medicamento por el farmacéutico
Olvidos en el tratamiento prescrito por la administración	Asesoramiento por el farmacéutico
Efectos adversos indeseables del medicamento	Vigilancia asesoramiento, referir a un médico
Imposibilidad de pagar los medicamentos prescritos	Reducir al mínimo el número de medicamentos usar servicios enviar al organismo competente para asistencia
Dificultad para abrir envase	Utilizar envase fácil de abrir



*La mayor parte de los pacientes
podrán controlar su HA con
uno, dos o mas fármacos. El
50% de los pacientes requieren
dos medicamentos. El trata-
miento farmacológico es de por*



**COMO FAVORECER
LA ADHRENCIA AL
TRATAMIENTO**

Cochabamba- 2009

Farmacia Farmanorte
Programa de Atención
Farmacéutica

Dirección : Av
Circunvalación final Av
Santa Cruz
Teléfono: 4290435-4457525

**METODO DE EDUCACION
SANTARIA PARA
PACIENTES HIPERTENSOS**

COMO FAVORECER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOTERAPEUTICO

Adherencia al tratamiento :

Grado de cumplimiento del paciente al tratamiento impuesto en relación a tipo de medicamento indicado, dosis y periodicidad de ingestión diaria.

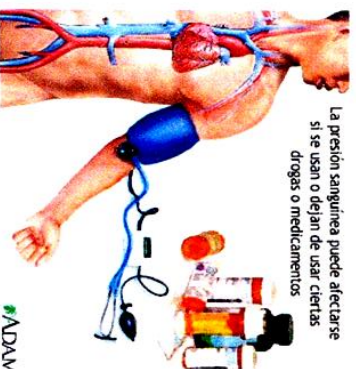
Pautas tomar en cuenta :

- *Aumentar el conocimiento y comprensión de la prescripción*
- *Régimen terapéutico.*
- *Forma de adaptar este régimen a su estilo de vida*
- *Mejorar el esquema terapéutico especialmente en caso de politerapia.*
- *Modificar las creencias negativas que pudiese tener el paciente respecto a salud*

Optimizar el cumplimiento farmacoterapéutico : Pautas generales

- No tome ningún medicamento a menos que haya consultado antes a su médico por ejemplo:

Medicamentos dispensados sin receta: Antigripales, antitúxicos, anticonceptivos, antiasmáticos, inhibidores del apetito, ya que estos pueden aumentar su presión arterial



ADAM

- Tomar una hora antes o 2 horas después de los medicamentos
- Evitar administrado con alimentos, hidróxido de aluminio o carbonato de calcio

Trabajo del equipo de salud : Médico- Bioquímico-Enfermera

- Realizar seguimiento farmacoterapéutico
- Iniciar con la menor dosis efectiva
- Administrar 1 o 2 veces al día
- Lograr 24 horas de efecto (efecto pico >50 %)
- Modificar dosis: 1-2 meses
- Modificar estilos de vida
- Hipertensión controlada 1 año disminución progresiva de la dosis

COMO SE TRATA LA HIPERTENSION ARTERIAL

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

- Conozca su presión arterial.
- Contrólela periódicamente.
- No espere síntomas ni a enfermarse.
- Cuide su salud
- Controle su peso
- Dieta saludable
- Haga ejercicio
- No fume
- Si consume alcohol, hágalo con moderación
- No suspenda la medicación por ningún concepto salvo indicación médica

SI NO ES CURABLE?

PODEMOS TRATARLA



Dieta mediterránea recomendada

FARMACIA FARMANORTE
PROGRAMA DE ATENCION
FARMACEUTICA

CONTROL ALIMENTARIO PARA PACIENTES



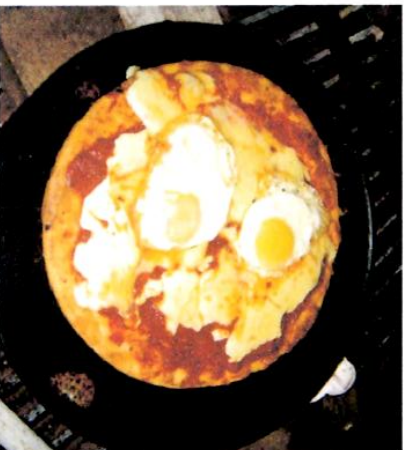
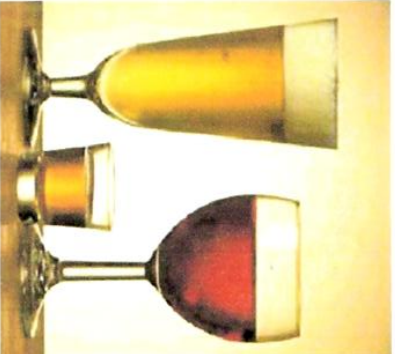
Como reducir la presión arterial con la dieta

Cochabamba-2009

Control alimentario para pacientes hipertensos



El consumo excesivo de alcohol aumenta la PA. El alcoholismo es causa de HA severa. Las mujeres no deberían tomar más de 1 medida y los hombres hasta 2 medidas por día (1 medida = ½ whisky o 30 cc, 1 jarra de cerveza o una copa de vino).



El colesterol elevado, es un factor de riesgo muy fuerte para aterosclerosis que multiplica el riesgo cardiovascular de infarto, ACV, ERC y enfermedad vascular añadida a la HA. ACV= Ataque Cerebro Vascular. ERC= Enfermedad Renal Crónica.



El tabaquismo al igual que la hipertensión arterial, es un factor de riesgo mayor para aterosclerosis.



Comer "sin sal" es insuficiente. La alimentación debe contemplar la restricción de la sal y alimentos que la contengan. Un aporte importante de frutas, vegetales y granos. Restricción de bebidas con alcohol y alimentos hipercalóricos con alto contenido grasos. Este patrón alimentario descende notablemente la PA.



La obesidad es una epidemia mundial y debido a ello se ha incrementado el número de hipertensos. Por cada 10 Kg que bajemos, la PA bajará 5 a 10 mmHg.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

TEST DE BATALLA

CUADRO N°1

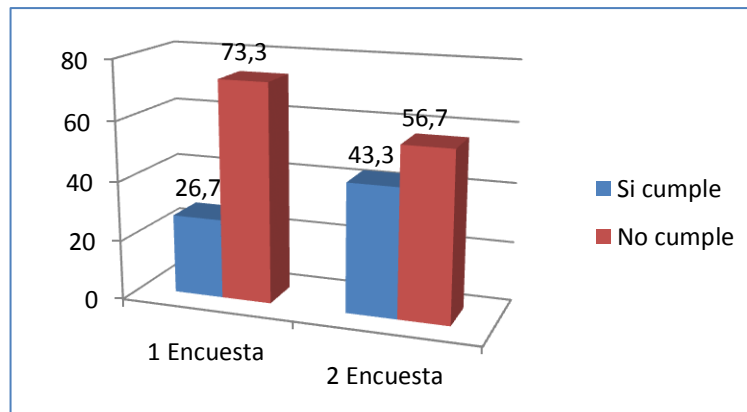
PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE SI LA HIPERTENSION ARTERIAL ES UNA ENFERMEDAD PARA TODA LA VIDA, DURANTE LA PRIMERA ENCUESTA

	Respondieron		Segunda encuesta	
	No pacientes	%	No pacientes	%
Si cumple	8	26,7	13	43,3
No cumple	22	73,3	17	56,7
Total	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

GRAFICO N°1

¿LA HIPERTENSION ARTERIAL REPRESENTA UNA ENFERMEDAD PARA TODA LA VIDA?

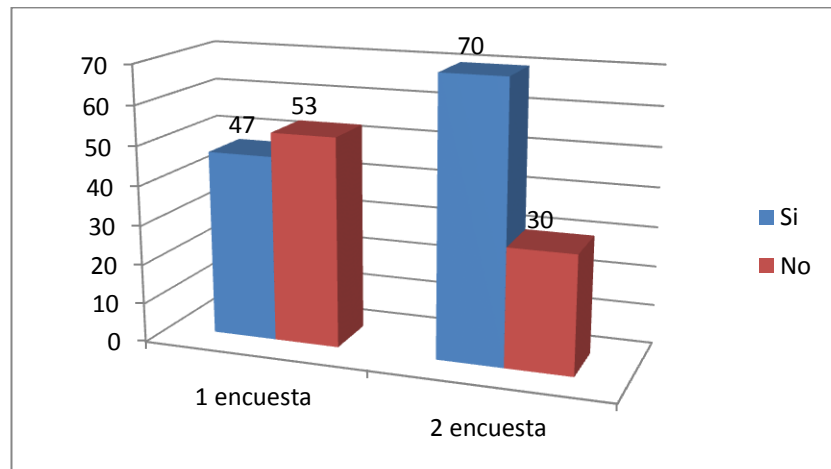


Es evidente por los resultados obtenidos en la primera encuesta que un 73.3 % considera que la hipertensión arterial es una enfermedad pasajera, disminuyendo este porcentaje a un 56.7 % en la segunda encuesta. Cabe notar que un 26.7% de los pacientes hipertensos considera a la hipertensión arterial como una enfermedad que le acompañara toda su vida, incrementándose luego a un 43.3% luego de realizar la segunda encuesta.

CUADRO N°2**PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE SI LA HIPERTENSION ARTERIAL SE PUEDE CONTROLAR CON DIETA Y MEDICACION, DURANTE LA PRIMERA ENCUESTA Y LA SEGUNDA ENCUESTA.**

	Respondieron		Segunda encuesta	
	No pacientes	%	No pacientes	%
Si cumple	14	46,7	21	70
No cumple	16	53,3	9	30
Total	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

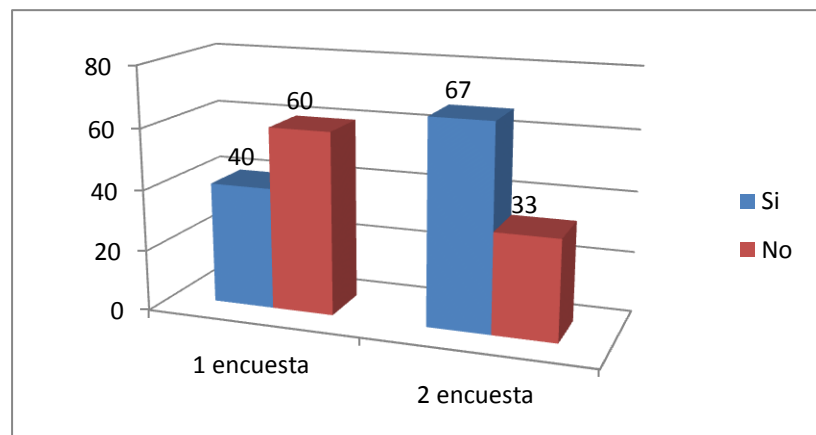
GRAFICO N°2**¿SE PUEDE CONTROLAR CON DIETA Y MEDICACION?**

Se evidencia según el gráfico 2 que un 53.3 % desconoce que entre las modificaciones del estilo de vida para la prevención, el tratamiento y el control de la presión arterial la dieta constituye una de las medidas más importantes para controlar la hipertensión arterial. Lo que no significa que el restante 46.7% de los pacientes hipertensos realicen una dieta correcta y sigan una buena medicación. Es necesario tomar en cuenta que luego de la segunda encuesta un 70% cree que si es capaz de controlar la hipertensión arterial con dieta y buena medicación, disminuyendo considerablemente en los pacientes que responden no a un 30%.

CUADRO N°3**PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LOS ORGANOS QUE SE VEN AFECTADOS POR LA ELEVACION DE LAS CIFRAS DE TENSION ARTERIAL, DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA ENCUESTA.**

	Respondieron		Segunda encuesta	
	No pacientes	%	No pacientes	%
Si cumple	12	40	20	66,7
No cumple	18	60	10	33,3
Total	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

GRAFICO N°3**CITE DOS O MAS ORGANOS QUE SE VEAN AFECTADOS POR LA ELEVACION DE LAS CIFRAS DE TENSION ARTERIAL**

Se observa que un 40% ha considerado que si hay daños en el organismo elevándose esta cifra en la segunda encuesta a un porcentaje de 66.7%, un 60% desconoce si se produce algún daño al organismo disminuyendo esta cifra a 33.3% en la segunda encuesta. (Gráfica 3).

TEST DE MORISKY-GREEN

CUADRO N°4

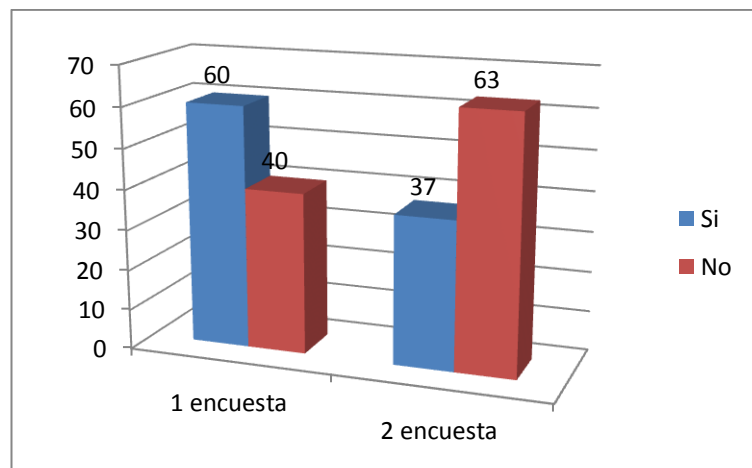
PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE SI OLVIDO ALGUNA VEZ TOMAR EL MEDICAMENTO PARA EL PROBLEMA DE SALUD, DURANTE LA PRIMERA ENCUESTA Y LA SEGUNDA

	Respondieron		Segunda encuesta	
	No pacientes	%	No pacientes	%
Si cumple	18	60	11	36,7
No cumple	12	40	19	63,3
Total	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

GRAFICO N°4

¿OLVIDO ALGUNA VEZ TOMAR EL MEDICAMENTO PARA EL PROBLEMA DE SALUD?

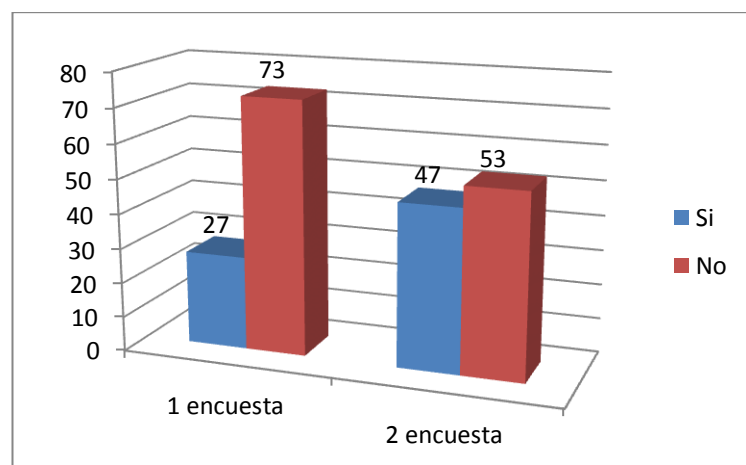


Como se muestra en el gráfico 4, el mayor porcentaje o sea el 60% si olvidó alguna vez tomar su medicamento, disminuyendo la misma en la segunda encuesta a un 36.7%, en cambio el restante 40% de los pacientes hipertensos que no olvida tomar su medicamento se eleva a un 63.3% en la segunda encuesta.

CUADRO N°5**PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE SI TOMA LOS MEDICAMENTOS A LAS HORAS INDICADAS, DURANTE LA PRIMERA ENCUESTA Y LA SEGUNDA**

	Respondieron		Segunda encuesta	
	No pacientes	%	No pacientes	%
Si cumple	8	26,7	14	46,7
No cumple	22	73,3	16	53,3
Total	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

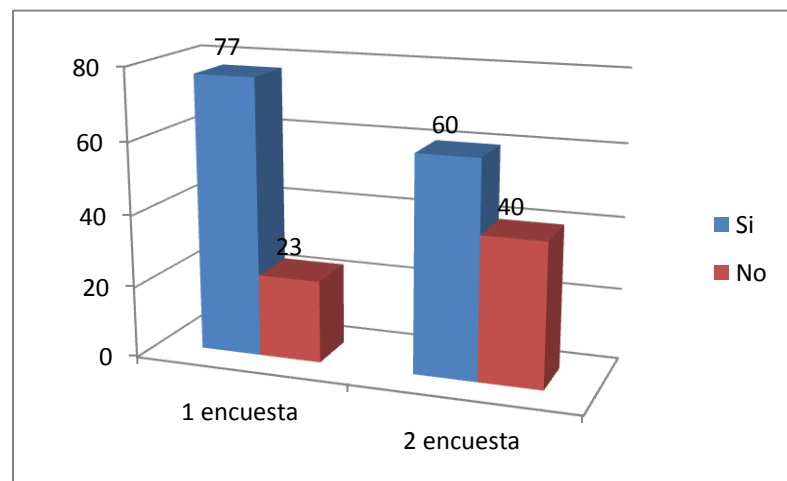
GRAFICA N°5**¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LAS HORAS INDICADAS?**

Un 73% de los pacientes hipertensos responden que no toman su medicación a la hora indicada disminuyendo este porcentaje en la segunda encuesta a un 53.3 %, en cuanto a los pacientes que si toman la medicación se incrementa el porcentaje de un 26.7% a un 47% en la primer y segunda encuesta respectivamente. (Gráfica 5)

CUADRO N°6**PERCEPCION DEL PACIENTE RELACIONADO CON EL BIENESTAR Y EL ABANDONO DE LA MEDICACION, DURANTE LA PRIMERA ENCUESTA Y LA SEGUNDA**

	Respondieron		Segunda encuesta	
	No pacientes	%	No pacientes	%
Si cumple	23	76,7	18	60
No cumple	7	23,3	12	40
Total	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

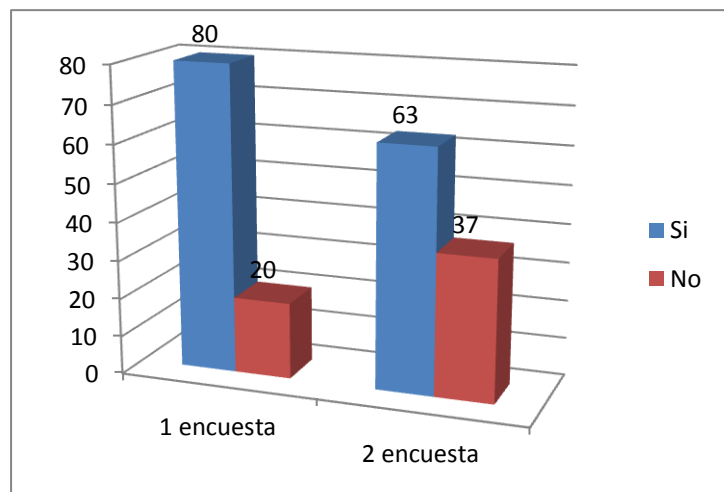
GRAFICO N°6**¿CUANDO SE ENCUENTRA BIEN DEJA DE TOMAR LA MEDICACION?**

Como se observa en la gráfica 6, la mayoría de los pacientes hipertensos deja de tomar la medicación cuando aparentemente logra sentirse bien, esto es un 77%, disminuyendo esta cifra muy poco a tan sólo 60%. Aquellos pacientes hipertensos que siguen tomando la medicación están en un 23% logrando ascender esta cifra a un 40% solamente luego de la segunda encuesta.

CUADRO N°7**PERCEPCION DEL PACIENTE RELACIONADO CON EL MAL ESTAR Y EL ABANDONO DE LA MEDICACION, DURANTE LA PRIMERA ENCUESTA Y LA SEGUNDA.**

	Respondieron		Segunda encuesta	
	No pacientes	%	No pacientes	%
Si cumple	24	80	19	63,3
No cumple	6	20	11	36,7
Total	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

GRAFICA N°7**¿SI ALGUNA VEZ LE SIENTA MAL DEJA USTED DE TOMARLA?**

La Gráfica 7 nos indica que el 80% de los pacientes hipertensos deja de tomar su medicación si le sienta mal, disminuyendo esta cifra a un 63.3 % y 20% de los pacientes hipertensos sigue tomando la medicación ascendiendo esta cifra a un 36.6% luego de la segunda encuesta.

TEST DE BATALLA

En la tabla 1 se resumen los resultados relativos al test de Batalla diferenciando el grupo que recibe el programa de educación sanitaria; en el estudio denominado grupo tratamiento y el grupo que no recibe dicha capacitación, en el estudio denominado grupo control. Se han también diferenciado los resultados según el tiempo: resultados antes de la capacitación y aquellos después de la capacitación.

Tabla 1. Distribución de pacientes hipertensos según tratamiento y momento de la evaluación.

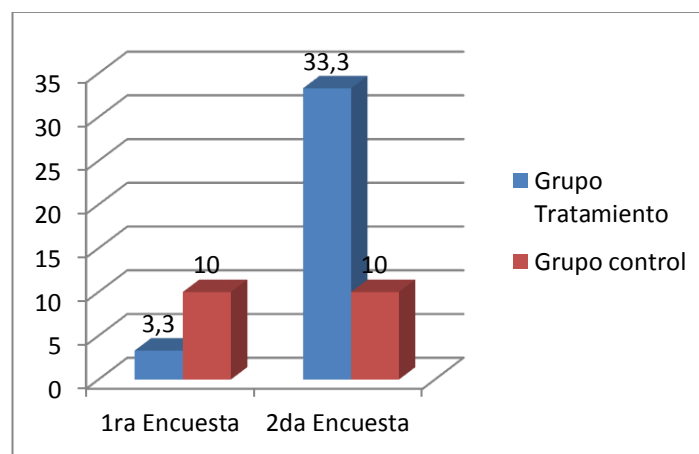
Test de batalla

Tabla N° 1

TEST DE BATALLA			
	ANTES	DESPUES	
GRUPO TRATAMIENTO	3.3	33.3	
GRUPO CONTROL	10.0	10.0	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Test de batalla



El 3.3 % de los pacientes que recibirán la capacitación son cumplidores. El porcentaje del grupo control es significativamente más alto, en efecto el 10 % de los pacientes de este grupo fueron considerados como cumplidores.

Una vez realizada la capacitación en el grupo tratamiento se aplicó nuevamente el test de Batalla a ambos grupos. En el caso de los pacientes que reciben la capacitación, el 33.3 % son considerados como cumplidores, el porcentaje en el caso del grupo control permanece en el 10 %.

Considerando que los grupos tratamiento y control no son similares antes de la capacitación, se ha procedido a un ajuste en los porcentajes para aplicar luego el test de comparación de dos proporciones en base a la prueba exacta de Fisher en el paquete MINITAB.

Los ajustes conllevan a los siguientes resultados: en el grupo tratamiento 9 de los 29 pacientes que fueron incumplidores luego de la capacitación son considerados cumplidores, quiere decir en la práctica, el programa de educación sanitaria a pacientes hipertensos ha provocado que el 30 % de aquellos pacientes incumplidores se conviertan en cumplidores. La prueba de comparación de dos proporciones en base al test exacto de Fisher evidencia un valor de p-value igual a 0.001. Considerando que este valor es inferior al nivel de significación, entonces se demuestra un efecto estadísticamente significativo del programa de educación sobre las prácticas de los pacientes hipertensos. El 30 % de los pacientes que recibieron la capacitación ahora son considerados cumplidores.

TEST DE MORISKI- GREEN

Adicionalmente al test de Batalla, los pacientes hipertensos han sido evaluados por el método de Moriski – Green. A diferencia del test de batalla en la que los grupos tratamiento y control presentaban diferencias antes de la capacitación, en el caso de la prueba de Moriski – Green, en ninguno de los dos grupos lo pacientes respondieron correctamente. Este resultado permite realizar una

prueba de comparación de dos proporciones directamente sobre los resultados de las pruebas después de la capacitación. La tabla 2 presente precisamente estos resultados.

Tabla 2. Distribución de pacientes hipertensos según tratamiento y momento de la evaluación.

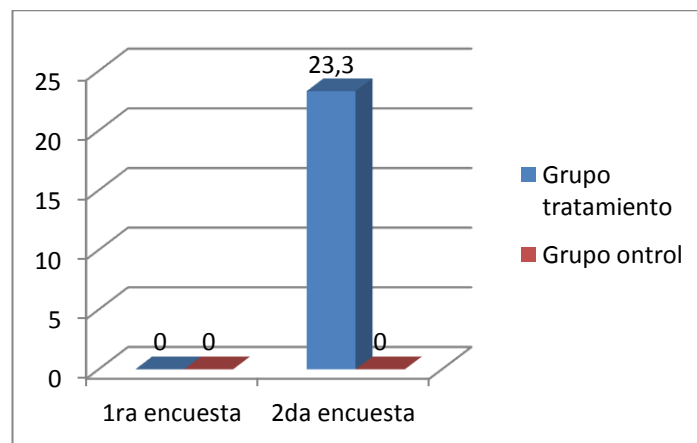
Método de Moriski – Green

Tabla N° 2

TEST DE MORISKI - GREEN			
	ANTES	DESPUES	
GRUPO TRATAMIENTO	0.0	323.3	
GRUPO CONTROL	0.0	0.0	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas

Método de Moriski – Green



El 23.3 % de los pacientes que recibieron la capacitación son considerados como cumplidores frente al 0 % de los incumplidores en el grupo control. El valor de p-value igual a 0.011, es inferior al nivel de significación del 5 %, por tanto se demuestra un efecto significativo de la capacitación sobre las prácticas de los pacientes hipertensos.

Resumiendo, tanto con el test de Batalla y como en el Método de Moriski – Green se evidencia un efecto significativo del programa de educación sanitaria a pacientes hipertensos. La capacitación tiene un efecto sobre las prácticas de los pacientes hipertensos.

Nota: Los análisis han sido realizados en el paquete MINITAB. Los resultados de las outputs son disponibles en el anexo 1. Es importante considerar que se ha utilizado la prueba exacta de Fisher en lugar de la prueba chi cuadrado porque el tamaño de muestra es bajo. La prueba exacta de Fisher considera la distribución hipergeométrica en lugar a la aproximación normal

3.2. DISCUSION

La hipertensión es la primera causa de morbi mortalidad en los países desarrollados, ya que se estima que más del 50% de los enfermos siguen mal las indicaciones de tratamiento farmacológicos y hasta un 60 y 70 % las medidas higiénico dietéticas, la no adherencia a los tratamientos condiciona hasta un tercio de todos los ingresos hospitalarios y es la principal causa de descompensación e ingreso hospitalario en la insuficiencia cardiaca.

En el presente estudio se observa que los pacientes encuestados manifiestan cumplir en un 40% la toma de sus medicamentos, en un 27% dicen tomar a las horas indicadas, en un 77% admite que deja de tomar la medicación cuando siente mejoría y en un porcentaje más alto o sea el 80% la deja cuando se siente mal. Si comparamos con datos de la OMS, que estiman que el 55% de la población no cumple con los tratamientos prescritos, observamos una similitud de los datos obtenidos.

El programa educativo impartido en este estudio permitió mejorar los resultados iniciales en cuanto al grado de cumplimiento de este tipo de tratamientos.

En este estudio, partimos con un 40% de pacientes que admiten cumplir con la

administración del medicamento, lográndose incrementar hasta un 63% de los pacientes, cuando se aplicó el método educativo.

La aplicación de un método educativo logró incrementar probablemente en un 25% el cumplimiento de los tratamientos.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

La educación al paciente hipertenso por medio del programa que se realizó, logró una mayor adherencia al tratamiento farmacológico lo que significa para el paciente una mejor calidad de vida, esto quiere decir que, los pacientes hipertensos que acuden a la farmacia Farma norte de la ciudad de Cochabamba no tienen el conocimiento básico respecto a su patología y tampoco al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Por los test empleados (Batalla y Morisky Green) se puede afirmar que muchos de ellos caerían en el grupo de pacientes incumplidores, lo cual repercutirá a la larga en el abandono de su tratamiento.

El paciente se encuentra solo con respecto a los profesionales de salud ante la toma de decisiones tan importantes como es el de su tratamiento.

El paciente desconoce los riesgos a los que se somete al abandonar el tratamiento farmacológico, esto es daño a los órganos blancos.

4.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las farmacias privadas e institucionales aplicar métodos que refuercen el conocimiento básico de la patología al paciente hipertenso para que no se presente el abandono al tratamiento y por el contrario haya una mejor adherencia al mismo.

El trabajo del equipo de salud esto es médico-farmacéutico-enfermera deberá estar mucho más vinculado a mejorar la relación con el paciente ya que esto contribuirá a una mejor calidad de vida al mismo.

A los profesionales farmacéuticos se les recomienda la aplicación de los test de Batalla y Morisky Green incluyendo la elaboración de folletos, trípticos para lograr una mejor comprensión acerca de la patología del paciente hipertenso para lograr de esta manera una mejor adherencia al tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gil VF, Belda J, Piñeiro F. *El cumplimiento terapéutico*. Madrid:Doyma, 1999.
3. Cuenca Boy R, Ortiz de Apodaca Ruiz MA. *Incumplimiento terapéutico ambulatorio en ancianos tratados con digoxina*. Aten Primaria 1998, 21: 302-6.
4. Grupo de Trabajo en Hipertensión. *Observancia terapéutica en el paciente hipertenso*. Madrid: Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial, 1996.
5. MacFadyen RJ, Struthers AD. *The practical assessment of compliance with ACE-Inhibitor therapy-a novel approach*. J Cardiovasc Pharmacol 1997, 29:119-24.
6. Puigventós Latorre F, Llodrá Ortola V, Vilanova Bolto M, Delgado Sánchez O, Lázaro Ferreruella M, Forteza-Rey Borralleras J. *Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión, 10 años de publicaciones en España*. Med Clín (Barc), 1997, 109: 702-6.
7. Piñeiro Chousa F, Gil Guillen VF, Donis Otero M, Orozco Beltrán D, Pastor López R, Merino Sánchez J. *Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente*. Rev Clín Esp 1997, 197:555-9.
8. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. *Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial*. Aten Primaria 1997, 19: 372-6.

9. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino J. *Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias*. Aten Primaria 1997, 19: 465-8.
10. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2ª ed. Barcelona, Harcourt, 2000.
11. Márquez Contreras E, Gutiérrez Marín C, Jiménez Jerez C, Franco Rubio C, Baquero Sánchez C, Ruiz Bonilla R. *Observancia terapéutica en la hipertensión arterial. Validación de métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico*. Aten Primaria 1995,16: 496-500
12. Paes A. et al. *Impacto f dosage frequency on patient compliance*. Diabetes Care. 1997, 20(10):1512-17
13. Houston N. *Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases*. Am J Med 1997, 102(2A):43-49.
14. Anónimo. *Compliance (or concordance) and once daily dosing*. Glasgow Prescriber 1999, 13.
15. Wright EC. *Non-compliance or how many aunts has Matilda*, Lancet 1993, 313: 926-9.
16. Corlett AJ. *Aids to compliance with medication*. BMJ 1996, 313:926-9.
17. Donovan JL. El paciente como decisor. Utilización Racional de Medicamentos. Internacional Journal of Technology Assessment in Health Care (2º parte). Series divulgativas, documento nº2, Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP); 1997.
18. From Compliance to Concordance. Achieving Shared goals in Medicine Taking. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; April 1997.

ANEXOS

Prueba e IC para dos proporciones. Test de Batalla

Muestra	X	N	Muestra p
1	10	30	0.333333
2	0	30	0.000000

Diferencia = $p(1) - p(2)$

Estimado de la diferencia: 0.333333

IC de 95% para la diferencia: (0.164646, 0.502020)

Prueba para la diferencia = 0 vs. no = 0: $Z = 3.87$ Valor $P = 0.000$

Prueba exacta de Fisher: Valor $P = 0.001$

* NOTA * La aproximación normal puede ser inexacta para muestras pequeñas.

Prueba e IC para dos proporciones. Método de Moriski - Green

Muestra	X	N	Muestra p
1	7	30	0.233333
2	0	30	0.000000

Diferencia = $p(1) - p(2)$

Estimado de la diferencia: 0.233333

IC de 95% para la diferencia: (0.0819845, 0.384682)

Prueba para la diferencia = 0 vs. no = 0: $Z = 3.02$ Valor $P = 0.003$

Prueba exacta de Fisher: Valor $P = 0.011$

* NOTA * La aproximación normal puede ser inexacta para muestras pequeñas.

Tabla de contingencia TESTBATALLA_A *
TRATAMIENTO

Recuento

	TRATAMIENTO		Total
	1	2	
TESTBATALLA 0	29	27	56
_A 1	1	3	4
Total	30	30	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.071 ^a	1	.301		
Corrección por continuidad ^b	.268	1	.605		
Razón de verosimilitudes	1.118	1	.290		
Estadístico exacto de Fisher				.612	.306
Asociación lineal por lineal	1.054	1	.305		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla de contingencia TESTBATALLA_D *
TRATAMIENTO

Recuento

	TRATAMIENTO		Total
	1	2	
TESTBATALLA_D 0	20	27	47
1	10	3	13
Total	30	30	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.812 ^a	1	.028		
Corrección por continuidad ^b	3.535	1	.060		
Razón de verosimilitudes	5.023	1	.025		
Estadístico exacto de Fisher				.057	.029
Asociación lineal por lineal	4.732	1	.030		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Advertencia

No se calculará ninguna medida de asociación para la tabla de contingencia de MORISKIGREEN_A * TRATAMIENTO. Al menos una variable de cada tabla de 2 vías sobre las que se calculan las medidas de asociación es una constante.

Tabla de contingencia MORISKIGREEN_A *
TRATAMIENTO

Recuento

	TRATAMIENTO		Total
	1	2	
MORISKIGREEN 0 _A	30	30	60
Total	30	30	60

Tabla de contingencia MORISKIGREEN_D *
TRATAMIENTO

Recuento

	TRATAMIENTO		Total
	1	2	
MORISKIGREEN 0 _D	23	30	53
1	7	0	7
Total	30	30	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.925 ^a	1	.005		
Corrección por continuidad ^b	5.822	1	.016		
Razón de verosimilitudes	10.631	1	.001		
Estadístico exacto de Fisher				.011	.005
Asociación lineal por lineal	7.792	1	.005		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla de contingencia

			Sexo		Total
			Masculin o	Femenin o	
TESTBATALL A_D	INCUMPLID OR	Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	11 55.0%	9 45.0%	20 100.0 %
	CUMPLIDO R	Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	7 70.0%	3 30.0%	10 100.0 %
Total		Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	18 60.0%	12 40.0%	30 100.0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.625 ^a	1	.429		
Corrección por continuidad ^b	.156	1	.693		
Razón de verosimilitudes	.638	1	.424		
Estadístico exacto de Fisher				.694	.350
Asociación lineal por lineal	.604	1	.437		
N de casos válidos	30				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla de contingencia

			Estado civil			Total
			Casado /a	Soltero /a	Viudo/ a	
TESTBATAL LA_D	INCUMPLI DOR	Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	13 68.4 %	3 15.8 %	3 15.8 %	19 100. 0%
	CUMPLIDO R	Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	9 90.0 %	1 10.0 %	0 .0% %	10 100. 0%
Total		Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	22 75.9 %	4 13.8 %	3 10.3 %	29 100. 0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.140 ^a	2	.343
Razón de verosimilitudes	3.097	2	.213
Asociación lineal por lineal	2.041	1	.153
N de casos válidos	29		

a. 4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.03.

Tabla de contingencia TESTBATALLA_D * edad

			edad			Total
			38-45	46-65	66-75	
TESTBATAL LA_D	INCUMPLI DOR	Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	6 30.0 %	12 60.0 %	2 10.0 %	20 100. 0%
	CUMPLIDO R	Recuento % dentro de TESTBATALLA_D	5 50.0 %	5 50.0 %	0 .0% %	10 100. 0%

Tabla de contingencia TESTBATALLA_D * edad

			edad			Total
			38-45	46-65	66-75	
TESTBATALLA_D	INCUMPLIDA_DOR	Recuento	6	12	2	20
		% dentro de TESTBATALLA_D	30.0%	60.0%	10.0%	100.0%
Total		Recuento	11	17	2	30
		% dentro de TESTBATALLA_D	36.7%	56.7%	6.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.845 ^a	2	.398
Razón de verosimilitudes	2.436	2	.296
Asociación lineal por lineal	1.689	1	.194
N de casos válidos	30		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .67.

**PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA A PACIENTES HIPERTENSOS
HOJA DE INCLUSION DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA EDUCATIVO**

Nº Nombre Dirección Teléfono Medicamentos Presión

La siguiente encuesta es de carácter confidencial y solo serán aplicadas a personas que estén voluntariamente dispuestas a colaborar en este trabajo de investigación.

a) Test de Batalla.

1. La hipertensión arterial ¿representa una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite dos o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.

Se considera incumplidor: Si falla alguna respuesta y cumplidor: Si responde correctamente las tres preguntas.

b) Método de Moriski – Green.

4. ¿Olvidó alguna vez tomar el medicamento para el problema de salud?
5. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
6. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
7. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Se considera buen cumplimiento cuando se contestan correctamente a las cuatro preguntas, por el contrario una respuesta inadecuada, les incluiría como incumplidor.