

**AUTORES**Rosa Ana Torrecillas Navarro<sup>1</sup>

1. Farmacéutica comunitaria de Almería.

Un resumen del presente trabajo fue presentado como dos comunicaciones póster al III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC), celebrado en Madrid en octubre de 2008.

**RESUMEN****OBJETIVOS**

Los objetivos del trabajo son estudiar el grado de cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo en una farmacia comunitaria rural, así como describir los factores más relacionados con dicho cumplimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal durante un periodo de 8 meses con pacientes de la oficina de farmacia de Alcudia de Monteagud (Almería), población rural de la sierra de Los Filabres, mediante un cuestionario cuantitativo, habiendo adoptado un tamaño de la muestra de 30 pacientes. Así mismo, se realizó un análisis factorial para conocer la interrelación de las variables estudiadas y su grado de explicación del cumplimiento farmacoterapéutico.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Se ha obtenido que la frecuencia de auto-administración de la medicación como le ha sido recetada por el médico para control de HTA y el número de veces al día que toma el paciente el medicamento antihipertensivo, junto con la edad y que el enfermo se encuentre polimedicado o no son los factores más relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico en tratamientos antihipertensivos.

La mayoría de los pacientes toma un solo medicamento para controlar la hipertensión (56,76%) y lo toma una sola vez al día. La mayoría controlan su tensión arterial al menos una vez al trimestre, y el sitio elegido para dicho control es el domicilio familiar (40,00%), seguido de la farmacia (23,33%). El porcentaje de cumplimiento farmacológico varió

Continúa ➔

# CUMPLIMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN UNA FARMACIA RURAL

## EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA EN PACIENTES DE UNA FARMACIA COMUNITARIA RURAL

### INTRODUCCIÓN INTRODUCCIÓN

La patología cardiovascular es la principal causa de muerte en países industrializados. Conforme aumenta la edad de la población, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) se incrementa a pesar de la implementación de medidas preventivas. Datos recientes del estudio de Framingham sugieren que los individuos que son normotensos a los 55 años de edad tienen un 90% de riesgo de desarrollar HTA<sup>1</sup>.

Un adulto se define como hipertenso cuando presenta una elevación persistente de cifras de presión arterial (PA) mayor o igual a 140/90 mmHg de sistólica y/o diastólica respectivamente<sup>2</sup>.

La HTA es una enfermedad crónica que afecta a una gran proporción de la población y que, a pesar de tener un diagnóstico fácil y tratamientos muy efectivos, sigue siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados, al constituir un factor de riesgo de primer orden en la enfermedad isquémica coronaria y en la totalidad de las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, es una enfermedad que permite una amplia y correcta intervención farmacéutica, además de tener una marcada incidencia y prevalencia en nuestra sociedad<sup>3</sup>. El grado de control de la HTA en España se sitúa en el 30% de la población hipertensa conocida, valor que disminuye hasta un 17% si se considera la totalidad de hipertensos existentes<sup>3</sup>.

Una de las principales causas del bajo porcentaje de pacientes hipertensos adecuadamente controlados en España radica, según algunos autores, en el deficiente cumplimiento de los tratamientos indicados, que puede estar en torno a un 50% para los medicamentos y a un 80% para las medidas no farmacológicas; así como en una información insuficiente por los médicos de atención primaria. Es por ello que la mejora del cumplimiento de los tratamientos y/o esta-

blecimiento de medidas educacionales adecuadas podría constituir una forma de aumentar el porcentaje de hipertensos controlados en España<sup>2,4,5</sup>.

Un aspecto importante en los programas de control de la HTA supone la identificación de los pacientes no cumplidores ya que los indudables beneficios que la medicación aporta al tratamiento de los hipertensos se pierden si el enfermo no cumple correctamente las indicaciones que se le hacen<sup>6</sup>. En este sentido, la magnitud del incumplimiento del tratamiento farmacológico dependerá de la validez de los métodos empleados para su estudio. Son varios los métodos propuestos para medir dicho incumplimiento, que se pueden clasificar en directos e indirectos; los más utilizados son estos últimos, entre los que sobresalen el test de Morsky-Green, test de Batalla y el test de Haynes-Sackett de comunicación de autocomplimiento. Así mismo, existen otros métodos basados en modelos psicosociales, como el modelo de proceso de cambio de Prochaska-DiClemente<sup>7</sup>.

### OBJETIVOS OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son: estudiar el grado de cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo en una farmacia comunitaria rural, así como realizar una aproximación a la descripción de los factores con mayor influencia en dicho cumplimiento.

### MATERIAL MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha desarrollado un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo durante un periodo de 8 meses (diciembre de 2006 a julio de 2007) con pacientes de la oficina de farmacia de Alcudia de Monteagud (Almería), población rural de la sierra de Los Filabres.

**RESUMEN**

considerablemente según el método de medida utilizado, desde un máximo de 96,67%, según el test de Prochaska y DiClemente, a un mínimo de 33,33%, según el test de Batalla. Cuanto más sencillo sea el régimen terapéutico empleado más probable será el cumplimiento.

**PALABRAS CLAVE****PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL**

Hipertensión, cumplimiento terapéutico, autoeficacia, farmacia comunitaria, farmacia rural.

**PALABRAS CLAVE EN INGLÉS**

Hypertension, therapeutic compliance, self-efficacy, community pharmacy, rural pharmacy.

La población objeto de estudio han sido todos los pacientes que acuden a la oficina de farmacia mayores de 18 años sin discapacidad física o mental que dificulte la cumplimentación del cuestionario, y que retiren al menos un fármaco antihipertensivo. Son excluidos del estudio aquellos pacientes no autosuficientes a la hora de tomarse la medicación. El tamaño de la muestra ha sido de 30 pacientes, seleccionados al azar y que constituyen el 20% de los que retiran medicación antihipertensiva de la farmacia.

Para la fase de encuesta, se utilizó un cuestionario cuantitativo que ha sido contrastado<sup>7</sup>, que recaba información para evaluar la toma de medicación, administrado en una única sesión a cada paciente hipertenso incluido en el estudio. En él se incluyen los siguientes tipos de variables:

**1) Variables sociodemográficas** (sexo, edad y nivel de estudios).

**2) Variables terapéuticas** (número de fármacos antihipertensivos, medicamentos totales que consume, otras enfermedades diagnosticadas además de la hipertensión, duración del tratamiento, y frecuencia de control de tensión arterial).

**3) Variables de conducta de cumplimiento terapéutico.** Se determinan mediante los siguientes métodos:

**a)** Mediante preguntas directas como cuántos comprimidos olvidaban tomar de cada diez y cuántos tomaban de cada diez. También se preguntó a los pacientes si tomaban siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca o nunca la medicación.

**b)** A través de cuestionarios validados como el Test de Batalla, de Morisky-Green, y de comunicación de auto-cumplimiento de Haynes y Sackett.

**4) Variables de los determinantes del modelo ASE** (actitud, influencia social, autoeficacia y dificultades).

**5) Variables del estadio de cambio** de Prochaska y DiClemente.

**6) Variables sobre la necesidad o no de ayuda** para realizar la encuesta.

Por su importancia en el desarrollo del estudio, se especifica seguidamente para cada test realizado cuándo se considera al paciente cumplidor o no, de acuerdo al estudio de validez realizado por Gil et al. (1993)<sup>6</sup>:

- **Test de Batalla:** se clasificó como buen cumplidor al paciente que respondió bien a las 3 preguntas:

**a)** ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

**b)** ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?

**c)** Cite dos o más órganos que puedan lesionarse por tenerla elevada.

Un error en cualquiera de las 3 preguntas clasificaba al paciente como mal cumplidor.

- **Test de Morisky-Green:** se valoraron como cumplidores los enfermos que respondieron adecuadamente a las 4 preguntas siguientes:

**a)** ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para la tensión?

**b)** ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?

**c)** Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?

**d)** Si alguna vez le sientan mal, ¿deja usted de tomarlos?

Una respuesta inadecuada les incluía como no cumplidores.

- **Test de Haynes y Sackett:** se realiza la siguiente pregunta:

La mayoría de las personas tienen dificultad en tomar sus comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa, casi con toda seguridad, el paciente estará diciendo la verdad, es decir, es incumplidor.

Mientras que, si es negativa, no podremos concluir nada, pues es posible que el enfermo nos esté engañando, para evitar ser valorado negativamente por el profesional de la salud.

- **Variables del estadio de cambio de Prochaska y DiClemente:** la aplicación de este modelo al cumplimiento terapéutico antihipertensivo establece que el paso de no cumplir a cumplir el tratamiento es un proceso continuo en cinco estadios.

- **Toma de comprimidos autoinformado:** se considera cumplidor al paciente que toma el 80% o más de los comprimidos para la hipertensión.

- **Olvido de comprimidos autoinformado:** se considera cumplidor al paciente que olvida el 20% o menos de los comprimidos para la hipertensión.

Una vez finalizada la fase de encuestado, se procedió a la introducción de los datos de los 30 pacientes muestrados en un archivo de datos del programa informático Statgraphics Plus 4.0, el cual se ha utilizado para realizar el análisis descriptivo de las variables estudiadas que describen la conducta del cumplimiento antihipertensivo de los pacientes. Para la determinación del grado del cumplimiento se calculó la media aritmética de los resultados obtenidos en los cuestionarios correspondientes.

Se realizó un análisis multivariante mediante la técnica de *análisis factorial*, la cual permite reducir las variables de estudio en otras nuevas variables denominadas factores, que agrupan a aquellas variables originales que estaban correlacionadas entre sí, en caso de que presentan una alta carga factorial. Con ello se resume los datos muestrales y se puede explicar mejor la varianza de la muestra, permitiendo entender mejor las variables que más repercuten en el cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento antihipertensivo.

**RESULTADOS**

El análisis descriptivo de los datos de la muestra indica que el número de mujeres con hipertensión (56,67%) es algo más elevado que el de varones (43,33%). La edad media de la muestra es de 70,2 años, lo que conlleva una mayor proporción de pacientes con dificultades de retener las instrucciones dadas por los profesionales o de cumplimiento terapéutico. El 50% de la muestra no tiene estudios primarios y el 90% necesitó ayuda a la hora de llenar el cuestionario.

Un 56,67% de los pacientes encuestados toma un solo medicamento para controlar la hipertensión y lo toma una sola vez al día. Sólo un 33,33% manifestó haber tenido algún efecto secundario atribuible al medicamento antihipertensivo, siendo el más frecuente la tos (10,00%), seguido de diarrea (6,67%) y náuseas (6,67%).

La mayoría de los pacientes controlan su tensión arterial al menos una vez al trimes-

**TABLA 1 | PORCENTAJE DE CUMPLIDORES SEGÚN LOS DISTINTOS MÉTODOS DE COMPROBACIÓN DEL CUMPLIMIENTO**

MÉTODO	PORCENTAJE DE CUMPLIDORES (%)
Test de Morisky-Green	63,33
Test de Batalla	33,33
Test de Haynes-Sackett	83,33
Prochaska y DiClemente	96,67
Toma de comprimidos autoinformada	90,00
Olvido de comprimidos autoinformado	93,33

tre, y el sitio elegido para dicho control es el domicilio familiar (40,00%), seguido de la farmacia (23,33%). Sólo un 13,33% admite no tomarse la tensión y un 3,33% se la controla en un centro de salud y en la farmacia.

De la medicación de los pacientes que componen la muestra se observa el consumo de 10 principios activos únicos (63,33%) y 7 asociaciones de 2 principios activos (36,67%), siendo el más empleado enalapril seguido de candesartan, indapamida y hidroclorotiazida, resultando por tanto los IECA el grupo más utilizado, seguido de los bloqueantes de receptores de angiotensina. El tercer grupo más utilizado es la asociación de hipotensores sintéticos y diuréticos.

La mayoría de los pacientes tienen otras enfermedades asociadas, algo lógico dada la edad media de la población encuestada. Se consideró "paciente polimedicado" a todo aquel que toma 5 ó más medicamentos por cualquier vía de administración en el momento de cumplimentar el cuestionario.

En la muestra solamente un 3,33% tomaba un solo medicamento (el antihipertensivo), por lo que la mayoría era polimedicado, de forma que un 13,33% de los pacientes muestreados consumía 10 medicamentos.

La media de tiempo que lleva el paciente consumiendo el tratamiento antihipertensivo es de 8 años.

Las ventajas más frecuentemente percibidas por los pacientes con respecto al tratamiento antihipertensivo son controlar su tensión arterial, sentirse mejor, más tranquilo y tener una mejor calidad de vida. Las desventajas, por orden de frecuencia, son: sentir que dependen de los médicos, dependencia hacia los medicamentos y el poder tener efectos secundarios desagradables.

La mayor parte de los encuestados dicen tomar siempre o casi siempre la medicación como le ha sido recetada. La media de autoeficacia en un rango posible de 0 a 5 es de 4,7.

El cumplimiento antihipertensivo de los pacientes que componen la muestra determinado mediante distintos métodos de me-

dida, arrojó los resultados que se reflejan en la tabla 1.

El análisis factorial practicado a las 20 variables de los datos muestrales que aparecen en la tabla 2 proporciona un modelo multivariante que reduce la información aportada por dichas variables a 7 factores significativos obtenidos mediante el método de contraste de caída, es decir, factores con valores propios superiores o iguales a 1. En la tabla 3 se muestra el porcentaje de la varianza explicado por cada factor, y en la tabla 4 se muestran las cargas factoriales de cada factor significativo extraído sobre las variables de estudio, habiéndose marcado en negrita las cargas factoriales significativas de cada factor.

Como se puede apreciar los 7 factores determinados en el modelo explican un 81,13% de la varianza, valor muy alto, y por ello adecuado. Los 3 primeros factores explican casi el 50% de la varianza, por lo que ellos son los factores más significativos.

## DISCUSIÓN

El estudio realizado se circunscribe a los pacientes que acuden a una oficina de farmacia comunitaria rural de menos de 500 habitantes, por lo que la media de edad de la muestra es alta, y además la mayoría de los encuestados no tiene ni estudios primarios, y el 90% necesitó ayuda a la hora de llenar el cuestionario, lo que podría explicar algunas incoherencias en las respuestas.

Así mismo, al tratarse de una encuesta voluntaria las personas se encuentran muy motivadas y pueden ser más cumplidoras que otras que no hayan participado en la misma, lo cual puede explicar el alto porcentaje de cumplimiento obtenido.

El resultado del análisis descriptivo de los datos de la muestra indica que el número

**TABLA 2 | VARIABLES QUE INTERVIENEN EN EL ANÁLISIS FACTORIAL**

VARIABLE	NOTACIÓN VARIABLE
Cumplidor mediante Test de Batalla	A
Capacidad del paciente para tomar la medicación	B
Tipo de control de HTA	C
Edad del paciente	D
Efectos secundarios de la medicación	E
Nivel de estudios del paciente	F
Frecuencia de autoadministración de la medicación como le ha sido recetada por el médico para control de HTA	G
Cumplidor mediante Test de Morisky-Green	H
Número de años que lleva medicándose para control de HTA	I
Número de comprimidos que olvida tomar para control de HTA	J
Número de comprimidos que toma para control de HTA	K
Número de fármacos que toma para todas las enfermedades	L
Número de medicamentos que toma para control de HTA	M
Recuerda el nombre del medicamento/s que toma para control de HTA	N
Opinión del paciente sobre la medicación prescrita para control HTA	O
Número de enfermedades padece aparte de HTA	P
Conoce el principio activo del medicamento/s toma para control de HTA	Q
Cumplidor mediante Prochaska y DiClemente	R
Sexo del paciente	S
Número de veces al día toma medicación para control de HTA	T

TABLA 3 VARIANZA EXPLICADA POR CADA FACTOR

Factor número	Valor propio	Porcentaje de varianza (%)	Porcentaje de varianza acumulada (%)
1	3,99002	19,950	19,950
2	3,15027	15,751	35,701
3	2,56674	12,834	48,535
4	2,20594	11,030	59,565
5	1,68045	8,402	67,967
6	1,49931	7,497	75,464
7	1,13284	5,664	81,128
8	0,889153	4,446	85,574
9	0,777566	3,888	89,461
10	0,614974	3,075	92,536
11	0,421904	2,110	94,646
12	0,341793	1,709	96,355
13	0,278392	1,392	97,747
14	0,192162	0,961	98,708
15	0,127436	0,637	99,345
16	0,0680686	0,340	99,685
17	0,0418814	0,209	99,894
18	0,0158694	0,079	99,974
19	0,00433383	0,022	99,995
20	0,000909667	0,005	100,000

de mujeres con hipertensión (56,67%) es algo más elevado que el de los varones (43,33%), siendo la edad media de 70,2 años, coincidiendo estos resultados con los trabajos de otros autores<sup>7,9</sup>. Un 56,67% de los pacientes muestreados toma un solo medicamento para controlar la hipertensión y lo toma una sola vez al día. Lo que puede explicar el alto porcentaje de cumplimiento de la muestra, ya que la calidad y cantidad de la medicación administrada tiene un claro impacto sobre el cumplimiento de acuerdo con diversos autores<sup>7,10</sup>. La utilización de medicamentos antihipertensivos, siendo los IECA el grupo más frecuente, coincide con otros trabajos<sup>7,9</sup>. Sólo un 33,33% de los encuestados manifestó haber tenido algún efecto secundario atribuible al medicamento antihipertensivo, siendo el más frecuente la tos (10,00%), seguido de diarrea (6,67%) y

náuseas (6,67%), aproximándose bastante a los resultados aportados por otros autores<sup>7</sup>. La mayoría de los pacientes controla su tensión arterial al menos una vez al trimestre, y el sitio elegido para dicho control es el domicilio familiar (40,00 %), seguido de la farmacia (23,33), lo que indica que cada vez son más los pacientes que acuden a la farmacia para controlarse la tensión arterial, aunque con porcentajes inferiores a los que lo realizan en su casa, lo cual va en detrimento de un mejor grado de conocimiento de la situación y la detección precoz<sup>11,12</sup>. La media de tiempo que lleva el paciente consumiendo el tratamiento antihipertensivo es de 8 años, un valor próximo al de otros estudios<sup>7</sup>, por lo que para evitar el incumplimiento, se debe instruir a los pacientes de los posibles problemas que conlleva la enfermedad, así como de que la medicación antihipertensiva no consigue la curación, sino que corrige la alteración mientras es administrada, por lo que hay que utilizarla de forma continuada en el tiempo<sup>13</sup>. Un mal conocimiento de la enfermedad por parte del enfermo aumenta el incumplimiento. El conocimiento de la enfermedad es la base de todos los programas de educación sanitaria que se orientan a aumentar esta información. Por ello, se hace necesario

TABLA 4 FACTORES SIGNIFICATIVOS Y SUS CARGAS FACTORIALES SOBRE LAS VARIABLES

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
A	0,02749	0,620025	-0,56296	-0,20476	0,0601411	0,145293	0,123775
B	-0,057417	0,16965	-0,284223	-0,132592	<b>-0,726717</b>	-0,455956	-0,161248
C	0,0531337	0,181854	0,0306969	-0,191951	-0,0872277	0,0575801	<b>-0,872329</b>
D	0,112277	<b>-0,810057</b>	0,187597	-0,0064329	0,202174	0,0352311	0,161712
E	0,13626	0,153424	-0,260794	0,0764487	-0,171542	<b>-0,772823</b>	0,28704
F	0,511703	0,484001	0,0662014	-0,153157	-0,40667	0,0667755	0,312039
G	<b>0,896885</b>	-0,166649	0,130456	0,147427	-0,128081	-0,0007604	0,196989
H	-0,120355	0,01418	-0,14409	-0,0182518	<b>0,859347</b>	-0,0655739	0,0337572
I	-0,128178	0,117139	0,0973815	0,668551	0,144726	0,503911	0,349462
J	0,642209	-0,203491	-0,0111086	0,529639	-0,0566819	0,306567	-0,185441
K	-0,144656	<b>0,785639</b>	0,244589	0,0360966	0,10439	0,0822982	-0,181071
L	0,113659	-0,116638	<b>0,867384</b>	-0,0061946	0,124496	0,0292	0,0374853
M	0,313312	-0,0090403	0,111722	<b>0,895126</b>	-0,0651549	0,0265761	0,101192
N	0,0852084	0,566159	-0,12228	0,55047	-0,218558	0,0230374	0,103783
O	0,194492	-0,137071	-0,684588	-0,222481	0,274793	0,0066132	0,10583
P	0,343605	0,00679208	0,605169	-0,0561953	0,336853	0,117711	0,386661
Q	0,0867907	0,215773	-0,194712	0,277875	-0,121399	<b>0,778817</b>	0,127537
R	-0,0183514	0,541946	0,17902	0,29482	0,419272	-0,288803	0,0255704
S	0,590317	0,129055	0,640669	-0,214319	-0,0391127	0,117209	-0,0977628
T	<b>0,894245</b>	-0,0255201	-0,0308318	0,16325	0,0785798	-0,198082	-0,151346

el seguimiento farmacoterapéutico desde la oficina de farmacia para favorecer una mayor adherencia al tratamiento.

La mayor parte de los encuestados dice tomar siempre o casi siempre la medicación como le ha sido recetada, y la media de autoeficacia, de 4,7, es un valor muy alto, y de acuerdo a otros autores<sup>14</sup> es el elemento del modelo con más poder predictivo, lo que explica el alto cumplimiento obtenido.

De las estimaciones realizadas de la HTA mediante cuestionarios validados se observa que el porcentaje de cumplimiento farmacológico varió considerablemente según el método de medida utilizado, desde un valor máximo de 96,67% según test de Prochaska y DiClemente, a un valor mínimo de 33,33% según el test de Batalla, lo cual se encuentra en consonancia con la bibliografía<sup>6,7</sup>. La variabilidad de los resultados obtenidos dependiendo del método utilizado, demuestra que la medición del cumplimiento terapéutico, en hipertensión, es complejo.

En cuanto a los resultados del análisis factorial, para el tamaño muestral adoptado, las cargas factoriales sobre los factores de cada variable son significativas si son superiores a 0,75 según Hair et al. (1999)<sup>8</sup>. En virtud de ello, cada factor representa un eje subyacente de los datos muestrales, y su interpretación explica dichos datos. La descripción de cada factor es la siguiente:

✓ **Factor 1:** presenta cargas significativas con las variables *frecuencia de autoadministración de la medicación como le ha sido recetada por el médico para control de HTA* y *veces al día* que toma la medicación, por ello este factor representa un eje que considera la frecuencia de la medicación, y es el que explica mayor cantidad de la varianza.

✓ **Factor 2:** presenta cargas significativas con las variables *edad* y *número* de comprimidos que toma para la hipertensión, por ello este factor representa un eje que considera la edad del paciente fundamentalmente.

✓ **Factor 3:** presenta cargas significativas con la variable *número de fármacos totales* que toma el paciente, tanto para la hipertensión como para otro tipo de enfermedades. Por ello representa un eje de cantidad de fármacos totales que consume el paciente.

✓ **Factor 4:** presenta carga factorial significativa con la variable *número de medicamentos que toma para la hipertensión*. Por ello, representa un eje de cantidad de fármacos que toma para la hipertensión.

✓ **Factor 5:** presenta cargas significativas con las variables *cumplimiento farmacoterapéutico antihipertensivo* mediante el test de Morisky-Green, y con la *capacidad que*

*dice tener el paciente con la toma de los fármacos*. Por lo que este eje se puede describir como de grado de cumplimiento farmacoterapéutico antihipertensivo mediante el test de Morisky-Green.

✓ **Factor 6:** presenta cargas significativas con las variables *principio activo* que toma el paciente y la variable de si *presenta efectos secundarios* el paciente por la toma de los mismos. Por lo que se puede describir como un eje que representa el tipo de principio activo que toma el paciente y sus efectos secundarios.

✓ **Factor 7:** presenta carga significativa con la variable *control de HTA*, que representa el *lugar y frecuencia donde se toma la tensión arterial* el paciente para controlar la misma. Por lo que se puede describir como un eje que representa el tipo de control de HTA. De la interpretación de estos 7 factores se puede concluir, que el modelo que representan estos 7 factores significativos determinados mediante la técnica de análisis factorial, pone de manifiesto que, en la explicación del cumplimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamiento antihipertensivo de la muestra, las 3 variables más determinantes por orden de importancia de explicación de la varianza son: *frecuencia de la medicación, edad del paciente, cantidad de fármacos totales que consume*.

## CONCLUSIONES CONCLUSIONES

La edad media de la muestra es superior a 70 años, lo que conlleva una mayor proporción de pacientes con dificultades de retener las instrucciones dadas por los profesionales o de cumplimiento terapéutico. Se hace necesario reforzar la información más que en otro grupo de pacientes para mejorar la incapacidad en este grupo de población (pictogramas y dosificadores).

La cantidad y la calidad de la medicación administrada, presenta un claro impacto sobre la adherencia al tratamiento. Cuanto más sencillo sea el régimen terapéutico empleado más probable será el cumplimiento. La frecuencia de autoadministración de la medicación como le ha sido recetada por el médico para control de HTA y el número de veces al día que toma el medicamento antihipertensivo, junto con la edad y que el enfermo se encuentre polimedicado o no, son los factores más relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico en tratamientos antihipertensivos. FC

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores L, Segura C, Quesada MS, Hall V. Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(3): 154-157.
2. CADIME. Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos: monografía número 13. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
3. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 98. Hipertensión 1998; 15: 298-307.
4. Aranda P, Tamargo J, Aranda FJ, Luque M, Lopez A. Use and adverse reactions to the antihypertensives drugs in Spain. The RAAE Study. Blood Press 1997; 1(suppl1): 11-16.
5. Puigventós F, Llodrá V, Vilanova M, Delgado O, Lázaro M, Cortezá-Rey J, et al. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. Med Clin 1997; 109(18): 702-706.
6. Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. Med Clin (Barc) 1994; 102: 532-536.
7. Méndez N, Del Valle MO, López ML, López I. Descripción del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y de sus determinantes psicosociales. Pharm Care Esp 2006; 8(5): 218-227.
8. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análisis multivariante, 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Prentice Hall Iberia; 1999.
9. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002. Hipertensión 2002; 19(Supl 3): S1-41.
10. Roco A. Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. Med Clin (Barc) 2001; 116(Supl 2): S56-62.
11. Carrión L, Carballo JA, División JA, Massó J, Artiago LM, Sanchos C, et al. La oficina de farmacia puede mejorar el grado de conocimiento de la hipertensión arterial. Hipertensión 2002; 19(7): 299-304.
12. Álvarez de Toledo F, Aldasoro MP, Rozas E, Fernández S. La toma de tensión arterial en la farmacia comunitaria: un servicio orientado a la Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp 2004; 6: 66-70.
13. Ferrario CM, Moore MA. Perserver in the treatment: a crucial factor in the adequate control of hypertension. Med Clin (Barc) 2001; 116(Supl 2): S4-8.
14. De Vries H, Dijkstra M, Kuhlman. Self-efficacy: third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. Health Educ Res 1988; 3: 273-82.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes que participaron en el presente estudio, por su extraordinaria y valiosa colaboración en la cumplimentación de los cuestionarios.