

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: A lo largo de los años se han ido estudiando las posibles causas acerca del incumplimiento o no-adherencia terapéutica de los pacientes. Actualmente, el porcentaje de incumplidores en España es muy variable, oscilando entre el 30-50% según los estudios de investigación que existen hasta el momento.

OBJETIVO: Observar el grado de conocimiento que tienen los pacientes hipertensos acerca de su enfermedad y valorar si cumplen o no con el tratamiento establecido tras el actual cambio a prescripción electrónica y a los medicamentos genéricos.

METODOLOGÍA: Se valoró una muestra de 100 pacientes a tratamiento farmacológico de hipertensión arterial, que de forma programada acudieron a su cita en la Unidad de Hipertensión del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). Para ello respondieron a un cuestionario elaborado a partir de intervenciones indirectas para el estudio del objetivo planteado, contando con todas las aprobaciones ético-legales.

RESULTADOS: Se ha escogido un total de 100 pacientes, con una media de edad de 59,02 años. El 83% son conocedores de su enfermedad. El 37% de los pacientes son verdaderos cumplidores. Sólo a un 2% de los pacientes no les crea confusión el actual cambio a prescripción electrónica de medicamentos genéricos.

CONCLUSIÓN: El porcentaje de incumplidores aumenta gradualmente tras la implantación del nuevo sistema de prescripción de medicamentos genéricos.

SUMMARY

INTRODUCTION: Throughout the years the possible causes of patients' noncompliance with or therapeutic non-adherence to treatments have been studied. Nowadays, the percentage of patients who do not comply with proposed treatments in Spain is notably variable, ranging from 30-50% according to existing research studies so far.

OBJECTIVE: Observing to what extent patients who suffer from high blood pressure are aware of their illness as well as assessing whether they follow the treatment established after the recent change to the electronic prescription of generic medicines.

METHODOLOGY: Sampling 100 patients under treatment for High Blood Pressure who attended scheduled appointments at the University Hospital Complex of Ferrol (CHUF). For that purpose, these patients answered a questionnaire, which was compiled from indirect interventions, for the study of the proposed objective with complete ethical and legal approval.

RESULTS: A total of 100 patients, with a mean age of 59,02 years old has been chosen. 83% Are aware of their disease. 37% Of patients follow treatment. Only 2% of patients had no confusion with electronic prescriptions and generic medicines.

CONCLUSION: The percentage of patients who do not follow treatment gradually increases after the implementation of the new system of the prescription of generic medicines.

RESUMO

INTRODUCCIÓN: Ó longo dos anos estudiáronse as posibles causas acerca do cumprimento ou non-adherencia terapéutica dos pacientes. Na actualidade, a porcentaxe de incumplidores en España é moi variable, oscilando entre o 30-50% segundo os estudos de investigación que existen ata o momento.

OBXETIVO: Observar o grao de coñecemento que teñen os pacientes hipertensos acerca da súa enfermidade e valorar se cumplan ou non co el tratamento establecido tralo actual cambio a prescripción electrónica dos medicamentos xenéricos.

METODOLOXÍA: Valorouse unha mostra de 100 pacientes a tratamento para a Hipertensión Arterial que de forma programada acudiron á súa cita na Unidade de Hipertensión do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). Para iso responderon a un cuestionario elaborado a partir de intervencións indirectas para o estudo do obxectivo planteado, contando con todas as aprobacións ético-legais.

RESULTADOS: resultado descritivo. % incumplidores. % confusión.

CONCLUSIÓN: A porcentaxe de incumplidores aumenta gradualmente trala implantación do novo sistema de prescripción de medicamentos xenéricos.

INTRODUCCIÓN

Prevalencia de la hipertensión arterial:

La hipertensión arterial en España es un tema de gran interés por parte de los investigadores, demostrándolo así en los numerosos estudios existentes y que están publicados en las bases de datos hasta el momento.

La prevalencia de incumplimiento según los diversos estudios es muy variable, y en España oscila entre el 7,1 y el 66,2%, siendo poco conocida la causa por parte de los pacientes y preferencias sobre posibles estrategias para mejorar la adherencia terapéutica⁽¹⁾.

Se han ido constatando importantes avances diagnósticos y terapéuticos en el grado de conocimiento de la hipertensión arterial y en el logro de un mejor control de la misma, evitando así el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares (ECV)⁽²⁾, demostrándose incluso beneficios de tratar la presión arterial en pacientes normotensos que presenten varios factores de riesgo.

Aún así, existen importantes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas en cuanto al grado de control de la hipertensión arterial, al igual que existe diversidad entre los diferentes países del mundo.

Control de la hipertensión arterial. Cumplimiento terapéutico

Dentro de las subpoblaciones especiales de riesgo cardiovascular elevado, como los diabéticos, pacientes renales o pacientes con enfermedad cardiovascular, el grado de control alcanzado para los objetivos definidos es inferior que en el conjunto de la población con riesgo medio menor.

La evolución del control de la hipertensión arterial en porcentajes, utilizando datos de dos estudios de los años 1990 y 2000 y ciñéndonos al subgrupo de edad que comparten (60-65 años), el control de la hipertensión arterial en hipertensos tratados con fármacos antihipertensivos supondría el triple de mejora respecto a 1990⁽²⁾. También se ha registrado un progreso en el control de la hipertensión arterial en las unidades especializadas en hipertensión.

Es decir, por un lado está el lado positivo del control de la hipertensión arterial con el progreso logrado en los últimos años, y por otra, la realidad del proceso de mejora que se vive en la actualidad para alcanzar el control de la hipertensión arterial.

De forma global, sólo el 8,6% de los hipertensos existentes están bien controlados, teniendo en cuenta los resultados sobre el grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes. En cuanto a los pacientes que están tratados, el 21,8% tiene cifras de buen control, cifra inferior al control referido en la bibliografía sobre población hipertensa tratada, que oscila entre el 25-30% ⁽³⁾

Los estudios o evaluaciones acerca del cumplimiento terapéutico están adquiriendo una gran trascendencia ⁽⁴⁾, ya que son muchos los factores individuales como las características del paciente respecto a su personalidad, su actitud ante la enfermedad, su motivación para recuperar la salud, la percepción de gravedad del proceso patológico, entre otros; las características del régimen terapéutico (el número de medicamentos G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

que toman, las tomas que deben realizar al día, los efectos secundarios que se pueden desencadenar, el coste de la medicación, problemas en el manejo de los envases, etcétera), el fácil acceso a los servicios sanitarios, la ayuda por parte de los familiares en edades extremas y la buena comunicación entre el personal sanitario y el paciente que afectan de forma directa al estado de salud de cada persona.

La intervención educativa, por ejemplo, parece no mostrar un impacto significativo en la adherencia a la medicación de la HTA ^(5,6,7). Se cree que lo mejor técnica sería la combinación de varias estrategias ⁽¹⁾, siendo la mejor de ellas y de forma imprescindible la simplificación del tratamiento que los pacientes deben tomar.

Está considerado en el contexto de enfermedades crónicas, por la Organización Mundial de la Salud que, la falta de adherencia es un tema prioritario de salud pública por las consecuencias negativas que conlleva (fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios) ⁽⁸⁾.

Para valorar el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico se utilizan métodos indirectos⁽⁹⁾ tales como: comunicación del autocumplimiento, nivel de conocimientos acerca de la enfermedad, test Batalla, test Morinsky-Green, entre otros muchos existentes ⁽⁶⁾. Siendo los dos primeros los que presentaron mayores datos de validez y podrían utilizarse de forma combinada.

El Grupo de Cumplimiento de la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial se creó para estudiar el cumplimiento, promocionar su detección y fomentar el uso de estrategias de intervención, con el fin de mejorar el tratamiento farmacológico y favorecer así el grado de control de la hipertensión arterial.⁽⁵⁾

En un reciente estudio se presentan los resultados de una encuesta realizada a médicos de familia de un área de salud sobre su actitud ante G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

el cumplimiento en la hipertensión arterial⁽⁵⁾ en los que se evidencia la problemática en España de los médicos ante el incumplimiento.

El 75% de los encuestados dice no haber recibido ninguna información reglada académica sobre el cumplimiento, y sólo el 15,2% afirma haber recibido alguna formación desde los organismos oficiales. El 84,3% considera el incumplimiento como una de las causas principales de la falta de control de la hipertensión arterial y el 75% estaría dispuesto a modificar su actitud ante aquél. En el 60,7% de los casos la causa principal que dificulta su actuación frente al incumplimiento es la presión asistencial.^(5, 8)

Otros estudios avalan la existencia de causas intencionales y no intencionales en lo que respecta a cumplimiento terapéutico y farmacológico en la hipertensión arterial.

De entre las causas intencionales se incluirían aspectos tales como la propia percepción de los pacientes de tener la presión arterial bien controlada y sentirse bien, el deseo de evitar cualquier posible efecto secundario, incluso para comprobar cómo se sentirían al dejar de tomar la medicación sin consultar con su médico; otros son partidarios de la medicina tradicional creyendo que es mejor alternativa que el tratamiento pautado.

Por otra parte, los casos no intencionales de incumplimiento terapéutico incluirían el olvido de la toma de medicamentos a la hora adecuada y durante varios días o el hecho de estar muy ocupado el paciente para pararse a tomar la medicación correspondiente; otros, en cambio, lo atribuyen al elevado coste del tratamiento.⁽⁷⁾

En relación con los casos no intencionales, numerosos estudios demuestran la baja o escasa efectividad de realizar intervenciones sobre estimulación a la hora de recordar cuándo y cómo se debe tomar cada paciente su medicación.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Prescripción electrónica de medicamentos genéricos

La prescripción de medicamentos genéricos está siendo un evento de primera magnitud en la evolución del mercado farmacéutico, sobre todo en las facturas que las administraciones públicas tienen que pagar para atender las necesidades de la población en materia farmacoterapéutica ⁽¹⁰⁾.

Este punto es algo que siempre se ha visto rodeado de controversias por las opiniones y actitudes de las industrias involucradas y otros agentes de la cadena farmacoterapéutica entre los que cobra una gran relevancia la posición de los profesionales médicos.

Temas como la calidad de los medicamentos, así como su seguridad, eficacia y bioequivalencia han sido puestos en duda con argumentos variados como base del desconocimiento.

La introducción en España de los medicamentos genéricos fue posterior que en otros países, a finales de los 90. En 1996, todavía no existía un marco legal que permitiese el registro y comercialización de las antiguamente denominadas especialidades farmacéuticas genéricas. Desde entonces se han ido promoviendo modificaciones legales ⁽¹⁰⁾.

Hay que destacar el aumento constante en el consumo de estos medicamentos pasando del 8,85% en el año 2003 al 23,82% en el año 2009; consumo por debajo de la media europea.

Actualmente, en España, hay 276 principios activos comercializados. como EFG, de los cuales 25 son asociaciones. El mercado de estos medicamentos sigue creciendo como consecuencia de las políticas promovidas por el Ministerio de Sanidad y Política Social y las medidas de gestión impulsadas desde la mayoría de las Comunidades Autónomas.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

La prescripción en formato electrónico de estos medicamentos que se realiza desde el año 2003 cuando el Congreso de los Diputados aprobó la introducción de la receta electrónica a través de la Ley de Acompañamiento, asegura la reducción en la frecuencia a la hora de acudir a las consultas de atención primaria, ayudando a la desburocratización y los errores de medicación de un porcentaje superior al 60% al asegurar que es legible, completa y con un formato estándar⁽⁸⁾.

Según los estudios realizados hasta la fecha, este sistema ayudará a disminuir problemas implícitos, actualmente existentes y negativos como: los errores de dosificación, errores de dispensación, la alta burocracia para el pago en las farmacias, entre otros. Para evitarlos se permitirá incluir alertas de contraindicaciones y de interacción de medicamentos y mejorar la codificación y monitorización de los tratamientos, con el fin último de mejorar la calidad asistencial⁽⁸⁾.

En estrecha relación con este sistema y las enfermedades crónicas, sería de interés conocer si dicho sistema es claro y sencillo para los pacientes a la hora de recordar el nombre de la medicación que debe tomar, ante la variación de nombres a los que se ven sometidos los medicamentos que están consumiendo.

METODOLOGÍA

Tipo y ámbito de estudio:

El estudio que se ha realizado es de tipo observacional de prevalencia. Se ha llevado a cabo en la Unidad de Hipertensión Arterial situada en el segundo piso del Centro de Especialidades, integrado en la zona oeste del Complejo hospitalario universitario de Ferrol (CHUF) perteneciente al Servicio Gallego de Salud del Área Sanitaria de Ferrol.

Población y período del estudio:

Se ha escogido como población de este trabajo a los pacientes hipertensos del Área Sanitaria de Ferrol que en el mes de abril de 2013 han acudido a la consulta de Hipertensión Arterial, que acudían con cita ya programada para realizar sus revisiones o consultas y usuarios de tratamiento farmacológico para la enfermedad.

Criterios de inclusión:

-Ser paciente de la Unidad de Hipertensión Arterial en el complejo hospitalario CHUF del Área Sanitaria de Ferrol.

-Tener cita ya programada para acudir a la consulta coincidiendo con el mes del período de estudio.

-Ser mayor de edad.

- Pacientes con diagnóstico de HTA establecido con tratamiento.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

-Otorgar el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

-Ser menor de 18 años.

- Pacientes con HTA, tratados solo con medidas higiénico-dietéticas.

Mediciones:

Para agrupar todos los datos incluidos en este estudio se ha realizado un cuestionario que se muestra como Anexo A, donde una vez redactado se ha recogido la información pertinente el mismo día que el paciente acudía a la Unidad de Hipertensión.

En la elaboración de dicho cuestionario se han utilizado parámetros incluidos en cuestionarios ya validados como son: el Test de Morinsky-Green, el Test de Haynes-Sackett y otras preguntas que podrían ser de interés para este estudio concreto, tales como la edad, sexo, lugar de residencia, profesión, estado civil y laboral, y si cuentan con el apoyo, conocimiento y ayuda por parte de los familiares con la enfermedad.

Además, se pidió que cada paciente respondiese a preguntas relacionadas con los conocimientos que posee acerca de la enfermedad: conocimientos respecto a los factores de riesgo y a las posibles repercusiones o efectos secundarios que se podrían desencadenar en caso de producirse el estudiado incumplimiento terapéutico.

Seguidamente, se les preguntó acerca del seguimiento que ellos mismos tienen con la enfermedad, para saber hasta qué punto es eficaz aquello

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

que se les explica en las consultas y las recomendaciones que reciben en cuanto a estilo de vida y tratamiento farmacológico.

Para analizar todos los datos obtenidos y para la posterior transcripción de los mismos se ha utilizado el programa informático Excel, que se adapta a las necesidades estadísticas de este estudio.

Tamaño muestral escogido:

El tamaño muestral a incluir se ha estimado en 100 pacientes por ser un tamaño asequible y suficiente para el tiempo disponible existente para la realización del trabajo y las características del mismo.

El muestreo es realizado al azar, de forma aleatoria, así que no interfiere de manera ni positiva ni negativa para poder llevar el trabajo a cabo en el tiempo previsto; se escogen los casos que en ese período acuden a la Consulta de Hipertensión y que estén a tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial en ese momento.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Una vez llevadas a cabo las encuestas se realizó un estudio descriptivo de las variables con las que se contaba en el estudio: variables cualitativas y variables cuantitativas.

Las variables cuantitativas se expresan como media, mediana y moda.

En cambio, las variables cualitativas se expresan en valor absoluto (n) y en porcentaje (%).

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Aspectos ético-legales:

Para conseguir completar todos los cuestionarios fue preciso solicitar la participación voluntaria a todos los pacientes incluidos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de cada cuestionario y de los datos que en cada uno de ellos se recogía.

Además se ha solicitado la aprobación del Comité de Investigación Ético de Galicia emitiéndose un dictamen favorable de dicha evaluación. Una vez aprobado el trabajo en esta etapa, lo han corroborado definitivamente la Dirección de Procesos de Soporte de la Gerencia de la Gestión Integrada de Ferrol cumpliendo así todas las medidas ético-legales oportunas:

-La pertenencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, y la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano.

-Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.

-Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del CEIC de Galicia.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

RESULTADOS

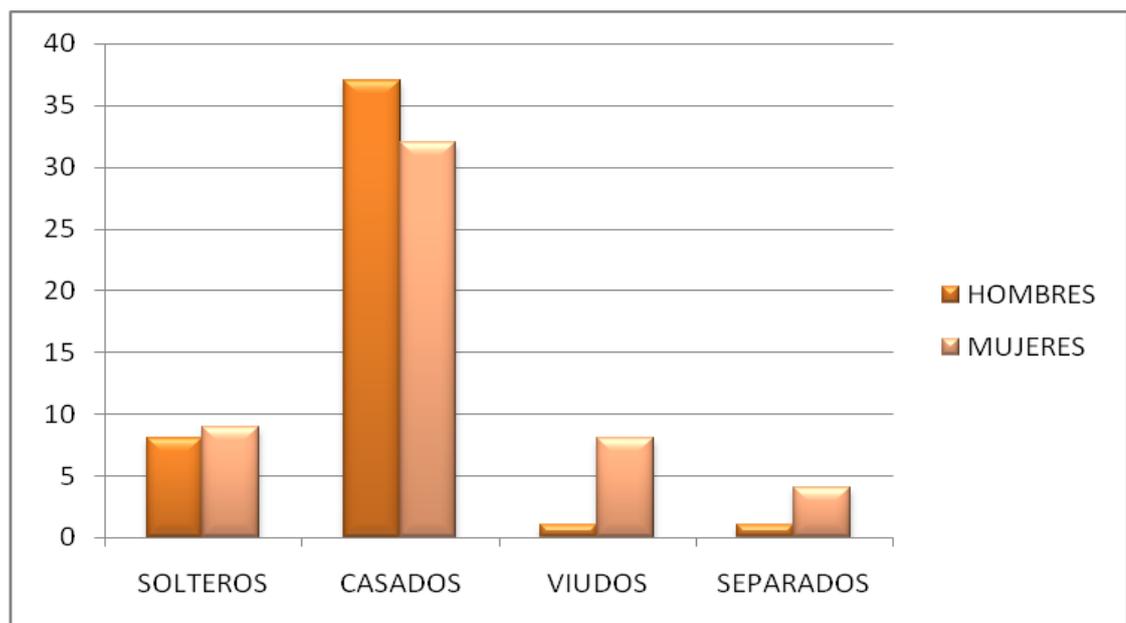
El tamaño muestral escogido para este estudio ha sido de 100 personas, siendo esta cifra, de manera aproximada, la más asequible para la realización de éste en el plazo disponible habilitado.

Se han utilizado variables cuantitativas expresadas como media aritmética, mediana y moda. Las variables cualitativas se expresan en valores absolutos y porcentajes.

Variables descriptivas:

La media de edad de los hombres y mujeres que han participado de manera voluntaria en el estudio ha sido de 57,95 años para las mujeres y del 60,08 años para los hombres. Siendo la media total del tamaño muestral de 59,02 años.

La mediana entre hombres y mujeres es de 61,5 y la moda es de 53 para las mujeres y de 57 para los hombres.



G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Figura 1-2: Distribución de la muestra según estado civil.

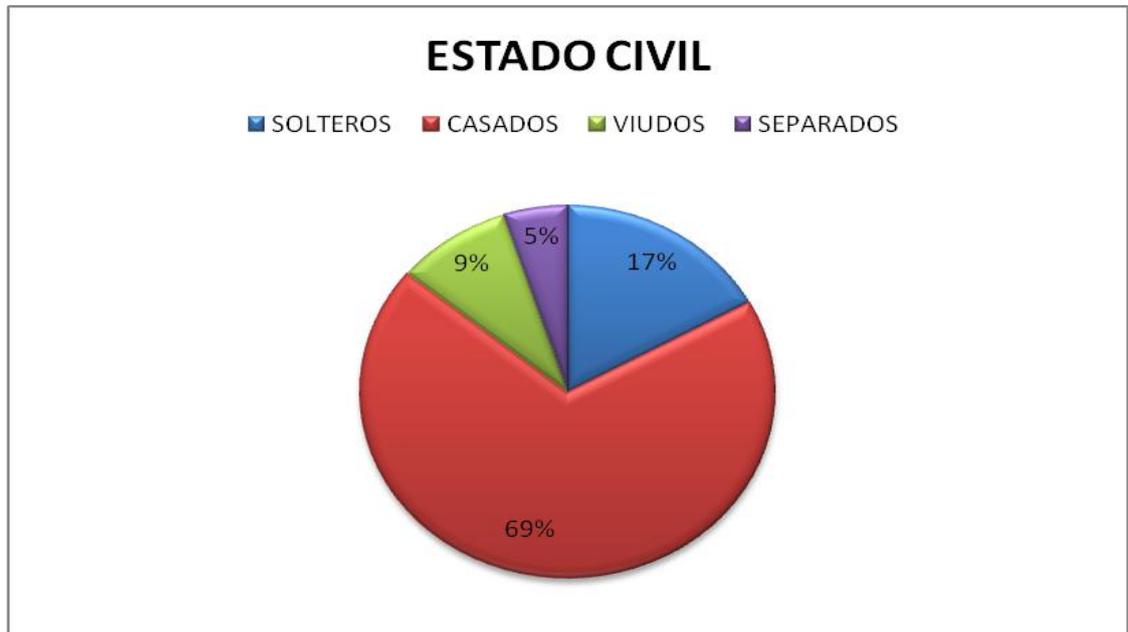


Figura 2

La mayor parte de los pacientes encuestados están casados (69%), el 17% están solteros, el 9% son viudos y el 5% están separados.

Respecto al lugar de residencia de cada persona, el 69% vive en medio urbano y el 31% restante vive en ambiente rural. **Figura 3.**

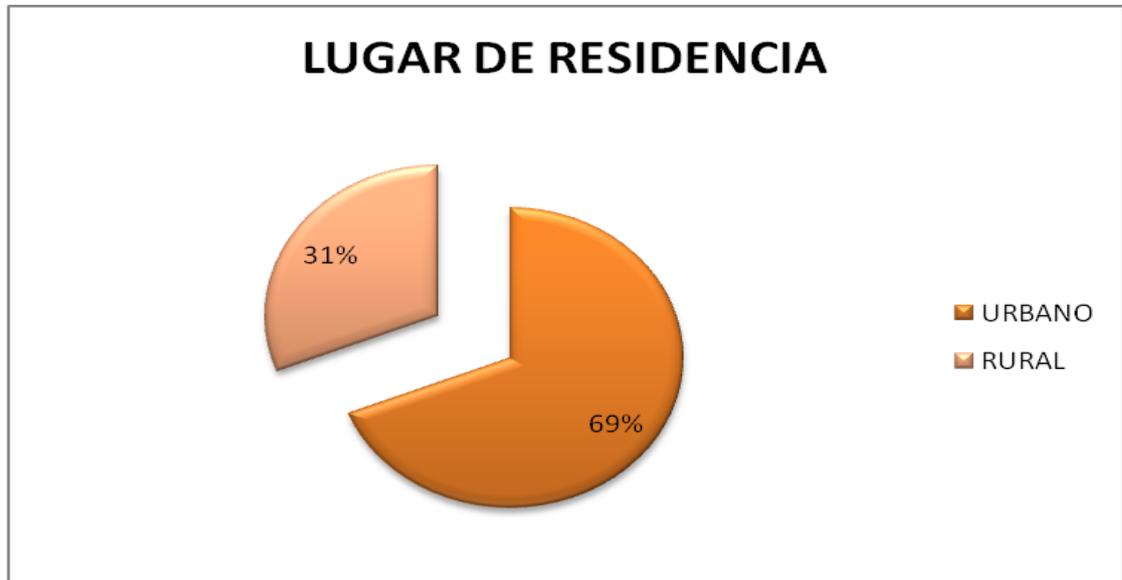


Figura 3: Distribución de la muestra según el lugar de residencia

La situación laboral de los encuestados refleja ser la siguiente: el 51% están jubilados, el 33% de los pacientes están trabajando actualmente y, el 16% restante están parados. **Figura 4.**



Figura 4: Distribución de la muestra según la situación laboral actual.

Valores cualitativos:

Centrándonos en su conocimiento acerca del concepto de su enfermedad por parte de sus allegados, el 83% de los encuestados afirma que conocen el tema de la hipertensión arterial, frente al 17% que desconoce aspectos relacionados con la misma. **Figura 5.**



Figura 5: Distribución de la muestra según el conocimiento que tienen o no del concepto de Hipertensión Arterial los familiares allegados.

Sabiendo el nivel de conocimiento del concepto de la hipertensión arterial de los pacientes, según los encuestados, el 54% afirma que reciben ayuda de sus familiares allegados, frente al 46% que aseguran no recibir ningún tipo de ayuda para cumplir con el regimen terapéutico. **Figura 6.**

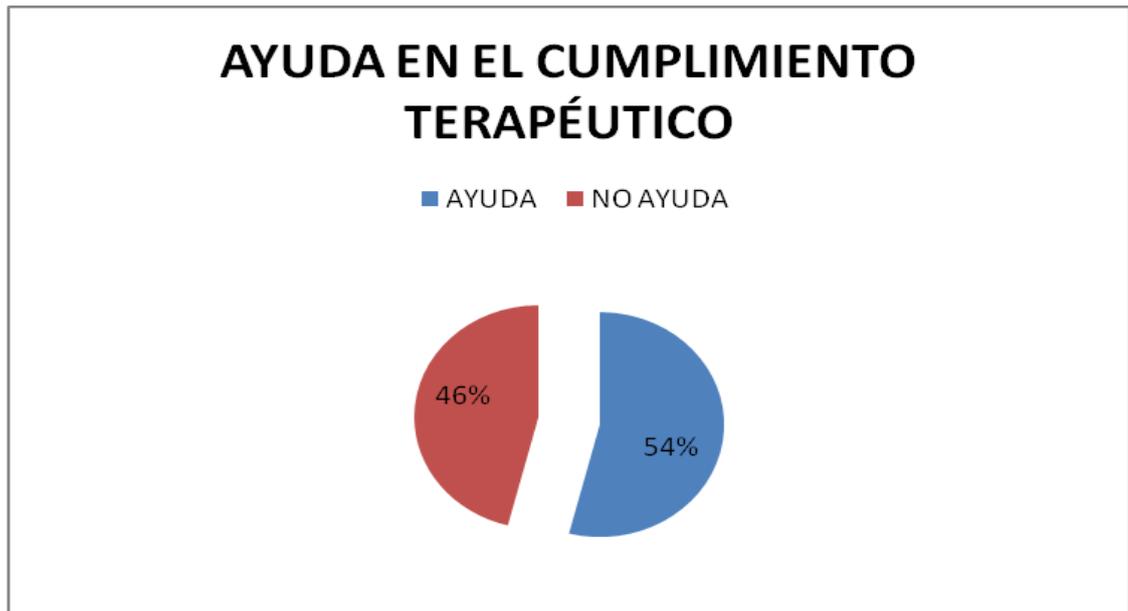


Figura 6: Distribución de la muestra que asegura recibir ayuda por parte de sus allegados para cumplir con el regimen terapéutico.

Tanto los pacientes que reciben ayuda a la hora del cumplimiento terapéutico como los que no reciben ningún tipo de ayuda por parte de sus allegados, el 96% de los encuestados asegura cumplir de manera individual con el regimen establecido reciba o no ayuda por parte de sus familiares. El 4% restante confirma que no son capaces de cumplir de forma autónoma con el regimen terapéutico, siendo precisa la ayuda de sus allegados siempre. **Figura 7.**

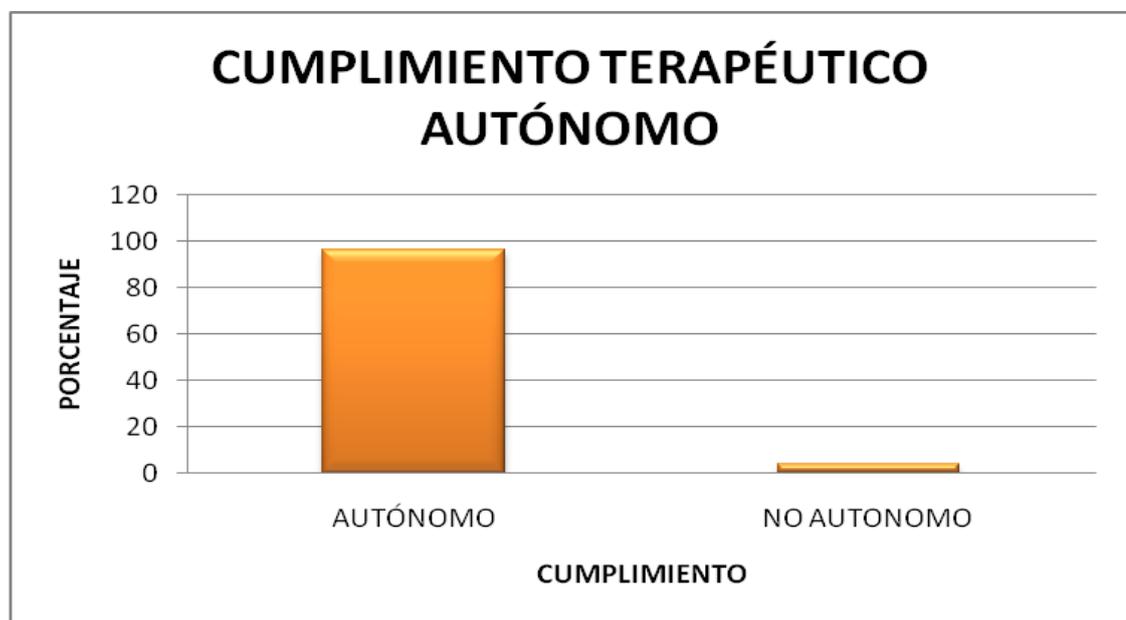


Figura 7: Distribución de los encuestados según cumplimiento terapéutico de forma autónoma.

El 99% de los encuestados sabe que son cada uno de ellos los principales responsables de su enfermedad. El 1% restante no considera que sea el principal responsable. **Figura 8.**

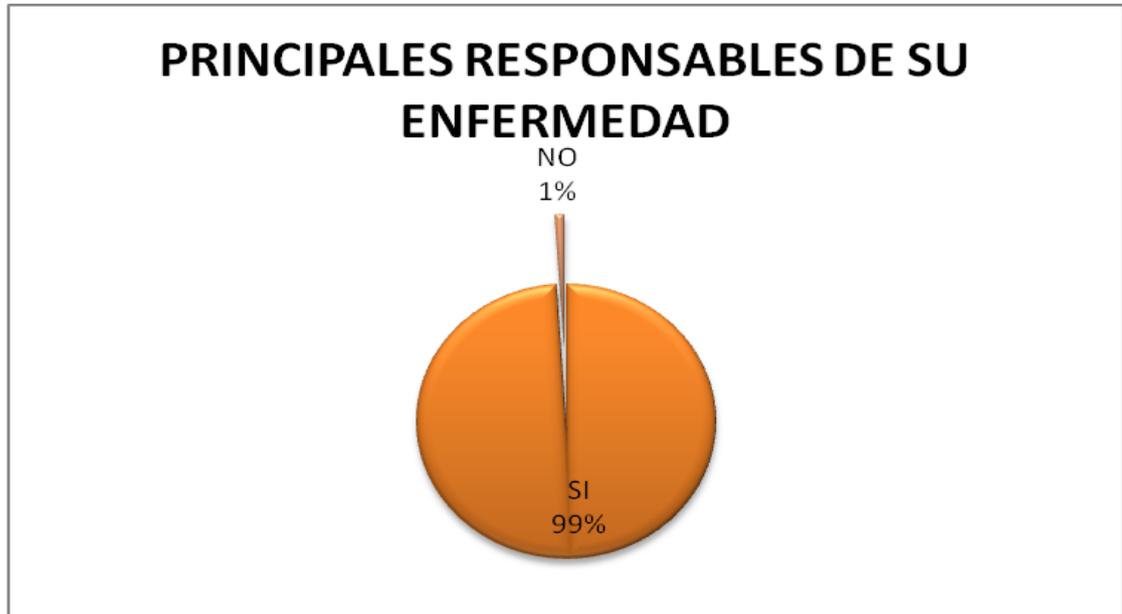


Figura 8: Distribución de los encuestados según creen ser los principales responsables de su enfermedad.

Según la opinión que tienen acerca de si creen o no que cumplen con el régimen terapéutico establecido para cada caso, el 84% creen de forma positiva que cumple correctamente con el régimen preestablecido y el 16% considera que no lo cumple como debería. **Figura 9.**

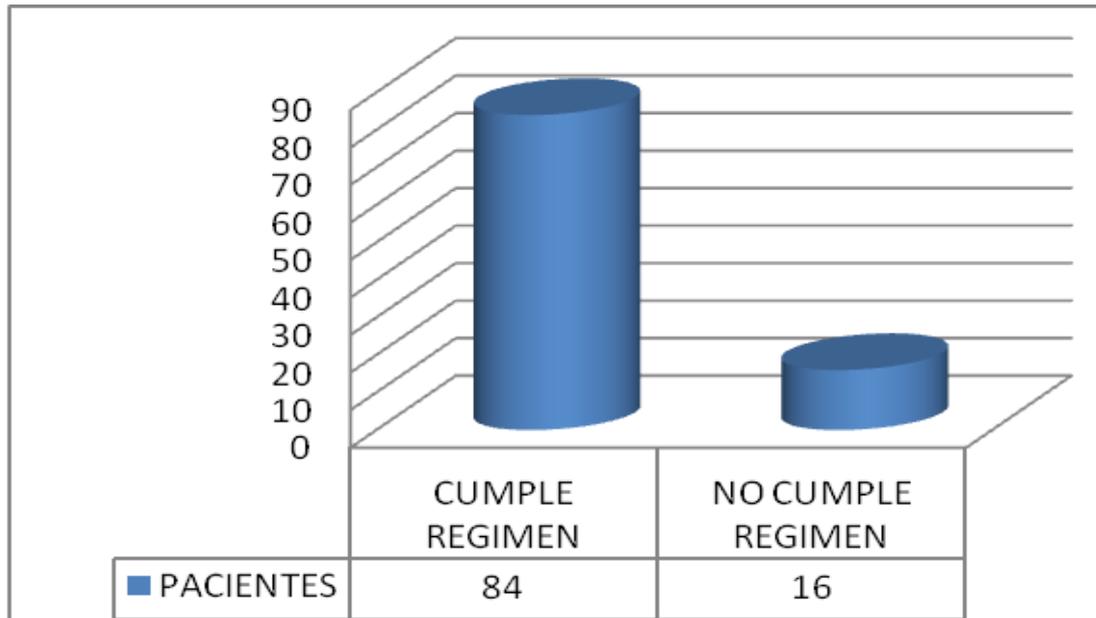


Figura 9: Distribución de la muestra según creencia personal acerca del cumplimiento terapéutico de cada paciente.

La proporción de encuestados que conocen los factores de riesgo de la enfermedad es del 95%. El 86% saben las repercusiones que se podrían desencadenar en caso de no cumplir con el tratamiento terapéutico que se indica, y el 42% de todos los encuestados sabe los efectos secundarios de los medicamentos que toman. **Figura 10.**

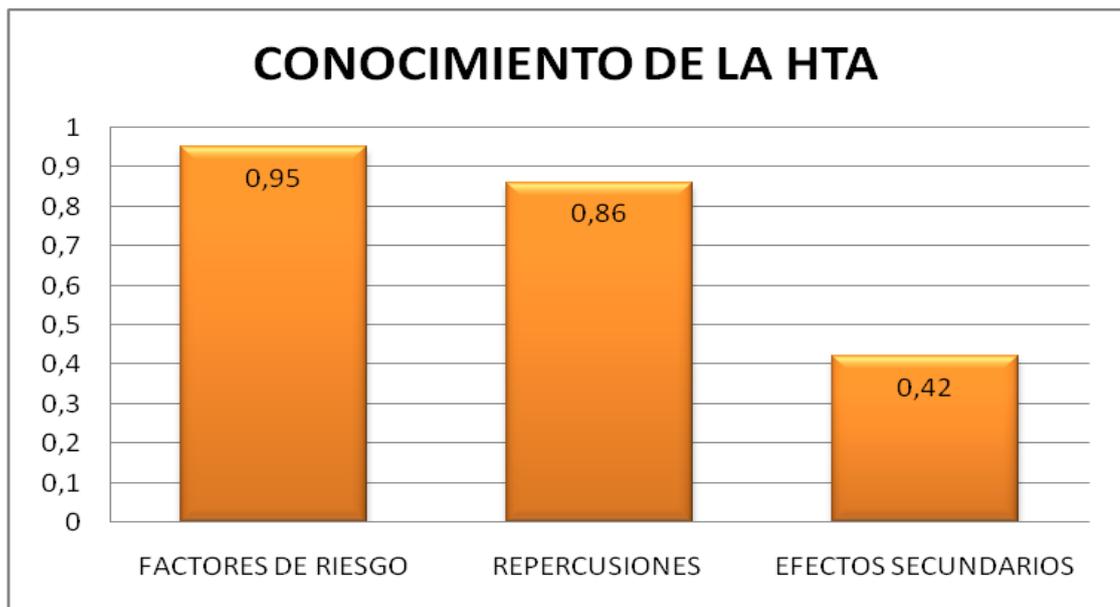


Figura 10: Distribución de encuestados según conocen los factores de riesgo de su enfermedad, las repercusiones del incumplimiento terapéutico y los efectos secundarios de la medicación que toman.

A la hora de saber con qué frecuencia se miden la presión arterial estos pacientes, se comprueba que el 26% de ellos no se controla habitualmente la presión, el 42% lo hace una vez a la semana, un 10% en cambio la controla cada quince días, y un 22% la mide cada mes. **Figura 11.**

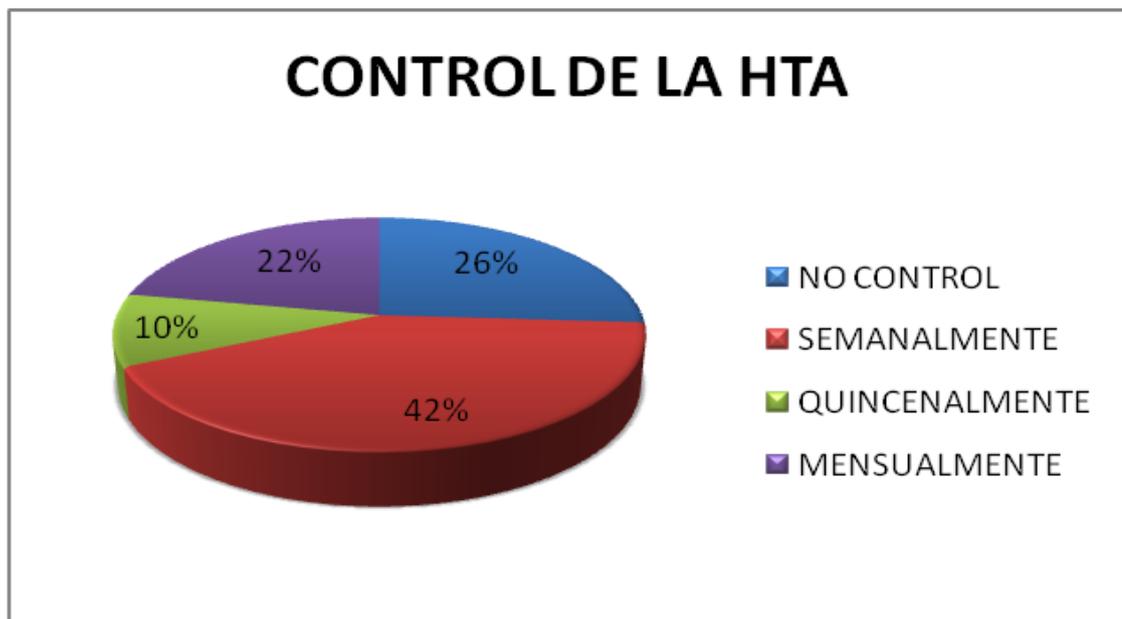


Figura 11: Distribución de la muestra según control habitual de la Tensión Arterial.

Basándonos en el test de Hayness-Sacket para valorar el cumplimiento terapéutico el 97% de los encuestados se tomaron todas las pastillas correspondientes en la última semana y a la hora adecuada.

El 98% asegura que si se encuentra bien no dejaría de tomar la medicación sin consultar previamente con su médico, frente a un 2% que sí abandonaría el tratamiento de forma propia.

El 93% de los pacientes afirma que si en el algún momento la medicación les sentase mal dejarían de forma autónoma de tomar la mediación sin consultar con el médico correspondiente, ante un 7% restante que no abandonaría el tratamiento salvo que así lo considerase su médico.

Figura 12.

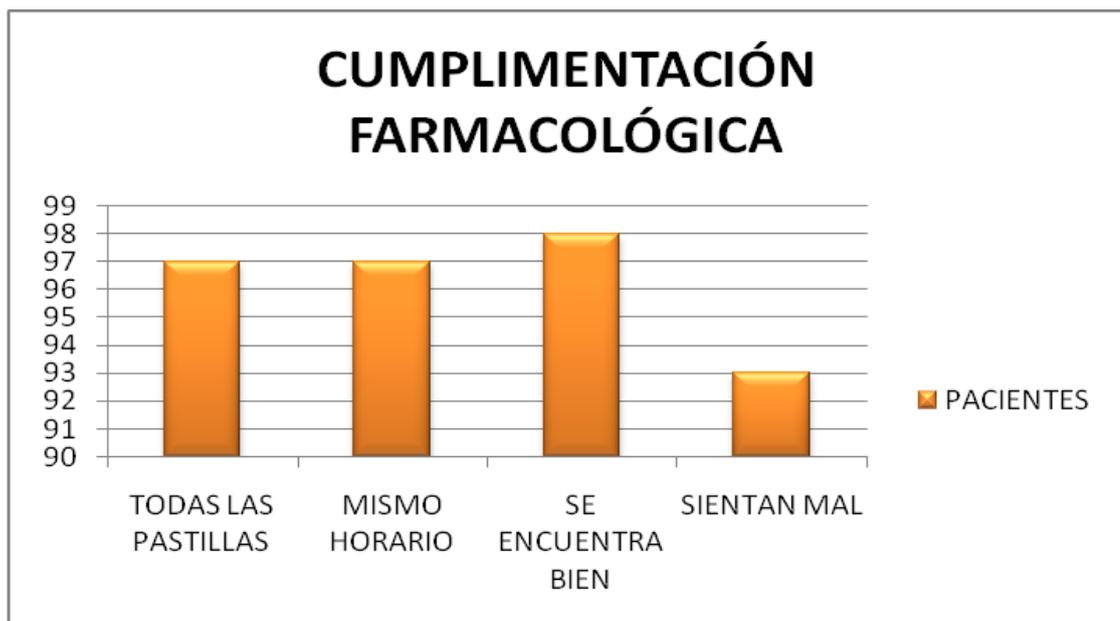


Figura 12: Distribución de pacientes encuestados basado en el Test de Hayness-Sacket sobre la correcta cumplimentación farmacológica.

El 80% de los encuestados toman medicación para otras enfermedades distintas de la Hipertensión Arterial, siendo el 20% de ellos los que sólo están a tratamiento para dicha enfermedad. **Figura 13.**

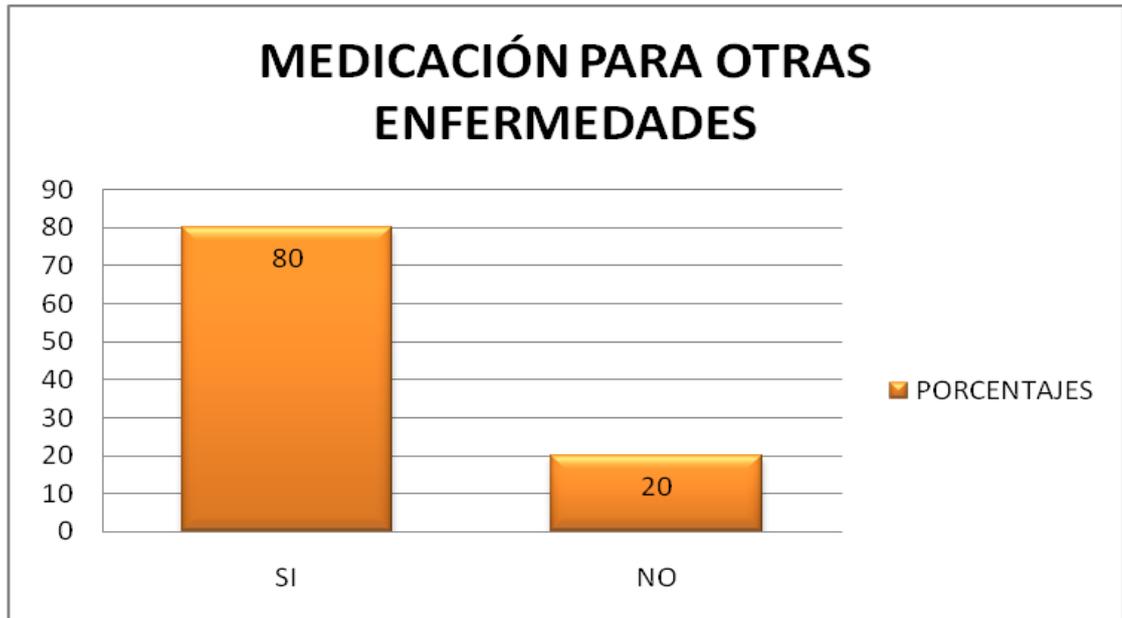


Figura 13: Distribución del tamaño muestral para los pacientes que están a tratamiento sólo para la HTA y para los que tienen además para otras patologías.

El 63% de los encuestados toma un sólo medicamento para el control de la Hipertensión. El 25% toma dos medicamentos para el correcto control. El 9% toma 3 o más medicamentos y el 3% restante desconoce el medicamento específico que toma para la Hipertensión. **Figura 14.**

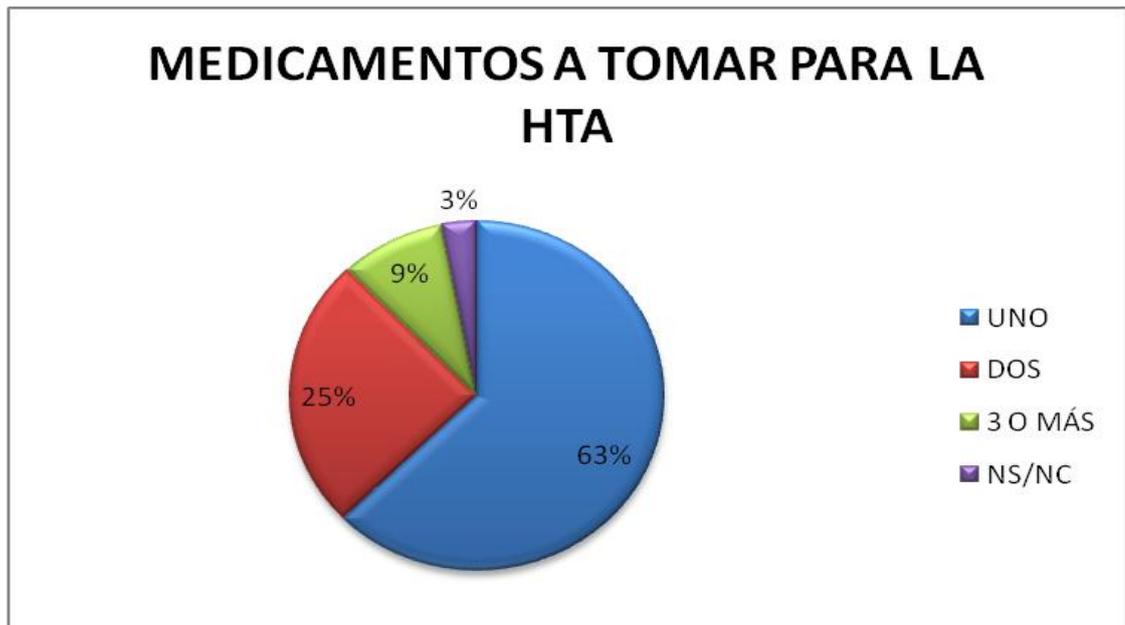


Figura 14: Distribución de los encuestados según el número de medicamentos que toman para controlar la HTA.

De toda la medicación que tienen prescrita, el 52% de los encuestados conoce el nombre de todo el tratamiento que le corresponde, en cambio el 37% lo desconoce y lo lleva anotado en un papel u otras formas escritas.

Figura 15.

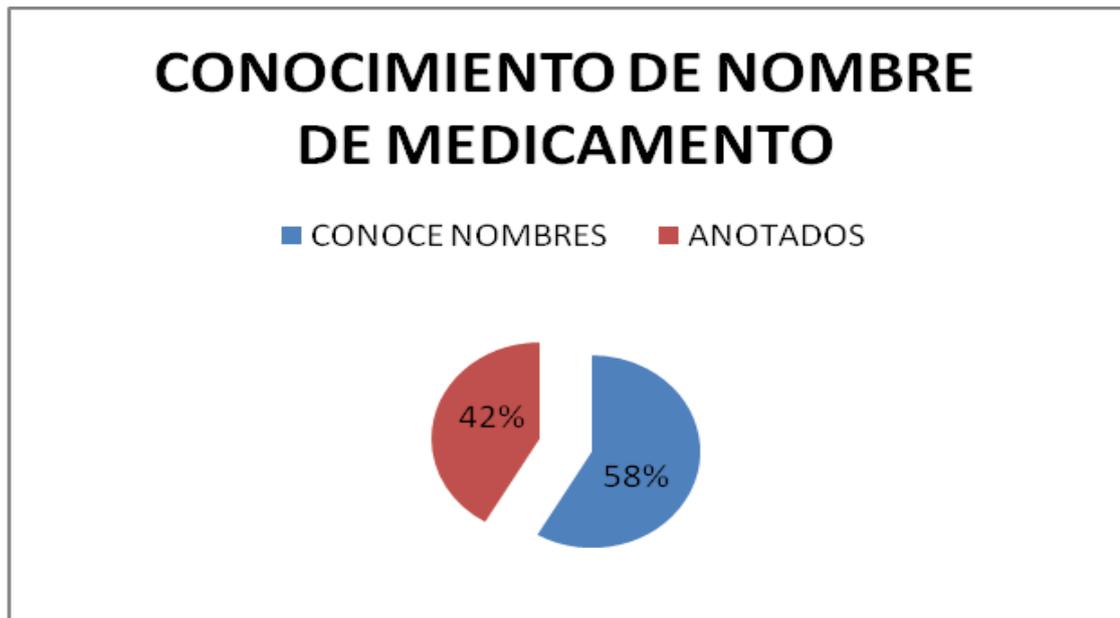


Figura 15: Distribución de la muestra según conoce o desconoce y llevan anotado el nombre de la medicación que tienen prescrita.

Para el 63% de los pacientes no sabría decir si es mejor o peor para uno mismo el cambio a prescripción electrónica de los genéricos y la variedad de los mismos en el mercado.

Al 35% de los encuestados les crea mayor confusión a la hora de poder recordar o indentificar sin ninguna duda el tratamiento que le corresponde y, el 2% afirma que cree que no es peor esta nueva forma de prescripción, ya que no les genera confusiones. **Figura 16.**

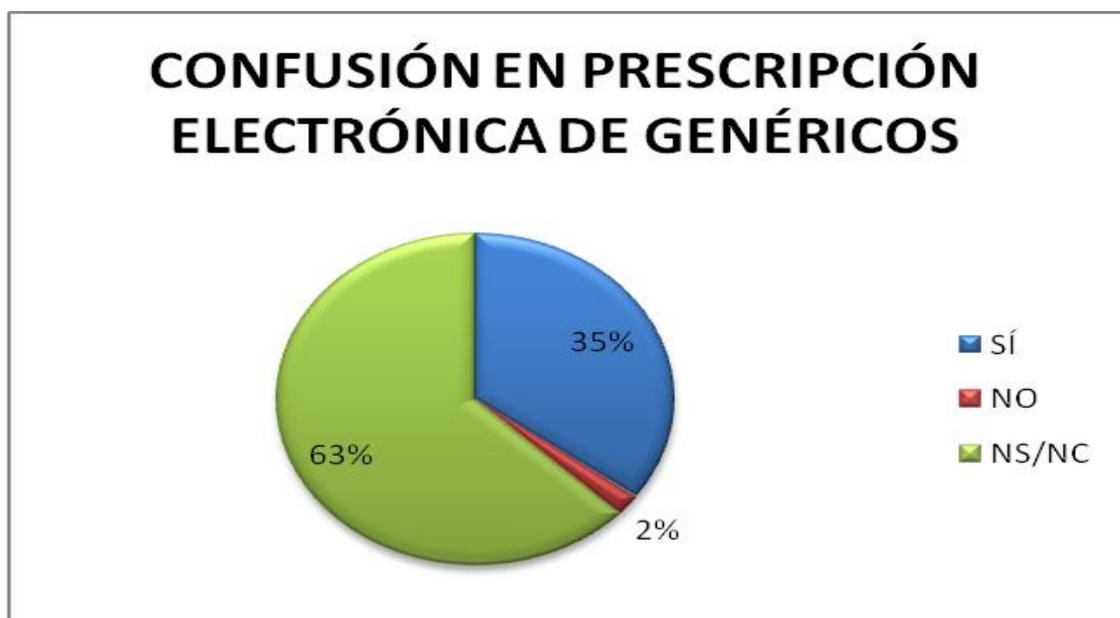


Figura 16: Distribución de la muestra según la confusión que crea o no en los pacientes la nueva prescripción de los genéricos para recordar los diversos nombres.

A la hora de conocer el grado de satisfacción que tienen los encuestados en su comunicación con el facultativo obtenemos que el 97% considera que es buena la interrelación entre ambos, siendo el 3% la opinión que considera que la comunicación entre ambos debería ser mejor. **Figura 17.**



Figura 17: Distribución de los encuestados según consideran buena o mala la comunicación existente entre el facultativo y el propio paciente en las consultas.

El porcentaje de pacientes que cree necesario mayor tiempo que el que se dedica habitualmente en las consultas es del 6%, mientras que el 94% de los encuestados lo encuentran suficiente. **Figura 18.**



Figura 18: Distribución de los pacientes según consideran suficiente o no el tiempo que se les dedica en las consultas médicas.

DISCUSIÓN

En este estudio de investigación, se ha demostrado de forma positiva la colaboración de los pacientes que acudían de forma programada a las consultas en la Unidad de Hipertensión situada en el centro de especialidades del CHUF y que aceptaron por parte de cada uno de ellos la participación, sin excepción, en el trabajo propuesto.

A pesar de que las encuestas han sido realizadas por el investigador principal, persona ajena y por completo desconocida para los pacientes, los pacientes no han demostrado ningún tipo de rechazo. Probablemente favorecido por la presencia en la Unidad de la enfermera que de forma asidua los atiende y que conocen lo suficiente para lograr confianza, seguridad y mayor tranquilidad.

Este estudio nos permite, por un lado, registrar el grado de conocimiento que los pacientes hipertensos sujetos a tratamiento médico y que acuden a la ya citada Unidad de Hipertensión, tienen acerca de su enfermedad y el nivel de cumplimiento terapéutico en comparación con estudios existentes hasta la fecha sobre esta enfermedad.

Por otro lado, nos permite relacionar la situación actual de prescripción electrónica de medicamentos genéricos en relación con la confusión que puede generar en el paciente para recordar todos los nombres y poder identificarlos correctamente, relacionado en último caso con el principal problema existente, la adherencia terapéutica.

Las características de la muestra por edad y sexo se corresponden con la media de edad habitual de los pacientes que presentan hipertensión arterial (60 años) y que así lo confirman los estudios publicados hasta la fecha.

El porcentaje de mujeres en este estudio es mayor (53%) que el de hombres. Algo también usual si observamos los datos que se ofrecen en G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

estudios previos, en los que las mujeres presentan mayores casos de hipertensión en edad adulta que los hombres.⁽²⁾

En España, la prevalencia de HTA llega al 40% en edades medias y a más del 60% en la población mayor de 60 años, tal y como corroboran los resultados obtenidos en este estudio.

Teniendo en cuenta la edad media de los pacientes encuestados, podemos ver que corresponde perfectamente con su estado laboral actual, jubilados (51%), frente al resto de población adulta que sigue activa desempeñando un puesto de trabajo (33%).

Pacientes la mayoría casados (69%) conviviendo con la pareja e hijos (40%).

El ambiente en el que viven cada uno de ellos se corresponde con la zona en la que están situados geográficamente la mayoría, siendo el ambiente urbano lo que más predomina (69%).

A la hora de valorar el nivel de cumplimiento terapéutico, fue interesante poder comparar dos variables en posible relación: conocer si los familiares más allegados conocen el tema de la hipertensión y si, consecuentemente, les ayudan a los pacientes a la hora de cumplir con el régimen terapéutico.

La mayoría son conocedores de la enfermedad y lo que ella conforma en cuanto a concepto, sintomatología, evolución (83%), pero de estos sólo el 54% recibe ayuda por parte de los familiares allegados a pesar de que saben a la perfección (99%) que son ellos mismos los principales responsables de la enfermedad que están padeciendo. Por lo que son ellos los que en primera persona se encargan de hacer lo posible para cumplir con su régimen terapéutico establecido (96%), a pesar de la ayuda que puedan recibir, ya sea recordando la medicación que deben tomar o aquellos factores de riesgo a evitar.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Como el objetivo de este estudio no se limita a catalogar al paciente de “buen” o “mal” cumplidor sino de forma sencilla valorar la capacidad de cumplimiento según unos ítems determinados a raíz de métodos indirectos, que son de fácil manejo y rápidos de realizar, aunque de baja precisión, se ha demostrado a partir de los resultados obtenidos que a la hora de conocer aspectos relacionados con la enfermedad, los pacientes en su mayoría los conocen aunque por separado.

Es decir, porcentajes elevados (98%) saben los factores de riesgo de la hipertensión arterial, el 86% es sabedor de las repercusiones que se pudieran desencadenar en el caso de no cumplir con el régimen terapéutico, el 42% dice saber los efectos secundarios específicos de la medicación que toman y un porcentaje elevado de la muestra (84%) dice creer cumplir con el régimen establecido.

Uno de los métodos indirectos empleados ha sido el Test de Morinsky - Green a través del cual, respondiendo correctamente a todas las preguntas, se puede valorar si el paciente es cumplidor o no. Este tipo de test demuestra tener ciertas ventajas como su sencillez y bajo coste, es el método indirecto que presenta resultados más fiables cuando el paciente asegura no cumplir con la medicación y es el que proporciona más información sobre cuáles son las causas del incumplimiento.

El 97% de los encuestados asegura haberse tomado todas las pastillas correspondientes en la última semana y a la hora adecuada.

El 98% afirma que en caso de estar tomando la medicación y notar mejoría en su estado de salud no abandonaría el tratamiento salvo órdenes médicas. Y un 93% tampoco dejaría de tomar el tratamiento en caso de que éste les sentase mal hasta consultarlo con el facultativo.

A pesar de esos elevados porcentajes, sólo el 37% de los pacientes se consideraría cumplidor o “buen cumplidor” a raíz de los resultados obtenidos en este estudio.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Porcentaje que difiere considerablemente respecto a un estudio reciente acerca de la evaluación de la situación actual del cumplimiento terapéutico en la HTA en España ⁽¹⁾, en el que según este test, el 90% de los encuestados se demostraban cumplidores.

Los ítems que verdaderamente coinciden son los relacionados con el elevado porcentaje de pacientes que toman de forma correcta las pastillas, resultados obtenidos en este estudio que coinciden con todos los estudios revisados previamente.

Será muy útil que del porcentaje de personas incumplidoras se conozca y se trabaje sobre la causa de tal situación.

Numerosos estudios apuntan que una posible causa es la despreocupación a la hora de controlar la presión arterial, pero se debe descartar tal posibilidad porque es reducido (26%), en comparación, el número de pacientes que habitualmente no controlan su tensión arterial.

Otra de las causas que apuntaba hacia la detección del problema se ha centrado en la calidad de comunicación entre el paciente y su médico.

Datos obtenidos en este estudio se complementan con los escritos hasta el momento, que el 97% de ellos aseguran considerar positiva la relación existente entre ambos, dedicándoles el tiempo que para ellos consideran suficiente (94%).

Miembros del Grupo de Cumplimiento de la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial en un estudio reciente en el que se ha consultado con médicos de Atención Primaria con el fin de averiguar una posible causa, han concluido en la importancia de ayudar a los profesionales sanitarios en la formación continuada ante el incumplimiento terapéutico en la HTA. ⁽⁵⁾

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Otra de las estrategias fallidas a la hora de solventar la situación de incumplimiento terapéutico ha sido la intervención educativa en los propios pacientes⁽⁶⁾ a través del personal sanitario.

Algo que se podría solventar incluyendo en este tipo de intervenciones a propios pacientes contando sus propias perspectivas y experiencias⁽⁷⁾.

Método aplicable a cualquier persona, de cualquier raza o etnia, ya que la no-adherencia al tratamiento no difiere entre ellas⁽¹¹⁾.

Algo que contrapone a estudios previos respecto a este estudio de investigación es la explicación de la causa de la no-adherencia a las barreras a la hora de obtener el tratamiento antihipertensivo (elevado coste de los medicamentos, por ejemplo)⁽¹¹⁾ pero a través de los resultados obtenidos en nuestro estudio, no parece indicar que ese sea el problema puesto que es muy elevado (97%) el porcentaje de personas que toman correctamente su medicación y en la hora adecuada.

A lo largo de los años y a través de numerosos estudios se ha intentado investigar este aspecto en el intento de conseguir una solución al problema, pero todavía no ha sido así por lo que será preciso mayor implicación al respecto, ya que de ello depende en última instancia la salud del paciente y todavía ninguna estrategia se ha evidenciado de forma clara su eficacia.

Para ello, se debe contar con el médico en colaboración con el resto del personal sanitario. Sobre todo con el personal de enfermería, ya que parece constituir un entorno ideal para la obtención de información sobre miedos y reticencias individuales de cada persona.⁽⁸⁾

Por otro lado, otro aspecto que podría verse relacionados con el correcto cumplimiento terapéutico es la prescripción electrónica de medicamentos genéricos.

Se ha comprobado a partir de este estudio que es elevado (80%) el porcentaje de personas que toman medicación para otra enfermedad diferente a la hipertensión arterial.

Incluso para la propia hipertensión, el 37% de los encuestados toma más de un medicamento, por lo que teniendo en cuenta la edad y la cantidad de medicamentos a tomar se ve más complicado el hecho de recordar e identificar con claridad la indicación de cada tratamiento y, consecuentemente, su correcto uso.

Sólo el 58% es capaz de recordar sin ninguna duda el tratamiento que toma y para qué es cada uno de ellos.

El porcentaje restante lleva anotados los nombres asegurando que les crea mayor confusión la variedad de nombres que salen al mercado y que están en continuo cambio. Por lo que muchas veces es tal el cúmulo de variación y cantidad de tratamiento que les quitan la importancia que tienen el correcto cumplimiento.

Al preguntarles si consideran bueno o no el cambio a receta electrónica, la mayoría (63%) reconoce no saber por qué opción decantarse, ya no saben lo que para ellos es mejor. Conclusión sacada fruto de la confusión a la que a diario se ven sometidos.

Ven bien las renovaciones y cambios, pero es costoso y en muchos casos fallido el intento por adecuarse a la situación.

Parece muy favorable, ante esta situación, una opción planteada en la escasa bibliografía existente al respecto, la mayor implicación con estos cambios en el seguimiento de los tratamientos y la capacidad de actuar para mejorar la adherencia a los mismos con un plan de tratamiento para el paciente más claro y completo, que simplifique las pautas, con medidas como las combinaciones fijas, y evite los continuos cambios que desorientan a los pacientes.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Es decir, que el cambio actual sea positivo tanto para las administraciones a la hora de reducir la frecuentación de consultas administrativas para la renovación de recetas de tratamientos crónicos, ayudando a desburocratizar de forma importante las consultas de atención primaria y que, además, el paciente se vea favorecido para conseguir algo que se lleva estudiando desde años atrás, el cumplimiento terapéutico.

CONCLUSIÓN

Se ha contado en este estudio con la inmejorable colaboración de cada uno de los pacientes que voluntariamente han respondido a cada una de las preguntas formuladas en el cuestionario, haciendo posible la configuración de este trabajo.

Variables descriptivas:

Una vez analizados los datos a través del programa Excel Office 2007, se puede concluir que la media de edad de los pacientes encuestados para este estudio es de 59,02 años entre hombres y mujeres. Siendo la mayoría de los participantes del sexo femenino (53).

Teniendo en cuenta ambos sexos y atendiendo al estado civil de cada uno, se concluye que el 69% de los participantes están casados, siendo la cantidad de hombres (37) algo superior a la de mujeres (32).

El 17% de los encuestados tanto hombres (8) como mujeres (9) están solteros.

El 9% están viudos, siendo la proporción de hombres y mujeres 1:8.

El porcentaje restante (5%) afirman estar separados en proporción 1:4 para los hombres y las mujeres, respectivamente.

La mayoría de los pacientes (69%) vive en medio urbano y el 31% restante vive en ambiente rural.

Actualmente se mantienen laboralmente activos el 33% de los encuestados, mientras que el 51% están jubilados y el 16% restante están sin empleo.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

La mayoría (41%) conviven en su domicilio con el cónyuge y el 40% del total convive además de con la pareja con los hijos u otro familiar allegado y, el 6% convive con los hijos únicamente.

En cambio, el 13% de los participantes viven solos en sus domicilios.

Una vez analizados los datos cuantitativos, se han analizado los datos que de forma cualitativa conforman la encuesta utilizada para este estudio.

Variables cualitativas:

El 83% de los pacientes asegura que sus familiares allegados son conocedores del concepto de la enfermedad que están padeciendo. Mientras que el 17% lo desconocen.

A pesar de esto, el 99% de los pacientes es consciente de ser ellos mismos los responsables principales de la enfermedad.

Nivel de conocimiento de la Hipertensión Arterial:

Dentro de la encuesta, fue preciso conocer el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre la Hipertensión Arterial.

Valorando la capacidad de control autónomo que serían capaces de tener de la enfermedad, el 96% ha respondido afirmativamente.

No necesitando además ningún tipo de ayuda de terceras personas el 54% de ellos.

Teniendo en cuenta la percepción propia de cada persona, el 84% de las personas que han participado en el estudio creen que cumplen

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

correctamente con el régimen terapéutico pautado, frente a un 16% que afirma no ser capaz de conseguirlo.

Para hablar de conocimiento acerca de una enfermedad fue preciso consultar la certeza o ignorancia acerca de los factores de riesgo que se deben evitar en la Hipertensión Arterial, las repercusiones que se podrían desencadenar en caso de no cumplir con el tratamiento y los posibles efectos secundarios relacionados con la medicación que toman.

El 95% conoce los factores de riesgo que deben evitar. El 86% conoce además las repercusiones que podrían desencadenarse en caso de incumplimiento terapéutico. Sólo un 42% conoce incluso los efectos secundarios característicos de la medicación pautada.

Nivel de cumplimiento terapéutico:

El 97% asegura haberse tomado todas las pastillas correspondientes en la última semana y a la hora preestablecida correcta.

El 98% afirma que no dejaría de tomar la medicación en caso de ver una mejoría repentina en su estado de salud salvo prescripción facultativa.

Un porcentaje más reducido que los anteriores, pero igualmente alto de pacientes (93%) aseguran que no dejarían de tomar la medicación salvo órdenes médicas si algún día le sentasen mal las pastillas.

Algo que no se debe obviar en los pacientes hipertensos es la frecuencia con la que se miden su Tensión Arterial.

Siendo elevado (42%) el porcentaje de pacientes que controlan su Tensión arterial semanalmente, otros (10%) que lo hacen semanalmente, incluso un 22% que lo hace de forma mensual.

En cambio, el 26% de los pacientes encuestados no controla su Tensión Arterial de forma habitual.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Un elevado número de personas encuestadas (80%) toma medicamentos para otras enfermedades distintas a la estudiada en este trabajo de investigación.

El 58% conoce el nombre de su medicación, pero es un 42% de personas que lo desconocen y precisan llevarlo anotado.

Dentro de la cantidad de medicamentos que cada persona tiene que tomar para la Hipertensión Arterial, el 63% toma un solo medicamento para la enfermedad, el 25% toma dos medicamentos diferentes, el 9% toma tres medicamentos o más y el 3% desconoce la cantidad que toma.

El 35% de los encuestados confirma que el actual cambio a prescripción electrónica de los medicamentos, más concretamente los medicamentos genéricos, les crea mayor confusión a la hora de saber identificar el tratamiento correcto, la finalidad de cada uno y poder recordar bien el nombre de cada pastilla.

Sólo un 2% no cree que el actual cambio suponga ser negativo. Pero, el 63% no se decanta ni por un extremo ni otro.

En general, los pacientes consideran que es buena (97%) la calidad de comunicación entre el facultativo y ellos mismos en las consultas.

Creando suficiente (94%) el tiempo dedicado a cada uno de ellos en las propias consultas para resolver dudas o cualquier cuestión que se les plantee.

BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez-Contreras E, De la Figuera-Von Wichmann M. Evaluación de la situación actual del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial en España, en opinión de los pacientes. Proyecto Complex II. *Semergen*. 2009;35(8):369-75.
2. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión* 2005;22(9):353-62.
3. Pineda Cuenca M. Custardoy Olavarrieta J. Ortín Arróniz J.M. Grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. *Aten. Primaria* 2004;33(5):254-60.
4. Basterra Gabarró M. El incumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp*. 1999; 1:97-106.
5. Glombiewski JA, Nestoriuc Y, Rief W, Glaesmer H, Braehler E. Medication adherence in the general population. *PLoS One*. 2012;7(12):e50537. doi: 10.1371/journal.pone.0050537. Epub 2012 Dec 18. PubMed PMID: 23272064; PubMed Central PMCID: PMC3525591.
6. Marchall IJ. Charles DA. McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ*. 2012;344.
7. Cuesta Terán MT. Medicamentos genéricos: una visión global. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2010; 34; 35-40.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

8. Suárez-Varela Úbeda J, Beltrán Calvo C, Molina López T, Navarro Marín P. Receta electrónica: de la utopía a la realidad. *Aten. Primaria*.2005;35(9):451-9.
9. Piñeiro F. Gil V. Donis M. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en hipertensión arterial. *Aten. Primaria* 1997;19(7):372-5.
10. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Medication adherence and use of generic drug therapies. *Am J Manag Care*. 2009 Jul;15(7):450-6. PubMed PMID: 19589012; PubMed Central PMCID: PMC2918380
11. Marshall IJ, Wolfe CD, McKevitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research *BMJ*. 2012 Jul 9;345:e3953. doi: 10.1136/bmj.e3953. Review. PubMed PMID: 22777025; PubMed Central PMCID: PMC3392078
12. Ramli A, Ahmad NS, Paraidathathu T. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:613-22. doi: 10.2147/PPA.S34704. Epub 2012 Aug 31. PubMed PMID: 22969292; PubMed Central PMCID: PMC3437910.
13. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM; ADIEHTA Group. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011 Jan-Feb;25(1):62-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.015. Epub 2011 Feb 26. PubMed PMID: 21354671.
14. Turner BJ, Hollenbeak C, Weiner MG, Ten Have T, Roberts C. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse population of hypertensive patients in the era of electronic prescribing. *Am J Hypertens*. 2011 Jun;24(6):603-10. doi: 10.1038/nph1175. Epub 2011 Feb 26. PubMed PMID: 21354671.

diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009 Aug;18(8):672-81. doi: 10.1002/pds.1766. PubMed PMID: 19479901.

15. Ascione FJ, Kirscht JP, Shimp LA. An assessment of different components of patient medication knowledge. *Med Care.* 1986 Nov;24(11):1018-28. PubMed PMID: 3773576.
16. Glanz K, Kirscht JP, Rosenstock IM. Linking research and practice in patient education for hypertension: patient responses to four educational interventions. *Med Care.* 1981 Feb;19(2):141-52. PubMed PMID: 7206847.
17. Kirscht JP, Rosenstock IM. Patient adherence to antihypertensive medical regimens. *J Community Health.* 1977 Winter;3(2):115-24. PubMed PMID: 617631.
18. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Grupos de trabajo en Hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso. 1ª ed. Madrid:1996.
19. Communication Between Patients and Physicians. *Annals of Internal Medicine.* 1977 April;86(4):499-00.
20. Syed L, Lynn McNicoll MD. Medication and Non-Adherence in Older Adult. *Medicine and Health.* 2009 December; 92(12): 418-19.
21. Aguirrezabala JR, Aguado M, Aizpurua I. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac.* 2011;19(1).

22. Kirscht JP, Kirscht JL, Rosenstock IM. A Test of Interventions to Increase Adherence to Hypertensive Medical Regimens. *Health Education Quarterly*. 1981;8(3):261-272.
23. Basterra Gabarro M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España*. 1999;1:97-106.
24. Márquez Contreras E. Cumplimiento terapéutico en la HTA. 2007;4(2).
25. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factor on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med*. 2008; 31: 213-224.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figura 1-2: Distribución de la muestra según estado civil.

Figura 3: Distribución de la muestra según el lugar de residencia.

Figura 4: Distribución de la muestra según la situación laboral actual.

Figura 5: Distribución de la muestra según el conocimiento que tienen o no del concepto de Hipertensión Arterial los familiares allegados.

Figura 6: Distribución de la muestra que asegura recibir ayuda por parte de sus allegados para cumplir con el regimen terapéutico.

Figura 7: Distribución de los encuestados según cumplimiento terapéutico de forma autónoma.

Figura 8: Distribución de los encuestados según creen ser los principales responsables de su enfermedad.

Figura 9: Distribución de la muestra según creencia personal acerca del cumplimiento terapéutico de cada paciente.

Figura 10: Distribución de encuestados según conocen los factores de riesgo de su enfermedad, las repercusiones del incumplimiento terapéutico y los efectos secundarios de la medicación que toman.

Figura 11: Distribución de la muestra según control habitual de la Tensión Arterial.

Figura 12: Distribución de pacientes encuestados basado en el Test de Hayness-Sacket sobre la correcta cumplimentación farmacológica.

Figura 13: Distribución del tamaño muestral para los pacientes que están a tratamiento sólo para la HTA y para los que tienen además para otras patologías.

Figura 14: Distribución de los encuestados según el número de medicamentos que toman para controlar la HTA.

G. de C. de pacientes hipertensos en la era de receta electrónica y EFG

Figura 15: Distribución de la muestra según conoce o desconoce y llevan anotado el nombre de la medicación que tienen prescrita.

Figura 16: Distribución de la muestra según la confusión que crea o no en los pacientes la nueva prescripción de los genéricos para recordar los diversos nombres.

Figura 17: Distribución de los encuestados según consideran buena o mala la comunicación existente entre el facultativo y el propio paciente en las consultas.

Figura 18: Distribución de los pacientes según consideran suficiente o no el tiempo que se les dedica en las consultas médicas.

ANEXO-A: CUESTIONARIO**ESTUDIO DE CUMPLIMENTACIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO****EDAD:****SEXO:** H M**ESTADO CIVIL** SOLTERO CASADO/A VIUDO/A
 SEPARADO/A**LUGAR DE RESIDENCIA:** URBANO RURAL**ESTADO LABORAL:** ACTIVO PARADO JUBILADO**¿CON QUIÉN VIVE EN SU DOMICILIO?** SOLO PAREJA HIJOS OTROS**¿SUS ALLEGADOS CONOCEN SU ENFERMEDAD?** SÍ NO**¿LE AYUDAN EN SU CUMPLIMIENTO?** SÍ NO**AUNQUE LE AYUDEN, ES CONSCIENTE QUIEN ES EL PRINCIPAL RESPONSABLE DE SU ENFERMEDAD?** SÍ NO**¿ES CAPAZ DE CONTROLAR DE FORMA AUTÓNOMA SU TRATAMIENTO?** SÍ NO**¿CONOCE LOS FACTORES DE RIESGO DE SU ENFERMEDAD Y QUÉ DEBE EVITAR?** SÍ NO

¿CONSIDERA QUE CUMPLE EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO CORRECTAMENTE?

SÍ NO

¿CONOCE LAS REPERCUSIONES DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO?

SÍ NO

¿CONOCE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE SU MEDICACIÓN?

SÍ NO

EN ESTA ÚLTIMA SEMANA, ¿HA TOMADO TODAS LAS PASTILLAS?

SÍ NO

¿CUÁNTAS HA DEJADO DE TOMAR?

1 2 >3

EN ESTA ÚLTIMA SEMANA, ¿HA TOMADO LA MEDICACIÓN A LA HORA ADECUADA?

SÍ NO

¿SI SE ENCUENTRA BIEN DEJA DE TOMAR LA MEDICACIÓN?

SÍ NO

¿SI LE SIENTAN MAL LAS PASTILLAS DEJA DE TOMAR EL TRATAMIENTO SIN CONSULTAR CON EL MÉDICO?

SÍ NO

¿CON QUÉ FRECUENCIA CONTROLA SU T.A?

NO LA CONTROLO SEMANALMENTE QUINCENALMENTE

MENSUALMENTE

¿TOMA MEDICACIÓN PARA OTRA ENFERMEDAD?

SÍ NO

¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS TOMA PARA LA TENSIÓN ARTERIAL?

1 2 >3

¿CONOCE LOS NOMBRES DE SU MEDICACIÓN?

SÍ NO

¿CUÁLES SON LOS NOMBRES?

¿LOS LLEVA ANOTADOS EN UN PAPEL?

SÍ NO OTROS

**DESDE QUE EXISTE LA RECETA ELECTRÓNICA Y LOS GENÉRICOS,
¿CONOCE MEJOR O PEOR SU TRATAMIENTO?**

MEJOR PEOR NS/NC

**¿CONSIDERA QUE NECESITARÍA MÁS TIEMPO EN LAS
CONSULTAS PARA COMPRENDER MEJOR ASPECTOS
RELACIONADOS CON SU ENFERMEDAD?**

SÍ NO

**¿CONSIDERA QUE ES BUENA LA CALIDAD DE COMUNICACIÓN
ENTRE FACULTATIVO-PACIENTE?**

SÍ NO