



## **FACULTAD DE FARMACIA**

Grado en Farmacia

# **Investigación cualitativa en oficinas de farmacia sobre cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial**

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2015

**Autor: Pedro Ruiz Noguero**

Modalidad: Experimental

Tutor/es: Vicente Francisco Gil Guillén

"La verdadera ciencia enseña, sobre todo,  
a dudar y a ser ignorante."

Miguel de Unamuno.



## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres.

A los farmacéuticos tanto de oficina de farmacia como hospitalarios que han creído en este proyecto y sin ellos no hubiera sido posible realizar este estudio.

A mi tutor, el Dr. Vicente Gil por su total implicación y dedicación a este trabajo, a nosotros y a todos sus alumnos.

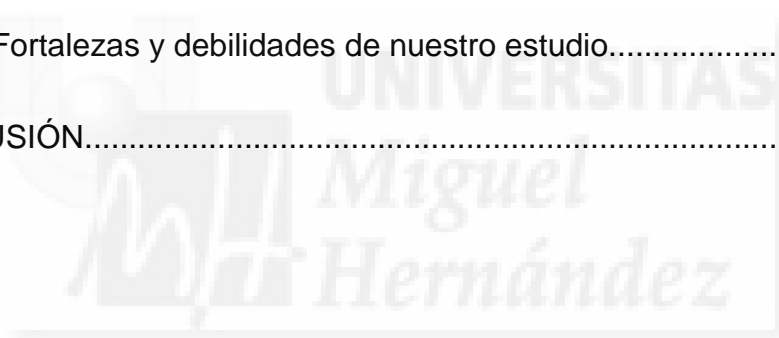
Y a mis cinco; Alfonso, Eduardo, Juan, Pablo y Víctor, que me han acompañado desde el primer día a lo largo de esta etapa.



# ÍNDICE

	pág.
1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
2.1. ¿Qué hemos aprendido en Patología Clínica acerca de la hipertensión arterial?.....	2
2.2. ¿Qué hemos aprendido en Patología Clínica acerca de la hipertensión arterial?.....	6
2.3. Metodología Delphi.....	12
2.4. Justificación del estudio.....	14
3. ANTECEDENTES.....	15
4. HIPÓTESIS.....	16
5. OBJETIVO.....	17
6. MATERIAL Y MÉTODO.....	18
6.1. Introducción.....	18
6.2. Diseño.....	18
6.3. Participantes.....	18
6.4. Análisis estadístico.....	19
6.5. Criterio de selección.....	20
6.6. Aspectos puntuales del tamaño en un estudio cualitativo.....	20

6.7. Aspectos puntuales del muestreo en un estudio cualitativo.....	20
6.8. Esquema de desarrollo del estudio.....	20
6.9. Ámbito de estudio.....	21
6.10. Instrumento.....	22
7. RESULTADOS.....	26
8.DISCUSIÓN.....	31
8.1.Interpretación de nuestros resultados.....	31
8.2.Interpretación de nuestros resultados con otros estudios.....	36
8.3. Fortalezas y debilidades de nuestro estudio.....	37
9. CONCLUSIÓN.....	40



## 1. RESUMEN

**Introducción:** Las últimas revisiones Cochrane indican que para mejorar el control de la hipertensión es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen con los profesionales sanitarios en la problemática del incumplimiento terapéutico. En la actualidad no existe investigación cualitativa en las oficinas de farmacia que aborde esta problemática.

**Objetivo:** A través de una investigación cualitativa utilizando el método Delphi, basado en la opinión de expertos farmacéuticos de oficina de farmacia, queremos establecer un consenso para conocer las barreras que están dificultando el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos.

**Material y método:** Mediante la metodología tipo Delphi y utilizando internet, se selecciona a 10 panelistas expertos en cumplimiento terapéutico. Se constituye un comité científico en el que se abordan 24 afirmaciones que analizan todos los aspectos importantes del cumplimiento en la práctica clínica. A través de dos rondas y estableciendo el acuerdo en el 80% de concordancia, se analizan los acuerdos y discrepancias utilizando el índice kappa con 5 panelistas, farmacéuticos que trabajan en los servicios de atención primaria en los hospitales de Elda y Alicante. Con ello, se obtienen consensos de barreras que se tienen que modificar para vencer el incumplimiento en la práctica clínica.

**Resultados:** En el primer envío se obtiene acuerdo en 13 preguntas. Y en el segundo en 4. Al final del estudio el porcentaje de acuerdo se estableció en 70,8% [53 - 89]. A través del análisis de estos acuerdos se identifican las barreras existentes en las oficinas de farmacia para vencer el incumplimiento terapéutico. El índice kappa fue: 0,31(-0,08 - 0,70) y el valor de  $p=0,29$  (NS).

**Conclusiones:** Para mejorar el cumplimiento son necesarias una serie de medidas: trabajo en equipo y comunicación entre todos los componentes del sistema sanitario, mayor formación sobre cumplimiento en posgrado, disminuir las discrepancias entre oficina de farmacia y farmacéuticos de hospital, y una mayor investigación en oficina de farmacia sobre cumplimiento terapéutico.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1.¿Qué hemos aprendido en Patología Clínica acerca de la hipertensión arterial?<sup>1</sup>

#### 2.1.1. Definición

Puede definirse como una enfermedad o como un factor de riesgo para desarrollar otras enfermedades, fundamentalmente enfermedad cardiovascular.

Tensión Arterial Sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o Tensión Arterial Diastólica  $\geq 90$  mmHg.

**FIGURA 1. Categorías Tensión Arterial.**

Category	Systolic		Diastolic
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	$\geq 180$	and/or	$\geq 110$
Isolated systolic hypertension	$\geq 140$	and	<90

FIGURA 1. En ella podemos observar las 7 categorías posibles ordenadas de menor a mayor grado de enfermedad, dependiendo de los valores de tensión arterial, tanto sistólica como diastólica.

Existen dos tipos de hipertensión arterial (HTA):

- HTA esencial (primaria o idiopática): (95% población) Se define cuando un paciente tiene HTA y no hay ninguna causa identificable por la que la tensión suba. Esto puede ser debido a factores genéticos y ambientales (edad, obesidad, dislipemia, diabetes).

<sup>1</sup> Vicente Bartomeu González. Apuntes de clase patología clínica: Seminario sobre hipertensión arterial. San Juan, Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2015.

- HTA secundaria: (5% población) La subida de tensión está causada por enfermedad renal, hormonal o vascular.

### 2.1.2. Magnitud del problema

La hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en la sociedad, aumenta con la edad, e incrementa las enfermedades de corazón. Globalmente afecta a un tercio de la población general, en mayores de 65 años afecta a dos tercios de la población. Se estima que se controla un tercio de los pacientes diagnosticados. Pero el hecho de que en la mayoría de pacientes la HTA sea asintomática, dificulta mucho el diagnóstico y sobretodo la adherencia al tratamiento.

### 2.1.3. Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes en la aparición y agravamiento de la hipertensión arterial son: diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, edad, antecedentes familiares y consumo excesivo de sal.

La HTA no es un mero marcador de riesgo, cada persona puede hacer un control de su tensión consiguiendo así reducir el riesgo en un 50% de la incidencia de insuficiencia cardíaca, un 20-25% en la incidencia de infarto de miocardio y reducir un 35-40% la incidencia de ictus.

### 2.1.4 Diagnostico

Para proceder al diagnostico es necesario realizar una correcta toma de la tensión arterial (TA). Existen dos conceptos:

- TA normal-alta: 130-140/80-90 (riesgo intermedio entre HTA y TA normal).
- HTA sistólica aislada: TAS $\geq$ 140 y TAD <90 mmHg. Aparece sobre todo en personas que tienen una calcificación vascular importante y en ancianos.



Es mucho más fácil bajar una tensión cuando tiene elevados los dos valores, que cuando tiene la tensión arterial sistólica alta y la diastólica no. En el último caso, se corre el riesgo de bajar la diastólica de modo que puede producir por un lado un riesgo cardiovascular y por otro, se le pueden generar al paciente los efectos secundarios derivados.

Diagnóstico diferencial (los valores que obtenemos al realizar la toma de tensión pueden no ser del todo correctos):

- HTA de bata blanca: Más frecuente. Corresponde con una respuesta adrenérgica transitoria que presentan los pacientes ante el personal sanitario. El paciente se encuentra en un ambiente en el que no está relajado, preocupado por el resultado y las consecuencias. Va a generar una respuesta de alerta, provocando una subida de la tensión arterial.
- HTA enmascarada: Poco frecuente y contrario al anterior. Toma de tensión arterial en consulta inferior a los valores reales. El paciente se siente más tranquilo, más seguro, entonces se relaja y las cifras de tensión arterial pueden ser erróneas a las habituales.

En el caso de la toma de tensión arterial ambulatoria, se establece un límite de hipertensión arterial inferior 135/85. Existen dos medidas de forma organizada:

- MAPA: monitorización durante 24 horas con un holter de tensión. Una excelente correlación pronóstica y permite descartar la HTA aislada en consulta. Es la más antigua.
- AMPA: Autodeterminación de tomas realizadas por el paciente a lo largo del día. Es más útil para el seguimiento que para el diagnóstico. Más utilizada y accesible.

#### 2.1.5. Tratamiento

Se han identificado efectos beneficiosos (disminución de la propia presión arterial) cuando se inicia el tratamiento con cinco grupos de antihipertensivos principales: diuréticos tiazídicos, betabloqueante, antagonista de los canales de

calcio, inhibidor de la ECA y antagonista del receptor de angiotensina. Resultan adecuados para el inicio y mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, en monoterapia o en combinación.<sup>2</sup>

Sin olvidarse del tratamiento higiénico-dietético, es decir, las modificaciones de los hábitos de vida. Estas modificaciones son: abandono del tabaco, reducción del peso, reducción del consumo de alcohol excesivo, ejercicio físico, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de frutas y verduras y disminución del de grasas saturadas y totales.<sup>2</sup>

#### 2.1.6 Complicaciones

Las complicaciones de la hipertensión arterial son las enfermedades cardiovasculares, tales como: cardiopatías, enfermedad cerebrovascular, enfermedad aórtica y vascular periférica, insuficiencia renal crónica y enfermedad tromboembólica venosa.

#### 2.1.7. Papel del farmacéutico

El papel del farmacéutico en un caso de hipertensión arterial es principalmente controlar el incumplimiento tanto farmacológico como higiénico-dietético de sus pacientes, a la vez que tratar de detectar los posibles casos de inercia clínica. Ya que se tratan de las dos principales causas del mal control de la hipertensión arterial

Otra intervención del farmacéutico deberá ser la de realizar la toma de la tensión correctamente siguiendo estas pautas:

- Realizar por lo menos 2 tomas en 2 días diferentes.

---

<sup>2</sup> Guía para el manejo de la hipertensión arterial de la ESH-ESC; 2007. Disponible en: [http:// www.escardio.org](http://www.escardio.org).

- El paciente debe de estar sentado, con la espalda apoyada y relajado varios minutos antes de realizarla. (No debe haber tomado excitantes o haber realizado ejercicio).
- Realizar la medida en los dos brazos.
- Tener el equipo calibrado, además de con un tamaño adecuado al paciente.

También es importante realizar actividades preventivas cardiovasculares como sería lograr instaurar en el paciente las modificaciones de los hábitos de vida indicadas anteriormente en el tratamiento.

## 2.2.¿Qué hemos aprendido en patología clínica sobre el papel del farmacéutico en el cumplimiento terapéutico?<sup>3</sup>

### 2.2.1. Concepto, magnitud y consecuencias del cumplimiento

El cumplimiento es la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito. Expresándose con él, el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y su realización por parte del paciente tras una decisión completamente razonada por éste.

Es imprescindible evaluar el incumplimiento como un parámetro clínico más. Se trata de un tema de vital importancia, incluso reflejado por la OMS, que considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas, un tema prioritario de la salud pública.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico en España en la enfermedad crónica cardiovascular varía entre el 20-68% aproximadamente de forma

---

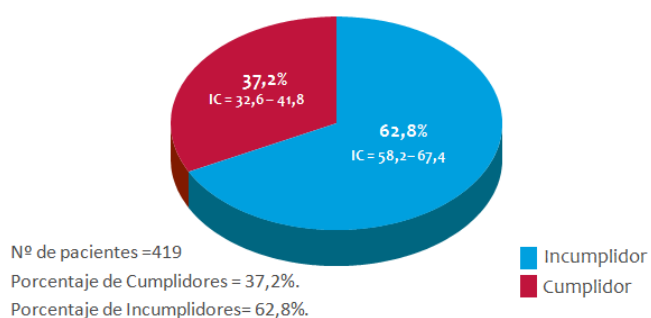
<sup>3</sup> Dr. Vicente Gil Guillén. Apuntes de clase patología clínica: Papel del farmacéutico para vencer el Incumplimiento y la Inercia Terapéutica de Patología Clínica. San Juan, Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2015.

general y el incumplimiento no farmacológico oscila entre el 70-95%, lo que da a entender la dificultad que lleva consigo tomar la medicación de forma continua en el tratamiento farmacológico y realizar los cambios en el estilo de vida y el abandono de los hábitos tóxicos en el no farmacológico.

Las consecuencias del incumplimiento son:

- Ineficacia del fármaco, aumento de la dosis del fármaco o la adición de nuevos fármacos.
- Progresión de la enfermedad, complicaciones eventos cardiovasculares, reingresos hospitalarios, incapacidad prematura y muerte.
- Aumento de los costes, mayor consumo de recursos, absentismo laboral.
- Causa frustración al enfermo y desconfianza en el personal sanitario.
- En consecuencia, una disminución de la eficacia y de la efectividad de las medidas terapéuticas y un aumento de la morbilidad y mortalidad.

**FIGURA 2. Gráfica cumplimiento terapéutico HTA.**



Perseguer Torregrosa Zeneida, Gil Guillén VF, Orozco Beltrán D.

FIGURA 2. En la gráfica se muestra un estudio realizado a 419 pacientes sobre el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial en oficinas de farmacia. En él podemos observar que un 62,8% es incumplidor.

### 2.2.2. Medidas del cumplimiento

La medición del cumplimiento es difícil e inexacta, pues no existe un método ideal que se pueda generalizar en la práctica clínica, de ahí, la importancia de conocer los métodos más útiles.

- Métodos directos (Interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación):

Son métodos muy fiables si el paciente se confiesa mal cumplidor y, por tanto, poseen un alto valor predictivo positivo. No obstante, al comparar este método con otros más exactos, se observa que hay un número importante de enfermos que mienten.

- Métodos indirectos:
  - Métodos basados en la medición del recuento de comprimidos:
    - Recuento simple de comprimidos.
    - Recuento mediante los MEMS.
  - Métodos basados en la entrevista clínica:
    - Test de Haynes-Sackett
    - Prueba de Morinsky-Green
    - Test de Batalla

- Otros métodos:

Asistencia a citas, valoración de la eficacia terapéutica, valoración de efectos adversos, juicio profesional sanitario, registros de farmacia, bases de datos médicos y persistencia en la reposición de la medicación.

### 2.2.3. Causas, factores y estrategias para modificarlo

Entre las causas más habituales del incumplimiento encontramos: olvidos simples en las tomas de medicación, desconocimiento de por qué debe tomarla, miedo a presentar efectos secundarios, aparición de efectos secundarios y por último, la figura del paciente como decisor razonado.

Los factores que influyen en el incumplimiento son tanto las características del paciente, del régimen terapéutico y de la enfermedad, como las del entorno familiar y social, de la estructura sanitaria y de los profesionales de la salud.

Dicho esto, las estrategias de intervención con el objetivo de mejorar el cumplimiento deben actuar sobre una o más de las barreras que lo dificultan y así, poder eliminar la causa de incumplimiento. Las principales estrategias a seguir son:

- Multidisciplinar: Se basa en la evidencia de que el cuidado centrado en el paciente, incluyendo las habilidades de comunicación, es un componente esencial del cuidado de enfermedades crónicas.

- En prescripción:

- Para los pacientes que necesitan más de un medicamento para el control de la presión arterial, pueden emplearse medicamentos que contengan 2 principios activos.
- La reducción del número de tomas mejora la adherencia.

- Enfoque en resultados clínicos:

- Iniciar los medicamentos de acuerdo a las guías nacionales.
- Guardar un régimen simple: dosis 1 ó 2 veces al día
- Reevaluar todas las presiones no controladas.

- Comunicarse con los pacientes acerca de cómo tomar los medicamentos.
  - Motivar la AMPA.
  - Usar tecnologías para monitorear el progreso y mantenimiento de la meta de la presión arterial.
  - Monitorizar la adherencia como un parámetro clínico más.
- Capacitar a los pacientes informados:
- Evaluar el conocimiento del paciente, habilidades, conductas, confianza y barreras de la adherencia.
  - Promover la solución de problemas e intervenciones de cambios de conducta.
  - Instar al uso de pastilleros.
  - Ayudar a los pacientes a desarrollar un sistema de reposición de las recetas.
- Implementar un enfoque de equipo:
- Implementar un modelo colaborativo basado en el enfoque como equipo.
  - Aplicar políticas para la atención y los procedimientos a fin de mejorar el control de la PA.
  - Respaldar el auto-cuidado y la prevención de problemas.
- Educación sanitaria.
- Sistemas de recuerdo de la pauta e instrucciones básicas.
- Hoja de medicación o tarjeta de tratamiento.
- SPD (Sistemas personalizados de dosificación).

- Sistemas de recuerdo horario.

El incumplimiento es el reflejo de esa falta de coordinación entre los distintos colectivos, y uno de los pilares para que este problema mejore pasaría por una mejor coordinación entre los farmacéuticos comunitarios, los médicos de familia y enfermeros, entre los que se deben establecer flujos de comunicación estables, coordinación de actividades y experiencias conjuntas.

#### 2.2.4. Atención farmacéutica

El farmacéutico comunitario se encuentra en primera línea para luchar contra este problema, ya que es un profesional de la salud accesible. Suele ser el último profesional sanitario con quien el paciente mantiene contacto antes de iniciar su tratamiento. Por ello, tiene su parte de responsabilidad dentro del equipo interdisciplinar de salud, en la detección de este tipo de pacientes y en fomentar una buena adherencia de los medicamentos dispensados en la oficina de farmacia. Para ello, dispone de herramientas como la dispensación activa y el seguimiento farmacoterapéutico que le pueden permitir la identificación y corrección de esta conducta anómala.

La atención farmacéutica, permite conocer la farmacoterapia del paciente y valorar resultados clínicos negativos de la medicación. En ella, la educación sanitaria es un elemento primordial y mediante información oral y escrita, aportará los conocimientos suficientes que permita una correcta utilización de los medicamentos. También, debe intentar resaltar la importancia de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (hábitos Higiénico–Dietéticos adecuados a su patología). Por su parte, el registro de las dispensaciones va a permitir realizar valoraciones indirectas de la adherencia.

La meta que pretende conseguir la atención farmacéutica es optimizar la calidad de vida relacionada con la salud del paciente y lograr resultados clínicos positivos. Por tanto, el farmacéutico debe incorporarlo a la práctica asistencial habitual y una vez identificado intervenir para corregirlo.



## 2.3. Metodología Delphi

### 2.3.1. Concepto

El método Delphi es un método formal y sistemático para la obtención de consenso entre expertos. Podría definirse como una encuesta de distintas etapas a la que un grupo de expertos contesta de manera anónima y aislada con el fin de hallar el consenso en sus opiniones. Se basa en la premisa de que la opinión consensuada de un grupo de expertos tiene mayor validez que la opinión aislada de cada uno de ellos por separado.<sup>4</sup>

El rango de aplicaciones de la técnica se ha ido ampliando con el tiempo. En el contexto de la investigación en ciencias de la salud se utiliza en aquellas situaciones en las que se pretende evaluar el consenso de opiniones en un colectivo.<sup>5</sup>

### 2.3.2. Origen y evolución

La primera aplicación experimental del método data de 1948, cuando un grupo de estadísticos, intentando predecir los resultados de las carreras de caballos, observaron que los jugadores perdían menos dinero cuando basaban las apuestas en la opinión consensuada.<sup>4</sup> El método se comenzaría a desarrollar de una manera más sistemática en los primeros años de la guerra fría.<sup>6</sup>

Los resultados y la metodología del proyecto no se publicaron hasta 1962. A partir de este momento se aplicó en multitud de áreas y disciplinas.<sup>7</sup>

A nivel metodológico, el método ha continuado refinándose y en la actualidad, las nuevas tecnologías y el hecho de que la metodología Delphi es compatible

---

<sup>4</sup> Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi technique in nursing and health research. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.

<sup>5</sup> Berra A, Marín I, Reyes G. Metodología de expertos. Consenso en Medicina. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.

<sup>6</sup> Custer RL, Scarcella JA, Stewart DR. The modified Delphi technique: a rotational modification. Journal of Vocational and Technical Education. 1999;15:50-8.

<sup>7</sup> Dalkey N, Helmer O. Delphi technique: characteristics and sequence model to the use of experts. Management Science. 1963; 9: 458-67.

con una deslocalización geográfica de los participantes, han marcado una reciente explosión en la aparición de estudios basados en esta metodología.<sup>8</sup>

### 2.3.3. Funcionamiento

En su forma original, "Delphi clásico", se basa en la entrega de un cuestionario a un panel de expertos de un determinado campo en el que se les pregunta su opinión sobre un tema concreto. Las opiniones resultantes se incorporan de forma anónima al cuestionario a modo de retroalimentación. Esta nueva versión modificada del cuestionario se vuelve a entregar a los expertos para que vuelvan a contestar a las preguntas (pudiendo variar sus respuestas respecto a la ronda anterior), teniendo esta vez en consideración la información recién aportada.<sup>9</sup>

Este proceso se va repitiendo durante una serie de rondas (dos rondas en nuestro caso). Una vez obtenidas las respuestas de la segunda entrega, el conductor del estudio elaborará sus conclusiones a partir de la interpretación y la explotación estadística de los datos obtenidos.<sup>9</sup>

### 2.3.4. Características

De forma general, podemos afirmar que los rasgos que constituyen los atributos característicos del método Delphi son los enumerados a continuación:<sup>10</sup>

- Los expertos expresan su opinión respecto a los diversos ítems de un cuestionario en varias rondas consecutivas, pudiendo cambiar libremente sus respuestas.
- En cada ronda posterior se facilita un resumen a los expertos informando de las opiniones aportadas por el resto.

---

<sup>8</sup> TechCast Global, Inc. The TechCast Project. Washington: TechCast; 1998. Disponible en: <http://www.techcastglobal.com/>.

<sup>9</sup> Masdeu Ávila C. Metodología Delphi en salud. Hipertens riesgo vascul. 2015; 32 (supl 1): 12-16.

<sup>10</sup> Rowe G, Wright G. The Delphi technique as forecasting tool: issues and analysis. International Journal of Forecasting. 1999; 15: 353-75.

- Dicha información se muestra de manera anónima, diluyendo así sesgos derivados de la existencia de figuras dominantes de opinión, favoreciendo la libre expresión.
- La retroalimentación de información resultante de mostrar la distribución de opiniones al propio grupo de expertos modifica a su vez sus opiniones, tendiendo así al consenso.
- Al mismo tiempo, la no obtención de consenso en un ítem se convierte en un indicador de controversia altamente informativo.
- Una característica que diferencia al método Delphi es que no usa muestras aleatorias de individuos ni busca una representación estadística del panel respecto a una población mayor; por contra, busca la opinión de un grupo de expertos que puedan realizar contribuciones válidas y que posean conocimientos basados en la práctica y la experiencia.<sup>11</sup>

#### 2.4. Justificación del estudio.

En las últimas revisiones de la Cochrane<sup>12</sup> se ha concluido que para mejorar el control de las patologías crónicas es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen más para vencer el incumplimiento terapéutico en los pacientes y la

---

<sup>11</sup> Baker J, Lovell K, Harris N. How expert are the experts? A exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. Nurse Res. 2006; 14:59-70.

<sup>12</sup> Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2).

Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19; (4).

Jeffery RA, Navarro T, Wilczynski NL, Iserman EC, Keepanasseril A, Sivaramalingam B, et al. Adherence measurement and patient recruitment methods are poor in intervention trials to improve patient adherence. J Clin Epidemiol. 2014 Oct; 67(10):1076-82.

Nieuwlaat R, Wilczynski NL, Navarro T, Hobson N, Jeffery RA, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 20; 11.

inercia clínica. Siendo preferible que este análisis se hiciera de forma individualizada por patología crónica, para valorar si existen diferencias entre el incumplimiento de los pacientes hipertensos con el incumplimiento de otras patologías crónicas, como pueden ser: el asma, la EPOC, la artrosis, la osteoporosis, las dislipemias, la diabetes, etc. Las principales razones por las que se debe individualizar la investigación sobre el incumplimiento por patologías es valorar si existen diferencias entre ellas por las diferentes connotaciones clínicas que presenta cada patología.

Pensamos que con los resultados que se obtendrán con la realización de este proyecto se podrá elaborar un documento de consenso para mejorar el proceso clínico de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en los centros de atención primaria. De hecho, en esta línea de investigación se ha iniciado una colaboración con la SEFAP y el colegio de farmacéuticos de Alicante para potenciar esta línea de investigación/formación entre todos sus afiliados que lo soliciten. Se trata por tanto, de una investigación pionera fruto de la colaboración entre la Universidad Miguel Hernández con los departamentos de medicina clínica y farmacia.

### **3. ANTECEDENTES**

No hay estudios sobre cumplimiento terapéutico utilizando metodología cualitativa en oficinas de farmacia. Por ello, creemos que una de las principales fortalezas de nuestro estudio es las afirmaciones sobre el cumplimiento terapéutico de nuestra investigación realizada, pues aporta un inicio relevante de investigación clínica que tiene que finalizar con mas investigación cualitativa, en el que los panelistas no sean solo farmacéuticos de oficina de farmacia, sino expertos de todos los profesionales sanitarios que participan en la toma de decisiones en el paciente hipertenso.

La importancia de aportar este tipo de investigación es que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular, es

capaz de precipitar una trombosis y por si mismo, romper arterias. De mi formación en patología clínica nos han indicado que la reducción de los eventos cardiovasculares en nuestro país se debe a dos factores: la mejora de los tratamientos sobre todo a nivel hospitalario y el mejor control de los factores de riesgo cardiovascular. Dentro de este mejor control nadie duda que el incumplimiento terapéutico es la principal causa en los pacientes hipertensos para que éstos no consigan los objetivos deseados. De ahí la importancia de realizar estudios cualitativos que profundicen en las causas de este importante cumplimiento en la actualidad.

#### **4. HIPÓTESIS**

A través del método Delphi basado en una metodología cualitativa que se basa en la búsqueda de un acuerdo entre un grupo de expertos de manera privada y anónima. Queremos alcanzar un consenso entre profesionales farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia y que se consideran expertos en cumplimiento terapéutico por su experiencia y motivación al tema, para vencer el problema del incumplimiento en la práctica clínica. Para ello se valorará la identificación de las barreras que dificultan el buen cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos.

Mediante el enunciado de esta hipótesis, queremos delimitar el marco teórico de nuestra investigación clínica. Se acepta que el incumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos españoles al tratamiento farmacológico es del 50%, y a las medidas higiénico-dietéticas del 95%<sup>13</sup>. Mucho esfuerzo y dinero se gasta en medicamentos pero nadie se pregunta si el paciente los toma o no. Hipócrates decía a sus discípulos que llevaran cuidado cuando preguntaban a los pacientes si cumplen, pues ellos le van a mentir para tenerlos contentos.

---

<sup>13</sup> Dr. Vicente Gil Guillén. Apuntes de clase patología clínica: Papel del farmacéutico para vencer el Incumplimiento y la Inercia Terapéutica de Patología Clínica. San Juan, Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2015.

De los estudios realizados en centros de salud se extrae la conclusión de que en el sistema sanitario pocos son los profesionales que preguntan a sus pacientes si cumplen con el tratamiento. Se indica que las oficinas de farmacia deben participar en este proceso pero faltan investigaciones que nos indiquen si en el momento actual se están realizando o no. Por ello, a través de una hipótesis de carácter descriptivo basado en una metodología cualitativa, nuestro marco teórico sería conocer la opinión de los farmacéuticos a la hora de identificar las barreras se encuentran para modificar el incumplimiento terapéutico en los pacientes que acuden a las oficinas de farmacia, y qué papel tienen que desempeñar estos farmacéuticos para vencer este importante problema en la práctica clínica.

## **5. OBJETIVO**

En este apartado vamos a delimitar la pregunta que hemos planteado en la hipótesis y que queremos investigar a través de sus tres componentes principales: factor de estudio, criterio de evaluación y población diana.

A través de una investigación cualitativa utilizando el método Delphi basado en la opinión de expertos farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia, queremos establecer un consenso para conocer las barreras que están dificultando el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos que acuden a las oficinas de farmacia. La importancia de su conocimiento radica en que se pueden establecer estrategias para modificarlas en la práctica clínica.

Con ello, el factor de estudio sería conocer cuáles son las barreras que, a opinión del farmacéutico que trabaja en oficina de farmacia, dificultan el buen cumplimiento en los pacientes hipertensos. El criterio de evaluación sería el grado de concordancia y discrepancia con respecto a las afirmaciones que ha consensado el comité científico y que valoran todas las etapas del cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos. Por último la población diana sería los pacientes hipertensos que acuden a las oficinas de farmacia.

## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada se basa en dos artículos publicados por el grupo de investigación cualitativa del departamento de medicina clínica de la universidad Miguel Hernández<sup>14</sup>. En donde se abordan los siguientes criterios:

### 6.1. Introducción

La técnica Delphi permite desarrollar un consenso multidisciplinar para establecer soluciones a las enfermedades crónicas. Faltan estudios en enfermedades como la hipertensión arterial que nos indiquen cuál es la situación de esta entidad crónica en la práctica clínica, qué grado de conocimiento y adecuación presentan los médicos de atención primaria a las guías clínicas y cuáles son las necesidades para mejorar la práctica asistencial de esta patología. A través del acuerdo de facultativos mediante la técnica Delphi podemos conocer las dificultades que en la actualidad presenta esta patología para conseguir el mejor control de los pacientes.

### 6.2. Diseño

Diseño observacional, descriptivo y transversal a través de la utilización de investigación cualitativa, seleccionando la técnica Delphi. Periodo: abril - mayo de 2015. Dos vueltas de consulta a través de internet.

### 6.3. Participantes

Participaran 10 panelistas seleccionados entre farmacéuticos que trabajan en oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana. Han sido escogidos por conveniencia al ser considerados expertos en temas de cumplimiento, e

---

<sup>14</sup> Carratalá Munera MC., Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Maiques-Galán A, Lago-Deibe F, Lobos-Bejarano JM, Brotons-Cuixart C, Martín-Rioboó E, Álvarez Guisasola F. Estudio de consenso en la gestión integral del paciente con dislipemia. Fan Medicine (En prensa).

Carratalá Munera MC, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Navarro-Pérez J, Caballero-Martínez F, Álvarez Guisasola F, García-Soidán J, On behalf of the "Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus" Research Group. The International Journal of Clinical Practice.

invitados a participar de manera directa, sin relación entre ellos. Los panelistas seleccionados recibirán por correo electrónico un mensaje de invitación a participar en este proyecto, al que deberán responder si están interesados por este mismo medio otorgando su consentimiento de participación. La participación efectiva se produce mediante la cumplimentación de los cuestionarios que previamente se les habrá suministrado en formato papel o por correo electrónico. Entre el primer y segundo envío a los participantes se les dará información sobre las preguntas que no han conseguido consenso.

#### 6.4. Análisis estadístico

Para valorar el análisis estadístico entre el primer y el segundo envío se realizan proporciones y medias. Las preguntas que se mandan en segundo envío tras la notificación a los farmacéuticos son aquellas que no consiguen el nivel mínimo consensuado de acuerdo, establecido en un 80%. Hemos querido valorar el grado de concordancia y discrepancia entre los resultados obtenidos entre la primera y segunda ronda de los farmacéuticos de oficina de farmacia con los obtenidos con 5 farmacéuticos que trabajan en hospitales atendiendo problemas de pacientes en atención primaria, también seleccionados por conveniencia por el tutor del trabajo al considerarlos expertos en temas de cumplimiento terapéutico con la patología de estudio.

En este planteamiento vamos a establecer la siguiente hipótesis: hipótesis nula (no existen diferencias en los acuerdos y discrepancias entre los farmacéuticos de farmacia comunitaria y los farmacéuticos hospitalarios), y la hipótesis alternativa (existen diferencias entre las concordancias y las discrepancias de las 24 preguntas entre los farmacéuticos de comunitaria y los farmacéuticos hospitalarios). Para responder a esta pregunta calculamos el índice kappa con su límite de confianza al 95% y como prueba estadística utilizamos el ji-cuadrado de McNemar con un grado de libertad y se valorará la significación estadística si obtiene un valor de p menor o igual de 0,05.



### 6.5. Criterios de selección

Se considera experto en cumplimiento aquella persona que trabaja en oficinas de farmacia, que atiende a pacientes hipertensos y que muestra interés en temas relacionados con el cumplimiento en pacientes hipertensos.

### 6.6. Aspectos puntuales del tamaño en un estudio cualitativo

En un principio, para este trabajo fin de grado se realiza un estudio piloto en donde se ha seleccionado a 10 panelistas que trabajan en oficina de farmacia y se ha contrastado su opinión con 5 panelistas que trabajan en el servicio de farmacia hospitalaria en atención primaria. Este es un primer estudio que se seguirá con una muestra de 50 panelistas que trabajan en oficina de farmacia y 25 en farmacia hospitalaria y que será motivo de mi tesis doctoral en un futuro.

### 6.7. Aspectos puntuales del muestreo en un estudio cualitativo

El muestreo se elige por conveniencia por la dificultad de encontrar panelistas expertos en temas de cumplimiento terapéutico. La SEFAP (sociedad española de farmacia de atención primaria) está muy preocupada por este tema y de hecho en la futura tesis doctoral se va a reformular las afirmaciones de forma consensuada con ellos en función del resultado de este estudio.

### 6.8. Esquema de desarrollo del estudio

Se presentará este trabajo para optar al trabajo fin de grado de Farmacia ante el tribunal evaluador de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Los pasos seguidos en este trabajo están recogidos en el siguiente esquema y forma parte de una línea de investigación a nivel nacional planteada por la cátedra de medicina de familia del departamento de medicina clínica de la UMH, en colaboración con sociedades científicas médicas y farmacéuticas:

## **FIGURA 3. Pasos seguidos en el estudio.**

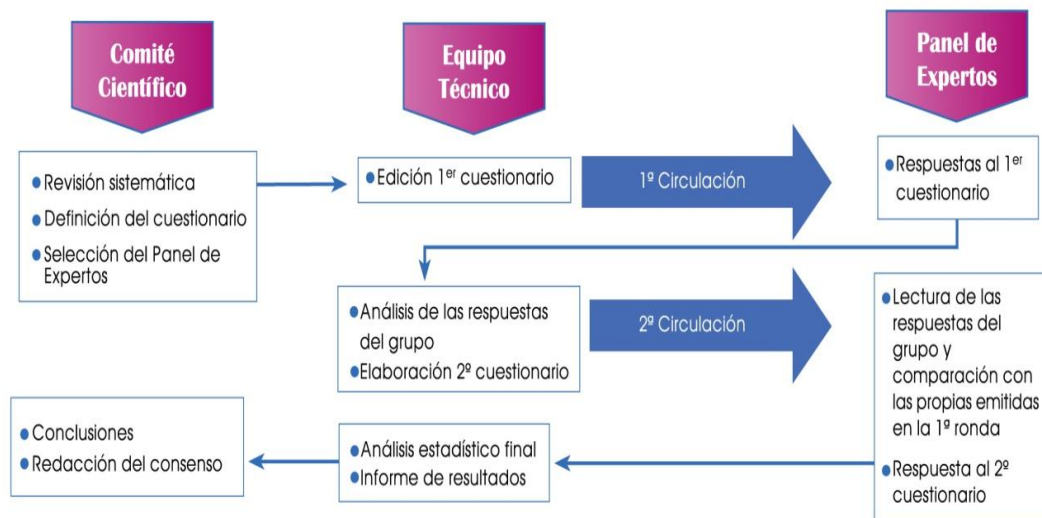


FIGURA 3. En primer lugar, el comité científico formado por el tutor Vicente Gil, Avelino Pereira y yo, Pedro Ruiz, elaboramos el cuestionario y se lleva a cabo la revisión sistemática. Todo ello junto al equipo técnico: Unidad de investigación del departamento universitario de salud del hospital de Elda. Procedemos a la selección de los panelistas (profesionales que cumplan los criterios de selección y ninguno de exclusión). Tras la 1ª circulación de la encuesta el comité científico analiza los datos, elaboramos el 2º cuestionario y se realiza la 2ª circulación, la intervención aquí será indicar a los panelistas que en las preguntas que se van a mandar no se ha alcanzado el acuerdo esperado. Por último, procedemos al análisis estadístico. Aspectos éticos: tras consultar con la unidad de investigación del departamento de salud del hospital de Elda, se explica al experto lo que se hará y da la autorización por email.

### 6.9. Ámbito de estudio

Las oficinas de farmacia que han colaborado en este estudio han sido:

1. Farmacia María José Bonmatí Gómez (Santa Pola, Alicante).
2. Farmacia Purificación Ruiz Megías (Alicante).
3. Farmacia Alfonso Nuñez-Cacho Canales (Benimantell, Alicante).
4. Farmacia Nicolás Ibáñez Terradez (Mira, Valencia).
5. Farmacia M<sup>a</sup> Asunción Barceló Rodríguez (San Vicente, Alicante).

6. Farmacia M<sup>a</sup> Virtudes Hernández (Elda, Alicante).
7. Farmacia José Climent (Alicante).
8. Farmacia Alberto Jiménez Buendía (Alicante).
9. Farmacia Ángel Rastoll (Alicante).
10. Farmacia Francisca Uris (Alicante).

Los 5 Farmacéuticos hospitalarios que han colaborado con este estudio pertenecen a:

- Hospital Universitario de Elda.
- Hospital General de Alicante.

#### 6.10. Instrumento

Se empleará un cuestionario estructurado con 24 afirmaciones. Respuesta tipo Likert de nueve posiciones para cada una de ellas, remitido y cumplimentado en dos vueltas.

La selección y elección de las afirmaciones se definirá mediante varias reuniones utilizando la técnica de grupo nominal con el comité científico.

En la primera ronda se utilizará el cuestionario que recoge las 24 afirmaciones indicadas a continuación, y tras evaluar y analizar los resultados obtenidos remitidos por los panelistas, se volverá a enviar una segunda ronda con aquellas afirmaciones que no hubiesen alcanzado el consenso.

El grado de acuerdo se valora utilizando medidas de tendencia central y medidas de dispersión. De ellas se utilizará para el trabajo fin de grado la proporción y la media. Se analizan concordancias y discrepancias entre ambos colectivos (índice Kappa y ji-cuadrado de McNemar).

**FIGURAS 4-5. Valoración de ítems.**

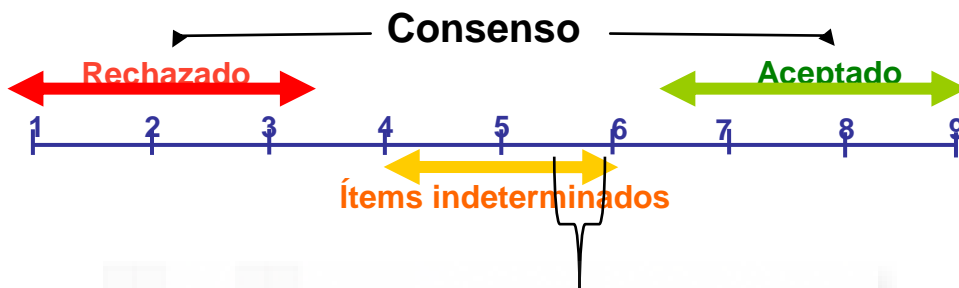
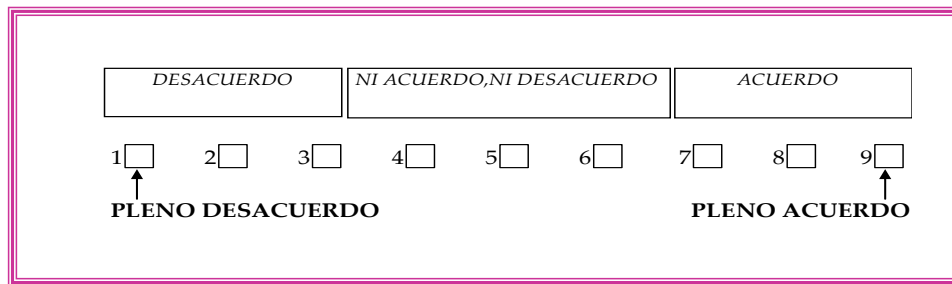


FIGURA 4-5. Valoración de las nueve posiciones de respuesta posibles:

- Puntuaciones 1-3: Afirmaciones rechazadas por los panelistas.
- Puntuaciones 4-6: Afirmaciones indeterminadas por los panelistas
- Puntuaciones 7-9: Afirmaciones aceptadas por los panelistas.

Cuestionario de 24 afirmaciones:

1. Es necesaria una mayor formación en la carrera de Farmacia sobre programas de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial en las oficinas de farmacia.
2. Es necesaria la formación continuada, después de obtener el título de Farmacia, sobre protocolos de cumplimiento terapéutico en las oficinas de farmacia.
3. Existe un trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia comunitaria y los profesionales sanitarios de los centros de salud para mejorar el cumplimiento higiénico-dietético en los pacientes hipertensos.

- 4. Existe un trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia comunitaria y los servicios de farmacia de atención primaria para mejorar el cumplimiento farmacológico en los pacientes hipertensos.**
- 5. Los farmacéuticos en su práctica habitual preguntan a los pacientes hipertensos si cumplen con el tratamiento farmacológico.**
- 6. Los farmacéuticos en su práctica habitual, preguntan a los pacientes hipertensos, si cumplen con el tratamiento higiénico-dietético.**
- 7. Los farmacéuticos en su práctica habitual, preguntan a los pacientes hipertensos las causas por las cuales incumplen el tratamiento higiénico-dietético.**
- 8. Los farmacéuticos en su práctica habitual, preguntan a los pacientes hipertensos las causas por las cuales incumplen el tratamiento farmacológico.**
- 9. Los farmacéuticos, en las oficinas de farmacia tienen que ayudar en la mejora del cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos.**
- 10. En la mejora del cumplimiento del tratamiento farmacológico existen problemas de comunicación entre las oficinas de farmacia y el resto de servicios sanitarios.**
- 11. Habitualmente los farmacéuticos entregan a los pacientes hipertensos hojas recordatorias para mejorar el cumplimiento terapéutico.**
- 12. Habitualmente los farmacéuticos dan consejos a los pacientes hipertensos para mejorar el cumplimiento terapéutico.**
- 13. Es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen más con los profesionales sanitarios de los otros niveles asistenciales para mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos.**

**14. La simplificación del régimen terapéutico-farmacológico es muy eficaz para mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos.**

**15. La simplificación del régimen higiénico-dietético es muy eficaz para mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos.**

**16. En las oficinas de farmacia se debe investigar sobre el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos.**

**17. Actualmente los farmacéuticos integran de forma sistemática protocolos de cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos en las oficinas de farmacia.**

**18. Para el paciente hipertenso es más sencillo cumplir con el fármaco para obtener su control, que realizar medidas higiénico-dietéticas.**

**19. La causa más frecuente de incumplimiento terapéutico en paciente hipertenso son los olvidos.**

**20. Los farmacéuticos preguntan habitualmente sobre las causas de mal control en los pacientes hipertensos que acuden a la oficina de farmacia.**

**21. Los farmacéuticos miden habitualmente el cumplimiento terapéutico en sus oficinas de farmacia.**

**22. Los pacientes hipertensos suelen preguntar en las oficinas de farmacia temas relacionados con el cumplimiento terapéutico.**

**23. Los pacientes hipertensos se quejan del escaso tiempo de consulta en los centros de salud para que les expliquen mejor los temas relacionados con el cumplimiento terapéutico.**

**24. Los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos en las oficinas de farmacia.**

## 7. RESULTADOS

**TABLA 1. Resultados del primer envío.**

<b>Pregunta</b>	<b>Acuerdo N (%)</b>	<b>Ni acuerdo/ Ni desacuerdo N (%)</b>	<b>Desacuerdo N (%)</b>	<b>Opción más votada</b>	<b>Media</b>
<b>1</b>	7 70%	1 10%	2 20%	0,7	6,3
<b>2</b>	10 100%	0 0%	0 0%	1	7,7
<b>3</b>	1 10%	0 0%	9 90%	0,9	2,1
<b>4</b>	0 0%	0 0%	10 100%	1	1,8
<b>5</b>	10 100%	0 0%	0 0%	1	7,6
<b>6</b>	9 90%	1 10%	0 0%	0,9	7,5
<b>7</b>	7 70%	2 20%	1 10%	0,7	6,8
<b>8</b>	8 80%	1 10%	1 10%	0,8	6,9
<b>9</b>	10 100%	0 0%	0 0%	1	8,1
<b>10</b>	8 80%	0 0%	2 20%	0,8	7,0
<b>11</b>	1 10%	4 40%	5 50%	0,5	4,1
<b>12</b>	10 100%	0 0%	0 0%	1	7,7
<b>13</b>	9 90%	0 0%	1 10%	0,9	7,7
<b>14</b>	9 90%	0 0%	1 10%	0,8	7,4
<b>15</b>	9 90%	1 10%	0 0%	0,9	7,5
<b>16</b>	8 80%	2 20%	0 0%	0,8	7,4
<b>17</b>	1 10%	4 40%	5 50%	0,5	4,3
<b>18</b>	7 70%	2 20%	1 10%	0,7	7,3
<b>19</b>	6 60%	1 10%	3 30%	0,6	5,7
<b>20</b>	7 70%	3 30%	0 0%	0,7	6,9
<b>21</b>	4 40%	5 50%	1 10%	0,5	6,3
<b>22</b>	7 70%	2 20%	1 10%	0,7	6,3
<b>23</b>	6 60%	3 30%	1 10%	0,6	6,2
<b>24</b>	5 50%	3 30%	2 20%	0,5	5,8

TABLA 1. En esta tabla se observan los resultados y las medias obtenidas en el primer envío de la encuesta y las preguntas que obtienen consenso son: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16.

**TABLA 2. Resultados del segundo envío.**

Preguntas	Acuerdo N (%)	Ni acuerdo/ ni desacuerdo N (%)	Desacuerdo N (%)	Opción más votada	Media
1	6 60%	3 30%	1 10%	0,7	6,5
7	10 100%	0 0%	0 0%	1	7,6
11	3 30%	3 30%	4 40%	0,4	5,0
17	1 10%	4 40%	5 50%	0,5	4,2
18	9 90%	1 10%	0 0%	0,9	7,5
19	7 70%	3 30%	0 0%	0,7	6,9
20	7 70%	3 30%	0 0%	0,7	7,0
21	5 50%	1 10%	4 40%	0,5	5,6
22	8 80%	2 20%	0 0%	0,8	7,0
23	8 80%	2 20%	0 0%	0,8	7,0
24	3 30%	5 50%	2 20%	0,5	5,4

TABLA2. Se observan los resultados y medias obtenidos en el segundo envío de la encuesta y las preguntas que obtienen consenso son: 7, 18, 22, 23.

Finalmente, podemos afirmar que existe un acuerdo en 17/24 preguntas; se consigue acuerdo en el 70,8%.

**TABLA 3. Tabla de consenso (Barreras).**

BARRERAS
1. Los farmacéuticos creen necesario una formación continuada sobre el cumplimiento terapéutico en el postgrado.



2. No existe, a opinión de los farmacéuticos, trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia y el resto de los servicios sanitarios para modificar el incumplimiento terapéutico.
3. Los farmacéuticos tienen que ayudar en la mejora del cumplimiento terapéutico y existen problemas de comunicación entre ellos con el resto de servicios sanitarios.
4. Es necesario, a opinión de los farmacéuticos, que sus oficinas de farmacia se impliquen más con los profesionales sanitarios del resto de los niveles.
5. La complejidad terapéutica tanto farmacológica como higiénico-dietética empeora el cumplimiento terapéutico.
6. En las oficinas de farmacia, a opinión de sus farmacéuticos, se debe investigar más el cumplimiento terapéutico.
7. A opinión de los farmacéuticos, a los pacientes que acuden a sus oficinas de farmacia les es más sencillo cumplir el tratamiento farmacológico que las medidas higiénico-dietéticas.
8. Los hipertensos que acuden a las oficinas de farmacia, a opinión de sus farmacéuticos, se quejan del escaso tiempo que le dedican sus médicos en consulta para explicarle mejor el cumplimiento terapéutico.

TABLA 3. En la tabla podemos observar las barreras obtenidas con respecto al incumplimiento terapéutico resultantes de las preguntas que obtienen consenso en los dos envíos.

**TABLA 4. Tabla de consenso (Fortalezas).**

FORTALEZAS
1. Los farmacéuticos en sus oficinas de farmacia preguntan por el cumplimiento terapéutico de sus pacientes hipertensos tanto farmacológico como higiénico-dietético.
2. Los farmacéuticos en sus oficinas de farmacia preguntan a sus pacientes hipertensos por las causas de incumplimiento tanto

farmacológico como higiénico-dietético.

3. Los farmacéuticos en sus oficinas de farmacia dan consejo a sus pacientes hipertensos para mejorar el cumplimiento terapéutico y sus pacientes hipertensos suelen preguntar sobre el cumplimiento terapéutico.

TABLA 4. Se presentan las fortalezas encontradas para vencer el incumplimiento por parte de las oficinas de farmacia resultantes del análisis de las afirmaciones que consiguen acuerdo entre los dos envíos.

**TABLA 5. Comparativa entre farmacéuticos de oficina de farmacia/ farmacéuticos hospitalarios. Índice Kappa.**

		FARMACÉUTICOS DE OFICINA DE FARMACIA	
		ACUERDO	NO ACUERDO
F. H O S P I T A L	ACUERDO	11 Preguntas	2 Preguntas
	NO ACUERDO	6 Preguntas	5 Preguntas

TABLA 5. En la tabla se contempla el cálculo del índice kappa a través de una tabla 2x2, en el que se comparan las concordancias y discrepancias en los acuerdos y desacuerdos entre los farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia, y los farmacéuticos que trabajan en el servicio de atención primaria ubicados en los hospitales de referencia.

El índice kappa indica el grado de concordancia observado entre los farmacéuticos de hospital y los de oficina de farmacia una vez eliminado el papel del azar. Tras los cálculos en la TABLA 5 el índice kappa obtenido con su límite de confianza al 95% fue de:

$$\text{Kappa} = 0,31 (-0,08 - 0,70)$$

Esta Interpretación del kappa se considera débil y la prueba estadística para valorar las discrepancias fue de un McNemar que obtuvo una  $p = 0,29$ . Este valor se considera no significativo desde un punto de vista estadístico.

**TABLA 6. Tabla de discrepancias.**

DISCREPANCIAS OBTENIDAS
1. Los farmacéuticos de hospital discrepan con los farmacéuticos de oficina de farmacia en que pregunten por el cumplimiento terapéutico a sus pacientes tanto farmacológico como higiénico-dietético.
2. Los farmacéuticos de hospital discrepan con los farmacéuticos de oficina de farmacia en que pregunten por las causas de incumplimiento a sus pacientes tanto farmacológico como higiénico-dietético.
3. Los farmacéuticos de hospital discrepan con los farmacéuticos de oficina de farmacia en que den consejo para mejorar el cumplimiento terapéutico a sus pacientes hipertensos.
4. Los farmacéuticos de hospital discrepan con los farmacéuticos de oficina de farmacia en que los hipertensos suelen preguntar sobre el cumplimiento en las oficinas de farmacia.
5. Los farmacéuticos hospitalarios opinan que los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento terapéutico de sus hipertensos en las oficinas de farmacia.
6. Los farmacéuticos de hospital también opinan que los farmacéuticos de oficina de farmacia deberían recibir formación sobre cumplimiento terapéutico en el grado.

TABLA 6. Una vez realizado nuestro estudio y comparado con las respuestas que aportaron los farmacéuticos de hospital se valoran las discrepancias obtenidas entre los farmacéuticos que trabajan en las oficinas de farmacia y aquellos que trabajan en el hospital.

## 8. DISCUSIÓN

### 8.1. Interpretación de nuestros resultados

Nuestros resultados nos indican que en las oficinas de farmacia existen problemas importantes con respecto a las actuaciones que se siguen actualmente y que favorecen el incumplimiento en los pacientes hipertensos.

En primer lugar, llama la atención que los panelistas son conscientes del problema existente y reclaman más formación en el postgrado. Al contrario del estudio que se hizo con la misma metodología en pacientes dislipémicos y diabéticos que acuden a las oficinas de farmacia de nuestro ámbito asistencial, los panelistas no piden formación del cumplimiento en el grado. Posiblemente esta explicación estaría justificada porque la SEFAP está dando cursos periódicos formativos de cumplimiento en hipertensión arterial. Pero no se dan éstos ni en la dislipemia ni en diabetes mellitus. No obstante, yo creo que la formación para vencer el incumplimiento terapéutico en las oficinas de farmacia debería iniciarse en el grado de farmacia. Según mi experiencia los farmacéuticos de mi promoción son más proactivos a la hora de identificar el incumplimiento terapéutico con respecto a los farmacéuticos que he podido observar en las oficinas de farmacia con los pacientes. En relación a este tema, a mi juicio, aún sería más beneficioso y productivo para los estudiantes que la asignatura de Patología Clínica se impartiera en un curso más avanzado del grado, y no en segundo curso; ya que, en un curso tan inicial los estudiantes no tenemos conocimientos suficientes sobre el tratamiento farmacológico de las patologías que en ella se tratan. Por otra parte, cursando dicha asignatura en cursos finales, nos graduaríamos con los conocimientos más recientes sobre patologías crónicas, muy importantes en el día a día de una oficina de farmacia, mejorando así nuestra salida al mundo laboral. De hecho los farmacéuticos de hospital no están de acuerdo con los de oficina de farmacia y piensan que se debería impartir formación en grado, y no solo en postgrado.

En segundo lugar, destaca la afirmación unánime que ha habido a la hora de indicar que no existe un trabajo en equipo entre las oficina de farmacia y el

personal sanitario pertenecientes a la *consellería* de sanidad para mejorar el cumplimiento terapéutico, higiénico-dietético y farmacológico en los pacientes hipertensos. Estas afirmaciones son de vital importancia y corroboran las conclusiones de la última revisión Cochrane<sup>15</sup>, en el que se indica que para mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular y minimizar el incumplimiento como principal causa de esta falta de control, es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen en la mejora del cumplimiento en los pacientes que acuden. Esta implicación lleva consigo un trabajo en equipo con el resto de los profesionales sanitarios. A priori, mi opinión sobre el tema concuerda con los resultados obtenidos, es decir, esperaba que se manifestara la poca colaboración existente entre los farmacéuticos de oficina de farmacia y los profesionales que ejercen en los centros de salud. A mi juicio, esto se debe a que a pesar de pertenecer al mismo colectivo, no tienen los mismos objetivos laborales ni prioridades, dividiéndose así en dos sectores, que después del estudio realizado, observamos que están bastante distanciados. Por ello, esta investigación cualitativa debe ser el punto de partida para alcanzar metas comunes. Para ello, sería necesario realizar una investigación de este tipo donde los panelistas fueran no solo de oficina de farmacia sino también médicos de atención primaria, enfermeros, etc. Posiblemente, es tras realizar este estudio, me he dado cuenta de la importancia que tienen los conceptos de incumplimiento e inercia explicados en la formación de Grado en Farmacia dentro de la asignatura Patología Clínica.

---

<sup>15</sup> Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2).

Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19; (4).

Jeffery RA, Navarro T, Wilczynski NL, Iserman EC, Keepanasseril A, Sivaramalingam B, et al. Adherence measurement and patient recruitment methods are poor in intervention trials to improve patient adherence. *J Clin Epidemiol.* 2014 Oct; 67(10):1076-82.

Nieuwlaat R, Wilczynski NL, Navarro T, Hobson N, Jeffery RA, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 20; 11.

Me han sorprendido mucho las fortalezas que he obtenido en mi estudio. Tanto el hecho de que los panelistas consultados indiquen que preguntan en las oficinas de farmacia sobre el cumplimiento higiénico-dietético y farmacológico de los antihipertensivos, como el hecho de que dan consejo para vencer el cumplimiento a los pacientes y que pregunten por las causas por las cuales incumplen los tratamientos, nos indicaría que en las oficinas de farmacia existen protocolos para vencer el incumplimiento, cuando estos protocolos no existen en centros de salud. Estas afirmaciones entran en contradicción en nuestro estudio, ya que, al preguntar a los mismos farmacéuticos si en sus farmacias existen protocolos que aborden el incumplimiento no se ha alcanzado un consenso. Es decir no hay protocolo, pero abordan el problema de la falta de adherencia en los pacientes hipertensos. Estas fortalezas no han sido obtenidas en el estudio con pacientes diabéticos y dislipémicos, de ahí la importancia de investigar los factores de riesgo cardiovascular por separado en la práctica clínica. Al preguntar a mi tutor y a los farmacéuticos el motivo de estas diferencias, se ha llegado a la conclusión de que posiblemente la justificación sería que la SEFAP lleva años dando cursos formativos para vencer el incumplimiento solo en hipertensión arterial. En mi opinión, puede ser que los cursos de la SEFAP hayan influido para que se den estos resultados, pero la principal razón podría radicar en que en las oficinas de farmacia se dispone de material (tensiómetros y aparatos semiautomáticos de medida) para tomar la tensión regularmente a los pacientes, consiguiendo así tener información inmediata en el seguimiento y diagnóstico de la hipertensión. De este modo, el farmacéutico se implica más con el paciente que acude con esta patología que con otras, como la diabetes y la dislipemia.

Los farmacéuticos hospitalarios que no pertenecen a la SEFAP no están de acuerdo en las fortalezas encontradas y piensan que no se llevan a cabo estas acciones para vencer el incumplimiento. No creen que se pregunte, que se dé consejo, ni que se busquen las causas de la falta de adherencia. Ello justificaría un estudio cualitativo en el que se preguntaran las causas de estas diferencias ante las mismas afirmaciones.

Se debería hacer un esfuerzo en las oficinas de farmacia en cuestiones, que de cumplirse, serían buenas estrategias conductuales futuras para mejorar el cumplimiento, como es la entrega a los pacientes de hojas recordatorias en la mejora de la adherencia. Al contrario de lo que yo pensaba, estas intervenciones no se hacen de forma sistemática en los pacientes hipertensos que acuden a las oficinas de farmacia. De hecho, en la revisión Cochrane se les pide a las oficinas de farmacia que en pacientes complejos, polimedicados y pluripatológicos se oferten estrategias conductuales como dispensarios de medicación dentro de una estrategia mixta en la que se aúnen también intervenciones educativas y organizativas. También, estoy totalmente de acuerdo cuando los farmacéuticos indican que tienen que ayudar en la mejora del cumplimiento y que existen problemas de comunicación entre las oficinas de farmacia y el resto de servicios sanitarios. En cuanto al consenso de estas afirmaciones, consideramos que es el momento inicial de cualquier estrategia de intervención que se haga en el modelo sanitario para vencer la falta de adherencia: los farmacéuticos quieren ayudar y quieren mejorar la comunicación con los profesionales sanitarios.

En el modelo sanitario español va a haber un cambio ya que se va a pasar de un modelo de agudos a un modelo de crónicos. En éste, el paciente y la familia es experta en autocuidados y proactivos en temas relacionados con su medicación. En este modelo es fundamental la buena comunicación con respecto al cumplimiento terapéutico entre todos los integrantes del modelo sanitario y ello va a generar que el resultado obtenido deba cambiar buscando un objetivo común, que es la buena comunicación entre paciente, familia, farmacéuticos, médicos y enfermeros para vencer el incumplimiento terapéutico en la práctica clínica. Para ello, tal como han indicado los panelistas en el estudio, es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen más con los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales para mejorar el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos.

Como se muestra en otros estudios utilizando la metodología cuantitativa, la simplificación tanto de regímenes higiénico-dietéticos como del tratamiento

farmacológico, mejora el cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos.<sup>16</sup>

Llama la atención que los farmacéuticos no se pongan de acuerdo de que el olvido sea la principal causa del incumplimiento, ya que, según la literatura consultada el olvido sí es la principal causa.<sup>16</sup>

Un resultado esperado fue el acuerdo obtenido en el cual, a los pacientes hipertensos, les es más sencillo cumplir con el fármaco que realizar las medidas higiénico-dietéticas. De hecho en los estudios consultados, el incumplimiento a las medidas higiénico-dietéticas oscila entre un 90-95% y al farmacológico todos están de acuerdo en que su porcentaje oscila alrededor del 50%.<sup>16</sup> Es más fácil tomar un fármaco que modificar malos hábitos alimentarios y hacer ejercicio en un paciente sedentario.

Justificado por la falta de trabajo en equipo y el índice kappa tan débil que se ha obtenido con los farmacéuticos de hospital, fue esperado que éstos piensen que los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento de los pacientes hipertensos en oficina de farmacia, cuando los farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia piensan que los equipos de atención primaria no estarían encantados

---

<sup>16</sup> Perseguer-Torregrosa Z, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Pita-Fernández S, Carratalá-Munera C, Pallares-Carratalá V, et al. Magnitude of pharmacological nonadherence in hypertensive patients taking antihypertensive medication from a community pharmacy in Spain. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014 Dec; 20(12):1217-25.

Márquez-Contreras E, Gil-Guillen VF, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Martell-Claros N, et al. Working group in Non-compliance and Inertia in hypertensive Spaniards at high cardiovascular risk: CUMPLE study. *Curr Med Res Opin*. 2014 Jan; 30(1): 11-7.

García-Pérez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2013 Dec; 4(2): 175-94.

Márquez-Contreras E, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Gil-Guillen VF, Martín-de Pablos JL, et al. Do patients with high vascular risk take antihypertensive medication correctly? CUMPLE-MEMS Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012 Jun; 65(6): 544-50.



de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento en sus farmacias. Pero, ya hemos comentado que la opinión que tienen los farmacéuticos en oficina de farmacia va en contra de los resultados reflejados en la revisión Cochrane, en los que las oficinas de farmacia se deberían implicar al máximo en esta medición.

Por último, quiero manifestar mi opinión de que los miembros de este equipo estamos totalmente de acuerdo en que falta investigación en oficina de farmacia sobre el incumplimiento y por ello, se justifican estos estudios pioneros.

## 8.2. Interpretación de nuestros resultados con otros estudios

Dos son los estudios que hemos encontrado y que pertenecen al departamento de medicina clínica realizados con metodología cualitativa, uno en la diabetes y otro en la dislipemias. En ellos, los panelistas son médicos de atención primaria y enfermeros, y en ambos se concluye que se deben de abordar las causas por las cuales incumplen los pacientes, para así, conseguir un mayor control de sus patologías. También indican que sería importante conocer la opinión de los farmacéuticos con respecto a las barreras que a su juicio están sucediendo para que estos pacientes con riesgo cardiovascular no consigan los buenos controles esperados.<sup>17</sup>

Sobre hipertensión arterial en nuestro país se ha hecho el estudio "Simplitens"<sup>18</sup> con metodología cualitativa pero, no han valorado el

---

<sup>17</sup> Carratalá Munera MC., Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Maiques-Galán A, Lago-Deibe F, Lobos-Bejarano JM, Brotons-Cuixart C, Martín-Rioboó E, Álvarez Guisasola F. Estudio de consenso en la gestión integral del paciente con dislipemia. Fan Medicine (En prensa).

Carratalá Munera MC, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Navarro-Pérez J, Caballero-Martínez F, Álvarez Guisasola F, García-Soidán J, On behalf of the "Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus" Research Group. The International Journal of Clinical Practice.

<sup>18</sup> Martell-Claros N, Morales-Olivas FJ, De La Figuera M. Explorando el contexto del tratamiento antihipertensivo en Atención Primaria. Estudio SIMPLITENS. Hipertens Riesgo Vasc. 2015; 32(Supl 1):3-11.

cumplimiento sino que han descrito la situación del tratamiento antihipertensivo en atención primaria en España. Llegan a la conclusión de que parece aconsejable diseñar acciones formativas sobre dicho tratamiento a los médicos de atención primaria.

### 8.3. Fortalezas y debilidades de nuestro estudio

Por un lado, la principal fortaleza de nuestro estudio es la idea clínica que se ha investigado. De hecho faltan estudios que aborden este problema y las últimas revisiones de la Cochrane están indicando que en la cadena para vencer el incumplimiento terapéutico se impliquen de una vez por todas los farmacéuticos en la toma de decisiones.

Otra fortaleza del estudio es que constituye la puerta de entrada de otras investigaciones cualitativas y cuantitativas que aborden este importante problema en la práctica clínica. De los temas tratados se desprende que falta formación, falta protocolización de abordar este problema en la práctica clínica, falta trabajo en equipo y existen problemas de comunicación. Los farmacéuticos son conscientes de que se tienen que mejorar estos aspectos y que deben de ayudar para mejorar el control de sus pacientes hipertensos.

La fortaleza de la metodología cualitativa se basa principalmente en buscar expertos que aúnan su opinión sobre problemas importantes y también, en la retroalimentación y difusión de esta información a sociedades científicas y colegios farmacéuticos en el que facilitan las estrategias de intervención, sobre todo en aquellas afirmaciones en donde existe mucha controversia. Otras fortalezas del método cualitativo son que no es necesaria una muestra aleatorio de individuos ni se busca una representatividad estadística de los panelistas, ya que, lo que se pretende es buscar una opinión consensuada de un grupo de farmacéuticos expertos que puedan realizar contribuciones válidas y que posean conocimientos basados en su práctica y en su experiencia.

Una de las ventajas de nuestro estudio ha sido realizarlo a través de internet, ya que, muchos autores piensan que si las entrevistas son cara a cara entre el

panelista y el investigador, ello puede influir en sus respuestas.<sup>19</sup> También el hecho de haber mandado a los panelistas por internet las preguntas discrepantes hace que el investigador no influya en las opiniones posteriores. Con ello, se minimiza mucho el sesgo de medición.

Por otro lado, la principal debilidad de nuestro estudio es que se trata de un estudio piloto con solo 10 panelistas de oficina de farmacia y 5 de farmacia hospitalaria y, posiblemente, debido a que los números ideales de panelistas oscilan entre 30 y 40, algunas afirmaciones pueden cambiar el acuerdo o el desacuerdo. Para ello, y de cara a evaluar en este estudio piloto la adecuación, se ha buscado expertos farmacéuticos motivados en el tema y con mucha experiencia.

En el estudio se ha respetado el anonimato de los farmacéuticos pero algunos autores<sup>19</sup> señalan que ello suele suponer una desventaja en la metodología Delphi, al librar a los panelistas de responsabilidades con respecto a sus opiniones.

Uno de los problemas que puede implicar cierto sesgo de selección es que no existen criterios a la hora de determinar de una manera sistemática la selección de panelistas y quien es el apropiado o no para formar dicho grupo. En nuestro estudio debido a que no existen de por sí expertos farmacéuticos en cumplimiento terapéutico, hemos hecho el muestreo por conveniencia en función del conocimiento que se tiene del fármaco con respecto a su grado de motivación en temas de cumplimiento terapéutico, ya que, lo aborda en su práctica clínica día a día y lo intenta vencer.

Otro punto de conflicto en la técnica Delphi es elegir el nivel de consenso, que es arbitrario y que difiere en cada estudio, lo que dificulta la posibilidad de comparar resultados de diferentes estudios para evaluar la validez de estos. La mejor forma de minimizar este problema es siendo exigente y poner el porcentaje de acuerdo a partir del encima del 80%.

---

<sup>19</sup> Sackman H. Delphi-critique: expert opinion, forecasting and group process. Massachusetts: Lexington Books; 1975.

Por último, hay que tener siempre presente que la metodología cualitativa no se basa en ningún tipo de evidencia experimental, sino que deriva de las opiniones y percepciones de los expertos, que ocuparían la posición mas baja en la jerarquía de la evidencia.<sup>20</sup>

Por tanto, y sea cual sea la composición del panel de expertos, los resultados de un estudio Delphi deben considerarse meramente orientativos y cualitativamente inferiores a cualquier otra afirmación que contenga una base empírica o experimental. Pero para el tema tratado en este estudio, que es mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos, la única forma de investigar es a través de esta metodología.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50, A guideline developer's handbook, Updated October 2014. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>.

Oxford Centre for Evidences. Levels of Evidence (March 2009). Disponible en: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>.

<sup>21</sup> Perseguer-Torregrosa Z, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Pita-Fernández S, Carratalá-Munera C, Pallares-Carratalá V, et al. Magnitude of pharmacological nonadherence in hypertensive patients taking antihypertensive medication from a community pharmacy in Spain. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014 Dec; 20(12):1217-25.

Márquez-Contreras E, Gil-Guillen VF, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Martell-Claros N, et al. Working group in Non-compliance and Inertia in hypertensive Spaniards at high cardiovascular risk: CUMPLE study. *Curr Med Res Opin*. 2014 Jan; 30(1): 11-7.

García-Pérez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2013 Dec; 4(2): 175-94.

Márquez-Contreras E, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Gil-Guillen VF, Martín-de Pablos JL, et al. Do patients with high vascular risk take antihypertensive medication correctly? Cuple-MEMS Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012 Jun; 65(6): 544-50.

## 9. CONCLUSIÓN

1. En las oficinas de farmacia para modificar el incumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos en la práctica clínica son necesarias una serie de medidas que deberían integrarse de forma sistemática:
  - Trabajo en equipo con el resto de profesionales sanitarios.
  - Mejora de la comunicación entre los distintos componentes del sistema de salud.
  - Reducir la complejidad terapéutica tanto farmacológica como higiénico-dietética.
  - Integrar de forma consensuada con los profesionales sanitarios un protocolo para vencer el incumplimiento que aúne métodos de medición, estudios de causas y factores y estrategias para su modificación
2. Es necesaria una mayor formación sobre el cumplimiento terapéutico una vez finalizados los estudios de Grado.
3. Existe una débil concordancia entre los farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia y los farmacéuticos hospitalarios, con muchas discrepancias que deben ser abordados en estudios conjuntos invitando a panelistas que representen a todos los profesionales sanitarios y a sociedades científicas.
4. Es imprescindible una mayor investigación sobre el cumplimiento terapéutico en las oficinas de farmacia.