

Diseño e implementación de una estrategia para el mejoramiento del cumplimiento farmacoterapéutico en el paciente hipertenso

*Iván Francisco Bernal**

*José Julián López*¹*

*Bárbara Emilse Gerena***

Resumen

Este estudio descriptivo, de corte transversal del tipo antes / después, llevado a cabo en el CAMI de Suba en un periodo comprendido entre el 15 de febrero al 5 de agosto de 2000, consistió en una evaluación preliminar con 25 pacientes ambulatorios para determinar sus necesidades educativas. Se utilizaron 5 métodos para evaluar el cumplimiento de la farmacoterapia. El cumplimiento se determinó mediante el “conteo de tabletas” en la casa del paciente. Basados en estos resultados, el programa educacional consistió: 1) Una entrevista para aclarar y hacer énfasis en la farmacoterapia; se les entregaron instrucciones escritas relacionados con la hipertensión arterial y un calendario de medicación, 2) Una visita domiciliaria para incrementar el soporte familiar del paciente; se realizó con tres pacientes. La prevalencia del no-cumplimiento es del 60% con el conteo de tabletas. El programa educativo incrementó el cumplimiento farmacoterapéutico, tuvo un efecto favorable sobre la presión arterial sistólica, mientras que en la presión arterial diastólica no se produjo ningún cambio e incrementó los conocimientos con respecto a la HTA y la farmacoterapia.

Palabras clave: Atención Farmacéutica - Adherencia - Hipertensión

Recibido para evaluación: Junio de 2001

Aprobada para publicación: Agosto de 2001

* Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Farmacia, A.A. 14490, Bogotá D. C., Colombia

¹ jjlopez@ciencias.unal.edu.co

** Hospital de Suba. Bogotá, D.C., Colombia

Summary

Design and implementation of an strategian to improve compliance pharmacoterapeutic in patients whit Hipertension

This study descriptive, design with before and after observations, it was conducted at the CAMI of Suba between 15 february- 5 august 2000. It consisted in a diagnostic baseline survey of 25 hypertensive outpatients to determine their educational needs. Five indirect methods were used to evaluate therapeutic compliance. Based on these finding an educational program consisting of 1) An exit interview to clarify and emphasize drug therapy; patients were give written treatment instruction concerning hypertension and they were give and medication calendars 2) Home visit to increased family support for the patient; it was possible carry out with three patients. The prevalence no-compliance was 60% with the counting of tablets. The educational program increased reported compliance with medication and there was a favourable effect on blood systolic control, while the blood diastolic remained unchanged and increased patient knowledge and more appropriate patient belief regarding hypertension and its drug therapy.

Key words: Pharmaceutical care - Compliance - Hipertension.

Introducción

En el servicio de consulta externa del Hospital de Suba, la hipertensión arterial es la principal patología para un grupo etáreo de 45-59 años y mayores de 60 años en la fecha comprendida entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 1999. En consulta por urgencias la hipertensión arterial es la segunda patología que se presenta en el CAMI de Suba para un grupo etáreo de 45-59 años y es la primera patología para un grupo etáreo de 60 y más años, comprendido entre la fecha del 1 de enero y el 31 de marzo (1). Como es bien conocido, la HTA puede desencadenar diversas patologías como enfermedad coronaria, falla cardiaca, renal y los eventos cerebrovasculares a los cuales se puede disminuir su incidencia mediante los servicios de atención primaria, detectando los problemas relacionados con los medicamentos como por ejemplo, el incumplimiento de las terapias farmacológicas (2).

El incumplimiento farmacoterapéutico en países desarrollados puede superar el 50%, sin haberse establecido en países subdesarrollados

cuál puede ser el grado de incumplimiento de las terapias farmacológicas ya que las investigaciones hechas al respecto no están basadas en el rigor científico que se requiere y además las metodologías para llevar a cabo estos estudios varían según el autor que realice el estudio (3,4). En el proyecto de Atención Farmacéutica "Minnesota" se demuestra que el incumplimiento de la terapia es del orden de 12%, por lo tanto no contrasta con los reportes que indican que se producen incumplimiento en un 30 a 50% de los pacientes.

Parte experimental

Estudio descriptivo, de corte transversal del tipo antes/ después, realizado en el Servicio de consulta externa del CAMI de Suba, en un periodo comprendido entre el 15 de febrero al 5 de agosto de 2000. Criterios de inclusión: a) estar diagnosticado de hipertensión esencial, b) estar recibiendo por lo menos un medicamento para la hipertensión, c) pacientes que superen

la edad de 43 años. Criterios de exclusión: a) pacientes que no estén adscritos al CAMI de Suba, b) personas que viven lejos del CAMI, c) pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial secundaria.

El diagnóstico del estudio se llevó a cabo en el CAMI de Suba con 25 pacientes; se revisaron las prescripciones, al igual que las historias clínicas y posteriormente eran invitados por teléfono para acudir al CAMI llevando sus tabletas. La fecha en que se llevó a cabo el diagnóstico fue del 15 de febrero al 30 de abril. El diagnóstico consistió en una entrevista en la que se realizó una encuesta para identificar el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad y sus medicamentos mediante preguntas abiertas y la realización de una prueba de Morinsky-Green y de Batalla además de tomar la presión arterial; el paciente llevaba sus medicamentos al consultorio. En la visita domiciliaria se realizó el recuento de tabletas y se valoró el cumplimiento autocomunicado. La intervención y evaluación consistió en una visita al consultorio en el cual se brindaba un programa educativo, se generaban soluciones sobre el cumplimiento farmacoterapéutico y dos visitas domiciliarias. En la primera se afianzaban los conocimientos, se resolvían y evaluaban los problemas relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico y registraba la presión arterial. En la segunda, se registraba la presión arterial, se realizaba conteo de la tabletas y se evaluaban las recomendaciones dadas anteriormente y se aplicaba una encuesta final sobre el conocimiento que le paciente había adquirido. En el estudio como prueba de certeza se utilizó el recuento de tabletas en el domicilio del paciente. Para conocer el cumplimiento se calculó el llamado tanto por ciento del cumplimiento (PC) (10), considerando como paciente cumplidor el que tuvo un PC entre el 80 y el 110% (10,11). Como prueba diagnóstica que detectan la no-observancia se

utilizaron: 1) Cumplimiento autocomunicado (CA), según la metodología de Haynes y Sackett(12), se consideró cumplidor aquel que tenía un PC entre el 80 y 110%. 2) Asistencia a citas programadas (AC): se contabilizó a partir de la historia clínica el número de citas que había faltado en los últimos seis meses el paciente con el médico, se clasificaron los que habían acudido al 80-110% de las citas programadas. 3) Grado de control conseguido de la presión arterial (GC): según los criterios de "Guidelines subcommitte of the World Health Organization-International Society of Hypertension (WHO-ISH) for the Management of Hypertension" (1). Se consideró que tenía buen control y que por lo tanto el hipertenso era cumplidor, si las medidas de la presión arterial estaban por debajo de los valores de referencia. Las presiones reportadas en el presente estudio son las tomadas en la visita domiciliaria antes y después. La técnica metodológica para medir la presión arterial está basada en la recomendada por "The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure de 1993"(13,14). 4) Prueba de Morinsky-Green (M-G): se realizó una modificación de la redacción de las preguntas de esta prueba, se valoraron como cumplidores los pacientes que respondieron adecuadamente a las preguntas. Una respuesta inadecuada se les consideraba incumplidores (15). 5) Valoración del conocimiento que el paciente tiene acerca de la hipertensión arterial como enfermedad (CE): se realizó una modificación de la redacción de las preguntas de esta prueba. Se clasificó como buen cumplidor el paciente que respondió bien las preguntas. Un error en cualquiera de las respuestas se le consideraba incumplidor. Los indicadores de las pruebas anteriores se calcularon según la metodología de Haynes y Sackett (7,9).

Resultados y discusión

Fase diagnóstica

En el diagnóstico participaron 25 pacientes con edades entre los 42 y 78 años con un promedio de 56,7 años. El 76% (19/25) de los pacientes son del género femenino y el 24% (6/25) son del género masculino. La ocupación de los pacientes es la siguiente: el 24% (6/25) trabaja en la construcción (todos hombres), el 72% (18/25) no tienen empleo y se ocupan de los oficios de la casa y el 4% (1/25) trabaja en modistería. El nivel educativo de los pacientes es el siguiente: el 28% (7/25) de los pacientes no tienen ningún tipo de educación, el 60% (15/25) tienen una escolaridad que no supera la primaria y el 12% (3/25) tiene bachillerato incompleto. La prevalencia del no-cumplimiento con el método de referencia fue de 60,0% (IC= 39,3 a 80,7%). La diferencia entre los métodos que se estudia y el de referencia permite conocer los excesos y defectos de cada uno de ellos en la caracterización de buen o mal cumplidor.

El tamaño de la muestra para generalizar los indicadores obtenidos al CAMI de Suba no se alcanzó y los resultados son sólo aplicables a los 25 pacientes que se seleccionaron. Detectar, identificar y cuantificar el grado de cumplimiento es dispendioso para establecer la eficacia real de un tratamiento. Los métodos empleados presentan ciertas limitantes para emplearlos en la asistencia ambulatoria. Para cuantificar el grado de cumplimiento de los pacientes hipertensos se utilizó como prueba patrón el recuento de tabletas, método objetivo y trae como limitantes dejar de contar tabletas por desperdicio del medicamento o dejar el medicamento en otro sitio. El conteo de tabletas es difícil llevarlo a cabo, y se ha apelado a cinco métodos que puedan identificar al paciente incumplidor de su terapia y si hay

correlación entre ellos y el recuento de tabletas. En cuanto a los indicadores obtenidos en el estudio se pueden destacar tres métodos, como son el grado de control de la presión arterial, la asistencia a citas y el conocimiento de la enfermedad.

Según el método de grado de control de la presión arterial la prevalencia del no-cumplimiento es del 52,0% (IC= 30,9 a 73,0). Este método sobrestima el buen cumplimiento y subestima el no-cumplimiento en un 8,0 y tiene una sensibilidad del 90%: de trece paciente hipertensos que no cumplen con el tratamiento farmacológico por las presiones arteriales se puede identificar doce de ellos y tiene una probabilidad de bajo cumplimiento de 8,0%. Presenta una exactitud o concordancia del 84% tanto en el no-cumplimiento como en el buen cumplimiento (Tabla 1). Posiblemente un sesgo en los resultados, es que no hubo un factor sorpresa a la hora de hacer la visita domiciliaria, el paciente seguramente se acordaba de tomarse el medicamento el día de la visita y mantuviera su presión arterial más controlada. A diferencia de otros estudios no se ha obtenido buenos indicadores de sensibilidad y especificidad, por lo tanto no hay una buena correlación entre el grado de control de la presión arterial obtenido y el cumplimiento farmacoterapéutico; por ejemplo Craig ha obtenido sensibilidades y especificidades de 40 y 80% respectivamente. Haynes ha obtenido sensibilidades y especificidades de 64,4% y 57,3% respectivamente (9).

Según el método de asistencia a citas la prevalencia del no-cumplimiento fue del 66,7% (14/21) con límites de confianza de 57,3 a 76,1%. Se identifica a las personas que no cumplen con su terapia siempre y cuando se cuente con la infraestructura y logística mínima para llevarla a cabo. Se sobrestima el no-cumplimiento en el 6,7%, presenta una

Tabla 1. Indicadores de los métodos que valoran el cumplimiento terapéutico.

Indicadores de validez	Método indirecto utilizado				
	GC	MG	CE	CA	AC
Sensibilidad	80,0	60,0	73,0	53,0	83,0
Especificidad	90,0	50,0	40,0	80,0	55,0
Probabilidad de bajo cumplimiento	92,0	64,0	65,0	80,0	71,0
Probabilidad de alto cumplimiento	75,0	45,0	50,0	53,0	71,0
Exactitud	84,0	56,0	60,0	64,0	71,0
Tanto por ciento de probabilidad de bajo cumplimiento	8,0	1,2	1,2	2,6	1,9
Tanto por ciento de probabilidad de bajo cumplimiento	0,2	0,80	0,6	0,6	0,3
Prevalencia según la prueba diagnóstica	52,0	56,0	68,0	40,0	67,0

Resultados expresados en tanto por ciento GC: Grado de control de la presión arterial. MG: Prueba de Morinsky-Green. CE: Conocimiento de la enfermedad. CA: Cumplimiento autocomunicado. AC: Asistencia a citas.

sensibilidad del 8,3% y una probabilidad de bajo cumplimiento de 71,0% y una probabilidad de bajo cumplimiento de 1,9%. Cabe destacar que el 66,6% de las personas no cumplen mínimo con el 80% de las citas que debe asistir (cada paciente debe cumplir como mínimo una cita por mes, se tuvo en cuenta un periodo de seis meses para sacar los respectivos porcentajes). Los pacientes no vuelven al control a la institución y por lo tanto siguen el mismo tratamiento durante tres meses o más, los siguen incompletos o en el peor de los casos no siguen ningún tratamiento y apelan a remedios caseros y vuelven a consulta médica cuando presentan síntomas de la presión arterial alta como dolores frecuentes de cabeza. Es importante resaltar que la mayoría de las personas según su historia clínica, no solicitan consulta médica para el control de la presión arterial, sino por otras dolencias, por ejemplo un dolor de cabeza, de brazo, entonces nuevamente comienza su terapia farmacológica para la hipertensión (Tabla 2).

Por el método del cumplimiento autocomunicado la prevalencia del no-cumplimiento fue del 36% (IC= 26,4 a 46,6%). Tiene una

Tabla 2 Resultados de la evaluación de los pacientes hipertensos

Parámetro		Prueba Chi ²
	Nota	Valores P
Cronicidad de la HTA	1.0	0.0582
Manifestaciones	1.5	0.00008
Alcohol	0.5	0.289
Patología	1.5	0.00005
Dieta	0.5	0.310
Tabaco	0.5	0.546
Medicamentos	1	0.310
Razón de la indicación	0.5	0.2429
Dosis del medicamento	1.0	0.0038
Frecuencia	1.0	0.310
Duración del tratamiento	1.0	0.00005

La prueba utilizada fue la exacta de Fisher.

especificidad del 80% y una probabilidad de bajo cumplimiento del 80,0%. Los otros métodos utilizados (Morinsky-Green: prevalencia del no-cumplimiento del 56,0%; IC= 46,1 a 65,9% y conocimiento de la enfermedad: prevalencia del no-cumplimiento fue de 72,0%; IC= 63,0 a 81,0%) no presentan buenos resultados.

Fase de intervención y evaluación

La intervención se realizó con 20 pacientes de los cuales dos fueron descartados debido a que se les suspendió su terapia con medicamentos antihipertensivos, por lo tanto los datos fueron trabajados con 18 pacientes. La edad tuvo un recorrido de 42 a 78 años, con un promedio de 55,4 años y una desviación estándar de 9,5. El 77,8% de los pacientes pertenecen al género femenino y el 22,2% pertenecen al género masculino. En el programa de educación que se llevó a cabo, se entregaron folletos a todos los pacientes y un calendario de medicación a nueve pacientes que voluntariamente decidieron utilizarlo, los otros pacientes fueron descartados porque no pueden escribir; argumentaron que por el tiempo era difícil y otros simplemente no

lo querían llenar. Para evaluar la efectividad del programa de educación al paciente se realizó una prueba al comienzo sobre los conocimientos de la enfermedad, los medicamentos y los cambios de estilos de vida.

En la evaluación de los pacientes el promedio de la nota antes de la intervención fue de 6,3 (IC= 5,3 a 7,2) y posteriormente después de la intervención fue de 9,4 (IC= 9,0 a 9,8), $p = 0,0002$. (prueba de rangos señalados de Wilconxon). A cada parámetro se le asignó una nota arbitrariamente de 1 a las de menor importancia y 5 a las de mayor importancia o que tienen una incidencia directa sobre el cumplimiento farmacoterapéutico. En la fase diagnóstica el 38,9% de los pacientes tienen la presión sistólica controlada y después de la intervención se observó un mejor control, el 77,8% de los pacientes tienen la presión sistólica controlada (Tabla 3).

El promedio de la presión sistólica antes y después de la intervención fue de 147,9mmHg y 136,1mmHg respectivamente, $p < 0,0038$. (rangos señalados de Wilcoxon). En la fase diagnóstica el 66,7% de los pacientes tienen la presión diastólica controlada y después de la intervención el 83,3% de los pacientes tienen la presión diastólica controlada. El promedio de la

Tabla 3. Presiones arteriales antes y después de la intervención.

Parámetro	Grupo	Presión arterial	
		Controlada	No controlada
Sistólica	1	7 (38,9%)	11(61,1%)
	2	14(77,8%)	4 (22,2%)
Diastólica	1	12(66,7%)	6 (33,33%)
	2	15(83,3%)	3 (16,7%)

Presión sistólica controlada < 140mmHg; presión diastólica controlada <90mmHg
 Grupo 1= antes de la intervención; grupo 2= después e la intervención

presión diastólica antes y después de la intervención fue de 88,6 y 88,8mmHg respectivamente, $p < 0,9269$. (rangos señalados de Wilcoxon). El grado de cumplimiento de los pacientes antes de la intervención fue de 66,1% (IC= 55,9% a 76,3%) y después de la intervención fue de 80,0% (IC=75,9% a 85,8%) $p < 0,0060$. Existen muchas causas por las cuales el paciente hipertenso que participó en el programa no cumple su farmacoterapia y que podemos resumir en los siguientes factores.

Factores de la enfermedad

Algunos pacientes hipertensos comparan su condición con otras enfermedades, pueden llegar a creer que otras enfermedades son más peligrosas que la misma hipertensión ya que la comparan con estados avanzados de la enfermedad y esto puede influir en el cumplimiento de las terapias. Otros pacientes comparan la enfermedad que ellos tienen con la hipertensión que tienen sus vecinos o amigos, esto hace que el paciente haga algunas generalizaciones que pueden incidir en el cumplimiento de la terapia. Hay que tener en cuenta que el impacto de las opiniones ajenas es importante, considerando que hay personas muy sensibles a la influencia de terceros y por lo tanto se aleja de las recomendaciones del médico.

Factores del régimen terapéutico

Farmacoterapia múltiple. El promedio de medicamentos usados por los pacientes antes de la intervención es de 2,17 (IC= 1,5 a 2,7) y después de la intervención es de 2,3 (IC= 1,72 a 2,84). Es un promedio bajo para que pueda contribuir a que el paciente se confunda o influya en su terapia. En este trabajo no está claramente establecida la importancia de este hallazgo.

Dosis y frecuencia de administración. En la evaluación de estos parámetros no hubo una diferencia estadísticamente significativa posiblemente debido a que llevan un tiempo considerable con el mismo medicamento. Se puede incurrir en confusiones al cambiar la frecuencia del medicamento, el paciente sigue con las mismas instrucciones que le había prescrito anteriormente. Decirle al paciente que se tome una tableta sin aclarar su dosis puede originar errores porque algún familiar que esté tomando el mismo medicamento con diferente dosis le puede obsequiar algunas tabletas.

Duración del tratamiento. Cuando a un paciente se le diagnostica hipertensión, no se lleva la idea que debe tomar los medicamentos para siempre, por lo tanto es imprescindible enfatizar en esto. El 28% de los pacientes inicialmente tenía claro que debía tomar medicamentos continuamente, al final de la intervención el 100% lo tenía claro. $P < 0,00005$. Algunos pacientes saben que tienen que tomar continuamente los medicamentos, pero el 11% manifestaron abiertamente que no les gusta tomar medicamentos, para ellos es un sacrificio y quisiera que la terapia no los incluyera.

Reacciones adversas a medicamentos. En este estudio no se llevó un programa como tal y lo único que se hizo fue preguntarle al paciente si el medicamento le ha producido alguna molestia o incomodidad a la hora de tomárselos. En general no hubo preocupación por parte de los pacientes de que les produjera una molestia. Dos pacientes tuvieron problemas con sus medicamentos que influyeron sobre el cumplimiento de su farmacoterapia. Los pacientes tienen muchas inquietudes y percepciones sobre sus medicamentos que pueden estar basados de sus experiencias propias o en las de otros a veces de las malas o buenas y en otras ocasiones puede ser el concepto que ellos tengan del medicamento y lo ven como algo que en el futuro les traerá daño a sus cuerpo.

Factores de la interacción entre el paciente y el personal de la salud. Otras causas pueden encontrarse en el desarrollo de la consulta con el paciente problemas de la comunicación que influyen en el cumplimiento del paciente quien no entiende los beneficios del tratamiento; el 38,8% tienen claro que con el tratamiento pueden prevenir futuras complicaciones. Al final de la intervención el 100% de los pacientes sabían que podían prevenir futuras complicaciones ($p < 0,00005$). De otro lado el paciente puede ser formulado por dos o más médicos en diferentes instituciones y confundir a los pacientes por prescripciones distintas.

Interacción entre el paciente y el medio social. Los pacientes son muy susceptibles a las ideas ajenas sobre los cuidados de su salud y en general sobre sus medicamentos, ellos no tienen acceso a información científica en la radio o en los medios de comunicación por lo tanto tienen percepciones basada en la idea que les comentan los demás que muchas veces pueden ser erradas e influye en el cumplimiento farmacoterapéutico.

Conocimiento del paciente. Se realizó una evaluación antes y después, se determinaron diez parámetros y a cada uno se le dio una nota, la diferencia estadísticamente significativa se puede atribuir al mejor conocimiento de sus medicamentos y algunos aspectos relacionados con la hipertensión. En general los parámetros utilizados para saber el conocimiento del paciente como tabaco, alcohol, dieta, no hay ninguna diferencia significativa antes y después de la intervención posiblemente porque estos pacientes pertenecen al programa de hipertensión arterial donde se les explica todo esto mientras que en los parámetros restantes hubo un claro impacto.

Presión arterial y cumplimiento farmacoterapéutico. La presión arterial sistólica tiene un mejor control después de la intervención con una diferencia estadísticamente significativa,

mientras que la presión arterial diastólica tiene un ligero mejoramiento en el número de pacientes que la tuvieron controlada, pero no hay diferencia estadísticamente significativa antes y después de tratamiento, posiblemente debida al estrecho rango que hay con esta presión y requiera una muestra más grande para encontrar una diferencia estadísticamente significativa. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en el mejoramiento del cumplimiento farmacoterapéutico, debidas al programa implementado.

Se identificaron y se les dio solución a los problemas relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico. Para la identificación de los pacientes que no son cumplidores de la farmacoterapia en el estudio: la asistencia a citas, determinar el grado de conocimiento del paciente y el grado de control de la presión sanguínea tuvieron mejores indicadores. El programa realizado mejoró el conocimiento del paciente en cuanto a su tratamiento y su enfermedad. Los parámetros que obtuvieron algún impacto fueron la cronicidad, patología, dosis del medicamento y duración del tratamiento. Se alcanzó un mejor control de la presión arterial sistólica antes y después de la intervención, mientras que en la presión diastólica no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa. Se obtuvo un aumento en la proporción de los pacientes que no cumplían con su terapia, con una diferencia estadísticamente significativa. El programa de intervención debe ser individualizado puesto que cada paciente presenta diferentes necesidades.

Bibliografía

1. Departamento de Epidemiología. Patología por centro de atención consulta externa y por urgencias. Hospital de Suba I nivel, 1 enero-31 de marzo.

2. J.M. Vinué, J.R. Villabí y col. Los accidentes vasculares cerebrales, un fracaso prevenible de la asistencia sanitaria. *Revista Clínica Española*, **180**, 280 (1987).
3. N. Homedes, A. Ugalde. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, **116**, 491 (1994).
4. N. Homedes, A. Ugalde. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, **116**, 518 (1994).
5. Instituto de Seguros Sociales (ISS). "Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes: Características del riesgo para la hipertensión arterial en la población adulta". 1994, Tomo V, p. 1-77.
6. Madrid, G. Velázquez, E. Fefer. "Reforma del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una Perspectiva Económica". OPS. 1998, p.7.
7. R.J. Cipolle, L.M. Strand, P.C. Morley. "El Ejercicio de la Atención Farmacéutica". Ed McGraw-Hill. Interamericana, 1998, p. 219.
8. B. Starfield, C. Wray, K. Hess. Et al. The influence of Patient-Practitioner Agreement on Outcome of Care. *American Journal of Public Health*, **71**, 127 (1981).
9. O. A. Abosedo. Self-Medication: An Important Aspect of Primary Health Care. *Soc. Sci. Med.* **19**, 699 (1984).
10. D. Sackett, R. B. Haynes, E. Gibson et al. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *The Lancet*, **1**, 1205 (1975).
11. S. Fletcher, F. Apple, M. Bourgois. Improving emergency-room patient-up in a metropolitan teaching hospital. *The New England Journal of Medicine*, **291**, 385 (1974).
12. D. Sackett, B. Haynes, P. Tugwell. "Epidemiología Clínica: Ciencia Básica para la Medicina Clínica". Editorial Médica Panamericana, 1994, p.249.
13. The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Inter Med.* **148**, 1023 (1988).
14. M. Ruilope. "Hipertensión Arterial". Squibb, 1990, 2, p. 37.
15. V. Gil, M. Pineda, J. Martínez et al. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Medicina Clínica*, **102**, 532 (1994).