

Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial.

María Paz Arévalo Astudillo¹, María Susana López González¹, Diana Victoria López Sigüenza², Fray Martínez Reyes³

1. Red complementaria de Salud. Cuenca – Ecuador.
2. Centro de Salud N° 4 Carlos Elizalde. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuenca – Ecuador.
3. Facultad de Medicina. Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

María Susana López González
 Correo Electrónico: mariasusanalopezg@gmail.com
 Dirección: Francisco de Orellana y Miguel de Unamuno. Cuenca-Ecuador
 Código postal: EC010201
 Teléfono: [593] 995 300 692

Fecha de recepción: 10-01-2015.
 Fecha de aceptación: 22-02-2016.
 Fecha de publicación: 10-03-2016.

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Arévalo M, López M, López D, Martínez F. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. Rev Med HJCA 2016; 8(1): 8-13. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.01>

ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO



©2016 Arévalo et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution License" (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la biblioteca virtual en salud (BVS) de la edición actualizada a mayo de 2015, el cual incluye los términos MESH de MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer la prevalencia de adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos y describir los factores de riesgo asociados.

MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación del Test de Batalla y observación directa de los pacientes hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud (SCS) El Valle. Se estudió la adherencia al tratamiento y su asociación con las variables: sexo, edad, estado civil, escolaridad, tiempo de tratamiento, medicamentos, dosificación y posología, número de medicamentos, horario de administración, efectos secundarios, disponibilidad de medicamentos y apoyo social.

RESULTADOS: 151 pacientes fueron estudiados, 58.94% fueron mujeres, el 49% tuvo una edad menor a 73 años, el 56.9% había estado en tratamiento farmacológico por menos de 7 años, el 64.9% tuvo una pareja estable y el 84.1% tenían educación primaria o inferior. La adherencia global al tratamiento farmacológico fue del 63.6%. La edad entre 45 y 72 años (RP=0.54; IC-95%=0.35 – 0.86; P=0.01) mostró beneficio y el resultado en el test de Batalla de no cumplidor constituye un factor de riesgo para baja adherencia (RP=2.94; IC – 95%=1.65 – 5.24; P < 0.001).

CONCLUSIONES: La adherencia al tratamiento farmacológico fue mayor a la esperada. La edad entre 45 y 72 años se comportó como un factor de protección. Los pacientes que no tienen pareja estable, con escolaridad primaria o menor, los que reciben régimen multidosis, polifarmacia, los que no disponen de tratamiento adecuado, presentan algún efecto adverso, tienen apoyo familiar insuficiente o no acuden al club de enfermos crónicos tienen un riesgo mayor de no adherirse al tratamiento.

DESCRIPTORES DeCS: CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN, TRATAMIENTO, HIPERTENSIÓN, FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

Medication Adherence in Hypertensive Patients.

OBJECTIVE: To establish the prevalence of adherence to medication therapy among hypertensive patients and describe the associated risk factors.

METHODS: A cross-sectional descriptive study was performed by application of Battalla's test and direct observation of hypertensive patients who attended to El Valle Health Sub-Centre. Medication adherence and its association were studied in relation to sex, age, marital status, schooling level, therapy duration, type of medication, dose, number of drugs, schedule of drug administration, collateral effects, medication availability and social support.

RESULTS: 151 patients were studied, 58.94% of them were women, 49% had age under 73 years, 56.9% had been in drug therapy for 7 years or less, 64.9% had a steady partner and 84.1% had basic schooling or worse. Global adherence to medication was 63.6%. Age between 45 and 72 years (PR=0.54; 95%-CI=0.35 – 0.86; P=0.01) showed benefit and results from Battalla's test as non-compliant patient sets up a risk factor for developing low adherence (PR=2.94; 95%-IC=1.65 – 5.24; P < 0.001).

CONCLUSION: Medication adherence was higher than expected. Age between 45 and 72 years showed benefit. Patients with no-steady partner, primary schooling or lower, multi-dose regimen, polypharmacy, inadequate treatment, presence of adverse effects, insufficient family support or those who do not assist to chronic patient's club have risk of lower adherence rates.

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE, THERAPEUTICS, HYPERTENSION, RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

La adherencia a un régimen de medicación es generalmente definida como el grado en que los pacientes toman los medicamentos tal cual son recetados por sus médicos. La palabra “adhesión” es preferida por muchos profesionales de la salud, ya que el “cumplimiento” sugiere que el paciente es un seguidor pasivo de las órdenes del médico y que el plan de tratamiento no se basa en una alianza terapéutica o contrato establecido entre el paciente y el médico [1]. El tema de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas ha sido discutido en una gran cantidad de estudios de diferente tipo. Estos han tenido distintos resultados dependiendo de las variables utilizadas, del tipo de medición usado y de la población estudiada. En países en desarrollo no se encuentra una cantidad de estudios mayor; los encontrados muestran que las tasas de no adherencia son mayores que en los países desarrollados. La adherencia al tratamiento en la hipertensión se estima que está alrededor del 50%; esta tasa se reduce aún más en lo que a cambios de estilo de vida se refiere [2], entre todos los factores que contribuyen al control de la hipertensión arterial, mayor potencial tiene el mejor cumplimiento terapéutico, esto tanto en términos de eficacia como de eficiencia [3].

Específicamente, en cuanto a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión, los ensayos clínicos han demostrado que puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre 30 y 43%, y de infarto de miocardio en un 15%; también se pueden prevenir los altos costos generados al sistema de salud o al menos minimizarlos [4]. Se ha estimado que, por ejemplo, en Estados Unidos, la no adherencia terapéutica genera costos innecesarios de entre 396 y 792 millones de dólares [5,6].

De acuerdo a datos obtenidos en el año 2000, la prevalencia de hipertensión entre la población adulta mundial es del 26% [6]. En Latinoamérica, según estudios del año 2006, la prevalencia de la enfermedad reportada es variable pero la mayoría se encuentra entre el 20 y 30% para la población adulta; ésta se incrementa con la edad. La mayoría de los países latinoamericanos tiene una mortalidad cardiovascular que representa entre el 11.6 y el 43.5% de la mortalidad general, siendo la primera causa de muerte en la mayoría de ellos, indicadores en los cuales la no adherencia tiene una importante representación [7].

En nuestro país la prevalencia es del 28.7% según últimos datos obtenidos en el 2001 [8]; y se proyecta que actualmente la prevalencia es mayor. De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del año 2013, las enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón, todas consecuencias de esta enfermedad, cuentan como la segunda, cuarta y sexta causa de defunción en el Ecuador respectivamente [9].

Es por esto que se considera al estudio de la adherencia terapéutica como un pilar fundamental para la comprensión del fracaso en el tratamiento de la hipertensión. En la bibliografía se encuentran discrepancias entre los factores asociados a la baja adherencia terapéutica, sin embargo coinciden la mayoría de ellos en la edad del paciente, la polifarmacia, ignorancia acerca de su enfermedad, escolaridad, situación socioeconómica, mala relación con el sistema de salud y efectos secundarios de los medicamentos [10].

Existen varios métodos para poder medir la adherencia. Los mismos se clasifican en métodos directos e indirectos. Los directos se relacionan con la medición de las concentraciones séricas del fármaco o sus metabolitos, su determinación en orina o en cualquier otro fluido corporal y son más difíciles de utilizar en la práctica clínica por su complejidad y costo. Las entrevistas o cuestionarios y el recuento de la medicación son dos métodos indirectos muchas

veces utilizados; estos son económicos y fáciles de usar pero no son objetivos porque la información se obtiene por fuentes como los pacientes o sus familiares y pueden ser alterados por los mismos. Otros métodos indirectos son el control de la dispensación, aunque este no detecta si el paciente tomó o no la medicación, y el evaluar los resultados de la terapia, lo cual toma mucho más tiempo para poder analizar si hubieron cambios en el estado de salud del paciente [10].

En Atención Primaria en Salud, eje fundamental del Sistema de Salud Ecuatoriano, es necesario conocer la prevalencia del cumplimiento del tratamiento entre la población hipertensa así como los factores que influyen en la misma. La información es valiosa para modificar la realidad y beneficiar no solo al paciente sino también al sistema de salud.

El objetivo general del estudio fue establecer la prevalencia de adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos, y los específicos fueron identificar la proporción de personas hipertensas atendidas en el SCS El Valle que cumplen correctamente con su tratamiento y establecer los factores asociados a la no adherencia terapéutica en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal. A partir de los partes diarios de la Unidad Operativa (Centro de Salud El Valle - Cuenca) se identificaron los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial; se elaboró un listado con los nombres, fecha de atención, dirección, número de teléfono y prescripción médica farmacológica, se obtuvo información de 151 pacientes. Cuando los pacientes acudieron al control de su enfermedad, previo consentimiento informado con el que se les explicó la naturaleza y objetivos del presente estudio, se les entregaron los fármacos prescritos en fundas transparentes con cremallera y se pidió que solamente se consuman estos medicamentos. Posteriormente, en los 15 a 20 días siguientes de recibir la medicación, se concretó una visita domiciliaria en la que se aplicó el formulario de recolección de la información; el paciente fue informado de esta visita el día que se efectuó, de esta manera se utilizaron dos métodos de medición indirecta: el conteo de medicación y la aplicación de un formulario.

Para identificar a cumplidores y no cumplidores se utilizó el conteo de la medicación sobrante y mediante el cálculo: número de comprimidos consumidos/número de comprimidos que debía haber consumido en el tiempo transcurrido entre la recepción del medicamento y la fecha de la visita X 100. Se estableció como adherencia total un porcentaje de consumo $\geq 80\%$ y no adherencia un porcentaje menor al señalado o un porcentaje de consumo $\leq 80\%$ pero cuyos horarios de toma no eran coincidentes con los de la prescripción médica. Con el mismo objetivo se utilizó el Test de Batalla, el cual presenta tres preguntas claves sobre la hipertensión; una respuesta incorrecta de las tres preguntas evaluadas, conlleva falta de adherencia y por ende, no cumplimiento.

Los variables que se midieron en este estudio fueron: sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, tiempo durante el cual recibe tratamiento, medicamento que toma para su tratamiento farmacológico, dosis según el número de tomas al día, monofarmacia o polifarmacia, concordancia en horarios con la prescripción, efectos colaterales de la medicación, disponibilidad de tratamiento y apoyo social.

La parroquia El Valle pertenece al cantón Cuenca, provincia del Azuay, está situada a una altura de 2600 metros sobre el nivel del mar; según el Censo del INEC del 2010 la población total es de 24314 habitantes [20].

Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva; las medidas de tendencia central sirvieron para separar las variables cuantitativas en grupos comparables. La relación entre variables estudiadas fue evaluada con razón de prevalencias con un intervalo de confianza al 95% y Chi cuadrado con un valor de P para determinar significancia estadística. Se utilizó el Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y Microsoft Office Excel 2010.

RESULTADOS

El número total de participantes en el estudio fue de 151, de los cuales 62 fueron hombres (41.06%) y 89 mujeres (58.94%). El 49% de pacientes tuvieron una edad menor a 73 años y el 51% fueron mayores. Un porcentaje de 56.9% estuvo en tratamiento farmacológico por menos de 7 años, mientras que el 43.1% fue tratado por más tiempo. El 64.9% tenían una pareja estable y el 84.1% tenían educación primaria o menor.

La edad no tuvo una distribución normal (Kolmogorov Smirnov 0.092; P=0.03); la media fue de 70.72±11.23 años; la mediana fue de 73 años, el valor mínimo fue de 45 y el máximo de 96 años. En los hombres la media fue de 71.23 años±9.69 años, siendo la mediana 72 años, la edad mínima fue de 48 y la máxima de 92 años. En el

caso de las mujeres, la edad mostró una media de 70.37±12.23 años con una mediana de 73 años.

La media del tiempo de tratamiento para toda la población del estudio fue de 7.33±4.12 años; la mediana fue de 7 años; el valor mínimo fue 1 y un máximo de 30 años. Para los hombres la media fue de 4.6±3.3 años con una mediana de 6 años, los valores mínimo y máximo fueron 1 y 15 años respectivamente. En las mujeres la media fue 7.98±4.51 años, la mediana fue similar a la de la población general y los valores mínimo y máximo fueron de 2 y 30 años respectivamente

Los resultados mostraron que en la población estudiada existió una adherencia total del 63.6%. La edad entre 45 y 72 años se comporta como factor de protección (RP=0.54; IC - 95%=0.35 - 0.86; P=0.01); los pacientes que no tienen pareja estable, con escolaridad primaria o menor, los que reciben régimen multidosis, polifarmacia, los que no disponen de tratamiento adecuado, presentan efectos adversos, tienen apoyo familiar insuficiente o no acuden al club de enfermos crónicos tienen un riesgo mayor de presentar no adherencia al tratamiento (RP > 1; IC=LM>1 Y LS>LM; P<0.05). El resultado en el test de batalla de no cumplidor se comporta como un factor que aumenta en 2 veces el riesgo de tener baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (RP=2.94; IC - 95%=1.65 - 5.24; P < 0.001), información que se muestra en la tabla 2.

Tabla 1. Adherencia de acuerdo a las variables estudiadas en pacientes hipertensos.

VARIABLES	ESTATUS DE LA ADHERENCIA				
	ADHERENTE		NO ADHERENTE		
	N=96	%=100	N=55	%=100	
SEXO	MASCULINO	34	54.84	28	45.16
	FEMENINO	62	69.66	27	30.34
EDAD	ENTRE 45 Y 72 AÑOS	55	74.32	19	25.68
	73 AÑOS Y MÁS	41	53.25	36	46.75
TIEMPO DE TRATAMIENTO	≤ 7 AÑOS	54	62.79	32	37.21
	≥ 8 AÑOS	42	64.62	23	35.38
ESTADO CIVIL	PAREJA ESTABLE	82	83.67	16	16.33
	NO PAREJA ESTABLE	14	26.42	39	73.58
ESCOLARIDAD	PRIMARIA COMPLETA O MENOR	75	59.06	52	40.94
	SECUNDARIA O MAYOR	21	87.5	3	12.5
DOSIFICACIÓN DIARIA	MONODOSIS	90	75	30	25
	MULTIDOSIS	6	19.35	25	80.65
NÚMERO DE MEDICAMENTOS	MONOFARMACIA	86	87.76	12	12.24
	POLIFARMACIA	10	18.87	43	81.13
DISPONIBILIDAD	DISPONIBLE	90	90	10	10
	NO DISPONIBLE	6	11.76	45	88.24
EFECTOS ADVERSOS	PRESENTES	17	26.15	48	73.85
	AUSENTES	79	91.86	7	8.14
APOYO FAMILIAR	PRESENTE	73	93.59	5	6.41
	AUSENTE	23	31.51	50	68.49
ASISTENCIA AL CLUB	ASISTE	39	82.98	8	17.02
	NO ASISTE	57	54.81	47	45.19
TEST DE BATALLA	CUMPLIDOR	53	82.81	11	17.19
	NO CUMPLIDOR	43	49.43	44	50.57

Tabla 2. Asociación entre factores relacionados y no adherencia farmacológica.

FACTORES RELACIONADOS CON LA NO ADHERENCIA	CHI CUADRADO		RP	
	VALOR	VALOR P	VALOR	IC - 95%
45 - 72 AÑOS DE EDAD	7.23	0.01	0.54	0.35 - 0.86
≤ 7 AÑOS DE TRATAMIENTO	0.05	0.82	1.05	0.68 - 1.61
SEXO MASCULINO	3.46	0.06	1.49	0.98 - 2.26
SIN PAREJA ESTABLE	48.69	<0.001	4.51	2.79 - 7.26
ESCOLARIDAD COMPLETA HASTA PRIMARIA O MENOR	7.05	0.01	1.23	1.09 - 1.387
RÉGIMEN MULTIDOSIS	32.94	<0.001	3.23	2.26 - 4.59
POLIFARMACIA	70.49	<0.001	6.63	3.84 - 11.43
NO DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO	89.27	<0.001	8.82	4.86 - 16.02
EFECTOS ADVERSOS DEL MEDICAMENTO	69.02	<0.001	9.07	4.39 - 18.72
FALTA DE APOYO FAMILIAR	62.76	<0.001	6.84	3.73 - 12.58
NO ASISTENCIA AL CLUB DE ENFERMOS CRÓNICOS	11.09	<0.001	2.65	1.36 - 5.17
NO CUMPLIDOR EN TEST DE BATALLA	17.75	<0.001	2.94	1.65 - 5.24

DISCUSIÓN

El estudio de los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento farmacológico incluye los aspectos bio-psico-sociales y culturales de los individuos, así como los procesos de comportamiento, adaptación y comprensión de la enfermedad y de su tratamiento [11].

En el presente estudio se encontró una no adherencia total del 36.4%. Ramli, Ahmad y Paraidathathu, observaron una mala adherencia en el 47.6% de los pacientes incluidos en su muestra [12]; Gazmararian, Kripalani y cols. encontraron que el 40% de los pacientes estudiados tenían adherencia baja [13]. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la no adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en países desarrollados es del 50%, siendo aún mayor en los de bajos y medianos ingresos [4]. Estas afirmaciones no concuerdan con los resultados de los tres estudios que se presentan que no fueron realizados en países desarrollados; la diferencia quizá se deba a que factores socio-culturales propios aún perviven a pesar de la globalización. El estudio actual se realizó con una muestra conformada por gente que vive en la zona rural que lleva una vida menos compleja que las personas de la ciudad; la población rural tiene otras costumbres y creencias, y como resultado muchas veces la medicina alternativa predomina en sus hogares. Los tratamientos y remedios caseros tienen más aceptación y por ende la adherencia a la terapéutica farmacológica sería más difícil de lograr.

En cuanto a la edad de los pacientes, los resultados de la presente investigación mostraron un mayor cumplimiento en el grupo 73 años y mayores; Busnello et al., observaron una relación similar [11]. Frente a ello cabe analizar que por un lado, los pacientes ancianos pueden tener problemas en la visión, la audición y la memoria, además pueden tener mayores dificultades para seguir las instrucciones de terapia debido a deterioro cognitivo u otras dificultades físicas al tragar las tabletas, en la apertura de los envases de medicamentos, en el manejo de pequeñas tabletas, en distinguir colores o en identificar los medicamentos; por otro lado, tendrían una mayor preocupación por su salud que los pacientes más jóvenes. El incumplimiento en pacientes de mayor edad se podría calificar como no intencional; entonces, si los adultos mayores pueden conseguir la ayuda necesaria de los proveedores de salud o familiares, pueden ser más propensos a cumplir con la adecuada toma de medicación [11]. Esto refleja la presencia de factores culturales en los que el anciano sigue siendo un referente para la familia y la comunidad en la población estudiada.

Se encontró que los pacientes con menos de 7 años de tratamiento son poco menos cumplidores; como se describe en varios estudios, esto puede deberse a que aquellas personas que llevan más años de tratamiento se preocupan más por su salud y tienen una rutina establecida que incluye la ingesta de su medicación, a más de buscar una calidad de vida más satisfactoria, deteriorada por la historia natural de la enfermedad [11, 12]. Sin embargo, un estudio de cohorte retrospectivo sobre la varianza en la adherencia entre los pacientes hipertensos encontró que uno de los factores que tuvieron el efecto positivo más fuerte en la adhesión fue un diagnóstico más reciente de la hipertensión [12]. Osterberg y Blaschke también afirman en su revisión que la adherencia terapéutica es dramáticamente menor después de los primeros 6 meses de terapia, este hallazgo en los resultados se puede deber a la diferencia de métodos de recolección de datos utilizada en los estudios; mientras en el presente estudio se utilizaron un formulario y el conteo directo de medicación sobrante, en el estudio y revisión nombrados, se utilizaron solamente formularios estandarizados, por lo que los resultados pudieron sesgarse [1].

Otro dato que concuerda con estudios previos es la mayor adherencia entre las pacientes de sexo femenino; en la revisión realizada por Jin, Sklar y colaboradores que incluyó 22 estudios recuperados relacionados con este factor, los resultados fueron contradictorios en algunos de los casos pero en general, las pacientes de sexo femenino fueron catalogadas por los investigadores como mejor cumplidoras del tratamiento [14]. Así mismo, en el estudio realizado por Ramli, Ahmad y Paraidathathu, las pacientes mujeres resultaron ser más propensas a adherirse a su régimen de medicación en comparación con sus homólogos masculinos (OR=1.46; IC-95%=1.05 - 2.04; P<0.05); esto probablemente se deba a que las mujeres en las comunidades rurales como las del presente estudio permanecen más tiempo en sus hogares y dentro de su cultura tienen una mayor conciencia acerca de su salud que los varones en sus mismas condiciones [12].

Al observar los factores sociales, el hecho de no tener una pareja estable que viva con el paciente parece ser un factor importante que determina falta de adherencia por parte del mismo ($\chi^2=48.69$; RP=4.51; IC - 95%=2.79 - 7.26; P<0.001). De acuerdo a un estudio revisado, los individuos separados tienen un menor nivel de cumplimiento en su tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que son casados [11]. El estado civil también fue analizado por Karaeren et al., quien afirmó que las personas casadas con hipertensión arterial mostraron mayores niveles de cumplimiento del tratamiento (85%) en comparación con aquellos que no están casados (70%) [15]; por

lo que además del bienestar emocional, el estado civil puede desempeñar un papel importante en el control de la hipertensión. El estado civil se considera una medida de la red social de una persona y se asocia con un mejor control de la hipertensión, así como un reciente meta-análisis realizado por DiMatteo concluyó que la adhesión a las recomendaciones médicas fue mayor en los pacientes casados [16, 17]; esto se puede deber a que el tener compañía en casa influye a través de que exista una persona que no solo recuerde la toma de medicamentos del paciente sino que genere un mejor control de la hipertensión mediante un mejor cumplimiento de las recomendaciones.

Otro factor social a tomar en cuenta fue el nivel de educación de un paciente pues también determina el cumplimiento de su tratamiento; se decidió crear dos grupos para esta variable, uno con aquellas personas que no han tenido instrucción o han completado la primaria, y otro de personas que han completado la secundaria o niveles superiores; se observó que las personas con un nivel de primaria completa o menos tienen menor adherencia que aquellos con un nivel mayor ($\chi^2=7.05$; $RP=1.23$; $IC - 95\%=2.79 - 7.26$; $P=0.01$). Jin, Sklar y colaboradores refieren en su estudio que los pacientes con bajo nivel de alfabetización son menos adherentes a su terapia; por el contrario, los pacientes que pueden leer y entender las etiquetas de medicamentos resultaron ser más propensos a tener un buen cumplimiento [14]. También el estudio de Queiroz-Godoy y Velludo Veiga mostró que un bajo nivel de educación puede contribuir a un grado de adherencia insuficiente al tratamiento farmacológico para la HTA; lo cual puede deberse a que sin educación, muchos pacientes no son capaces de comprender la importancia de adherirse adecuadamente y las consecuencias de que en caso contrario se tendrían a largo plazo [11]. Además si los pacientes viven solos y no son capaces de leer indicaciones o etiquetas de medicamentos, la adherencia va a tornarse casi imposible.

El apoyo familiar que el paciente pueda recibir es de gran importancia para su adherencia por la compañía y el apoyo que los familiares pueden ofrecer. Se incluyó esta variable porque muchos pacientes que no tienen pareja estable viven con familiares, de los que a su vez obtienen apoyo. Esto determina que siempre que exista alguien que les recuerde la toma de sus medicamentos, en teoría la adherencia mejorará [18]. Bernal y cols. afirman que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, en su estudio encontraron un 9.5% de redes de apoyo social insuficiente en pacientes no-adherentes, proporción que baja al 0.8% en pacientes adherentes totales [9].

El SCS El Valle se encargó de formar un club de pacientes con Diabetes e Hipertensión. Los pacientes asisten el tercer miércoles de cada mes a control de glicemia y tensión arterial, reciben su medicación y se les ofrece charlas acerca de temas de su interés como alimentación o ejercicio; esto crea un vínculo entre el paciente, el médico, la institución y el resto de pacientes; brindándole un sentido de compromiso a la toma responsable y correcta de la medicación, y no solo de esto sino de adquirir hábitos más saludables para su vida.

Los factores que se refieren al medicamento y su manera de administración son también relevantes y determinantes en la adherencia de un paciente. El tener que ingerir el medicamento más de una vez en el día determina que el paciente tenga una adherencia mucho menor que aquellos que deben hacerlo una sola vez; en este sentido Sánchez Cisneros establece que mientras más complejo sea un tratamiento, si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos; diversos horarios, más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente [19]. Así mismo el requerir más de un fármaco, sea por la misma enfermedad o por una distinta a la HTA, establece una diferencia entre la adherencia o no adherencia de un paciente ya que es fácil recordar cada día ingerir un solo fármaco, por lo que, si son más, la dificultad se incrementa [19]. Queiroz Godoy y cols., sugieren que la

elección de fármacos con menos efectos indeseables, de bajo coste y en monoterapia, puedan contribuir al logro del correcto cumplimiento de la toma de medicamentos [11]. Ramli, Ahmad y Paraidathathu también encontraron que aumentar el número de medicamentos a ingerir y la frecuencia de administración, tienen un efecto negativo en la adherencia [12]; de la misma manera, la OMS manifiesta que la complejidad del régimen fármaco terapéutico es una causa importante para que exista una adherencia deficiente [4]. En el presente estudio se encontró una diferencia considerable entre la adherencia de aquellos pacientes con un régimen simple con la de aquellos que pertenecen a un régimen complejo; la explicación es simple, para la mayor parte de pacientes, especialmente adultos mayores, es más fácil recordar ingerir un tipo de medicación una vez al día que recetas más complejas y frecuentes.

Una limitación del presente estudio fue que a pesar de que los medicamentos son gratuitos, los pacientes no siempre tienen la posibilidad de acudir al SCS El Valle para retirarlos debido a las condiciones sociales en las que se desenvuelven, como por ejemplo vivir solos, tener alguna discapacidad y/o vivir en lugares demasiado alejados; por estas razones la adherencia se dificulta ya que muchas veces los pacientes logran recoger su medicación varios días después de lo debido o incluso se quedan semanas sin ella.

Los pacientes incluidos en este estudio recibieron tratamiento con varias clases de medicamentos y cada uno de ellos puede causar efectos adversos distintos, en muchas veces el efecto es leve y pasajero por lo que el paciente no abandona su tratamiento; sin embargo, en otras ocasiones los fármacos producen reacciones desfavorables que marcan una diferencia importante en la vida del paciente y pueden disminuir o no la calidad de la misma originando una menor adherencia al tratamiento. Queiroz Godoy y cols. encontraron que en cuanto a los factores que implican tolerancia a las drogas, estos pueden ayudar u obstaculizar el proceso de adherencia al tratamiento farmacológico ya que no todos los pacientes responden de la misma manera a sus medicamentos, además cada efecto secundario les causará mayor malestar a unos que a otros [11]. Durante la investigación se observó que aquellos pacientes que reportaron algún tipo de efecto adverso en su tratamiento, sin importar si este era leve o severo, mostró una disminución en cuanto a la adherencia terapéutica.

Por último, a los pacientes que formaron parte del estudio se les realizó el llamado Test de Batalla para medir el conocimiento que tienen acerca de su enfermedad; Ponnusankar et al., afirman que el conocimiento acerca de la HTA y su tratamiento se encuentran asociado de forma significativa con la adherencia al tratamiento [19]; el hecho de tener un resultado negativo en este Test está también asociado con la falta de adherencia a la medicación, sin embargo se pudo observar que también varios pacientes cumplidores con la terapia respondieron negativamente, por lo que la falta de conocimiento no influye completamente en la conciencia de la necesidad de tratamiento de los pacientes.





CONCLUSIÓN

La adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico en el estudio fue del 63.6%, una cifra mayor a lo esperado en comparación con estudios similares. La edad entre 45 y 72 años se comporta como factor de protección; los pacientes que no tienen pareja estable, con escolaridad primaria o menor, los que reciben régimen multidosis, polifarmacia, los que no disponen de tratamiento adecuado, presentan algún efecto adverso, tienen apoyo familiar insuficiente o no acuden al club de enfermos crónicos tienen un riesgo mayor de no adherirse al tratamiento. Solamente mediante la identificación de los factores que causan mayor dificultad en el cumplimiento del tratamiento, se puede trabajar en los mismos para lograr modificarlos y solucionarlos.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

MA y ML: Diseño del estudio, recolección de información, análisis de datos y redacción del manuscrito. DL: Soporte teórico y análisis crítico del artículo. FM: Diseño del estudio y análisis estadístico. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- María Paz Arévalo Astudillo. Médica general. Libre Ejercicio Profesional. Cuenca, Azuay-Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4985-7000>
- María Susana López González. Médica general. Libre Ejercicio Profesional. Cuenca, Azuay-Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6469-5716>
- Diana Victoria López Sigüenza. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar. Especialista en Docencia Universitaria. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Directora de Centro de Salud N° 4 Carlos Elizalde.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4709-9047>
- Fray Cleiton Martínez Reyes. Doctor en Medicina y Cirugía. Magíster en Investigación de la Salud. Especialista en Docencia Universitaria. Director de Escuela de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4331-1058>

ABREVIATURAS

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos; SCS: Subcentro de Salud; HTA: Hipertensión arterial; SPSS: Statistical Package for the Social Sciences; DS: Desviación estándar; OMS: Organización Mundial de la Salud; RP: Razón de prevalencia; IC – 95%: Intervalo de confianza al 95%; χ^2 : Chi cuadrado; Cols: Colaboradores; OR: Odds ratio; N: número.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su más sincero agradecimiento al personal del SCS El Valle por su colaboración durante el estudio y a los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, por su valioso apoyo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses. El presente artículo se basa en una publicación de un trabajo de graduación previa a la obtención del título de Médico de María Paz Arévalo Astudillo y María Susana López González. Publicación original de 20 páginas. No se encontró publicación online.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Arévalo M, López M, López D, Martínez F. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. Rev Med HJCA 2016; 8(1): 8-13. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.a0.01>

PUBLONS:

 <https://publons.com/review/322232/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. 2005;487-97. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra050100>
2. Bastos-Barbosa R, Ferrioli E, Moriguti J, Nogueira C, Nobre F, Lima N. Original Article. Treatment Adherence and Blood Pressure Control in Older Individuals with Hypertension. :636-41. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012005000054&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Mar J, Rodríguez-Artalejo F. Which is more important for the efficiency of hypertension treatment: hypertension stage, type of drug or therapeutic compliance? Journal of hypertension [Internet]. 2001 Jan;19(1):149-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11204296>
4. Sabaté E. Adherence To Long - Term Therapies, Evidence for action. World Health Organization. 2003. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
5. F Saleem M, Hassali A, Shafie A. Drug attitude and adherence: A qualitative insight of patients with hypertension. Pharmacy Practice, 2012; 4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22754262>
6. Ajjar I, Kotchen T. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States. Journal of the American Medical Association, 2003; 290. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185953>
7. Hernández A, José M, Padilla A, Cristina M. La hipertensión en latinoamérica. 2006; Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1702/170217078002.pdf>
8. Zanchetti A. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. 2000;1-28. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/consenso_latinoamericano_sobre_hta_2001.pdf
9. Instituto Nacional de Estadística y Censo- INEC, Ecuador en cifras, Demografía. Disponible en: <http://aplicaciones3.ecuadorencifras.gob.ec/VDatos-war/index.xhtml>
10. Aguiar J, Álamo M, Montes E, Moreno G, Luján G, Rodríguez A, Plasencia M. Adherencia terapéutica. Infarma. 2012; 4(3). Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3db8f905-1dd8-11e2-afb1-b9b-294c3b92c/infarma_vol_4_3_Adherencia_Terapeutica.pdf
11. Queiroz A, Velludo-Veiga E. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. Einstein (São Paulo), São Paulo , 2013 Sept;11(3), Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300012&lng=en&nrm=iso.accession 03 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000300012>
12. Ramlii A. Ahmad N. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. Dove Medical Press.2012;(6):613-622 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437910/> DOI: 10.2147/PPA.S34704
13. Gazmararian J, Kripalani S, Miller M, Echt K, Ren J, Rask K. Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. J Gen Intern Med. 2006;21:1341-2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105519>
14. Jing J, Grant E, Vernon M, Shu C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag. 2008 Feb; 4(1): 269-286. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/>
15. Karaeren H, Yokuşoğlu M, Uzun S, Baysan O, Kız C, Kara B, et al. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. Anadolu Kardiyol Derg. 2009;9(3):183-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19520651>
16. He J, Muntner P, Chen J, Rocella EJ, Streiffer RH, Whelton PK. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. Arch Intern Med. 2002 May ;162(9):1051-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11996617>
17. DiMatteo M. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. Health Psychology. 2004; 23(2):207-218. [PubMed: 15008666]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15008666>
18. Trivedi R, Ayotte B, Edelman D, Bosworth H. The Association of Emotional Well-being and Marital Status with Treatment Adherence among Patients with Hypertension. J Behav Med. 2008 Dec;31(6):489-97. DOI: 10.1007/s10865-008-9173-4. Epub 2008 Sep 9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780175>
19. Sanchez N. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2008; 14 (3):98-101.
20. Instituto Nacional de Estadística y Censo- INEC, Ecuador en cifras, Demografía. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>