

2015

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO
“ADHERENCIA A LA TERAPÉUTICA
FARMACOLÓGICA EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CRÓNICA”**

Autoras:

María Paz Arévalo

María Susana López

**Directora de trabajo de
graduación:**

Dra. Diana López

Asesor metodológico:

Dr. Fray Martínez



Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial crónica.

Arévalo Astudillo María Paz *, López González María Susana *, López Diana**,
Martínez Reyes Fray***

*Autoras, Estudiantes de Medicina de la Universidad del Azuay

** Directora de trabajo de Graduación. Directora de Centro de Salud N° 4 Carlos Elizalde

*** Asesor metodológico de trabajo de Graduación. Magíster en Investigación de Salud. Profesor de la Universidad del Azuay.

Autoras:

María Paz Arévalo Astudillo

Código: 48150

Dirección: Primero de Mayo y Carlos V. Edificio Vista al Río

Teléfono: 0998154786

Correo electrónico: pazarevalo15@hotmail.com

María Susana López González

Código: 48141

Dirección: Francisco de Orellana y Lope de Vega. Conjunto Residencial Yanuncay

Teléfono: 0995300692

Correo electrónico: mariasusanalopezg@gmail.com

Agradecimientos

Agradezco a mis padres Susana González y Pablo López, por haberme apoyado a lo largo del camino de mi educación médica. A la Dra. Diana López y al Dr. Fray Martínez por el apoyo brindado durante la realización de este proyecto. Y a todos los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay por la gran calidad científica y humana que le aportaron a mi educación.

Agradezco a toda mi familia, principalmente a mis padres Jenny Astudillo y Luis Arévalo, a quienes les dedico este trabajo, y a mi hermana Carolina Arévalo, por el apoyo incondicional en cada paso de mi educación. Gracias a la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay y a todo su personal especialmente a los doctores y profesores de los cuales me llevo las mejores enseñanzas. Finalmente, por ser nuestras guías en este trabajo muchas gracias a la Dra. Diana López y al Dr. Fray Martínez.

Resumen

La falta de adherencia terapéutica es un problema global y un reto para todos los profesionales de salud, que impide que haya una disminución de la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. Objetivo: Establecer la prevalencia de adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos. Material y Métodos: Se realizó un estudio analítico transversal en el que se aplicó una encuesta, la misma que incluyó el Test de Batalla y se realizó conteo de medicación de los pacientes hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud (SCS) El Valle para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico. Resultados: 58,94% eran mujeres, el 49% tenía una edad menor a 73 años. El 56.9% había estado en tratamiento farmacológico por menos de 7 años, 64.9% tenían una pareja estable y el 84.1% tenían educación primaria o menor. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 63.6%. Se determinó que existe asociación entre la adherencia y el estado civil, la dosificación, número de medicamentos diarios, la disponibilidad del tratamiento, los efectos adversos y el apoyo familiar ($p < 0.05$). Conclusión: La adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico en nuestro estudio fue de 63.6%, una cifra mayor a lo esperado.

PALABRAS CLAVE: Adherencia, cumplimiento, Test de Batalla, Hipertensión.

ADHERENCE TO MEDICATION THERAPY AMONG PATIENTS WITH CHRONIC HYPERTENSION

ABSTRACT

The lack of therapeutic adherence is a global problem and a challenge for all health professionals. This situation prevents any decrease in morbidity and mortality associated with chronic diseases such as hypertension.

Objective: To establish the prevalence of adherence to medication therapy among hypertensive patients.

Materials and Methods: A cross-sectional analytic study which included a survey and the application of *Batalla's* test was carried out. Also, the medication of hypertensive patients treated at *El Valle* Health Sub-Centre (SCS) was counted in order to determine their adherence to drug treatment.

Results: 58.94% were women; 49% were less than 73 years old. 56.9% had been in drug treatment for less than 7 years; 64.9% had a regular partner, and 84.1% had primary or lower education. Adherence to medication treatment was 63.6%. It was determined that there is an association between adherence and marital status, dosage, number of daily medications, availability of treatment, adverse effects and family support ($p < 0.05$).

Conclusion: adherence to drug treatment in our study was 63.6%, a figure higher than expected.

KEYWORDS: Adherence, Compliance, *Batalla's* Test, Hypertension




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

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.⁽²⁰⁾

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⁽¹⁾, 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.⁽²⁾

Específicamente, en cuanto a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión, los ensayos clínicos han demostrado que puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular en un 30 a 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. ⁽³⁾Se ha estimado que, por ejemplo, en Estados Unidos, la no adherencia terapéutica genera costos innecesarios de 396 a 792 millones de dólares. ⁽⁵⁾

De acuerdo a datos obtenidos en el año 2000, la prevalencia de hipertensión entre la población adulta mundial es del 26%. ⁽⁵⁾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⁽⁶⁾, indicadores en los cuales la no adherencia tiene una importante representación.

En nuestro país la prevalencia es del 28,7% según últimos datos obtenidos en el 2001⁽⁷⁾; y se proyecta que actualmente la prevalencia es mayor. De acuerdo a datos del 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. ⁽⁸⁾

Es por esto que se considera el estudio de la adherencia terapéutica 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.

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.

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. ⁽⁹⁾

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 puede ser utilizada para modificar la realidad y beneficiar no solo al paciente sino también al Sistema de Salud.

Objetivos

General

Establecer la prevalencia de adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos.

Específicos

Identificar la proporción de personas hipertensas atendidas en el Subcentro de Salud El Valle que cumplen correctamente con su tratamiento.

Establecer factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes tratados por hipertensión en el SCS El Valle.

Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio analítico transversal. A partir de los partes diarios de la Unidad Operativa se identificó a los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial y se elaboró un listado con los nombres, fecha, dirección, número de teléfono y prescripción médica farmacológica, un total de 151 pacientes. Cuando los pacientes acudieron al control de su enfermedad, previo consentimiento informado, se les entregó los fármacos prescritos en fundas transparentes con cremallera y se pidió que solo se consuma estos medicamentos. Posteriormente, en los 15-20 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 de la misma. 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 $\geq 80\%$ 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 2.600 metros sobre el nivel del mar; según el Censo del INEC del 2010 la población total es de 24,314 habitantes. ⁽¹⁹⁾

Para el análisis se utilizó 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 e intervalos de confianza y Chi cuadrado, con el valor de p.

Resultados

El número total de participantes en el estudio fue de 151; hombres fueron 62 (41,06%) y 89 mujeres (58,94%). El 49% de pacientes tenían una edad menor a 73 años y el 51% eran mayores. Un porcentaje de 56.9% había estado en tratamiento farmacológico por menos de 7 años, mientras que el 43.1% había sido 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 años (DS 11,23); la mediana fue de 73. El valor mínimo fue de 45 y el máximo de 96. En los hombres la media fue de 71,23 años (DS 9,69) siendo la mediana 72,0; la edad mínima fue de 48 y la máxima de 92. En el caso de las mujeres, su edad mostró una media de 70,37 años (DS 12,23) con una mediana de 73.

La media del tiempo de tratamiento para toda la población del estudio fue de 7,33 años (DS 4,12); la mediana fue 7; el valor mínimo fue 1 y un máximo de 30. Para los hombres la media fue de 4,6 (DS 3,3) para una mediana de 6 años; los valores mínimo y máximo fueron 1 y 15. En las mujeres la media fue 7,98 años (DS 4,51); la mediana fue similar a la de la población general. Los valores mínimo y máximo fueron de 2 y 30 respectivamente.

Tabla No. 1. Adherencia de acuerdo a las variables estudiadas en pacientes hipertensos.

Variables		Estatus de la adherencia			
		Adherente		No Adherente	
		No.	%	No.	%
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 o menos	54	62,79	32	37,21
	8 años o más	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	87,50	3	12,50
Dosificación diaria	Monodosis	90	75,00	30	25,00
	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	90,00	10	10,00
	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

Los resultados mostraron que en la población estudiada hubo una adherencia total del 63,6%.

Tabla No. 2. Asociación y riesgo entre factores relacionados y no adherencia.

Factores relacionados con la no adherencia	Chi Cuadrado		RP	
	Valor	Valor p	Valor	IC al 95%
45 a 72 años de edad	7,23	0,01	0,54	0,35 - 0,86
7 años o menos 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	0,00	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	0,00	3,23	2,26 - 4,59
Polifarmacia	70,49	0,00	6,63	3,84 - 11,43
No disponibilidad de tratamiento	89,27	0,00	8,82	4,86 - 16,02
Efectos adversos del medicamento	69,02	0,00	9,07	4,39 - 18,72
Falta de apoyo familiar	62,76	0,00	6,84	3,73 - 12,58
No asistencia al club	11,09	0,00	2,65	1,36 - 5,17
No cumplidor en test de Batalla	17,75	0,00	2,94	1,65 - 5,24

No todos los factores que muestran una asociación significativa conllevan un riesgo mayor para la no adherencia, según los resultados obtenidos.

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 de adaptación y comprensión de la enfermedad y del tratamiento ⁽¹⁰⁾.

En el presente estudio se encontró una no adherencia total del 36,4%. Ramli, Ahmad y Paraidathathu ⁽¹¹⁾, observaron una mala adherencia en el 47,6% de los pacientes incluidos en su muestra; Gazmararian,

Kripalani y colaboradores ⁽¹²⁾, encontraron que el 40% de los pacientes estudiados tenían adherencia baja. De acuerdo a la OMS la no adherencia en enfermedades crónicas en países desarrollados es del 50%, siendo aún mayor en los de bajos y medianos ingresos. Estas afirmaciones no concuerdan con los resultados de los tres estudios que se presentan y 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 y que llevan una vida menos compleja que las personas de la ciudad. La población rural tiene otras

costumbres y creencias. 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 dentro del grupo 73 años y más. Busnello et al., observaron una relación similar ⁽¹⁰⁾. En varios otros estudios revisados, no se pudo encontrar una relación entre estas variables. Frente a ello cabe analizar: 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 más edad se podría calificar como no intencional; ahora, si los adultos mayores pueden conseguir la ayuda necesaria de los proveedores de salud o familiares, pueden ser más propensos a cumplir con

las terapias ⁽¹⁰⁾. 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 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 ingestión de su medicación ^(10, 11), a más de buscar una calidad de vida más satisfactoria, deteriorada por la historia natural de la enfermedad. 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 ⁽¹¹⁾. Osterberg y Blaschke también afirman en su revisión que la adherencia terapéutica es dramáticamente menor después de los primeros 6 meses de terapia ⁽²⁰⁾. La diferencia en los resultados se puede deber a la diferencia de métodos de recolección de datos usada en los estudios. Mientras en el presente estudio se utilizó un formulario y el conteo directo de medicación sobrante, en el estudio y revisión nombrados, se utilizó solamente

formularios estandarizados, por lo que los resultados pudieron sesgarse.

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 son contradictorios en algunos de los casos, pero en general, las pacientes de sexo femenino fueron catalogadas por los investigadores como mejor cumplidoras ⁽¹³⁾. Así mismo, en el estudio realizado por Ramli, Ahmad y Paraidathathu ⁽¹¹⁾, las pacientes mujeres resultaron ser más propensas a adherirse a su régimen de medicación, en comparación con sus homólogos masculinos (Odds Ratio 1,46 [95% intervalo de confianza [IC]: 01.05 a 02.04, 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.

Al observar los factores sociales, el hecho de no tener una pareja estable que viva con el paciente, es un factor importante que determina falta de adherencia por parte del mismo, (Chi cuadrado 48,69; RP 4,5). 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 ⁽¹⁰⁾. El estado civil también fue analizado por Karaeren et al.,⁽¹⁴⁾ 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%). Además de 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, y se asocia con un mejor control de la hipertensión⁽¹⁵⁾. Un reciente meta-análisis realizado por DiMatteo concluyó que la adhesión a las recomendaciones médicas fue mayor en los pacientes casados ⁽¹⁶⁾. Esto se puede deber a que el tener compañía en casa influye a través de que hay una persona que no solo recuerde la toma de medicamentos, 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 de 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 cuadrado 7,05; RP de 1,23 IC 2,79 – 7,26). Jin, Sklar y colaboradores ⁽¹³⁾ 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. También el estudio de Queiroz Godoy y Velludo Veiga ⁽¹⁰⁾ mostró que un bajo nivel de educación puede contribuir a un grado de adherencia insuficiente al tratamiento farmacológico para la HTA. Esto puede deberse a que, sin educación, muchos pacientes no son capaces de comprender la importancia de adherirse a la medicación y las consecuencias que caso contrario se tendrían a largo plazo. 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, sí

viven con familiares, de los que a su vez obtienen apoyo. Esto determina que siempre pueda haber alguien que les recuerde la toma de sus medicamentos y por lo tanto su adherencia aumente. Bernal y cols ⁽⁸⁾ 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 encuentran un 9,5% de redes de apoyo social insuficiente en pacientes no-adherentes, proporción que baja a 0,8% en pacientes adherentes totales.

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 su control de glicemia y tensión arterial, reciben su medicación y se les da 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 y le da 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. 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. ⁽¹⁸⁾ Así mismo tener 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. No es fácil recordar cada día ingerir un solo fármaco, por lo que, si son más, la dificultad se incrementa. Queiroz Godoy et al, ⁽¹⁰⁾ 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. También Ramli, Ahmad y Paraidathathu ⁽¹¹⁾ encontraron que aumentar el número de medicamentos que el paciente ingiere y las frecuencia de tomas, afectan negativamente a la adherencia. De la misma manera, la OMS manifiesta que la complejidad del régimen fármaco terapéutico es una causa importante para que exista una adherencia deficiente ⁽³⁾. En el estudio

realizado se encontró una diferencia considerable entre la adherencia de aquellos pacientes con un régimen simple con la de aquellos con 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.

Un problema que se encontró al realizar este 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. Esto se debe a las condiciones sociales en las que se desenvuelven, como por ejemplo, viven solos, tienen alguna discapacidad o viven en lugares demasiado alejados. Esto dificulta su adherencia puesto 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 nuestro estudio son tratados con varias clases de medicamentos y cada uno de ellos puede causar efectos adversos distintos. Muchas veces el efecto es leve y pasajero y el paciente no abandona su tratamiento. Sin embargo, en otras ocasiones, los fármacos producen reacciones desfavorables que hacen una diferencia

importante en la vida del paciente, disminuyen la calidad de la misma, lo que origina una menor adherencia al tratamiento. Queiroz Godoy et al ⁽¹⁰⁾ 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 están relacionadas con las respuestas humanas individuales. 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. 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 su adherencia terapéutica.

Por último, a los pacientes 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 asociadas de forma significativa con la adherencia al tratamiento. ⁽¹⁸⁾ 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 su terapia, respondieron negativamente. Se cree que esto puede deberse a que hay personas que a pesar de su falta de conocimiento acerca de la enfermedad, están conscientes de la necesidad de seguir su tratamiento.

Una de las fortalezas del estudio es que se realizó en el ámbito de Atención Primaria en Salud, uno de las áreas contempladas en el plan del Buen Vivir, lo que justifica plenamente la realización del mismo. Además se estableció una comunicación directa con el paciente, se averiguó sus inquietudes y razones personales para la falta de adherencia, consiguiendo en ocasiones resolverlas en ese momento, todo esto a través del cuestionario y la visita domiciliaria, siendo éste uno de los métodos indirectos para averiguar la adherencia; a esto se sumó el conteo de la medicación, otro método indirecto. En otros estudios no se utilizaron simultáneamente dos métodos de medición como se llevó a cabo en esta investigación.

La principal limitación de este estudio fue el uso del Test de Batalla que mide el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad con el cual se concluye que un mayor conocimiento resulta en mayor adherencia, lo que supuso una dificultad en la población estudiada por su nivel de instrucción; sin embargo el Test de Batalla tiende a sobreestimar el cumplimiento en otro tipo de población, aumentando el número de falsos positivos, lo que probablemente no sucedió en este caso. En nuestra investigación no se utilizó el Test de Morinsky-Green (TM-G), que valora las

actitudes que adopta el paciente respecto a su enfermedad. Si bien el cuestionario que utilizamos tenía algunas preguntas del TM-G, careció de la validación de este test.

En futuros estudios se podría investigar la combinación de varios métodos indirectos como el Test de Batalla y el de Morinsky-Green junto con el conteo de medicación directa mediante visita domiciliaria, en el que además se comparen poblaciones con niveles de instrucción distintos. Otro proyecto propuesto es el hacer uso de tecnología nueva para ayudar al paciente a recordar la toma de su medicación y medir el impacto que su utilización tenga en la adherencia.

Conclusiones

El abordaje de la adherencia terapéutica tiene un efecto benéfico en la historia natural de la hipertensión arterial y puede evitar consecuencias incluso mortales de la misma.

La falta de adherencia farmacológica causa un incremento en los costos del sistema público de salud.

Los factores que mayor impacto tuvieron en la falta de adherencia farmacológica en el presente estudio fueron la falta de pareja o familiares que vivan con el paciente y la complejidad del régimen de medicación.

Los regímenes de medicación que se aplican en los pacientes deben ser simples, fáciles de recordar y de vidas medias prolongadas.

Un factor fundamental para el aumento de la adherencia a la medicación es la

relación médico paciente, que conlleva una buena comunicación de las dos partes involucradas para lograr una personalización del tratamiento.

Es necesario educar al paciente acerca de su enfermedad, no solo para que pueda conocer más acerca de la misma, sino para que pueda darse cuenta de las consecuencias que puede sufrir al no adherirse a su tratamiento.

En los pacientes en los que se identifique falta de apoyo social, se debe contribuir para brindarlo, mediante estrategias personalizadas.

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.

Bibliografía

1. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Lima NKC. 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
2. 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>
3. 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
4. F Saleem, MA. Hassali, AA. Shafie. Drug attitude and adherence: A qualitative insight of patients with hypertension. . Pharmacy Practice, 2012, Vol. 4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22754262>
5. Ajjar I, Kotchen TA. 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>
6. Hernández A De, José M, Padilla A, Cristina M. La hipertensión en latinoamérica. 2006; Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1702/170217078002.pdf>
7. 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
8. Instituto Nacional de Estadística y Censo- INEC, Ecuador en cifras, Demografía. Disponible en: <http://aplicaciones3.ecuadorencifras.gob.ec/VDatos-war//index.xhtml>

9. Aguiar Bautista JA, Álamo Martell MC, Móntes Gómez E, Moreno Valentín G, Luján García G, Rodríguez Segovia A, Plasencia Núñez M. Adherencia terapéutica. *Infarma*. 2012 (3) Vol 4. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3db8f905-1dd8-11e2-afb1-b9b294c3b92c/infarma_vol_4_3_Adherencia_Terapeutica.pdf
10. Queiroz Godoy, A; Velludo Veiga, E. Factores que interfieren na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 11, n. 3, Sept. 2013. Disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300012&lng=en&nrm=iso>.accesion 03 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000300012>.
11. Ramli A. Ahmad Nu. 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
12. Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, 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>
13. Jing J, Grant ES, Vernon MS, Shu CL, 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/>
14. Karaeren H, Yokuşoğlu M, Uzun S, Baysan O, Köz 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>
15. He J¹, Muntner P, Chen J, Roccella EJ, Streiffer RH, Whelton PK. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med*. 2002 May 13;162(9):1051-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11996617>
16. DiMatteo MR. 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>
17. Trivedi RB, Ayotte B, Edelman D, Bosworth HB. 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>

18. Sanchez Cisneros N. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 14, Núm. 3 Septiembre-Diciembre 2006 pp 98-101.
19. Instituto Nacional de Estadística y Censo- INEC, Ecuador en cifras, Demografía. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
20. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. 2005;487–97. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra050100>