

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INFORME DE INVESTIGACION

**FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS. CHIMBOTE, 2016**

Autores

Damián Foronda Jorge Luis

Vera Guerra Luis Benjamín

Falcón Povis Miguel Ángel

Miñano Bolaños Juan Carlos

Baca Corales Peter Alberto

Chimbote – Perú

2017

1. Palabras Clave

| | |
|---------------------|---|
| Tema | Diabetes mellitus e Hipertensión arterial |
| Especialidad | Medicina general |

2. Título

FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS. CHIMBOTE 2016

3. Resumen:

Con el objetivo de determinar los factores que alteran el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el Policlínico "Víctor Panta Rodríguez" Es Salud – Chimbote, 2016, se realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico. Se entrevistó a 89 pacientes con diabetes II y pacientes con hipertensión y diabetes II. Se aplicó el test de Morisky – Green, test de Batalla modificado, test de Hermes y un test de actitud ante el tratamiento y los controles médicos. Resultados: predominio de paciente entre 61 y 80 años. Grado de instrucción mayoritario: secundaria (38%) y superior (43%). 63% con comorbilidad. 66% “no cumplidores” según test de Morinsky – Green. “Conocen su enfermedad” el 63% (test de Batalla). 99% desconocen algunos aspectos de la medicación (test de Hermes modificado). 24% creen que mejorarán completamente, 51% que habrá poca mejoría. 40% piensan que los controles son muy espaciados y 28% sienten maltrato en los controles por los médicos. Conclusiones: existen múltiples determinantes que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico: edad, comorbilidad, nivel de conocimiento de la enfermedad y de la medicación; trato adecuado al paciente en sus controles.

4. Abstract

With the objective of determining the factors that alter the level of adherence to pharmacological treatment in diabetic and hypertensive patients attended at the

"V́ctor Panta Rodŕguez" Health Clinic - Chimbote, 2016, a descriptive, transversal and analytical study was carried out. We interviewed 89 patients with diabetes II and patients with hypertension and diabetes II. The Morisky - Green test, modified Battle test, Hermes test and an attitude test were applied to the treatment and medical controls. Results: predominance of patients between 61 and 80 years. Degree of majority instruction: secondary (38%) and superior (43%). 63% with comorbidity. 66% "non-compliant" according to Morinsky's test - Green. "They know their disease" 63% (Battle test). 99% are unaware of some aspects of the medication (modified Hermes test). 24% believe that they will improve completely, 51% that there will be little improvement. 40% think that controls are widely spaced and 28% feel abuse in controls by doctors. Conclusions: there are multiple determinants that influence adherence to pharmacological treatment: age, comorbidity, level of knowledge of the disease and medication; proper treatment of the patient in their controls.

5. Introducci3n

Antecedentes y Fundamentaci3n Científica

En la actualidad las enfermedades no transmisibles (Hipertensi3n Arterial, Diabetes Mellitus, y otros) presentan una tendencia al alta en relaci3n a su prevalencia e incidencia, aś como sus complicaciones.

La Hipertensi3n Arterial (HTA) es una elevaci3n sostenida de la presi3n arterial sist3lica (PAS), presi3n arterial diast3lica (PAD) o de ambas, de etioloǵa desconocida en el 90% a 95% de los casos y que afecta generalmente a personas de mayor edad. Sin embargo, la pr3ctica asistencial y la toma individualizada de decisiones requieren una definici3n operativa de la misma (Rozman, Farreras Valent́, & Agust́ Garća-Navarro, 2012).

La revisi3n continua existente entre la PA y las complicaciones cardiovasculares y renales hace dif́cil establecer la distinció entre normotensi3n e HTA, siendo esto m3s evidente en la poblaci3n general pues tienen una distribuci3n unimodal (Mancia, 2013). No obstante, se ha abogado por una definici3n operativa para la HTA como gúa de tratamiento (Mancia, 2013; Runge & Ohman, 2006).

La HTA se define como una PAS \geq 140 mmHg, o una PAD \geq 90 mmHg, según la evidencia derivada de los ensayos clínicos aleatorizados que indica que, en pacientes con estos valores de PA, las reducciones inducidas por tratamiento farmacológico son beneficiosas. Se utiliza la misma clasificación para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos, mientras que se adoptan otros criterios, basados en percentiles, para niños y adolescentes, ya que no se dispone de datos de estudios de intervención en estos grupos de edad. Se puede consultar los detalles sobre la clasificación de la PA en niños según su edad y su talla en el informe de la Sociedad Europea de HTA sobre el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de la PA elevada en niños y adolescentes (Lurbe et al., 2009).

La HTA es un trastorno de la regulación de la PA que resulta de un incremento en el gasto cardiaco o, con mayor frecuencia, de un aumento en la resistencia vascular periférica total. El gasto cardiaco es usualmente normal en la HTA esencial, aunque el aumento del mismo tiene un papel etiológico. El fenómeno de autorregulación explica que un incremento del gasto cardiaco produzca una elevación persistente de la resistencia vascular periférica, con el consiguiente retorno del gasto cardiaco a la normalidad (Runge & Ohman, 2006).

Los individuos hipertensos presentan un desequilibrio entre la actividad simpática y parasimpática, con un predominio de la actividad simpática, la cual puede tener su origen en un estímulo directo por el estrés crónico, ya sea mental o promovido por la elevada ingesta calórica (Rozman et al., 2012). Se describe una alteración de los barorreceptores y como evidencia se tiene a la mayor frecuencia cardiaca en reposo de los sujetos hipertensos, el efecto de varios fármacos antihipertensivos en la reducción del flujo simpático, así como las técnicas de tratamiento de HTA resistente que incluyen la denervación simpática renal o la electroestimulación de los barorreceptores carotídeos (Pascual & Alegría, 2016).

En la actualidad se conoce que la HTA se relaciona a la existencia de una disfunción del endotelio, que altera el óxido nítrico y el factor hiperpolarizante del endotelio que son relajantes del vaso sanguíneo y los factores vasoconstrictores, principalmente las endotelinas, siendo la más señalada la disminución a nivel del endotelio de la prostaciclina-PGI₂ vasodilatadora y el aumento relativo del tromboxano-TXA₂ intracelular vasoconstrictor (Thengchaisri, Hein, Ren, & Kuo, 2015).

Las endotelinas, son potentes constrictores locales, a nivel de la proendotelina actúa una enzima convertidora de la endotelina formándose principalmente endotelina 1 y en menor proporción endotelinas 2 y 3, siendo la endotelina 1 la más potente (Liu et al., 2016), ejerciendo diversas acciones sobre el tono vascular, la excreción renal de sodio y agua (Miller et al., 2016).

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, que abarca un grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por una hiperglicemia crónica, debido a un defecto en la secreción de la insulina o un defecto en la acción de la misma, o ambas. Si la hiperglicemia es sostenida en el tiempo, conllevará a repercusiones dañinas en varios órganos y sistemas que afectan su función, especialmente en el sistema cardiovascular, renal, nervioso y los ojos (Rojas, Molina, & Rodríguez, 2012)

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad en crecimiento exponencial afectando a millones de personas en el mundo. Esta situación conllevaría a tener una población diabética con mayores riesgos de padecer complicaciones agudas o crónicas ocurridas por descompensaciones incrementado la tasa de morbilidad (Troncoso, Delgado, & Rubilar, 2013). Incluyen los siguientes tipos

- a. Diabetes mellitus tipo 1 (DM1); donde existe destrucción autoinmune de las células beta, con deficiencia absoluta de insulina y tendencia a la cetoacidosis.
- b. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la más común, frecuentemente asociada a obesidad o incremento en la grasa visceral, raramente ocurre cetoacidosis, existe una resistencia predominantemente a la insulina, asociada a un déficit en su secreción progresiva.
- c. Diabetes mellitus gestacional (DMG), existe intolerancia a la glucosa durante el embarazo
- d. Otros tipos específicos de diabetes, como por ejemplo defectos genéticos de las células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, etc. (Rojas, Molina, & Rodríguez, 2012).

El diagnóstico está basado en criterios de glucosa plasmática, ya sea en valores de glucosa plasmática en ayunas, o después de 2 horas de un test de tolerancia a la glucosa de 75 g. Lo valores de glucosa menores de 100 mg/dl en ayunas se consideran normal y de 140 mg/dl después de 2 horas de un test de tolerancia de glucosa.

Los criterios de diagnóstico de diabetes mellitus incluye síntomas clásicos y lo siguiente:

a. Glucemia plasmática ≥ 126 mg/dl en ayunas, definida como ninguna ingesta calórica de por lo menos 8 horas; o

b. Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl después de 2 horas de un test de tolerancia de glucosa; o

c. En un paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglicémica, una glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl; o

d. Hemoglobina A1C $\geq 6.5\%$, siempre y cuando sea realizado en laboratorios con metodología y estandarización avalada por la National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) de manera que los valores sean equivalentes a los obtenidos en el programa DCCT. (American Diabetes Association, 2016)

La diabetes mellitus tipo 2 está relacionada casi necesariamente a la obesidad y por ende con la resistencia a la insulina (RI), y adicionalmente asociado a un deterioro de la función de las células beta del páncreas.

En un inicio las células beta terminan produciendo mayor cantidad de insulina para compensar esta resistencia con la finalidad de mantener valores normales de glucemia; sin embargo, con el tiempo las células beta pierden su capacidad de mantener esta hipersensulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina. Finalmente aparece la hiperglucemia en estados post-prandiales y luego en ayunas estableciéndose el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Debido a su relación con la obesidad, por definición todo obeso debería tener RI, pero no necesariamente es así, porque existen obesos metabólicamente sanos, como aquellos que realizan ejercicios con frecuencia (Baynest, 2015)

El adipocito orchestra todo el proceso de RI, ya que es una célula que comúnmente acumula ácidos grasos (AG) en forma de triglicéridos, pero que, a través de múltiples señales, conocidas como adipocinas, influencia en otros órganos, ya que por su tamaño su capacidad de almacenamiento se ve limitada, alcanzando 8 veces el mismo, generando migración de los AG a otros órganos especialmente el músculo esquelético y el hígado. El músculo esquelético es el principal órgano blanco de la insulina, y la llegada de los AG, bloquea las señales de insulina, lo que lleva a RI en el músculo esquelético.

Muchos estudios reportan que la aparición de complicaciones y desenlaces desagradables de esta enfermedad están en relación a la no adherencia al tratamiento farmacológico.

Carhuallanqui, Diestra-Cabrera, Tang-Herrera, & Málaga, (2010) con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general, realizaron un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. Se encontró un 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). El estudio concluye que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%.

Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, (2006) realizaron una investigación con la finalidad de determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia. Los niveles de presión arterial sistólica y diastólica fueron medidos pre-post intervención por el personal de salud. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la presión arterial sistólica (PAS), la presión arterial diastólica (PAD) no presentó cambios, pero se mantuvo en niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos ($p = 0,000$; n.c. 95%), el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio.

Hoyos, Arteaga & Muñoz (2011) realizaron una investigación para comprender los factores para no adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2

(DM2), desde la visión del cuidador familiar. Encuentran que la adherencia al tratamiento en personas con DM2 es escasa por estar mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a las múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo.

Alayón & Mosquera (2008) en Colombia, realizaron un estudio descriptivo, con el objetivo de conocer los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico, interpretados desde un enfoque biopsicosocial, con el fin de proponer estrategias culturalmente adaptadas que permitan el logro de mejores resultados en los programas impartidos. Se aplicaron entrevistas para conocer los niveles de adherencia auto-reportada y se midió hemoglobina glucosilada A1C para evaluar control metabólico. Se encontraron en una escala de 0 a 7, el puntaje promedio de adherencia obtenido fue de 4,6 (IC 95 % 3,8-5,4). Los mayores puntajes fueron 6,6 para no tabaquismo (IC 95 % 5,5-7,8) y 6,2 para medicación (IC 95 % 5,9-6,6). Los menores fueron 0,4 para automonitoreo (IC 95 % 0,4-0,5); 3,4 para ejercicio físico (IC 95 % 2,8-4,0) y 4,4 para consumo de vegetales (IC 95 % 3,7-5,2). El control metabólico deseable se logró en el 58 % de los pacientes, pero no guardó relación con la adherencia auto-reportada ($p > 0,05$).

Justificación de la investigación

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial (HTA) son dos enfermedades no transmisibles que se encuentran siempre vigentes debido a sus temidas complicaciones y franco ascenso a nivel mundial, siendo una de las causas más importantes de su evolución tórpida a la no adherencia al tratamiento farmacológico.

Se realizó una búsqueda bibliográfica con la finalidad de localizar algún estudio en nuestra localidad sobre falta de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus e HTA y no se pudo localizar ninguno, lo que es evidencia de que nos encontramos ante un vacío de conocimiento.

La presente investigación pretende beneficiar a los pacientes con diabetes mellitus e HTA, sobre todo al grupo que presenta factores de riesgo a presentar no adherencia al

tratamiento farmacológico ya que se tendrá mayor énfasis en el grupo de pacientes que presente alguno de los factores de riesgo.

La conclusión del presente estudio aportará datos valiosos sobre los factores de riesgo relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico y servirá de incentivo para continuar investigando más sobre el tema, situación que eventualmente permitirá encontrar información epidemiológica importante a ser tomada en cuenta.

Problema

¿Cuáles son los factores de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el Policlínico "Víctor Panta Rodríguez" EsSalud – Chimbote, 2016?

Conceptuación y operacionalización de las variables

Hipertensión arterial

La HTA es una elevación sostenida de la PAS, PAD o de ambas, de etiología desconocida en el 90% a 95% de los casos y que afecta generalmente a personas de mayor edad, además cuanto más elevadas sean las cifras de PA tanto diastólica como sistólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad.

La HTA se operacionaliza como una PAS ≥ 140 mmHg, o una PAD ≥ 90 mmHg.

4.2 Diabetes Mellitus

Enfermedad crónica, que abarca un grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por una hiperglicemia crónica, debido a un defecto en la secreción de la insulina o un defecto en la acción de la misma, o ambas.

La DM se operacionaliza con síntomas clásicos y control laboratorial:

Glucosa plasmática ≥ 126 mg/dl en ayunas; o

Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl (2 horas de un test de tolerancia de glucosa); o

Glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl; o

Hemoglobina A1C $\geq 6.5\%$

4.3 Factores de no adherencia al tratamiento farmacológico

Se refiere a aquellos factores tanto sociales, demográficos y del paciente diabético e hipertenso que alteran la adherencia al tratamiento con medicamentos. Dentro de estos

factores tenemos al sexo masculino y femenino, el nivel de escolaridad: ninguna, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, técnico completo e incompleto y universitario completo e incompleto; el estado civil: soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre; la procedencia: de zona urbana, urbano-marginal o rural, la ocupación: estudiante, empleado, desempleado, trabajador independiente, pensionista, hogar y otro; el conocimiento sobre su enfermedad: si conoce o no conoce, y el desplazamiento al Centro de salud.

Hipótesis

La escolaridad y el conocimiento sobre la enfermedad son los principales factores de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el Policlínico "Víctor Panta Rodríguez" EsSalud – Chimbote, 2016.

Objetivos

General:

- Determinar los factores de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el Policlínico "Víctor Panta Rodríguez" EsSalud – Chimbote, 2016.

Específicos:

1. Determinar la incidencia de pacientes diabéticos e hipertensos en el Policlínico "Víctor Panta Rodríguez" EsSalud – Chimbote, 2016.
2. Identificar los factores de no adherencia al tratamiento farmacológico.

6. Metodología del trabajo

6.1 Tipo y diseño de la investigación

El estudio es descriptivo, transversal y analítico, de casos y controles.

6.2 Población y muestra

La población estuvo compuesta por el total de pacientes diabéticos e hipertensos (prevalencia), atendidos en el Policlínico "Víctor Panta Rodríguez" EsSalud – Chimbote

durante el año 2016. El cálculo de la muestra arrojó un total de 128 pacientes, lográndose entrevistar a 89.

6.3 Técnicas e Instrumentos de Investigación:

La investigación se realizó mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos (ver anexo 1). Se recabó información de la historia clínica de los pacientes diabéticos e hipertensos, del Sistema de Vigilancia de Salud Renal (VISARE) y mediante entrevista directa a los pacientes que son parte de este sistema, que son monitorizados estrictamente para poder identificar algún grado de daño renal de manera oportuna y por consiguiente su manejo y control. La información obtenida se procesó mediante una hoja de cálculo elaborado con el software Excel 2016 For Windows 10. Los resultados se expresan mediante tablas simples con valores absolutos y porcentuales.

7. Resultados

Se intervino a 89 pacientes incluidos en el Sistema de Vigilancia Renal (VISARE) que se atienden en el Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” – Es Salud, Chimbote, durante el año 2017. 41pacientes (46%) fueron del sexo masculino y 54 % (46 casos) femenino. La edad que predominio fue entre 61 y 70 años (33%) y entre 71 y 80 años (31%). Tabla 1.

Tabla 1: Edad y sexo de pacientes evaluados

| EDAD | Masculino | | Femenino | | Total | |
|--------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| < 40 años | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 40 - 50 años | 2 | 2 | 4 | 5 | 6 | 6 |
| 51 - 60 años | 5 | 6 | 11 | 12 | 16 | 18 |
| 61 - 70 años | 13 | 15 | 16 | 18 | 29 | 33 |
| 71 - 80 años | 14 | 16 | 14 | 16 | 28 | 31 |
| > 80 años | 6 | 6 | 3 | 3 | 9 | 10 |
| Total | 41 | 46 | 8 | 54 | 89 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

La tabla 2, muestra el grado de instrucción, predominando el nivel superior (43%), seguido del nivel secundaria (38%). El estado civil casado mostró un 98%. El 63% de pacientes tuvieron diabetes e hipertensión al mismo tiempo.

Tabla 2: Nivel de instrucción, estado civil y comorbilidad

| VARIABLE | Nº | % |
|-----------------------------|-----------|----------|
| Nivel de Instrucción | | |
| Primaria | 17 | 19 |
| Secundaria | 34 | 38 |
| Superior | 38 | 43 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 0 | 0 |
| Casado | 87 | 98 |
| Viudo | 2 | 2 |
| Comorbilidad | | |
| Diabetes Tipo II | 33 | 37 |
| Diabetes e Hipertensión | 56 | 63 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

El Test de Morisky – Green, validado para diversas patologías crónicas, consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas, mediante las cuales se evalúa el nivel de *auto cumplimiento* del paciente. Valora si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento de su enfermedad. La tabla 3.1, desagrega las preguntas y muestra un porcentaje importante (36%) de pacientes que “presentan alguna dificultad para tomar las pastillas”, seguido de un 33% que “no toman la medicación a la hora indicada”. 20% de entrevistados manifestó que en ocasiones “cuando se sienten bien, dejan de tomar las pastillas”.

Tabla 3.1: Auto cumplimiento según Test de Morisky - Green (desagregado)

| Indicador | SI | | NO | |
|---|----|----|----|----|
| | N° | % | N° | % |
| Tiene alguna dificultad para tomar las pastillas. | 32 | 36 | 57 | 64 |
| Toma la medicación a la hora indicada. | 60 | 67 | 29 | 33 |
| Cuando se siente bien, deja de tomar las pastillas. | 18 | 20 | 71 | 80 |
| Si alguna vez se siente mal, la deja de tomar. | 6 | 7 | 83 | 93 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

En la tabla 3.2, se hace la interpretación global (consolidado) del test. El paciente considerado como “cumplidor” debe responder de forma correcta las cuatro preguntas, es decir: NO/SI/NO/NO. Se reporta el 66% como “no cumplidores”, lo que significa un riesgo elevado de no adherencia al tratamiento y fracaso al mismo.

Tabla 3. 2: Auto cumplimiento según Test de Morisky - Green (Consolidado)

| Indicador | N° | % |
|--------------------------|----|----|
| Pacientes que cumplen | 30 | 34 |
| Pacientes que no cumplen | 59 | 66 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

El Test de Batalla evalúa el *nivel de conocimiento del paciente respecto a su enfermedad*, considerándose que mientras más conocimiento de la misma, de alguna manera garantiza una mejor adherencia al tratamiento. La tabla 4.1, a la pregunta “su enfermedad es para toda la vida”, el 29% cree que no lo es.

Tabla 4.1: Conocimiento de la enfermedad, Según Test de Batalla (desagregado)

| Indicador | SI | | NO | |
|--|----|-----|----|----|
| | N° | % | N° | % |
| Su enfermedad es para toda su vida | 63 | 71 | 26 | 29 |
| El control en los alimentos le ayudará a mejorar | 89 | 100 | 0 | 0 |
| Mencione dos órganos que puede afectar su enfermedad | 83 | 93 | 6 | 7 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

Consolidando las respuestas, se considera *incumplidor* al paciente que falla alguna de las respuestas. En la tabla 4.2 se muestra que el 29% de enfermos no conocen su enfermedad en su explicación completa. Esto, según Batalla, representa un menor grado de cumplimiento o adherencia.

Tabla 4.2: Conocimiento de la enfermedad, Según Test de Batalla (consolidado)

| Indicador | N° | % |
|-----------------------|----|----|
| Si conocen enfermedad | 63 | 71 |
| No conocen enfermedad | 26 | 29 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

Otro aspecto importante es conocer la medicación que se está recibiendo. El test de Hermes consta de 8 preguntas, para nuestro estudio se tomó cuatro, una de ellas: “toma la medicación a la hora indicada” mostró un 79% de negatividad. Esto genera un inadecuado manejo de la enfermedad (tabla 5.1).

Tabla 5.1: Conocimiento de la medicación, según test de Hermes (desagregado)

| Indicador | SI | | NO | |
|---|----|----|----|----|
| | N° | % | N° | % |
| Conoce el nombre del medicamento que toma. | 74 | 83 | 15 | 17 |
| Cuántas pastillas o capsulas toma por día. | 86 | 97 | 3 | 3 |
| Se ha olvidado alguna vez de tomar algún medicamento. | 1 | 1 | 88 | 99 |
| Toma la medicación a la hora indicada. | 19 | 21 | 70 | 79 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

En forma consolidada el 99% de pacientes intervenidos fueron “no cumplidores”, en aspectos de conocer la medicación, lo cual implica un alto riesgo de no adherencia (Tabla 5.2). “Cumplidor” es cuando las respuestas son SI/SI/NO/SI.

Tabla 5.2: Test de Hermes, consolidado.

| Indicador | N° | % |
|--------------------------------------|----|----|
| Si conocen medicación (Cumplidor) | 1 | 1 |
| No conocen medicación (no cumplidor) | 88 | 99 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

La actitud ante el tratamiento, podría ser un determinante del grado de adherencia. Para medir esto se planteó 5 preguntas, encontrando que el 57% cree que *con el tratamiento que viene recibiendo mejorará poco la enfermedad*, frente a un 27% que cree que *habrá una mejoría completa* (tabla 6).

Tabla 6: Actitud ante el tratamiento

| Variable | N° | % |
|---|----|----|
| Cree que mejorará completamente. | 24 | 27 |
| Cree que habrá poca mejoría. | 51 | 57 |
| Cree que no habrá mejoría. | 1 | 1 |
| Cree que a mediano o largo plazo se complicará. | 0 | 0 |
| Es un problema que a cualquiera lo pasa. | 13 | 15 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

La actitud de los pacientes frente al trato de los profesionales médicos durante los controles, podrían generar una mayor o menor adherencia y entendimiento de su enfermedad. La tabla 7 muestra algunos resultados: 40% de pacientes creen que *los controles son muy alejados*; 72% expresó que *el trato que reciben en el control médico es bueno*, frente a un 28% que percibe que *el trato no es bueno*.

Tabla 7: Actitud frente a los controles médicos.

| Variable | N° | % |
|---|----|----|
| Son muy alejados en el tiempo. | 36 | 40 |
| Es adecuado en el tiempo. | 48 | 54 |
| Durante el control el Médico no me examina. | 5 | 6 |
| El trato es bueno durante el control. | 64 | 72 |
| El trato no es bueno durante el control. | 25 | 28 |

Fuente: Ficha de recolección de información. Fuente directa.

8. Análisis y discusión

La adherencia al tratamiento o el cumplimiento terapéutico se define como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a las citas programadas, tomar los medicamentos, de acuerdo a la indicación médica, realizar los cambios en los estilos de vida recomendados y también cumplir con los exámenes de laboratorio requeridos (Peralta M., Carbajal P., 2008).

Carhuallanqui, Diestra-Cabrera, Tang-Herrera, & Málaga, (2010) entrevistaron a pacientes diabéticos e hipertensos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green, encontrando que un 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$).

En el presente estudio no se observó diferencias significativas de acuerdo a la edad y sexo. En cuanto al estado civil la predominancia de pacientes casados no concuerda con los viudos reportado por Carhuallanqui; tampoco el nivel de instrucción secundaria y superior mayoritario encontrado, a diferencia del primario reportado por el mismo autor.

Otro determinante de no adherencia es la comorbilidad, debido que hacen más complejo el entendimiento de las patologías, su manejo y controles, generando incumplimiento y no adherencia. 63% de evaluados padecían de diabetes mellitus II junto a hipertensión arterial.

Hoyos, Arteaga & Muñoz (2011) evaluaron los factores de no adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo II, desde la visión del cuidador familiar; encontrando que la adherencia era escasa por estar mediada por múltiples factores como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a las múltiples punciones por la aplicación de la

insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo.

Según el test de Morinsky – Green (auto cumplimiento), un porcentaje importante no cumplen con las pautas recomendadas terapéuticamente. A diferencia de Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, quienes reportan una adherencia de 86.6% post intervención, nosotros solo reportamos que un 34% de auto cumplimiento. Esto también contrasta con Alayón & Mosquera (2008) en Colombia, quienes estudiaron los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico, interpretados desde un enfoque biopsicosocial, mostrando en una escala de 0 a 7, el puntaje promedio de adherencia de 4,6 (IC 95 % 3,8-5,4).

Conocer la enfermedad (Test de Batalla) permite el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y de control. A pesar que el porcentaje de no cumplimiento fue bajo (29%), es necesario fortalecer el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, sobre todo cuando hay patologías coadyuvantes. Así mismo, entender los aspectos relacionados a la medicación (Test de Hermes), llámese: nombre de medicamentos, dosis, indicación horaria, etc., garantizarían un mejor nivel de adherencia al tratamiento. Es muy llamativo que el 99% de pacientes abordados desconozcan algunos aspectos de la medicación. Se debe tener en cuenta para plantear estrategias de mejora.

En la interacción profesional de la salud-enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Así mismo, el régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Mencionamos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades de adherencia del paciente (Giacaman J. 2010).

Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con el cumplimiento, arrojaron que los regímenes de monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis,

y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados (Giacaman J., 2010).

9. Conclusiones y Recomendaciones

Existen determinantes o factores que condicionan a una menor adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos y de manera específica en pacientes diabéticos e hipertensos, mencionamos:

- Edad: a mayor edad menor adherencia.
- Sexo: no hay diferencias significativas.
- Grado de instrucción: no hay relación directa con el menor grado de instrucción.
- Comorbilidad: a mayor comorbilidad mayor nivel de no adherencia.
- Nivel de conocimiento de la enfermedad: mientras más se conoce la enfermedad menor nivel de no adherencia.
- Conocimiento de la medicación: si el paciente conoce más aspectos de los medicamentos que usa: dosis, horario, efectos colaterales, etc., mejor nivel de adherencia.
- Trato del personal de salud: el empoderamiento y la buena relación médico – paciente mejora el entendimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Recomendaciones

Considerando la falta de cumplimiento o no adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas para el paciente, la familia y la economía, como un problema prioritario de Salud Pública, es necesario implementar mecanismos de seguimiento y control basado en cuatro aspectos:

- Intervención domiciliaria.
- Fortalecimiento del nivel de conocimiento de la enfermedad.
- Mejoramiento de la relación trabajador de salud – paciente/familia.
- Conocimiento de las consecuencias de la no adherencia al tratamiento.

10. Referencias bibliográficas

- Alayón, A. N., & Mosquera-Vásquez, M. (2008). Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 777-787.
- American Diabetes Association (2016). Classification and diagnosis of diabetes. Sec. 2. In *Standards of Medical Care in Diabetes*. *Diabetes Care*, 39(Suppl.1), 13-22.
- Carhuallanqui, R., Diestra-Cabrera, G., Tang-Herrera, J., & Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 21(4), 197-201.
- Castillo. J. (2015). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Recuperado de http://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/10/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf
- Duque, T. N. H., Henao, M. V. A., & Cardona, M. M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio: la visión del cuidador familiar. *Investigación y educación en enfermería*, 29(2), 194-203.
- Giacaman J. (2010). Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el hospital de Ancud. Tesis de grado para optar título de Químico Farmacéutico. Chile. 2010.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535–547.
- Lurbe, E., Cifkova, R., Cruickshank, J. K., Dillon, M. J., Ferreira, I., Invitti, C., ... Zanchetti, A. (2009). Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension: *Journal of Hypertension*, 27(9), 1719–1742. <http://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32832f4f6b>
- Mancia, G. (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Retrieved from <http://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/Guia-HTA-2.pdf>

- Peralta M., Carbajal P. (2008). Adherencia a tratamiento. Artículo de revisión. Rev. Cent Dermatol Pascua. Vol. 17, N° 3. Sep. – dic. 2008.
- Rodríguez M., García E., Amariles P. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 40(8): 413 – 7. España.
- Rojas, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 10(Supl.1), 7-12
- Rozman, C., Farreras Valentí, P., & Agustí García-Navarro, Á. (2012). Medicina interna. Barcelona: Elsevier.
- Runge, M. S., & Ohman, M. (2006). Netter. Cardiología. Madrid: Elsevier Masson. Retrieved from <http://site.ebrary.com/id/10896359>
- Troncoso, C., Delgado, D., & Rubilar, C. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública, 22(1), 9-13.

11. Anexos:

ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS DE FILIACIÓN

N° DE HC: _____

EDAD: () Años.

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

GÉNERO:

() Femenino () Masculino

OCUPACIÓN:

() Estudiante, () Empleado, () Desempleado, () Trabajador independiente, () Pensionista, () Hogar, () Otro.

ESCOLARIDAD:

() Ninguna, () Primaria completa, () Primaria incompleta,
() Secundaria completa () Secundaria incompleta
() Técnico completo, () Técnico incompleto,
() Universidad completa, () Universidad incompleta.

ESTADO CIVIL:

() Soltero, () Casado, () Divorcio, () Viudo, () Unión libre,
() Otro.

PROCEDENCIA:

() Urbano, () Urbano marginal, () Rural

CONOCIMIENTOS SOBRE SU ENFERMEDAD:

() Conoce sobre su enfermedad,
() No conoce nada sobre su enfermedad.

III. NIVEL DE ADHERENCIA

() Buena adherencia () No presenta adherencia

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSION | INDICADOR |
|--|---|---|---------------------------------------|---|
| Factores de no adherencia al tratamiento farmacológico | Adherencia al tratamiento: El grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria. | Aquellos factores tanto sociales, demográficos y del paciente que alteran la adherencia al tratamiento con medicamentos | Sociodemográficos Del paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Escolaridad • Estado civil • Procedencia • Ocupación • Conocimiento de su enfermedad • Desplazamiento al Centro de salud |
| Diabetes mellitus | Enfermedad crónica, que abarca un grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por una hiperglicemia crónica, debido a un defecto en la secreción de la insulina o un defecto en la acción de la misma, o ambas. | <ul style="list-style-type: none"> • Glucosa plasmática ≥ 126 mg/dl en ayunas, definida como ninguna ingesta calórica de por lo menos 8 horas; o • Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl después de 2 horas de un test de tolerancia de glucosa; o • Glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl; o • Hemoglobina A1C $\geq 6.5\%$ | | <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus Controlada • Diabetes Mellitus no controlada |
| Hipertensión arterial | Elevación sostenida de la PAS, PAD o de ambas. | La HTA se define como una PAS ≥ 140 mmHg, , o una PAD ≥ 90 mmHg. | | <ul style="list-style-type: none"> • HTA controlada • HTA no controlada |