

//REVISIÓN - [04]



RESUMEN

ABSTRACT:

Objective: Review systematically the existing literature, referring to the adherence to treatments of chronic diseases such as hypertension and diabetes in older adults. **Methodology:** A search of national and international literature was conducted, taking into account data presented by the World Health Organization, the Ministry of Health of Colombia, and publications of studies whose results or conclusions were related to the way how it occurs or is promoted Adherence to treatments for hypertension and diabetes in adults over 60 years. **Results:** It was generally found worldwide, in the results of the research work, the tendency to describe the factors that affect the degree of adherence that patients have to their treatments and emphasis is placed on the recommendations of the health personnel, in order to achieve adequate results in the management of the disease. **Conclusions:** Chronic diseases produce both physical and emotional stress during the development of people's lives, especially in older adults, which may influence adherence to pharmacological treatments and follow-up of medical recommendations, therefore, it is required of a joint work between the health team and the patients to carry out actions that contribute to diminish the negative consequences of the inadequate use of the treatments.

Keywords: Older adults, chronic disease, cardiovascular disease, adherence to treatment, hypertension, diabetes.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un rastreo bibliográfico en el que se tuvieron en cuenta palabras clave como **adulto mayor, enfermedad crónica, enfermedad cardiovascular, adherencia al tratamiento, hipertensión y diabetes**.

Se realizó la exploración de 26 trabajos de investigación en el contexto internacional, nacional y local mediante la consulta de literatura científica, contenida en la Biblioteca Cochrane Plus y en algunas bases de datos especializadas en temas de salud como pubmed, elsevier, dialnet, bireme, sciencedirect, y Scielo, empleando ecuaciones de búsqueda como “aged AND medication adherence”, “aged AND chronic disease”, “aged AND cardiovascular diseases”, (adulto mayor OR anciano) AND (adherencia al tratamiento OR cumplimiento de la medicación). También se tomaron en cuenta tesis de pregrado y postgrado incluidas en los repositorios de algunas bibliotecas universitarias en Bogotá.

Durante la búsqueda bibliográfica se incluyeron publicaciones tanto en español como en inglés, limitando la búsqueda a publicaciones desde el año 2012 hasta el 2017, que incluyeran a adultos mayores de 60 años, con tratamiento médico para enfermedades crónicas (Organización Mundial de la salud, 2015), y cuyos resultados o conclusiones hicieran referencia a la manera como ocurre la adherencia a dichos tratamientos.

Se excluyeron los documentos con costo para su consulta debido a la asignación de rubros para el desarrollo de éste estudio, así como cualquier otro tipo de limitación para su acceso y aquellos documentos con referencia al tratamiento de enfermedades crónicas diferentes a la hipertensión y la diabetes.

El presente artículo hace referencia a la incidencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2 a nivel nacional e internacional, y la manera como ocurre la adherencia a los tratamientos (medicamentos y recomendaciones médicas) por parte de los adultos mayores, cuando padecen este tipo de enfermedades; al respecto del tema la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud, 2004), hace referencia a las enfermedades crónicas como “aquellas que se caracterizan por cursar durante largos periodos de tiempo y ser de progresión lenta, las cuales resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales”, y define la adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar un medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”. Según Lago Danesi (Lago Danesi, 2015) tiene que ver con “la forma o manera en que la medicina es tomada”, siendo el cumplimiento del paciente parte de la misma.

Es así que a pesar de saber que una enfermedad crónica no transmisible, puede ser padecida a cualquier edad, también es sabido que con el paso de los años el riesgo de contraer este tipo de enfermedades aumenta, vinculando el incremento de las mismas con el envejecimiento de la población, que, por su asociación con los cambios biológicos y mentales propios de ésta etapa de la vida, pueden llegar a ser uno de los determinantes en el grado de adherencia a las terapias que se requieran.

Según la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud, 2015)

“Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. [...]. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable”.

Para abordar éste tema, se hizo necesario tomar en cuenta las cifras que presenta la Organización Mundial de la Salud, acerca de las principales enfermedades no transmisibles, entre las cuales se encuentran, la hipertensión arterial y la diabetes, así como datos que presenta el Ministerio de Salud en Colombia, a través de la encuesta de Salud, bienestar y envejecimiento (SABE), y el informe de la situación en salud (ASIS) para los últimos años en Bogotá, donde se reflejan los incrementos de los padecimientos a causa de éstas enfermedades, debido al crecimiento de la población de adultos mayores (Ministerio de la Salud y Protección Social, 2013). También se realizó una revisión de resultados de investigación respecto al tema, publicados en los últimos años a nivel nacional e internacional, para identificar las tendencias y avances al respecto del tema.

PRESENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES TIPO 2 EN EL MUNDO

Panorama Global de la Enfermedad no Transmisible (ENT)

Durante el inicio del siglo XXI la Organización Mundial de la salud (OMS), hizo referencia a que “El rápido aumento de las enfermedades no transmisibles, representaría uno de los desafíos sanitarios más importantes para el desarrollo mundial en el nuevo siglo”, haciendo hincapié en el reto creciente y amenazante, que esto representaría para el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas (Brundtland, 2000).

Es así que a partir de mediados de la primera década del siglo, se evidenciaron datos frente a la carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cánceres, las cuales causaron un estimado de 35 millones de muertes, cifra que representó el 60% de todas las muertes en el mundo (World Health Organization, 2008). Para la segunda década, el panorama no ha sido diferente y se estima que éstas afecciones han sido causantes de 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en el mundo. **“Más del 40% de ellas (16 millones) han sido muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad y casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se han producido en países de ingresos bajos y medios”** (Organización Mundial de la Salud., 2014).

Teniendo en cuenta que el comportamiento de una persona, familia o comunidad frente a su propio cuidado y el grado de cumplimiento de las recomendaciones que hace el personal de salud, influye en la presencia de las ENT y en el potencial daño que éstas pueden causar en las personas, se han identificado los principales factores de riesgo de tipo comportamental que aumentan la probabilidad de sufrir daños sobre la salud y afectar significativamente la calidad de vida, entre los cuales se encuentran el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la dieta no saludable, el sobrepeso y la hipercolesterolemia (World Health Organization, 2013).

Como consecuencia de lo anterior se presenta el sobrepeso y la obesidad con lo que al menos 2,8 millones de personas mueren cada año. Todos estos factores de riesgo sumados a otros considerados como determinantes sociales de la salud como el aumento poblacional y su envejecimiento, el nivel de ingresos, la educación y la vivienda, aumentan el riesgo de padecer cardiopatías como la hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares y diabetes mellitus tipo 2, en la misma medida que aumenta el índice de masa corporal (IMC). (Forouzanfar & Afshin, 2016).

Hipertensión Arterial y Diabetes Tipo II en el Mundo

La hipertensión arterial es una enfermedad que por no manifestarse con unos síntomas claros en quien la padece en muchos casos no puede ser diagnosticada de manera oportuna, llevando a diversas complicaciones como accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, así como al aumento de los índices de discapacidad y mortalidad y por tanto el tratamiento representa altos costos que agotan los presupuestos de las familias y las comunidades así como los del sistema de salud en los países (Organización Mundial de la Salud., 2013).

De acuerdo con un estudio sobre carga global de enfermedad, se estimó que 10,3 millones de muertes en el mundo, en 2013, fueron consecuencia directa de la hipertensión. El índice de las complicacio-

nes por la enfermedad, muestra que es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebro vascular (Organización Mundial de la Salud., 2013).

Para el caso de enfermedades como la diabetes tipo II, al igual que para la hipertensión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2016) hace referencia a que los riesgos **“se ven determinados por la interacción de factores genéticos y metabólicos. Dicho riesgo se eleva cuando factores étnicos, un antecedente de diabetes en la familia y un episodio anterior de diabetes gestacional se combinan con la presencia de edad avanzada, sobrepeso y obesidad, alimentación malsana, falta de actividad física y tabaquismo”**.

Respecto a los índices de morbilidad que produce la diabetes, el profesor Ezzati, M (Ezzati, 2016) de la Escuela de Salud Pública, Imperial College Londres, calculó a través de la agrupación de resultados obtenidos de diversos estudios a escala mundial que 422 millones de personas mayores de edad, padecen diabetes y que **“cerca de un 40% de los casos están relacionados con el crecimiento y envejecimiento de la población; un 28% al aumento de la prevalencia en los distintos grupos de edad; y un 32% a la interacción de todos estos dos factores”**.

Por lo anterior, la OMS (World Health Organization, 2010) afirma que los altos costos que este tipo de enfermedades implican para las personas, las familias, las empresas, los gobiernos y los sistemas sanitarios, tienen gran repercusión en la macroeconomía a nivel mundial.

Hipertensión Arterial y Diabetes Tipo II en Colombia

En Colombia, entre las primeras causas de morbilidad atendidas entre los años 2009 a 2013 en los adultos mayores de 45 años y más, se evidenció una prevalencia de la hipertensión arterial (22,8%); en personas mayores de 65 años, éste padecimiento se encontró asociado con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49%, y con trastornos cerebrovasculares en un 62%, lo cual junto con la presencia de diabetes mellitus, hacen parte de las 10 primeras causas de consulta en los servicios de urgencias y de egreso hospitalario (Ministerio de la salud y la Protección Social., 2013). Datos arrojados por la cuenta de alto costo, reportes de los Análisis de Situación de Salud ASIS para Bogotá y la bodega de datos del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO, muestran que un 49% de los ataques cardíacos y un 62% de los trastornos de tipo cerebrovascular, son causados por la hipertensión arterial (Ministerio de Salud, 2017). De otra parte, el análisis de la situación de salud (ASIS), también hace referencia a que entre el periodo 2005 a 2014 la diabetes mellitus provocó el 14,58% (70.309) de las defunciones; en el caso de los hombres representó la tercera causa de fallecimiento por enfermedades no transmisibles, causando el 12,58% (30.242) de los decesos. En las mujeres la diabetes mellitus ocupó el segundo lugar de las

causas de defunción al causar el 16,58% (40.067) de los decesos. Es así que para el 2013 los porcentajes más altos de casos de diabetes se presentaron en el Distrito Capital, con un 20,20% (128.067) comparado con Antioquia, con un 18,11% (114.848) y el Valle del Cauca, con un 14,57% (92.406) (Ministerio de Salud, 2016).

La situación de salud en Colombia al respecto, se ve agravada teniendo en cuenta de acuerdo a los datos proporcionados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, donde se tiene previsto que para el año 2020, el país tendrá una población cercana a los 50 millones de personas, con un 25% de menores de 15 años y un 12% de adultos mayores de 60 años, lo cual a la par aumenta el índice de dependencia con carga a la población en edad activa para la manutención de los hogares, representando mayor dificultad para alcanzar niveles de calidad de vida satisfactorios (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005). El ensanchamiento de la pirámide poblacional en la edad avanzada, representa un impacto que se ve reflejado en las instituciones del sector salud y del Estado ya que implica retos para responder a las necesidades crecientes de la población mayor.

AVANCES FRENTE A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES TIPO 2

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica, las cuales incluyen factores relacionados con el paciente, con el tratamiento, con la enfermedad y con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria y con factores de tipo socio económico (Organización Mundial de la Salud, 2004). A nivel mundial en los últimos años, la literatura científica relacionada con la adherencia a los tratamientos que incluyen adultos mayores de 60 años con hipertensión y/o diabetes tipo 2, se han enfocado en comprobar la manera como se comportan estos factores frente a la adherencia al tratamiento.

Relacionados con las características del paciente

Los factores relacionados con el paciente incluyen aspectos tales como el grado de conocimiento que éste tiene sobre la enfermedad, las creencias sobre el manejo del tratamiento, el cuidado que el paciente está en capacidad de auto proveer y la influencia de estos factores en el cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Al respecto se evidencian problemas con la adherencia a los tratamientos farmacológicos teniendo en cuenta que los pacientes polimedcados no siempre conocen la posología de la medicación y en numerosas ocasiones la toman según su propio criterio y no de acuerdo a las indicaciones de los profesionales de la salud (Leal Hernández, Abellán Alemán, Casa Pina, & Martínez Crespo, 2014). En cuestión de hábitos de autocuidado, el incumplimiento de la actividad física y de la dieta adecuada, son los factores que presentan

mayores cifras de no adherencia. (Rincón Romero, Torres Contreras, & Corredor Pardo, 2017)

Sin embargo, otros estudios permiten identificar que la visión amenazante de la enfermedad y los beneficios percibidos con el uso de los medicamentos son factores importantes para el logro de mayores niveles de adherencia a pesar de los posibles riesgos asociados al uso de los tratamientos (Rajpura & Nayak, 2014).

Es por esto, que algunos trabajos llevan a concluir que el uso de estrategias para mejorar la adherencia a la medicación y en general a los hábitos de autocuidado, son claves para lograr controles adecuados de la enfermedad (Abel, Joyner, Cornelius, & Greer, 2017). De la misma manera se enfatiza en la importancia de centrar las estrategias en personas con escolaridad baja, transmitir las recomendaciones médicas de múltiples maneras y en un lenguaje sencillo sin el uso masivo de tecnicismos (Zambrano C, Duitama, Posada, & Flórez A, 2012). Así se evidencia una relación positiva entre el hecho de que un paciente sea adherente a los tratamientos, con altos niveles de calidad de vida (Guarin Looiza, 2015), por tanto se afirma que es esencial la creación de políticas públicas y modelos de intervención adecuados, para lograr el incremento del bienestar físico y mental (Gómez Pulido, 2016).

Relacionados con las características de los Tratamientos

Se identifican algunos aspectos relacionados con el tratamiento, con lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a la complejidad del régimen médico, la duración, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes, los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratar estos inconvenientes.

Los resultados de algunas investigaciones muestran cómo en el domicilio la polimedicación, la acumulación de fármacos, la confusión con los medicamentos, la complejidad de la pauta de tratamiento, la duplicidad terapéutica y la falta de coordinación entre hospital, atención primaria y farmacia sumado a los problemas cognitivos del paciente, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos, disminuyen la adherencia al tratamiento (Crespillo García, Rivas Ruiz, Contreras Fernández, Castellano Muñoz, & al., 2013).

Es así que se ha buscado determinar la relación que puede tener la intensificación de los tratamientos para el caso del control de la presión arterial, encontrándose una respuesta positiva al respecto, sin embargo no pueden dejarse de lado las preocupaciones sobre las consecuencias de tratamientos agresivos sobre el paciente (Vigen, Shetterly, Magid, O'Connor, & al., 2012). Relacionado con lo anterior otro estudio concluye que los pacientes altamente adherentes (escala de Morisky de 8 ítems, MMAS puntuación = 8) son aproximadamente cinco veces más propensos a tener la presión arterial controlada en

comparación con los pacientes que reportan adherencias bajas (Khayyat, Saeed Khayyat, Hyat Alhazmi, Mohamed1, & al, 2017).

Estudios españoles, también han centrado sus objetivos en explorar la influencia de factores que influyen en la adherencia al tratamiento. De ésta manera se han determinado las relaciones existentes entre el nivel de cumplimiento según el test de Morisky-Green, el test de Batalla, y el recuento de comprimidos en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, donde se evidenció que el cumplimiento varía según el instrumento de evaluación utilizado y que el cumplimiento de los pacientes mejora con un mayor nivel de conocimiento de la enfermedad y un menor número de medicamentos prescritos, lo que sugiere la conveniencia de revisar sistemáticamente los tratamientos y proporcionar mayor información a los pacientes (Gutiérrez Angulo, Lopetegi Urangaa, Sánchez Martín, & Garaigordobil Landazabal, 2012).

Igualmente se ha valorado la utilidad del pastillero el cual no reportó efectos positivos de manera significativa al respecto. Los hallazgos al respecto del tema, también llevaron a determinar que una sola estrategia de control no es útil para la mejora del cumplimiento terapéutico y que se deben utilizar como medidas del cumplimiento, métodos que no dependan solamente de un test, que en general puede sobrestimar el cumplimiento y parecen evaluar con dificultad cambios en actitudes (Morales Suárez-Varela, 2009).

La literatura también hace referencia a que el uso de poli pastillas que combinan varios principios activos para el caso del manejo de la hipertensión, simplifica notablemente el régimen terapéutico, reduce los costes de producción y distribución, y mejora la adherencia y los resultados clínicos, logrando mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos y por ende la eficiencia del sistema de salud (Fuster, 2012).

En términos generales se ha mostrado como en el domicilio la polimedición, la acumulación de fármacos, la confusión con los medicamentos, la complejidad de la pauta de tratamiento, la duplicidad terapéutica y la falta de coordinación entre hospital, la atención pri-

maria y la farmacia sumado a los problemas cognitivos del paciente, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos disminuyen la adherencia al tratamiento (Crespillo García, Rivas Ruiz, Contreras Fernández, Castellano Muñoz, & al, 2013).

Relacionados con el Sistema y el Equipo de Salud

Los servicios de salud y la intervención de sus profesionales también impactan la adherencia a los tratamientos, con lo que se hace referencia a que una buena relación del personal de salud con el paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Se resalta la importancia de la comunicación con el paciente y la información que éste recibe sobre la medicación prescrita como aspectos esenciales para evitar el abandono.

Es así que al respecto del manejo de la hipertensión arterial, otros trabajos han centrado sus esfuerzos en la información proporcionada a los pacientes de manera personalizada, con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y el cumplimiento de la medicación prescrita y su impacto sobre la presión arterial sistólica y diastólica y el índice de masa corporal (IMC), encontrándose respuestas positivas al respecto (Amado Guirado, Pujol Ribera, Pacheco Huergoa, & Borrás, 2011). De la misma manera se ha encontrado que la revisión sistemática de la medicación por parte del personal de salud, mejora el uso de los tratamientos en adultos mayores polimedificados con riesgo vascular, en comparación con la atención de salud habitual (Molina López, Domínguez Camacho, Palma Morgado, Caraballo Camacho, & al, 2012). Por lo anterior se evidencia la necesidad de impulsar iniciativas públicas y privadas para lograr cambios en la actitud del paciente, a través de la modificación en ciertos hábitos de vida y de una mejor adherencia a la medicación lo que puede ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos.

También se identificó que, intervenciones guiadas con ayudas audiovisuales (Pictogramas) pueden mejorar los niveles de adherencia a los tratamientos farmacológicos, y las intervenciones enfocadas a



atender las necesidades individuales del paciente pueden mejorar la capacidad de autocuidado (Herrera Olaya & Silva Torres, 2014). Por otro lado se habla de sistemas de comunicación telefónica automatizados (SCTA) que tienen el potencial de desempeñar una función importante en la atención en salud moderna ya que tienen un grado alto de adaptación y adaptabilidad a las necesidades y requerimientos del personal de salud y de los pacientes (p.ej. reconocimiento de la voz) (Posadzki, Mastellos, Ryan, Gunn, & al, 2016).

Un estudio sobre diabetes también da mayor importancia a la intervención que puedan realizar los médicos y el personal de enfermería en la consulta de atención primaria, sin embargo se hace referencia a que la mayor duración de la enfermedad, una deficiente comunicación profesional-paciente, la carencia de un adecuado apoyo social, tener creencias negativas sobre la enfermedad y el tratamiento, la depresión o un bajo nivel de conocimientos en salud, demuestran tener influencia negativa sobre el manejo de la enfermedad (Orozco Beltrán, Mata Cases, Artola, & Conthe, 2016).

Relacionados con controles bioquímicos

Estudios llevados a cabo en Reino Unido y Estados Unidos pretenden mostrar la relación de pruebas bioquímicas que valoran la concentración de medicación en los pacientes y la mejora en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y por ende en el control de la presión arterial. Los resultados mostraron un aumento en la intensidad del uso de tratamiento farmacológico y por ende alta adherencia especialmente al inicio del estudio, pero una intensidad relativamente baja de las intenciones dirigidas al cambio de estilo de vida (Margolis, Asche, Bergdall, Dehmer, & al., 2015). Igualmente se demuestra que la mayoría de pacientes no adherentes, pueden convertirse en adherentes mediante pruebas repetidas de análisis bioquímico en orina y suero, logrando optimizar su presión arterial y de la misma manera abordar el impacto de este tipo de pruebas en los resultados cardiovasculares y en los recursos económicos de la salud a nivel mundial (Gupta, Patel, Strauch, Lai, & al., 2017).

Relacionados con Aspectos de tipo Socio-Económico.

A nivel socioeconómico se ha identificado la relación entre los ingresos bajos del paciente, los costos a su cargo y la falta de adherencia a los tratamientos, lo cual se suma a las consecuencias económicas sobre los sistemas de salud. Con lo anterior un artículo de revisión de literatura, da cuenta de las consecuencias tanto clínicas como económicas del incumplimiento terapéutico (morbilidad y mortalidad) de los pacientes no cumplidores encontrándose relaciones estrechas entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud lo que genera aumento de costos debido al aumento de hospitalizaciones, visitas a centros ambulatorios y de urgencias, aumento de dosis o cambios en las prescrip-

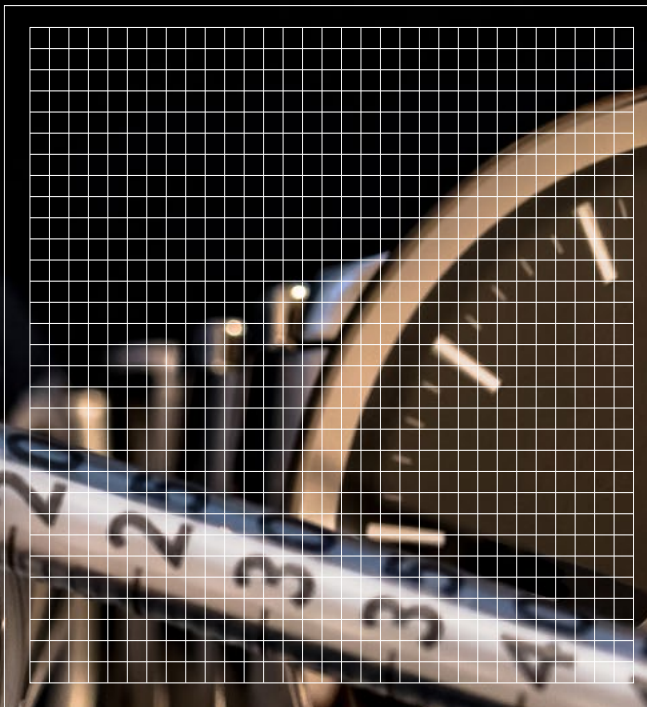


ciones y aumento en la realización de pruebas diagnósticas más invasivas. La revisión literaria muestra cómo en general en enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento. (Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora., 2009).

También se revela, como el costo de los medicamentos no cubiertos por el sistema de salud y que están a cargo del paciente influye de manera negativa en la adherencia terapéutica en los pacientes con bajos ingresos anuales, por tanto se presume que una reducción en el monto de los costos de bolsillo y de la contribución máxima anual para medicamentos puede mejorar la adherencia al tratamiento (Milan, Vasiliadis, Gontijo Guerra, & Berbiche, 2017).

INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Los instrumentos más empleados para la medición del grado de adherencia a los tratamientos médicos de enfermedades crónicas, se han realizado diversas pruebas encaminadas a su validación, dentro de los cuales el más empleado es la escala de Morisky Green el cual fue elaborado inicialmente por los autores para medir el grado de adherencia al tratamiento por parte de pacientes hipertensos; el instrumento permite mediante una entrevista sencilla y personalizada con el paciente, obtener datos cualitativos y cuantitativos de la adherencia al tratamiento, ubicando a los pacientes en escalas de alta, media y baja adherencia (Pardo Cely, Fierro, & Ibañez Pinilla, 2011). Éste instrumento ha sido traducido en







Es bien sabido que el éxito para el manejo de las patologías crónicas y la prevención de sus complicaciones, involucra de manera significativa el uso adecuado de tratamientos farmacológicos y la adopción de estilos de vida saludable; sin embargo, son aspectos difíciles de cumplir por parte de los pacientes, viéndose reflejado en altos índices de morbilidad que contribuyen a desangrar la economía de los países y sus sistemas de salud, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. La revisión de la literatura muestra cómo en general en enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento.

Por lo anterior la mayoría de estudios y pruebas se enfocan en identificar las causas de incumplimiento de la terapia recomendada por el personal de la salud, coincidiendo en su gran mayoría, con cuatro de las cinco dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud, las cuales interfieren con la adherencia a la terapia, en referencia a aspectos relacionados con el paciente, con las características del tratamiento, con condiciones socioeconómicas y con la intervención de los servicios y el equipo de salud. Se observa que se han dejado de lado las relaciones que pueden existir entre la adherencia al tratamiento con aspectos propios de la enfermedad como la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad que puede producir (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad así como la presencia de otras comorbilidades como la depresión, el abuso de drogas y alcohol, lo que puede ser un modificador importante del comportamiento de adherencia (Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud, 2004).

Los estudios realizados acerca del tema muestran, cómo factores relacionados con la medicación en el domicilio como la acumulación de fármacos, la confusión con los medicamentos, la complejidad de la pauta de tratamiento y la duplicidad terapéutica, sumados a factores relacionados con la atención que proveen los servicios de salud como la falta de coordinación entre hospital, centros de atención primaria y servicio farmacéutico y a problemas cognitivos del paciente, el cuidado que está en capacidad de auto proveerse donde el incumplimiento de la actividad física y la dieta adecuada, son los factores que presentan mayores cifras de no adherencia y las creencias negativas sobre el tratamiento, son factores que combinados contribuyen a disminuir de manera importante la adherencia al tratamiento (Crespillo García, Rivas Ruiz, Contreras Fernández, Castellano Muñoz, & al., 2013).

Por tanto se afirma que es esencial mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos, mediante la creación de iniciativas públicas y privadas, así como modelos de intervención adecuados centrados en personas con escolaridad baja, transmisión de las recomendaciones médicas con un lenguaje sencillo sin el uso masivo de tecnicismos, con el fin de lograr cambios en la actitud del paciente a través de la modificación en ciertos hábitos de vida, que incrementen el bienestar físico y mental de los pacientes y de mejorar la adherencia a la medicación para ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos (Guarín Loiza, 2015).

En este orden de ideas, se resalta la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de salud y la intervención de sus profesionales, aspectos que también impactan la adherencia a los tratamientos, con lo que se hace referencia a que una buena relación del personal de salud con el paciente puede mejorar la adherencia terapéutica.

Por otro lado también se han aplicado pruebas bioquímicas que valoran la concentración de medicación en el suero y la orina de los pacientes cuyos resultados muestran un aumento en la intensidad del uso de tratamiento farmacológico y por ende alta adherencia especialmente al inicio del estudio, presumiblemente porque el paciente se siente presionado y comprometido emocionalmente frente al control realizado, pero nuevamente se reporta una intensidad relativamente baja de las intenciones dirigidas al cambio de estilo de vida (Margolis, Asche, Bergdall, Dehmer, & al., 2015).

Los estudios evidencian relaciones estrechas entre la falta de cumplimiento por parte de los pacientes y la obtención de peores resultados en salud, lo que genera aumento de costos debido al aumento de hospitalizaciones, visitas a centros ambulatorios y de urgencias, aumento de dosis o cambios en las prescripciones y aumento en la realización de pruebas diagnósticas más invasivas y costosas, lo que afecta considerablemente la economía de los sistemas de salud, presentándose ésta conducta y sus consecuencias de manera generalizada a nivel mundial (Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora., 2009).

Por otro lado se han realizado análisis y pruebas encaminadas a la validación de instrumentos que miden la adherencia a tratamientos médicos que se pueden adaptar a enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes, dentro de los cuales el más empleado es la escala de Morisky Green, que como muchos instrumentos, demuestran una alta confiabilidad (sensibilidad del 93%) en la detección de pacientes con un control de la PA (Rodríguez Chamorro, García Jiménez, Amariles, Rodríguez Chamorro, & Faus, 2008), y posibilidad de adaptación a para medir la adherencia terapéutica a otras enfermedades crónicas, sin embargo no puede considerarse como el método más efectivo ya que puede llegar a subestimar algunos aspecto de cambios de estilo de vida y por tanto esta y otras escalas deben emplearse combinadas con otros métodos de medición.



CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2 producen tensiones tanto físicas como emocionales durante el desenvolvimiento de la vida de las personas, especialmente en adultos mayores y se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial, afectando la calidad de vida de los individuos y sus familias. Existen múltiples factores ampliamente identificados que alteran la efectividad de los tratamientos existentes a nivel farmacológico, de auto cuidado y que están relacionados con las características propias del paciente, del tratamiento, del acceso a recursos económicos para su manejo y del papel que desempeñen los servicios de salud y los profesionales proveedores de la atención; sin embargo se ha estudiado muy poco frente a cómo influyen las complicaciones propias de la misma enfermedad y la presencia de otras comorbilidades en los comportamientos de adherencia.

En general una de las causas que contribuyen de manera importante a afectar la economía de los países y de sus sistemas de salud, son las complicaciones de enfermedades tan frecuentes en la población como la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2

como consecuencia de la falta de adherencia a la terapia, tal cual como la recomienda el profesional de la salud y de manera aún más compleja, la dificultad de muchos pacientes para proveerse cuidados y adoptar estilos de vida saludable. Es bien sabido que el costo de tratamientos más especializados, pruebas más complejas y hospitalizaciones largas generan grandes gastos al sistema de salud, donde Colombia no es ajena a la problemática.

A pesar de conocer a través del resultado de diferentes análisis y pruebas bioquímicas aplicadas en diferentes países, sobre el grado de adherencia a las terapias y los factores que influyen de manera negativa al respecto, y de existir políticas y programas de salud que pretenden combatir el problema, aún falta centrar esfuerzos donde las intervenciones del personal de salud deben ser más contundentes, dedicadas, centradas en las características individuales de los pacientes y en permitir su participación activa respecto al autocuidado. En un sistema de salud como el colombiano, esto representa un reto, ya que se requiere mayor cantidad de recursos económicos para la adquisición de recurso humano capacitado y competente para realizar intervenciones en el individuo, la familia y la comunidad, lo que implica mayor eficiencia en el manejo y distribución de recursos.



Ministerio de Salud. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS), COLOMBIA, 2016. [Online]. Bogotá D.C: Álvaro Alfonso



Trujillo González. Imprenta Nacional de Colombia; 2016 [cited 2017 12 09. Available from: HYPERLINK <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005 a nivel nacional. [Online] ; 2005 [cited 2017 Dic. 16. Available from: HYPERLINK <http://www.dane.gov.co/files/censos/libroCenso2005nacional.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la acción. Ginebra; 2004.

Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. Paciente polimedcado: ¿Conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente? Aten Primaria. 2014 Septiembre; 33(9): p. 451-6.

Rincón Romero MK, Torres Contreras C, Corredor Pardo KA. Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia y cuidado. 2017 Jun.; 14(1): p. 40-59.

Rajpura J, Nayak R. Medication Adherence in a Sample of Elderly Suffering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden. Journal of Managed Care Pharmacy JMCP. 2014 Jan; 20(1).

Abel WM, Joyner JS, Cornelius JB, Greer DB. Self-care management strategies used by Black women who self-report consistent adherence to antihypertensive medication. Patient Preference and Adherence. 2017; 11: p. 1401-1412.

Zambrano C R, Duitama JF, Posada JI, Flórez AJF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012 May; 30(2).

Guarín Loaiza GMM. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial y su relación con la calidad de vida en un grupo de pacientes de dos hospitales de la ciudad de Bogotá. Tesis de grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C; 2015.

Gómez Pulido JA. Relación entre adherencia y calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial. Tesis de grado. Bogotá, D.C: Universidad de los Andes; 2016.

Crespillo García E, Rivas Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, al. e. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedcados desde una perspectiva cualitativa. Rev. Calid Asist. 2013; 28(1): p. 56-62.

Vigen R, Shetterly S, Magid DJ, O'Connor PJ, al. e. A Comparison Between Antihypertensive Medication Adherence and Treatment Intensification as Potential Clinical Performance Measures. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2012; 5: p. 276-282.

Khayyat SM, Saeed Khayyat SM, Hyat Alhazmi RS, Mohamed1 M, al e. Predictors of Medication Adherence and Blood Pressure Control among Saudi Hypertensive Patients Attending Primary Care Clinics: A Cross-Sectional Study. PLOS ONE. 2017; 12(1).

Gutiérrez Angulo ML, Lopetegi Urangaa P, Sánchez Martín I, Garaigordobil Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Rev. Calid Asist. 2012; 27(2).

Morales Suárez-Varela MT. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. Aten Primaria. 2009; 41(4): p. 185-192.

Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev. Esp Cardiol. 2012; 65(2): p. 10-16.

Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergoa V, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. Gac Sanit. 2011; 25(1): p. 62-67.

Molina López T, Domínguez Camacho JC, Palma Morgado D, Caraballo Camacho MdIO, al e. Revisión de la medicación



Rodríguez Chamorro , García Jiménez , Amariles , Rodríguez Chamorro , Faus. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8) : p. 413-7.