



**INSTITUTO CONMEMORATIVO DE ESTUDIOS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y EVALUACION DE TECNOLOGÍA SANITARIA**

**CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**ESCUELA DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMA**

**PROYECTO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

**Nombre del Estudio: “Caracterización de la adherencia a los medicamentos en una muestra de la población general y otra de pacientes hipertensos en Panamá”**

**Autores:**

Eric Conte	investigador en salud ICGES
Yovany Morales	director Escuela de Farmacia Universidad Latina de Panamá
Maribel Tribaldos	investigadora en salud ICGES
Cecilia Llorach	médico Unidad Local de Atención Primaria en Salud Profesor Carlos Velarde
María M. Benavides	médico Policlínica Don Alejandro de la Guardia hijo
Marilyn Donato	médico Policlínica Don Alejandro de la Guardia hijo
Cesar Zamorano	farmacéutico Caja de Seguro Social
Julio Toro	médico especialista Caja de Seguro Social e investigador asociado ICGES.
Beatriz Gómez	coordinadora del proyecto e investigadora ICGES.

Panamá, diciembre de 2016

615.1

In7 Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Caracterización de la adherencia a los medicamentos en una muestra de la población general y otra de pacientes hipertensos en Panamá / investigadores Eric Iván Conte Valdés, Yovani Morales, Cecilia Llorach Castro, Marilyn Del Carmen Donato, María Mercedes Benavides Terrientes, César Zamorano, Beatriz Gómez Quintero y Julio Toro Lozano. – Panamá : Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2017.

50p. ; 21 cm.

ISBN 978-9962-699-20-0

1. MEDICAMENTOS
2. ADHERENCIAS (MEDICINA)
3. SALUD PÚBLICA-PANAMÁ I. Título

## Contenido

	Página
Agradecimiento	5
Resumen	7
Antecedentes	9
Situación a nivel Mundial	10
Justificación y Uso de los Resultados	14
Marco Jurídico	14
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
Materiales y Métodos	15
Universo y metodología de diseño de la encuesta	16
Aspectos Éticos	17
Resultados	19
Conclusiones y Recomendaciones	29
Bibliografía	31



## Agradecimiento

A la Dirección General de la Caja de Seguro Social, al Departamento de Investigación, a los directores médicos de la Policlínica Don Alejandro de la Guardia hijo y la Unidad Local de Atención Primaria en Salud Profesor Carlos Velarde, por permitir que parte del estudio se realizara en sus instalaciones y facilitaran la participación del personal médico como investigadores del mismo.

A la Dirección General del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, especialmente a su director General, Dr. Néstor Sosa, por el respaldo recibido para la realización del estudio, como también al personal administrativo de nuestro instituto.

Al Dr. Jorge Medrano, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Latina de Panamá, por permitir que profesores y estudiantes de esta casa de estudio participaran en el desarrollo de la investigación y en la recolección de la información; especialmente al profesor Alberto Ortega y a la estudiante Luisa Lee, quienes coordinaron la distribución de los estudiantes en los diversos lugares donde se realizó el estudio.

Agradecimiento especial a la Sra. Luzmila Pimentel y a la Lic. Marlenis Zamora, por todo el apoyo logístico ofrecido y realización de los trámites administrativos correspondientes.



## **Resumen**

En el tratamiento del paciente, especialmente el crónico, este es invitado a realizar una serie de cambios en su rutina diaria, e incluso, hacer uso de medicamentos. Ha sido descrito que un gran porcentaje de pacientes no se adhieren a las recomendaciones que los médicos realizan y esta falta de cumplimiento al tratamiento sugerido, o de adherencia al plan preestablecido entre médico y paciente, lleva al deterioro progresivo de la salud del paciente y a una pérdida económica, especialmente por la dispensación de medicamentos recetados que no son utilizados.

La percepción que existe es que una total adherencia recomendada solo se observa en un porcentaje bajo de pacientes, situación que se agrava por muchos factores incluyendo el hecho de que en muchas ocasiones el paciente debe ser tratado por varias enfermedades, lo que obliga a utilizar varios medicamentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado guías y políticas a fin de reducir la falta de adherencia al tratamiento medicamentoso, mejorar el porcentaje de pacientes que recuperasen la salud y disminuir el costo por dejar olvidados los medicamentos recetados.

En Panamá, no hay estadísticas ni estudios que orienten al grado de adherencia del paciente con enfermedad crónica, por lo que se ha diseñado este estudio a fin de determinar en dos instalaciones de la Caja de Seguro Social, la adherencia de una población de pacientes con Hipertensión Arterial en tratamiento, y conocer que otras patologías son las más frecuentes asociadas a este grupo de pacientes; además, mediante una encuesta se busca determinar en una muestra de la población en la comunidad la adherencia al tratamiento medicamentoso.





## **Antecedentes:**

Se ha señalado que solamente un sexto de los pacientes a los cuales se les receta un medicamento para el tratamiento de su enfermedad se adhiere totalmente a lo recomendado y esto se ve más perjudicado en tratamiento complejos, con varios medicamentos (1).

La adherencia (o el cumplimiento de) un régimen de medicamentos generalmente se define como el grado en que los pacientes toman medicamentos prescritos por sus médicos. La palabra " *cumplimiento* " sugiere que el paciente está pasivamente siguiendo 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. Esta falta de interrelación entre médico y paciente pudiese justificar el uso del término adherencia en vez del concepto de cumplimiento (2).

La adherencia a la terapia también ha sido definida 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 consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados o completar los análisis o pruebas solicitadas (3); o sea, que la adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas, y no se trata de simplemente de que el paciente siga las instrucciones médicas, lo que representaría que sería sólo un receptor pasivo y no un colaborador activo en el proceso de tratamiento (4).

El proyecto sobre adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes (5) y Rand (3): *“Es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación a los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden”*.

Las tasas de adherencia de los pacientes individuales, generalmente se reportan como el porcentaje de las dosis prescritas de la medicación realmente tomadas por el paciente durante un determinado período. Algunos investigadores han refinado aún más la definición de la adherencia a incluir datos sobre la toma de la dosis (tomando el número prescrito de tabletas cada día) y el momento de dosis (tomando las tabletas dentro de un plazo establecido). Las tasas de adherencia son típicamente más altas entre los pacientes con enfermedades agudas, en comparación con aquellos con enfermedades crónicas, en estos últimos, la adherencia es decepcionantemente baja, cayendo dramáticamente después de los primeros seis meses de tratamiento (7).

Otros términos definen también, con distintos matices, el mismo concepto. La concordancia enfatiza el acuerdo y la armonía que ha de existir en la relación médico paciente, mientras que cumplimiento, un término más clásico, ha sido criticado por entenderse que remite a actitudes paternalistas y de obligación pasiva por parte del paciente (8).

## **Situación a Nivel Mundial**

En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reveló que en los países desarrollados la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas era de sólo el 50% (9). Para la fecha, los países en desarrollo mostraban cifras muchos menores de observancia del tratamiento. En el caso de la hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumplen su régimen terapéutico es sólo del 27%, 43% y 51% en Gambia, China y los Estados Unidos de América, respectivamente. Se han obtenido cifras similares para otras enfermedades, como la depresión (40%-70%), el asma (43% para el tratamiento agudo y 28% para el tratamiento de mantenimiento) y el VIH/SIDA (37%-83%). (4).

Generalmente los grados de adherencia están relacionados con múltiples factores y uno de ellos es la enfermedad a tratar y el medicamento utilizado. Los estudios muestran que los tratamientos oncológicos tienen el mejor cumplimiento (80%) mientras que el asma (54%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (51%) y la esquizofrenia (<50%) presentan el peor grado de cumplimiento (10).

La falta de adherencia puede ser de dos tipos: la primaria, cuando la prescripción no llega a retirarse de la farmacia, y la secundaria, caracterizada por alteración en la dosis correcta, cambio en los intervalos de dosificación, olvido en la administración del fármaco, aumento en la frecuencia de dosis, o suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado (8).

Existen varios métodos para calcular la adherencia los cuales pueden ser clasificados en directos e indirectos (11). Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana. Mientras que entre los métodos indirectos se señalan la entrevista personalizada, el auto cuestionario, el recuento de la medicación sobrante, el control de la dispensación, la monitorización electrónica y la evaluación del resultado terapéutico.

Se ha observado que el conocimiento de la enfermedad se puede medir a través del test de Batalla, el cual es un método sensible y el mejor en la detección de pacientes con falta de adherencia, mientras que el cumplimiento auto comunicado se determina por medio del test de Haynes-Sackett, el cual presenta mayor especificidad, siendo más útil en pacientes con buena adherencia; el más utilizado es el test de Morisky-Green, sencillo en su utilización y disponible en el sistema informático de historia clínica al que tienen habitualmente acceso médicos y enfermeras (8).

Los indicadores de la baja adherencia a un régimen de medicamentos son un recurso útil para los médicos para ayudar a identificar a los pacientes que están más necesitados de las intervenciones para mejorar la adherencia (12). Entre los principales predictores asociados con la mala adherencia, se pueden destacar los siguientes (13):

- Presencia de problemas psicológicos, en particular la depresión.
- La presencia de deterioro cognitivo.

- El tratamiento de una enfermedad asintomática.
- Inadecuado seguimiento.
- Los efectos secundarios de la medicación.
- La falta, por parte del paciente de la creencia en beneficio.
- Pobre relación médico-paciente.
- Presencia de barreras a la atención, a la obtención de medicamentos, o citas perdidas.
- Complejidad del costo de los medicamentos, copago, o ambos.

Cuando estos indicadores están presentes, los médicos deben tener una mayor conciencia de la posibilidad de una mala adherencia, por lo tanto, debe tenerse en cuenta siempre que el paciente no responda adecuadamente al tratamiento. La sugerencia más simple y práctica para los médicos es preguntar a los pacientes sobre la frecuencia de administración para que no haga falta ninguna dosis. Los pacientes generalmente quieren complacer a sus médicos y con frecuencia decir lo que piensan que su médico quiere oír. Puede ser tranquilizador para el paciente cuando el médico les dice: *“Sé que debe ser difícil de tomar todos sus medicamentos con regularidad. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomarlos?”* Este enfoque hace que la mayoría de los pacientes se sienten a gusto en decir la verdad y facilita la identificación de baja adherencia. Un paciente que admite la baja adherencia en general está siendo sincero (14). A los pacientes también se les debe pedir que reporten sobre la existencia de efectos secundarios a los medicamentos, que sepan por qué están tomando sus medicamentos y cuáles son los beneficios de tomarlo; todas preguntas pueden exponer a la baja adherencia a un régimen (15).

### **Factores relacionados con la Adherencia**

Se ha descrito en la literatura una serie de situaciones o características potencialmente vinculadas a una baja adherencia a los medicamentos que se pueden agrupar en cuatro grandes dimensiones tomando como consideración al paciente como eje central de la farmacoterapia y que se pueden ajustar o modificar en la práctica diaria (8):

#### **Relacionados con el paciente**

Se ha estudiado la relación entre la adherencia y la edad, sexo o nivel de instrucción del paciente y se ha señalado que parecen ser elementos no muy relevantes. Sin embargo, sí se ha descrito un abandono de la terapia farmacológica más acusado en los hipertensos más jóvenes. En cuanto a la situación laboral del paciente se ha visto que influye de forma nítida, retirándose menos medicación prescrita de las farmacias en España por los activos (en base a su coste) que por los pensionistas (16). Se ha señalado que es necesario que el paciente tenga un conocimiento previo sobre la enfermedad, lo que se considera un punto de partida para toda intervención; sin embargo, en los trabajos publicados no se aprecia una relación muy evidente con la buena adherencia.

#### **Relacionados con la patología**

En la bibliografía se registra que las patologías crónicas generan mayores problemas de adherencia que las agudas, así como que la ausencia de síntomas percibidos por el paciente conduce a peores tasas de cumplimiento. Otras peculiaridades tales como el tiempo de

evolución de la enfermedad, su naturaleza o las expectativas de curación también se han estudiado (16).

### **Relacionados con el tratamiento**

La mayor complejidad del tratamiento farmacológico (en número de fármacos, tomas diarias o duración) se debería correlacionar habitualmente con una peor adherencia terapéutica; otro factor es con los pacientes que alteran la posología “*motu proprio*” por el temor a las reacciones adversas de los fármacos, y otro aspecto a destacar es la falta de confianza en la efectividad en la terapia o la interferencia de esta con los hábitos y las costumbres del paciente (4, 16).

### **Relacionados con el equipo asistencial**

Han mostrado relación con la adherencia factores tales como la confianza recíproca profesional sanitario - paciente, la continuidad asistencial y una adecuada accesibilidad al centro dispensador, así como la participación activa del personal de enfermería en la detección de problemas de adherencia y el refuerzo hacia el paciente del plan terapéutico prescrito y recibido por el paciente (17).

Una innovación reciente es el dispositivo electrónico de monitoreo de adherencia (sistema de monitoreo del episodio de medicación, por su sigla en inglés MEMS) que registra la fecha y la hora cuando se abre un envase de medicamento, y por ende describe mejor la manera en que los pacientes toman sus medicamentos (9). Lamentablemente, el costo de estos dispositivos excluye su uso generalizado.

Las bases de datos de las farmacias pueden usarse para comprobar el momento en que las prescripciones se despachan inicialmente, y a lo largo del tiempo, así como cuando hay interrupción prematura de la obtención del medicamento. Un inconveniente de este enfoque es que la obtención del medicamento no asegura su uso; además, tal información puede estar incompleta porque los pacientes pueden recurrir a varias farmacias, o los datos pueden no captarse sistemáticamente.

### **Medición de la Adherencia Terapéutica**

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Indiscutiblemente, no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica (3, 4), y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias. Un enfoque de medición es solicitar a prestadores y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia. Sin embargo, cuando los prestadores evalúan el grado en que los pacientes siguen sus recomendaciones sobreestiman la adherencia (11, 13). El análisis de los informes subjetivos de pacientes ha sido asimismo problemático. Los pacientes que revelan no haber seguido las recomendaciones terapéuticas tienden a describir su comportamiento con exactitud (14), mientras que los que niegan el no haberlas seguido informan sobre su comportamiento (15). Otros medios subjetivos para medir la adherencia terapéutica son los cuestionarios estandarizados administrados por los pacientes (18).

Inicialmente, puede parecer que las estrategias objetivas constituyen un avance respecto de los enfoques subjetivos, pero todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. Las unidades de dosis remanentes (por ejemplo, comprimidos) pueden contarse en las visitas al consultorio; sin embargo, los errores de recuento son comunes y dan lugar de manera característica a la sobreestimación del comportamiento de adherencia terapéutica (19), y no se capta la información importante (por ejemplo, oportunidad de la dosificación y tendencias de las dosis perdidas) usando esta estrategia.

En situaciones de la vida real es difícil construir curvas dosis-respuesta, pues la dosificación, el horario y otras variables quizá sean diferentes de las probadas en los ensayos clínicos, pero son necesarias para tomar decisiones de política sólidas al definir los umbrales de adherencia operativa para diferentes tratamientos. La medición bioquímica es un tercer enfoque para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. Los marcadores biológicos no tóxicos pueden agregarse a los medicamentos y su presencia en la sangre o la orina puede aportar pruebas de que un paciente recibió recientemente una dosis del medicamento en estudio. Esta estrategia de evaluación no está exenta de inconvenientes, pues los resultados pueden ser desorientadores y son influidos por una variedad de factores individuales tales como régimen alimentario, absorción y tasa de excreción (20).

### **Hipertensión**

Es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general (21). La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva (22). Se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ACV es atribuible a la hipertensión (23, 24, 25). Los indicadores de salud muestran que en América Latina las enfermedades cardiovasculares (ECV) se han convertido en las principales causas de muerte (26, 27, 28). En Panamá, se estimó en el año 2012 que las enfermedades cardiovasculares representaron el 26,9 % (4667/17350) de todas las muertes con certificación médica en el país (29).

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima (30). Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7 y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial (31) y, en Venezuela, solo 4,5% de los tratados lo presentaba (32). En un estudio, los pacientes que no se adhirieron al tratamiento con betabloqueantes presentaron 4,5 veces más probabilidades de tener complicaciones de cardiopatía coronaria que los que sí lo hicieron (33). El mejor cálculo disponible es que la adherencia deficiente al tratamiento contribuye a la falta de buen control de la presión arterial en más de dos tercios de los hipertensos (34).

Tradicionalmente, el término observancia se empleó para significar el grado en que el paciente, al tomar un medicamento, cumple con el asesoramiento del médico y sigue el régimen indicado (35). Sin embargo, la nueva era de la atención orientada al paciente ha conducido al cuestionamiento del uso de este término y se han sugerido términos alternativos, como adherencia, persistencia y concordancia (36, 37, 38). Además de la

terminología confusa en el área de la adherencia, ha habido polémica sobre el uso de 80% como punto de corte para distinguir la adherencia de la no adherencia.

En la mayoría de los estudios, se ha considerado que la no adherencia ocurre cuando los pacientes no toman  $\geq 80\%$  de sus medicamentos antihipertensivos prescritos (39, 40). Independientemente de la definición, la adherencia deficiente al tratamiento es la causa más importante de la presión arterial no controlada (41) y solo de 20 a 80% de quienes reciben tratamiento para la hipertensión en situaciones de la vida real se consideran “buenos observantes” (42).

Los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre 50 y 70%. Esta variación se relaciona con las diferencias en los grupos de estudio, la duración del seguimiento, los métodos de evaluación de la adherencia y los regímenes medicamentosos empleados en diferentes estudios (43, 44).

Otros estudios que investigaron la interrupción de los antihipertensivos comunicaron tasas de adherencia de 43 a 88% (45). Además, se ha calculado que, en el primer año de tratamiento, de 16 a 50% de los pacientes con hipertensión interrumpen sus medicamentos antihipertensivos y, entre quienes siguen su tratamiento a largo plazo, las dosis de medicación perdidas son comunes (46). Estas cifras difieren para los pacientes recién diagnosticados y aquellos con hipertensión crónica, de muchos años (47).

#### **Justificación y uso de los Resultados:**

Ante este panorama a nivel mundial sobre el comportamiento de la adherencia al tratamiento medicamentoso por el paciente, tema de relevante importancia para asegurarse del control adecuado de una patología, especialmente la hipertensión arterial, que en nuestro país resulta ser una de las enfermedades más predominantes, nos hemos propuesto realizar el siguiente estudio con la intención de tener una panorámica general sobre la adherencia al tratamiento medicamentoso y realizar aportes para que se mejore su perspectiva en beneficio del propio paciente y de la inversión en salud que realiza el estado panameño.

#### **Marco Jurídico:**

La Política Nacional de Medicamentos de Panamá oficializada mediante la Resolución Ministerial No.632 del 30 de junio de 2009 sirve de marco referencial para abordar aspectos de la adherencia terapéutica o cumplimiento de tratamiento farmacológico dentro del Componente de Uso Racional de los Medicamentos, que dice textualmente: El uso racional de los medicamentos significa que los pacientes reciban medicamentos apropiados y oportunos que contribuyan a la restauración de la salud, en dosis que satisfagan las necesidades y calidad de vida de los individuos y que aseguren la continuidad del tratamiento y a un costo más bajo para ellos y la comunidad.

## **Objetivos:**

**Objetivo General:** Caracterizar la adherencia al tratamiento farmacológico en la población adulta, y en pacientes hipertensos atendidos en dos centros de atención primaria de la Caja de Seguro Social en Panamá.

## **Objetivos Específicos:**

1. Describir la adherencia al tratamiento farmacológico en la población adulta en las ciudades de Panamá, San Miguelito, David en Chiriquí y Santiago de Veraguas.
2. Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en la Policlínica Alejandro de la Guardia hijo y la Unidad Local de Atención Primaria en Salud Profesor Carlos Velarde en San Cristóbal, mediante la aplicación de una prueba de cumplimiento.
3. Describir los factores asociados a la adherencia de los participantes del estudio.
4. Ofrecer los resultados del estudio para su consideración por parte de las autoridades sanitarias para lo toma de decisiones.

## **Materiales y Métodos:**

### **Tipo de Estudio:**

Estudio observacional, prospectivo.

#### **A. Encuesta a la población general sobre la adherencia medicamentosa**

Esta encuesta fue aplicada a la población de 18 años o más de edad, de ambos sexos, por estudiantes que cursaron la carrera de farmacia de la Universidad Latina de Panamá en la ciudad de Panamá, San Miguelito, Santiago de Veraguas y David en Chiriquí, en lugares previamente seleccionados, tipo centros comerciales, de fácil concurrencia por la comunidad.

La muestra de la población a entrevistar fue de 1,200 personas de acuerdo con encuestas previamente realizadas en estudios anteriores en los dominios o ciudades ya descritos. Los treinta estudiantes que participaron en la aplicación de la encuesta, recibieron una capacitación previa sobre el estudio y las generalidades de la encuesta, aspectos básicos de la hipertensión y conceptos sobre estudios clínicos y protección de pacientes y los mismos, debidamente identificados, le explicaron a la persona a encuestar, el propósito del estudio y de qué manera se beneficiará el estudio con el aporte dado por la persona. Las preguntas estaban relacionadas a la adherencia al tratamiento medicamentoso en general, que los encuestados pudieron responder.

Al encuestado se le explicó el objetivo del estudio y si la persona estuvo de acuerdo se procedió a hacerle las preguntas respectivas enumerándose la encuesta. Se leyó con detenimiento cada pregunta y se anotó la respuesta ofrecida por el entrevistado. Finalizada la entrevista se dieron las gracias al participante.

Al final de cada día del periodo de aplicación de la encuesta, las mismas fueron recogidas para su posterior envío a los coordinadores de los estudiantes en cada ciudad quienes la remitieron al ICGES. Luego de recibidas se hicieron las tabulaciones del caso y sus análisis respectivos.

### **B. Población hipertensa en centros de atención primaria en la Caja de Seguro Social:**

El universo de esta investigación incluyó pacientes hipertensos atendidos en la Policlínica Don Alejandro de la Guardia hijo y la Unidad Local de Atención Primaria en Salud Profesor Carlos Velarde, lugares donde se les aplicó un cuestionario para caracterizar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo por un periodo de un mes. Todo paciente que fue visto en estos centros de atención médica y que reúna los criterios de inclusión fue considerado para el estudio.

Los criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 años o más, de ambos sexos atendidos en atención primaria con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Que den su consentimiento de participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no estén en condiciones de responder la encuesta.

### **Universo y metodología de diseño de la encuesta**

En los centros de atención primaria de la Caja de Seguro Social dos médicos familiares y uno de medicina general que atienden pacientes vistos en la consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial fueron los responsables de la atención de los pacientes de este estudio y de la aplicación de la encuesta a cada participante. El tiempo de realización del estudio fue de 30 días laborables.

Los pacientes que se atendieron a partir del primer día hábil que inició el estudio, fueron elegibles para la aplicación de la encuesta que sirvió para estimar la adherencia del paciente con relación al tratamiento farmacológico de la hipertensión.

Una vez que el paciente llegó a su cita de control, los médicos que participaron en el estudio, le platicaron sobre el objetivo y generalidades de la investigación y solicitaron considerar su participación en el mismo. El médico igualmente le explicó sobre los



beneficios que se obtendrían con relación a los resultados de la investigación para medir la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico. Los participantes no recibieron compensación económica alguna. Igualmente se le insistió al paciente, que sus respuestas estuvieren basadas en sus medicamentos que ingiera para el control de la hipertensión. Si el paciente decide no participar en la encuesta, se le explicaría que para nada esto afectará su atención de parte de los médicos encuestadores ni del personal de salud.

Posterior a la aceptación del paciente de participar en el estudio se procedió al llenado de la encuesta por parte del paciente. Una vez llena, el paciente la colocó en un sobre amarillo debidamente identificado.

Al final de cada semana durante la realización del estudio el médico investigador responsable del paciente envió los sobres amarillos con las encuestas a los investigadores del ICGES para su tabulación y evaluación posterior.

Las encuestas aplicadas estuvieron basadas en los test de Morisky-Green, test de Batalla (test de conocimientos del paciente sobre la enfermedad) y el test de Hermes, (48, 49), los cuales han sido debidamente definidos y utilizados para medir el grado de adherencia a los medicamentos de parte de los pacientes.

### **Aspecto Éticos**

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación del ICGES y por el Comité de Investigación de la Caja de Seguro Social, además fueron obtenidos los permisos administrativos correspondientes para aplicar la investigación en las respectivas unidades ejecutoras de la Caja de Seguro Social, a los pacientes que hayan aceptado a participar en el estudio.

La encuesta a la población general sobre la adherencia medicamentosa fue aplicada a la población mayor de 18 años, ofreciéndole información sobre propósito de la misma, luego que la persona hubiese otorgado su consentimiento de ser encuestado.

No fue un estudio donde se accedió a expedientes clínicos de los pacientes atendidos en las instalaciones de salud seleccionadas para su realización. Los datos personales de los pacientes no serán divulgados.

A las personas que se le aplicó encuesta sobre la adherencia medicamentosa no se les preguntó datos relacionados con su información que pudiera afectar su integridad personal.

Los resultados del estudio serán divulgados de manera general.

Programas a utilizar para análisis de datos:

- MS Excel: para elaboración de gráficas y cuadros.
- SPSS: Software utilizado para el análisis de bases de datos y el cruce de variables del estudio.

## Resultados

Tabla No. 1

### Datos Generales del Público del Estudio

Total de pacientes	671
Sexo Masculino	46%
Sexo Femenino	54%
Edad Promedio Hombres	42 años
Edad Promedio Mujeres	44 años
Lugar con mayor número de encuestas aplicadas	Ciudad de Panamá con 38%
Nivel de Estudio	Primaria 11%
	Secundaria 35%
	Universitario 54%

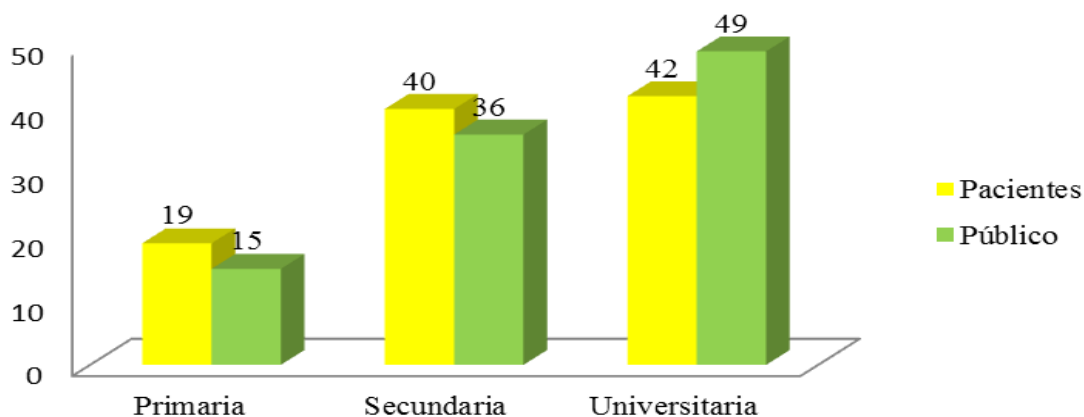
Tabla No. 2

### Datos Generales de los pacientes del Estudio

Total de pacientes	156
Sexo Masculino	33%
Sexo Femenino	67%
Edad Promedio Hombres	65 años
Edad Promedio Mujeres	64 años
Nivel de Estudio	Primaria 18%
	Secundaria 40%
	Universitario 42%

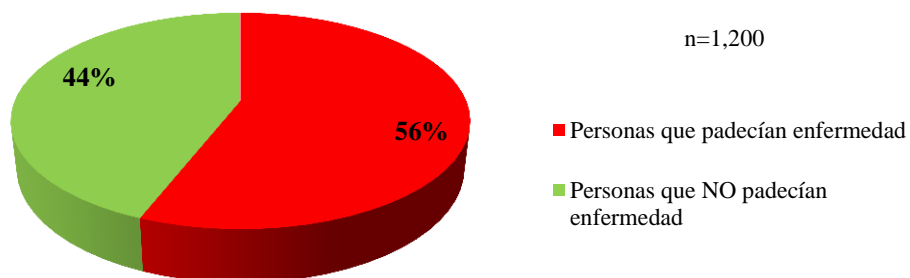
En los cuadros anteriores se desglosa la cantidad de personas que fueron entrevistadas durante el desarrollo de la encuesta aplicada por los estudiantes de la Universidad Latina y también observamos las generalidades de los pacientes hipertensos atendidos en los centros de atención primaria de la Caja de Seguro Social.

Gráfica No. 1  
 Porcentaje del nivel de educación de acuerdo al paciente o público entrevistado



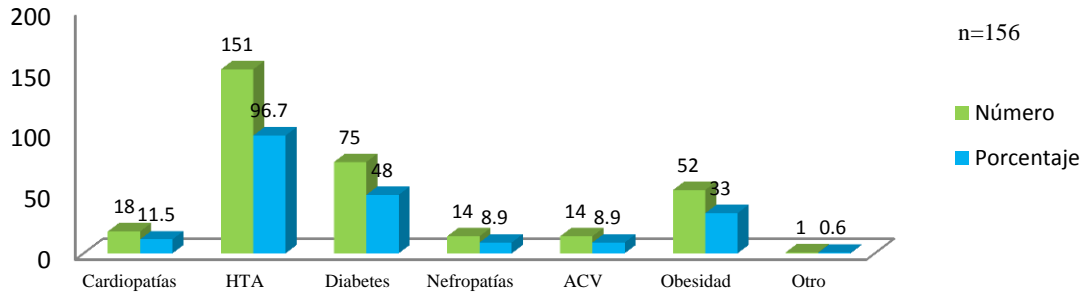
Los grados de escolaridad de nivel primaria y secundaria fueron mayor en los pacientes que en el público entrevistado, no obstante el nivel universitario fue mayor en el público encuestado.

Gráfica No 2  
 Público  
 Padece de alguna enfermedad



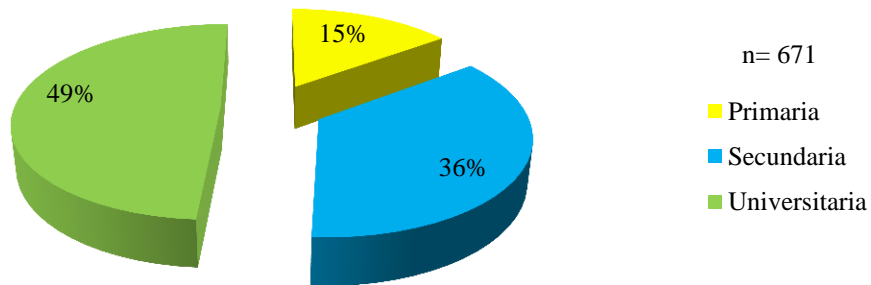
El 56% de los encuestados manifestaron padecer de alguna enfermedad, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las más comunes.

Gráfica No. 3  
Pacientes  
Mencione las enfermedades que padece



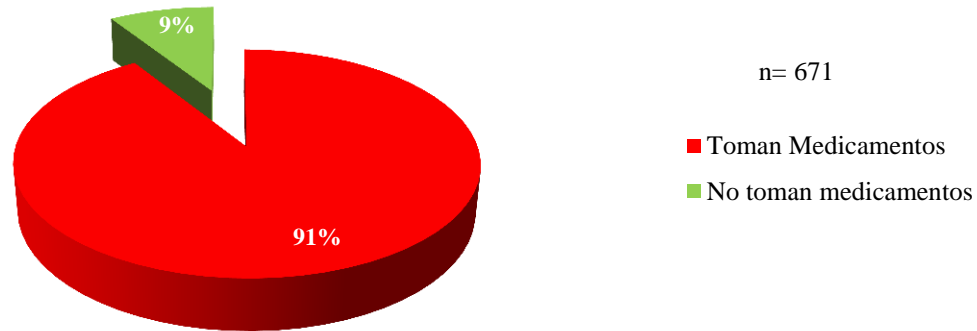
Los pacientes del estudio atendidos en los centros de atención primaria de la CSS, el 97% eran hipertensos, seguido de la Diabetes con un 48% y la obesidad con un 33%.

Gráfica No. 4  
Público  
Padecimiento de Enfermedades y tratamiento medicamentoso recibido de acuerdo al nivel de escolaridad



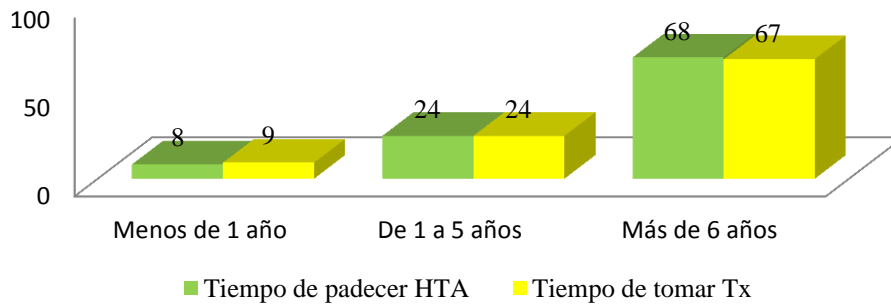
El 49% del público con nivel universitario encuestado padecían de alguna enfermedad y recibían algún tipo de tratamiento medicamentoso para el tratamiento de la misma.

Gráfica No. 5  
Público  
¿Toma algún medicamento para sus enfermedades?



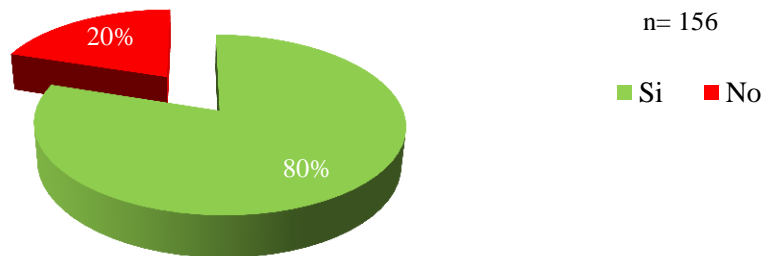
El 91% de las personas que manifestaron padecer algún tipo de enfermedad que totalizaban 671 de los 1,200 encuestados, señalaron que tomaban medicamentos para el tratamiento de las mismas, siendo la Metformina, el lisinopril y la amlodipina los fármacos más usados.

Gráfica No. 6  
Pacientes  
¿Desde cuando padece HTA y desde cuando toma tratamiento?



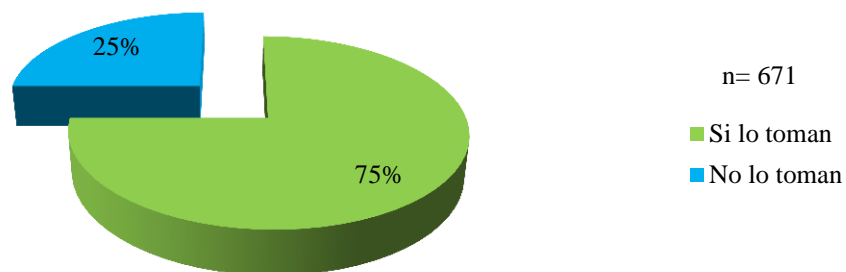
El 68% de los pacientes manifestó padecer de hipertensión arterial (HTA) por más de 6 años y un 67% indicó que tomaba medicación para la enfermedad igual por más de 6 años.

Gráfica No. 7  
Pacientes  
¿Puede decirme ud el nombre o los nombres de los medicamento(s) que usa para la HTA?



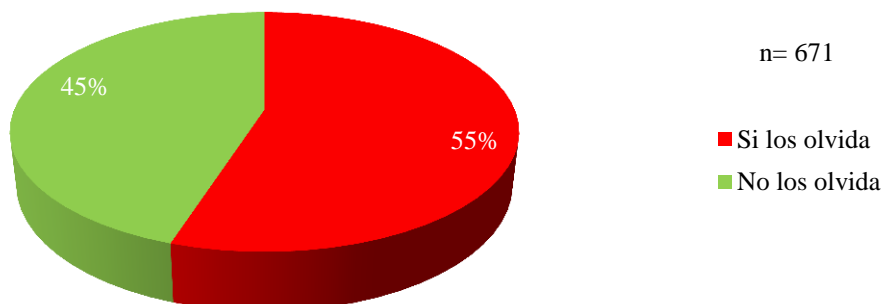
Con relación a la pregunta: ¿Puede decirme usted el nombre o los nombres de los medicamento(s) que toma para la HTA? El 80% de los pacientes contestó que si tomaban medicamentos, siendo los más nombrados el irbersartan, lisinopril y la amlodipina guardando relación con los mencionados por el público entrevistado por los estudiantes.

Gráfica No. 8  
Público  
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?



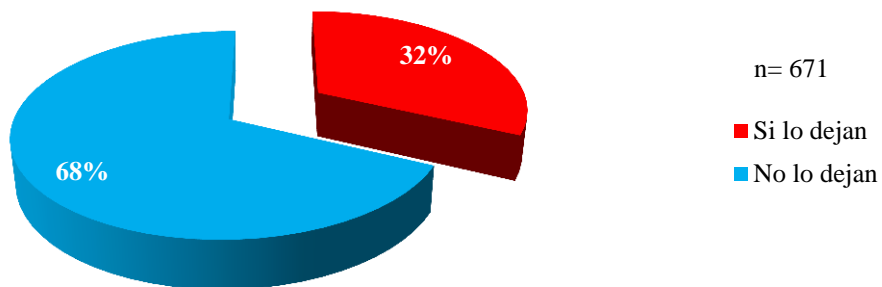
A la pregunta: ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?, el 75% del público indicó que sí. Cuando se entrevistó a los pacientes la respuesta fue afirmativamente en un 80% de los casos.

Gráfica No. 9  
Público  
¿Ha olvidado alguna vez tomar el o los medicamentos?



El 55% de las personas del público contestó que alguna vez había olvidado tomar el o los medicamentos y al preguntársele con qué frecuencia lo olvida, el 80% señaló que a veces y 10% dijo que muchas veces. Cuando se le hace la misma pregunta a los pacientes, el 40% contestó que si olvida tomar sus medicamentos.

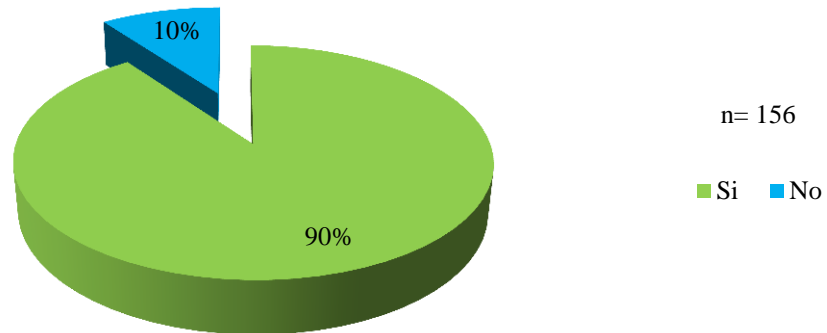
Gráfica No. 10  
Publico  
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?



A la pregunta: ¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?, el 32% del público contestó que sí lo dejan de tomar. Contrasta esta respuesta con los pacientes los cuales solo el 10% indicó que lo deja de tomar.



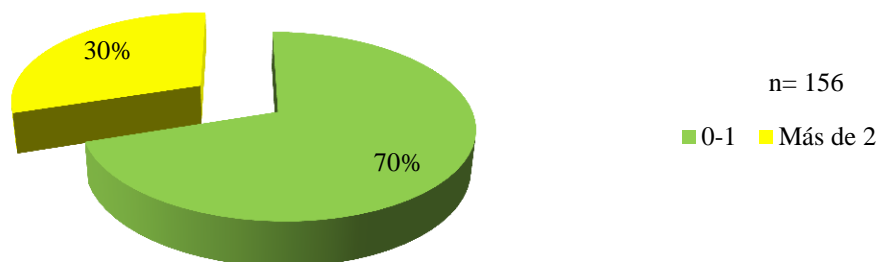
Gráfica No. 11  
Pacientes  
¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida y si se puede controlar con dieta y medicación?



Los pacientes a las preguntas: ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida? y ¿La Hipertensión Arterial Se puede controlar con dieta y medicación?, el 90% contestó afirmativamente.

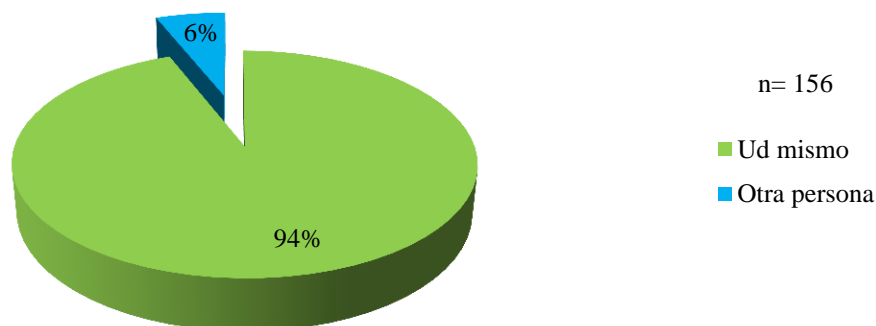
Cuando se les indicó que citaran órganos que pudieran dañarse por tener la presión arterial elevada, la mayoría señaló el corazón, los riñones, el cerebro y otros.

Gráfica No. 12  
Pacientes  
En la última semana, ¿cuántos comprimidos no ha tomado?



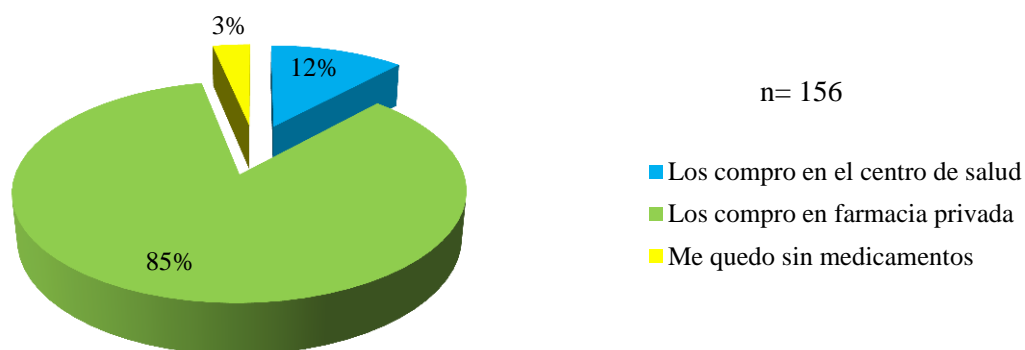
En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado?, a esa pregunta el 30% de los pacientes contestó que más de 2 veces.

Gráfica No. 13  
Pacientes  
¿Quién le da su medicina? ¿Ud. mismo u otra persona?



A la pregunta hecha a los pacientes: ¿Quién le da su medicina? ¿Ud. mismo u otra persona?, el 94% señaló que el mismo se las administraba.

Gráfica No. 14  
Pacientes  
Cuando sus medicamentos recetados en el Seguro Social no los obtiene en el mismo, ¿Cómo ud. los adquiere?



Cuando sus medicamentos recetados en el Seguro Social no los obtiene en el mismo, ¿Cómo Ud. los adquiere?, a este cuestionamiento, el 85% de los pacientes indicó que adquiere sus medicamentos en las farmacias privadas.

Tabla No. 3

Resultados del Test de Morisky-Green

Pregunta	Respuesta	N	Porcentaje
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?	Si	62	40
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?	No	31	20
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez tomar los 4. medicamentos?	Si	13	9
5. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar los medicamentos?	Si	21	14

Al aplicarse el Test de Morisky-Green a las encuestas llenas por los pacientes y al analizarlas de una manera global, se pudo apreciar por los valores porcentuales obtenidos en las 4 preguntas, que los pacientes no cumplen con los tratamientos medicamentosos ordenados.

Tabla No. 4

Resultados del Test de Batalla a los pacientes del estudio

Pregunta	Si	Porcentaje
1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?	146	94
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?	148	95
3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada	124	79

De acuerdo a los resultados de este Test, al observar los valores porcentuales obtenidos, los pacientes encuestados mostraron tener un gran conocimiento sobre su enfermedad, por lo que pareciere estar consciente sobre las consecuencias de la misma.

## Conclusiones y Recomendaciones

Más de la mitad (56%) de la población encuestada en este estudio reveló padecer algún tipo de enfermedad y los padecimientos con más frecuencia registrados fueron Hipertensión Arterial (44%) y Diabetes (21%). Alineados con estos cuadros mórbidos, los medicamentos que más fueron señalados, en un 91% por los encuestados que identificaron sus medicamentos fueron la metformina, el lisinopril y la amlodipina.

Entre los pacientes identificados como hipertensos el 97% reconoció que padecía esta enfermedad y entre ellos, el irbesartan, el lisinopril y la amlodipina fueron los medicamentos que más fueron mencionados. Como patología concomitante la Diabetes Mellitus fue mencionada en el 48% de los hipertensos.

La encuesta al público reflejó que el 55% de los que señalaron que tomaban algún tipo de medicamentos en algún momento se habían olvidado de tomar los mismos; entre los pacientes hipertensos esa cifra fue de un 40%. Un 32% del público encuestado señaló que tan pronto se sentían bien, dejaban de tomar los medicamentos; entre los pacientes hipertensos esta cifra fue de un 10%.

De acuerdo al test de Morisky-Green los pacientes no fueron adherentes al tratamiento ya que presentaron un 40% de respuesta por debajo de lo esperado, este hallazgo se comparó con estudio hecho en la consulta externa de un hospital comunitario en Chile donde el 44% de los pacientes se olvida de tomar la medicación (50).

Independiente al grado de adherencia o no al tratamiento, a través del test de Batalla se observó que los pacientes eran poseedores de un alto grado de conocimiento de su enfermedad.

Las actividades a realizar a fin de lograr un mejor grado de adherencia al tratamiento medicamentoso deberá enfocarse en aumentar el esfuerzo de orientar al paciente sobre su enfermedad y lograr una toma de conciencia y su participación en el control de la misma. Será necesario impulsar campañas nacionales que aborden el tema y realizar estudios prospectivos que permitan conocer más sobre el comportamiento de los pacientes frente a la farmacoterapia en nuestro país.



## BIBLIOGRAFIA

1. Osterber L, Blashke T: Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
2. Steiner JF, Earnest MA. The language of medication taking. *Ann Intern Med* 2000; 132:926-30.
3. Timmreck TC, Randolph JF. Smoking cessation: clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*, 1993, 48:63-66.
4. Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la Acción. (Documento OMS traducido). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2004.
5. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
6. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 1993, 72:68D-74D.
7. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.
8. Notas Farmacoterapéuticas Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud – Comunidad de Madrid Vol. 13 Núm. 8 Año 2006.
9. Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Data base of Systematic Reviews*, 2001 Issue1.
10. Reid D et al. Management and treatment perceptions among young adults with asthma in Melbourne: the Australian experience from the European Community Respiratory Health Survey. *Respirology*, 2000, 5:281-287.
11. Di Matteo MR, Di Nicola DD. Achieving patient compliance. Nueva York, Pergamon, 1982.
12. Sotoca-Momblona JM, Codina-Jané C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. *JANO* 2006; 1605:39-40
13. Norell SE. Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff in determining medication compliance. *Social Science & Medicine - Part E, Medical Psychology*, 1981, 15:57-61.
14. Cramer JA, Mattson RH. Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy. En: Cramer JA, Spilker B, eds. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. Nueva York, Raven Press, 1991:123-137.
15. Spector SL et al. Compliance of patients with asthma with an experimental aerosolized medication: implications for controlled clinical trials. *Journal of Allergy & Clinical Immunology*, 1986, 77:65-70.
16. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001; 27(8):559-68.
17. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Programa de Atención al mayor polimedcado para la mejora en la utilización de los medicamentos. Madrid; 2006.
18. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 1986, 24:67-74.

19. Matsui D et al. Critical comparison of novel and existing methods of compliance assessment during a clinical trial of an oral iron chelator. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1994, 34:944-949.
20. Vitolins MZ et al. measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 2000, 21:188S-194S.
21. Berenson GS et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1650-1656.
22. Thompson DW, Furlan AJ. Clinical epidemiology of stroke. *Neurologic Clinics*, 1996, 14:309-315.
23. Al Roomi KA, Heller RF, Wlodarczyk J. Hypertension control and the risk of myocardial infarction and stroke: a population-based study. *Medical Journal of Australia*, 1990, 153:595-599.
24. Borghi C et al. Effects of the administration of an angiotensin-converting enzyme inhibitor during the acute phase of myocardial infarction in patients with arterial hypertension. SMILE Study Investigators. Survival of Myocardial Infarction long-term Evaluation. *American Journal of Hypertension*, 1999, 12:665-672.
25. Marmot MG, Poulter NR. Primary prevention of stroke. *Lancet*, 1992, 339:344-347.
26. Armas de Hernández MJ, Armas Padilla MC, Hernández R. Hypertension in Latin América. *Latín Am J Hyper tens*. 2006; 1:10–17.
27. Kunstmann FS. Epidemiology of Hypertension in Chile. *Rev Med Clin Condes*. 2005;16:44–47
28. Abondano A, Alvarado A, Angulo V, et al. Prevalence of Hypertension in the Sanitation Districts of Carabobo, Venezuela. *Medical Report*. 2007;9:501–507
29. INEC. Vital Statistics: Deaths in the Republic by month of occurrence, according to cause and medical certification Panama General Contraloria of the Republic. Panama: National Institute of Statistics and Census; 2012. <http://www.contraloria.gob.pa/dec/inec/archivos/P5201Cuadro%20221-14.pdf>. Accessed April 19, 2014.
30. Burt VL et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*, 1995, 25:305-313.
31. Heller RF et al. Blood pressure measurement in the United Kingdom Heart Disease Prevention Project. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1978, 32:235-238.
32. Sulbaran T et al. Epidemiologic aspects of arterial hypertension in Maracaibo, Venezuela. *Journal of Human Hypertension*, 2000, 14 (Suppl 1):S6-S9.
33. Psaty BM et al. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of betablockers. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:1653-1657.
34. The sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Bethesda, MD, National High Blood Pressure Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. 1997.
35. Spence JD, Hurley TC, Spence JD. Actual practice in hypertension: implications for persistence with and effectiveness of therapy. *Current Hypertension Reports*, 2001, 3:481-487.



36. Sackett DL et al. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Counselling & Health Education*, 1978, 1:18-21.
37. Haynes RB et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet*, 1976, 1:1265-1268.
38. Burt VL et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*, 1995, 25:305-313.
39. Mapes RE. Physicians' drug innovation and relinquishment. *Social Science & Medicine*, 1977, 11:619-624.
40. Sackett DL et al. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1975, 1:1205-1207.
41. Lucher TF et al. Compliance in hypertension: facts and concepts. *Hypertension*, 1985, 3:S3-S9.18. Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. *Clinical & Experimental Hypertension*, 1996, 18:463-472.
42. Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. *Clinical & Experimental Hypertension*, 1996, 18:463-472.
43. Bittar Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clinical Cardiology*, 1995, 18:312-316.
44. Okano GJ et al. Patterns of antihypertensive use among patients in the US Department of Defense database initially prescribed an angiotensin converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker. *Clinical Therapeutics*, 1997, 19:1433-1435.
45. Christensen DB et al. Assessing compliance to hypertensive medications using computer-based pharmacy records. *Medical Care*, 1997, 35:1252-1262.
46. Flack JM, Novikov SV, Ferrario CM. Benefits of adherence to antihypertensive drug therapy. *European Heart Journal*, 1996, 17:16-20.
47. Caro JJ et al. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160:31-37.
48. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413-7.
49. Vilaplana C, González F, Ordoñana JR. *Pharm Care Esp*. 2012; 14(6): 249-255.
50. Karin Noack de la F.1, Guillermo Cornejo-Contreras.2, Karl Noack de la F.3, Juan Andrés Castillo L.4 Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. *Revista Anacem*. Vol. VII N°2 (2013)