

Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos

Determination of Pharmacological Adherence in Hypertensive Elderly

Lázaro Pablo Linares Cánovas,* Liyansis Bárbara Linares Cánovas,** Adrián Alejandro Vitón Castillo***

Resumen

Objetivo: determinar el comportamiento de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores hipertensos. **Métodos:** estudio transversal analítico efectuado en adultos mayores hipertensos pertenecientes al Policlínico Docente Pedro Borrás Astorga, de Pinar del Río, durante 2018. El estudio de la historia de salud individual y familiar y la aplicación de instrumentos en los 298 individuos que conformaron la muestra permitió la obtención de información relacionada con las variables estudiadas, se emplearon las pruebas χ^2 y Kruskal Wallis para determinar asociación entre las mismas. **Resultados:** 25.2% de los participantes pertenecían al grupo etario 65-69 años, el sexo femenino fue el más representativo. La mediana fue de diez años de tiempo de evolución de la enfermedad (6-14.5), 52.7% mostró polifarmacia, 89.6% asistía ocasionalmente a consulta. Tanto la edad, género, estado civil, convivencia, escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de polifarmacia, asistencia a consulta y grado de conocimientos, demostraron tener una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la adherencia farmacológica. **Conclusión:** se determinó el comportamiento de la adherencia, identificándose su asociación con variables sociodemográficas y otras vinculadas a la condición del paciente, lo que permitirá el diseño de nuevas estrategias en el primer nivel de atención para mejorar el control de dicha enfermedad y reducir las cifras de morbilidad y mortalidad para elevar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: adulto mayor, hipertensión, adherencia a la medicación

Recibido: 14/07/2020
Aceptado: 08/08/2020

*Policlínico Docente Luis Augusto Turcios Lima. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba.

**Policlínico Docente Modesto Gómez Rubio. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba.

***Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba.

Correspondencia:
Lázaro Pablo Linares Cánovas
ashirog@infomed.sld.cu

Sugerencia de citación: Linares-Cánovas LP, Linares-Cánovas LB, Vitón-Castillo AA. Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos. *Aten Fam.* 2021;28(1):16-20. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.1.77655>

Summary

Objective: to determine the behavior of adherence to pharmacological treatment in hypertensive elderly. **Methods:** analytical and cross-sectional study carried out on hypertensive older adults assigned to the Pedro Borrás Astorga Teaching Polyclinic, in Pinar del Río, during 2018. The study of the individual and family health history, and the application of instruments in the 298 individuals that conformed the sample allowed the collection of information related to the studied variables, the tests χ^2 and Kruskal Wallis were used to determine association between them. **Results:** 25.2% of the participants belonged to the age group 65-69 years, women were the most representative patients. The average was ten years of disease evolution (6-14.5), 52.7% showed polypharmacy, 89.6% attended consultations occasionally. Age, gender, marital status, cohabitation, schooling, time of disease progression, presence of polypharmacy, consultation attendance, and level of knowledge showed a statistically significant association ($p < 0.05$) with drug adherence. **Conclusion:** It was determined the behavior of adherence, and its association with sociodemographic variables and others linked to the patient's condition was identified. This will make possible to design new strategies at the Primary Care level to improve the disease control and reduce morbidity and mortality figures in order to improve the patient's quality of life.

Keywords: Older Adult; Hypertension, Medication Adherence

Introducción

El envejecimiento poblacional que ha tenido lugar en las últimas décadas presenta grandes implicaciones sociales y

repercute en gran medida en la dinámica de la sociedad, en especial cuando las predicciones indican que para 2050, 21% de la población mundial sobrepasará la barrera de los 60 años.¹ Esta situación se ve acompañada de un rápido y progresivo ascenso de las enfermedades no transmisibles, apreciándose una alta prevalencia de la hipertensión arterial (HTA), que afecta a más de 1 500 millones de personas en el mundo; se estima que para 2025 alcance la cifra de los dos mil millones de personas.²⁻⁴

La HTA es responsable de 9.4 millones de muertes anuales a escala global, de la ocurrencia de 62% de los accidentes cerebrovasculares, de 49% de los casos de enfermedad coronaria isquémica, así como de años perdidos a causa de discapacidad y mortalidad prematura,⁵⁻⁷ esta afección, presenta una frecuencia bastante elevada en países de altos ingresos, oscilando entre 41 y 77.5% en adultos mayores,⁸ esto es un motivo de preocupación importante para las autoridades sanitarias internacionales. En este contexto, se han implementado múltiples estrategias para combatirla, siendo el establecimiento de tratamientos farmacológicos y estilos de vida saludables las que mejores resultados muestran, aunque los bajos niveles de adherencia farmacológica o el incumplimiento del tratamiento se convierten en factores relacionados con su mal control.⁶

Debido a que es influenciada por múltiples factores,⁹ la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo está presente entre 30 y 50% de los casos, esto la convierte en un problema de grandes magnitudes que compromete la atención al paciente y se traduce en resultados no deseables para su salud, con un impacto negativo a nivel sanitario.¹⁰ Teniendo en cuenta lo planteado, se realizó

la presente investigación, teniendo como objetivo determinar el comportamiento de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores hipertensos.

Métodos

Estudio transversal analítico efectuado en adultos mayores hipertensos pertenecientes al Policlínico Docente Pedro Borrás Astorga de Pinar del Río, durante 2018. Para el cálculo muestral se utilizó la fórmula para muestras finitas, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%, se excluyeron individuos con enfermedades en estadio terminal, con demencia y deterioro cognitivo, el tamaño de muestra fue de 298 individuos.

Mediante el estudio de la historia de salud individual se obtuvieron los datos que dieron salida a las variables estudiadas: edad, género, estado civil, convivencia, escolaridad, tiempo de evolución de HTA, presencia de polifarmacia y asistencia a consulta médica. La aplicación de instrumentos proporcionó los datos restantes.

Para la evaluación del estado funcional se utilizó el índice de Barthel, medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente, respecto a la realización de actividades básicas de la vida diaria. Para su interpretación, se adoptaron cinco categorías según la puntuación obtenida: dependencia total (≤ 20 puntos), dependencia severa (21-40 puntos), dependencia moderada (41-60 puntos), dependencia escasa (61-99 puntos) e independencia (100 puntos).

El cuestionario Martín-Bayarre-Grau, permitió determinar el grado de adherencia terapéutica según la periodicidad del paciente para desarrollar determinadas actividades asociadas al tratamiento farmacológico. Su calificación se estableció a partir de la estimación de

un puntaje, clasificándose la adherencia como: adherencia total (38-48 puntos), adherencia parcial (18-37 puntos) y no adherencia (0-17 puntos).

Para la medición del nivel de conocimientos se empleó el cuestionario desarrollado por Alejos García y Marco Pinto,¹¹ que consta de veinte ítems y que explora cuatro dimensiones del conocimiento: generalidades de la HTA (4 ítems), factores de riesgo (3 ítems), medidas de control (5 ítems) y tratamiento (8 ítems). Para la medición del grado de conocimiento se consideraron los siguientes puntajes: nivel alto de conocimiento (25-38), nivel medio de conocimiento (13-24) y nivel bajo de conocimiento (0 a 12).

El procesamiento estadístico fue realizado mediante el programa SPSS v.25, para las variables cualitativas, se calculó frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se determinó inicialmente su distribución mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó la mediana como medida de tendencia central y el rango intercuartil como medida de dispersión en caso de distribución no paramétrica. Para el análisis bivariado se empleó la prueba χ^2 en variables cualitativas, así como la prueba de Kruskal Wallis en el caso de las cuantitativas, considerando un valor $p < 0.05$ estadísticamente significativo. El presente trabajo fue aprobado por el comité local de ética y los participantes aceptaron participar expresándolo mediante consentimiento informado.

Resultados

Predominó el grupo etario de 65-69 años, representado por 25.2% de la muestra (n=75), el sexo femenino fue el más representativo con 54% (n=161). Predominaron, además, los adultos mayores solteros con un 38.3% (n=114) y aquellos

que viven acompañados, con un 90.6% (n=270). Acorde a la escolaridad, 32.9% tenía grado preuniversitario (n=98), mientras que 24.5% presentó dependencia severa (n=73).

Para la variable edad se halló una mediana de 74 años (66-78.5) en los adultos mayores con adherencia total, ésta fue superior a la de aquellos sin adherencia o con adherencia parcial ($p=0.028$). El porcentaje de no adherencia fue mayor en el sexo masculino con un 50.4% (n=69), frente a 17.4% (n=28) del sexo femenino ($p < 0.001$). Por otra parte, 70.9% de los adultos mayores viudos (n=56), 71.4% de los que vivían solos (n=20) y 71.1% que contaba con escolaridad primaria (n=27) presentaron mayores niveles de no adherencia ($p < 0.001$); mientras que la mediana del estado funcional fue de

92 en individuos con adherencia total (48.5-100), reportándose diferencias significativas con otros grupos ($p=0.025$), ver tabla 1.

Respecto al tiempo con el diagnóstico de la enfermedad se encontró una mediana de diez años (6-14.5), que era superior a la mostrada en los individuos sin adherencia o con adherencia parcial ($p < 0.001$).

52.7% de los individuos presentó polifarmacia (n=157), de los cuales 46.5% reportó no adherencia (n=73), porcentaje superior a 17% detectado en aquellos sin polifarmacia (n=24), ($p < 0.001$); en relación con la asistencia a consulta, 89.6% asistía ocasionalmente a consulta médica (n=267); en individuos que asisten sistemáticamente, se determinó un 77.4% de adherencia total (n=24), valor superior

Tabla 1. Características sociodemográficas asociadas al nivel de adherencia farmacológica

Variable	No adherencia n=97 (32.5)	Adherencia parcial n=148 (49.7)	Adherencia total n=53 (24.8)	P
Edad ^a	68 (63, 75)	70.5 (66, 79)	74 (66, 78.5)	5
Género^b				
Mujer	28 (17.4)	100 (62.1)	33 (20.5)	< 0.001
Hombre	69 (50.4)	48 (35.0)	20 (14.6)	
Estado civil^b				
Soltero	29 (25.4)	64 (56.1)	21 (18.4)	< 0.001
Casado	12 (11.4)	68 (64.8)	25 (23.8)	
Viudo	56 (70.9)	16 (20.3)	7 (8.9)	
Convivencia^b				
Solo	20 (71.4)	6 (21.4)	1 (3.6)	< 0.001
Acompañado	77 (28.5)	142 (52.6)	52 (19.3)	
Escolaridad^b				
No escolarizado	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)	< 0.001
Primaria	27 (71.1)	10 (26.3)	1 (2.6)	
Secundaria	19 (26.8)	47 (66.2)	5 (7.0)	
Preuniversitario	47 (48.0)	47 (48.0)	4 (4.1)	
Universitario	2 (2.3)	43 (48.9)	43 (48.9)	
Estado funcional ^a	67 (28.5, 92)	71.5 (43, 100)	92 (48.5, 100)	0,065

^aLos valores son presentados como medianas y rango intercuartílico, Kruskal Wallis

^bLos valores son presentados en frecuencias y porcentajes, χ^2

a 10.9% de los individuos que acudían ocasionalmente (n=29), (p<0.001), ver figuras 1 y 2.

40.9% de los adultos mayores mostraron un nivel moderado de conocimientos sobre HTA, se registraron mayores porcentajes de no adherencia en aquellos con niveles bajos y moderados de conocimientos (55.4 [n=51] y 26.2% [n=32] respectivamente), se reportó una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (p<0.001), ver figura 3).

Discusión

En la actualidad, si bien se cuenta con medicamentos altamente eficaces y una mayor comprensión sobre la etiología hipertensiva, la existencia de problemas vinculados a la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo priva de la capacidad que tienen estos medicamentos para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares y disminuir la morbilidad y mortalidad.^{3,8,9,12,13}

La HTA es un problema de salud pública, al respecto, se reconoce que la falta de adherencia farmacológica varía según la población y región estudiada, así como de las herramientas de evaluación utilizadas; se ha señalado que su prevalencia global para la población hipertensa, ronda en 41%.¹⁴

Para la comprensión de la naturaleza multifactorial de dicho fenómeno, se desarrolló un modelo multidimensional que engloba cinco categorías (vinculadas al paciente, a la economía, a la condición, a la terapia, al sistema sanitario), que incluyen diferentes factores que llevan a la no adherencia, destacándose el papel de las variables sociodemográficas, los bajos ingresos económicos, las comorbilidades, la duración de la enfermedad, la polifarmacia y el pobre conocimiento

Figura 1. Adherencia farmacológica según presencia de polifarmacia en adultos hipertensos

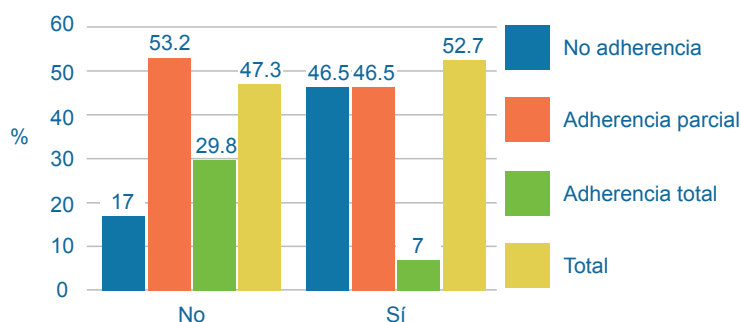


Figura 2. Adherencia farmacológica según asistencia a consulta médica en adultos mayores hipertensos

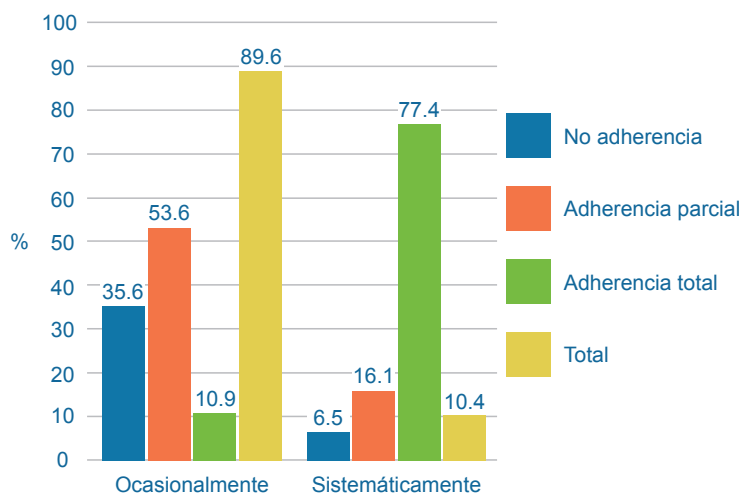
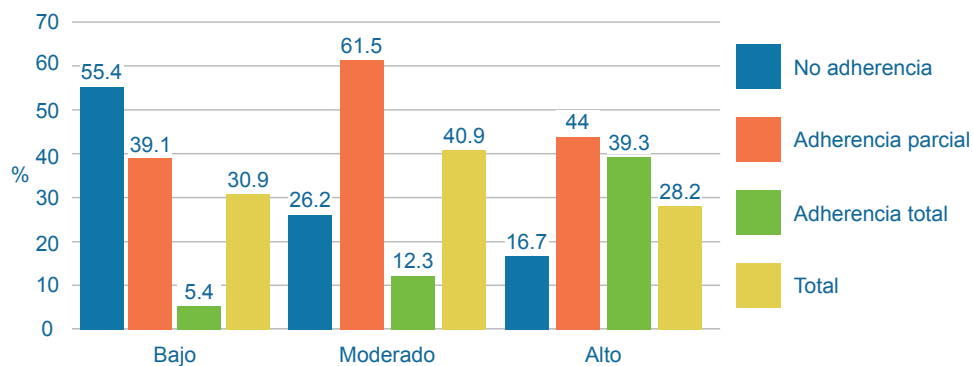


Figura 3. Adherencia farmacológica según nivel de conocimientos sobre HTA



sobre HTA. Sin embargo, algunos de estos factores merecen especial consideración, pues las relaciones encontradas en diversos estudios son inconsistentes.^{6,9,15,16}

Acorde a la progresión en el tiempo, durante el primer año de tratamiento de la enfermedad, solo uno de cada cinco pacientes tiene suficiente adherencia para lograr los beneficios observados en ensayos clínicos;¹⁷ sin embargo, varios textos discrepan en cuanto a la ganancia o pérdida de adherencia con el paso de los años.^{4,10} A su vez, es frecuente encontrar investigaciones que dejan de lado las relaciones que pueden existir entre el tiempo de duración y los aspectos propios de la enfermedad, o la presencia de comorbilidades, que modifican su comportamiento.²

La asociación encontrada en el presente estudio, entre un buen nivel de conocimientos sobre la enfermedad y la adherencia, coincide con resultados de Saqlain M y cols.,¹ quienes mencionan que adultos mayores con conocimientos adecuados de salud fueron 3.369 veces más adherentes (OR = 3.369, $p < 0,001$) en comparación con pacientes con conocimientos de salud inadecuados; lo cual es respaldado por otros autores.⁵

Para revertir esta situación en el contexto global se han implementado múltiples estrategias, para mejorar la adherencia terapéutica,^{17,18} aunque sigue requiriéndose el desarrollo de nuevos proyectos que involucren tanto al paciente, su familia, y personal sanitario, para evitar la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente a mediano y largo plazo.

Una de las limitaciones del presente estudio fue no poder relacionar los niveles de adherencia y los valores de presión arterial de los pacientes, lo cual ayudaría a tener un panorama más completo sobre la influencia directa de la adherencia sobre

el control de este padecimiento. A su vez, a pesar de que este estudio contó con limitaciones del tamaño muestral, aborda aspectos de importancia epidemiológica para el personal sanitario, en especial para el médico familiar, con vistas a un adecuado manejo y monitoreo del adulto mayor hipertenso.

Conclusiones

Con el presente estudio se constató la asociación entre variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, convivencia y escolaridad), el tiempo de diagnóstico, los conocimientos sobre HTA, la presencia de polifarmacia y la asistencia a consulta con la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores hipertensos. Dicha asociación permitirá el diseño de nuevas estrategias con vistas a un mejor manejo y control de dicha enfermedad en este grupo poblacional, a fin de elevar su calidad de vida y reducir las cifras de morbilidad y mortalidad.

Referencias

1. Saqlain M, Riaz A, Malik MN, Khan S, Ahmed A, Kamran S, et al. Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan. *Medicina*. 2019;55(5):163.
2. Nieto Poveda EC. Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes tipo 2. *REDIIS*. 2018;2:44-57.
3. Franco Bonal A, Silva Valido JA, Soto Martínez O, Franco Bonal A. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Rev. inf. cient.* 2018;97(6):1124-1134.
4. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, MSa, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine*. 2019;98(27):e16116.
5. Adeoye AM, Adebisi AO, Adebayo OM, Owolabi MO. Medication adherence and 24-h blood pressure in apparently uncontrolled hypertensive Nigerian patients. *Nigerian Postgrad Med J*. 2019;26(1):18-24.
6. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacien-

tes mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd*. 2016;15(1):40-50.

7. Tan ST, Quek RYC, Haldane V, Koh JJK, Han EKL, Ong SE, et al. The social determinants of chronic disease management: perspectives of elderly patients with hypertension from low socioeconomic background in Singapore. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18:1.
8. Noale M, Limongi F, Maggi S. Epidemiology of Cardiovascular Diseases in the Elderly. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1216:29-38.
9. Van Der Laan DM, Elders PJM, Boons CCLM, Beckeringh JJ, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: a systematic review. *J Hum Hypertens*. 2017;31:687-694.
10. Martínez de Murga García G, Sujo Sit M, Estévez Perera A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2020;36(1):e982.
11. Alejos García ML, Marco Pinto JM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. [Internet] [Citado en 2020 Oct 31] Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylye.pdf?sequence=3&isAllowed=y
12. Al-Ruthia YS, Hong SH, Graff C, Kocak M, Solomon D, Nolly R. Examining the relationship between antihypertensive medication satisfaction and adherence in older patients. *Res. Soc. Adm. Pharm*. 2017;13(3):602-613.
13. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389(10064):37-55.
14. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2017;96(4):e5641.
15. Walsh CA, Cahir C, Bennett KE. Association between adherence to antihypertensive medications and health outcomes in middle and older aged community dwelling adults; results from the Irish longitudinal study on ageing. *Eur J Clin Pharmacol*. 2019;75:1283-1292.
16. Chudiak A, Uchmanowicz I, Mazur G. Relation between cognitive impairment and treatment adherence in elderly hypertensive patients. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1409-1418.
17. Gwadry-Sridhar FH, Manias E, Lal L, Salas M, Hughes DA, Ratzki-Leewing A, et al. Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: a systematic review by the ISPOR medication adherence and persistence special interest group. *Value Health*. 2013;16(5):863-71.
18. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Arun Keenanasseril, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11:CD000011.