

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: REALIDAD EN VENEZUELA

Adherence to treatment in cardiovascular disease: reality in Venezuela

Jairo Rojano Rada¹, Marcelo Alejandro Storino Farina², Ana Nouel³
Marcos Ayala³, Karen Martínez⁴, Alejandra López⁵, Indhira Pachano⁵

Resumen

Los factores de riesgo cardiovascular constituyen un problema de salud de primer orden, según el último reporte de la Organización Mundial para Salud (OMS), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente. Al analizar esta realidad epidemiológica en Venezuela, la situación no difiere mucho a la del resto de los países del mundo, porque las enfermedades cardiovasculares y metabólicas ocupan el primer y sexto lugar de mortalidad respectivamente, mostrando un continuo ascenso en la última década. En lo que respecta a la diabetes mellitus (DM), los últimos datos estadísticos revelan que en Venezuela mueren en la actualidad alrededor de 14 pacientes cada día por esta causa, los planteamientos con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas que refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaz entre ellas la adherencia al tratamiento. El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, puesto que la falta de ella hace ineficaz el tratamiento prescrito aumentando la morbilidad y mortalidad, al igual que los costos de asistencia hospitalaria, por lo tanto el objetivo de este estudio es enfocar la realidad de la adherencia a los diversos tratamientos farmacológicos en pacientes con riesgo cardiovascular, hipertensos y diabéticos, desde la conceptualización del mismo, hasta los factores que influyen sobre estos, tales como, los socioeconómicos, sistemas de

salud, propios de la enfermedad, terapéutica y los relacionados con el propio paciente.

Palabras clave: Adherencia, Tratamiento, Hipertensión, Diabetes, Dislipidemia.

Abstract

Cardiovascular risk factors constitute a health problem of the first order, according to the latest report from the World Health Organization, chronic diseases (heart disease, stroke, cancer and diabetes) are the leading cause of death worldwide and its impact increases continuously analyzing this epidemiological situation in Venezuela, the situation does not differ much from the rest of the countries of the world as cardiovascular and metabolic diseases rank first and sixth in mortality, respectively, showing a continuous rise in the last decade. With regard to the DM, the latest statistics show that in Venezuela die now about 14 patients every day because of this, the statements regarding the importance of stopping the global epidemic of chronic diseases that reinforce the need to make available effective intervention strategies including adherence. The term adherence to treatment, could be regarded as the key to successful intervention programs in health, since the lack of it makes ineffective treatment prescribed increasing morbidity and mortality, as well as the costs of hospital care, for Therefore the aim of this study is to focus the reality of the adherence to the various pharmacological treatments in patients with cardiovascular risk, hypertension and diabetes, from conceptualization of it, to the factors that influence

Recibido: 02/10/2015 Aceptado: 18/11/2015

Declaración de conflicto de interés de los autores: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

1. Médico Internista – Reumatólogo, Jefe de Servicio de Medicina Interna II del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño – Caracas.
2. Médico Internista Universitario, Médico Internista consultante en la Clínica Fénix Salud- Caracas. Adjunto ad-honorem en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño – IVSS.
3. Residente de 3er año del post-grado de Medicina Interna, Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño – IVSS.
4. Residente de 2do año del post-grado de Medicina Interna, Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño – IVSS.
5. Residente de 1er año del post-grado de Medicina Interna, Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño – IVSS.

these, such as socio-economic systems health, typical of the disease, therapeutic and related patient.

Key Words: *adherence, treatment, hypertension, diabetes, dislipidemia.*

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a lo descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas (eventos cerebro vasculares, diabetes mellitus) son la principal causa de muerte en el mundo incluso por encima de todas las enfermedades infecciosas virus de inmunodeficiencia humana VIH (tuberculosis). Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos para llegar a metas, sería la falta de adherencia al tratamiento entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante, incapacidad del paciente para asistir a las citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se le indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o prueba solicitadas, varios estudios han demostrado que el 50% de los pacientes que permanece bajo tratamiento no toman correctamente la medicación.

Por las razones anteriores se debe considerar a estas enfermedades como una de las principales problemáticas de salud pública, la hipertensión arterial constituye por sí sola una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, una de las principales causas de incapacidad así como uno de los principales motivos de consulta médica. En el caso particular de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus, las terapéuticas dirigidas al control de la enfermedad muchas veces no son realizadas por algunos pacientes pudiendo retrasar el control y predisponer a la aparición de complicaciones crónicas, tanto micro vasculares como macro vasculares.

Definición y consideraciones

Los factores de riesgo cardiovascular constituyen un problema de salud de primer orden. En el mundo se registran 16,7 millones de muertes cada año, atribuibles a dichos factores. Entre las diez principales amenazas mundiales para la salud, cinco de ellos se relacionan con hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, las dislipidemias y la obesidad o el sobrepeso¹.

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (2005), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente; del total de 58 millones de defunciones registradas en el 2005 por todas las causas, 35 millones correspondieron a enfermedades crónicas².

En el mismo informe de la OMS (2005)² se resaltan las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas: «Esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente», «Es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se saben que pueden reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas»².

Los planteamientos de la OMS con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas³.

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud³.

En el 2006, la OMS³ define adherencia como “la extensión en la cual el comportamiento de la persona (tomar medicamento, seguir una dieta y/o ejecutar cambios de estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con el proveedor de salud”. En los países desarrollados se ha encontrado que la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es de aproximadamente 50 %⁴.

Algunos autores han llegado a considerar incluso el problema de la adherencia terapéutica como uno de los más grandes problemas de salud pública, tanto por su magnitud como por las implicaciones clínicas y socioeconómicas que de él se deriva, debido a que la baja adherencia afecta de manera directa el beneficio clínico.^{1,4}

La no adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, se relaciona con el aumento del riesgo de complicaciones, disminución de la productividad e incremento en los costos de la atención en salud, por lo tanto sigue siendo un problema universal, sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento.^{1,5}

El problema del incumplimiento terapéutico ha sido poco estudiado y es una de las grandes asignaturas pendientes por resolver en la sanidad mundial.

Aun cuando, en las últimas décadas, se han realizado múltiples esfuerzos para mejorar los procesos diagnósticos y el enfoque terapéutico frente a las diferentes problemáticas de salud, la falta de adherencia a los regímenes terapéuticos continúa siendo una obstáculo para cumplir con el propósito de mejorar la salud y, con ello, la calidad de vida para muchos pacientes. Así, aunque se cuenta con medicamentos y otras medidas terapéuticas seguras y eficaces para tratar problemas médicos -como la hipertensión, la diabetes y otros trastornos crónicos- en muchas ocasiones no se logran conseguir un buen control¹.

Actualmente, se reconoce a la adherencia una gran importancia en el manejo de las enfermedades crónicas, puesto que la falta de ella hace ineficaz el tratamiento prescrito aumentando la morbilidad y mortalidad, al igual que los costos de asistencia hospitalaria¹.

En cuanto a los modelos para explicar la conducta de adhesión, los dos más utilizados son: los modelos biomédicos y los conductuales; los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico. Así mismo, los modelos conductuales se presentan en tres categorías: los modelos operantes que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión. Los modelos de comunicación que buscan mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión. Los modelos cognitivos que están basados fundamentalmente en el aprendizaje social de Bandura.⁵

Por su parte, los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (ejemplo de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud⁵.

Los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento a largo plazo descritos por la OMS, incluyen:^{2,3}

Factores socioeconómicos: se atribuye un efecto negativo considerable sobre la adherencia a factores como el bajo nivel socioeconómico y educativo, falta de redes de apoyo,

condiciones de vida inestable, domicilio lejano, costo elevado del transporte, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento². Por el contrario, se ha demostrado que la educación, la evaluación e intervención de las necesidades sociales son efectivas para mejorar la adherencia terapéutica³.

Factores relacionados con los sistemas de salud: la responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención en salud. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria, que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes.²

En una encuesta realizada en Estados Unidos en el año 2008, 1 de cada 3 personas reportan que ellos o miembros de su familia tienen problemas para pagar los medicamentos, siendo similar la proporción que no logra adquirir todo lo indicado por el médico o modifica el medicamento prescrito como consecuencia del costo.⁶

Factores relacionados con la enfermedad y condición de salud del paciente: la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica².

En un estudio realizado en pacientes hipertensos en Taiwán por Hsiao et al⁷, encontraron que los pacientes más sintomáticos con una mayor percepción negativa de la enfermedad tuvieron una menor adherencia al tratamiento que los pacientes con menos síntomas y menor percepción negativa. Por otro lado en este mismo estudio, los pacientes con menor sensación de control de la enfermedad eran los de mayor adherencia.

Factores relacionados con la terapia: estos factores se asocian al cumplimiento de las citas por parte del paciente, así como al cumplimiento de los diversos tratamientos. Hace énfasis en la posibilidad de seguir las indicaciones relacionadas con los medicamentos, las dietas, los ejercicios y hábitos saludables en general².

La combinación de nuevas terapias ha demostrado tener un impacto positivo en la evolución de los pacientes con enfermedad cardiovascular, sin embargo, esto ha llevado a una mayor complejidad en las indicaciones con un potencial impacto en la adherencia. En una revisión sistemática de la literatura se encontró que al comparar la medicación una vez al día con dos veces al día, esta tiene un 44 % más de adherencia⁸. Un estudio de 4.052 pacientes de Medicare a quienes se les había prescrito tratamiento para la

hipertensión arterial y para la dislipidemia, la adherencia cayó un 28 % cuando se añaden dos medicamentos. El uso de tabletas que combinan medicamentos ha logrado incrementar la adherencia en un 20 % comparado con los tratamientos por separado. El uso de la denominada "poli pílora" que contendría aspirina, betabloqueante, inhibidor de enzima convertidora y estatina se ha planteado como una posibilidad para que al aumentar la adherencia se logre disminuir la enfermedad cardiovascular hasta en un 80 %⁶.

Factores relacionados con el paciente: estos factores representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia².

Algunos de los factores relacionados con el paciente que actúan sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento.²

Un estudio comparó la adherencia a estatinas en pacientes con enfermedad arterial coronaria que fueron sometidos a re-perfusión (quirúrgica o angioplastia) con pacientes que fueron tratados medicamente. El grupo tratado con re-perfusión tuvo una adherencia significativamente menor que el grupo tratado medicamente, apareciendo como una de las principales causas la sensación del paciente que estaba "curado" al ser sometido a un procedimiento más invasivo.⁹

La presencia de depresión también es un marcador importante de adherencia, siendo la posibilidad de no-adherencia dos veces mayor en pacientes con depresión mayor aún después de ajustar edad, nivel educativo, soporte social, severidad de la enfermedad.⁶

Flórez *et al*¹⁰, por su parte, propone diferenciar el fenómeno de la adherencia en dos vías:

Adherencia a tratamientos farmacológicos: grado en que el comportamiento de una persona, como tomar los medicamentos, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

Adherencia a tratamientos no farmacológicos: grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.).

La medición del cumplimiento terapéutico presenta numerosas dificultades, pudiendo utilizarse diversos métodos, directos o indirectos. El método indirecto basado en el recuento de comprimidos (RC), a través de los monitores electrónicos de control de la medicación, también conocidos como MEMS Aardex Ltd.®, está ampliamente validado. También como método indirecto de RC se puede realizar el RC simple (RCS), que consiste en contar los comprimidos que restan en el envase comercial, y se obtiene el porcentaje de cumplimiento (PC). La utilización conjunta de ambos métodos de recuento de comprimidos (MEMS y RCS) aumenta el grado de eficacia diagnóstica del cumplimiento terapéutico¹¹.

$$PC = \frac{N \text{ total de comprimidos presumiblemente consumidos}}{N \text{ total de comprimidos que debiera haber consumido}} \times 100$$

Han sido propuestos diversos métodos para medir la adherencia al tratamiento y aquellos basados en el auto informe del paciente son los que están mejor validados, porque promediaron un índice de seguridad de entre el 52% y el 76 %, y fueron los que mejor se correlacionaron con el conteo de píldoras. Uno de esos métodos es el test de Morisky-Green-Levine que mostró un valor potencial predictivo del auto informe sobre adherencia con capacidad para predecir el control en la presión arterial¹².

Test de Morisky-Green-Levine: este test consta de cuatro preguntas: ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?, ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?, Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?, y si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder "SI" o "NO". Según los autores y las validaciones por ellos publicadas, se consideran adherentes (ADH) a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no-adherentes (NAD) a quienes contestan SI a una o más. Como ya se mencionó, este test demostró una buena correlación entre la adherencia y el control tensional logrado.¹²

Se plantea que las dos estrategias más estudiadas con relación a la adherencia al tratamiento han sido la educación del paciente y la modificación de conducta (por ejemplo, auto-registros, establecimiento de metas, retroalimentación correctiva, contrato conductual, procedimientos para fortalecer compromisos y sistemas de reforzamiento) demostrando esta última ser la más exitosa. A su vez, indican que el objetivo de un programa de entrenamiento en adhesión es promover la implicación del paciente, su autocontrol, y el mantenimiento a largo plazo en ausencia de supervisión por parte del profesional de la salud.⁵

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable que, junto al tabaquismo y la hipercolesterolemia, contribuye a la mortalidad mundial.⁷ Existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad. Los factores de riesgo más asociados en las investigaciones a niveles de presión arterial no controlados se encuentran en: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y el patrón de conducta tipo A.¹⁰

Aproximadamente el 20 % de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 3 % y el 34 % de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante.¹³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el caso de la hipertensión, el porcentaje de pacientes que cumplen con el régimen terapéutico es solo del 27 % en Gambia, 46 % en China, y 51 % en los Estados Unidos. Se calcula que el porcentaje de pacientes tratados que tienen un buen control de la tensión arterial es sólo del 7 % en el Reino Unido y 4,5 % en Venezuela. Los datos disponibles señalan que la adherencia es mucho menor en los países en desarrollo.²

Han demostrado que sólo entre el 40 % y el 50 % de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, y el estudio de Greenbur, confirma que el 50 % de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento.¹³

Las últimas revisiones sistemáticas sobre prevalencia del incumplimiento terapéutico del tratamiento de la HTA en todo el mundo aportan una media de incumplidores del 30%, siendo probablemente una de las principales causas de la falta de control de la HTA.⁹

En el 2005, Ingaramo et al¹³, evaluó la adherencia al tratamiento utilizando el Test de Morisky-Green-Levine, con base a ello, se evaluaron el control tensional en hipertensos esenciales crónicos, se incorporaron al estudio 1.784 pacientes bajo tratamiento no menor de 6 meses, de los cuales el 48,15 % fue adherente y el 51,85 % no-adherente.

En el 2006, Holguín et al¹⁰, realizaron un estudio cuasi-experimental en 44 pacientes con HTA en Colombia, donde determinaron la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial; la adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos ($p = 0,000$; n.c. 95 %), el 86,6 % terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4 % finalizó en nivel medio.

En el 2012, Espinosa y colaboradores, realizaron una revisión sistemática donde analizaron 37 estudios de investigación internacionales publicados, los resultados fueron: número total de pacientes hipertensos de 8.623, un 25,62% incumplidores ($n = 2.209$; IC 95% 23,82-27,42) y un 74,38% cumplidores ($n = 6.414$; IC 95% 73,32-75,44) y la media ponderada del porcentaje de incumplimiento fue del 37,60%. Se concluyó que el porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de la HTA en todo el mundo es elevado.¹⁰

El estudio EURIKA¹⁴ mostró que aun cuando el 94,2 % de los pacientes recibía tratamiento antihipertensivo, solamente el 38,8 %, alcanzaba cifras por debajo de 140/90 mm/Hg. De igual manera en el estudio realizado en Maracaibo, Venezuela, por Sulbarán et al¹⁵ demostraron que menos de la mitad de los hipertensos sabía de su estado y que sólo la mitad de ellos acudían al médico de manera regular y sólo el 4,5 % de la población hipertensa alcanzaba las metas siendo este un problema particularmente grave en términos de riesgos de morbilidad prematura, la discapacidad y la mortalidad. La pobre adherencia ha sido identificada como la principal causa de la falla en alcanzar la meta. El mejor estimado es que la pobre adherencia al tratamiento contribuye con la falla en el control de presión arterial en 2/3 de los pacientes hipertensos. Mazzaglia et al¹⁶ evidenciaron que los pacientes con alta adherencia (proporción de días de cumplimiento (PDC) mayor o igual a 80 %) tienen un 38 % de disminución de riesgo de eventos cardiovasculares al ser comparado con los de baja adherencia (PDC menor o igual a 40 %).

DIABETES MELLITUS

En el caso de la diabetes vale la pena analizar la adherencia a las diferentes intervenciones en los tipos 1 y 2¹¹. Aun cuando se pudiese pensar que las tasas de adherencia serían mayores en la diabetes tipo 1, los estudios muestran resultados similares en la diabetes tipo 1 y tipo 2¹¹. (Tabla 1)

En la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) algunos de los pacientes diabéticos requerirán tratamiento con insulina a lo largo de su vida.

Tabla 1: Adherencia al tratamiento en la diabetes tipo 1 y 2

	Diabetes tipo 1	Diabetes tipo 2
Auto control de glicemia	20-40%	23%
Administración de insulina	75-80%	NA
Administración de medicamentos	NA	75%
Dieta	25-30%	37%
Actividad física	25%	37%

Fuente: Marques et al¹¹. Un aspecto crítico olvidado con frecuencia: la adherencia al tratamiento. *Med interna (Caracas)* 2012; 28 (4): 191-195.

Sin embargo, algunos pacientes no se encuentran dispuestos a iniciar tratamiento con insulina si su médico se lo indica, pudiendo retrasar el adecuado control, y así, predisponer a la aparición de complicaciones crónicas; esta condición ha sido denominada "Resistencia Psicológica al Uso de Insulina" (RPI). Su frecuencia varía entre diferentes naciones, razas y métodos diagnósticos, oscilando entre el 17 y 55%.⁸

Recientemente, Polonsky et al¹⁶ evaluaron la frecuencia de RPI en 8 países occidentales; se preguntó a los pacientes qué tan dispuestos estarían a utilizar insulina si su médico se lo prescribe, y su asociación con sus creencias hacia la insulino terapia y la medicación actual. La mayoría de los pacientes con RPI cursaron con pensamientos negativos asociados a la insulina y al tratamiento actual. El porcentaje de pacientes con RPI varió considerablemente entre países, de 5,9 % en España a 37,3 % en Italia. Los reportes más elevados de RPI han sido en población Hispana con 55,6 % y en población Latina de bajos ingresos económicos en Estados Unidos con 53 % 8.

Un tercio de la población evaluada cursó con RPI, la cual se asoció con mayor número de creencias negativas hacia la insulina y hacia la medicación actual, siendo el miedo a inyectarse la razón más frecuente, y el sentir que el tratamiento con insulina es un fracaso personal fue el principal predictor a desarrollar RPI. Los pacientes con grado académico universitario también estuvieron más dispuestos a utilizar insulina.⁸

En el 2014, González et al⁶, describieron que la frecuencia de pacientes con RPI encontrada en Venezuela es el doble a la reportada en el estudio presentado por Polonsky et al¹⁶ en 8 países occidentales (17,2 %), así como, discretamente más alta que la reportada en el grupo de pacientes asignados al tratamiento con insulina en el estudio

UKPDS¹⁷ (27%) en 1995, y a la población estadounidense en 2005 (28,2 %). Sin embargo, el estudio reporta valores más bajos a los encontrados en población Latina de bajos ingresos económicos o de habla Hispana en Estados Unidos (53 % y 55,6 %, respectivamente). El miedo a inyectarse es el aspecto negativo más frecuente el estudio.⁸

En el año 2011, el estudio EURIKA¹⁴ (realizado en doce países de Europa) mostró que aun cuando el 87,2 % de los pacientes con diabetes tipo 2 recibía tratamiento, solamente el 36,7 % tenía una HbA1C por debajo de 6,5 %, si tomamos los valores de glicemia post-prandial y de HbA_{1c}, solamente el 7,2 % alcanzaba la meta¹¹.

DISLIPIDEMIA

La dislipidemia es considerada uno de los factores de riesgo modificables para la enfermedad cardiovascular.¹⁸ Si bien existen factores genéticos y ambientales relacionados con la fisiopatología de esta enfermedad, se ha reconocido que ciertos factores socio demográficos y educativos se definen como elementos amplificadores en la fisiopatología de la enfermedad.¹³ Es difícil no comentar sobre la alta prevalencia de dislipidemia en la ciudad de Maracaibo, lo cual podría relacionarse con la alta tasa de obesidad reportada¹⁹ con 33, 3 % de obesidad y 34, 2 % de sobrepeso, junto a una alta prevalencia de actividad física insuficiente y sedentarismo (56,02%).²⁰

Una revisión sistemática reciente de 50 estudios en pacientes hipertensos relacionó la no adherencia con la falta de entendimiento de la enfermedad.⁶

Un análisis reciente de 239.911 nuevos usuarios de estatinas mostró que una visita de seguimiento al médico luego de la prescripción inicial es un poderoso predictor de re-inicio del tratamiento y de la adherencia a largo plazo.⁶

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento es un punto controversial en la sociedad actual, subyacen múltiples factores como el miedo, el desconocimiento, condiciones socioeconómicas, que causan limitaciones en los pacientes para cumplir el tratamiento indicado, lo que acarrea una alta tasa de hospitalización en los centros de salud por la descompensación metabólica, asimismo lleva a una alta morbi mortalidad en aquellos pacientes que a pesar de conocer su condición de salud no fueron estimulados para tener apego al tratamiento.

Cabe destacar que el apego al tratamiento y la modificación en estilos de vida lograría disminuir la gran incidencia de enfermedades crónicas, con la consecuente disminución de costos en salud.

REFERENCIAS

1. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2012; 30 (2): 163-174.
2. Organización Mundial de la Salud 2005. Ginebra, 2005. www.who.int/wmr/2005/es.
3. Organización Mundial de la Salud 2006. Ginebra, Informe sobre la salud en el Mundo 2006. www.who.int/wmr/2006/wmr06_es.
4. Marques J, Márques M, Sánchez M. Un aspecto crítico olvidado con frecuencia: la adherencia al tratamiento, *Med interna (Caracas)* 2012; 28 (4): 191-5.
5. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial, *Univer. Psychol.*, 2006; 5(3): 535-47.
6. González J, Paoli M, García R, Avendaño M, Lobo M, Avendaño A. Resistencia psicológica al uso de insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una población venezolana. *Invest clin.* 2014; 55(3) 217-26.
7. Kulik A, Shrank WH, Levin R, Choudhry NK. Adherence to statin therapy in elderly patients after hospitalization for coronary revascularization. *Am J Cardiol.* 2011;107(10):1409-14.
8. Ingaramo R, Vita, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Rev. Fed. Arg Cardiol* 2005; 34: 104-11.
9. Marques J, Marques M, Storino M, Adherencia al tratamiento en el paciente con enfermedad cardiovascular. Un problema complejo que amerita evaluación integral y formas novedosas de abordaje. *Avances Cardiol* 2013; 33 (2):122-9.
10. Flórez I. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av. Enfem.* 2009; 27(2): 25-32.
11. Marques J, Márques M, Sánchez M. Un aspecto crítico olvidado con frecuencia: la adherencia al tratamiento, *Med interna (Caracas)* 2012; 28 (4): 191-5.
12. Flórez I. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av. Enfem.* 2009; 27(2): 25-32.
13. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci.* 2012;28(8):442-7.
14. Rodríguez-Artalejo F, Guallar E, Borghi C, Dallongeville J, De Backer G, Halcox JP, Hernández-Vecino R, Jiménez FJ, Massó-González EL, Perk J, Steg PG, Banegas JR; EURIKA Investigators. Rationale and methods of the European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA). *BMC Public Health.* 2010 Jun 30;10:382.
15. Sulbarán T, Silva E, Calmón G, Vegas A. Epidemiologic aspects of arterial hypertension in Maracaibo, Venezuela. *J Hum Hypertens.* 2000, 14 (Suppl 1):S6-9.
16. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Imbordino V, et al. Adherence to Antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009, 120:1598-1605.
17. Levy JC, Cull CA, Stratton IM, Holman RR, Turner RC. The UKPDS study on glycemic control and arterial hypertension in type II diabetes: objectives, structure and preliminary results. *Journ Annu Diabetol Hotel Dieu.* 1993:123-37.
18. Polonsky WH, Hajos TR, Dain MP, Snoek FJ. Are patients with type 2 diabetes reluctant to start insulin therapy? An examination of the scope and underpinnings of psychological insulin resistance in a large, international population. *Curr Med Res Opin* 2011; 27:1169-1174.
19. Gordon DJ, Probstfield JL, Garrison RJ, Neaton JD, Castelli WP, Jacobs DR, et al. High density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies. *Circulation* 1989;79:8-15.
20. Bermúdez V, Pacheco M, Rojas J, Córdova E, Velázquez R, Carrillo D, et al. Epidemiologic behavior of obesity in the Maracaibo City Metabolic Syndrome Prevalence Study. *PLoS One* 2012;7(4):e35392.