

## Adherencia terapéutica en pacientes con dislipoproteinemias

### Adherence to treatment in patients with dyslipoproteinemias

MSc. Dra. Ileydis Iglesias Marichal, Msc. Dra. Lizet Castelo Elías-Calles, Dra. Emma Domínguez Alonso, MSc. Lic. Madelín Mendoza Trujillo

Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Antecedentes:** la adherencia terapéutica en las dislipoproteinemias es un elemento esencial en la prevención de las complicaciones de la aterosclerosis.

**Objetivos:** determinar el nivel de adherencia en pacientes con dislipoproteinemias, e identificar los factores relacionados con esta.

**Métodos:** estudio descriptivo, de corte transversal. Incluyó 91 sujetos que acudieron a la consulta de dislipoproteinemias en el Centro de Atención al Diabético del Instituto Nacional de Endocrinología, en La Habana, Cuba, en el periodo de enero a junio de 2011, con  $\geq 20$  años de edad y al menos 12 semanas de asistir a la consulta. Fue aplicado un cuestionario anónimo y auto administrado, dividido en 3 secciones, que incluyeron variables relacionadas con la caracterización del grupo, como: sexo, grupo de edad, escolaridad, ocupación; categorías que describen la adherencia; y factores relacionados con esta. Se calcularon estadísticas descriptivas y se utilizó la prueba  $\chi^2$ .

**Resultados:** el rango de edad predominante fue de 40 a 59 años (94,9 %). El 85,8 % eran preuniversitarios, y el 40,7 % de la muestra presentó adherencia terapéutica. El cumplimiento de la dieta, del horario y de las dosis de los fármacos se asoció significativamente con la adherencia terapéutica ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** la mayoría de los pacientes no presentaron adherencia terapéutica, en relación con el incumplimiento de la dieta y de la práctica de ejercicios. En un grupo menor de pacientes el cumplimiento del horario y la dosis del medicamento correspondieron con la mejor adhesión. Los factores que obstaculizan la adherencia terapéutica resultaron ser la carencia de frutas y vegetales en el mercado, así como

también el abandono de la dieta. Los factores favorecedores fueron el adecuado apoyo familiar y la correcta información brindada por el médico de asistencia.

**Palabras clave:** adherencia terapéutica, dislipoproteinemias, aterosclerosis.

---

## ABSTRACT

**Background:** adherence to treatment in dyslipoproteinemias is an essential element for the prevention of atherosclerosis complications.

**Objectives:** to determine the extent of adherence to treatment in patients with dyslipoproteinemias and to identify the factors related to it.

**Methods:** a cross-sectional and descriptive study of 91 individuals who went to the dyslipoproteinemias service of the Center of Care for Diabetic Patients in the National Institute of Endocrinology in Havana, Cuba from January to June 2011.

They were aged  $\geq 20$  years and attended this service for at least 12 weeks. A self-administered anonymous questionnaire divided into 3 sections was applied; it included variables about the group characterization such as sex, age group, schooling, occupation, categories describing adherence to treatment and factors related to it. Summary statistics were estimated and chi-square test was used.

**Results:** the predominant age group was 40 to 59 years (94.9 %). In this sample, 85.8 % had finished high school and 40.7 % showed adherence to treatment. Compliance with diet, meal times and drug doses was significantly associated to adherence to treatment ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** most of patients did not comply with treatment in terms of diet and exercising. In a lower number of patients, compliance with meal times and drug doses were related to better adherence to treatment. The factors hindering the adherence proved to be lack of fruits and vegetables at the marketplace as well as ignoring diet. The favoring factors were adequate family support and correct information provided by the attending physician.

**Keywords:** adherence to treatment, dyslipoproteinemias, atherosclerosis.

---

## INTRODUCCIÓN

El gran número de investigaciones acumuladas básicas, epidemiológicas y clínicas, han establecido una estrecha relación entre el aumento en los niveles de colesterol y el riesgo elevado de presentación de enfermedad cardiovascular coronaria.<sup>1</sup>

Las dislipoproteinemia (DLP) constituyen un conjunto de afecciones caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que determinan un riesgo para la salud.<sup>2</sup> Las DLP pueden ser primarias o secundarias: las primarias tienen origen genético y requieren de tratamiento mantenido; y las secundarias pueden revertirse con el control de la enfermedad de base.<sup>2</sup> En la población general, el 32 % de los casos de DLP se registra en hombres, y el 27 % en mujeres. Es más frecuente en hombres mayores de 45 años y en mujeres mayores de 55.<sup>3</sup>

---

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de las DLP, no siempre se alcanzan las metas terapéuticas, debido al incumplimiento por parte de los pacientes de las orientaciones médicas.<sup>4,5</sup> La adherencia terapéutica (AT) es el grado en que el comportamiento de un paciente, se corresponde con las recomendaciones prescritas por el prestador de asistencia sanitaria.<sup>6,7</sup> Esta puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud.<sup>8-14</sup> Sobre ella influyen diferentes factores sociales, económicos, elementos concernientes al equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, el tratamiento y la conducta del paciente.<sup>10</sup>

Hasta el momento no hay un método efectivo para evaluar la AT. Existen varios factores que influyen en ello, tales como: el aumento de los costos, del tiempo dedicado al paciente, así como la necesidad de contar con personal especialmente entrenado para poner en marcha este tipo de investigaciones. No obstante, la preocupación por identificar la AT aún constituye un elemento primordial de la asistencia médica, en especial en los tratamientos a largo plazo.<sup>4,6,15,16</sup> Tal es el caso de las DLP. Las personas con DLP presentan dificultades con la AT, lo cual ocasiona un control inadecuado de la enfermedad, además de la aparición de complicaciones que ponen en riesgo su calidad de vida y la elevación en los costos de los sistemas de salud. Conscientes de la importancia de esta situación, los organismos y las sociedades internacionales emiten informes, guías y consensos para el control de las DLP, que persiguen cada vez objetivos más exigentes.<sup>1,2</sup>

En tal sentido, conocer las razones por las cuales un paciente no se adhiere al tratamiento, resulta esencial, para que se puedan diseñar y reorientar las intervenciones que busquen mejorar la adherencia a los tratamientos, y se logre disminuir -a mediano y a largo plazo- la incidencia de eventos derivados de la dislipidemia.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó todos los pacientes con diagnóstico de DLP, atendidos consecutivamente en la consulta de lípidos del Centro de Atención al Diabético (CAD) del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN), en el período de enero a junio de 2011. Se incluyeron 91 pacientes con  $\geq 20$  años de edad y al menos 12 semanas de asistir a la consulta de lípidos.

A todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario auto administrado. Se utilizó la versión del cuestionario para la evaluación de AT en la HTA, confeccionado por la doctora en ciencias *Libertad Martín Alfonso*,<sup>17</sup> el cual fue adaptado para la evaluación de la AT en pacientes con DM 2 por la máster en ciencias *Madelín Mendoza Trujillo*,<sup>12</sup> y modificada por ella y demás autoras para pacientes con DLP.

El instrumento constó de 3 secciones. La A, referida a la caracterización del grupo de estudio que incluyó las variables, sexo, grupo de edad, escolaridad, ocupación, tipo de dislipoproteinemia, enfermedades asociadas, antecedentes patológicos familiares, hábitos tóxicos, frecuencia de consultas y tipo de tratamiento. La sección B incluyó las categorías que describen la AT, en forma de 12 afirmaciones, que se presentan al paciente con la opción de respuesta en una escala de Lickert, compuesta por 5 posibilidades, que van desde *siempre* hasta *nunca*, y marcando con una X la periodicidad que considera ejecutar lo planteado.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje, que dividió en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando:

- AT total: 38-48 puntos
- AT parcial: 18-37 puntos
- No AT: 0-17 puntos

De modo que se pudo cuantificar con rapidez la respuesta del paciente, y determinar 3 tipos o niveles de AT (total, parcial y no adherido). La calificación se reajustó en aquellos sujetos, en cuyo tratamiento para la DLP, no estuvieron indicados medicamentos. En estos casos la calificación resultó la siguiente: no adheridos al tratamiento (0-17 puntos), parcialmente adheridos (18-29 puntos), y totalmente adheridos (30 y 36 puntos).

Inicialmente se evaluaron los niveles de AT en los pacientes seleccionados, lo que permitió diferenciar un grupo de pacientes adheridos de manera total, otro grupo parcialmente adheridos, así como otro no adherido.

Finalmente una sección C, en la que se consideraron interrogantes para identificar factores determinantes en la AT, las cuales incluyeron 2 preguntas abiertas sobre situaciones o factores favorecedores u obstaculizadores, en las que el paciente pudo expresar, según su percepción, lo que consideró estaba mediando o no en el cumplimiento de su tratamiento.

Se recogió la información en una base de datos utilizando el programa *Excel*, que se procesó en SPSS. Se emplearon estadígrafos de tendencia central para exponer los resultados. Se evaluaron las asociaciones entre la variable AT, con el cumplimiento de la medicación, de la dieta, así como de la práctica de ejercicios. En todos los casos se realizaron tabulaciones cruzadas con prueba de  $\chi^2$ , para determinar la significación estadística asumiendo como tal una  $p < 0,05$ .

Se realizó el consentimiento informado -de forma oral y por escrito- cumpliendo los principios de voluntariedad de participación. Los pacientes que se incluyeron en el estudio tuvieron derecho a conocer los objetivos de la investigación, la importancia de su participación, así como los beneficios del estudio para lograr el control de la dislipidemia. Se les informó acerca de la posibilidad de abandonar el estudio sin que esto tuviera repercusión negativa en su atención médica. También se les aclaró que toda la información tendría un carácter confidencial y anónimo.

## RESULTADOS

En relación con la composición de la muestra, el 60,4 % fue del sexo femenino, el 47,2 % estuvo entre 40 a 59 años y el 42,6 % refirió nivel de escolaridad preuniversitaria. El 48,4 % padecía una DLP primaria, con un tiempo de diagnóstico que estuvo entre 1 y 5 años en el 40,7 %, e igual por ciento de pacientes (40,7 %), asistió a consulta con una frecuencia de 3 veces al año. El 61,5 % de la serie no fumaba, no consumía bebidas alcohólicas el 43,9 % y tenían antecedentes familiares de HTA el 82,4 %.

Como tratamiento se le prescribió al 75 % de los pacientes: modificaciones de la dieta y la práctica de ejercicios. De ellos, al 63,7 % se le asoció tratamiento

farmacológico: estatinas (65,9 %), policosanol (PPG) (63,7 %) y aceite omega 3 (42,3 %), mientras que solo en el 25 % de los casos se le indicó tratamiento no farmacológico. En la evaluación de la AT se comprobó que el 59,3 % de la totalidad de los pacientes no la presentó.

En la tabla 1 se muestra la frecuencia del cumplimiento entre los horarios de medicación, cumplir con la dosis prescrita de medicamentos y la presencia o no de AT. Se observó que casi el 100 % de los pacientes con AT cumplen ambos aspectos, el 66,6 % y el 71,4 % de los no adheridos se comportan de igual manera.

**Tabla 1.** Cumplimiento de la medicación y su asociación con el nivel de adherencia terapéutica (AP) en pacientes con dislipoproteinemias (DLP)

Cumple el horario de medicación	Adheridos		No adheridos	
	n= 35	%	n= 42	%
Siempre	35	100,0	28	66,6
Casi siempre	0	,0	10	23,8
A veces	0	,0	2	4,8
Casi nunca	0	,0	0	,0
Nunca	0	,0	2	4,8
Total	35	100,0	42	100,0
p= 0,001				
Cumple la dosis indicada	Adheridos		No adheridos	
	n= 35	%	n= 42	%
Siempre	34	97,9	30	71,4
Casi siempre	1	2,1	3	7,1
A veces	0	,0	7	16,7
Casi nunca	0	,0	1	2,4
Nunca	0	,0	1	2,4
Total	35	100,0	42	100,0
p= 0,012				

El cumplimiento estricto de las modificaciones en la dieta (siempre y casi siempre), fue reportado por el 94,6 % de los pacientes con adherencia, aspecto que solamente ocurrió en el 65,2 % de los no adheridos (tabla 2).

**Tabla 2.** Cumplimiento de la dieta y su asociación con el nivel de adherencia en pacientes con dislipoproteinemias (DLP)

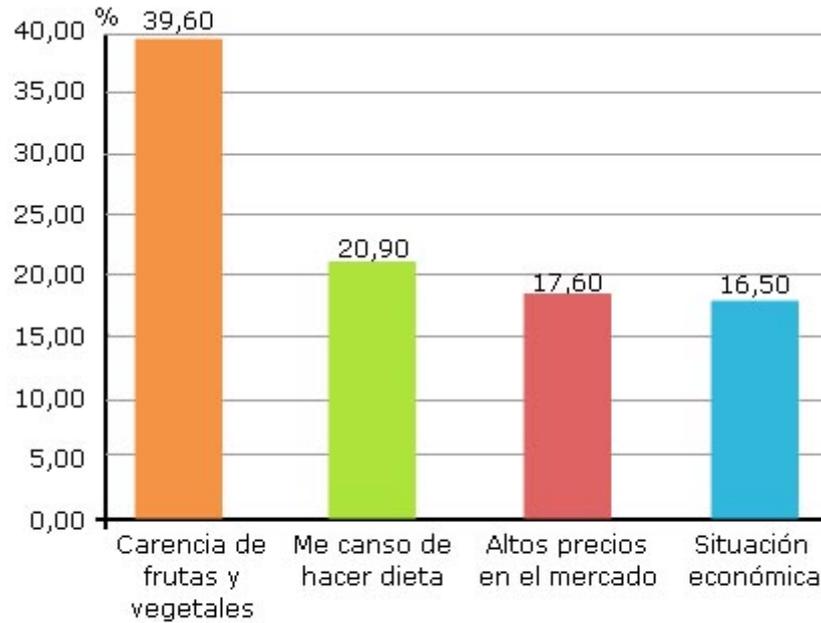
Cumple con la dieta indicada	Adheridos		No adheridos	
	n= 37	%	n= 54	%
Siempre	7	18,9	4	7,4
Casi siempre	28	75,7	31	57,4
A veces	2	5,4	14	25,9
Casi nunca	0	,0	3	5,6
Nunca	0	,0	2	3,7
Total	37	100,0	54	100,0
p= 0,016				

La práctica sistemática (siempre y casi siempre) de ejercicios físicos se reportó por el 67,6 % de los pacientes con adhesión, y en el 44,5 % de aquellos sin AT (tabla 3).

**Tabla 3.** Actividad física según adherencia terapéutica (AT) en pacientes con dislipoproteinemias (DLP)

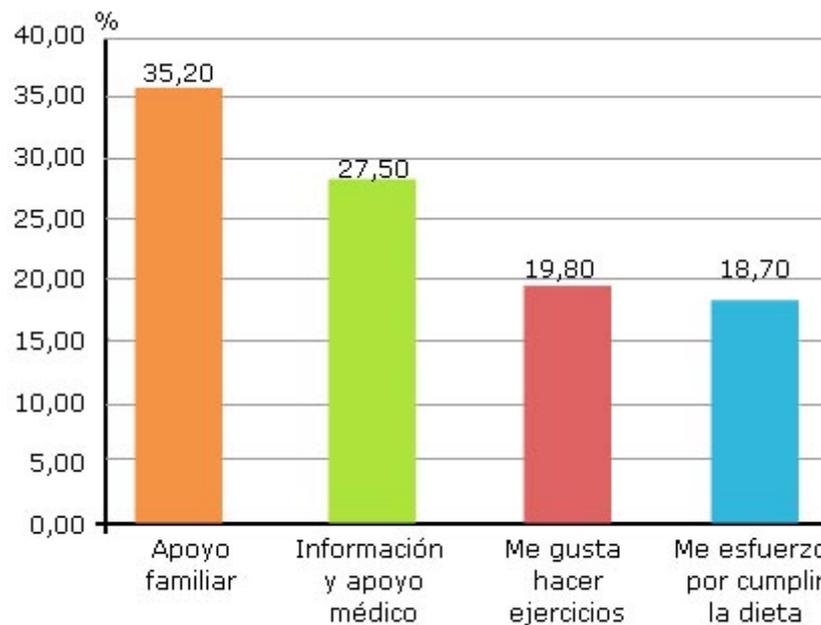
Realiza los ejercicios físicos indicados	Adheridos		No adheridos	
	n= 37	%	n= 54	%
Siempre	10	27,0	8	14,8
Casi siempre	15	40,6	16	29,7
A veces	10	27,0	14	25,9
Casi nunca	1	2,7	10	18,5
Nunca	1	2,7	14	11,1
Total	37	100,0	54	100,0
p= 0,065				

Entre los factores considerados por los participantes en el estudio, que obstaculizan la AT, sobresalen la carencia de frutas y vegetales en el mercado (39,60 %), el abandono de la dieta por aburrimiento y la predilección por comer alimentos no recomendados y en mayor cantidad que la indicada (20,90 %), seguidos por el alto precio de los alimentos (17,60 %) y la situación económica desfavorable que algunos refieren presentar (16,50 %) (figura 1).



**Fig. 1.** Factores que obstaculizan la adherencia terapéutica (AP) de pacientes con dislipoproteinemias (DLP).

Los reconocidos como favorecedores de la mejor adherencia resultaron ser el apoyo familiar (35,20 %), la información y ayuda brindada por el médico de asistencia (27,50 %) y otros derivados de la actitud del paciente ante la preferencia de realizar ejercicio físico (19,80 %) y el esfuerzo referido por cumplir la dieta (18,70 %) (figura 2).



**Fig. 2.** Factores favorecedores en la adherencia terapéutica (AT) de pacientes con dislipoproteinemias (DLP).

## DISCUSIÓN

En los estudios de AT se han utilizado diferentes métodos.<sup>2-4,18</sup> La falta de uniformidad al no existir un instrumento de referencia, es uno de los factores que influyen al analizar los resultados.<sup>2,4,18</sup> Además, la mayoría de los estudios utilizan el término AT como sinónimo de tratamiento médico o farmacológico,<sup>3,4,6,8,9</sup> de ahí que no se conozcan reportes suficientes que expresen el comportamiento de los pacientes frente a las indicaciones médicas de una manera más integral, tales como, su satisfacción personal, la consecución de sus expectativas, así como otros factores sociales, económicos o referidos a la enfermedad o al paciente.<sup>3,4,6,8,9</sup>

Los resultados mostrados en cuanto a adhesión en la presente investigación pudieran ser consecuencia del pobre apego a cada uno de los pilares de tratamiento que muestran los individuos estudiados. Los datos obtenidos en estudios similares para otras enfermedades crónicas no distan de los encontrados. *Camila Dosse* y otros,<sup>18</sup> en investigación realizada en 68 pacientes hipertensos de un ambulatorio en Sao Paulo, encontraron que el 61,76 % de ellos eran asiduos a las consultas, 86,76 % no presentaron adhesión al tratamiento medicamentoso y 85,29 % al tratamiento no medicamentoso.

Otros autores solo consideraron como esencial en su investigación al tratamiento farmacológico, que es el caso de *Noval* y otros,<sup>19</sup> quienes a través de un programa de control de la HTA en el municipio Plaza de la Revolución, en La Habana, donde el 6,7 % presentaba además DLP, reportaron que la adhesión y no adhesión compartían iguales niveles en los individuos estudiados.<sup>19</sup> *Raal* y otros,<sup>20</sup> en un estudio multicéntrico que agrupó a 2 996 pacientes bajo tratamiento para la hipercolesterolemia en South África, advirtieron que solo el 60,5 % tuvieron buena AT, pues después de 3 meses alcanzaron las metas de lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) establecidas por el *National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III* (NCEP ATP III, 2004) de los Estados Unidos. Sin embargo, en otras investigaciones se reporta lo contrario, como es el caso del estudio realizado en 234 trabajadores de la administración pública que padecían enfermedades crónicas atendidos en el Instituto de Seguridad Social de Madrid, en los que la adherencia total resultó ser del 86 %.<sup>21</sup> Situación similar fue reportada por *Zuart Alvarado* y otros en pacientes diabéticos mexicanos que usaban hipoglucemiantes orales, en los que la adherencia resultó ser del 80 %.<sup>22</sup> Igualmente, se obtuvieron resultados muy similares en un estudio realizado en el INEN, a pacientes con DM 2, en una muestra de 212 sujetos, en la que se comprobó AT en el 57 % de la población estudiada,<sup>12</sup> que correspondió, en su mayoría, al grupo de sujetos que tenían un tiempo de diagnóstico de la enfermedad mayor a 20 años. Al investigar en las particularidades de estos resultados, los sujetos refirieron tener el conocimiento suficiente sobre su enfermedad, y esto no constituía un problema para su vida diaria, precisamente por el hecho de haber ganado en calidad de vida, sentirse bien, lograr control metabólico y evitar la aparición de complicaciones.<sup>12</sup>

Resulta importante conocer el concepto de adherencia como fenómeno multidimensional, ya que en ella intervienen diferentes factores. A pesar que se debe considerar al portador de la enfermedad como el foco central del proceso, la ocurrencia de la adhesión no depende únicamente de él, y sí del conjunto de elementos constituyentes del proceso, o sea: portador de la enfermedad, profesional de la salud, sistema de salud, entre otros. El esfuerzo desarrollado por un elemento aislado no conducirá a buenos resultados, es necesaria la acción conjunta para que la AT sea alcanzada.

El tratamiento a personas con DLP incluye medidas no farmacológicas y farmacológicas. En este sentido, en nuestra serie, el cumplimiento de la

medicación, tanto del horario como de la dosis indicadas, alcanzaron significación estadística ( $p= 0,001$  y  $p= 0,012$  respectivamente) en los que se logró mejor AT, aspecto importante para lograr normalizar los niveles de colesterol y triglicéridos.

En la muestra estudiada hay un predominio de la DLP primaria, la cual requiere del uso de hipolipemiantes para su control, y pudiera explicar este resultado. Otro factor que incide en forma positiva son los escasos efectos adversos referidos por los usuarios de las drogas hipolipemiantes, así como las ventajas que se consiguen con la utilización de dosis únicas en la mayoría de ellos. Por otra parte, en el caso de aquellos sin AT, pudiera estar influyendo más que el cumplimiento en la ingestión del fármaco, otros elementos relacionados con los demás pilares del tratamiento.

Contrario a los anteriores estudios -y coincidiendo con nuestros resultados- se reportan los datos de la investigación de *Yamila La Rosa* y otros,<sup>23</sup> en la cual describen los factores asociados a la adherencia de pacientes con HTA en la atención primaria, que son los sujetos con mejor AT los de tratamiento medicamentoso (93 %).

En el tratamiento de las personas con DLP, la intervención no farmacológica (los cambios en el estilo de vida [dieta y ejercicios]) ayuda a alcanzar y/o mantener concentraciones normales de lípidos plasmáticos, pero requiere de educación y adaptación individual. Las metas nutricionales deben ser personales y determinadas después de realizar una evaluación de sus necesidades, los hábitos alimentarios, el nivel escolar y otros parámetros psicosociales de cada paciente. También deben tenerse en cuenta la presencia o no de otras enfermedades asociadas (HTA, obesidad, DM, cardiopatías, y otras).<sup>1</sup>

En el presente estudio los datos evidencian la relación que existe entre el cumplimiento de la dieta y los resultados de cumplimiento ( $p= 0,016$ ). La casi totalidad de los sujetos evaden este pilar del tratamiento, lo manifiestan según sus diferentes formas de apreciación, y solo un pequeño por ciento de los que no logran AT pudieran estar relacionados con el incumplimiento de la medicación y/o la práctica de ejercicios.

No seguir una dieta saludable la mayoría de las veces, se corresponde con una conducta de salud inadecuada. Por otra parte, resulta muy difícil en ocasiones el ajuste dietético, debido a varias razones, tales como, las preferencias y los precios en el mercado. No obstante, es importante tener acceso a una dieta balanceada, en la que predominen los nutrientes ricos en vitaminas y minerales, los que, al parecer, pudieran no estar en la disponibilidad suficiente en los mercados, ni con precios asequibles para toda la población.<sup>12</sup>

Como ya se ha explicado, pocos son los trabajos que se refieren al conocimiento de la adhesión mediada por el tratamiento no farmacológico. En una investigación realizada en 234 trabajadores de la administración pública que padecían enfermedades crónicas atendidas en el Instituto de Seguridad Social de Madrid, se evidenció que, a pesar de tener una pobre adhesión del 16 %, de estos, el 49 % incumplían con la dieta,<sup>21</sup> lo que se corresponde con nuestros resultados.

En lo referente a la actividad física, la práctica sistemática de ejercicio resultó ser el pilar de tratamiento con menos apego, con  $p= 0,065$  (cercana a la significación), lo que pudiera estar relacionado con varios factores que, aunque en su mayoría no justifican el incumplimiento, creemos se presentan como causa, entre los cuales se destacan la escasa prioridad que se le concede, el horario de trabajo,<sup>12</sup> y la presencia de otras enfermedades osteomioarticulares y DM, esta última presente en pacientes que, en

ocasiones, no logran el control metabólico, y ello impide la consecución de esta terapia. *Durán* y otros<sup>24</sup> encontraron como preferencia la práctica del ejercicio físico durante una hora, 2 o 3 veces por semana en el 44,5 % de los sujetos, y fue la caminata el ejercicio más frecuente realizado por ellos. Otros estudios a personas con enfermedades crónicas evidenció que, a pesar de tener una pobre adhesión del 16 %, dentro de estos, el 39 %, también incumplían este pilar del tratamiento.<sup>21</sup> Los resultados de una investigación realizada con 63 personas con DM 1 atendidas en el Servicio de Endocrinología de un hospital madrileño, informa que las variables fundamentales que determinan la AT son las relativas a la práctica de ejercicio físico y la relación establecida con el personal sanitario,<sup>12,25</sup> lo cual coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación.

En el instrumento aplicado se consideró necesaria la inclusión de preguntas abiertas que dieran la oportunidad al encuestado de manifestar todo lo que considerara estuviera influyendo en su AT.<sup>12</sup> Dentro de los factores que obstaculizan priman algunos relacionados con variables organizacionales, económicas y dependientes del proveedor de salud, que nos comprometen e incitan a divulgar, gestionar y negociar con las direcciones de salud y de gobierno, por la posición y el papel social que ocupa el profesional de la Medicina. En particular, los pacientes no adheridos, refirieron factores dependientes de la economía del paciente para costear la dieta y los medicamentos, irresponsabilidad individual para cumplir el tratamiento, así como aspectos relacionados con la disponibilidad del medicamento. Casi la totalidad no lo relaciona con la aparición de efectos adversos; sin embargo, algunas de estas respuestas fueron expresadas por pacientes que habían conseguido adherirse al tratamiento, pero que estiman que, en alguna medida, inciden o entorpecen el cumplimiento, pese a conocer y entender las orientaciones médicas. Una posible explicación es que las DLP cursan asintomáticas u oligoasintomáticas, por lo que el sujeto enfermo no tiene percepción de riesgo.

También aparecen otros estrechamente vinculados con el individuo y su relación con la enfermedad, que sí de manera directa hablan de cuánto falta por lograr con nuestros pacientes, y obliga a trazar estrategias para mejorar la atención en las enfermedades crónicas. La mayoría de los pacientes encuestados respondieron que el tratamiento no es un impedimento para sentirse feliz, y que vale la pena cumplir con el tratamiento para evitar las complicaciones, lo cual se relaciona con los que presentaron AT. Sin embargo, resulta contradictorio el hecho que no siempre se cumplen las orientaciones, lo que se atribuye a que las DLP cursan con frecuencia asintomáticas.<sup>2,9,20</sup>

*Martín* y otros<sup>23</sup> estudiaron 8 grupos nominales de pacientes hipertensos en 3 municipios del país, y encontraron entre los pacientes no adheridos factores causales dependientes de la economía del paciente para costear la dieta,<sup>12,23</sup> irresponsabilidad individual para cumplir el tratamiento, la inestabilidad y deficiente relación con el médico tratante, así como aspectos relacionados con la disponibilidad del medicamento y la aparición de efectos adversos.<sup>10,26</sup> Evidentemente existen similitudes y diferencias entre los aspectos señalados por los pacientes hipertensos y los pacientes con DLP, además de que en la investigación algunas respuestas también fueron emitidas por pacientes que habían conseguido adherirse al tratamiento, pero que estiman que, en alguna medida, existen factores que inciden o entorpecen el cumplimiento.

En una investigación realizada con pacientes diabéticos del municipio Sagua la Grande, Villa Clara, en la que se identificó que la mayoría no estaban adheridos al tratamiento, los factores intervinientes resultaron ser la depresión, el inadecuado apoyo social y familiar, así como los conflictos en la esfera personal y familiar relacionados con las limitaciones que ocasiona la enfermedad.<sup>27</sup> De manera diferente se comportaron los resultados de otro estudio con pacientes hipertensos en el municipio Cruces, Cienfuegos, donde los factores que obstaculizan fueron la ocupación, los efectos indeseables de los medicamentos y la insuficiente satisfacción con la atención médica recibida.<sup>28</sup> En ninguna de estas investigaciones los resultados son similares a los encontrados en nuestro estudio.

En cuanto a los elementos favorecedores, el predominio del suficiente apoyo familiar, así como la adecuada relación médico paciente declarada por la mayoría de los encuestados, es un ejemplo de cuánto se puede lograr sin que medien carencias económicas. Otros derivados de la aceptación y conducta ante la enfermedad son los que juegan el papel fundamental en la adhesión. En el mismo estudio en hipertensos, referido anteriormente, los adheridos también atribuyeron sus logros a la disponibilidad de los medicamentos, la estrecha relación con su médico, el apoyo familiar y la garantía de asistencia médica cuando la necesitan,<sup>10,12,28</sup> que coincide en gran medida con el estudio en DLP.

Resulta necesario destacar que, a pesar de los esfuerzos para aumentar el uso de la medicación hipolipemiante, unido al hecho de que su incumplimiento es frecuente, los ensayos controlados en esta área son muy limitados en número y en calidad.<sup>22-29</sup> La AT es fundamental para controlar las DLP, y constituye una herramienta de incuestionable valor en la calidad de vida de estas personas, al evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares.

En la investigación realizada se evidenció que la mayoría de los pacientes con DLP no presentaron AT, y fue una observación común el incumplimiento de la dieta y de la práctica de ejercicios. El cumplimiento del horario y de la dosis del medicamento prescrita se asoció con la mejor adhesión. La identificación de factores intervinientes relacionados con variables organizacionales, como la disponibilidad de algunos alimentos y sus precios, y otras derivadas de la conducta del paciente como el abandono de la dieta, demuestra su relación con el fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos. Desde otra arista se comportaron los factores referidos como favorecedores, entre los que cobraron la mayor importancia el apoyo familiar y la información y atención brindada por el personal médico de asistencia, sin restarle valor a la conducta mantenida por los pacientes adheridos, cuyo esfuerzo por el cumplimiento de las prescripciones se perfilan como estrategias capaces de mejorar la AT.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Primer Consenso Nacional de Dislipoproteinemias: Guía para la prevención, detección y tratamiento. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2006 [citado 21 de marzo de 2012]; 17(suplemento especial). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17\\_4\\_06/endsu406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_4_06/endsu406.htm)
2. Lípidos y riesgos de enfermedad cardiovascular. Guía práctica para el control de enfermedades metabólicas [homepage en Internet] [citado 16 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.medicentro.com.co/metodo-star/STAR-101/A2-Hiperlipidemias/A2-Hiperlipidemias.htm>
3. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2008; 117: 25-146.
4. Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM. Adherence in chronic disease. Ann Rev Nursing Res. 2000; 18: 48-90.
5. Thavendiranathan P, Bagai A, Brookhart MA, Choudhry NK. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med. 2006; 166: 2307-13.

6. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS [homepage en Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [citado 16 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencialargo-plazo.pdf> .
7. Lluch Canut MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Rev Presencia*. 2006; 2(3): 2-5.
8. Meléndez Hernández E, Grau Ábalo J. La adherencia terapéutica en la psicología de la salud. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro de Ciencias de la Salud; 2005. p. 33-84.
9. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006 jul-sep; 32(3): 1-7.
10. Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, La Rosa matos Y, Orbay Araña MC, Rodríguez Amaya J. Autores Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2007; 33(3): 2-19.
11. Kettani F, Dragomir A, Côté R, Roy L, Bérard A, Blais L, et al. Impact of a Better Adherence to Antihypertensive Agents on Cerebrovascular Disease for Primary Prevention. *Stroke*. 2009; 40: 213-20.
12. Mendoza Trujillo M. Adherencia terapéutica y factores asociados en personas con DM tipo 2 [tesis]. INEN; 2007.
13. Salvador Manzano M, Ayesta Ayesta FJ. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Rev Intervención psicosocial*. Madrid. 2009; 18(3): 2-5.
14. Bonilla CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Av Enfermer*. 2007; 1: 46-55.
15. Dilla T, Valladares A, Lisan L, Sacristan JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Rev Atención Primaria*. Madrid. 2009; 41(6): 342-8.
16. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*. 2007; 135: 647-52.
17. Martín Alfonso M, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008; 34(1): 1-10.
18. Dosse C, Bernardi C, Vilela JF, Andrade MC. Factores asociados a la no adhesión de los pacientes al tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Latino-Am Enfermagen*. 2009; 17(2): 1-7.
19. De la Noval García R, Armas Rojas NB, Dueñas Herrera A, Acosta González M, Pagola Leyva J, Cáceres Loriga F. Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005; 21(5-6): 1-8.
20. Raal F, Schamroth C, Blom D, Marx J, Rajput M, Haus M, et al. CEPHEUS SA: a South African survey on the undertreatment of hypercholesterolaemia. *Cardiovasc J Afr*. 2011; 22(5): 234-40.

21. Pozo Muñoz C, Alonso Morillejo E, Martos Méndez MJ, Salvador Ferrer CM, Martínez Casado MJ. Adherencia al tratamiento en trabajadores de la Administración Pública: factores relacionados con la salud y el bienestar. *Med segur trab.* 2009;55(215):2-7.
22. Dailey G, Kim MS, Lian JF. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clin Ther.* 2001 Aug;23(8):1311-20.
23. La Rosa Matos Y, Martín Alfonso L, Bayarre Veá H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007;23(1):3-7.
24. Durán BR, Virela MC, Rivera-Chavira B, Franco Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de DM tipo 2. *Rev Salud Pública Mex.* 2001;43(3):4-9.
25. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [homepage en Internet] 5th ed. Belgium; 2011 [citado 21 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
26. Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga F, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública.* 2007;33(3):1-4.
27. Díaz Águila HR, Veliz Sánchez M, Sosa Robaina L, Moya González M, Aguir Mota CM. Factores psicosociales que influyen en la no adherencia en pacientes con diabetes mellitus. *Interpsiquis*, 2012 [homepage en Internet] 13 Congreso virtual de Psiquiatría; 2012 [citado 21 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5075>
28. Corugedo Rodríguez MC, Martín Alfonso L, Bayarre Veá H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011;27(4):2-5.
29. Schedlbauer A, Schroeder K, Peters TJ, Fahey T. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación hipolipemiente (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [citado 16 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.update-software.com>

Recibido: 4 de abril de 2013.

Aprobado: 3 de julio de 2013.

*Ileydis Iglesias Marichal*. Instituto Nacional de Endocrinología. Calle Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [ileydis@infomed.sld.cu](mailto:ileydis@infomed.sld.cu)