

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS: UNA REVISIÓN CRÍTICA ORIENTADA A LAS CAUSAS DE
NATURALEZA ADMINISTRATIVA**

LILIANA MARIA ZABALA RODRIGUEZ



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACION SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2011**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS: UNA REVISIÓN CRÍTICA ORIENTADA A LAS CAUSAS DE
NATURALEZA ADMINISTRATIVA**

LILIANA MARIA ZABALA RODRIGUEZ

**Trabajo de Grado para optar el título de Especialista en Administración
de Servicios de Salud**

**Directora
MYRIAM RUIZ RODRIGUEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACION SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2011**

AGRADECIMIENTOS

*A la **Dra. Myriam Ruiz Rodríguez**, directora de esta monografía por su gran apoyo y valiosa orientación en la elaboración de este trabajo.*

*A la **Dra. Mary Lupe Angulo Silva**, por su empeño y constancia para culminar en el tiempo estipulado.*

A cada uno de los docentes por su conocimiento y compañía durante la especialización de administración de servicios de salud.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	13
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	20
4. MARCO TEÓRICO.....	21
5. RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES.....	80
BIBLIOGRAFIA.....	82
ANEXOS.....	100

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<u>Figura 1. Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Colombia/Santander 1990 - 2003</u>	<u>26</u>
<u>Figura 2. Tasa de mortalidad por diabetes, según grupos de edad, Santander 2003</u>	<u>33</u>
<u>Figura 3. Factores asociados a la adherencia terapéutica</u>	<u>50</u>
<u>Figura 4. Educación al Paciente</u>	<u>51</u>
<u>Figura 5. Países Educación al Paciente</u>	<u>53</u>
<u>Figura 6. Programa de riesgos</u>	<u>54</u>
<u>Figura 7. Relación médico-paciente</u>	<u>56</u>
<u>Figura 8. Diagrama de Causa – Efecto (Espina de pescado) de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con HTA y DM</u>	<u>79</u>

LISTA DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla 1. Características de los artículos</u>	<u>49</u>
<u>Tabla 2. Relación de los factores administrativos</u>	<u>50</u>

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<u>Anexo 1. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas: una revisión crítica orientada a las causas de naturaleza administrativa</u>	<u>101</u>

RESUMEN

TITULO: Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas: una revisión crítica orientada a las causas de naturaleza administrativa*

AUTOR: Liliana María Zabala Rodríguez**

PALABRAS CLAVES:

Adherencia terapéutica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, factores administrativos.

DESCRIPCIÓN:

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

Los factores asociados de manera positiva en la adherencia de naturaleza administrativa entre los que se destacan: Educación al paciente 34,6%; implementación del programa de Riesgo Cardiovascular 19.3%; relación médico – paciente 15,5%.

Los factores de tipo administrativo son controlables desde la gerencia de las instituciones de salud y si se lograra un adecuado seguimiento y continuidad en el paciente frente a estos factores se lograría impacto favorable en la adherencia terapéutica frente a enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus que generan un gran costo económico y social en el sistema de salud.

Por todo lo anterior se requiere que desde la gestión administrativa de cada una de las instituciones de servicios de salud haya la disposición para abordar estos factores que son propios de la administración y que generan un gran beneficio en comparación a los costos. Se debe invertir en educar al paciente sobre la enfermedad, en hacer seguimiento continuo de los pacientes con enfermedades crónicas por medio de programas de prevención secundaria de Riesgo cardiovascular y en escoger al personal idóneo con calidad y calidez en la atención de las personas que presentan estos diagnósticos.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Directora: Dra. Myriam Ruiz Rodríguez.

SUMMARY

TITLE: therapeutic Adherence in patients with chronic diseases: a critical review orientated to the reasons of administrative nature*

AUTHOR: Liliana Maria Zabala Rodríguez**

KEY WORDS:

Therapeutic adherence, arterial hypertension, diabetes mellitus, administrative factors.

DESCRIPTION:

The deficient adherence to the long-term treatments holds seriously the efficiency of the treatment, so that it is a fundamental topic for the health of the population from the perspective of the quality of life and of the health economics.

The associate factors of a positive way in the adherence of administrative nature between those who are outlined: Education to the patient 34,6 %; implementation of the program of Cardiovascular Risk 19.3 %; relation medical - patient 15,5 %.

The factors of administrative type are controllable from the management of the institutions of health and if a suitable follow-up was achieved and continuity in the patient opposite to these factors would achieve favorable impact in the therapeutic adherence opposite to chronic diseases as the Arterial Hypertension and the Diabetes Mellitus that generate a great economic and social cost in the system of health.

By everything previous there is needed that from the administrative management of each one of the institutions of services of health there is the disposition to approach these factors that are own of the administration and that generate a great benefit in comparison to the costs. It is necessary to invest in educating the patient on the disease, in doing constant follow-up of the patients with chronic diseases by means of programs of secondary prevention of cardiovascular Risk and in choosing to the suitable personnel with quality and warmth in the attention of the persons that you present these diagnoses.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Directora: Dra. Myriam Ruiz Rodríguez.

INTRODUCCIÓN

La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas se ha convertido en un tema inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, han cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. Las enfermedades crónicas una vez establecidas, permanecen por largo tiempo y si no se logra un adecuado control de las mismas, se generan complicaciones conduciendo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas frente a su enfermedad juega un papel importante en la evolución de la misma.

Ahora, el grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea¹. Actualmente, este tema tiene gran trascendencia, pues la falta de adherencia no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo pérdida del control de la enfermedad aumentando los índices de morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria y genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

¹ Arias, Y. La adherencia Terapéutica, experiencia médica. Magíster en Psicología de la salud. Revista Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5): 502-5. Alamar, municipio de la Habana del este, Cuba.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son enfermedades crónicas y la principal causa de muerte en todo el mundo. Afectan por igual a ambos sexos, y más de 80% se produce en países de ingresos bajos y medios. Además, se calcula que en 2015 morirán cerca de 20 millones de personas por ECV, sobre todo por Cardiopatías y Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC). Así mismo, las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 70% de las defunciones en la región de las Américas, y más de la mitad de la mortalidad prematura en menores de 70 años se atribuye a las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel cardiovascular^{2 3}.

Por esta razón, estas patologías han adquirido gran importancia en la atención primaria a nivel mundial, pues debido al incremento de su incidencia con el paso de tiempo, al diagnóstico tardío de la enfermedad y a la dificultad de lograr una adecuada adherencia al tratamiento, se desencadenan complicaciones y/o limitaciones irreversibles que a su vez generan un gran costo socio-económico en el sistema de salud y en la sociedad en general.

Por lo anterior, se hace necesario generar estrategias para disminuir y controlar la incidencia de muertes y complicaciones por enfermedad cardiovascular siempre y cuando tengan un enfoque multifactorial, entre las cuales están: Implementación del programa de Riesgo Cardiovascular para la detección temprana de complicaciones y rehabilitación de estas

² Resolución CSP26.R15. Organización mundial de la salud (OMS). 26° Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del comité Regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002.

³ Gómez RD, Nolasco A, Pereyra P, Arias S, Rodríguez FL, Aguirre DC. Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. Rev Panamá Salud Pública. 2009; 26(5):385–97.

enfermedades, actualización e implementación de guías de manejo clínico, e innovación de fármacos para estas patologías. Sin embargo, de nada sirve invertir tiempo y dinero en estas estrategias si las personas con estos diagnósticos de ECV no generan adherencia al tratamiento.

Anteriormente, se tenía la creencia que las enfermedades Cardiovasculares eran diagnosticadas solo en la población de adultos mayores, pero en la actualidad los riesgos de presentar este tipo de enfermedad en personas más jóvenes sigue en aumento. A pesar de que haya diagnóstico oportuno de la enfermedad, el principal problema radica en la deficiente adherencia terapéutica que tienen estas personas diagnosticadas; ya que, en la práctica los pacientes no siguen las indicaciones del tratamiento médico por razones diversas, lo cual conlleva a la presencia de complicaciones, discapacidad y muerte prematura.

La efectividad de los tratamientos de las enfermedades crónicas es un fenómeno complejo y ampliamente estudiado, que todavía está lejos de ser resuelto. Por ejemplo, se ha descrito que no más de 50% de los pacientes hipertensos mantienen el tratamiento indicado y, entre éstos, un tercio lo aplican incorrectamente impidiendo así que se produzca el efecto esperado⁴. Por lo tanto, el problema actual no radica en la eficacia ni en la disponibilidad de los medicamentos, lo que en general se ha logrado, sino más bien en la escasa adherencia a los tratamientos.

Para la obtención de mejores resultados en la adherencia terapéutica debe haber una participación conjunta de todos los protagonistas que pueden influir sobre la adherencia (gobierno, sistema de salud, profesionales de salud y pacientes). Existen otros factores a nivel socioeconómico y social que

⁴ Garzón, L. Las cinco dimensiones que influyen sobre la Adherencia Terapéutica. Fascículo 3. Laboratorio AstraZeneca. Colombia. 2007.

deben abordarse y que influyen directamente sobre la adherencia terapéutica, tales como: la pobreza, el analfabetismo, el acceso a la atención en salud y a los medicamentos, entre otros. Adicionalmente; el apoyo social ha demostrado su valor al mejorar la adherencia sobre todo en tratamientos crónicos y en la prevención de enfermedades⁵.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema de las ECV y la Diabetes, la tendencia de ir al alza, el efecto que la falta de adherencia tiene, no sólo sobre la magnitud, sino sobre los costos de atención, hace que, desde el campo de la administración en servicios de salud, se centre el interés en identificar, cuántos y cuáles de los factores involucrados en la falta de adherencia corresponden a factores administrativos, en los que están incluidos los de tipo organizacional y del lado de la demanda de los servicios de salud. Este tema es crucial, en virtud de que los pacientes con ECV tienen múltiples contactos con los servicios de salud y por ende demandan servicios a lo largo del tiempo.

Actualmente se conocen estudios y revisiones acerca de de la adherencia terapéutica vista como el grado de cumplimiento de una persona (ya sea tomar un medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en el estilo de vida) que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de salud. Sin embargo, se carece de estudios tipo metanálisis y de revisión de este tema en países de América Latina y el Caribe que puedan aportar información sobre adherencia analizando factores de tipo administrativo en las enfermedades cardiovasculares.

⁵ Sabaté E, Organización mundial de la salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra (Suiza) 2004. (Citado 14 junio 2007); (aprox. 202 p.). Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

Dadas las repercusiones que tienen las variables administrativas, de la persona y de la enfermedad frente a las ECV y la DM; su relación directa en la adherencia terapéutica y su impacto en sobre la calidad de vida, en el costo en Salud, se hace necesario abordarlas como un fenómeno multidimensional donde las intervenciones deben dirigirse a todos los estamentos involucrados, es decir; pacientes, prestadores de salud y sistemas de salud.

Finalmente, contar con esta información ayudará a los Gerentes y Equipos directivos de las empresas de salud a visualizar la magnitud del problema y a reflexionar sobre las medidas administrativas que pueden disminuir la presencia de estos factores.

2. JUSTIFICACIÓN

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (Factores de riesgo) y la prevención secundaria (Complicaciones) de los resultados de salud adversos.

Ahora, es importante conocer las ventajas que tiene la adherencia terapéutica en los pacientes, ya que aumenta la seguridad en ellos dado que la mayor parte de la atención necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el autocuidado del paciente que generalmente requiere: politerapias complejas, el empleo de tecnología médica para su control y cambios en el modo de vida del paciente; los pacientes se enfrentan con varios riesgos potencialmente letales si no son apoyados apropiadamente por el sistema de salud.

Por otra parte, los sistemas de salud deben progresar para afrontar nuevos retos. En los países desarrollados, el cambio epidemiológico en la carga de morbilidad, que ha pasado de las enfermedades agudas a las crónicas durante los últimos cincuenta años, ha determinado que los modelos de atención de los servicios de salud sean obsoletos para afrontar las necesidades de la población.

Finalmente, la adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores; la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias

barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores. Es por ello que el presente trabajo busca analizar las causas de tipo administrativo que influyen en la adherencia terapéutica y dar información a los administradores de servicios de salud sobre cómo enfrentar la no adherencia, realizar acciones a nivel administrativo para disminuir y controlar la presencia de estos factores.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión sistemática acerca de los factores asociados a la adherencia terapéutica en personas con diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, en artículos publicados en la base de datos de: OMS, Pubmed, Lilacs y Scielo desde el período de 1998 – 2011 con el fin de establecer sus implicaciones desde la gerencia de servicios de salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la frecuencia de los factores administrativos, de la persona y de la enfermedad en artículos publicados en las bases de datos de la OMS, Pubmed, Lilacs y Scielo.
- Diferenciar los factores asociados a la adherencia terapéutica en: Administrativos, de la Enfermedad y de la persona.
- Analizar los factores administrativos que influyen en la adherencia terapéutica en personas con diagnósticos de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus
- Discutir a la luz de los principios administrativos y de la gestión de servicios, cómo estos factores afectan la continuidad e integralidad de los programas de atención de las enfermedades en mención.
- Distinguir las implicaciones de los factores de tipo administrativo en la gestión de servicios de salud y formular alternativas de mejora para disminuir los principales factores de carácter administrativo asociados a la falta de adherencia terapéutica.

4. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta monografía está distribuido en dos grandes partes; la *primera*, Epidemiología de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus como enfermedades de salud pública; la *segunda*, Adherencia terapéutica su definición, medición y cuáles son sus factores asociados.

Epidemiología de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

La Organización mundial de la Salud (OMS) define a las Enfermedades Crónicas (EC) como aquellas con una o varias de las siguientes características: “son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención”⁵.

Entre las EC destacan las Cardiopatías, los Accidentes Cerebrovasculares, el Cáncer, las Enfermedades Respiratorias Crónicas y la Diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad⁶. Así mismo, estas enfermedades son consideradas un problema con graves repercusiones, pues tiene efectos en la calidad de vida de los individuos afectados, son causa de muertes prematuras y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Las enfermedades crónicas tienen por causa factores de riesgos comunes y

⁶ Resolución CSP26.R15. Organización mundial de la salud (OMS). 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del comité Regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002.

modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan: Una alimentación poco sana; la inactividad física y el consumo de tabaco. Según la OMS, en promedio cada año en el mundo⁷:

- 4,9 millones de personas mueren de enfermedades producidas por el tabaco.
- 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad.
- 4,4 millones de personas mueren como resultado de unos niveles de colesterol total elevados.
- 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas⁸.

Es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas mayores de 30 años, por lo

⁷ Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Organización mundial de la salud. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html

⁸ Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá, Colombia Mayo 2007. Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co

general asintomática, que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos. En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil⁸. En la actualidad, según el 7° reporte de la Joint National Committee⁹, existen dos tipos de HTA:

- *HTA primaria, esencial o idiopática*: sin una causa clara, son 90 a 95% de los pacientes hipertensos. Se han descrito diversos factores asociados: genéticos, estilo de vida (sobrepeso u obesidad, ocupación, ingesta de alcohol, exceso de consumo de sal, sedentarismo), estrés ambiental e hiperactividad del sistema simpático.
- *HTA secundaria*: con una alteración orgánica o un defecto genético identificable, se presenta aproximadamente en 5% de los casos. La historia clínica (examen físico y anamnesis) y los laboratorios pueden identificarla. Se debe sospechar hipertensión secundaria en pacientes que presentan hipertensión antes de los 20 años o después de los 50 a 55 años o aquellos casos refractarios a la terapia farmacológica adecuada.

Es importante describir las complicaciones agudas de un inadecuado control de la HTA, tales como son las crisis hipertensivas que comprenden una gran variedad de situaciones en las cuales se presenta una elevación significativa de las cifras de tensión arterial^{10 11}

⁹ Verdecchia, P y Angeli F. Séptimo informe del *Joint National Committee* para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev. Esp. Cardiología 2003;56(9):843-7. Disponible en: www.revespcardiol.org

¹⁰ Idem, p. 22

¹¹ Idem p. 23

- *Emergencia hipertensiva:* Predomina un estrés vascular intenso con daño estructural y consecuencias inmediatas en el sistema nervioso central, en la circulación coronaria, renal y periférica. Tales consecuencias tienen como manifestación clínica el compromiso de órgano blanco, generalmente con cifras de presión arterial diastólicas (PAD) por encima de 120 mmHg. El objetivo terapéutico es controlar las cifras de presión arterial de manera inmediata. Usualmente es necesario utilizar drogas intravenosas y monitorizar a los pacientes de manera continua.
- *Urgencia hipertensiva:* Se caracteriza por presiones arteriales muy por encima del valor normal pero con adaptaciones estructurales y cardiopatía severa, lo que se traduce en un endurecimiento arterial generalizado que no cursa con daño de órgano blanco agudo clínicamente detectable. En este grupo de pacientes el objetivo es controlar las cifras de presión arterial en términos de horas, usualmente con medicamentos orales y sin monitoreo continuo.

Los estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados a la enfermedad cardiovascular total que incluye: enfermedad cerebro vascular (ECV), enfermedad coronaria (EC), enfermedad arteriosclerótica (EA) y enfermedad renal, siendo la HTA el factor de riesgo más importante para el desarrollo de estas. Esta enfermedad afecta alrededor de 20% de la población adulta en la mayoría de los países, generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones en población adulta. La HTA afecta a cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente un billón en el mundo⁸.

La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular y, a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta inadecuada, elevación de lípidos sanguíneos,

obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo).

La detección y el control de la HTA implican un enfoque multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en el fácil acceso de la población a la atención del equipo de salud para la búsqueda de HTA y factores de riesgo asociados, con el fin de realizar una intervención de cambios en el estilo de vida (terapia no farmacológica) y farmacológica.

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reportó alrededor de 26% de las defunciones totales para el año 2001, cuyas principales causas fueron: enfermedad hipertensiva, isquemia coronaria, falla cardiaca (ICC) y ECV¹².

El Ministerio de la Protección social y el Instituto Nacional de Salud presentaron, en el año 2002, los indicadores de morbilidad y mortalidad en la población Colombiana. Las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar de mortalidad en mayores de 65 años (tasa de 242.6 por 100.000 habitantes)¹³. Según reportes de la Secretaria Distrital de Bogota, en el periodo 1998-1999, predominaron las patologías de origen isquémico, cardiocerebrovascular, pulmonar obstructivo crónico e hipertensivo¹⁴. Para 1999, la tasa de mortalidad de esta última fue de 1.74 por 10.000 habitantes; los hombres presentaron mayor riesgo de mortalidad por enfermedad

¹² www.dane.gov.co

¹³ Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud. *Situación de Salud en Colombia*. Indicadores Básicos. 2002.

¹⁴ Secretaria Distrital de Salud D.C. Dirección de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. Lineamientos de Política Pública de Prevención de las Enfermedades Crónicas en Bogotá D. C. 1a edición. Mayo 2002: 76.

isquémica y las mujeres por enfermedades hipertensivas y diabetes.

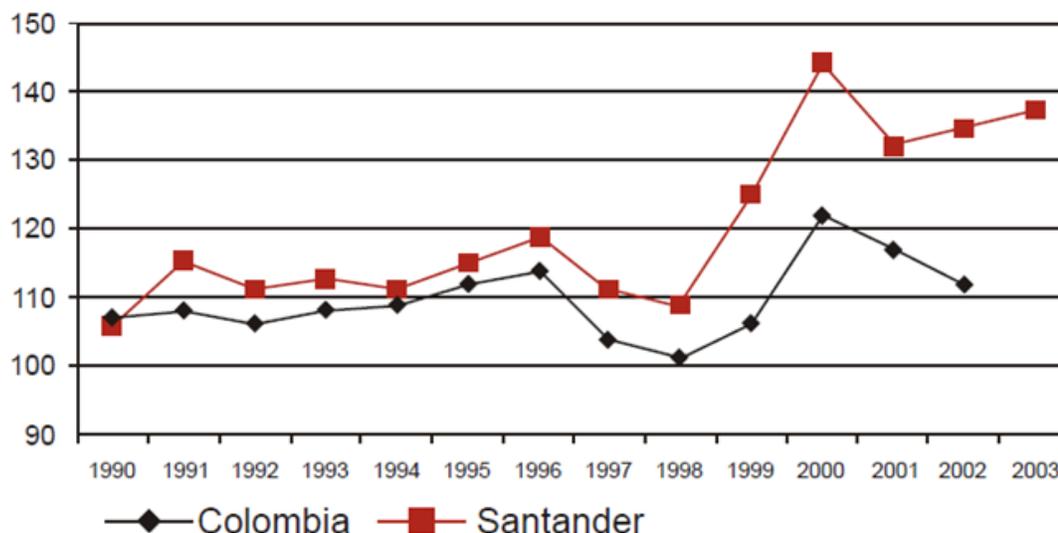
En Colombia, según la encuesta nacional de salud pública (ENSP) en Santander para el año 2007, la población de 18 a 69 años¹⁵:

- El 9,2% de la población de ese grupo de edad y que reside en el departamento refirió haber tenido diagnóstico médico de hipertensión arterial alguna vez (11,5% promedio nacional).
- El 6,7% de la población de ese grupo de edad y que reside en el departamento refirió haber sido diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas (8,8% promedio nacional).

Así mismo, en la figura 1 se muestra la tasa por enfermedades cardiovasculares en Santander para los años 1990 a 2003, donde se observa que para el año 1999 se incremento la mortalidad por estas causas; para el año 2000 hubo una pico de la mortalidad aproximadamente 145 por 100.000 habitantes, cifra que supera el promedio nacional notoriamente; después del de este año la tendencia de la mortalidad en el departamento al igual que en el país en general fue descendiendo hasta el año 2001, sin embargo; desde el año 2002 la cifra de mortalidad por causas cardiovasculares baja la del departamento suele incrementarse.

¹⁵ Republica de Colombia. Ministerio de la protección social. Encuesta Nacional de salud Pública. Resultados por departamento: Santander 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/Santander.pdf>

Figura N° 1. Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Colombia/Santander 1990 - 2003



Fuente: González N, de la Hoz F. Inf Quinc Epidemiol Nac 2002;7:209-36; OPS. Indicadores básicos para Colombia y Santander 2003. OSPS base de datos DANE preliminar.

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que requiere asistencia médica continua, una educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento, con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención y cuidado del diabético es complejo y requiere del abordaje de variados aspectos sumados al control de la glucemia.

En el momento del diagnóstico se produce un impacto personal y familiar, requiriendo un manejo constante e individual por parte de un grupo interdisciplinario con experiencia. La persona afectada y su familia son el pilar del tratamiento que tiene como fin lograr una estabilidad metabólica que retarde la aparición de complicaciones, disminuya el número de hospitalizaciones, el ausentismo y/o la deserción escolar, permitiendo llevar una adecuada calidad de vida.

De acuerdo con la OMS, la DM es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo⁸. En términos globales, en 1995 la población de diabéticos adultos en el mundo era de 135 millones y se incrementará a 300 millones en el año 2025, con un aumento de 120%, del cual los países desarrollados aportarán 40% y los países en vías de desarrollo 170%, de manera que 80% de los diabéticos del mundo vivirán en países en vías de desarrollo en el primer cuarto del siglo veintiuno¹⁶.

Según la Federación Internacional de la Diabetes (IDF), es probable que para 2030 esta cantidad aumente a más del doble y en los países en vía de desarrollo el número de personas con diabetes aumentará 150% en los próximos 25 años¹⁴. La Diabetes Mellitus representa el mayor problema de salud pública en América y hay evidencia que la prevalencia está en incremento; estos resultados son consecuencia de cambios culturales que pueden estar ocurriendo, la disminución de la actividad física y la transición a la ingesta de dieta hipercalórica en Latinoamérica.

En particular, al comparar la prevalencia de 2003 a 2005 en los países suramericanos se encuentra un aumento en la población de 20 a 79 años; por ejemplo, en Colombia durante este período pasó de 4,3 a 5,8%¹⁷. De otra parte, de acuerdo con la nueva evidencia, el Finnish Diabetes Prevention Study, estableció que más de la mitad de los casos de diabetes pueden ser prevenidos en población de alto riesgo, así los programas de prevención y control son potencialmente costo efectivo y, por tanto, su implementación es

¹⁶ Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la diabetes Mellitus no insulino dependiente. ALAD-IDF, Ediciones Mayo Argentina. 2000.

¹⁷ Bottazzo GF. On the honey disease. *Diabetes* 1993; 42: 778-800. Christi MR, Tun RY, et al. Antibodies to GAD and tryptic fragments of islet 64 K antigen as distinct markers for development of IDDM. *Studies with identical twins. Diabetes* 1992; 41: 782-787.

prioritaria^{18 19 20}. Sin embargo, 30 a 50% de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no consultan en forma temprana, porque no presentan síntomas evidentes y sólo son diagnosticadas cuando ya presentan complicaciones vasculares^{21 22}.

La DM por su naturaleza crónica, la severidad de las complicaciones y los medios que se requieren para su control, se constituye en el momento en una enfermedad altamente costosa. La evidencia acumulada en años recientes demuestra que el diagnóstico temprano y el buen control de la diabetes reduce la progresión de complicaciones crónicas de la enfermedad como la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía, sumadas a la enfermedad coronaria, la dislipidemia y la enfermedad vascular periférica, las cuales influyen en la morbilidad y mortalidad prematuras que presentan estos pacientes.

La IDF afirma que, en el contexto mundial, cada año 3.2 millones de muertes son atribuidas a la diabetes, lo cual representa una de cada 20 muertes, 8.700 muertes cada día, seis muertes cada minuto, y por lo menos, una de cada diez muertes en adultos de 35 a 64 años de edad. En los países desarrollados, la mayoría de las personas con diabetes se encuentra por

¹⁸ Declaración de Cancún del Grupo de Estudio Latinoamericano sobre Diabetes en el Niño y el Adolescente 1997 (GELADNA). Referencia incompleta, año? Referencia web <http://www.ispad.org/cancun.htm>.

¹⁹ Goldstein DE, Little RR, Wiedmeyer M. Glicated haemoglobin estimation in the 1990s: a review of assay methods and clinical interpretation.

²⁰ Bodansky HJ, Wolf E, et al. Genetic and immunologic factors in microvascular disease in type 1 insuline dependent diabetes. *Diabetes*, 1982, 31, 70-74

²¹ Tournant F, Heurtier A, Bosquet F et Grimaldi A. Classification du diabète sucré. Critères diagnostiques et dépistage.

²² López MJ, Oyarzabal, M, Rodríguez Rigual M. Tratamiento de la diabetes mellitus en la infancia y la adolescencia. *Tratado de endocrinología pediátrica*. 3º edic. 2002; 65: 1131-1149.

encima de la edad de jubilación, mientras que en los países en vía de desarrollo, los afectados con más frecuencia son las personas entre los 35 y los 64 años. La situación es preocupante si se tiene en cuenta que su frecuencia se ha venido aumentando, debido no solo al crecimiento y al envejecimiento de la población sino a la tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad y la adopción de hábitos alimenticios poco saludables y estilos de vida sedentarios²³.

En Latinoamérica y el Caribe, la mayoría de países no tienen información epidemiológica, así pues, la información es limitada. En Costa Rica, en 1988, se encontró una prevalencia de 2,8% en la población general y 9,4% en los mayores de 40 años. Al ajustar la prevalencia para la edad entre 35 y 64 años se encontró la prevalencia más alta en Jamaica (15,6%); México, Trinidad y Tobago y Bolivia presentaron una prevalencia de 10%; en el resto de los países la prevalencia fue moderada: de 3 a 10%¹⁴. En particular, en Bolivia se encontró una prevalencia global de la diabetes en cuatro áreas urbanas de 7,2% y alteración de la tolerancia a la glucosa de 7,8% lo cual indica que la prevalencia de la diabetes seguirá aumentando en este país en el futuro cercano, a no ser que se pongan en práctica estrategias preventivas²⁴.

En Colombia, la DM se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad, de egresos hospitalarios y de consulta externa en personas mayores de 45 años. El estudio de Ashner y colaboradores²⁵ de 1993 reportó

²³ Schmidt, MI, et al., The dawn phenomenon, an early morning glucose rise: implications for diabetic intraday blood glucose variation. *Diabetes Care*, 1981. 4 (6): 579-85.

²⁴ Slama, G. and G. Tchobroutsky, [Human insulin: therapeutic progress?]. *Ann Med Interne (Paris)*, 1985. 136 (2): 89-90.

²⁵ Boord, JB, et al., Practical management of diabetes in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001. 164(10 Pt 1): 1763-7.

una prevalencia de 7% en ambos sexos para la población de 30 a 64 años. La Asociación Colombiana de diabetes ha estimado que 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene diabetes tipo 2 y alrededor de 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad. El II Estudio nacional de factores de riesgo y enfermedades crónicas (ENFREC), de 1999, estimó la prevalencia en población adulta en 2% y un estado de glucemia alterada del ayuno de 4,3%; en Bogotá, entre los 40 y 69 años, una prevalencia de DM2 en hombres de 5,16% y en mujeres de 3,8^{26 27}.

El tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad, dirigido a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posible. El paciente diabético debe recibir cuidado por un equipo constituido por médico, enfermera, nutricionista y otros profesionales, como psicólogo, que tengan experiencia e interés especial en la diabetes. Además, es esencial que el paciente asuma un papel activo en su cuidado. El plan debe ser acordado entre el paciente, la familia, el médico y los otros miembros del equipo de salud; para instaurarlo, debe ser considerada la edad, las condiciones de trabajo y el cronograma de estudio o trabajo, actividad física, patrones de alimentación, situación social, factores culturales y presencia de complicaciones de la diabetes o de otra patología asociada²⁸.

²⁶ López MJ, Oyarzabal, M, Rodríguez Rigual M. Tratamiento de la diabetes mellitus en la infancia y la adolescencia. Tratado de endocrinología pediátrica. 3º edic. 2002; 65: 1131-1149.

²⁷ Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JI, Wall BM. *Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes*. Diabetes Care. 2001 Jan; 24 (1): 131-53

²⁸ Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas. Guías de promoción de la salud

En la actualidad, el tratamiento de DM2 tiene unas metas de control metabólico muy claras y estrictas, tendientes a evitar el desarrollo de complicaciones micro y macroangiopáticas. La terapia farmacológica debe incluir los antidiabéticos orales (ADO) o insulina para el control de la glucemia, además los fármacos para el control de patologías asociadas como la HTA, enfermedad coronaria, dislipidemia y obesidad²⁴.

El proceso educativo del paciente diabético y su familia implica una labor continuada que debe realizar no sólo el médico, sino todo el personal del equipo de salud. Este facilita alcanzar las metas del control metabólico para prevenir o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas; además permite que la persona con DM2 se comprometa con su tratamiento para alcanzar las metas. Actualmente el paciente diabético debe ser activo en la atención de su salud, apoyado en el equipo de salud, para alcanzar las metas del tratamiento y lograr frenar el desarrollo de las complicaciones²⁹.

En Colombia, según la encuesta nacional de salud pública para el año 2007, de la población de 18 a 69 años³⁰:

- El 5,1% de la población de ese grupo de edad y que reside en la subregión refirió haber sido diagnosticada como diabética por un médico (3,5% promedio nacional).

y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá, Colombia Mayo 2007. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co

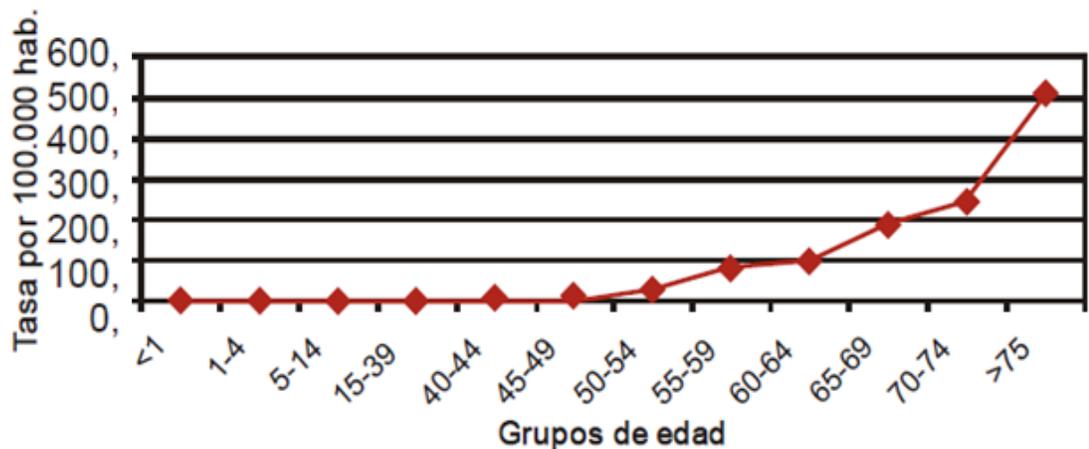
²⁹ Thompson PD, Buchner D, Piña IL, Balady GJ, Williams MA, Marcus BH et al. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. A Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*. 2003; 107:3109-3116.

³⁰ Republica de Colombia. Ministerio de la protección social. Encuesta Nacional de salud Pública. Resultados por departamento: Santander 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/Santander.pdf>

- El 2,1% de la población de ese grupo de edad y que reside en la subregión fue diagnosticada como diabética y consume medicamentos para el control de su enfermedad (1,8 promedio nacional).
- El 2,6% de la población de ese grupo de edad y que reside en la subregión ha sido diagnosticada como diabética y ha recibido instrucción sobre ejercicios para mejorar su salud (1,6% promedio nacional).

En la figura N°2 se muestra que la tasa de mortalidad en Santander por DM para el año 2003, va en acenso desde aproximadamente 50 a 54 años, hasta tal punto que en personas mayores de 75 años la tasa de mortalidad llega a 500 por 100.000 habitantes; muy seguramente en estas edades surgen complicaciones que podrían ser controlables con un adecuado autocuidado, seguimiento y control a estos pacientes.

Figura N°2. Tasa de mortalidad por diabetes, según grupos de edad, Santander 2003



Fuente: Observatorio de Santander, Informe de enfermedades crónicas de tipo cardiovascular, 2005.

La OMS ha afirmado que cada país independientemente de su nivel de

recursos, tiene al alcance la posibilidad de introducir mejoras importantes en la prevención y el control de las enfermedades crónicas, y de adoptar medidas para alcanzar la meta mundial: ***Reducir las tasas de mortalidad por todas las enfermedades crónicas en un 2% anual adicional respecto a las tendencias actuales durante los próximos 10 años***⁶.

Es por ello, que la Organización panamericana de la salud (OPS) puso en marcha para America latina un Conjunto de Acciones para la reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CINDI / CARMEN)^{31 32}.

El proyecto **CARMEN**, en America Latina pretendió trabajar en la reducción y el control de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Sus principales objetivos fueron:

- Fomentar la participación y el trabajo intersectorial.
- Disminuir las enfermedades y las muertes por infarto, diabetes, colesterol alto, hipertensión arterial.
- Vincular a la comunidad en el cuidado de su salud.
- Mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.
- Conocer la situación real de estas enfermedades en la comunidad.
- Evaluar los resultados de las intervenciones.

Este programa requiere la participación del Gobierno Departamental y Municipal, los servicios de salud, los líderes comunitarios, las organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales, las escuelas, colegios y universidades, las empresas, las iglesias, las juntas de acción comunal y en

³¹ Estrategia regional de enfermedades crónicas CARMEN. Organización Panamericana de la Salud. Noviembre 2007.

³² Leonelo E. Bautista, Myriam Oróstegui, Lina M. Vera, Gloria E. Prada, Luis C. Orozco and Oscar F. Herrán. Prevalence and impact of cardiovascular risk factors in Bucaramanga, Colombia: results from the Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme (CINDI/CARMEN) baseline Surrey. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2006, Vol 13 No 5.

de la población en general.

Por medio del proyecto CARMEN, en Bucaramanga para el año 2005 se conocieron los principales factores de riesgo, que están ocasionando la aparición de las Enfermedades Crónicas. Estos factores fueron: Uso del tabaco, hábitos alimentarios no saludables, Alcohol, sedentarismo, colesterol alto, hipertensión arterial, baja cobertura de los servicios de diagnóstico de cáncer de mama y cuello de útero³³. Con este proyecto se integraron estrategias de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad en el marco de la comunidad y de los servicios de salud, por medio de un trabajo intersectorial e interdisciplinario con la participación activa de las comunidades.

Según el estudio realizado por Leonelo Bautista y otros³⁴. El efecto del sexo sobre la PAS depende de la edad. Antes de 50 años de edad la PAS fue mayor en los hombres que en las mujeres (95% CI 5,1 a 7.3), mientras que en las personas mayores de 50 años fue lo contrario la PAS es mayor en mujeres que en hombres (IC 95% - 2,9 a 6,8). La prevalencia de hipertensión fue del 9,9% en mujeres y 8,8% en los varones ($p = 0,30$) y aumentó progresivamente con la edad los hombres más jóvenes eran más propensos a ser hipertensos que las mujeres más jóvenes, pero las mujeres mayores son más propensas a ser hipertensas. Tras tomar en cuenta la edad y el IMC, la prevalencia de diabetes era prácticamente idéntico en ambos sexos (PR 0,98; IC 95% 0.67-1.44), pero las mujeres tenían una significativamente mayor prevalencia (PR 1,59, IC 95% 1,11-2,26). Por último, la prevalencia del sexo y el IMC ajustado de la diabetes aumentó progresivamente con la edad y casi 10 veces mayor en los 60-64 años de edad que en los menores de 30 años.

³³ Estrategia regional de enfermedades crónicas CARMEN. Organización Panamericana de la Salud. Noviembre 2007.

³⁴ Idem, P. 34

Adherencia Terapéutica

Aunque la mayor parte de las investigaciones se han centrado en la adherencia a la medicación (farmacológica), la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001³⁵, llegaron a la conclusión de definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”.

Este fue un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento³⁶.

En particular, se reconoció durante dicha reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado de la diabetes, el tabaquismo, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son ejemplos de comportamientos terapéuticos.

Los participantes en la reunión también señalaron que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las

³⁵ Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001

³⁶ Idem

capacidades de cada uno. En la bibliografía, la calidad de la relación médico - paciente se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica, debe generarse un ambiente en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento.

La adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes en 1979³⁷ y Rand en 1993³⁸: *El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria*³⁹.

No existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica^{40 41} y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias. Sin embargo; existen algunas herramientas que logran brindar información útil y sirven de complemento para que con el control de resultados se aproxime a dar un diagnóstico de adherencia o no adherencia terapéutica.

³⁷ Haynes RB. Determinants of compliance: *The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins. University Press, 1979.

³⁸ 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.

³⁹ Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización mundial de la salud. 2004.

⁴⁰ Timmreck TC, Randolph JF. Smoking cessation: clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*, 1993, 48:63-66.

⁴¹ Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.

Según García Pérez A y otros^{42 43}. El cumplimiento es un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico; medir el grado de cumplimiento es muy difícil debido a la gran cantidad de factores que se implican en él. Etiquetar a un enfermo de cumplidor o no cumplidor quizás no corresponda a la realidad ya que existen circunstancias personales y particulares del tratamiento, del médico, de la información que posee que son temporales y por tanto modificables⁴⁴. No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directo e indirectos.

- *Los directos* consisten en determinar en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo el medicamento, algún metabolito o un marcador incorporado a ellos, así se puede cuantificar y nos indica si el enfermo lo ha tomado o no. Son bastantes objetivos, muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria⁴⁵.
- *Los indirectos* son sencillos y económicos, por lo que son usados en medicina clínica, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, con lo que sólo identifica a una parte de los no cumplidores. Los más conocidos

⁴² Gómez RD, Nolasco A, Pereyra P, Arias S, Rodríguez FL, Aguirre DC. Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. Rev Panamá Salud Pública. 2009; 26(5):385–97.

⁴³ Garzón, L. Las cinco dimensiones que influyen sobre la Adherencia Terapéutica. Fascículo 3. Laboratorio AstraZeneca. Colombia. 2007.

⁴⁴ Grupo de Trabajo en Hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Madrid: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial; 1996.

⁴⁵ MacFadyen RJ, Struthers AD. The practical assessment of compliance with ACE-Inhibitor therapy-a novel approach. J Cardiovasc Pharmacol 1997; 29:119-24.

y utilizados son los siguientes: juicio clínico del médico, asistencia a citas previas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada, valoración de los efectos secundarios, recuento de medicamentos (comprimidos), monitores electrónicos de medicación (MENS), métodos de cumplimiento autocomunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del paciente⁴⁶.

La elección de la “mejor” estrategia de medición para obtener una aproximación del comportamiento de adherencia terapéutica debe contemplar todas estas consideraciones. Lo que es más importante, deben cumplir con las normas psicométricas básicas de fiabilidad y validez aceptables⁴⁷. También deben tenerse en cuenta las metas del prestador o el investigador, los requisitos de exactitud asociados con el régimen, los recursos disponibles, la carga de respuesta en el paciente y el modo en que se usarán los resultados. Por último, ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multimétodos que combina medidas objetivas razonables y de autnotificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica.

La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión^{48 49}. En un estudio, los pacientes que no se adhirieron al tratamiento con betabloqueantes presentaron 4,5 veces más probabilidades de tener complicaciones de la cardiopatía coronaria que los

⁴⁶ García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 13-19. Málaga, España.

⁴⁷ Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.

⁴⁸ Liljas B, Lahdensuo A. Is asthma self-management costeffective? *Patient Education & Counseling*, 1997, 32:S97-S104.

⁴⁹ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1775-1779.

que sí lo hicieron⁵⁰. 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^{51 52 53 54 55 56}.

Teniendo en cuenta que en muchos países la presión arterial mal controlada representa una carga económica importante, mejorar la adherencia podría representar una posible fuente importante de mejoramiento sanitario y económico, desde el punto de vista social, institucional y de los empleadores.

Por otra parte, la adherencia deficiente al tratamiento de la diabetes da lugar a sufrimiento evitable para los pacientes y a costos excesivos para el sistema de salud. El estudio CODE-2 (por sus siglas en inglés, Costo de la Diabetes en Europa: tipo 2) halló que, en ese continente, solo 28% de los tratados por diabetes logra un buen control glucémico⁵⁷. El control de la diabetes requiere algo más que tomar medicamentos. Se ha demostrado que otros aspectos

⁵⁰ Wagner EH et al. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:182-189.

⁵¹ Newell SA, Bowman JA, Cockburn JD. Can compliance with nonpharmacologic treatments for cardiovascular disease be improved? *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18:253-261.

⁵² Bloom BS. Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clinical Therapeutics*, 1998, 20:671-681.

⁵³ Edmonds D et al. Does self-measurement of blood pressure improve patient compliance in hypertension? *Journal of Hypertension*, 1985, (Suppl) 3:S31-S34.

⁵⁴ Taggart VS et al. You can control asthma: evaluation of an asthma education program for hospitalized inner-city children. *Patient Education & Counseling*, 1991, 17:35-47.

⁵⁵ Sommaruga M et al. The effects of a cognitive behavioural intervention in asthmatic patients. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 1995, 50:398-402.

⁵⁶ Stason WB et al. Effectiveness and costs of veterans affairs hypertension clinics. *Medical Care*, 1994, 32:1197-1215.

⁵⁷ Gozzoli V et al. Economic and clinical impact of alternative disease management strategies for secondary prevention in type 2 diabetes in the Swiss setting. *Swiss Medical Weekly*, 2001, 131:303-310.

del autocuidado, como el automonitoreo de la glucemia, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares, reducen notablemente la incidencia y la progresión de las complicaciones diabéticas. La adherencia terapéutica deficiente a las normas de cuidados reconocidas es la principal causa de la aparición de las complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las acompañan.

El estudio CODE-2 se realizó en países con acceso casi total a los medicamentos. El cuadro en los países en desarrollo, donde muchos menos pacientes tienen la diabetes bien controlada, preocupa aún más. Los pacientes con diabetes generalmente presentan comorbilidad que torna aún más complejos los regímenes de tratamiento. En particular, se sabe que otras enfermedades comúnmente asociadas, como la hipertensión, la obesidad y la depresión, se caracterizan por tasas de adherencia deficientes y aumentan aun más las probabilidades de resultados de tratamiento deficientes⁵⁸.

Los costos directos de las complicaciones atribuibles al control deficiente de la diabetes son de 3 a 4 veces mayores que los del buen control. Los costos indirectos (pérdidas de producción debidas a licencia por enfermedad, jubilación anticipada y muerte prematura) son de aproximadamente la misma magnitud que los costos directos⁵⁹.

Finalmente, en esta Monografía se refería continuamente a la **Adherencia Terapéutica** ya que este término implica una diversidad de conductas del paciente, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y

⁵⁸ McCulloch DK et al. Improvement in diabetes care using an integrated population-based approach in a primary care setting. *Disease Management*, 2000, 3:75-82.

⁵⁹ Silva, G. Galeano, E. Correa, J. Adherencia al tratamiento, Implicaciones de la no adherencia. *Acta médica Colombiana*. Vol. 30 N° 4. Octubre – Diciembre 2005. Bogotá, D.C.

complejo, por lo cual existen múltiples factores que influyen en ella que hay sido clasificados de la siguiente manera^{60 61} :

- Relacionados con la organización de los servicios de salud.
- El régimen terapéutico.
- Las características de la enfermedad.
- Los aspectos psicosociales del paciente.

En cuanto a los factores relacionados con la organización de los servicios de salud que están incidiendo desfavorablemente en las manifestaciones de incumplimiento por los pacientes (oportunidad en las consultas, rotación del personal de salud, establecimiento de una relación empática, recibir orientación y motivación por parte del profesional) son brechas que deben ser atendidas de manera prioritaria si se quiere lograr niveles de atención médica de calidad y contribuir al control de una enfermedad de alta incidencia y elevado riesgo en la población⁶².

⁶⁰ Okuyan E, Uslu A, Levent MO, Sahin I, Dinckal MH. Caring of ST-elevation myocardial infarction patients in rural community hospital settings: determinants of in-hospital mortality. Aust J Rural Health. 2010 Aug;18(4):173-8. Serife Baci State Hospital, Kastamonu, Turkey. dreokuyan@hotmail.com

⁶¹ Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá, Colombia Mayo 2007. Disponible en: www.minprotecciónsocial.gov.co

⁶² Silva, G. Galeano, E. Correa, J. Adherencia al tratamiento, Implicaciones de la no adherencia. Acta médica Colombiana. Vol. 30 N° 4. Octubre – Diciembre 2005. Bogotá, D.C.

MATERIALES Y METODOS

Se hizo una revisión de carácter narrativo, de artículos publicados bajo los siguientes criterios de selección: artículos de revisión de tema y artículos originales en inglés y español, que el evento a estudiar fuera adherencia terapéutica o alguna de las variables que influyen en ella, en pacientes con enfermedades crónicas específicamente Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Se excluyeron del análisis todos los artículos a los que no fue posible acceder al texto completo.

La búsqueda de artículos fue realizada en la base de datos electrónica OMS, PubMed, Lilacs y Scielo entre 1998 – 2011, usando los descriptores ***Adherence, Organization and Administration, Hypertension, Diabetes y Chronic diseases***. Se creó un banco de datos en el programa Excel donde se ingresaron los artículos seleccionados y se clasificaron de acuerdo con los objetivos, metodología, resultados, país de estudio y tipo de factor asociado a la adherencia (Administrativo, persona o enfermedad).

La Adherencia terapéutica para el presente trabajo es definida como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos conductuales, unidos a otros relacionales y de voluntad que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado⁶³.

De acuerdo a los métodos que existen para medir la adherencia, en esta monografía se tuvieron en cuenta los *indirectos*, tales como: conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, asistencia a citas, valoración de la

⁶³ Idem

eficacia terapéutica alcanzada y métodos de cumplimiento autocomunicado. Las variables que influyen en la adherencia terapéutica, se agruparon para lograr un mejor análisis de la siguiente manera^{64 65}.

a) Factores relacionados con el sistema sanitario (Gestión Administrativa):

- *Servicios de salud poco desarrollados:* Algunos servicios de salud se encuentran deficientes en infraestructura, instalaciones, calidad de equipos biomédicos, implementación de guías y protocolos de Riesgo cardiovascular (RCV) para realizar seguimiento a pacientes con estas patologías.
- *Relación costo-beneficio en el sistema:* Algunas instituciones no tienen implementado el programa de RCV conociendo de antemano la importancia que tiene la prevención secundaria en la disminución de complicaciones de tipo cardiovascular y los costos que esto repercute en el sistema de salud.
- *Deficiencia en la distribución - Efectos secundarios de los medicamentos:* Los medicamentos para el control de la Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tienen una alta rotación, pues cada vez en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se diagnóstica con más frecuencia estas enfermedades y en ocasiones a los usuarios no les dispensan la totalidad del medicamento haciendo que tenga que volver

⁶⁴ Resolución CSP26.R15. Organización mundial de la salud (OMS). 26° Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del comité Regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002.

⁶⁵ Sabaté E, Organización mundial de la salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra (Suiza) 2004. (Citado 14 junio 2007); (aprox. 202 p.). Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

nuevamente por la cantidad faltante. Adicionalmente hay efectos secundarios de los medicamentos que no son tolerados por los pacientes, sobretodo en aquellos casos donde hay polifarmacia para el manejo de estas patologías lo que incide como factor negativo para la adherencia terapéutica.

- *Falta de conocimiento y entrenamiento del personal de salud:* En algunas instituciones el personal de salud que brinda atención a pacientes con estas enfermedades no está capacitado ni entrenado en el manejo de ellas lo que hace que haya una inadecuada relación entre: personal de salud y enfermedad.
- *Interacción medico – Paciente:* Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el medico tratante con relación a la duración, forma y horarios de medicación. La adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación medico – paciente o viceversa es deficiente.
- *Jornadas laborales con exceso de trabajo - Consultas de corta duración:* Actualmente los profesionales de la salud se ven limitados a una duración muy corta en la consulta en general, lo que dificulta que se brinde una adecuada educación acerca del régimen terapéutico de estas patologías y realizar un adecuado seguimiento.

b) Factores relacionados con la Enfermedad:

- *Complejidad de la enfermedad y duración del tratamiento:* Los pacientes tienden a juzgar la gravedad de la enfermedad de acuerdo con la magnitud de los síntomas, el grado de discapacidad que pueda generar

(física, psicológica y social), la velocidad de progresión y desde luego la gravedad de la enfermedad por si misma, ahora; vale la pena resaltar que la hipertensión arterial y la Diabetes mellitus son enfermedades silenciosas en el inicio de los síntomas y por esta razón las personas son diagnosticadas tardíamente, y sumado a esto; la duración del tratamiento farmacológico de estas enfermedades son por largo tiempo, es probable que el paciente perciba que el tratamiento no tiene un efecto rápido sobre su enfermedad generando con esto falta de adherencia terapéutica.

- *Fracasos de tratamiento anteriores:* En el caso de los hipoglicemiantes orales que son cambiados por insulina para el manejo de la Diabetes Mellitus, los pacientes perciben como fracaso su anterior tratamiento, generando con ello una dificultad para la adherencia terapéutica.

c) Factores relacionados con el paciente:

- *Recursos socioeconómicos:* Los factores socioeconómicos influyen en la adherencia terapéutica, sobretodo en países en vías de desarrollo, debido en parte a que la población pobre tiene que elegir entre varias prioridades, entre ellas el tratamiento farmacológico. Es así, que se han descrito algunas variables en torno a los factores socioeconómicos: estado socioeconómico bajo, pobreza, analfabetismo, condiciones de vida inestables, falta de redes de apoyo efectivas, bajo nivel educativo, desempleo, centros de tratamiento distantes del hogar y el costo del transporte elevado.
- *Edad:* Es un factor muy importante que el profesional debe tener en cuenta a la hora de prescribir un medicamento y educar frente al tratamiento no farmacológico, no solo por su funcionamiento hepático y renal; sino también por el grado de comprensión que tenga acerca de la

enfermedad.

- *Creencias y Apoyo familiar.* El entorno familiar y los condicionantes de tipo sociológico (determinadas creencias, el mayor o menor influencia del médico, o de la institución sanitaria), las dificultades de comprensión del lenguaje, las creencias alternativas sobre la enfermedad, su tratamiento, los conflictos familiares y el rechazo social debido al tratamiento y sus consecuencias interfieren con la adherencia terapéutica.

En este trabajo se analizan los tres factores anteriormente mencionados sobre la adherencia terapéutica, sin embargo se centra el análisis en los factores Administrativos, los cuales son tarea de los administradores de servicios de salud para realizar una buena gestión en las instituciones de salud logrando un impacto favorable en la disminución de complicaciones económicas, sociales y políticas para la población en general y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con estas patologías.

5. RESULTADOS

Después de considerar los criterios de inclusión y exclusión, de los 59 artículos revisados, solo se incluyeron 42 para su análisis. En la tabla 1 se presentan las características de estos artículos para facilitar el análisis, tales como: país de estudio, tipo de estudio y año de estudio. Se observó que el 57,1% ($n=24$) corresponden a estudios realizados en América Latina; 21,4 % ($n=9$) en Europa, 16,6% (7) en Estados Unidos y Canadá y 4,9% ($n=2$) en Oceanía. Según el tipo de diseño, se encontró el 57,16% ($n=24$) de estudios Observaciones (Corte transversal, cohortes y casos y control). 21,42% ($n=9$) corresponden a revisiones de tema. 11,90% ($n=5$) a estudios experimentales como ensayos clínicos controlados. Estudios cualitativos ($n=2$) y de metanálisis ($n=2$) 4,76% respectivamente. Según el año en que se realizó el estudio se observó que el 78,60% ($n=33$) fueron entre el año 2006 y 2011. El 21,40% ($n=9$) restante corresponde a los años 1997 y 2005.

En cuanto a los factores que están relacionados a favor de la adherencia terapéutica, pudieron identificarse que 61,9% ($n=26$) corresponde a factores exclusivamente de tipo administrativo, 19,1% ($n=8$) a factores relacionados con la persona; 1 artículo relacionaba variables de tipo administrativo y de la persona equivalentes al 2,4% y el 16,6% ($n=7$) de factores relacionados con la enfermedad, tal como puede observarse en la figura 3.

En la tabla 2 se referencian los factores asociados de manera positiva en la adherencia de naturaleza administrativa entre los que se destacan: Educación al paciente 34,6% ($n=9$); implementación del programa de riesgo cardiovascular 19,3% ($n=5$); relación médico – paciente 15,5% ($n=4$). Otros factores también se encontraron, como por ejemplo, adecuada prescripción del medicamento, pago por servicios, frecuencia de las consultas médicas,

oportunidad en la cita con especialista, barreras de acceso a los servicios de salud, satisfacción del cliente, seguimiento en la toma del medicamento y organización de los servicios de salud; cada uno de ellos con un 3,8% ($n=1$) respectivamente.

Tabla 1. Características de los artículos

Características	N°	%	Referencias
País de Estudio			
America Latina	24	57,1	57; 58; 91; 92; 93; 94; 95; 96; 97; 98; 99; 100; 101; 102; 103; 104; 105; 106; 107; 111; 112; 113; 114; 115.
Europa	9	21,4	60; 72; 73; 74; 87; 89; 108; 109; 110.
EUA y Canadá	7	16,6	61; 67; 80; 81; 82; 85; 86.
Oceanía	2	4,9	71, 79.
Tipo de estudio			
Observacionales	24	57,1	57; 72; 73; 74; 81; 82; 85; 87; 95; 96; 97; 98; 102; 103; 104; 105; 107; 109; 111; 112; 113; 114.
Revisión de tema	9	21,4	67; 71; 79; 80; 88; 92; 94; 99; 110.
Experimentales	5	11,9	60; 91; 101; 108; 115.
Cualitativo	3	7,1	58; 93; 100.
Metanálisis	1	2,5	61.
Año de estudio			
2006 – 2011	31	73,8	58; 60; 61; 71; 74; 79; 80; 81; 82; 85; 86; 87; 89; 91; 92; 93; 94; 97; 98; 100; 103; 104; 105; 107; 108; 109; 110; 112; 114; 115.
1998 – 2005	11	26,2	57; 72; 73; 95; 96; 99; 101; 102; 106; 111; 113.

FIGURA 3. Factores asociados a la adherencia terapéutica

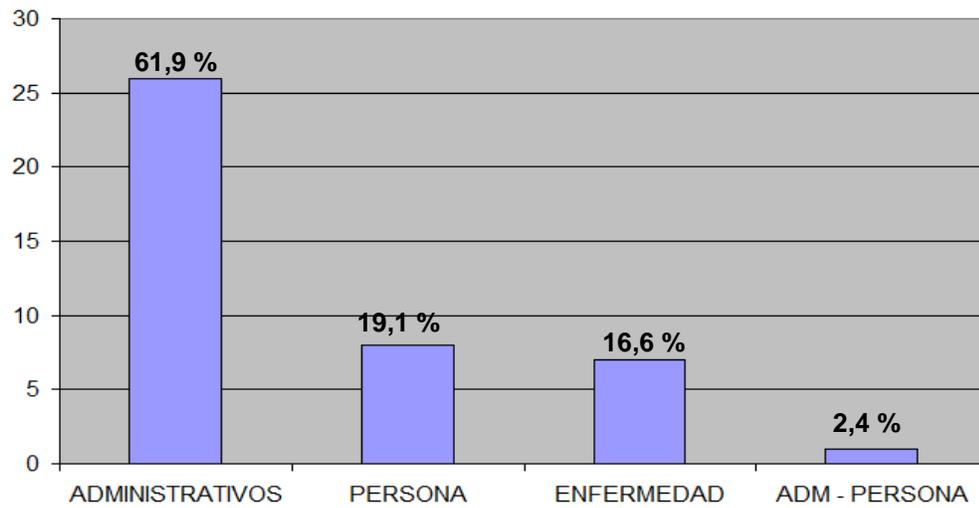


Tabla 2. Relación de los factores administrativos

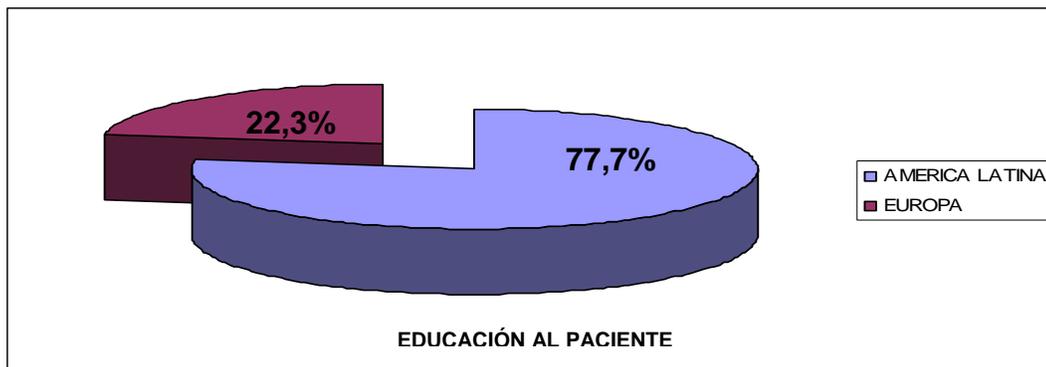
CARACTERISTICAS	N°	%	REFERENCIAS
ADMINISTRATIVOS			
Educación al paciente	9	34,6	79; 97; 101; 105; 106; 108; 112; 113; 115.
Implementación de un programa de RCV	5	19,3	91; 98; 99; 103; 109.
Relación medico – paciente	4	15,5	93; 96; 100; 112.
Adecuada prescripción del medicamento	1	3,8	94.
Pago por servicios	1	3,8	67.
Frecuencia de las consultas	1	3,8	114.
Oportunidad en la cita con especialista	1	3,8	71.
Barreras de acceso a los servicios de salud	1	3,8	73.
Satisfacción del cliente	1	3,8	72.
Seguimiento en la toma del medicamento	1	3,8	81.
Organización de los servicios de salud	1	3,8	58.
PERSONA			
Factores Biopsicosociales	7	70	57; 92; 94; 95; 97; 102; 104.
Redes de apoyo social y familiar	1	10	111.

Experiencias previas al tratamiento	1	10	58.
Vinculo laboral en la adherencia terapéutica	1	10	96.
ENFERMEDAD			
Innovación de nuevos fármacos	3	42,8	80; 89; 110.
Importancia de la Hemoglobina Glicosilada (HBA1C) en la Diabetes	3	42,8	82; 86; 101.
Calidad del medicamento	1	14,4	61.

En la figura N° 4 se muestra la relación entre artículos que hacen referencia a educar al paciente acerca de la enfermedad y/o tratamiento y el país de estudio. Se observa que 77,7% de los artículos fueron realizados en América latina y el 22,3 % en Europa. Estos artículos en común tenían que educación fuera acerca de la enfermedad, medicación, cuidados y detección de complicaciones.

Así mismo, se encontró que de los 9 artículos que contemplaban esta variable, 6 de ellos hacían énfasis en la educación exclusiva a los pacientes y 3 explicaron la importancia de la educación con la familia, sobre todo para modificar hábitos dietarios.

FIGURA N° 4. Educación al Paciente



En la figura N° 5, se observa específicamente los países Latinoamericanos en donde provienen los artículos cuyo tema principal es la educación al paciente como estrategia para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades como Hipertensión y Diabetes.

En los artículos de México con 42,8% se tuvieron en cuenta variables como la escolaridad, nivel cultural y apoyo familiar para brindar educación a las personas con estas patologías, vale la pena resalta que México es un país donde hay un porcentaje significativo de población indígena y de analfabetismo.

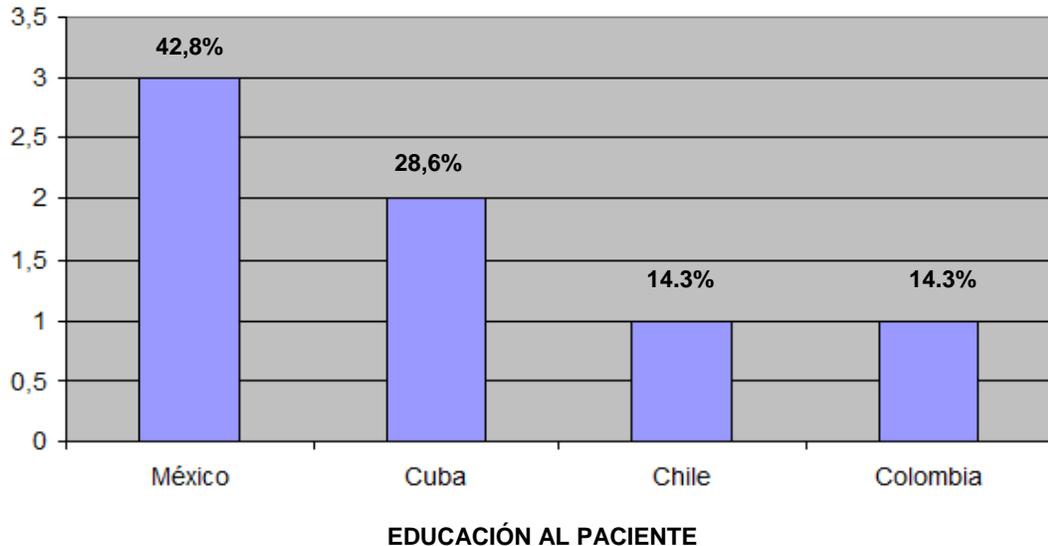
En Cuba con 28,6%, estos artículos se centraron en un programa educativo centrado en la persona y no en la enfermedad; es decir, en incrementar la comprensión de la enfermedad, en fortalecer habilidades para afrontar el tratamiento, en que los pacientes percibieran el beneficio de realizar el tratamiento en forma sistemática y no ocasionalmente.

En Chile 14.3%, la educación se centro en que a los pacientes se les proporcionaba material educativo, a las personas que tenían Diabetes Mellitus se les proporcionó un glucómetro para que ellos mismos se hicieran la automonitorización de la glicemia y se les entrenó acerca de la preparación de las comidas. Se les realizó un seguimiento y evaluación por parte de profesionales de Enfermería y Nutrición de tal manera que se logró un control de la glicemia y un empoderamiento por parte de los mismos pacientes en el cuidado de su enfermedad.

En Colombia 14,3% la educación fue basada exclusivamente al paciente hipertenso, para tomar decisiones sobre su autocuidado: tener conciencia de la enfermedad que pone en riesgo su vida y llevar a cabo, efectivamente las

prescripciones médicas y las medidas de control de complicaciones.

FIGURA N° 5



En la figura N° 6, muestra los países donde fueron realizados los artículos que evidencia el impacto favorable en la adherencia terapéutica cuando se implementa el programa de Riesgo cardiovascular (RCV).

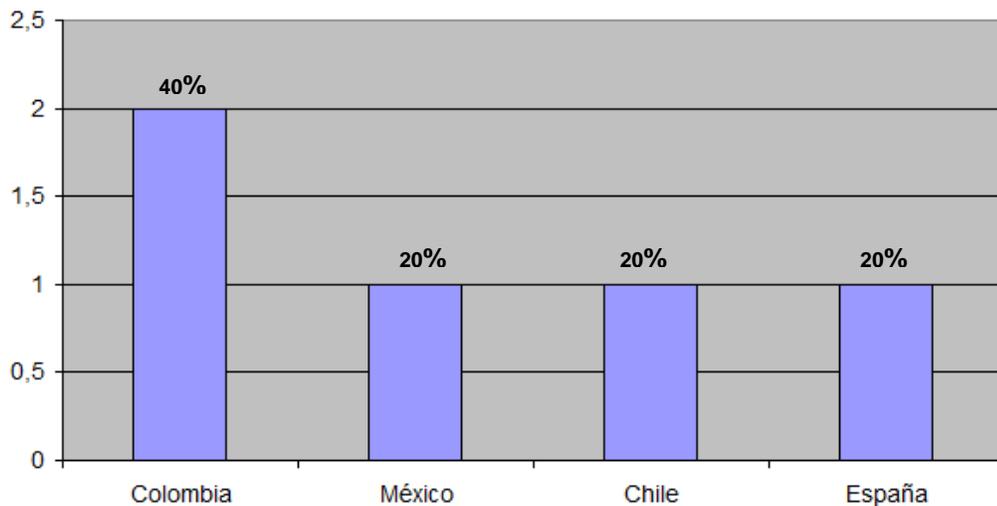
En Colombia 40% por medio de la implementación de programa de RCV se logró que los pacientes adquieran habilidades para autocuidarse, aumentaran el conocimiento acerca de la enfermedad y disminuyeran las hospitalizaciones por complicaciones en este grupo de pacientes. Es importante resaltar, que estas intervenciones fueron realizadas en comunidad por medio de pares y con las familias; ya que, el control y el seguimiento de enfermedades como la HTA y la DM se necesita de un abordaje integral con cada una de las personas que rodean a este tipo de pacientes.

En México y Chile, cada uno con 20% respectivamente el impacto del programa de RCV favoreció la adherencia terapéutica en los pacientes

pertencientes al programa y adicionalmente se logró una mayor eficiencia en los servicios de salud, pues se disminuyeron las consultas innecesarias gracias a que incrementó el nivel de conocimientos en estos pacientes, se promocionaron estilos de vida saludables en actividad física y aprendizaje alimentario, control de índice de masa corporal (IMC), glicemia y tensión arterial.

En España 20%, Se demostró que la edad tiene una influencia significativa en el programa de RCV, ya que a mayor edad de los pacientes (mayores de 65 años), se presentaron mayores dificultades en la comprensión de la enfermedad, modificación hábitos de vida y poca capacidad para el autocuidado; a diferencia de las personas menores de 65 años que lograron mejorar sus conocimientos sobre la enfermedad, modificación de hábitos de vida y disminución de complicaciones por causa cardiovascular.

FIGURA N° 6



PROGRAMA DE RIESGO

En la figura N° 7, se encuentran los artículos por países donde fueron realizados y cuyo resultado mostró que la relación medico – paciente es un factor determinante para lograr adherencia terapéutica en pacientes con diagnósticos de Hipertensión arterial y Diabetes.

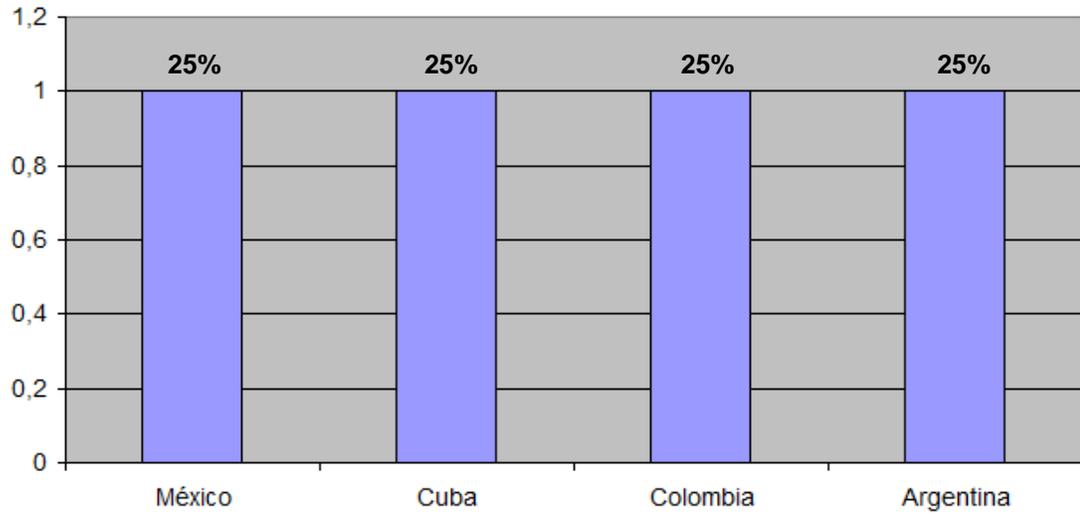
En México 25%, el artículo muestra que la relación médico-paciente es la columna vertebral de la comunicación en la consulta, lo que permite conocer al médico de familia las condiciones fisiológicas, físicas y emocionales del paciente frente a la enfermedad.

Cuba 25%, el artículo hace referencia a que la consulta es el único medio para intercambiar puntos de vista frente a la necesidad y el interés que tiene el paciente de cumplir con la dieta, ejercicios, toma de medicina y demás condiciones para el control de la enfermedad. Además, es importante que el médico familiar interactúe con la persona sobre el empleo del tiempo libre, técnicas de relajación, relaciones familiares, con el fin de establecer una relación medico-paciente de confianza.

En Colombia 25%, se hace necesario que la manifestación del médico se centre en la capacidad de dar no solo a nivel profesional (pertinencia, conocimiento, seguridad, continuidad, oportunidad y evidencia científica) sino también a nivel personal (confianza, respeto, empatía y compromiso), esto hace que la persona sienta confianza en preguntar y tomar decisiones frente a su autocuidado.

En Argentina 25%, la adherencia terapéutica se relaciona con múltiples factores, pero es clave que, en la consulta médica se debe tratar de percibir al máximo todos los detalles de la persona, porque la consulta es la base para establecer ayudas con otros profesionales para lograr un efecto positivo en el control y seguimiento del paciente frente a la enfermedad crónica que padece.

FIGURA N° 7



RELACIÓN MEDICO - PACIENTE

DISCUSIÓN

El propósito de esta revisión narrativa fue identificar los factores asociados a la adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus con el objetivo de identificar la relevancia y la naturaleza de los factores relacionados con la gestión de servicios que puedan ser tenidos en cuenta por los administradores de servicios de salud en pro de la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Para el análisis los factores abordados por los distintos autores fueron divididos en: Administrativos, de la Enfermedad y de la persona. Solamente se consideraron investigaciones que fueron reportadas en revistas indexadas en PubMed, Lilacs y Scielo. Esta, por lo tanto, no es una revisión exhaustiva porque otras revistas científicas no indexadas en otras bases de datos pueden también tratar este tema. Reconozco que no fueron incluidas revisiones de tesis doctorales y de maestría. Sin embargo, considero que estas bases de datos al igual que las publicaciones en las paginas de la OMS contienen el mayor número de revistas con revisión de pares y además, es una de las principales fuentes de comunicación científica para los profesionales de la salud y por lo tanto, los artículos allí publicados reflejan las temáticas de estudio prevalentes en la adherencia terapéutica.

Partiendo del hecho de que esta monografía pretendió analizar principalmente los factores asociados de tipo administrativo en la adherencia terapéutica, la mayoría de artículos revisados corresponden a este tipo de factores.

Las causas para que no haya adherencia terapéutica en las personas con diagnósticos como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tienen que ver principalmente con: variables de tipo administrativo tales como: La educación

que se le brinde al paciente por parte del profesional de la salud, el que se ejecute un programa de Riesgo Cardiovascular por parte de un grupo interdisciplinario capacitado en la atención de usuarios con estas enfermedades y que exista una adecuada relación entre los profesionales de la salud – paciente; variables que tienen que ver con la persona como los son los factores Biopsicosociales; y variables que tienen que ver con la enfermedad tales como innovación de nuevos fármacos.

Ahora, es claro que los factores de tipo administrativo son controlables desde la gerencia de las instituciones de salud y si se lograra un adecuado seguimiento y continuidad en el paciente frente a estos factores se lograría impacto favorable en la adherencia terapéutica frente a enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus que generan un gran costo económico y social en el sistema de salud. Es por esto que en esta Monografía se hizo un análisis acerca de estos factores de naturaleza administrativa.

La educación al paciente, es el principal factor en la adherencia terapéutica ya que con esto las personas tienden a percibir los beneficios del tratamiento, tienen capacidad de autocuidado y formación sobre los cuidados que tienen que llevar por largos periodos o por toda la vida con la Enfermedad (Dieta, ejercicio, terapia farmacológica, manejo del estrés, etc.). Es cierto, que la educación durante la consulta es de gran importancia, favorece la comunicación médico-paciente, pero en ocasiones la consulta esta limitada a un tiempo reducido en donde el médico solo alcanza a hacer la valoración médica y no a comunicarse con el paciente frente a dudas, preguntas y mitos acerca de la enfermedad.

En los artículos en donde la variable de estudio fue la educación en la adherencia terapéutica, el 77% son estudios realizados en America^{66 67 68 69 70 71 72 73 74}. Esto evidencia que en los países Latinoamericanos por la incidencia que tienen estas enfermedades crónicas se hace necesario generar estrategias educativas en las personas que presentan estos diagnósticos para lograr una adherencia terapéutica.

⁶⁶ Doggrell SA. Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: does intervention by an allied health professional help?. *Drugs Aging*. 2010 Mar 1;27(3):239-54. doi: 10.2165/11532870-000000000-00000. School of Life Sciences, Queensland University of Technology, Brisbane, Queensland, Australia. sheila.doggrell@qut.edu.au.

⁶⁷ Rivera, L. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Rev. Salud pública*. 8 (3):235-247, 2006.

⁶⁸ Barceló, A. Robles, S. White, F. Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Rev Panamá Salud Pública/Pan Am J Public Health* 10(5), 2001.

⁶⁹ García, R. Suárez R. Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. Instituto Nacional de Endocrinología, Centro de Atención al Diabético. *Rev. Cubana Salud Pública* 2007; 33(2).

⁷⁰ Acosta, M. Debs G. y otros. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Policlínico "Mártires de Corinthya". Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. *Rev. Cubana Enfermer* 2005; 21(3).

⁷¹ Rodríguez, C. Castaño, C. García, L. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Unidad de Investigación. Centro de salud La Alamedilla. Salamanca. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 441-452.

⁷² Doubova S, Pérez R. Satisfacción en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial atendidos en clínicas de medicina familiar en México. *Salud Pública Mex* 2009; 51:231-239.

⁷³ Durán, B. Rivera, B. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Salud Pública Mex* 2001; 43:233-236. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

⁷⁴ Salinas-Martínez AM, Amaya-Alemán MA, Arteaga-García JC, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel. *Revista Salud Pública Mex* 2009; 51:48-58.

Al desglosar por país estos artículos, se concluye que países con modelos de sistema de salud públicos y universales como Cuba⁷⁵ ⁷⁶ (28,6%) ven como pieza clave la importancia de la educación del paciente para lograr adherencia terapéutica, una de las razones sería que este país tiene los menores índices de analfabetización de América Latina lo que conlleva a que la población en general tenga unas bases de conocimiento mayor que en otros países de América Latina.

La Educación para la Salud es un proceso continuo a través del cual el ser humano apropia e interioriza conocimientos e información que le permiten asumir una posición crítica y reflexiva sobre la realidad a fin de promover cambios; implica un diálogo cultural, a través del cual se intercambian la cultura del educando y del educador expresada en su historia, su lenguaje, su simbolización del mundo, sus formas de trabajo y sus procesos interactivos, con el objeto de construir nuevos conocimientos sobre la realidad⁷⁷. Busca la negociación de saberes entre los sujetos involucrados en un proceso de desarrollo, todo esto en pro del autocuidado.

Es fundamental partir de la existencia de unas creencias culturales y de unas prácticas de autocuidado que realizan los seres humanos como forma de expresión y de vida particular y que los hace diferentes; en la medida en que se comprendan estas formas de autocuidado se podrán desarrollar procesos

⁷⁵ Fuentes L. Muñoz A. Efectos de una intervención integral en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad de la Región de Los Ríos. Rev. Med Chile 2010; 138: 974-981

⁷⁶ Colunga, C. García J. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Rev. Cubana Salud Pública v.34 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008.

⁷⁷ Salinas-Martínez AM, Amaya-Alemán MA, Arteaga-García JC, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel. Revista Salud Pública Mex 2009; 51:48-58.

educativos encaminados a promover cambios y a incidir sobre la problemática de salud que presenta la población.

La educación para la salud se aplica en la Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación. Hay que rescatar la educación a la familia, por ejemplo, frente a una persona con diabetes hay que educar a toda su familia, que es quien constituye su entorno inmediato y son quienes le aportaran apoyo en la modificación de hábitos.

Es importante que los profesionales de la salud que imparten educación al paciente, tengan en cuenta factores como: Edad, nivel cultural, de escolaridad, vivencias e intereses entre otros, por eso siempre se debe confirmar que ha entendido el usuario respecto a lo que se le ha informado e inclusive escribirle ciertas instrucciones y recomendaciones; pues, al llegar a casa muchas veces ha olvidado o confundido información, entra en dudas y ya no hay forma de consultar de nuevo.

Implementación de un programa de Riesgo Cardiovascular, Como medida para realizar un control y seguimiento de los pacientes con diagnósticos de riesgo cardiovascular. Vale la pena resaltar que la filosofía de este programa es de prevención secundaria más que de tipo curativo; pues va dirigido a personas que ya presentan factor de riesgo cardiovascular (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias en general y/o obesidad) pretendiendo reducir la aparición de nuevos episodios cardiovasculares y para conseguirlo se controlan otros factores de riesgo modificables, tales como: el tabaco, sedentarismo, dieta inadecuada y la obesidad¹¹⁶.

De los artículos que estudiaron esta variable^{78 79 80 81 82}, el 40% son realizados en Colombia, podría verse reflejado en que cada una de las Empresas promotoras de salud (EPS) del país exige a las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) a las que tiene contratados los servicios de 2 nivel de atención cumplir con la implementación de los programas de riesgo cardiovascular como medida de prevención secundaria.

Los programas de Riesgo cardiovascular buscan controlar este tipo de enfermedades bajo dirección médica y con el apoyo del personal de salud; sus objetivos primordiales son aumentar la sobrevida, disminuir la morbilidad por complicaciones evitables y mejorar la calidad de vida de la persona. Para cumplir estos objetivos en los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular se requiere: un cambio en el estilo de vida y la adhesión al tratamiento. Ambos involucran desafíos al paciente, al profesional, a la comunidad donde residen y al sistema de salud.

Así mismo, es importante conocer que con este tipo de programas se promueven reuniones en pequeños grupos de personas y brindan nuevas

⁷⁸ Pérez R, Reyes H, Doubova SV, Zepeda M, Díaz G, Peña A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(6):511–7.

⁷⁹ Velandia, A. Rivera, L. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Unidad de Cuidado Intermedio, Hospital Tunjuelito. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 11(4): 538-548, 2009.

⁸⁰ Ortega, J. Intervenciones Preventivas para el Manejo de la Hipertensión Arterial en Colombia 1998-2005. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia. Revista Salud publica. 10(2):322-331, Mayo 2008.

⁸¹ Fuentes L. Muñoz A. Efectos de una intervención integral en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad de la Región de Los Ríos. Rev. Med Chile 2010; 138: 974-981

⁸² García, L. Gómez, M. Riesgo cardiovascular del paciente hipertenso con seguimiento prolongado en atención primaria. El efecto del envejecimiento (ciclo risk study). Rev. Esp Salud Pública 2007; 81: 365-373

posibilidades al trabajo de educación en salud, se refuerza el mensaje individual recibido en consulta que se enriquece con la participación activa y responsable de las audiencias a las que van dirigidos⁸³. Uno de los aspectos que se puede potencializar mediante esta educación colectiva es el apoyo social a través de la incorporación de familiares allegados, amistades y profesionales de la salud.

Relación médico – paciente; Los artículos revisados donde se estudio esta variable (México, Cuba, Colombia y Argentina)^{84 85 86 87}, evidenciaron que la relación que haya entre el médico – paciente, es la pieza clave para que haya adherencia terapéutica. Sin embargo; existen varios factores que interactúan simultáneamente tanto por parte del médico como del paciente.

El personal de salud, tiene responsabilidad directamente con el paciente, en dar el tratamiento eficaz, oportuno y seguro; sin embargo, actualmente el medico se ve con la responsabilidad de cumplir con las EPS en llevar un control del número de ayudas diagnósticas solicitadas, exámenes de laboratorios, citas medicas de control y tiempo de consulta entre otros; lo que

⁸³ González T. Deschapelles E. Rodríguez V. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTRÉS. UNA EXPERIENCIA. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Cubana Med Milit 2000;29(1):26-9

⁸⁴ Silbeman P, Ruggero S, Perruza F y otros. Saberes previos y adherencia terapéutica en Hipertensión. Departamento de salud familiar y comunitaria. Centro de salud "Leonor Capelli". Revista científica de la AMBB, Abril-Junio, 2006. Volumen 16 N°2. Bahía Blanca. Argentina.

⁸⁵ González T. Deschapelles E. Rodríguez V. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTRÉS. UNA EXPERIENCIA. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Cubana Med Milit 2000;29(1):26-9

⁸⁶ Herrera, N. Gutiérrez, M. Ballesteros M. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Rev. Salud pública. 12 (3): 343-355, 2010

⁸⁷ Doubova S, Pérez R. Satisfacción en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial atendidos en clínicas de medicina familiar en México. Salud Pública Mex 2009; 51:231-239.

afecta la dinámica de la interacción médico - paciente, que impiden el funcionamiento adecuado de los profesionales⁸⁸. Más aún, el constante flujo de información manejado por los pacientes acerca de procedimientos, enfermedades y las barreras legales a las que se ven expuestos los médicos (demandas por parte de los pacientes y auditorias por parte de las EPS), dificultan el proceso de interacción clínica, contrario a su propósito inicial de optimizar la calidad de la consulta para el beneficio del paciente y del médico.

La confianza y el respeto no son características que existen inicialmente en la relación médico - paciente. Al contrario, en muchos casos tanto los pacientes como los médicos inician dicha interacción con prevención (por miedo a la ausencia de calidad o por sospecha de abuso de la contraparte). Por esto, la relación clínica se convierte en un espacio de construcción y de negociación para confiar y aceptar tanto las recomendaciones como la sintomatología presentada.

Por lo anterior, se podría deducir que los modelos de confrontación y de negociación son los que día a día se presentan en las consultas en Colombia, ya que; los médicos y los pacientes ven la relación como una negociación de intereses y de sistemas de referencias o de conocimiento que involucran creencias, expectativas y conocimiento acerca de la enfermedad y de la forma de tratarla^{89 90}. Para los pacientes, dicha negociación busca un nivel de participación y consideración mayor hacia ellos por parte de los

⁸⁸ Herrera, N. Gutiérrez, M. Ballesteros M. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Rev. Salud pública. 12 (3): 343-355, 2010

⁸⁹ Idem

⁹⁰ Doubova S, Pérez R. Satisfacción en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial atendidos en clínicas de medicina familiar en México. Salud Pública Mex 2009; 51:231-239.

médicos; mientras que éstos, buscan imponer su conocimiento para solucionar y mejorar la calidad de vida del paciente lo más rápido posible, manteniendo un servicio eficiente y competitivo a la vez.

Sin embargo, la negociación mencionada, se da con algunas modificaciones, debido a que médicos y pacientes negocian para no ser manipulados (médicos) ni engañados (paciente). Además, se negocian las reglas con las cuales se va a manejar la interacción (lenguaje, dominio etc.), y aunque mantiene los mínimos (respeto hacia la persona), sí necesita un acuerdo para que ésta se desarrolle de manera apropiada. Médicos y pacientes confirman que cuando la negociación inicial falla, las posibilidades de que la interacción se desarrolle de manera adecuada son bajas, trayendo como consecuencia la disminución en la sinceridad, en la apertura y en el compromiso del paciente, así como la reducción en los niveles de entusiasmo y de atención por parte de los médicos, lo que se requiere para que haya adherencia terapéutica.

Según Frederick Herberg, quien desarrolló la teoría administrativa de sistemas⁹¹ afirma; que las organizaciones son sistemas abiertos, deben verse como un todo constituido por muchos subsistemas que están en interacción dinámica entre sí, y se debe analizar el comportamiento de tales subsistemas, en vez de estudiar simplemente los fenómenos organizacionales en función de los comportamientos individuales.

Por lo anterior, los administradores de servicios de salud mientras asocie esta teoría en sus instituciones lograrán una atención más organizada que incorpore todos los factores que se relacionan con la relación medico-paciente, donde los objetivos institucionales empresariales no se basen

⁹¹ Calderón García R. Escuelas de teoría administrativa. Licenciatura en educación. Universidad de Guadalajara. México 2005. Disponible en: <http://148.202.105.241/biblioteca/bitstream/20050101/895/1/>

únicamente en el control del gasto sino en la atención con calidad y oportunidad al paciente. Según Herberg, una empresa es un sistema, el cual mantiene una interacción dinámica con su ambiente sean pacientes, trabajadores, proveedores, competidores, entidades sindicales, o muchos otros agentes externos.

Esta Monografía logró mostrar otras variables administrativas que influyen en la adherencia terapéutica, tales como:

Una adecuada prescripción del medicamento, ya que; si no se formula el medicamento pertinente no se va a lograr el efecto deseado, logrando que la persona al no sentir el efecto del medicamento para el control de su enfermedad dejará de tomárselo y por consiguiente no habrá adherencia terapéutica⁹²; generando con ello que se produzcan complicaciones cardiovasculares y que se aumenten los costos en las instituciones por causa de hospitalizaciones. Es tarea de la gerencia de las instituciones que los profesionales de salud estén capacitados sobre como manejar este tipo de patologías y que hacer frente a alguna complicación de ellas.

Pago por servicios; en ocasiones cuando los pacientes tienen que pagar dinero ya sea por medicamentos, consultas o procedimientos, ven a los servicios de salud como un costo para su vida y no un beneficio para su salud, razón por la cual las personas no acuden a los controles médicos logrando así poca adherencia terapéutica⁹³.

El sistema de salud Colombiano, esta dividido en tres grandes grupos

⁹² Ortiz M. Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Revista Médica de Chile 2007; 135: 647-652.

⁹³ Mark A. Munger, PharmD, Professor, Benjamin W. Van Tassell, PharmD, Clinical Cardiovascular Experimental Pharmacology Fellow, and Joanne LaFleur, PharmD, MSPH, Research Assistant Professor. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. MedGenMed. 2007; 9(3): 58. Published online 2007 September 19.

llamados: Subsidiado, Contributivo y vinculado. La finalidad de esta distribución es que existan los principios de: Eficiencia, Solidaridad, Integralidad, Unidad, Participación y universalidad, contemplados desde la ley 100 de 1993. Una de las formas de lograr una sostenibilidad financiera al régimen subsidiado, es por medio de *los copagos* que corresponde a una parte del valor del servicio cubierto por el POS y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado y este es pagado exclusivamente por los beneficiarios a la EPS.

Se hace necesario que haya un equilibrio entre el sistema de salud y el bolsillo de las personas que presentan patologías crónicas en el régimen contributivo. Debería ser al igual que en el régimen subsidiado que las personas con estas patologías cuando solicitan su consulta de control o la dispensación de los medicamentos no se les cobra ningún aporte, ya que de lo contrario como se ve en la actualidad se presentan barreras para el acceso de los servicios de salud por un pago de servicios. Pero es tarea desde el ministerio de la protección social, entes de control y las EPS del régimen contributivo, buscar la forma de que sus afiliados accedan a los servicios de salud sin barreras de tipo económico.

Frecuencia de las consultas; Es evidente que cuando las consultas medicas de control para enfermedades crónicas como la HTA y DM, se realizan en promedio cada 3 a 4 meses se logra que los usuarios hagan mayores preguntas acerca de los cuidados, uso de medicamentos acerca de la enfermedad⁹⁴, lo que desencadena un mayor conocimiento de su enfermedad y por consiguiente una mayor adherencia terapéutica.

⁹⁴ Castro A. Reyes H. Evaluación de un programa de educación médica continúa para la atención primaria en la prescripción de hipoglucémicos. Revista Salud Pública Mex 2008; 50 supl 4:S445-S452.

Teniendo en cuenta la cronicidad de este tipo de enfermedades, es necesario que se realicen chequeos médicos frecuentes, se tomen exámenes de laboratorio de control para llevar a cabo un seguimiento terapéutico, controlando los factores de riesgo y evitando así complicaciones y muertes. Lo anterior tiene implicaciones económicas por parte de los administradores encargados de la planeación y gestión de los servicios de salud, pues se debe valorar el costo/beneficio de los profesionales de la salud idóneos y de tiempo completo para la atención de este tipo de pacientes, logrando así que haya adherencia terapéutica, por consiguiente menos complicaciones y control del gasto por hospitalizaciones y procedimientos de este tipo cardiovascular.

Oportunidad en la cita con especialista; Cuando hay largas listas de pacientes en espera para acceder a una cita con especialista, se corre el riesgo de que la persona pierda el interés por saber de su salud y los cuidados frente a su enfermedad, generando así un grave problema en la adherencia terapéutica; generalmente, este tipo de inconvenientes se presenta en sistema público según el artículo realizado en Australia⁹⁵ pero que no es muy lejos a la realidad que vive Colombia.

Es importante que los administradores de servicios de salud de las diferentes EPS e IPS, tengan presente que es mejor tener un paciente controlado y en seguimiento con los especialistas (cardiólogo, retinólogo y nefrólogo) de manera oportuna y no pacientes con enfermedades producidas por complicaciones de la HTA y la DM tales como: IAM, ACV, Nefropatías, Glaucoma entre otras, que generan un gran costo económico y social para el sistema de salud.

⁹⁵ Stainkey LA, Seidl IA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. BMC Health Serv Res. 2010 Nov 4;10:303.

Barreras de acceso a los servicios de salud; específicamente dadas por: geográficamente de difícil acceso (en áreas rurales), inconsistencias en las bases de datos (verificación de afiliación), fallas en la referencia y contrarreferencia⁹⁶; que directamente desmotivan a la persona en acudir a los servicios de salud, permitiendo que haya dificultad para una adherencia terapéutica y que aparezcan complicaciones por la enfermedad.

Es responsabilidad de la gestión administrativa de cada una de las instituciones en salud, evitar que aparezcan este tipo de barreras que primero van en contra de los principios del sistema general de seguridad social contemplados en la ley 100 de 1993 y segundo generan mayores costos para el mismo sistema.

Satisfacción del cliente; Esta variable genera ciertas discrepancias, para definirla, después de realizar varias lecturas se encontró que la satisfacción del cliente más allá de una percepción del paciente frente a comodidad o trato humanizado, en realidad; hace referencia en la pertinencia, la continuidad y la seguridad que se le da al paciente, es decir darle garantías de la atención en salud más que comodidad en las instalaciones⁹⁷. Un usuario satisfecho vuelve a utilizar los servicios de salud, logrando así asistencia en sus consultas de control y por lo tanto adherencia terapéutica.

La satisfacción del cliente es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del cliente influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. Esta puede influir en: El hecho de que esté dispuesto a pagar

⁹⁶ Bowling A, Bond M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. *am* 2001 Apr;51(465):264-9.

⁹⁷ Bowling A, Stramer K, Dickinson E, Windsor J, Bond M. Evaluation of specialists' outreach clinics in general practice in England: process and acceptability to patients, specialists, and general practitioners. *J Epidemiol Community Health*. 1997 Feb;51(1):52-61.

por los servicios, que el paciente siga o no las instrucciones del prestador de servicios de salud, que el usuario regrese o no regrese y que recomiendo o no los servicios a los demás.

La satisfacción del cliente depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del cliente. El cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas, si las expectativas del cliente son bajas o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes⁹⁸. El rol que deben ejercer las directivas de cada una de las instituciones debe ser en pro de la satisfacción no solo del cliente externo sino también del interno (trabajador), ya que; un trabajador satisfecho puede ofrecer una atención con calidad, garantizando una motivación del paciente reflejada en la adherencia terapéutica.

Seguimiento en la toma del medicamento; Es una de las formas de medir adherencia, se calcula mediante la comparación de la cantidad de medicamentos entregados que generalmente es en un intervalo de un mes y los días transcurridos de la toma; así mismo en este seguimiento se evalúa los efectos secundarios de algunos medicamentos en la persona y el horario en de cada una de las tomas⁹⁹. En la actualidad, es difícil que las instituciones hagan un seguimiento de este tipo, excepto en casos especiales frente a aquellos pacientes que requieren visita domiciliaria.

Organización de los servicios de salud; Hace referencia a diferentes aspectos en la atención en salud; el hecho de que hayan medicamentos

⁹⁸ Carmona Lavado, A. LA TEORÍA DE LOS DOS FACTORES EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Investigaciones Europeas, Vol. 4, W 1, 1998, pp. 53-80 55

⁹⁹ Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Dec 6;296(21):2563-71. Epub 2006 Nov 13. Department of Pharmacy, Walter Reed Army Medical Center, Washington, DC 20307-5001, USA.

completos en la farmacia, un adecuado sistema de información al Usuario, asistencia medica oportuna, continuidad en la atención y atención humanizada; todos estos factores son desencadenantes para una adecuada adherencia terapéutica¹⁰⁰.

La anterior característica, es clave para el desempeño de un administrador de servicios de salud; pues, la organización de los servicios de salud debe estar liderada primero por un buen gerente, pero con un equipo de interdisciplinario de trabajo comprometido en el bienestar no solo económico de las empresas sino también en las personas a quienes se les ofrece los servicios de salud.

Por todo lo anterior se requiere que desde la gestión administrativa de cada una de las instituciones de servicios de salud haya la disposición para abordar estos factores que son propios de la administración y que generan un gran beneficio en comparación a los costos. Se debe invertir en educar al paciente sobre la enfermedad, en hacer seguimiento continuo de los pacientes con enfermedades crónicas por medio de programas de prevención secundaria de Riesgo cardiovascular y en escoger al personal idóneo con calidad y calidez en la atención de las personas que presentan estos diagnósticos.

¹⁰⁰ Martín, L. Bayarre, H. Matos, Y. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Revista Cubana de Salud Pública. Volumen 33, Número 3. La Habana Julio/Septiembre 2007.

Implicaciones para la gestión de los servicios de salud

Es claro que la falta de adherencia terapéutica por parte de los pacientes que presentan enfermedades como HTA y DM, es un problema de todas las instituciones de salud del país principalmente por el impacto en los costos que generan: Hospitalizaciones, Procedimientos de alta complejidad y tratamientos a largo plazo por causa de las complicaciones cardiovasculares evitables.

Son muchos factores que influyen en esta problemática. Desde la gerencia de servicios de salud se puede abordar e intervenir en los factores de tipo administrativos anteriormente mencionados desde las cuatro etapas de la administración tales como: Planeación, Organización, Dirección y Control.

Planeación; Esta etapa abarca la definición de los objetivos misionales que generalmente están enfocados a la prestación de servicios de salud con Calidad. Establecer que es lo que debo hacer como Gerente para lograr que los pacientes con riesgo cardiovascular generen adherencia terapéutica y se disminuyan los costos en atención por complicaciones de estas patologías.

Ahora, para obtener una mayor claridad de esta problemática en las instituciones de salud se hace necesario obtener un diagnóstico real de la empresa y sabe que impacto tiene la falta de adherencia terapéutica en la prestación del servicio en salud, para ello se debe realizar una matriz DOFA (conocido por algunos como FODA, y SWOT en inglés) que es un análisis de las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas¹⁰¹ y es saber cómo estamos, cómo vamos frente a esta problemática y poder tomar la mejor decisión en cada una de las organizaciones.

¹⁰¹ Koontz, H. Wehrich, H. Administración una perspectiva global y empresarial. McGraw-Hill Interamericana. Decimotercera edición. 2008.

Si conocemos nuestras debilidades, sabemos de qué somos capaces y de qué no. Cuando sabemos nuestras oportunidades, tenemos claro hacia donde encaminar nuestros recursos y esfuerzos, de tal manera que podamos aprovechar esas oportunidades antes de que desaparezcan o antes de que alguien más las aproveche. Al conocer nuestras fortalezas, al saber qué es lo que mejor hacemos, podemos diseñar objetivos y metas claras y precisas, que bien pueden estar encaminadas para mejorar nuestras debilidades y/o para aprovechar nuestras oportunidades. Por último con las amenazas, debemos ser capaces de identificarlas, de anticiparlas, lo que nos permitirá definir las medidas para enfrentarlas o para minimizar sus efectos.

Es importante que desde esta fase del proceso administrativo se genere un planteamiento estratégico, donde se generen políticas, objetivos, metas, planes centrados en la atención del cliente en beneficio de la adherencia terapéutica; tales como: estandarización de procesos frente al manejo de pacientes con riesgo cardiovascular, protocolos de educación al paciente y a la familia, tratamiento y seguimiento a la enfermedad, ejecución de programas de prevención secundaria (programa de RCV), capacitación continuada de los profesionales de salud en este tipo de enfermedades, entre otros.

En la actualidad, las empresas del sector salud están enfocadas en el sistema de gestión de la calidad y es desde allí que se establecen estrategias misionales en beneficio de la prestación de los servicios de salud, que trae como ventajas: Aumento del número de clientes que utilizan los servicios de salud, motivación del personal que labora en la institución, fidelidad de los clientes, organización de las funciones del trabajo, mejora de las relaciones con los clientes internos y externos y reducción de costos debidos a la mala calidad. Todo esto con el fin de lograr reconocimientos de acreditación y certificación tanto a nivel nacional e internacional.

A través de la norma ISO 9001 se establece el Sistema de Gestión de la Calidad, se definen procesos estratégicos, misionales y de apoyo, se elabora el manual de calidad, donde se documentan todos sus procesos y procedimientos que se realizan en cada una de las instituciones. Para la implementación de este sistema se requiere la participación activa de los actores que de manera directa e indirecta participan en la atención en salud: funcionarios, directivos, profesionales, técnicos y asistenciales.

Las empresas acreditadas en el sector salud con esta norma, buscan día a día el mejoramiento continuo en calidad; sin duda alguna la problemática de la falta de adherencia terapéutica en pacientes crónicos es clave para aportar a ese mejoramiento continuo en las instituciones.

Organización; Esta etapa incluye determinar que tareas se llevarán a cabo, cómo serán realizadas, quién las ejecutará, como estarán agrupadas, quién depende de quién, y dónde serán tomadas las decisiones. Esto se logra por medio de la departamentalización de servicios en cada una de las instituciones.

Los administradores de servicios de salud en esta fase, deben buscar el personal de salud con habilidades de relaciones humanas, entrenados en el manejo de patologías crónicas, con capacidad de trabajo en equipo, con interés en ampliar día a día su conocimiento, ya que; el manejo de la HTA y DM requiere de intervenciones con otras profesiones del área de la salud diferentes a la medicina que buscan controlar los factores de riesgo cardiovascular y evitar que aparezcan complicaciones que generan un costo social y económico en cada una de las instituciones de salud.

Los líderes de proceso en cada una de las instituciones deben tener ciertas cualidades que promuevan en sus trabajadores un enfoque de cuidado en el paciente, donde propicien un ambiente de trabajo agradable, donde el cliente

interno tenga sentido de pertenencia con la institución para que así se ofrezca un mejor servicio basado en la calidad en la prestación de servicio de salud.

Por otra parte, la organización como estructura, origina la necesidad de establecer un Organigrama, donde debe estar contemplado: la división de funciones, los niveles jerárquicos, las líneas de autoridad y responsabilidad, los canales formales de comunicación, la naturaleza lineal o staff del departamento, los jefes de cada grupo de empleados, trabajadores y las relaciones existentes entre los diversos puestos de la empresa y en cada departamento o sección¹⁰².

En el organigrama de cada una de las instituciones del sector salud debe haber como un departamento la subdirección científica, que sea quien aborde los programas de educación en salud no solo en los pacientes con patologías como HTA y DM sino también los profesionales de la salud que deben estar actualizados día a día en el manejo de estas patologías.

Dirección; Para que la planeación y la organización puedan ser eficaces, se deben complementar con la orientación y el apoyo de las personas a través de comunicación, liderazgo y motivación adecuados. Para dirigir a las personas, el administrador debe saber comunicar, liderar y motivar. Mientras las otras funciones del proceso administrativo son impersonales, la dirección constituye un proceso interpersonal que determina las relaciones entre los individuos¹⁰³.

Hoy por hoy, la autoridad no basta para que un jefe pueda influir sobre los trabajadores, lo que realmente se necesita son líderes administrativos que

¹⁰² Idem, pág. 71

¹⁰³ Idem, pág. 71

tengan cualidades, tales como: carácter, carisma, compromiso, comunicación, capacidad de discernimiento, iniciativa, saber escuchar, actitud positiva, capacidad para la solución de problemas, responsabilidad y conciencia social, que hagan que los trabajadores cumplan las funciones a cabalidad.

Por lo anterior, los administradores deben ejercer liderazgo orientado a las personas, donde se generen procesos que vinculen y beneficien a los trabajadores; por ejemplo que al personal de salud se capacite en el manejo de patologías como HTA y DM, en como abordar la familia en los cuidados de estas enfermedades y como brindar educación asertiva al paciente con enfermedad crónica.

Adicionalmente, este tipo de líderes administrativos deben tener claro el enfoque del cliente en las instituciones, ya que; la prestación de servicios es el objetivo misional y es la fuente de recursos de todas las empresas del sector salud; lo que implica que el paciente es lo más importante en la prestación del servicio con calidad, por ello hay que brindarle una atención oportuna, segura, continua y pertinente.

Control; Una vez que se han establecido las metas, se han formulado los planes, se ha definido el orden de la estructura, se ha contratado, capacitado y motivado al personal, aún falta algo: un administrador que se encargue de que las cosas marchen como es debido y que vigile el desempeño de la organización. La finalidad del control es garantizar que los resultados de lo planeado, organizado y ejecutado se ajusten tanto como sea posible a los objetivos previamente establecidos. La esencia del control está en verificar si la actividad controlada está o no alcanzando los objetivos o resultados

esperados¹⁰⁴

La Auditoria de la calidad es una importante actividad en esta fase del proceso de administración, permite a las organizaciones mejorar sus funciones en forma continua. La auditoria puede ser tanta interna (realizada por el personal de la empresa) o externa a la organización (realizada por personal ajeno a la institución) y su finalidad de esta es corroborar que los servicios de salud se están realizando de calidad.

Es importante que en esta etapa administrativa, se verifiquen las actividades que se realicen en la institución, con el fin de corregir cualquier falla y establecer planes de mejoramiento. En la problemática de Adherencia terapéutica es de vital importancia que se realicen auditorias y seguimiento durante el proceso de atención a este tipo de pacientes, para así hacer el control de la enfermedad y evitar complicaciones producidas por la no adherencia terapéutica.

Adicionalmente en el programa de RCV, es de vital importancia que se realicen auditorias tanto internas por parte de las IPS, como externas por parte de las EPS en donde se evidencie en el paciente, el cumplimiento de: las citas de control, toma del medicamento, reporte de exámenes de laboratorio dentro del rango de metas establecidas, conocimiento acerca de la enfermedad, cambio en el estilo de vida (dieta adecuada, ejercicio, manejo del estrés, entre otros); y por parte de la instituciones disminución de: consultas en el servicio de urgencias, hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos ocasionados por complicaciones cardiovasculares.

Por otra parte, vale la pena resaltar el diagrama de causa y Efecto (o Espina de Pescado), que permite apreciar con claridad las relaciones entre un tema

¹⁰⁴ Ídem.

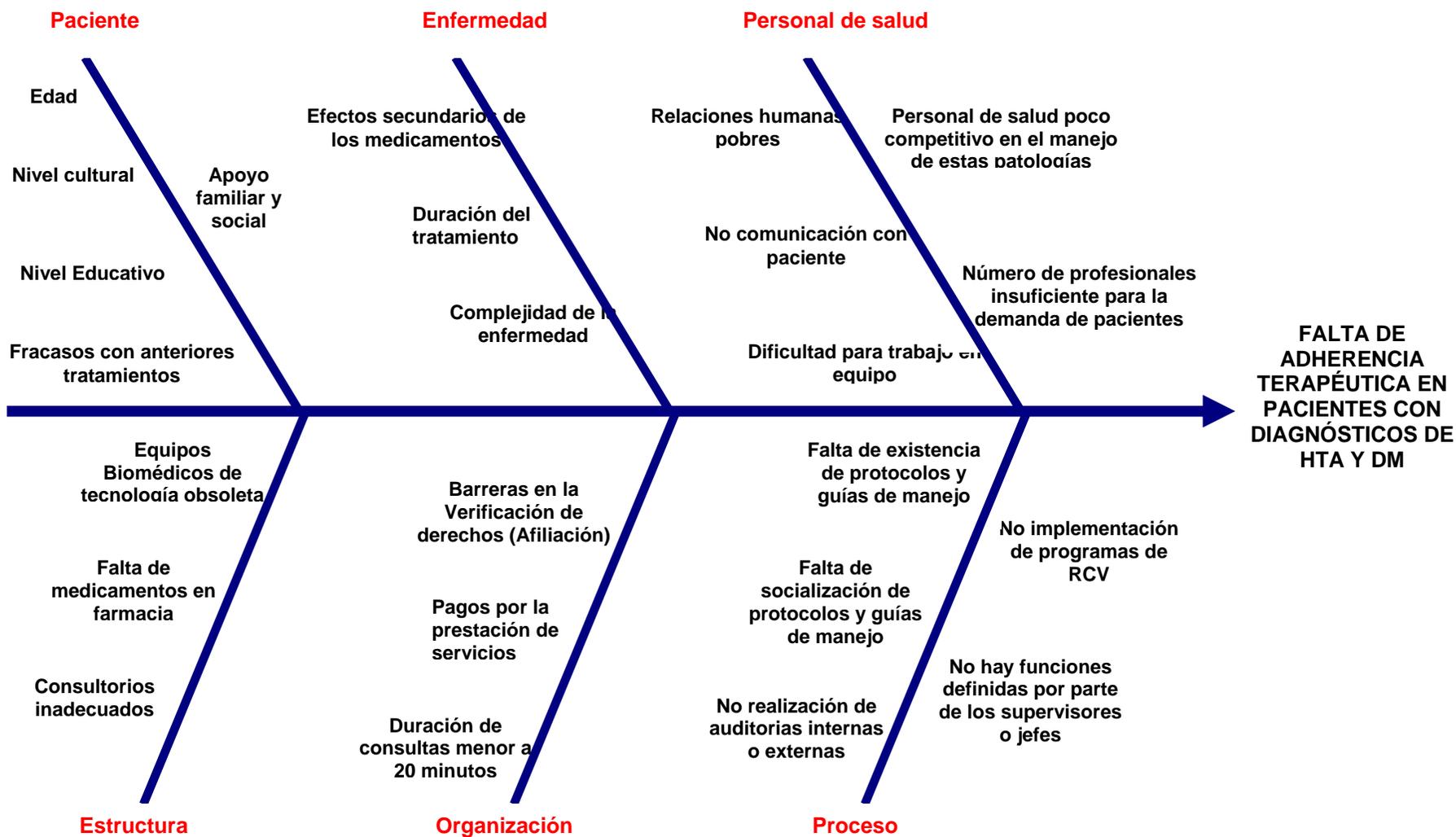
o problema y las posibles causas que pueden estar contribuyendo para que él ocurra. Esta herramienta fue aplicada por primera vez en 1953, en el Japón, por el profesor de la Universidad de Tokio, Kaoru Ishikawa, para sintetizar las opiniones de los ingenieros de una fábrica, cuando discutían problemas de calidad¹⁰⁵.

En la actualidad este diagrama tiene varios usos en los problemas de administración de servicios de salud, como: visualiza en equipo, las causas principales y secundarias de un problema; amplía la visión de las posibles causas de un problema, enriqueciendo su análisis y la identificación de soluciones.; analiza procesos en búsqueda de mejoras; conduce a modificar procedimientos, métodos, costumbres, actitudes o hábitos, con soluciones muchas veces sencillas y a menor costo; educa sobre la comprensión de un problema; sirve de guía objetiva para la discusión y la motivación; muestra el nivel de conocimientos técnicos que existe en la empresa sobre un determinado problema; prevé los problemas y ayuda a controlarlos, no solo al final, sino durante cada etapa del proceso.

Tal como se observa en la figura N° 8, para la presente monografía, se hace una asociación de la herramienta causa-efecto “espina de pescado” frente a los factores del por qué no hay adherencia terapéutica en pacientes con HTA y DM. Teniendo claras cuales son las causas de esta problemática, se pueden buscar soluciones efectivas para evitar el efecto: No adherencia terapéutica.

¹⁰⁵ Valdés, L. Diagrama causa-efecto y presentación de resultados. Posgrado de facultad de contaduría y Administración. Desarrollo y evaluación de la calidad. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. Disponible en: http://api.ning.com/files/GI*DqBlf-edlh8yJelbHWb3f7291sIBI4jZlZop60x9wVgcmXisd-Or49aoU-Sx9VUys893DnWuWktFwUqSt61PoUNXmXAnl/Espinadepescado.pdf

FIGURA N° 8. Diagrama de Causa – Efecto (Espina de pescado) de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con HTA y DM



CONCLUSIONES

- La adherencia terapéutica depende de todos los actores involucrados en el proceso de atención al usuario y es responsabilidad específicamente de la Gerencia administrativa y de los jefes de procesos de cada una de las instituciones trabajar en pro no solo del beneficio económico sino también de atención con calidad a sus usuarios con estas patologías, que evidentemente generan un costo social en la población Colombiana.
- En la actualidad, los administradores destacados en su especialidad son llamados a administrar en los distintos niveles jerárquicos del sistema de salud, pero que desconocen los problemas de salud y no saben como solucionarlos. Es por eso, que la gestión en administración debe tener un líder, pero todos los trabajadores de las instituciones deben prepararse como hacer una buena administración desde su propio rol. La finalidad de toda empresa en salud es ofrecer servicios de salud con calidad, ser financieramente sostenibles y ser competitivos frente a otras instituciones similares.
- En la adherencia terapéutica, las fallas de tipo administrativo anteriormente mencionadas son factibles de controlar y de corregir desde la gestión administrativa de cada una de las empresas de salud; sin embargo, la falta empoderamiento por parte de los jefes administrativos de algunas organizaciones frente a la adherencia terapéutica hace que se pase a un segundo plano en su gestión y se sigan presentando complicaciones en pacientes con patologías de HTA y DM, que resultan generando un gran costo económico, social y psicológico tanto para las instituciones como para las personas que padecen este tipo de enfermedades.

- En esta monografía la variable más importante para que haya adherencia terapéutica es la Educación al paciente. Mejorar la calidad de la educación para la salud, en un marco de humanización, es una meta que requiere un compromiso individual e institucional y una transformación mental, actitudinal, y de procedimientos, que facilite la toma de conciencia, la incorporación de los fundamentos de la ética y los principios bioéticos en toda actividad educativa en salud, de tal manera que la persona , familia y comunidad sean valoradas como un ser partícipe de sus decisiones, para quienes el educador en salud sea solo un agente facilitador y no alguien que impone al otro.

BIBLIOGRAFIA

1. Arias, Y. La adherencia Terapéutica, experiencia médica. Magíster en Psicología de la salud. Revista Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5): 502-5. Alamar, municipio de la Habana del este, Cuba.
2. Resolución CSP26.R15. Organización mundial de la salud (OMS). 26° Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del comité Regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002.
3. Gómez RD, Nolasco A, Pereyra P, Arias S, Rodríguez FL, Aguirre DC. Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. Rev Panamá Salud Pública. 2009; 26(5):385–97.
4. Garzón, L. Las cinco dimensiones que influyen sobre la Adherencia Terapéutica. Fascículo 3. Laboratorio AstraZeneca. Colombia. 2007.
5. Sabaté E, Organización mundial de la salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra (Suiza) 2004. (Citado 14 junio 2007); (aprox. 202 p.). Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
6. Resolución CSP26.R15. Organización mundial de la salud (OMS). 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del comité Regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002.
7. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Organización mundial de la salud. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html

8. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá, Colombia Mayo 2007. Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co
9. Verdecchia, P y Angeli F. Séptimo informe del *Joint National Committee* para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev. Esp. Cardiología 2003;56(9):843-7. Disponible en: www.revespcardiol.org
10. www.dane.gov.co
11. Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud. *Situación de Salud en Colombia*. Indicadores Básicos. 2002.
12. Secretaria Distrital de Salud D.C. Dirección de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. Lineamientos de Política Pública de Prevención de las Enfermedades Crónicas en Bogotá D. C. 1ª edición. Mayo 2002: 76.
13. Republica de Colombia. Ministerio de la protección social. Encuesta Nacional de salud Pública. Resultados por departamento: Santander 2007. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/salud/Documents/Santander.pdf>
14. Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la diabetes Mellitus no insulino dependiente. ALAD-IDF, Ediciones Mayo Argentina. 2000.
15. Bottazzo GF. On the honey disease. Diabetes 1993; 42: 778-800. Christi MR, Tun RY, et al. Antibodies to GAD and tryptic fragments of

islet 64 K antigen as distinct markers for development of IDDM. Studies with identical twins. *Diabetes* 1992; 41: 782-787.

16. Declaración de Cancún del Grupo de Estudio Latinoamericano sobre Diabetes en el Niño y el Adolescente 1997 (GELADNA). Referencia incompleta, año? Referencia web <http://www.ispad.org/cancun.htm>.
17. Goldstein DE, Little RR, Wiedmeyer M. Glicated haemoglobin estimation in the 1990s: a review of assay methods and clinical interpretation.
18. Bodansky HJ, Wolf E, et al. Genetic and immunologic factors in microvascular disease in type 1 insuline dependent diabetes. *Diabetes*, 1982, 31, 70-74
19. Tournant F, Heurtier A, Bosquet F et Grimaldi A. Classification du diabète sucré. Critères diagnostiques et dépistage.
20. López MJ, Oyarzabal, M, Rodríguez Rigual M. Tratamiento de la diabetes mellitus en la infancia y la adolescencia. Tratado de endocrinología pediátrica. 3º edic. 2002; 65: 1131-1149.
21. Schmidt, MI, et al., The dawn phenomenon, an early morning glucose rise: implications for diabetic intraday blood glucose variation. *Diabetes Care*, 1981. 4 (6): 579-85.
22. Slama, G. and G. Tchobroutsky, [Human insulin: therapeutic progress?]. *Ann Med Interne (Paris)*, 1985. 136 (2): 89-90.
23. Boord, JB, et al., Practical management of diabetes in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001. 164(10 Pt 1): 1763-7.

24. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JI, Wall BM. *Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes*. Diabetes Care. 2001 Jan; 24 (1): 131-53
25. Thompson PD, Buchner D, Piña IL, Balady GJ, Williams MA, Marcus BH et al. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. A Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). Circulation. 2003; 107:3109-3116.
26. Estrategia regional de enfermedades crónicas CARMEN. Organización Panamericana de la Salud. Noviembre 2007.
27. Leonelo E. Bautista, Myriam Oróstegui, Lina M. Vera, Gloria E. Prada, Luis C. Orozco and Oscar F. Herrán. Prevalence and impact of cardiovascular risk factors in Bucaramanga, Colombia: results from the Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme (CINDI/CARMEN) baseline Survey. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2006, Vol 13 No 5.
28. Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001.
29. Haynes RB. Determinants of compliance: *The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins. University Press, 1979.
30. 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.

- 31.** Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización mundial de la salud. 2004.
- 32.** Timmreck TC, Randolph JF. Smoking cessation: clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*, 1993, 48:63-66.
- 33.** Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.
- 34.** García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 13-19. Málaga, España.
- 35.** Grupo de Trabajo en Hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Madrid: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial; 1996.
- 36.** MacFadyen RJ, Struthers AD. The practical assessment of compliance with ACE-Inhibitor therapy-a novel approach. *J Cardiovasc Pharmacol* 1997; 29:119-24.
- 37.** Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.
- 38.** Liljas B, Lahdensuo A. Is asthma self-management costeffective? *Patient Education & Counseling*, 1997, 32:S97-S104.

39. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1775-1779.
40. Wagner EH et al. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:182-189.
41. Newell SA, Bowman JA, Cockburn JD. Can compliance with nonpharmacologic treatments for cardiovascular disease be improved? *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18:253-261.
42. Bloom BS. Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clinical Therapeutics*, 1998, 20:671-681.
43. Edmonds D et al. Does self-measurement of blood pressure improve patient compliance in hypertension? *Journal of Hypertension*, 1985, (Suppl) 3:S31-S34.
44. Taggart VS et al. You can control asthma: evaluation of an asthma education program for hospitalized inner-city children. *Patient Education & Counseling*, 1991, 17:35-47.
45. Sommaruga M et al. The effects of a cognitive behavioural intervention in asthmatic patients. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 1995, 50:398-402.
46. Stason WB et al. Effectiveness and costs of veterans affairs hypertension clinics. *Medical Care*, 1994, 32:1197-1215.

- 47.** Gozzoli V et al. Economic and clinical impact of alternative disease management strategies for secondary prevention in type 2 diabetes in the Swiss setting. *Swiss Medical Weekly*, 2001, 131:303-310.
- 48.** McCulloch DK et al. Improvement in diabetes care using an integrated population-based approach in a primary care setting. *Disease Management*, 2000, 3:75-82.
- 49.** Silva, G. Galeano, E. Correa, J. Adherencia al tratamiento, Implicaciones de la no adherencia. *Acta médica Colombiana*. Vol. 30 N° 4. Octubre – Diciembre 2005. Bogotá, D.C.
- 50.** Martín, L. Acerca del concepto de Adherencia terapéutica. Escuela nacional de Salud pública. *Rev Cubana Salud pública* 2004; 30 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
- 51.** Informe de Mortalidad y Morbilidad por causas específicas. Estadísticas sanitarias mundiales 2009. Organización mundial de la salud. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table2.pdf
- 52.** Rubiera, G. Riera, J. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del modelo de cuidados para enfermedades crónicas. *Aten Primaria* 2004; 34(4):206-9. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_170.htm
- 53.** Organización mundial de la salud. Organización panamericana de la salud. 42° Consejo directivo. 52° sesión del comité regional. Punto 4.7 del orden del día provisional. Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000. CD42/11 (Esp.) 18 Julio 2000.
- 54.** Beaglehole, R. Lefèbvre, P. ¡Actuemos ya! Contra la Diabetes.

Organización Mundial de la Salud. Federación Internacional de Diabetes. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/actionnow/Booklet_final_version_in_spanish.pdf

- 55.** Ortiz, M. Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Méd Chile 2007; 135: 647-652.
- 56.** Interventions to improve patient adherence with medications for Chronic Cardiovascular Disorders. Special report. Technology Evaluation Center. BlueCross BlueShield Association, 2003. Disponible en: http://www.bcbs.com/tec/vol18/18_12.html
- 57.** Martín, L. Sairo M. Bayarre, H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes Hipertensos. Revista cubana Med Gen Integr 2003;19(2).
- 58.** Martín, L. Bayarre, H. Matos, Y. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Revista Cubana de Salud Pública. Volumen 33, Número 3. La Habana Julio/Septiembre 2007.
- 59.** Green CJ, Fortin P, Maclure M, Macgregor A, Robinson S. Information system support as a critical success factor for chronic disease management: Necessary but not sufficient. 2006 Dec;75(12):818-28. Epub 2006 Aug 17. School of Health Information Science, University of Victoria, Victoria, BC, Canada. carolyngreen@shaw.ca
- 60.** Ciccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, Rollo R, Caldarola P, Giorgino F, Pomo V, Bux F. Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary

health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). Section of Cardiovascular Disease, Department of Emergency and Organ Transplantation, School of Medicine, University of Bari, Policlinico, Bari, Italy. ciccone@cardio.uniba.it. *Vasc Health Risk Manag.* 2010 May 6; 6:297-305

- 61.** Marcum ZA, Handler SM, Boyce R, Gellad W, Hanlon JT. Medication misadventures in the elderly: a year in review. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2010 Feb;8(1):77-83. Department of Medicine, School of Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania 15213, USA.
- 62.** Okuyan E, Uslu A, Levent MO, Sahin I, Dinckal MH. Caring of ST-elevation myocardial infarction patients in rural community hospital settings: determinants of in-hospital mortality. *Aust J Rural Health.* 2010 Aug;18(4):173-8. Serife Baci State Hospital, Kastamonu, Turkey. dreokuyan@hotmail.com
- 63.** Tindle H, Davis E, Kuller L. Attitudes and cardiovascular disease. *Maturitas.* 2010 Oct;67(2):108-13. Division of General Internal Medicine, University of Pittsburgh, 230 McKee Place, Suite 600, Pittsburgh, PA 15213, USA. tindleha@upmc.edu
- 64.** Daviglius ML, Lloyd-Jones DM, Pirzada A. Preventing cardiovascular disease in the 21st century: therapeutic and preventive implications of current evidence. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2006;6(2):87-101. Department of Preventive Medicine, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois 60611, USA. daviglus@northwestern.edu
- 65.** Song MS, Kim HS. Intensive management program to improve glycosylated hemoglobin levels and adherence to diet in patients with

type 2 diabetes. Department of Nursing, College of Korean Medicine, Dongshin University, Jeonnam 520-714, Korea. *Appl Nurs Res.* 2009 Feb;22(1):42-7.

- 66.** Song MS, Kim HS. Effect of the diabetes outpatient intensive management programme on glycaemic control for type 2 diabetic patients. *J Clin Nurs.* 2007 Jul;16(7):1367-73.
- 67.** Mark A. Munger, PharmD, *Professor*, Benjamin W. Van Tassell, PharmD, *Clinical Cardiovascular Experimental Pharmacology Fellow*, and Joanne LaFleur, PharmD, MSPH, *Research Assistant Professor*. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. *MedGenMed.* 2007; 9(3): 58. Published online 2007 September 19.
- 68.** Harmon G, Lefante J, Krousel-Wood M. *Curr Opin Cardiol.* 2006. Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. Jul;21(4):310-5.
- 69.** Krousel-Wood M, Hyre A, Muntner P, Morisky D. Methods to improve medication adherence in patients with hypertension: current status and future directions. *Curr Opin Cardiol.* 2005 Jul;20(4):296-300.
- 70.** Garfield S, Barber N, Walley P, Willson A, Eliasson L. Quality of medication use in primary care--mapping the problem, working to a solution: a systematic review of the literature. *BMC Med.* 2009 Sep 21;7:50.
- 71.** Stainkey LA, Seidl IA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *BMC Health Serv Res.* 2010 Nov 4;10:303.

- 72.** Bowling A, Stramer K, Dickinson E, Windsor J, Bond M. Evaluation of specialists' outreach clinics in general practice in England: process and acceptability to patients, specialists, and general practitioners. *J Epidemiol Community Health*. 1997 Feb;51(1):52-61.
- 73.** Bowling A, Bond M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. *am* 2001 Apr;51(465):264-9.
- 74.** Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ*. 2010 Oct 12;341:5004. doi: 10.1136/bmj.c5004. University of Bristol, Bristol BS8 2AA, UK. c.salisbury@bristol.ac.uk
- 75.** Steurer-Stey C, Rosemann T. Chronic care model: an evidence-based approach to caring for people with chronic disease. Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Universitätsspital Zürich und mediX Gruppenpraxis, Zürich. claudia.stey@usz.ch. *Praxis* (Bern 1994). 2010 May 26;99(11):655-9
- 76.** Green CJ, Fortin P, Maclure M, Macgregor A, Robinson S. Information system support as a critical success factor for chronic disease management: Necessary but not sufficient. *Int J Med Inform*. 2006 Dec;75(12):818-28. Epub 2006 Aug 17. School of Health Information Science, University of Victoria, Victoria, BC, Canada. carolyngreen@shaw.ca
- 77.** Nellessen E, Lancellotti P, Piérard LA. Treatment adherence to guidelines for the management of chronic heart failure. Service de Cardiologie, CHU de Liège, Belgique. *Rev Med Liege*. 2010 May-Jun;65(5-6):285-9.
- 78.** Kendall E, Sunderland N, Muenchberger H, Armstrong K. When

guidelines need guidance: considerations and strategies for improving the adoption of chronic disease evidence by general practitioners. Centre of National Research on Disability and Rehabilitation, Griffith Institute of Health & Medical Research, Griffith University, Meadowbrook, Queensland, Australia. *J Eval Clin Pract.* 2009 Dec;15(6):1082-90. e.kendall@griffith.edu.au

- 79.** Doggrell SA. Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: does intervention by an allied health professional help?. *Drugs Aging.* 2010 Mar 1;27(3):239-54. doi: 10.2165/11532870-000000000-00000. School of Life Sciences, Queensland University of Technology, Brisbane, Queensland, Australia. sheila.doggrell@qut.edu.au.
- 80.** Gandara E, Moniz TT, Dolan ML, Melia C, Dudley J, Smith A, Kachalia A. Improving adherence to treatment guidelines: a blueprint. *Crit Pathw Cardiol.* 2009 Dec;8(4):139-45. Division of General Medicine and Primary Care, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA.
- 81.** Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006 Dec 6;296(21):2563-71. Epub 2006 Nov 13. Department of Pharmacy, Walter Reed Army Medical Center, Washington, DC 20307-5001, USA.
- 82.** Menzin J, Korn JR, Cohen J, Lobo F, Zhang B, Friedman M, Neumann PJ. Relationship between glycemic control and diabetes-related hospital costs in patients with type 1 or type 2 diabetes mellitus. *J Manag Care Pharm.* 2010 May;16(4):264-75. Boston Health Economics, Inc., 20 Fox Rd., Waltham, MA 02451, USA. jmenzin@bhei.com

- 83.** Criswell TJ, Weber CA, Xu Y, Carter BL. Effect of self-efficacy and social support on adherence to antihypertensive drugs. *Pharmacotherapy*. 2010 May;30(5):432-41. Department of Pharmacy Practice and Science, College of Pharmacy, University of Iowa, Iowa City, Iowa 52242, USA.
- 84.** Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murray MD. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy*. 2006 Apr;26(4):483-92. Department of Pharmacy Practice, Purdue University School of Pharmacy and Pharmacal Sciences, Indianapolis, Indiana, USA.
- 85.** Katon W, Russo J, Lin EH, Heckbert SR, Karter AJ, Williams LH, Ciechanowski P, Ludman E, Von Korff M. Diabetes and poor disease control: is comorbid depression associated with poor medication adherence or lack of treatment intensification? *Psychosom Med*. 2009 Nov;71(9):965-72. Epub 2009 Oct 15. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Box 356560, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA 98195-6560, USA. wkaton@u.washington.edu
- 86.** Schmittdiel JA, Uratsu CS, Karter AJ, Heisler M, Subramanian U, Mangione CM, Selby JV. Why don't diabetes patients achieve recommended risk factor targets? Poor adherence versus lack of treatment intensification. *J Gen Intern Med*. 2008 May;23(5):588-94. Epub 2008 Mar 4. Division of Research, Kaiser Permanente Medical Care Program, Oakland, CA, USA. Julie.A.Schmittdiel@kp.org
- 87.** Roccatagliata D, Avanzini F, Monesi L, Caimi V, Lauri D, Longoni P, Marchioli R, Tombesi M, Tognoni G, Roncaglioni MC; Collaborative Group Risk and Prevention Study. Is global cardiovascular risk considered in current practice? *Treatment and control of hypertension,*

hyperlipidemia, and diabetes according to patients' risk level. *Vasc Health Risk Manag.* 2006;2(4):507-14. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano, Italy.

- 88.** Filippi A, Paolini I, Innocenti F, Mazzaglia G, Battaglia A, Brignoli O. Blood pressure control and drug therapy in patients with diagnosed hypertension: a survey in Italian general practice. *J Hum Hypertens.* 2009 Nov;23(11):758-63. Epub 2009 Feb 26. Italian College of General Practitioners, Via del Pignoncino, Florence, Italy. filippi.alessandro@simg.it
- 89.** Düsing R. Optimizing blood pressure control through the use of fixed combinations. *Vasc Health Risk Manag.* 2010 May 25;6:321-5. Medizinische Klinik und Poliklinik 1, Bonn, Germany. duesing@uni-bonn.de
- 90.** Zaninelli A, Kaufholz C, Schwappach D. Physicians' attitudes toward post-MI aspirin prophylaxis: findings from an online questionnaire in Europe and Latin America. *Postgrad Med.* 2009 Nov;121(6):44-53. University of Florence, School of Medicine, Florence, Italy. zaninelli@interac.it
- 91.** Pérez R, Reyes H, Doubova SV, Zepeda M, Díaz G, Peña A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(6):511-7.
- 92.** Matos Y, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.23 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007

- 93.** Silbeman P, Ruggero S, Perruza F y otros. Saberes previos y adherencia terapéutica en Hipertensión. Departamento de salud familiar y comunitaria. Centro de salud "Leonor Capelli". Revista científica de la AMBB, Abril-Junio, 2006. Volumen 16 N°2. Bahía Blanca. Argentina.
- 94.** Ortiz M. Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Revista Médica de Chile 2007; 135: 647-652.
- 95.** López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2003;45:259-268.
- 96.** González T. Deschappelles E. Rodríguez V. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTRÉS. UNA EXPERIENCIA. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Cubana Med Milit 2000;29(1):26-9
- 97.** Rivera, L. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. Rev. Salud pública. 8 (3):235-247, 2006.
- 98.** Velandia, A. Rivera, L. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Unidad de Cuidado Intermedio, Hospital Tunjuelito. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 11(4): 538-548, 2009.
- 99.** Ortega, J. Intervenciones Preventivas para el Manejo de la Hipertensión Arterial en Colombia 1998-2005. Secretaría Distrital de

Salud de Bogotá, Colombia. Revista Salud publica. 10(2):322-331, Mayo 2008.

- 100.** Herrera, N. Gutiérrez, M. Ballesteros M. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Rev. Salud pública. 12 (3): 343-355, 2010
- 101.** Barceló, A. Robles, S. White, F. Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. Rev Panamá Salud Pública/Pan Am J Public Health 10(5), 2001.
- 102.** Ortiz, M. Ortiz E. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. Rev. Méd. Chile 2005; 133: 307-313.
- 103.** Fuentes L. Muñoz A. Efectos de una intervención integral en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad de la Región de Los Ríos. Rev. Med Chile 2010; 138: 974-981
- 104.** Colunga, C. García J. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Rev. Cubana Salud Pública v.34 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008.
- 105.** García, R. Suárez R. Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. Instituto Nacional de Endocrinología, Centro de Atención al Diabético. Rev. Cubana Salud Pública 2007; 33(2).
- 106.** Acosta, M. Debs G. y otros. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Policlínico "Mártires de Corinthy". Instituto de Cardiología y Cirugía

Cardiovascular. Rev. Cubana Enfermer 2005; 21(3).

- 107.** García, J. Delgado, P. Pérez, C. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. Trabajos Originales. Rev. Cubana Salud Pública.
- 108.** Rodríguez, C. Castaño, C. García, L. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Unidad de Investigación. Centro de salud La Alamedilla. Salamanca. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 441-452.
- 109.** García, L. Gómez, M. Riesgo cardiovascular del paciente hipertenso con seguimiento prolongado en atención primaria. El efecto del envejecimiento (ciclo risk study). Rev. Esp Salud Pública 2007; 81: 365-373
- 110.** Maciá, C. Ronzón, A. La prevención primaria con aspirina de enfermedades cardiovasculares en personas diabéticas. Revisión de las pruebas disponibles. Rev. Esp Salud Pública 2006; 80: 613-620
- 111.** Marín, F. Rodríguez, M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública Mex 2001; 43:336-339.
- 112.** Doubova S, Pérez R. Satisfacción en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial atendidos en clínicas de medicina familiar en México. Salud Pública Mex 2009; 51:231-239.
- 113.** Durán, B. Rivera, B. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Revista Salud Pública Mex 2001; 43:233-236. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

- 114.** Castro A. Reyes H. Evaluación de un programa de educación médica continúa para la atención primaria en la prescripción de hipoglucémicos. *Revista Salud Pública Mex* 2008; 50 supl 4:S445-S452.
- 115.** Salinas-Martínez AM, Amaya-Alemán MA, Arteaga-García JC, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel. *Revista Salud Pública Mex* 2009; 51:48-58.
- 116.** Rodríguez Artalejo, F. Rey Calero, J. La prevención secundaria de la enfermedad Cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. *Rev. ESP Salud Pública* 1999; 73: 441-443. N.º 4 - Julio-Agosto 1999.
- 117.** Carmona Lavado, A. LA TEORÍA DE LOS DOS FACTORES EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE *Investigaciones Europeas*, Vol. 4, W 1, 1998, pp. 53-80 55
- 118.** Calderón García R. Escuelas de teoría administrativa. Licenciatura en educación. Universidad de Guadalajara. México 2005. Disponible en: <http://148.202.105.241/biblioteca/bitstream/20050101/895/1/>
- 119.** Koontz, H. Wehrich, H. Administración una perspectiva global y empresarial. McGraw-Hill Interamericana. Decimotercera edición. 2008.
- 120.** Valdés, L. Diagrama causa-efecto y presentación de resultados. Posgrado de facultad de contaduría y Administración. Desarrollo y evaluación de la calidad. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. Disponible en: http://api.ning.com/files/GI*DqBlf-edlh8yJelbHWb3f7291sIBI4jZlZop60x9wVgcmXisd-Or49aoU-Sx9VUys893DnWuWktFwUqSt61PoUNXmXAnl/Espinadepescado.pdf

ANEXOS

Anexo 1.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: UNA REVISIÓN CRÍTICA ORIENTADA A LAS CAUSAS DE NATURALEZA ADMINISTRATIVA

Artículo	Objetivo	Metodología	Resultados	Observaciones
1	To identify critical success factors enabling the translation of clinical and operational knowledge about effective and efficient chronic care management into primary care practice.	A prospective case study of positive deviants using key informant interviews, process observation, and document review.	A web-based CDM 'toolkit' was found to be a direct CSF that allowed this group of physicians to improve their practice by tracking patient care processes using evidence-based clinical practice guideline-based flow sheets. Moreover, the information and communication technology 'factor' was sufficient for success only as part of a set of seven direct CSF components including: health delivery system enhancements, organizational partnerships, funding mechanisms, project management, practice models, and formal knowledge translation practices. Indirect factors that orchestrated success through the direct factor components were also identified. A central insight of this analysis is that a comprehensive quality improvement model was the CSF that drew this set of factors into a functional framework for successful knowledge translation.	Administrativo (Canadá) Comunicación y tecnología.
2	Project Leonardo represented a feasibility study to evaluate the impact of a disease and care management (D&CM) model and of the introduction of "care manager" nurses, trained in this specialized role, into the primary health care system.	Thirty care managers were placed into the offices of 83 general practitioners and family physicians in the Apulia Region of Italy with the purpose of creating a strong cooperative and collaborative "team" consisting of physicians, care managers, specialists, and patients. The central aim of the health team collaboration was to empower 1,160 patients living with cardiovascular disease (CVD), diabetes, heart failure, and/or at risk of cardiovascular disease (CVD risk) to take a more active role in their health. With the support of dedicated software for data collection and care management decision making, Project Leonardo implemented guidelines and recommendations for each condition aimed to improve patient health outcomes and promote appropriate resource utilization.	Results show that Leonardo was feasible and highly effective in increasing patient health knowledge, self-management skills, and readiness to make changes in health behaviors. Patient skill-building and ongoing monitoring by the health care team of diagnostic tests and services as well as treatment paths helped promote confidence and enhance safety of chronic patient management at home. Physicians, care managers, and patients showed unanimous agreement regarding the positive impact on patient health and self-management, and attributed the outcomes to the strong "partnership" between the care manager and the patient and the collaboration between the physician and the care manager. Future studies should consider the possibility of incorporating a patient empowerment model which considers the patient as the most important member of the health team and care managers as key health care collaborators able to enhance and support services to patients provided by physicians in the primary health care system.	Paciente (Italia) Conocimiento acerca de la enfermedad genera cambios en el estilo de vida en la persona.
3	This paper reviews recent articles examining medication misadventures that can be defined as medication errors and adverse drug events in the elderly.	MEDLINE and International Pharmaceutical Abstracts were searched for articles published in English in 2009 using a combination of the terms medication errors, medication adherence, suboptimal prescribing, monitoring, adverse drug events, adverse drug withdrawal events, therapeutic failure, and aged. A manual search of the reference lists of the identified articles and the authors' article files, book chapters, and recent reviews was conducted to identify additional	The search identified 5 unique studies relating to medication misadventures in the elderly. A cross-sectional study found that a new 8-item paper-and-pencil adherence survey-the Morisky Medication Adherence Scale-was significantly associated with antihypertensive drug pharmacy refill adherence (P < 0.05). A cross-sectional study of medication discrepancies that occurred during transition from the hospital to a nursing home found discrepancies in almost 75% of patients. A randomized controlled trial of a computer-generated decision support intervention to reduce potentially inappropriate prescribing in an emergency department found that the intervention was associated with a significant reduction in prescriptions for such medications (P = 0.02). One study found that patients	Enfermedad y Administrativo (USA) Calidad y cumplimiento en la toma del medicamento.

		publications. Those studies that described unique approaches to evaluating medication misadventures in the elderly were included in the review.	who were taking digoxin and had been hospitalized during the previous 2 months were at significantly increased risk for additional hospitalizations due to digoxin toxicity. A survey study of Medicare beneficiaries found that use of multiple types of inappropriate medications was a risk factor for self-reported adverse drug events, independent of the number of medications taken.	
4	Cardiovascular disease contributes more than three quarters of all cardiovascular deaths worldwide. Adherence to myocardial infarction (MI) guidelines might not be possible in many rural hospitals. We aim to share our three-year experience in rural settings regarding to ST-elevation MI (STEMI) patients particularly by focusing on determinants of in-hospital mortality.	We retrospectively analysed our data for 559 acute STEMI patients admitted to our coronary care unit in Kastamonu city, Turkey between August 2004 and August 2007. Key demographic and clinical characteristics and data regarding symptom duration, prehospital transfer settings and insurance status were collected. Killip classes and in-hospital therapy of all patients were recorded.	A total of 54 patients (9.66%) died within the hospitalisation period. Multivariate analysis revealed that advanced age > 65 years, late admission, hypotension at presentation, killip class > 2, anterior location, posterior location, lack of fibrinolysis and cardiogenic shock were independent predictors of in-hospital mortality. In rural hospital settings, clinical resources and transfer facilities are limited. Therefore, improvement of early transfer and prehospital fibrinolysis capabilities should decrease mortality.	Administrativo (Turquía) Recursos e instalaciones de transferencia limitados.
5	Revisión de tema	Revisión de tema	Psychological attitudes are prospectively related to cardiovascular disease (CVD), but a causal relationship has not been demonstrated. Trait optimism/pessimism (positive or negative future expectation, respectively), and cynical hostility (mistrust of people), are attitudes with features of personality traits. These attitudes may affect CVD risk in several ways, by influencing an individual's (1) adoption of health behaviors, (2) maladaptive stress responding resulting in direct alteration of physiology (i.e., autonomic dysfunction, thrombosis, arrhythmias), (3) development of traditional CVD risk factors, and (4) lack of adherence to therapy in both primary and secondary prevention. More adaptive attitudes may favorably influence CVD risk at each of these critical junctures. The genetic and environmental (i.e., social, economic, racial/ethnic) determinants of attitudes have not been extensively studied. In addition, it is important to understand how some of these environmental determinants may also moderate the association between attitudes and CVD. Clinical trials to modify attitudes for CVD risk reduction (either by reducing negative attitudes or by increasing positive attitudes) are difficult to conduct, but are necessary to determine whether attitudes can indeed be modified, and if, so, to quantify any CVD-related benefits. To address these questions we present a broad, multidisciplinary research agenda utilizing mixed methods and integrating principles of epidemiology, genetics, psychophysiology, and behavioral medicine over the lifecourse (first figure). This overview focuses on attitudes and CVD, but has broader implications for understanding how psychological factors relate to chronic diseases of adulthood.	Persona (USA) Actitudes psicológicas frente a la enfermedad
6	Revisión de tema	Revisión de tema	Cardiovascular disease (CVD), particularly coronary heart disease (CHD), remains a major cause of mortality, morbidity, and disability in the US and other Westernized societies. As a result of therapeutic and preventive measures to control the CVD/CHD epidemic, mortality has declined steadily during the last several decades with a consequent gain in life expectancy, but the 1990s	Administrativo (USA) Aumento de pacientes

			<p>witnessed a slowing of this decline. In response to these trends, a range of therapeutic regimens were developed to address adverse CVD risk factor levels and their deleterious effects. The scientific evidence regarding the efficacy, cost effectiveness, strengths, and limitations of a range of pharmacologic and lifestyle approaches to CVD prevention--both primary and secondary--are reviewed in depth. Clinical trials aimed at primary and secondary prevention of CVD have documented the efficacy and cost effectiveness of various drugs in lowering individual risk factor levels and in reducing clinical CVD events. More recently, the idea of a 'polypill' containing low doses of multiple drugs has generated much interest, with proponents arguing that, given the high prevalence of CVD risk factors and the effectiveness of pharmacologic interventions, such a drug combination would reduce CHD mortality by 88% if taken by all individuals aged > or = 55 years. However, current treatments to control high BP and serum cholesterol, while effective, do not typically reduce morbidity and mortality to levels observed in low-risk individuals, i.e. those with favorable levels of all readily measured major risk factors. Rather, primary prevention of all major risk factors starting early in life is critical. Prospective population-based research has delineated multiple long-term benefits associated with low-risk status in young adulthood and middle age, i.e. markedly lower age-specific CVD and total mortality rates, increased life expectancy, lower healthcare costs, lower medication use and prevalence of chronic diseases, and higher self-reported quality of life at older ages. Unfortunately, despite declines in the prevalence of most major CVD risk factors, low-risk status remains rare among US adults. Data have also demonstrated that adverse levels of one or more major risk factors precede clinical CHD in 90% or more of all cases, undermining the assertion that major CVD risk factors account for 'no more than 50%' of CHD cases. Hence, while numerous treatment options exist for secondary prevention of CVD, strategies that focus on progressively increasing the proportion of low-risk individuals could greatly reduce the need for secondary prevention in the first place. Public health policies must focus on prevention of all major risk factors simultaneously, using lifestyle approaches from early ages onwards to reduce population CVD risk to endemic levels, rather than current epidemic levels.</p>	<p>en programas de prevención secundaria (RCV).</p>
7	Revisión de tema	Revisión de tema	<p>This study investigated the effects of a diabetes outpatient intensive management program (DOIMP) on glycosylated hemoglobin (HbA(1)c) levels and adherence to diabetes control recommendations over a 12-week follow-up period for patients with diabetes. The DOIMP was composed of multidisciplinary diabetes education, complication monitoring, and telephone counseling. Twenty-five patients in the intervention group participated in the DOIMP, whereas 24 in the control group were briefed on the conventional description of diabetes mellitus by diabetes education nurses. Patients in the intervention group decreased their mean HbA(1)c levels by 2.3%, as compared with 0.4% in the control group. There was a significant increase in adherence to diet for the intervention group as compared with the control group. These findings indicate that the DOIMP can improve HbA(1)c levels and adherence to diet in patients with type 2 diabetes.</p>	<p>Administrativo (Korea)</p> <p>Educación en la enfermedad, seguimiento HbA1C y asesoramiento telefónico.</p>

8	The purpose of this study was to examine the effect of the diabetes outpatient intensive management programme (DOIMP) on glycaemic control over a 12 week follow-up period for type 2 diabetic patients in Korea.	DOIMP was composed of multidisciplinary education, complication monitoring and telephone counselling. Twenty-five patients in the intervention group participated in the DOIMP and 24 patients in the control group were briefed on the conventional description of diabetes mellitus by diabetes education	Patients in the intervention group had a mean decrease of 2.3%, which those in the control group having a mean decrease 0.4% in glycosylated haemoglobin (HbA(1)c). There was no difference between the two groups in the change in fasting blood glucose (FBG) and two-hour postprandial blood glucose (2-h PBG). The proportion of the patients with HbA(1)c <7% was higher in the intervention group than in the control group at the post-test compare with the pretest.	Administrativo (Korea) Adecuado seguimiento con HBA1C
9	Revisión de tema	Revisión de tema	Drug costs also provide another barrier to adherence with drug therapy. Although the high cost of drug acquisition can be an obstacle to adherence, results of a cross-sectional study of Medicaid recipients illustrates the detrimental effects of even modest tiered copayments on prescription fill rates. Among patients who rated their health as fair, residents of states that require prescription copayments filled nearly 40% fewer prescriptions than their counterparts in non-copay states. Among those who rated their health as poor, the difference was 27%. The high cost of antihypertensive medications also contributes to nonadherence in developing countries. For example, 93% of patients in Ghana were noncompliant with their antihypertensive regimens, and 96% of these patients cited unaffordable drug prices as the main reason. Ambrosioni and colleagues suggest that low-dose combination therapy should be considered a cost-effective method to ensure universal improvements in tolerability, efficacy, and adherence with antihypertensive medication (a major global health economic burden). Another economic factor that can lead to nonadherence is the presence of restricted formularies, which may necessitate a switch to a cheaper but less well-tolerated antihypertensive agent within the same therapeutic class. Differential adherence to long-term antihypertensive drug therapy can translate to higher healthcare costs and increased healthcare needs. Patients in a California Medicaid program who interrupted their antihypertensive treatment within the first year had higher healthcare expenses centered around increased rates of hospitalization. Sokol and colleagues recently reported that increased adherence with antihypertensive medication can result in decreased healthcare utilization if treatment follows a guidelines-based therapy. In addition, a study in the United Kingdom of patients with newly diagnosed hypertension showed that switching and discontinuation of the initial therapy led to an excess expenditure of £ 26.9 million per year (approximately \$53 million). A similar analysis in a tertiary hypertension clinic showed that switching to an alternative drug treatment resulted in \$1333 in additional medical care costs over the next 12 months. Additional costs were accrued by blood pressure monitoring and laboratory costs.	Administrativo (USA) Copago por medicamentos
10	To provide an overview of recent research assessing the role of physicians and other healthcare providers in facilitating improvements in patient adherence to antihypertensive medications, to provide a	Revisión de tema	Several recent studies have highlighted the role of the healthcare provider in improving patient adherence to antihypertensive therapy. Opportunities exist for providers to improve communication that enhances patients' understanding of their disease and its treatment, to tailor interventions based on whether patients are intentionally or unintentionally non-adherent, to assess and treat side-effects such as erectile dysfunction, to switch to less costly generic alternatives, and to reduce the complexities of medication regimens.	Administrativo (USA) Comunicación entre el profesional y paciente; mejora adherencia.

	framework for addressing patient adherence to antihypertensive therapy, and to propose future directions for assessing the risk of poor adherence in clinical settings.		Poor adherence to prescribed therapies is common in patients with hypertension, and should be considered in the evaluation of the hypertensive patient with poor blood pressure control. When initiating treatment in patients newly diagnosed with hypertension and when monitoring patients with existent disease, providers should identify barriers to medication adherence and actively engage patients in shared decision-making regarding their treatment. These activities will facilitate adherence, which may lead to improved outcomes for patients with hypertension and other chronic cardiovascular diseases.	
11	Efficacious pharmacologic treatments are available for the management of hypertension, yet only about 50% of patients treated with antihypertensive medications have their blood pressure controlled. A key factor contributing to poor blood pressure control is suboptimal adherence to prescribed therapy.	Revisión de tema	Several recent systematic reviews and meta-analyses have attempted to quantify the effectiveness of various methods to improve adherence. As a result of the multiple factors influencing medication adherence, a patient-centered approach that tailors interventions aimed at overcoming barriers to adherence may be necessary. Physicians and other health care professionals should consider nonadherence to medication when evaluating a patient with poor blood pressure control. In selecting an intervention to improve compliance to medications, clinicians should consider engaging the patient in an intervention that overcomes patient-specific barriers. Future research should target development of adherence models, which simultaneously examine the effects and interactions of social, psychological, and biologic variables on antihypertensive medication adherence.	Persona (USA) Factores sociales, psicológicos y biológicos influyen en la adherencia.
12	In this paper we wished to conduct a systematic review of the literature, in order to map out the medication system with its associated errors and failures in quality, to assess the strength of the evidence and to use approaches from quality management to identify ways in which the system could be made safer.	We mapped out the medicines management system in primary care in the UK. We conducted a systematic literature review in order to refine our map of the system and to establish the quality of the research and reliability of the system.	The map demonstrated that the proportion of errors in the management system for medicines in primary care is very high. Several stages of the process had error rates of 50% or more: repeat prescribing reviews, interface prescribing and communication and patient adherence. When including the efficacy of the medicine in the system, the available evidence suggested that only between 4% and 21% of patients achieved the optimum benefit from their medication. Whilst there were some limitations in the evidence base, including the error rate measurement and the sampling strategies employed, there was sufficient information to indicate the ways in which the system could be improved, using management approaches. The first step to improving the overall quality would be routine monitoring of adherence, clinical effectiveness and hospital admissions. By adopting the whole system approach from a management perspective we have found where failures in quality occur in medication use in primary care in the UK, and where weaknesses occur in the associated evidence base. Quality management approaches have allowed us to develop a coherent change and research agenda in order to tackle these, so far, fairly intractable problems.	*Enfermedad* Reino Unido Calidad del medicamento y una adecuada prescripción.
13	Revisión de tema	Revisión de tema	OUR PROBLEM: The length of wait lists to access specialist clinics in the public system is problematic for Queensland Health, general practitioners and patients. To address this issue at The Townsville Hospital, the GP Liaison Officer, GPs and hospital staff including specialists, collaborated to develop a process to review patients waiting longer than two years. GPs frequently send referrals to public hospital specialist clinics. Once received, referrals are triaged to Category A, B or C depending on clinical criteria resulting in appointment timeframes of 30, 90 or 365 days for each category, respectively. However, hospitals often fail to meet	Administrativo Australia Dificultad en la oportunidad de la cita en clínicas de

			<p>these targets, creating a long wait list. These wait listed patients are only likely to be seen if their condition deteriorates and an updated referral upgrades them to Category A. PROCESS TO ADDRESS THE PROBLEM: A letter sent to long wait patients offered two options 1) take no action if the appointment was no longer required or 2) visit their GP to update their referral on a clinic specific template if they felt the referral was still required. Local GPs were advised of the trial and provided education on the new template and minimum data required for specialist referrals. WHAT HAPPENED: In 2008, 872 letters were sent to long wait orthopaedic patients and 101 responded. All respondents were seen at specially arranged clinics. Of these, 16 patients required procedures and the others were discharged. In 2009 the process was conducted in the specialties of orthopaedics, ENT, neurosurgery, urology, and general surgery. Via this new process 6885 patients have been contacted, 633 patients have been seen by public hospital specialists at specially arranged clinics and 197 have required a procedure. LEARNINGS: Since the start of this process in 2008, the wait time to access a specialist appointment has reduced from eight to two years. The process described here is achievable across a range of specialties, deliverable within the routine of the referral centre and identifies the small number of people on the long wait list in need of a procedure.</p>	especialistas.
14	<p>The wider study aimed to evaluate specialists' outreach clinics in relation to their costs, processes, and effectiveness, including patients' and professionals' attitudes. The data on processes and attitudes are presented here.</p>	<p>Self administered questionnaires were drawn up for patients, their general practitioners (GPs) and specialists, and managers in the practice. Information was sought from hospital trusts. The study formed a pilot phase prior to a wider evaluation.</p> <p>Nine outreach clinics in general practices in England, each with a hospital outpatient department as a control clinic were studied.</p>	<p>The processes of care (waiting times, patient satisfaction, convenience to patients, follow up attendances) were better in outreach than in outpatients' clinics. However, waiting lists were only significantly reduced for gynaecology patients, despite both GPs and consultants reporting reduced waiting lists for patients as one of the main advantages of outreach. Whether these improvements merit the increased cost to the specialists (in terms of their increased travelling times and time spent away from their hospital base) and whether the development of what is, in effect, two standards of care between practices with and without outreach can be stemmed and the standard of care raised in all practices (eg, by sharing outreach clinics between GPs in an area) remain the subject of debate. As the data were based on the pilot study, the results should be viewed with some caution, although statistical power was adequate for comparisons of sites if not specialties.</p>	<p>Administrativo (Inglaterra)</p> <p>Tiempos de espera, satisfacción y comodidad del paciente y seguimiento a citas</p>
15	<p>Encouraged by the increased purchasing power of general practitioners (GPs), specialist-run clinics in general practice and community health care settings (known as specialist outreach clinics) have increased rapidly across England. The activities of local commissioning schemes within primary care groups are likely to accelerate this</p>	<p>Encouraged by the increased purchasing power of general practitioners (GPs), specialist-run clinics in general practice and community health care settings (known as specialist outreach clinics) have increased rapidly across England. The activities of local commissioning schemes within primary care groups are likely to accelerate this trend.</p>	<p>Outreach clinics are a means of improving access to specialist services for patients, in addition to improving the efficiency and quality of health care. Most results were similar across specialties and areas. The benefits of the outreach service need to be weighed against their substantially higher NHS costs, in comparison with outpatients clinics. Outreach clinics are unlikely to be financially justifiable for NHS funding given that the impact on patients' health status was small.</p>	<p>Administrativo (Inglaterra)</p> <p>Barreras de acceso a los servicios especializados.</p>

	trend.			
16	To explore whether responses to questions in surveys of patients that purport to assess the performance of general practices or doctors reflect differences between practices, doctors, or the patients themselves.	Secondary analysis of data from a study of access to general practice, combining data from a survey of patients with information about practice organisation and doctors consulted, and using multilevel modelling at practice, doctor, and patient level.	Analyses of surveys of patients should take account of the hierarchical nature of the data by using multilevel models. Measures related to patients' experience discriminate more effectively between practices than do measures of general satisfaction. Surveys of patients' satisfaction fail to distinguish effectively between individual doctors because most of the variation in doctors' reported performance is due to differences between patients and random error rather than differences between doctors. Although patients' reports of satisfaction and experience are systematically related to patients' characteristics such as age and sex, the effect of adjusting practices' scores for the characteristics of their patients is small.	Administrativo (Inglaterra) Satisfacción y experiencias anteriores de los pacientes frente a los profesionales.
17	Revisión de tema	Revisión de tema	The Chronic Care Model (CCM) is an organizational approach to caring for people with chronic disease in a primary care setting. The system creates practical, supportive, evidence-based interactions between an informed, activated patient and a prepared, proactive practice team. The CCM identifies essential elements of a health care system that encourage high-quality chronic disease care: the community; the health system; self-management support; delivery system design; decision support, and clinical information systems.	Administrativo (Alemania) Comunicación: paciente informado, activo y un equipo preparado, la práctica activa
18	To identify critical success factors enabling the translation of clinical and operational knowledge about effective and efficient chronic care management into primary care practice.	A prospective case study of positive deviants using key informant interviews, process observation, and document review.	A web-based CDM 'toolkit' was found to be a direct CSF that allowed this group of physicians to improve their practice by tracking patient care processes using evidence-based clinical practice guideline-based flow sheets. Moreover, the information and communication technology 'factor' was sufficient for success only as part of a set of seven direct CSF components including: health delivery system enhancements, organizational partnerships, funding mechanisms, project management, practice models, and formal knowledge translation practices. Indirect factors that orchestrated success through the direct factor components were also identified. A central insight of this analysis is that a comprehensive quality improvement model was the CSF that drew this set of factors into a functional framework for successful knowledge translation. In complex primary care settings environment where physicians have low adoption rates of electronic tools to support the care of patients with chronic conditions, successful implementation may require a set of interrelated system and technology factors.	Administrativo (Canadá) Medicina basada en la evidencia: Guías clínicas de RCV
19	Revisión de tema	Revisión de tema	Chronic heart failure is a growing public health problem with a bad prognosis. Despite the seriousness of this syndrome and the well defined therapeutic approach, adherence to guidelines remains poor. After briefly recalling the main points of these guidelines, we present statistical data regarding therapeutic care of these patients. We then present factors influencing prescription or non prescription of heart failure drugs and emphasize the importance of a team management programme and patients pathways.	Administrativo (Belgica) Importancia de manejar un programa de RCV.
20	This paper provides a review of key issues affecting the uptake of clinical guidelines by	A comprehensive cross-disciplinary literature review of peer-reviewed journals was conducted between January and April 2008. The literature review was undertaken by three independent	Pathways for clinicians to evaluate and use guidelines are still not clear. The majority of contemporary literature promotes linear 'uptake' and 'accessibility' models for clinical guidelines that may not attend to more complex issues associated with GPs' ways of practising on a daily basis. There are also few clear	Administrativo (Australia)

	general practitioners (GPs) in Australia and internationally. Attention is given to the barriers that affect guideline uptake, the quality of guidelines and the dissemination of guidelines to GPs in practice settings.	researchers from diverse disciplinary backgrounds. The review focused on studies that explored the barriers and issues associated with the use of guidelines in general practice and suggestions for more effective use.	guidelines for GPs on how to 'adapt' guidelines for local and individual patient circumstances. CONCLUSIONS: Peak organizations such as General Practice Queensland in Australia can have a significant role in helping GPs to evaluate and use clinical guidelines. The suggested approach emphasizes the need for such peak bodies to promote respect for practitioner experience, interpretation and patient insight.	Guías de practica clínica
21	Revisión de tema	Revisión de tema	Adherence to medicines is a major determinant of their effectiveness. However, estimates of non-adherence in the older-aged (defined as those aged ≥ 65 years) with chronic conditions vary from 40% to 75%. The problems caused by non-adherence in the older-aged include residential care and hospital admissions, progression of the disease and increased costs to society. The reasons for non-adherence in the older-aged include items related to the medicine (e.g. cost, number of medicines, adverse effects) and those related to the person (e.g. cognition, vision, depression). It is also known that there are many ways adherence can be increased (e.g. use of blister packs, cues). Although it is assumed that interventions by allied health professionals (i.e. other than the prescriber/doctor), including a discussion of adherence, will improve adherence to medicines in the older-aged, the evidence for this has not been reviewed. There is some evidence that telephone counselling concerning adherence by a nurse or pharmacist improves short- and long-term adherence. However, face-to-face intervention counselling at the pharmacy or during a home visit by a pharmacist has shown variable results, with some studies showing improved adherence and some not. Broad-based education programmes during hospital stays have not been shown to improve medication adherence following discharge, whereas education programmes specifically for subjects with hypertension have been shown to improve adherence. In combination with an education programme, both counselling and a medicine review programme have been shown to improve short-term adherence in the older-aged. Thus, there are many unanswered questions about the most effective interventions for promoting adherence. More studies are needed to determine the most appropriate interventions by allied health professionals, and such studies need to consider the disease state, demographics and socioeconomic status of the older-aged subject, and the intensity and duration of intervention required.	Administrativo (Australia) Programa de educación, asesoramiento y de revisión de medicamentos.
22	Revisión de tema	Revisión de tema	Patients with chronic diseases often require complex medication regimens to meet evidence-based treatment guidelines. However, translating evidence-based recommendations into clinical care has proven to be difficult. Several factors-patient adherence, disease complexity, competing medical issues, guideline dissemination, and clinical inertia-are thought to contribute to this problem. In this manuscript, we describe a multidisciplinary ambulatory approach to improve the care of patients with chronic conditions. Our goal was to design an intervention that focused on improving the prescription rates of medications known to reduce cardiovascular-related events and hospital admissions for patients with diabetes mellitus, coronary artery disease, heart failure, chronic kidney disease, or stroke.	Administrativo (USA) Inclusión de nuevos medicamentos (costo/beneficio).

			We also describe the critical lessons we have learned in implementing our intervention, including the successes and barriers we encountered during the project.	
23	To test the efficacy of a comprehensive pharmacy care program to improve medication adherence and its associated effects on blood pressure (BP) and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C).	A multiphase, prospective study with an observational phase and a randomized controlled trial conducted at the Walter Reed Army Medical Center of 200 community-based patients aged 65 years or older taking at least 4 chronic medications. The study was conducted from June 2004 to August 2006.	A total of 200 elderly patients (77.1% men; mean [SD] age, 78 [8.3] years), taking a mean (SD) of 9 (3) chronic medications were enrolled. Coronary risk factors included drug-treated hypertension in 184 patients (91.5%) and drug-treated hyperlipidemia in 162 (80.6%). Mean (SD) baseline medication adherence was 61.2% (13.5%). After 6 months of intervention, medication adherence increased to 96.9% (5.2%; P<.001) and was associated with significant improvements in systolic BP (133.2 [14.9] to 129.9 [16.0] mm Hg; P = .02) and LDL-C (91.7 [26.1] to 86.8 [23.4] mg/dL; P = .001). Six months after randomization, the persistence of medication adherence decreased to 69.1% (16.4%) among those patients assigned to usual care, whereas it was sustained at 95.5% (7.7%) in pharmacy care (P<.001). This was associated with significant reductions in systolic BP in the pharmacy care group (-6.9 mm Hg; 95% CI, -10.7 to -3.1 mm Hg) vs the usual care group (-1.0 mm Hg; 95% CI, -5.9 to 3.9 mm Hg; P = .04), but no significant between-group differences in LDL-C levels or reductions. A pharmacy care program led to increases in medication adherence, medication persistence, and clinically meaningful reductions in BP, whereas discontinuation of the program was associated with decreased medication adherence and persistence.	Administrativo (USA) Implementación de un programa de cuidado de farmacia (seguimiento en la toma del medicamento, efectos secundarios).
24	To assess the potential relationships between glycemic levels, diabetes-related hospitalizations, and hospital costs among adult patients with either type 1 or type 2 diabetes mellitus who were assigned to a primary care provider (PCP) in a clinic that was affiliated with a managed care organization (MCO).	A retrospective cohort analysis was conducted using data from approximately 200,000 members of the Fallon Clinic Health Plan who were assigned to a clinic PCP at any time during a 5-year study period beginning January 1, 2002, and ending December 31, 2006. Patients aged 30 years or older with at least 2 medical claims with any listed diagnosis of diabetes mellitus (ICD-9-CM code 250.xx) during the study period and 2 or more A1c values within 1 year of each other during the study period (mean 7.6 tests over 39 months; median=6.8), were identified and stratified into 1 of 5 groups defined by 1% increments of A1c, based on their mean A1c values during the entire study period. A1c data were available only for tests ordered by a clinic provider; tests ordered by other specialists in the MCO's network were absent from the database. The study follow-up period started with each patient's first A1c test (index date) and continued until plan disenrollment, death, or December 31, 2006, whichever was earlier (end date),	9,887 patients met study selection criteria. Mean A1c level was < 7% for 5,649 (57.1%) patients, 7% to < 8% for 2,747 (27.8%), 8% to < 9% for 1,002 (10.1%), 9% to < 10% for 312 (3.2%), and 10% or more for 177 (1.8%). Over a mean (median) 40 (40) months of follow-up (interquartile range = 30-50 months), 28.7% (n = 2,838) of patients had 1 or more diabetes-related hospital admissions. In the logistic regression analysis, odds of having at least 1 diabetes-related hospital stay did not significantly differ for patients with mean A1c of < 7% compared with patients in most higher mean A1c categories (7% to < 8%, 8% to < 9%, or 9% to < 10%); however, odds of having a diabetes-related hospitalization were significantly higher for patients with mean A1c of 10% or more compared with patients with mean A1c of < 7% (odds ratio = 2.13, 95% confidence interval = 1.36-3.33). In the negative binomial regression analysis of those with at least 1 hospital admission, estimated costs per hospitalized patient increased by mean A1c level. In the Poisson regression analysis, the rate of diabetes-related hospitalizations significantly increased by A1c level (13 per 100 patient-years for patients with mean A1c of < 7% vs. 30 per 100 patient-years for mean A1c of 10% or more when covariates were held at mean levels, P<0.001). In the 2-part model results, adjusted mean estimated costs of diabetes-related hospitalizations per study patient were \$2,792 among those with mean A1c of < 7% and \$6,759 among those with mean A1c of 10% or more.	Administrativo (USA) Importancia de la HBA1C en pacientes diabéticos para ingresos hospitalarios.

25	To determine the relationship between poor adherence and self-efficacy or social support after a pharmacist intervention.	Post-hoc analysis of data from two randomized controlled trials of physician-pharmacist collaborative interventions (6 and 9 mo, respectively) to improve blood pressure control	Social support and self-efficacy questionnaires were administered at baseline and end-of-study visits. Patient adherence was monitored by using the Morisky self-reported adherence questionnaire. Self-reported adherence scores improved significantly in the control group ($p=0.0053$) but not in the intervention group; however, adherence at baseline in both groups was high. There were small, but significant, improvements in self-efficacy ($p<0.04$) and social support ($p<0.05$) scores in the intervention group but not the control group at the end of the study. Social support and, to a lesser extent, self-efficacy improved as a function of duration of study participation (9-mo vs 6-mo intervention), regardless of whether the patient received the intervention. Blood pressure control in both groups improved significantly at the end of the study; however, mean blood pressure was significantly lower in the intervention group (129.7/76.6 mm Hg) compared with the control group (140.8/78.9 mm Hg; $p<0.0001$ for systolic, $p=0.032$ for diastolic).	Persona (USA) Apoyo social y visitas domiciliarias.
26	To determine characteristics associated with drug adherence and blood pressure control among patients with hypertension, and to assess agreement between self-reported and refill adherences.	Cross-sectional analysis of baseline data from an ongoing randomized controlled trial.	Social and demographic factors, comorbidity, self-reported drug adherence, prescription refill adherence, and systolic and diastolic blood pressures were recorded at baseline. Participants were aged 57 +/- 11 (mean +/- SD) years, were predominantly women (73%) and African-American (68%), and took 2.4 +/- 1.1 antihypertensive drugs. Agreement between self-reported and refill adherences was poor to fair ($\kappa = 0.21$). On multiple logistic regression analysis, increased age ($p<0.002$) and being married ($p=0.03$) were independent predictors of improved self-reported and refill adherence, whereas depressed patients had low self-reported adherence ($p=0.005$), and African-Americans had low refill adherence ($p<0.001$). Compared with nonadherent patients, adherent patients had lower systolic (-5.4 mm Hg by self-report and -5.0 mm Hg by refill) and diastolic (-2.7 mm Hg by self-report and -3.0 mm Hg by refill) blood pressures ($p<0.02$). Increased age was the only other variable strongly associated with systolic and diastolic blood pressure control in both measures of drug adherence ($p<0.001$). The association of depression, race, and sex with blood pressure control was model dependent.	Persona (USA) Asociación de la depresión, la raza y el sexo en la falta de adherencia.

27	To hypothesize that patients with comorbid depression and diabetes and poor disease control will have poorer adherence to disease control medication and less likelihood of physician intensification of treatment. Many patients with diabetes fail to achieve American Diabetes Association Guidelines for glycemic, blood pressure and lipid control. Depression is a common comorbidity and may affect disease control through adverse effects on adherence and physician intensification of treatment.	In a cohort of 4117 patients with diabetes, depression was measured at baseline with the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Patient adherence and physician intensification of treatment were measured in those who had evidence of poor disease control (HbA(1c) $\geq 8.0\%$, LDL ≥ 130 mg/dL, systolic blood pressure ≥ 140 mm Hg) over this 5-year period. Poor adherence was defined as having medication refill gaps for $\geq 20\%$ of days covered for medications prescribed for each of these conditions. Treatment intensification was defined as an increased medication dosage in a class, an increase in the number of medication classes, or a switch to a different class within 3-month periods before and after notation of above target levels.	<p>Among patients with diabetes and poor disease control, depression was associated with an increased likelihood of poor adherence to diabetes control medications (odds ratio [OR] = 1.98; 95% Confidence Interval [CI] = 1.31, 2.98), antihypertensives (OR = 2.06; 95% CI = 1.47, 2.88), and LDL control medications (OR = 2.43; 95% CI = 1.19, 4.97). In patients with poor disease control who were adherent to medication or not yet started on a medication, depression was not associated with differences in likelihood of physician intensification of treatment.</p> <p>In patients with diabetes and poor disease control, depression is an important risk factor for poor patient adherence to medications, but not lack of treatment intensification by physicians</p>	<p>Persona (USA)</p> <p>La depresión es un factor de riesgo importante para la adherencia de los pacientes.</p>
28	To examine the relative importance of patient medication nonadherence versus clinician lack of therapy intensification in explaining above target cardiovascular disease (CVD) risk factor levels.	Cross-sectional assessment.	Poor adherence was found in 20-23% of patients across the 3 conditions. No evidence of poor adherence with no treatment intensification was found in 30% of hyperglycemia patients, 47% of hyperlipidemia patients, and 36% of hypertension patients. Poor adherence or lack of therapy intensification was evident in 53-68% of patients above target levels across conditions.	<p>Administrativo (USA)</p> <p>Importancia de los exámenes de laboratorio (HBA1C y Perfil lipídico) y TA en el establecimiento de metas.</p>
29	To assess the pharmacological treatment and the control of major modifiable cardiovascular risk factors in everyday practice according to the patients' cardiovascular risk level.	In a cross-sectional study general practitioners (GPs) had to identify a random sample of their patients with cardiovascular risk factors or diseases and collect essential data on the pharmacological treatment and control of hypertension, hyperlipidemia, and diabetes according to the patients' cardiovascular risk level and history of cardiovascular disease. Participants were subjects of both sexes, aged 40-80 years, with at least one known cardiovascular risk factor or a history of cardiovascular diseases.	From June to December 2000, 162 Italian GPs enrolled 3120 of their patients (2470 hypertensives, 1373 hyperlipidemics, and 604 diabetics). Despite the positive association between the perceived level of global cardiovascular risk and lipid-lowering drug prescriptions in hyperlipidemic subjects (from 26% for lowest risk to 56% for highest risk $p < 0.0001$) or the prescription of combination therapy in hypertensives (from 41% to 70%, $p < 0.0001$) and diabetics (from 24% to 43%, $p = 0.057$), control was still inadequate in 48% of diabetics, 77% of hypertensives, and 85% of hyperlipidemics, with no increase in patients at highest risk. Trends for treatment and control were similar in patients with cardiovascular diseases.	<p>Enfermedad (Italia)</p> <p>Generar medicamentos para varias enfermedades.</p>

30	Revisión de tema	Revisión de tema	<p>Blood pressure (BP) control remains unsatisfactory worldwide. Better knowledge of BP management in clinical practice is needed to develop more effective improving strategies. Using a large Italian primary care database, we selected the subjects diagnosed with hypertension, and extracted the diagnosis of myocardial infarction, angina pectoris/coronary disease, stroke/transitory ischemic attack (TIA), heart failure, atrial fibrillation, peripheral arterial disease, diabetes mellitus, the serum total cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides, creatinine, BP, electrocardiogram, weight, height and the prescription of cardiovascular (CV) drugs. Hypertension was recorded in 119.065 individuals (prevalence 19.3%), 19.134 (16%) had no ambulatory visit and 33.183 (27.8%) had no BP value recorded. Overall, 14.594 (21.9%) had at least one recorded diagnosis showing high CV risk. BP was controlled (mean of BP values <140/90 mm Hg) in 28.918 patients (16.690 women, 12 189 men and 40 gender not recorded), that is, 43.23% of the subjects with recorded BP. Among the non-controlled patients, 21.866 (57.8%) were non-high risk grade 1 (mean BP 142.5/84.5 mm Hg; s.d. 13.1/8.2) and 7.123 (18.8%) high-risk grade 1 hypertensives (mean BP 150/83 mm Hg; s.d. 6.2/7.2). Less than three drugs were prescribed in 29.919 (79.1%) of non-controlled patients. Low attendance rate, BP under-recording and suboptimal use of politherapy are major obstacles to hypertension control. Most uncontrolled individuals are low-CV risk, grade 1 hypertensive patients, for whom the personal benefit of adding another drug is modest. Aiming at the recommended BP target in uncontrolled grade 2-3 hypertensive/high-CV risk patients would probably require two additional drugs.</p>	<p>Enfermedad (Italia)</p> <p>Un gran problema en la adherencia la polifarmacia.</p>
31	Revisión de tema	Revisión de tema	<p>The majority of hypertensive patients need ≥ 2 antihypertensive agents to reach goal blood pressure. As an estimate, one-third of unselected hypertensive patients may be successfully treated with monotherapy, one-third may require 2 and the remaining one-third of patients will need ≥ 3 antihypertensive agents for effective blood pressure control. However, doctors are often hesitant to expand therapy in treated patients whose blood pressure is not lowered to goal (therapeutic inertia). Multiple-drug therapy in the majority of hypertensive patients may also represent one of several factors responsible for the low rates of adherence with chronic antihypertensive treatment. As a consequence, both US and European guidelines recommend single pill combinations to lower the number of pills needed in order to increase medication adherence and, possibly, reduce therapeutic inertia. For 2 drug combinations, the recently revised European (ESC/ESH) guidelines recommend the following options: diuretic plus either calcium channel blocker (CCB) or renin-angiotensin system (RAS) blocker (angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin receptor blocker) or CCB plus RAS-blocker. In the absence of substantial evidence, neither JNC-7 (from 2003) nor the European guidelines from 2007 give any meaningful advice on triple combination treatment. It is therefore of interest that the 2009 reappraisal of the European guidelines gives preference to the combination of a RAS blocker and a CCB plus a diuretic. On the background of the substantial number of patients requiring ≥ 3 drugs for blood pressure control, the recent approval of a single-pill 3-drug combination composed in accordance with the above mentioned ESC/ESH recommendations should be appreciated.</p>	<p>Enfermedad (Germany)</p> <p>Recomendación de 2 ó 3 fármacos en una sola pastilla.</p>

32	Revisión de tema	Revisión de tema	<p>Few surveys have assessed physicians' attitudes toward preventive treatment in post-myocardial infarction (MI) patients, although these patients have a high risk of recurrence. A newly developed online survey, which aimed to determine physicians' attitudes toward aspirin prophylaxis post-MI, was sent to physicians in 18 countries. This report describes findings from 7 European (n = 2842 respondents) and 2 Latin American (n = 149 respondents) countries. Although low-dose aspirin therapy was recommended by most physicians (> 90%), compliance was suboptimal; 29% of patients in Europe and 35% in Latin America were partially or totally noncompliant, and 18% of physicians in Europe and 20% in Latin America had lost contact with their patients. Low-dose aspirin monotherapy or combination therapy, dosage, and physician contact all had a significant effect on compliance (P < 0.00001). Shared decision making by the physician and patient was rated as the most effective measure to improve compliance, which clearly indicates the need for a change in management.</p>	<p>Administrativo (Italia)</p> <p>Importancia que los médicos formulen aspirina como medida preventiva para IAM.</p>
33	<p>Evaluar la efectividad de la participación de enfermeras de atención primaria en la atención integral a pacientes con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2).</p>	<p>Se realizó un estudio cuasi-experimental antes-después, sin grupo control, en ocho clínicas de medicina familiar. Enfermeras capacitadas otorgaron atención integral en coordinación con un equipo formado por médico familiar, nutricionista, trabajadora social y estomatólogo. La intervención duró siete meses y utilizó como variables de resultado cambios en el índice de masa corporal, glucemia en ayunas, presión arterial, autopercepción del estado de salud, adherencia terapéutica y solicitud de servicios de urgencias. El cambio se determinó comparando la medición basal y final mediante entrevistas y registro de las variables de interés.</p>	<p>Resultados. 1 131 pacientes completaron el seguimiento, de los cuales 44,9% fue diagnosticado con HTA, 27% con DM2 y 28,1% con ambos padecimientos. La proporción de pacientes atendidos coordinadamente por el equipo de salud aumentó; se observó incremento de casos con peso normal y sobrepeso, reducción en la proporción de obesos (P < 0,05) y aumento de hipertensos con presión arterial < 130/80mmHg (P < 0,05). No se modificó la proporción de diabéticos con glucemia < 140 mg/dl; 18,2% notificó mejoría en la autopercepción del estado de salud (P < 0,05); hubo mejoría en la adherencia terapéutica (P < 0,05) y reducción de solicitud de atención a urgencias en las clínicas (-4,5%) y en los hospitales (-6,8%) (P < 0,05).</p> <p>Conclusiones. La atención integral a pacientes con enfermedades crónicas mediante la participación de enfermeras contribuye a mejorar los resultados de salud en servicios de atención primaria.</p>	<p>Administrativo (México)</p> <p>Importancia de la participación de enfermeras en el programa de RCV (educación y seguimiento de FR)</p>
34	Revisión de tema	Revisión de tema	<p>La terapéutica de las enfermedades cardiovasculares requiere de la modificación de ciertos hábitos y comportamientos, de ahí la importancia del cumplimiento de las prescripciones médicas. Con la finalidad de describir los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una muestra de 263 pacientes hipertensos distribuidos en 13 consultorios del Médico de Familia del Policlínico Docente "Edor de los Reyes Martínez", en el Consejo Popular Sur, del área urbana del municipio Jiguaní, provincia Granma. La información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario elaborado para este fin. Los resultados más relevantes fueron: las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento como beneficio para su salud, los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con autoeficacia y la percepción de suficientes redes de apoyo social, que son los que más se asocian a la adherencia terapéutica.</p>	<p>Paciente (Cuba)</p> <p>Cómo influyen los factores psicosociales del paciente en la adherencia terapéutica.</p>

35	<p>Explorar los factores que están incidiendo en el cumplimiento o no de las indicaciones médicas para el control de la hipertensión arterial desde la perspectiva de los propios pacientes. Se indagó a través de una técnica de investigación de corte cualitativo cuáles son las causas que afectan o que contribuyen al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, referidas directamente por las personas que padecen la enfermedad, partiendo del supuesto de que sus experiencias y vivencias en el desempeño cotidiano de su rol de enfermos constituye una fuente de información confiable e indiscutible.</p>	<p>Se utilizó la técnica de grupos nominales. Esta técnica permite recoger información espontánea, clara y organizada referida por los sujetos de la investigación acerca de un tema específico con independencia de su edad y escolaridad. Es de fácil aplicación y manejo por el equipo de investigadores y arroja datos que se pueden sistematizar y solidificar a través de técnicas de priorización.</p> <p>Se conformaron ocho grupos nominales con pacientes hipertensos en dos municipios de La Habana, Plaza de la Revolución y Cerro, escogidos a partir de las diferencias de condiciones de vida que exhiben, de manera que se pudiera tener en cuenta la incidencia en el cumplimiento de las indicaciones médicas de factores de tipo socioeconómicos. También se conformaron grupos en el municipio Jiguaní de la provincia Granma, con el fin de obtener información de otra región del país.</p> <p>Cuatro grupos se organizaron con pacientes <i>adheridos al tratamiento o cumplidores</i> (en este trabajo se utiliza indistintamente los términos adherencia y cumplimiento) para un total de 29 participantes y cuatro con pacientes <i>no adheridos o incumplidores</i>, que incluyeron 24 pacientes. El estudio se desarrolló en instituciones del nivel primario y terciario de atención.</p>	<p>Los factores que contribuyeron o no al cumplimiento del tratamiento referidos por los propios pacientes se resumen en cuestiones que tienen que ver con: la organización de los servicios de salud, configuraciones personalológicas, características del tratamiento, la disponibilidad de recursos económicos y el apoyo familiar.</p>	<p>Administrativo – Persona (Cuba)</p> <p>Organización de los servicios de salud, experiencias anteriores, características del tratamiento, disponibilidad de recursos y el apoyo familiar.</p>
36	<p>Conocer los saberes previos de la población sobre Hipertensión arterial y creencias culturales en torno a la terapia antihipertensiva.</p> <p>Explorar los factores asociados a la adherencia terapéutica en la HTA y comparar saberes y valoraciones acerca de la hipertensión entre médicos y pacientes.</p>	<p>Estudio cualitativo (grupos focales) de adultos hipertensos y médicos del centro de atención primaria.</p>	<p>La enfermedad del paciente no coincide con el concepto de enfermedad que tiene el medico. En el encuentro medico – paciente intervienen, ideas preestablecidas de ambos: lo que el medico espera de los pacientes en general y lo que estos esperan de los médicos como categoría abstracta quizá estemos frente a otro fenómeno, distintas que el fenómeno “enfermedad” que son “otra cosa”, su tratamiento.</p>	<p>Administrativo (Argentina)</p> <p>Relación Médico – Paciente.</p>

37	Revisión de tema	Revisión de tema	La irrupción de nuevas tecnologías y tratamientos farmacológicos han posibilitado contar cada día con mejores y más variadas prescripciones médicas. Esto, a su vez, debiera significar un aumento tanto en la efectividad de los tratamientos, así como también incidir directamente en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, para que esto ocurra debieran existir al menos dos condiciones: una adecuada prescripción por parte del equipo médico y un correcto cumplimiento de la misma. Debido a que la prescripción médica es un tema que corresponde sólo a competencias de médicos, esta revisión se centrará en la adherencia a los tratamientos médicos, aspecto conductual en el cual la psicología de la salud tiene mucho que aportar.	Administrativo - Persona (Chile) Adecuada prescripción del medicamento por el medico y que el paciente desee tomarse el medicamento.
38	Identificar la frecuencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, tanto de forma general, como por las variables sexo, edad, escolaridad y ocupación.	Se realizó un estudio transversal con 103 pacientes de varios consultorios pertenecientes al área de salud que atiende el Policlínico Docente " Dr. Carlos J. Finlay", del municipio Marianao, de Ciudad de La Habana. Se utilizó un cuestionario elaborado para este fin	Los resultados más relevantes fueron la presencia de un 52,4 % de pacientes que siguen correctamente el tratamiento, destacándose como más cumplidoras las personas del sexo femenino, las que no tienen vínculo laboral, y las de 60 años y más.	Persona (Cuba) Características de los pacientes influyen en el cumplimiento del tratamiento.
39	Construir y validar un instrumento específico para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Entre marzo de 2001 y abril de 2002 se hizo un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en unidades de medicina familiar de la delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se diseñó un instrumento de autoadministración, denominado instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos, el cual fue sometido a revisión por un panel multidisciplinario de expertos para determinar su validez lógica y de contenido. Fueron depurados los ítems considerando la frecuencia de selección de sus opciones de respuesta, su correlación ítem-total y su carga significativa en los dominios durante el análisis factorial.	Completaron el estudio 389 (94.7%) sujetos. Los coeficientes de correlación intraclass para la validez lógica y de contenido fueron de 0.91 y 0.95, respectivamente. Después de la depuración de ítems se obtuvo un instrumento conformado por 25 preguntas cerradas, distribuidas en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. El α de Cronbach para la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de 0.84	Persona (México) Estilo de vida influye en la adherencia terapéutica.

40	Mostrar una experiencia en la consulta multidisciplinaria del Instituto Superior de Medicina Militar .Dr. Luis Díaz Soto. Con un grupo de pacientes diagnosticados con HTA.	Se estudiaron 52 pacientes hipertensos del sexo masculino que completaron el estudio psicológico que consistía en: entrevista individual para conocer datos demográficos, APP, síntomas y áreas de conflictos (eventos vitales), el autoanálisis de R.B. Cattell para la ansiedad, el diferencial semántico del patrón A de conducta de Lauzurique y una encuesta elaborada para conocer sobre el empleo del tiempo libre. Se programa la segunda consulta para informar y orientar acerca de los resultados obtenidos en la evaluación y hacer las indicaciones. Al coincidir los hallazgos en varios pacientes citados el mismo día se aprovecha la dinámica de grupo.	De los mediadores psicosociales del estrés detectados, el patrón A o parte de sus componentes, es el que prácticamente se generaliza, el que como estilo de afrontamiento puede ser interpretado como condicionante del empleo del tiempo libre y con ello del estilo de vida que se desprende de sus características y que hace a sus poseedores mostrar una exagerada motivación por el trabajo, con dificultad para el disfrute de la recreación o para lograr el disfrute de ésta, y en el estímulo del alcohol, la justificación para el intercambio social, pues el resto de sus preferencias son escasas y sedentarias, haciéndoles más proclives a la HTA. La ansiedad elevada contrario a lo esperado no se destaca pues todo parece indicar que ha quedado sustituida por la agresividad y hostilidad, implícitas en el patrón A, y que se asocian a la HTA. Tener además otras enfermedades, les obliga a adoptar con seriedad las indicaciones médicas y con ello asumir la adherencia terapéutica, capaz de ayudarles a compensar su proceso salud-enfermedad. Ante estos resultados, la consulta se encamina a llamarles la atención sobre las conductas típicas del patrón A y sus efectos estresantes, intercambiar sus puntos de vista sobre el empleo del tiempo libre y la necesidad de mejorarlo, incrementando las actividades más movidas físicamente y hacerlas más variadas, conocer de sus conflictos y vías de solución, indicarles una sencilla técnica de relajación (Benson) y enfatizarles en la necesidad de cumplir con los ejercicios, la dieta y el resto del tratamiento médico indicado por los integrantes del grupo.	Administrativo - Persona (Cuba) Enfoque de las consultas de RCV en los factores psicosociales (afrontamiento, manejo del estrés, resolución de problemas, técnicas de relajación)
41	Describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo.	Se utilizó un diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en una clínica de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA "Apreciación de la agencia de autocuidado" de Evers e Isenberg.	Los resultados muestran que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado en tanto que el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado. En cuanto a los ítems del instrumento apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado (ASA) que obtuvieron los más altos puntajes, se encontró que los participantes presentaron capacidades para: Máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.	Administrativo (Colombia) Capacidad de los ptes hospitalizados por HTA para brindarse a sí mismos autocuidado.
42	Se determinó la relación existente entre la Agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular del programa de crónicos del hospital Tunjuelito.	Diseño descriptivo correlacional que midió y relacionó la Agencia de autocuidado y la Adherencia a los tratamientos en una muestra de 201 personas que contaban con algún factor de riesgo cardiovascular: Obesidad, Sedentarismo, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, del Programa de crónicos del Hospital Tunjuelito. Se empleó la escala Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) y el Cuestionario para evaluar el comportamiento de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico derivado de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification).	El 62,6 % de las personas con factores de riesgo cardiovascular tuvo regular Capacidad de agencia de autocuidado y el 77 % de los participantes presentó una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. La correlación resultante entre la Agencia de autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico mostró una correlación moderada y positiva de 0.413. La agencia de autocuidado es un proceso de participación dinámico y tácito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud, entre ellas, la adherencia a los tratamientos.	Administrativo (Colombia) Ptes de RCV inscritos en la Agencia de autocuidado (realizar actividades de autocuidado) presentaron buena adherencia

43	Revisión de tema	Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Cochrane, Lilacs, Ovid, Proquest y Pubmed, cuyo interés sobre el objeto de estudio se enmarcó en las intervenciones comunitarias más efectivas a nivel mundial para el manejo de la hipertensión arterial. La pregunta de investigación permitió incluir como palabras de búsqueda: Revisión sistemática, intervención comunitaria, costo efectividad, promoción salud, hipertensión. Se revisaron estudios en español, inglés y portugués.	La evidencia sobre programas efectivos y culturalmente apropiados para fomentar la disminución de estos factores de riesgo es limitada. Se requiere mayor evidencia sobre intervenciones comunitarias dirigidas a grupos poblacionales vulnerables, adaptadas a las características culturales en los ámbitos cotidianos en los cuales viven con sus familias e involucren determinantes sociales relacionados con su estado de salud.	Administrativo (Colombia) Se requiere mayor evidencia sobre el impacto positivo en la disminución de factores de RCV de las intervenciones comunitarias.
44	Analizar las representaciones sociales de la relación médico paciente en una población de médicos y pacientes de la ciudad de Bogotá.	La muestra estuvo compuesta por 34 participantes, 17 médicos generales (10 hombres y 7 mujeres) y 17 pacientes (9 hombres y 8 mujeres) que asistían o trabajaban bajo el plan obligatorio de salud-POS. Se trata de un estudio cualitativo, que utilizó como instrumentos de obtención de la información, la red de asociaciones y la entrevista en profundidad	Los resultados muestran que la representación social de los médicos se centra en brindar un servicio profesional y humano, en constante peligro por las barreras que impone el paciente y la falta de capacidad del sistema de salud. Por su parte, los pacientes centran su representación social en la capacidad de los profesionales de la salud de brindar un servicio profesional y humano que les permita mejorar su calidad de vida. Las representaciones sociales de los médicos y los pacientes son similares en cuanto a lo que desean dar y recibir de la relación médico paciente y opuestas en cuanto a quién perciben como responsable de no poder cumplir con dichos objetivos.	Administrativo (Colombia) Cómo influye la relación medico-pte en el tratamiento terapéutico.
45	Investigar en un país en desarrollo la eficacia de una intervención que incluyó la educación del paciente, la automonitorización de la glucemia y la determinación de la hemoglobina glucosilada (HbA1c).	Ensayo clínico controlado. Los pacientes fueron agrupados en tres categorías, teniendo en cuenta características clínicas tales como la duración de la diabetes, su tratamiento y los antecedentes de hospitalización. Los que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión fueron asignados aleatoriamente a un grupo que recibió la intervención educativa (210 pacientes) o a un grupo de control que recibió la asistencia habitual (206 pacientes). El grupo de intervención recibió la información educativa necesaria para la automonitorización de la glucemia y para la autoevaluación de las conductas positivas y negativas relacionadas con el control metabólico de la enfermedad.	Los dos grupos eran similares con respecto a la edad (media de 52,3 y 50,5 años) y a la proporción de pacientes con diabetes de tipo 1 (13,8% y 16,0%). Inicialmente no había diferencias entre las concentraciones medias de HbA1c de los dos grupos ($8,9 \pm 0,1$ y $8,9 \pm 1,4\%$). Cincuenta pacientes (un 14,8% del grupo de intervención y un 9,2% del grupo de control) abandonaron el estudio de forma prematura. En el grupo de intervención, el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas aumentó del 57,5% al principio del estudio al 82,5% al final del mismo, lo cual representa un cambio porcentual del 43,5% ($P < 0,001$); en el grupo de control el cambio registrado no fue significativo. Aunque los pacientes con concentraciones iniciales elevadas de HbA1c estaban subrepresentadas en este estudio, la concentración media de HbA1c disminuyó significativamente en el grupo de intervención ($-0,4 \pm 1,1\%$; $P = 0,001$), pero no en el grupo de control ($-0,1 \pm 0,1\%$).	Administrativo – Enfermedad (Chile) Educación a ptes y control de HbA1c genera un impacto favorable en la adherencia terapéutica.
46	Determinar si los factores psicológicos, demográficos y de comportamiento se asocian a la adherencia al tratamiento, en una muestra de adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos.	El diseño de este estudio es no experimental, correlacional, transversal, pues no se manipulan variables independientes y se pretende evaluar la asociación de éstas en un momento dado.	Los hallazgos de esta investigación demuestran que 50% de adolescentes diabéticos, al momento de ser estudiados, adhieren pobremente a su tratamiento. Tales cifras resultan alarmantes, si se considera que estos adolescentes, en el mediano y largo plazo, se encaminan a sufrir las consecuencias asociadas a un deficiente control, con la consecuente pérdida de fuerza laboral para el país y carga para el Estado en materia sanitaria.	Persona (Chile) Los factores Psicológicos, demográficos y de comportamiento se interrelacionan con la

				adherencia terapéutica
47	Evaluar los efectos de este programa en la promoción de AF, reducción de peso, IMC (índice de Masa Corporal), CC (Circunferencia de Cintura) y glicemia, en un grupo de mujeres de cinco comunas de la Región de Los Ríos.	Estudio no experimental, longitudinal de panel en mujeres en control en 5 consultorios de la región durante el año 2008, que ingresaron al Programa PASAF y que cumplieron con todas las evaluaciones.	A pesar de no encontrarse una reducción significativa de peso, IMC y CC en el grupo general y en los sub-grupos de sobrepeso y obesos, la intervención es considerada efectiva, ya que la sola detención del aumento de peso en el grupo constituye un éxito en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Conjuntamente, la promoción de estilos de vida saludables en la población, asociada a la práctica regular de AF al 6º mes, fue considerada efectiva en más de la mitad de los participantes (59%). Este grupo realizó en su mayoría (85%) AF en forma moderada, presentando diferencias significativas en sus parámetros respecto del grupo que no continuó realizando ejercicio. Esto confirma que una AF moderada es efectiva en la reducción de peso y riesgos cardiovasculares.	Enfermedad (Chile) Programa AF (RCV) es efectivo en la disminución de Riesgos cardiovasculares.
48	Describir características psicosociales en personas con diabetes tipo 2.	Estudio transversal en 200 personas con diabetes. Se evaluó la autoestima, el estrés, la depresión y locus de control con Coopersmith, Seppo Aro, Zung y Escala de Locus de Control, respectivamente, todos con alfa de Cronbach de 77 a 85. Se registraron variables sociodemográficas, glucemia, antigüedad del diagnóstico y estadio de la diabetes. Se realizaron análisis descriptivo y comparaciones entre sexos con programas computarizados.	Mujeres 74 %, edad 59,2±11,5, casados 80 %, ocupación 55 % hogar, escolaridad 3er. grado, antigüedad 10,3±8,5 años, glucemia 174,2±75,9 mg/dL, 81 % descontrolados o complicados. Autoestima media-baja 59 %, estrés alto 26 %, depresión severa 27 %, locus externo 41 %. Sin diferencias por sexo, excepto autoestima más alta en mujeres y glucemia mayor en hombres ($p<0,05$). Autoestima disminuida en la mitad de la muestra, estrés y/o depresión en la cuarta parte; alto locus externo. Sólo difiere la autoestima en mujeres.	Persona (México) Autoestima, estrés y depresión disminuye la capacidad de adherirse al tratamiento
49	Hacer una síntesis del desarrollo de esta estrategia desde sus antecedentes hasta sus más recientes resultados.	Corte transversal	El modelo teórico planteado en el programa cubano de educación en diabetes - centrado en la persona, no en la enfermedad- y basado en los principios de la participación interactiva y el apoyo del grupo a la toma de decisiones individuales, mostró, tras 25 años de experiencia, ser eficaz en el incremento de la comprensión sobre la enfermedad, en el desarrollo de habilidades para afrontar el tratamiento y en el cambio de los comportamientos. El algoritmo de trabajo que partió de la práctica cotidiana hacia el desarrollo teórico para regresar nuevamente a la práctica y transformarla permitió un avance en espiral desde el producto inicial hasta su generalización a todo el Sistema Nacional de Salud, y también ha sido útil a otros países de la región.	Administrativo (Cuba) El modelo teórico planteado en el Programa Nacional de Educación en Diabetes mostró ser eficaz para el manejo de la DM.
50	Identificar conocimientos, creencias y prácticas sobre adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que se atienden en el Policlínico "Mártires de Corinthya" en el municipio Plaza de la Revolución.	La investigación fue realizada en el período de septiembre a diciembre de 2003. Se clasificó como un estudio descriptivo de corte transversal.	Del grupo de hipertensos encuestados, la mitad no realizaron buenas prácticas en salud. Para cambiar esta situación sería necesario modificar primero sus creencias acerca de la enfermedad, tratando de incorporar en ellos la percepción de amenaza que representa para su salud su sola presencia y lograr así que se sientan vulnerables ante las complicaciones que ella puede ocasionar, y al mismo tiempo, percibir los beneficios que pueden recibir de realizar el tratamiento de forma sistemática y no ocasionalmente. Para ello debería proporcionárseles una adecuada educación, para tener a personas capaces y formadas, más que informadas, para el tratamiento que tienen que llevar por largos periodos o por toda la vida.	Administrativo (Cuba) La educación durante la consulta es de mucha importancia pues favorece la comunicación médico-paciente.

51	Evaluar el impacto de la aplicación de este sistema de entrenamiento físico en el control de la tensión arterial.	Un estudio prospectivo de casos-controles, donde cada paciente incluido en el estudio sirvió de control a si mismo (mediciones al inicio del programa) y como grupo de intervención (mediciones 6 meses después).	Se halló cambio significativo en los parámetros siguientes: el nivel promedio de la tensión sanguínea disminuyó de 145/95 a 133/88 en reposo y 163/105 a 148/95 en cargas submáximas, la frecuencia cardíaca de 78,4 a 73,9 lat/min (basal) y 137,1 a 127,6 la submáxima; el peso corporal de 78,9 a 76,0; el porcentaje de grasa corporal de 33,5 a 31,2 %, el IMC de 27,2 a 25,9 kg/m ² de superficie corporal; el VO ₂ Max aumentó de 30,9 a 34,4 mL O ₂ /kg/min, mientras se observaron mejorías en el perfil hematológico con tendencias a la misma en algunos parámetros: glucemia 5,63 a 5,35 mmol/L; colesterol total 5,85 a 5,40 mmol/L; triglicéridos 2,13 a 1,79; HDL 0,8 a 0,94 y creatinina de 98 a 94.	Enfermedad (Cuba) El programa de acondicionamiento físico tiene un impacto favorable en el control de la TA.
52	Evaluar la eficacia de una estrategia educativa grupal en la modificación de estilos de vida, control de factores de riesgo y riesgo cardiovascular (RCV) en personas hipertensas.	Ensayo clínico aleatorio en Atención Primaria. Se seleccionaron por muestreo aleatorio 101 personas hipertensas de 35 a 74 años, randomizando 51 al grupo de intervención (GI)(64,5±9,7 años, 56% mujeres) y 50 al control (GC) (65,4±8,4 años, 68% mujeres). Se realizó una evaluación basal, una intervención educativa grupal sobre cambios de estilos de vida (seis sesiones durante un año) y una evaluación final. El efecto de la intervención se evaluó con RCV (Framingham), presión arterial(PA), perfil lipídico, perímetro de cintura, índice de masa corporal(IMC), consumo de nutrientes con encuesta validada, ejercicio físico con 7-PAR Day y calidad de vida con SF-36	En la evaluación del efecto de la intervención, aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, se ha observado una tendencia a mejorar más el grupo de intervención que el control. Este efecto se puede observar con claridad en el riesgo cardiovascular, como variable globalizada de la evaluación, en el que se observa una disminución de 0,8 puntos en el grupo de intervención, mientras que el grupo control aumenta 0,2 puntos. La utilización exclusiva de intervenciones educativas dirigidas a pacientes hipertensos tiene pocas probabilidades de conseguir reducciones clínicamente importantes de la presión arterial. En este tipo de intervención es importante valorar el riesgo cardiovascular y la fase de motivación en la cual se encuentre el paciente ya que el abordaje debe ser diferente.	Administrativo (España) La educación grupal mejoró ligeramente el riesgo cardiovascular en ptes hipertensos.
53	Comparar diferentes sistemas de evaluación del efecto de las intervenciones preventivas en la evolución del riesgo coronario en el seguimiento a largo plazo de personas hipertensas en Atención Primaria.	Estudio descriptivo longitudinal con seguimiento de 8.42 pacientes hipertensos de 34 a 70 años durante 6 años en dos centros de atención primaria, con una intervención de mejora de calidad (ciclo de mejora) en el último año en uno de ellos. El seguimiento mínimo en atención primaria previo al inicio del estudio fue de dos años. Las variables principales fueron edad y sexo, presión arterial, lípidos, tabaquismo, diabetes y riesgo cardiovascular (RCV)(Framingham-Wilson) en la situación real y considerando constante la edad en el primer supuesto y los factores de riesgo en el segundo y el riesgo relativo.	Se encontró un descenso de la presión arterial sistólica y diastólica de 11,78 mmHg (IC95%:10,51-13,05) y 8,83 mmHg (IC95%:8,13-9,53) respectivamente y LDL-Colesterol 15,94 mg/dl (IC95%:11,77-20,12), un ascenso del HDL Colesterol de 7,53 mg/dl (IC95:6,39-8,66), disminución del tabaquismo del 31% y un aumento de diabéticos. El riesgo coronario disminuyó 1,40(IC95%:0,87-1,93) puntos porcentuales, el RCV con edad constante descendió 3,84(IC95%:3,35-4,33) y con factores de riesgo constantes incrementó 3,06(IC95%:2,82-3,29). El Riesgo relativo descendió de 2,50 a 1,85. Si queremos utilizar la evolución del riesgo coronario para monitorizar la efectividad de la atención sanitaria, debemos tener en cuenta el efecto del paso del tiempo, pues la efectividad clínica lograda quedaría enmascarada por la importante influencia que tiene la edad en la estimación del riesgo cardiovascular. Por esta razón parece adecuado utilizar el riesgo relativo para monitorizar a medio y largo plazo la efectividad de la atención sanitaria.	Administrativo (España) Luego de 6 años se encontró una disminución del riesgo coronario con la intervención ciclo de mejora (programa de RCV).
54	Revisión de tema	Revisión de tema	El beneficio del tratamiento con aspirina en la reducción del riesgo de infarto de miocardio, accidente vascular cerebral y muerte de origen vascular, está bien documentado en personas con enfermedad cardiovascular previa, incluido el subgrupo portador de una diabetes mellitus. Sin embargo el papel de la aspirina en prevención primaria es menos claro y objeto de discusión: los resultados de los ensayos clínicos disponibles no son consistentes, aunque los meta-análisis son favorables en algunos aspectos. Parece existir una disparidad entre el tipo de beneficio (cuando se observa) y el sexo. Y en particular los resultados son	Enfermedad (España) El uso de ASA en

			contradictorios en personas diabéticas, las cuales representan un pequeño porcentaje de la muestra de población incluida en los estudios. A pesar de esto, la American Diabetes Association desde 1997, y otras sociedades científicas (incluidas varias españolas) desde tiempos más recientes, recomiendan el uso de aspirina a dosis bajas en prevención primaria en todo paciente diabético mayor de 40 años, tipo 1 o tipo 2; y en todos los menores de 40 y mayores de 21 años que presenten otro factor de riesgo cardiovascular, además de la diabetes (antecedentes familiares de enfermedad vascular, hipertensión arterial, tabaquismo, dislipidemia o albuminuria).	ptes Diabéticos como una medida de prevención primaria para enfermedad cardiovascular
55	Determinar la asociación entre apoyo familiar (AF) y apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial (HAS).	Estudio de casos y controles al que se integraron 80 sujetos con diagnóstico establecido de HAS, con 40 pacientes en cada grupo. Se consideró como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento. El estudio se realizó de mayo a diciembre de 1999, en el Hospital Regional del IMSS, en la ciudad de Durango, Durango, México. La edad, género, duración de la HAS, escolaridad y estado civil fueron criterios de pareamiento. Las diferencias se establecieron con las pruebas ji cuadrada y t de student. Se calculó la razón de momios para estimar la fuerza de asociación. El diagnóstico de hipertensión arterial secundaria, o de otras enfermedades crónicas fueron criterios de exclusión.	No hubo diferencias entre los grupos respecto a las variables sociodemográficas, modalidad de tratamiento ni conocimiento que el enfermo tenía sobre su enfermedad. Tenían control de la presión arterial 31 (77.5%) pacientes con apego y 11 (27.5%) sin apego, $p=0.003$. El AF se asoció de manera independiente con apego al tratamiento, RM 6.9, IC 95% 2.3-21.1. El apego se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.	Persona (México) Hay una fuerte asociación entre el apoyo familiar y el control de la presión arterial (adherencia terapéutica)
56	Analizar la satisfacción y los factores relacionados con insatisfacción en pacientes con diabetes mellitus (DM) o hipertensión arterial (HTA) atendidos en clínicas de medicina familiar (MF).	Se realizó análisis secundario de datos. Las variables de resultado fueron dos índices de satisfacción: relación médico familiar-paciente (RMFP) y aspectos organizacionales (AO).	Aproximadamente la mitad de los pacientes ($n=1\ 323$) estuvieron satisfechos. Para la RMFP, "la amabilidad del MF" obtuvo la mayor calificación, y la más baja fue para "el MF permite la opinión del paciente sobre los tratamientos", "comprensión de la información" y "tiempo que el MF dedica al paciente". Para satisfacción con AO, "la limpieza de la clínica" y "fácil solución de los trámites administrativos" calificaron más bajo. En la regresión múltiple, la "autopercepción negativa de la salud" y "tipo de la institución" fueron relacionados con insatisfacción. Existen aspectos de RMFP y AO que provocan mayor insatisfacción en los pacientes crónicos y requieren mayor atención.	Administrativo (México) La relación Medico familiar - paciente es el principal predictor para medir insatisfacción en ptes con HTA y DM.
57	Establecer la frecuencia de apego al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2, relacionarla con el control metabólico e identificar factores que influyen para el no apego.	Estudio transversal comparativo, efectuado en 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Chihuahua, México, hecho entre 1997 y 1998. Se midió el apego con cuenta de tabletas en su domicilio. El control metabólico se midió con hemoglobina glucosilada. Un cuestionario investigó factores relacionados. Se utilizó estadística descriptiva, t	El apego correspondió a 54.2%. Los factores asociados al no apego fueron la escolaridad primaria y la falta de información sobre la enfermedad ($p<0.05$). El apego fue bajo; los factores relacionados con la falta del mismo son modificables con educación.	Administrativo (México) La educación acerca de la enfermedad es clave para el apego al tratamiento (adherencia).

		de Student y razón de momios.		
58	Evaluar el efecto en la prescripción de hipoglucémicos de un programa de educación médica continua en unidades de medicina familiar (UMF).	Se realizó un estudio observacional que comparó dos grupos (con y sin programa) con dos cortes transversales (antes y después). La unidad de análisis fue la consulta. El periodo de análisis comprendió seis meses anteriores y seis posteriores a la institución del programa. La principal variable de resultado fue la prescripción adecuada, evaluada mediante dos criterios: elección e indicación correctas. El análisis incluyó modelos de regresión logística, se aplicó la técnica de dobles diferencias y se ajustó por variables relativas al paciente, la consulta y la UMF; las más relevantes fueron sexo, obesidad, otras afecciones, número de consultas, número de medicamentos, tamaño de la clínica, grupo y etapa.	Se obtuvo un incremento atribuible al programa de 0.6% en la probabilidad de prescripción adecuada y de 11% en la elección correcta en pacientes obesos. El hallazgo más relevante en este estudio fue la mejoría en la elección del medicamento, que fue el indicador de resultado que mostró el mayor cambio positivo como resultado del programa. Se esperaba que las proporciones de indicación correcta fueran menores, ya que dependían de que la elección lo fuera, y más aún la prescripción adecuada, que estuvo condicionada a los dos criterios de elección e indicación correcta, simultáneamente. Otros factores que resultaron importantes en la decisión adecuada de prescribir hipoglucémicos fueron la continuidad de las visitas y la combinación de múltiples medicamentos en la consulta; se puede asumir que una mayor frecuencia de consultas permite tanto al médico como al paciente un mejor conocimiento sobre la forma de conseguir un adecuado control.	Administrativo (México) La frecuencia de las consultas con el médico hace que haya mayor conocimiento para un adecuado control de los hipoglicimiantes.
59	Cuantificar en un primer nivel la eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes y distinguir la provisión de servicios y los resultados en salud, además de reconocer las fuentes potenciales de variación.	Se incluyeron insumos, actividades clínicas y resultados en salud de 47 clínicas familiares del IMSS Nuevo León. La medida de la eficiencia se realizó mediante el análisis envolvente de datos y se aplicaron modelos de regresión de Tobit.	Siete clínicas fueron eficientes en cuanto a la provisión de servicios y nueve en salud; dos coincidieron en ambos aspectos. La localización metropolitana y el total de consultas favorecieron la eficiencia en relación con la provisión de servicios, cualesquiera que fueran los atributos del paciente; y la edad del médico, la eficiencia de los resultados en salud. El desempeño varió en una misma unidad y entre una y otra; algunas fueron eficientes para suministrar servicios y otras para mejorar la salud. Las fuentes de variación también difirieron. Se recomienda incluir ambos productos en el estudio de la eficiencia en diabetes en el primer nivel.	Administrativo (México) Enfatizar en programas de educación médica hace que sea eficaz la atención médica.

