

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA.

Título: Adherencia terapéutica en pacientes pediátricos diagnosticados con Asma
Bronquial.

Autora: Dra. Sailenys Alvarez González.

CIEGO DE ÁVILA, 2019

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA.

Título: Adherencia terapéutica en pacientes pediátricos diagnosticados con Asma Bronquial.

Autora: Dra. Sailenys Alvarez González.

Residente de 3er año de Pediatría.

Tutor: Dr. Pedro Luis Rodríguez Cabrera.

Especialista de Primer Grado en Pediatría.

Master en Urgencias y Emergencias Médicas en Atención Primaria de Salud.

Profesor Auxiliar.

CIEGO DE ÁVILA, 2019

RESUMEN:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal para describir el grado de la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos diagnosticados con Asma Bronquial en el municipio de Morón. El universo estuvo constituido por todos los niños con edad inferior a los 18 años de edad cumplidos, de las dos áreas de salud del municipio de Morón, en el momento de la toma de datos que acudieron a la consulta del Especialista de Alergología desde febrero del 2017 a febrero del 2018 a través de un muestreo no probabilístico por cuotas cumpliendo los criterios de inclusión para participar en el estudio.

INDICE :	P a g i n a s
Introducción -----	5
Marco Teórico -----	9
Material y método -----	27
Análisis y discusión de los resultados -----	30
Conclusiones -----	37
Recomendaciones -----	38
Referencias Bibliográficas -----	39
Anexos -----	44

INTRODUCCION

Los tratamientos actuales permiten que un número cada vez mayor de niños/ niñas y adolescentes deban enfrentar el desafío de convivir con una enfermedad crónica y afrontar las exigencias de un tratamiento a largo plazo e ir adaptando su vida al mismo.

Aprender a convivir con una enfermedad crónica puede llegar a ser un proceso lento tanto para el paciente como para su familia. Los objetivos de los tratamientos en las enfermedades crónicas son minimizar los síntomas o modificar la evolución natural de la misma para lograr una calidad de vida adecuada. La falta de adherencia a la rutina del tratamiento es un problema clínico que genera agravamiento de la enfermedad, aumento del número de internaciones, altos costos para el paciente, la familia y el sistema de salud. Este hecho destaca la importancia de desarrollar intervenciones que puedan prevenir o tratar los problemas de adherencia. Es imprescindible entonces, priorizar estrategias interdisciplinarias a partir de un diagnóstico situacional para lograr una atención integral del niño y su familia.

Previo al inicio del tratamiento es necesario identificar y anticipar las potenciales situaciones que puedan llevar a la no adherencia para poder abordarlas. Es necesario brindar información acerca de la enfermedad y las características del tratamiento e identificar los obstáculos y barreras que pudieran entorpecer la adherencia. Es imprescindible tener en cuenta todas estas variables y definir sus interrelaciones en un marco que integre al paciente y su familia al equipo de salud interviniente en forma activa colaborando con la planificación del tratamiento.

La palabra adherencia es definida como el acto o cualidad de mantenerse adherido a alguna cosa. Adherencia significa la aceptación de un rol activo en el propio cuidado de la salud pero que debe comprender la colaboración entre los pacientes y los proveedores de salud o personal a cargo de la atención (Newfeldt & Guralnik, 1988)¹. La OMS adopta la siguiente definición de adherencia terapéutica: "El grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un

régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria" (OMS, 2014). Los planes de tratamiento deberían analizar las necesidades médicas de cada individuo dentro de su contexto social y diseñar las estrategias adecuadas para evitar o atravesar las barreras a la adherencia.

La adherencia refleja la colaboración entre el paciente, su familia y el que indica el tratamiento. Esta relación debe incluir confianza y respeto mutuos incluyendo términos como negociación, toma de decisiones en forma conjunta; comunicación entre niños, padres, familia y equipo de salud para determinar el tratamiento adecuado, conociendo la forma de manejo de la enfermedad.

La adherencia al tratamiento (AT) es de gran importancia para el manejo eficiente de múltiples enfermedades. La ausencia de una adecuada adherencia representa un problema de salud pública, ya que se comunica que tan solo el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas tiene un adecuado cumplimiento terapéutico, cifras que se incrementan cuando se analizan enfermedades respiratorias que precisan de un tratamiento inhalado, como el asma, lo que repercute en el estado de salud, la calidad de vida y el incremento, de forma directa o indirecta, del gasto sanitario¹⁻³. En el asma se ha constatado que una pobre adherencia está relacionada con un incremento en el número de exacerbaciones anuales e ingresos hospitalarios, un aumento del riesgo de mortalidad, un mayor consumo de agonistas β_2 de acción corta (SABA) y cambios innecesarios al alza en los escalones terapéuticos^{4,5}.

Mundialmente, el asma es la enfermedad crónica más común de las vías respiratorias inferiores en la infancia. Es de carácter multifactorial, con una base genética sobre la que influyen diversos factores ambientales, emocionales, económicos y sociales, entre otros.²⁻⁴ Su prevalencia global varía de 2 % a 30 %, según la población estudiada, y parece estar en aumento en los países en vías de desarrollo^{5,6}. Se estima en 300 millones el número de individuos afectados en el

mundo por asma ^{7,8} y se ha considerado que es una de las condiciones médicas crónicas más comunes en los países desarrollados.

Es un problema grave de salud pública, dado que afecta a personas de todos los grupos de edad, con mayor frecuencia a los preescolares. Genera inmensos costos tangibles e intangibles en lo personal, familiar y social, afecta la calidad de vida e incluso, en algunos casos, puede ser fatal. ⁸⁻¹⁰

Hoy está bien reconocido que no es posible la prevención primaria del asma, pero que se puede lograr su control exitoso con el diagnóstico oportuno, la educación de los pacientes y sus familias, el tratamiento dirigido conforme a las características y gravedad de cada paciente, el control de los factores de riesgo y desencadenantes y el seguimiento médico. ^{11,12} El cumplimiento terapéutico constituye un elemento fundamental del proceso clínico, tan importante como el propio acierto diagnóstico o la elección de los medicamentos y recomendaciones no farmacológicas. ¹³

Debido a que el asma bronquial representa un problema de salud pública en la edad pediátrica, constituye una de las causas más frecuentes de ingresos en la sala de Enfermedades Respiratorias del Hospital General Docente de Morón, de asistencia a las consultas de alergología y al Servicio de Urgencias, muchas veces sin el cumplimiento adecuado de los tratamientos preventivos, intercrisis y curativos establecidos en los diferentes niveles de atención.

En nuestro radio de acción no se han practicado estudios que denoten el nivel de adherencia a la terapéutica intercrisis del Asma Bronquial en los últimos años; sin embargo, repercute en la atención asistencial de los departamentos de urgencia esta problemática, cada vez son más niños atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Morón con Crisis Aguda de Asma Bronquial, lo que puede estar relacionado con bajos niveles de adherencia al tratamiento preventivo o de intercrisis en estos pacientes.

Todo esto nos conduce a la pregunta: ¿Cuáles es el nivel de adherencia terapéutica en pacientes pediátricos diagnosticados con Asma Bronquial en el municipio de Morón, Ciego de Ávila?

O B J E T I V O S .

O b j e t i v o g e n e r a l:

Describir el nivel de la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos diagnosticados con Asma Bronquial en el municipio de Morón, provincia de Ciego de Ávila.

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s :

1) Caracterizar a la población en estudio según variables socio-demográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de escolaridad de padres o tutores.
- Área de residencia.
- Nivel de conocimiento de la enfermedad y su tratamiento.

2) Determinar el nivel de adherencia a los diferentes protocolos de tratamientos indicados.

3) Relacionar el nivel de adherencia al tratamiento con las diferentes variables socio-demográficas en estudio.

MARCO TEÓRICO.

El concepto de adherencia ha sido definido de diferentes formas. La Real Academia de la Lengua Española la define como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente”.¹ De otra parte, Areneda² refiere que en la literatura se ha optado por hablar de observancia, cumplimiento, adherencia o fidelidad terapéutica, sin que se haya llegado a un consenso sobre el significado exacto de estos conceptos. A continuación, se presentan algunos de las definiciones más utilizadas.

En la literatura inglesa, los términos de cumplimiento (*compliance*) y adherencia (*adherence*) son los de mayor uso, sin embargo, también se han utilizado otros sinónimos tales como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.³ Por su parte, Nogués y colaboradores⁴ afirman que la adherencia comprende dos aspectos: el cumplimiento en la toma de los medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción.

A pesar de los múltiples conceptos de adherencia, una definición que ha tenido una notable aceptación es la propuesta por Haynes⁵, quien la define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Otra de las definiciones aceptadas es la de Gil y colaboradores⁶, quienes definen la adherencia como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”. Dicho concepto es similar al propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷, que define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia

sanitaria". Estas dos definiciones reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras.

En síntesis, se han propuesto varias definiciones de adherencia al régimen terapéutico y la mayoría de estas utilizan diferentes términos tales como: cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones, entre ellas, tomar la medicación, realizar dieta, hacer ejercicio, asistir a las citas con proveedores y en general realizar cambios en estilo de vida ^{3,10}; hecho que pone en evidencia la complejidad del concepto, la variedad de términos empleados y la falta de consenso entre los autores.

Al igual que la definición de adherencia, existen múltiples métodos utilizados para medirla; la mayoría orientados a la parte farmacológica, dejando de lado el enfoque integral que involucra el cumplimiento de la dieta, ejercicio, citas programadas, entre otros. Por lo tanto, etiquetar a una persona como adherente o no adherente con el empleo de un método en particular, quizás no corresponda a la realidad de la persona, debido a que existen circunstancias que son temporales y por tanto modificables ⁶, es así que, hasta el momento, no se dispone de un patrón oro que permita la evaluación exacta de este concepto.

Los métodos utilizados para medir la adherencia se clasifican en directos e indirectos ^{6,11}. Según Osterberg et al ¹², entre los métodos directos se encuentran la terapia directamente observada, la medición del nivel del medicamento o su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre. En cuanto a los métodos indirectos se hallan los cuestionarios de autoinformes de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes, cuestionario para cuidador o tutores en caso de niños.

Según algunos autores ^{11,13-19}, los métodos más utilizados para medir la adherencia son el auto-reporte, los datos de las reposiciones de farmacia, el test de Morisky-Green, el MEMS, la observación directa, el recuento de pastillas y los cuestionarios específicos de la enfermedad y cumplimiento de citas, todos estos con ventajas y desventajas a la hora de su uso.

Algunas de las ventajas de los métodos directos es que son objetivos, específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria ^{6,11}. Por su parte, los métodos indirectos son sencillos, prácticos y económicos, pero tienen el inconveniente de no poder evaluar la adherencia de manera objetiva, debido a que la información es reportada por los mismos pacientes, familiares o alguien del equipo de salud y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, identificando solo una parte de los no cumplidores.⁶

Entre los métodos indirectos más utilizados se encuentran el auto-informe del paciente, el recuento de pastillas y las reposiciones de farmacia ¹¹, lo cual puede ser explicado por la practicidad, facilidad y los bajos costos que resultan de su utilización al compararlos con los métodos directos, sin embargo, en la práctica real algunos autores optan por una combinación de los métodos para lograr una medida más real y exacta de la adherencia de la persona al régimen terapéutico.

De la modalidad de autoinforme (método indirecto), el más utilizado es el cuestionario de Morisky-Green, que consta de 4 preguntas que indagan acerca de si el paciente se toma la medicación, si se olvida tomarla y si la suspende cuando se siente bien o mal. Dicho cuestionario determina si la persona es o no cumplidora con la medicación, sin embargo, no considera otros aspectos del régimen terapéutico, como la dieta, la actividad física y el control de factores de riesgo asociados.^{4, 20}

Enfermería como parte del equipo de salud también cuenta con instrumentos propios para medir el concepto de adherencia; el libro *Nursing Outcomes*

Classification (NOC), de la Universidad de Iowa 1997 ²¹, cuenta con 385 etiquetas de resultados que facilitan evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en el individuo, la familia o comunidad; entre ellas se encuentra la etiqueta "Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (código 1609)", definida como "acciones personales para paliar o eliminar una patología" ²¹. Dicha etiqueta permite medir de manera integral, a través de 17 indicadores, el grado de cumplimiento con respecto a las diferentes recomendaciones dadas por el personal de salud. ²¹

Por lo tanto, el objetivo de la presente revisión además de realizar una síntesis del concepto de adherencia al régimen terapéutico, también es describir los diferentes métodos empleados para medirla.

La mayoría de los estudios midieron la adherencia farmacológica, dejando de un lado otros aspectos importantes como la dieta, el ejercicio, la actividad física y en general cambios del estilo de vida que hacen parte del régimen terapéutico y que permiten evaluar la adherencia de una manera integral.

En cuanto a los conceptos empleados, para referirse a la adherencia, es frecuente utilizar el término "cumplimiento" ³⁻¹⁰ del paciente para referirse a la misma, siendo este un enfoque paternalista de los proveedores de la atención, en donde el rol de los pacientes se reduce a un papel pasivo y subordinado ¹⁰. En esta perspectiva, a los pacientes no se les brinda la oportunidad de participar en el proceso de toma de decisiones con respecto a la adopción de su propio régimen terapéutico y cambios en los estilos de vida que éste demanda ⁶².

En este sentido, se requiere que tanto el concepto como la medición de la adherencia, se dirija hacia un enfoque en el cual los pacientes asuman un papel más activo y dinámico, de tal manera que se logre negociar el rol que estos desempeñaran en la adopción de un régimen terapéutico establecido, teniendo en cuenta las propias creencias y su contexto sociocultural. ¹⁰

Un hecho que sustenta lo mencionado, se explica a través del modelo dinámico de la adherencia terapéutica ¹⁰, el cual refiere que el conocimiento que tenga el equipo de salud acerca de cómo el paciente toma decisiones relacionadas con su medicación y la interacción entre la persona-equipo de salud, juegan un papel de vital importancia a la hora de comprender el nuevo régimen terapéutico que adoptará el paciente.

Un estudio que realiza una aproximación a este concepto dinámico de la adherencia, es el propuesto por Holguín et al. ²³, el cual refiere que la adherencia tiene implícito un papel de colaboración, participación activa y voluntaria del paciente en la adopción de estilos de vida, que favorezcan los cambios en la dieta, ejercicio y toma de medicación prescritos por el personal de salud. Bajo esta mirada, el régimen terapéutico es propio de cada persona en la medida que se reconoce la naturaleza voluntaria y el papel activo que este puede jugar, así como las creencias y el contexto en el cual está inmerso. Esta aproximación al concepto de adherencia, se hace necesaria a la hora de elegir un método para medirla, de tal manera que se considere un enfoque integral, en especial en personas con terapias a largo plazo.

En cuanto a los métodos utilizados para la medición de la adherencia, son los métodos indirectos los más empleados según la literatura, situación que puede ser explicada por las ventajas que poseen estos, a la hora de su aplicación en los diferentes escenarios ¹⁹, hecho que coincide con lo encontrado en la presente revisión, donde además se evidenció que dentro de estos, los más utilizados son MEMS y este con sistema recordatorio (25%); aspecto similar a lo reportado por Hawkshead et al. ¹⁴, quien refiere que el monitoreo electrónico de la adherencia es el método ambulatorio más empleado.

Sin embargo, en estudios como el de Berg et al. ¹³, Ho et al. ¹¹ y Williams et al. ¹⁷, se determinó que el auto-informe era el método más empleado, para nuestro caso, el auto-informe con el uso de la Escala de Morisky resultó ser el segundo más utilizado con un 12,5%. Similar a estos resultados, Grenard et al. ⁶³ en un meta-

análisis de 31 estudios, encontraron que 17 de ellos habían empleado el auto-informe, seguido por ocho estudios que utilizaron dispositivos de tapas electrónicas.

En cuanto a los métodos indirectos tipo autoinforme, empleados por enfermería para medir adherencia terapéutica, existen varios instrumentos derivados del NOC²¹, especialmente de la etiquetas de resultado "Conducta terapéutica: enfermedad o lesión", y "Conducta cumplimiento"; que ha sido utilizado en diferentes estudios^{32, 64, 65, 66, 67}; los cuales han permitido realizar una aproximación a la medición de adherencia más allá de lo farmacológico (dieta, ejercicio, cambios en los estilos de vida, entre otras); de los cuales, dos^{32, 40} fueron contemplados en la presente revisión. Por ejemplo, Morilla-Herrera y colaboradores⁴⁰, construyeron un instrumento a partir de las características definitoria de la NANDA e indicadores del NOC; para determinar problemas relacionados con el régimen terapéutico.

Por otro lado, se encontró en esta revisión, que el 17,5% de los estudios utilizó la combinación de métodos directos e indirectos para medir la adherencia a la medicación, usando hasta tres métodos; siendo común la combinación de los MEMS y las concentraciones séricas de la medicación. En este sentido, por ejemplo, Bell et al.⁵⁸ utilizó cuestionarios de dosificación de medicamentos (preguntando cuántas tabletas se había tomado y cuándo), el uso de dispositivo MEMS y métodos de laboratorio para medir concentraciones séricas del fármaco. De igual forma, Braam et al.⁵⁷ empleó el recuento de cápsulas, MEMS y las concentraciones séricas de bromuro de potasio como un marcador.

Estos hallazgos ponen de manifiesto el interés y preocupación de algunos autores por tratar de aproximarse al valor real del comportamiento de la adherencia del paciente, de otra parte, algunos autores consideran que los métodos directos son más objetivos, precisos y proporcionan mayor información sobre el cumplimiento terapéutico que los indirectos^{6,11}.

En cuanto a los métodos directos, se encontró que el 2,5% de los estudios evaluaron la adherencia terapéutica, a través de la concentración sanguínea del fármaco. Esto

puede ser explicado por los altos costos, la complejidad y dificultad de aplicación de los mismos, lo cual no permite que estén al alcance de los escenarios de atención primaria ^{6,11}, situación que requiere ser analizada a la hora de escoger el método más adecuado y válido acorde al contexto donde se pretenda medir la adherencia de las personas.

En los resultados de los estudios de adherencia que emplearon métodos indirectos, se encontró datos variables que oscilan entre el 64% al 100% de adherencia. En cuanto a los métodos directos, los resultados reportados son muy similares, con intervalos que van desde 74% hasta el 93%; al analizar los resultados de adherencia entre los métodos directos e indirectos, no se encontró diferencias relevantes en cuanto a las proporciones reportadas por los estudios al utilizar uno u otro método, pese a que la literatura reporta que los métodos directos poseen mayor sensibilidad para detectar porcentajes de incumplimiento si se compara con los indirectos.

El escoger un método ya sea directo o indirecto para medir la adherencia, es colocar en una balanza las ventajas y desventajas de cada uno. Según Uzun et al. ³³, los directos parecen ser más reproducibles, pero son más costosos. En cambio, los indirectos son más fáciles y económicos, pero son altamente dependientes de las respuestas e intenciones del paciente al cual se le pregunta. Un método perfecto debería tener características como el ser económico, reproducible, objetivo a la hora de evaluar la adherencia, fácil de usar tanto para el investigador como para el paciente y que los datos obtenidos sean fáciles de interpretar. ³³

Al respecto, Hawkshead et al. ¹⁴ argumenta que la elección de un método depende de la necesidad de información por parte del investigador, de los recursos con que se cuente, de la negociación previa con el paciente y de la comodidad del mismo. En el mismo sentido, Vollmer et al. ⁶⁸ expresa que la elección del método para medir la adherencia en los estudios dependerá de la cantidad de datos disponibles, el tiempo de la condición crónica para la cual se utiliza el fármaco, la disponibilidad de otras opciones de tratamiento y la pregunta que busca abordar el estudio.

Por lo anterior, es necesario establecer parámetros que guíen la escogencia de un método de medición dependiendo del contexto y las características propias del paciente; la enfermedad que padece, los recursos, los datos del investigador y demás, tal como lo afirma Ho et al ¹¹, quien refiere que el llegar a un consenso sobre el método(s) de medición, proporcionará más la comparabilidad entre los hallazgos de los estudios.

Por otra parte, es necesario aclarar que una de las grandes limitaciones del presente estudio fue el haber incluido variedad de diseños y población en donde se midió la adherencia, por lo cual las conclusiones son muy heterogéneas y la extrapolación de los resultados debe hacerse con precaución.

Dimensiones de la adherencia

La OMS ubica que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco dimensiones, de los cuales los factores relacionados con el paciente son solo un determinante (OMS, 2004). A continuación, describiremos estas dimensiones brevemente. Factores socioeconómicos.

Las condiciones socioeconómicas deficientes, la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la falta de redes de apoyo, las condiciones de vida inestables, la lejanía de los centros de tratamiento, el costo de la medicación, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento pueden tener un efecto considerable sobre la adherencia.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Una buena relación con el equipo tratante puede mejorar la adherencia. Hay muchos factores que ejercen un efecto negativo: sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, profesionales recargados de

trabajo, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Factores relacionados con la enfermedad

Algunos determinantes poderosos de la adherencia relacionados con la enfermedad son la gravedad y la velocidad de progresión de la misma, el grado de discapacidad (física, psicológica, social), la disponibilidad de tratamientos efectivos. Así como la comorbilidad con trastornos emocionales o consumo de sustancias.

Factores relacionados con el tratamiento

Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos

Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, los temores, la presencia de procesos de duelo, las percepciones y las expectativas del paciente y su familia. Es importante incluir en la evaluación el diagnóstico de trastornos psicopatológicos, dado que la existencia de los mismos puede obstaculizar la adherencia a los tratamientos.

Las barreras para la adherencia varían con el tiempo y con las diferentes personas. La planificación del tratamiento debe contemplar las barreras reales o potenciales. "La capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima se ve comprometida con frecuencia por más de una barrera. Las intervenciones para promover la adherencia requieren varios componentes para

superar estas barreras y los profesionales de la salud deben seguir un proceso sistemático para evaluar todas las barreras posibles" (O M S , 2004).

La adherencia en las diferentes etapas del desarrollo

Es necesario estar familiarizados con las etapas del desarrollo para poder diseñar e implementar diferentes estrategias e intervenciones. Las diferencias entre niños y adolescentes en cuanto a conductas y actitudes relacionadas con la enfermedad y la muerte se desprenden de las diferencias de edad, la causa de la enfermedad, la evolución, el grado de discapacidad que esta genere, etc.

A medida que el niño va creciendo puede ir tomando gradualmente mayor responsabilidad en la toma de medicación o en el control de variables médicas. Las medidas que vaya adoptando para controlar en forma cada vez más independiente su enfermedad, se relacionan con el desarrollo cognitivo, la adquisición de autonomía y la menor dependencia de los adultos.

Lactantes

Los lactantes comprenden el mundo a partir de sensaciones físicas y dependen totalmente del adulto a cargo de su crianza. Frente al diagnóstico de una enfermedad las intervenciones del equipo de salud deben centrarse en el soporte y educación hacia los cuidadores. En este sentido es necesario comunicar los conocimientos acerca del origen del trastorno y anticipar los cambios que se van a ir generando durante el desarrollo del bebé.

Los cuidadores deben ser entrenados para adquirir habilidades en el manejo de la medicación y de los síntomas para una mejor crianza del pequeño. Por eso es necesario tener en cuenta las rutinas del niño y la familia, los hábitos de sueño, el tipo de alimentación, los gustos, intereses, el nivel de alerta y la capacidad de los adultos para aceptar indicaciones.

El diagnóstico de un problema crónico de salud puede interferir en el vínculo madre-hijo, quebrándose la ilusión de tener un bebé sano y generando sentimientos de culpa, empeorando la comprensión y aceptación del problema de salud.

Niños pequeños y preescolares

Durante esta etapa, los niños/ niñas necesitan mantener esquemas regulares y rutinas.

En este período muestran interés por el funcionamiento del cuerpo, la diferencia de sexos, el árbol genealógico, la concepción y la muerte.

La función simbólica tiene un gran desarrollo entre los 3 y 7 años y se evidencia por la presencia de juegos simbólicos en donde los niños toman conciencia de lo que los rodea y realizan, a través del juego, escenas que nos muestran su mundo interno.

Reproducen en el juego situaciones que le han impresionado, pero les cuesta separar acción propia y pensamiento. Para el niño el juego simbólico es un medio de adaptación tanto intelectual como afectiva. Los contactos sociales y el intercambio del lenguaje le permitirán expresar sentimientos hacia los demás.

Cuando reciben medicación desde etapas tempranas, ésta pasa a ser parte de su vida y suele ser mejor aceptada.

La rutina del tratamiento puede interferir en la socialización como por ejemplo, asistir a los cumpleaños y cumplir con la dieta indicada.

En esta etapa es útil incluir juegos con jeringas, frascos vacíos de remedios, muñecos, para ayudarlos a elaborar su sufrimiento y llegar a transformar lo penoso en soportable.

Para una mejor adherencia al tratamiento es necesario evaluar el rol de los adultos o cuidadores, respecto de la forma y modo de administrar la medicación, conocimientos acerca de la evolución de la enfermedad y consecuencias de una mala adherencia. Se aconseja que al menos dos personas de la familia conozcan la medicación o la rutina del tratamiento para que estén disponibles y organizadas a tal efecto.

La información que reciban el niño y sus padres deberá estar orientada a asimilar cognitivamente los beneficios a corto y largo plazo de una correcta adherencia a los tratamientos. Es necesario que los niños y sus padres comprendan que el tratamiento no es un área de negociación de su cumplimiento.

Niños en edad escolar

El período de 6 a 12 años es una etapa de avances en cuanto a la socialización y la objetivación del pensamiento. Los niños pueden además de vivir sus propias experiencias, sacar conclusiones lógicas y anticipar las consecuencias de sus acciones.

Puede aparecer el sentido de cooperación y empiezan a divertirse con juegos reglados.

En esta etapa es fundamental la integración a la escuela, a grupos de pares para la adquisición y consolidación de habilidades sociales y el desarrollo de la expresión de sentimientos.

Conocen las partes del cuerpo y algunos órganos pero les cuesta integrar el funcionamiento de los distintos sistemas.

En esta etapa formulan preguntas acerca del funcionamiento del cuerpo humano y su enfermedad siempre y cuando se los estimule a hacerlo, de lo contrario pueden retraerse y negarse a colaborar con la atención médica. Necesitan conocer aspectos concretos de la enfermedad y del tratamiento médico que deben seguir, y la información deberá estar orientada a que colabore según su nivel de desarrollo.

En lo posible es importante que la escuela esté informada y actualizada del estado de salud del niño y sus necesidades. Los compañeros de clase pueden requerir asesoramiento para comprender lo que sucede y poder preservar el vínculo entre pares.

Niños mayores y adolescentes

La pubertad es el sustrato biológico de la adolescencia y se caracteriza por cambios morfológicos visibles: corporales, sexuales y endocrinos. En cambio, la adolescencia se determina por factores biológicos, sociales y psicológicos. Es un momento de gran vulnerabilidad psicológica, en donde es prioritario considerar al adolescente en forma integral.

En esta etapa son capaces de realizar operaciones formales, ya pueden comprender y asimilar los conocimientos en relación a su enfermedad, las consecuencias de una deficiente adherencia, pero les cuesta entender la cronicidad del cuadro y, muy especialmente, mantener un adecuado cumplimiento de las pautas de tratamiento.

A esta edad pueden aparecer sentimientos conflictivos ligados a la enfermedad y los jóvenes pueden reaccionar suspendiendo la medicación para sentirse "normales".

Sus principales temores son los de la mayoría de su grupo etario: pérdida del control, ser diferentes al resto, ser discriminados o ignorados por sus pares.

En una etapa en la que el aspecto físico cobra especial interés, los cambios en la imagen corporal, caída del cabello, o incremento de sus discapacidades físicas producidos por el tratamiento, pueden ser grandes obstáculos para la adherencia y pueden generar pérdida de interés por la vida.

La fluctuación de las emociones en esta etapa es habitual, pasando de la desesperación y pesimismo a la euforia y a sentimientos de omnipotencia. Una mala relación con las reglas, una actitud de base desafiante, poca conciencia de enfermedad y ausencia de síntomas físicos, e incompatibilidad entre el esquema de tratamiento y el estilo de vida del adolescente (por ejemplo si la adherencia limita o impide la posibilidad de dormir en casas de amigos, el viaje de egresados, o las actividades del fin de semana), pueden ser obstáculos importantes para lograr la adherencia en esta etapa.

Es frecuente que los cuidadores adopten una actitud sobreprotectora para con el paciente. Esta actitud suele generar demoras en la adquisición de la independencia. Los adolescentes con enfermedades crónicas tienen un elevado riesgo de padecer aislamiento social, y retracción en los vínculos extra familiares para evitar sentirse expuestos.

En esta etapa pueden ser beneficiosos los grupos de apoyo con otros pacientes adolescentes, o conectarse en un modo más informal con otros jóvenes que padecen una problemática similar.

Es importante promover la participación activa del adolescente en su tratamiento que sirva para que pueda asumir responsabilidades y tomar decisiones; pero aún ésta participación, requiere siempre de la supervisión de un adulto.

En la actualidad, el incumplimiento constituye un grave problema de salud pública^{13,19,26,27} por ser un fenómeno ampliamente extendido, que priva a los pacientes del beneficio del tratamiento y los expone a las exacerbaciones y riesgos que estos conllevan, al tiempo que supone para el sistema sanitario una carga adicional de “costos prevenibles”, porque el incumplimiento se asocia a un incremento en las visitas a los servicios de urgencias y a un aumento de las hospitalizaciones, así como a un riesgo más elevado de recaídas con la consiguiente necesidad de nuevas pruebas diagnósticas y de tratamientos adicionales^{13,27}. El incumplimiento terapéutico compromete de raíz la calidad de los tratamientos al no poder conseguir el fin curativo o preventivo perseguido, al margen de inducir al médico a hacer juicios erróneos sobre el diagnóstico y la terapéutica, así como a crear insatisfacción con el tratamiento tanto para el médico como para el paciente, cuestionándose la utilidad de fármacos que usualmente proporcionan beneficios terapéuticos²⁸. En este orden de ideas el incumplimiento tiene implicaciones directas en la morbilidad. Bauman y colaboradores²⁹ encontraron que los pacientes asmáticos con mal cumplimiento terapéutico tenían el doble de morbilidad grave en comparación con los que tenían buena adherencia; en dicho estudio, el puntaje global de gravedad de morbilidad fue de 4,5 en los pacientes con bajo cumplimiento en comparación

con 2,8 en aquellos con alto cumplimiento ($p < 0,001$); se tuvieron en cuenta los días de sibilancia sobre 14 días, los días de limitación de la actividad sobre 14 días, los síntomas nocturnos o despertares, el ausentismo escolar sobre 100 días, el número de hospitalizaciones y consultas a urgencias en nueve meses de seguimiento ²⁹. El número de pacientes con al menos una hospitalización, en el grupo de bajo cumplimiento fue de 17,2 en comparación con 7,3 en el grupo de alto cumplimiento ($p < 0,001$). ²⁹

En revisiones de la literatura se ha encontrado que en los países desarrollados el cumplimiento entre los pacientes que sufren enfermedades crónicas es, en promedio, del 50 % ^{15,30-32}. Por ejemplo, en Australia, 43 % de los pacientes con asma toman sus medicamentos según lo prescrito y solo 28 % utilizan los medicamentos controladores ³³. Se estima que, en los países en vías de desarrollo, como Colombia, la magnitud y el impacto del incumplimiento son aún mayores dadas la escasez de recursos y las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria ³⁰.

Se han identificado más de 200 variables y se han estudiado e implicado diversos factores relacionados con el cumplimiento terapéutico ¹⁵, entre los que se encuentran las siguientes categorías: dependientes del paciente, dependientes del médico, dependientes de la relación médico-paciente, relacionados con la enfermedad y con el tratamiento, con la relación farmacéutico-paciente, dependientes de la relación médico-farmacéutico, relacionados con la estructura sanitaria, con la comunidad y con la familia. ^{13,17}

Entre los factores relacionados con la medicación, reportados como de riesgo para el no cumplimiento terapéutico en niños con asma están: tener más de un medicamento prescrito para el asma o la combinación de tratamientos para el asma y otras entidades y/o preocupaciones de los cuidadores por los efectos secundarios de los medicamentos ²⁹. En los pacientes con bajo cumplimiento Bauman y colaboradores ²⁹ encontraron que 60,8 % tenían prescrito más de un medicamento para el asma; 54,6 % tomaban más de un medicamento al día; 48,5 % de los padres

referían preocupación sobre los efectos adversos del medicamento; 40,8 % de los niños estaban a cargo de tres o más cuidadores; 37,1 % tomaban medicamentos por otra condición y 32 % presentaban problemas para conseguir una cita de control.

Otros factores implicados en el incumplimiento terapéutico son los problemas de salud mental tanto de los cuidadores como de los niños ²⁹. En algunos estudios se ha encontrado que hay predominio del sexo masculino en los no cumplidores ^{29,41}.

Estudios previos sugieren que los niños y adolescentes con asma, en familias de minorías étnicas, bajo nivel socioeconómico o menor nivel educativo tienen tasas altas de no cumplimiento, lo que los lleva a que su enfermedad sea más grave: más síntomas, mayor ausentismo escolar, aumento de las consultas a urgencias, hospitalizaciones y muertes por la enfermedad ⁴²⁻⁴⁵. La disminución de los síntomas con el tiempo en los niños y adolescentes se ha correlacionado con la creencia de menor necesidad de medicamentos controladores en asma ¹⁹. A su vez, la calidad de la relación médico-paciente ha sido implicada en el cumplimiento en los pacientes con esta enfermedad crónica; en efecto: la desconfianza entre el paciente y el profesional sanitario se ha correlacionado con bajo cumplimiento terapéutico; ella está relacionada con los siguientes factores por parte del profesional: aptitudes negativas para presentar la información, falta de empatía, desmotivación, ausencia de instrucciones por escrito y lenguaje demasiado técnico. ^{17,19}

La estructura sanitaria de un país también está relacionada con el cumplimiento o incumplimiento terapéutico. Así, varios factores disminuyen la motivación de los pacientes y sus familias para la continuidad de los tratamientos; ellos son: la burocracia administrativa, el acceso difícil a las consultas de control y a los medicamentos, los tiempos de espera prolongados, las largas distancias y el problema de desplazamiento a los centros sanitarios. ¹⁴

El incumplimiento del tratamiento médico prescrito ha sido implicado en las tasas altas de morbilidad y mortalidad de los pacientes con asma ⁴⁶ y tiene consecuencias sociales y clínicas: fracasos terapéuticos, que pueden traducirse en agravamiento

de la enfermedad, falta de prevención, retraso en la curación y presencia de recaídas; propicia la valoración errónea por parte del médico acerca de la efectividad del fármaco, lo que puede dar lugar en ocasiones a aumentos innecesarios de las dosis con el consiguiente riesgo iatrogénico; favorece la automedicación por almacenamiento de los fármacos no utilizados; cuestiona la validez de los resultados obtenidos en ensayos clínicos; hace perder la confianza del médico en un agente terapéutico que es seguro y efectivo cuando se dosifica y administra correctamente; permite la aparición de efectos secundarios; disminuye la confianza del paciente en la actuación terapéutica del médico; induce la solicitud de pruebas diagnósticas innecesarias; incrementa el número de consultas y de prescripciones por cambio de terapia y aumenta el número de hospitalizaciones y de atenciones por urgencias ^{42,47-49}. En una cohorte de 298 pacientes afrodescendientes con asma moderada a grave, Williams y colaboradores ⁴⁸ encontraron una reducción estadísticamente significativa de las exacerbaciones (incluían: uso de esteroides orales, consultar por urgencias y hospitalizaciones por asma) en los pacientes con adherencia mayor del 75 % a la dosis prescrita de esteroides inhalados, en comparación con aquellos cuya adherencia era menor del 25 % .

En el 2002, Bauman y colaboradores ²⁹ hicieron un estudio multicéntrico, prospectivo y longitudinal en los Estados Unidos, que incluyó 1.199 niños entre 4 y 9 años con diagnóstico de asma moderada a grave, seguidos durante 9 meses; encontraron que los niños con bajo cumplimiento terapéutico tenían más síntomas relacionados con el asma, una tasa de hospitalización dos veces mayor, el doble de ausentismo escolar, mayor deterioro funcional, más días con sibilancias y más días con actividad restringida. En un estudio retrospectivo ²⁰ que incluyó 11.407 pacientes menores de 4 años se encontró que aquellos con mayor cumplimiento de los medicamentos controladores para el asma (corticoides inhalados) tuvieron menor número de exacerbaciones, menos consultas al servicio de urgencias y menor tasa de hospitalización. ⁵⁰

En 1996, Milgrom y colaboradores ³ estudiaron niños entre 8 y 12 años seguidos por 13 semanas; evidenciaron que la mediana de cumplimiento terapéutico de los corticoides inhalados fue 13,7% en los pacientes que experimentaban exacerbaciones (uso de corticoides orales), en contraste con 68,2% en quienes no las sufrieron. A su vez, Williams y colaboradores ⁴⁸, en 2011, encontraron una reducción estadísticamente significativa de las exacerbaciones (necesidad de corticoides orales, consultas al servicio de urgencias y hospitalizaciones por asma) cuando el cumplimiento era mayor del 75% en la dosis prescrita de corticoides inhalados, en comparación con pacientes cuyo cumplimiento terapéutico era del 25% o menos (OR: 0,61; IC 95 % : 0,41-0,99).

El fenómeno del cumplimiento terapéutico en enfermedades crónicas como el asma es multifactorial. El incumplimiento del tratamiento del asma es prevalente y reconocido como una posible causa de fracaso terapéutico ³, lo cual tiene consecuencias sociales y clínicas graves, que incluyen el aumento de los síntomas relacionados con el asma, el deterioro de la capacidad funcional y el mayor uso de recursos sanitarios.¹³ Se deben hacer estudios que muestren en nuestra comunidad cómo se comporta el cumplimiento terapéutico en pacientes con asma y las implicaciones que esto puede tener.

MATERIAL Y MÉTODO :

Se realizó un estudio descriptivo, transversal para describir el nivel de adherencia terapéutica en pacientes pediátricos diagnosticados con Asma Bronquial, dispensarizados en las dos áreas de salud del municipio de Morón durante el período de tiempo comprendido desde el 1 de febrero del 2017 a 1 de febrero del 2018.

La población de estudio estuvo formada por los pacientes dispensarizados con Asma Bronquial en las áreas de salud del municipio de Morón, con edad inferior a

los 18 años de edad cumplidos, reportados en el momento de la toma de datos, y que corresponden a un total de 305, se seleccionaron a través de un muestreo no probabilístico 102 pacientes los cuales acudían a consulta de seguimiento del Especialista de Alergología en compañía de sus padres o tutores; se les explicó las características del estudio y se les solicitó la disposición a participar, mediante el llenado de la planilla del consentimiento informado (Anexo 1) cumpliendo con los criterios éticos establecidos.

Criterios de inclusión.

- Todos los pacientes cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado.
- Todos los pacientes que fueron incluidos previamente en una de las consultas especializadas de seguimiento definidas en este estudio.

Criterios de exclusión.

- Todos los pacientes cuyos padres o tutores legales no firmen el consentimiento informado.
- Todos los pacientes que no hayan sido incluidos en una de las consultas definidas en el estudio.

Se aplicó una encuesta (Anexo 2) para la obtención de la información y posteriormente se aplicó el test evaluación adherencia terapéutica Martín-Bayarre-Grau modificado (Anexo 3) expresado por responder 12 preguntas con respuestas con puntuación 4,3,2,1,0 según se corresponda y Test de Morisky-Green-Levine. (Anexo 4) con respuesta correcta a las 4 preguntas (No, Si, No, No) para evaluar el grado de adherencia terapéutica.

Definiciones operacionales de las variables:

		O peracionalización
--	--	----------------------------

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Grupos de edad	Cuantitativa a intervalos	- 3- 6 años - 7-11 años - 12-17 años	Según último año de edad cumplido	La edad en años
Sexo	Cualitativa nominal	- Femenino - Masculino	Según sexo biológico de pertenencia	Sexo al que pertenece
Área de residencia	Cualitativa nominal	- Rural - Urbana	Según la localización de la vivienda	Ubicación geográfica de la vivienda
Nivel de escolaridad del tutor	Cualitativa nominal	- Sin estudios - Bachillerato - Universitario	Según grado escolar terminado	Escolaridad
Evaluación del conocimiento de los tutores sobre Asma Bronquial	Cualitativa nominal	- Suficiente - Insuficiente	Según las respuestas correctas recogidas en la encuesta (Anexo 2)	-4 respuestas correctas (suficiente) - Cualquier respuesta diferente (insuficiente).
Frecuencia de recurrencia de las crisis	Cuantitativa a intervalos	-1 vez al mes -1 vez cada 3 meses -1 vez cada 6 meses -1 vez al año	Según la frecuencia con que aparecen las crisis de Asma	

Test de Morisky- Green-Levine	Cualitativa dicotómica	- Adherencia - No adherencia	-4 criterios correctos. - menos de 4 criterios correctos	
Test de adherencia terapéutica MBG (Martín- Bayarre-Grau)	Cualitativa dicotómica	- Adherencia - No adherencia	-criterios de 38-48 puntos - criterios de 0-37 puntos	

La técnica de procesamiento de la información fue computarizada utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows con la que se realizó la validación y tabulación de los datos. Como medida de resumen de la información se utilizaron los números absolutos y los porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas que fueron analizadas para emitir conclusiones y recomendaciones.

Se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la recolección de datos y análisis de los mismos los resultados de nuestro estudio se presentan y discuten teniendo en cuenta los objetivos planteados en nuestro estudio

Tabla No.1: Distribución según grupo de edad.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No .	%	No .	%	No .	%
De 3 – 6 años	18	43.9	26	42.6	44	43.1
De 7– 11 años	13	31.7	20	32.8	33	32.4
De 12 – 17 años	10	24.4	15	24.6	25	24.5
Total	41	100.0	61	100.0	102	100.0

Fuente: Documento primario (Anexo 2).

En la Tabla 1 el mayor por ciento de los pacientes se encontraba entre 3-6 años de edad, (con un 43.1%), predominando el sexo masculino, (con un 42.5%). Los resultados obtenidos van acordes a lo planteado por la mayoría de los autores de la literatura mundial, entre ellos, M. Cruz, siendo la edad de comienzo de las primeras crisis entre el segundo y cuarto año de vida.

Tabla No. 2: Distribución según área de residencia

Área de residencia	No.	%
Urbana	77	75.5
Rural	25	24.5

T o t a l	1 0 2	1 0 0 . 0
------------------	--------------	------------------

Fuente: Documento primario (Anexo 2).

En la Tabla 2 existe una mayor incidencia de niños que viven en zona urbana con asma bronquial con un 75,5% de la población en estudio. Este resultado coincide con lo descrito por varios autores en la literatura mundial y con estudios realizados en áreas de salud en la Habana.⁵⁵

Tabla No. 3: Distribución según el grado de conocimiento que tienen los padres o tutores sobre la enfermedad.

G r a d o d e c o n o c i m i e n t o	N o	%
S u f i c i e n t e	4 7	4 6 . 1
I n s u f i c i e n t e	5 5	5 3 . 9
T o t a l	1 0 2	1 0 0 . 0

Fuente: Documento primario (Anexo 2).

La Tabla 3 muestra con 53.9% que existe un insuficiente grado de conocimiento sobre el Asma Bronquial en padres o tutores de los niños que participaron en el estudio. Que se corresponde con estudios realizados en áreas de salud en la Habana.⁵⁵

Tabla No. 4: Relación entre los grupos de edades con el nivel de adherencia terapéutica según los test de Martin-Bayarre-Grau y Morisky-Green-Levine.

	T e s t d e a d h e r e n c i a	
	M B G	M o r i s k y - G r e e n - L e v i n e

Grupo de edades	Adherencia		No adherencia		Adherencia		No adherencia	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
3 – 6 años	26	57.8	18	31.6	26	57.8	18	31.6
7 – 11 años	16	35.6	17	29.8	16	35.6	17	29.8
12 – 17 años	3	6.6	22	38.6	3	6.6	22	38.6
Total	45	100.0	57	100.0	45	100.0	57	100.0

Fuente: Documento primario (Anexo 2, 3, 4)

La Tabla 4 muestra que en el grupo de edades 12- 17 años hay una menor adherencia terapéutica según los resultados obtenidos en el test de Martin- Bayarre- Grau y en el Test de Morisky- Green- Levine con un 38.6% de la muestra en estudio. Que se corresponde con los estudios previos realizados por Bauman y colaboradores²⁹ donde se encuentra un índice mayor de poca adherencia terapéutica en la adolescencia generalmente por abandono del medicamento.

Tabla No. 5: Relación entre nivel de escolaridad de los padres con el nivel de adherencia terapéutica según los test de Martin-Bayarre-Grau y Morisky-Green-Levine

Escolaridad	Test de adherencia							
	M B G				M orisky-G reen-L evine			
	A dherencia		N o a dherencia		A dherencia		N o a dherencia	
	N o .	%	N o .	%	N o .	%	N o .	%
Bachillerato	25	55.6	24	42.1	25	55.6	24	42.1
Universitario	13	28.9	12	21.1	13	28.9	12	21.1
Sin estudios	7	15.5	21	36.8	7	15.5	21	36.8
Total	45	100.0	57	100.0	45	100.0	57	100.0

Fuente: Documento primario (Anexo 2, 3, 4)

La Tabla 5 muestra que el mayor por ciento del déficit de adherencia terapéutica esta dado en los niños cuyos padres presentan un nivel de escolaridad hasta 12 grado con un 42.1% según el test de Martin-Bayarre-Grau y el test de Morisky-Green-Levine. Los resultados no coinciden con estudios previos que sugieren que los niños con asma, en familias con bajo nivel socioeconómico o menor nivel educativo tienen tasas altas de no cumplimiento.⁴²⁻⁴⁵

Tabla No. 6: Relación entre Adherencia terapéutica los test de Martin-Bayarre-Grau y Morisky-Green-Levine según y frecuencia de las crisis.

Frecuencia de las crisis	Test de adherencia							
	M B G				M orisky-G reen-Levine			
	A dherencia		N o adherencia		A dherencia		N o adherencia	
	N o .	%	N o .	%	N o .	%	N o .	%
Mensual	10	22.2	16	28.1	10	22.2	16	28.1
Cada 3 meses	14	31.1	18	31.6	14	31.1	18	31.6
Cada 6 meses	12	26.7	15	26.3	12	26.7	15	26.3
1 vez al año	9	20.0	8	14.0	9	20.0	8	14.0
Total	45	100.0	57	100.0	45	100.0	57	100.0

Fuente: Documento primario (Anexo 2, 3, 4)

En la Tabla 6 se observa según el test de Martin-Bayarre-Grau y Morisky-Green-Levine que el 31.6% de los niños con poca adherencia terapéutica presentan cada 3 meses crisis de Asma Bronquial. Correspondiéndose con estudios realizados previamente por Bauman y colaboradores²⁹ donde prevalecen las crisis de Asma bronquial entre cada 3 y 6 meses en los pacientes con una deficiente adherencia terapéutica.

Tabla No. 7: Nivel de adherencia según el test de Adherencia Martin - Bayarre- Grau (M B G) y los protocolos del tratamiento intercrisis del Asma Bronquial.

Protocolo medicamentoso de mantenimiento	Test de Adherencia M B G			
	Adherencia		No Adherencia	
	No	%	No	%
SABA + G C I+ Antihistamínicos H1	18	40.0	8	14.0
SABA + Antihistamínicos H1	14	31.1	9	15.8
SABA + Antihistamínicos H1 + Leucotrienos	7	15.6	15	26.3
SABA + Antihistamínicos H1 + Inmunoterapia	2	4.4	12	21.1
SABA + Antihistamínicos H1 + Glucocorticoide sistémico	4	8.9	13	22.8
Total	45	100.0	57	100.0

Fuente: Documento primario (Anexo 2, 3)

En la Tabla 7 se observa que el 26.3 % de los niños presentan poca adherencia terapéutica al protocolo SABA + Antihistamínicos H1 + Leucotrienos. Esto no se corresponde con estudios realizados por Williams y colaboradores ⁴⁸ donde obtiene que con el uso de este protocolo se redujeron la aparición de las crisis y por ello la frecuencia de las consultas a urgencias de los niños.

Tabla No. 8: Nivel de adherencia según el test de Adherencia Morisky-Green-Levine y los protocolos del tratamiento intercrisis del Asma Bronquial.

Protocolo medicamentoso de mantenimiento	Test de Adherencia Morisky-Green-Levine			
	Adherencia		No Adherencia	
	No	%	No	%
SABA + GCI+ Antihistamínicos H1	18	40.0	8	14.0
SABA + Antihistamínicos H1	14	31.1	9	15.8
SABA + Antihistamínicos H1 + Leucotrienos	7	15.6	15	26.3
SABA + Antihistamínicos H1 + Inmunoterapia	2	4.4	12	21.1
SABA + Antihistamínicos H1 + Glucocorticoide sistémico	4	8.9	13	22.8
Total	45	100.0	57	100.0

Fuente: Documento primario (Anexo 2, 4)

En la Tabla 8 se observa que el 26.3 % de los niños con baja adherencia terapéutica están usando el protocolo de SABA+ Antihistamínicos H1 + Leucotrienos. Esto no se corresponde con estudios realizados por Williams y colaboradores ⁴⁸ donde se obtiene que con el uso de este protocolo se redujeron la aparición de las crisis y por ello la frecuencia de las consultas a urgencias de los niños.

CONCLUSIONES

El estudio realizado muestra que existe un mayor porcentaje de niños asmáticos entre los 3 y 6 años de edad, predominando el sexo masculino, en un área de residencia altamente urbana, aunque se recoge un adecuado índice de nivel de escolaridad en los padres y tutores de los niños existe insuficiente grado de conocimiento sobre la enfermedad, la mayoría de los infantes presentan las crisis de Asma Bronquial cada 3 meses y no cumplen un adecuado protocolo de tratamiento de mantenimiento para prevenir las crisis de Asma Bronquial obteniendo según los Test aplicados sobre adherencia un bajo porcentaje en el uso de SABA + Antihistamínicos H1 + Leucotrienos, por todo lo anterior podemos concluir que en los pacientes pediátricos diagnosticados con Asma Bronquial en el municipio de Morón existe una baja adherencia terapéutica .

RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados de este trabajo para que se realicen otros estudios para profundizar en el conocimiento de la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos diagnosticados con Asma Bronquial, y de esta forma realizar el manejo adecuado de esta enfermedad e incorporar al niño satisfactoriamente a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Real Academia Española. [Página en Internet]. España: DRAE; c2010 [actualizada 16 febrero 2010; consultado 21 marzo 2013]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=adherencia>
2. Araneda M. Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica. Rev Chil Pediatr. 2009; 80(6): 560-569.
3. Libertad M A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cub Salud Publica [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2013 Ene 16]; 30(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es
4. Nogués X, Sorli M L, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna 2007; 24(3):138-41.
5. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
6. García AM, Leiva F, Martos F, García AJ, Prados D, Sánchez et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia (And). 2000; 1(1):13-19.
7. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004.
8. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Colomb 2005; 30(4): 268-273.
9. Hearnshaw H, Lindenmeyer A. What do we mean by adherence to treatment and advice for living with diabetes? A review of the literature on definitions and measurements. Diabetic Med. 2006; 23(7): 720-8.
10. Gearing RE, Townsend L, MacKenzie M, Charach A. Reconceptualizing medication adherence: six phases of dynamic adherence. Harv Rev Psychiatry. 2011; 19 (4): 177-89.

11. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication Adherence: Its Importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009; 119: (1)3028-3035.
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353 (5): 487– 497.
13. Berg KM, Arnsten JH. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 43(1): 1-16.
14. Hawkshead J, Krousel-Wood MA. Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings: advantages and limitations. *Dis Manage Health Outcomes*. 2007; 15(2): 109-18.
15. Sumino K, Cabana MD. Medication adherence in asthma patients. *Curr Opin Pulm Med*. 2013; 19 (1): 49–53.
17. Hommel KA, Mackner LM, Denson LA, Crandall WV. Treatment regimen Adherence in Pediatric Gastroenterology. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008; 47 (5): 526-543.
18. Williams AB, Rivet K, Bova C, Womack JA. A proposal for quality standards for measuring medication adherence in research. *AIDS Behav*. 2013; 17 (1): 284–297.
19. Rolley JX, Davidson PM, Dennison CR, Ong A, Everett B, Salamonson Y. Medication adherence self-report instruments: implications for practice and research. *J Cardiovasc Nurs*. 2008; 23(6): 497-505.
20. Zuñiga JA. Medication adherence in hispanics to latent tuberculosis treatment: a literature review. *J Immigrant Minority Health*. 2012; 14(1): 23–29.
21. Peralta ML, Carbajal-Pruneda P. Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2008; 17(3): 84-8.
22. NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería. 4 ed. Madrid: Elsevier, 2009.

23. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J Manag Care Pharm*. 2006; 12(3): 239-45.
24. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol*. 2006; 5(3): 535-547.
25. Llabre MM, Weaver KE, Durán RE, Antoni MH, Mcpherson-Baker S, Schneiderman N. A measurement model of medication adherence to highly active antiretroviral therapy and its relation to viral load in HIV-Positive adults. *Aids Patient Care and Stds*. 2006; 20 (10): 701-711.
26. Rozenfeld Y, Hunt JS, Plauschinat C, Wong KS. Oral antidiabetic medication adherence and glycemic control in managed care. *Am J Manag Care*. 2008; 14(2): 71-75.
27. Sorensen JL, Haug NA, Delucchi KL, Gruber V, Kletter E, Batki S L, et al. Voucher reinforcement improves medication adherence in HIV-positive methadone patients: a randomized trial. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 88(1): 54-63.
28. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Medication adherence and use of generic drug therapies. *Am J Manage Care*. 2009; 15 (7): 450-6.
29. Cooper J, Hall L, Penland A, Krueger A, May J. Measuring medication adherence. *Popul Health Manage*, 2009; 12 (1): 25-30.
30. Hansen RA, Kim MM, Song L, Tu W, Wu J, Murray MD. Comparison of Methods to Assess Medication Adherence and Classify Nonadherence. *Ann Pharmacother* 2009; 43(3): 413-22.
31. Rodríguez G, Iranzu MC, Berrocal MA, Gómez-Serranillo M. Adherencia al tratamiento antirretroviral: repercusión del número de toma diaria. Adherence to antiretroviral treatment: repercussion of number of daily doses. *Rev Cubana Farm [revista en la Internet]*. 2009 Abr [citado 2013 Ene 16]; 43(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152009000100008&lng=es.

32. Van de Steeg N, Sielk M, Pentzek M, Bakx C, Altiner A. Drug-adherence questionnaires not valid for patients taking blood-pressure-lowering drugs in a primary health care setting. *J Eval Clin Pract*. 2009; 15(3): 468-72.
33. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez NL. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Rev. salud pública*. 2009; 11(4): 538-548.
34. Uzun S, Kara B, Yokuşoğlu M, Arslan F, Yılmaz MB, Karaeren H. The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2009; 9(2): 102-9.
35. Allison SM, Koenig JL, Marhefka SL, Carter RJ, Abrams EJ, Bulterys M, et al. Assessing medication adherence of perinatally HIV-Infected children using caregiver interviews. *JANAC*. 2010; 21(6): 478-488.
36. Hou MY, Hurwitz S, Kavanagh E, Fortin J, Goldberg AB. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010; 116(3): 633-640.
37. Adisa R, Fakeye TO, Fasanmade A. Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in Southwestern Nigeria. *Pharm Pract*. 2011; 9 (2): 72-81.
38. Amado E, Pujol E, Pacheco V, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011; 25(1): 62-67.
39. Galloway GP, Coyle JR, Guillén JE, Flower K, Mendelson JE. A simple, novel method for assessing medication Adherence. *J Addict Med*. 2011; 5(3): 170-174.
40. Huggins JM, Brown JN, Capehart B, Townsend ML, Legge J, Melnyk SD. Medication adherence in combat veterans with traumatic brain injury. *Am J Health-Syst Pharm*. 2011; 68 (3): 254-8.
41. Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH, Custovic A, Gern J, Lemanske R, et al.

42. International consensus on (ICON) pediatric asthma. *Allergy*. 2012 Aug;67(8):976-97.
43. Bender B, Milgrom H, Rand C. Nonadherence in asthmatic patients: is there a solution to the problem? *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1997 Sep;79(3):177-85.
44. Milgrom H, Bender B, Ackerson L, Bowry P, Smith B, Rand C. Noncompliance and treatment failure in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 1996 Dec;98(6 Pt 1):1051-7.
45. Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998 Jun;157(6 Pt 1):1810-7.
46. Balkissoon R. Asthma overview. *Prim Care*. 2008 Mar;35(1):41-60.
47. Yu IT, Wong TW, Li W. Using child reported respiratory symptoms to diagnose asthma in the community. *Arch Dis Child*. 2004 Jun;89(6):544-8.
48. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R; Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*. 2004 May;59(5):469-78.
49. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Update 2012
50. [Internet]. [cited 2015 Ene 12]. Available from: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_March13_1.pdf
51. Kupczyk M, Haahtela T, Cruz AA, Kuna P. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma Plans. *Allergy*. 2010 Apr;65(4):415-9.
52. Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de asma. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía Completa 2013 [Internet]. [consultado 2014 Dic 2]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comp_Asm a.pdf

53. Krishnan JA, Bender BG, Wamboldt FS, Szefer SJ, Adkinson NF Jr, Zeiger RS, et al. Adherence to inhaled corticosteroids: an ancillary study of the Childhood Asthma Management Program clinical trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2012 Jan;129(1):112-8.
54. Myers TR. Guidelines for asthma management: a review and comparison of 5 current guidelines. *Respir Care*. 2008 Jun;53(6):751-67.
55. Estudio sobre Asma bronquial en la edad pediátrica en el área de salud del Policlínico-Hospital "Luis de la Puente Uceda durante el año 2007, Tesis presentada en opción al grado científico de Master en Atención Integral al Niño. Autora: Dra. María Elena Anceaume Torres Especialista de Primer Grado en Pediatría. Publicaciones recientes sobre asma bronquial pediátrica. sosparmedicos.com/newsite/pags/ac_cient/monos/asma_infancia.
56. Estudio sobre Asma Bronquial en la población infantil de 5 – 14 años de un área de salud de Santiago de Cuba. Autoras MSc. Nelsa Sagaro del Campo y MSc. Caridad Sanchez Silot. *MEDISAN* vol.17 no.4 Santiago de Cuba abr.2013

ANEXO I

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Fecha: _____

Yo: _____

He recibido suficiente información sobre la investigación que se realiza en el municipio de Morón, sobre los niveles de adherencia a la terapéutica intercrisis del asma bronquial en niños.

Estoy dispuesto a participar en este estudio y responderé con honestidad todas las preguntas que me sean realizadas.

El Dr. _____

Me ha explicado que todos mis datos son confidenciales y que mi nombre no será revelado.

Comprendo que mi participación en esta actividad es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia si lo deseo, sin necesidad de expresar los motivos y sin que esto repercuta en mi tratamiento.

Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente documento:

Carnet de identidad del paciente: _____

Firma del testigo: _____

Dado en el municipio de Morón, ____ de _____ del 201__

Firma del Paciente

Firma del Investigador

ANEXO NO. 2

Encuesta

No. Orden: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección particular: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Color de la Piel: _____

Nivel escolar vencido del tutor: _____

APP: _____

Tratamiento de base para esta patología:

APF: _____

Tiempo de evolución del Asma Bronquial: _____

¿Con qué frecuencia le aparecen las Crisis Agudas de Asma Bronquial?

Mensual ☐ Cada 3 meses ☐ Cada 6 meses ☐ 1 vez al año ☐

¿Has estado ingresado anteriormente por CAAB? Sí ☐ No ☐

Total de ingresos: _____

¿Cuántas veces ha llegado a estar ingresada en terapia intensiva por CAAB?

¿Tiene seguimiento con algún Especialista?

Especialista de Pediatría ☐ Especialista en MGI ☐ Especialista de Alergología ☐

¿Cumple algún tratamiento en la casa para el Asma Bronquial?

Sí ☐

No ☐

¿ Quién se lo indico?

¿ Cómo le explico el médico que le debe dar los medicamentos al niño?

1. Este grupo de preguntas tiene como objetivo explorar su nivel de conocimiento sobre el asma bronquial. Marque con X las que crea correctas.

1. El asma bronquial es una enfermedad:

a. Crónica _____ b. Infecciosa _____ c. Alérgica _____ d. Controlable _____ e. Inflamatoria _____

2. Los factores desencadenantes de las crisis de asma son:

a. Infecciones respiratorias _____ b. Cambios climáticos _____ c. Olores fuertes _____ d. Emociones _____ e. Ejercicio físico _____ f. Alimentos _____ g. Contaminantes ambientales _____ h. Humo de tabaco _____

3. Las manifestaciones de la crisis de asma son:

a. Fiebre _____ b. Aumento de la tos _____ c. Aumento de la respiración _____ d. Vómitos _____ e. Falta de aire _____ f. O presión torácica _____

Confeccionado en: _____

Realizado por el Dr.: _____

Cargo: _____

ANEXO NO.3

Test evaluación adherencia terapéutica Martin-Bayarre-Grau modificado.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Años diagnostico enfermedad:

Medicación: 1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____

8. _____ 9. _____ 10. _____

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					

3. Cumple las indicaciones con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y el profesional sanitario deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y los profesionales de la salud analizan como cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su profesional de la salud					

ANEXO NO.4

Test de Morisky-Green-Levine.

Test de Morisky-Green

SI NO

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.