

Calidad de vida de pacientes con enfermedad coronaria después de implementación de estrategias de planificación para adherencia a medicamentos¹

Laura Bacelar de Araujo Lourenço²
Roberta Cunha Matheus Rodrigues³
Thaís Moreira São-João⁴
Maria Cecília Gallani⁵
Marília Estevam Cornélio⁶

Objetivo: comparar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) - general y específica de pacientes con enfermedad coronaria entre los grupos Intervención y Control después de la implementación de las estrategias de Planificación de Acción y de Enfrentamiento de Obstáculos para adherencia a medicamentos y verificar la relación entre adherencia y CVRS. Método: se trata de estudio controlado y aleatorio. Resultados: la muestra (n=115) fue del tipo aleatorio en los grupos GI (n=59) y GC (n=56). Fueron obtenidas medidas de adherencia a medicamentos y de CVRS general y específica, en la fase inicial del estudio y después de dos meses de seguimiento. Conclusión: los hallazgos evidenciaron que la combinación de estrategias de intervención - Planificación de Acción y de Enfrentamiento de Obstáculos para adherencia a medicamentos no influyó la CVRS de pacientes con enfermedad coronaria en seguimiento en ambulatorio.

Descriptor: Enfermería; Cumplimiento de la Medicación; Conductas Saludables; Técnicas de Planificación; Enfermedad Coronaria.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Effect of the action and coping planning in medication adherence and quality of life of patients with coronary heart disease", presentada en la Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, procesos nº 2009/12783-4 y nº 2010/10006-8.

² Enfermera, MSc, Hospital do Coração de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁴ Estudiante de postdoctorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canadá.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Introducción

La adherencia del paciente a la terapia a medicamentos es fundamental para el control de la enfermedad de la arteria coronaria (EAC) y prevención de sus complicaciones⁽¹⁾, constituyendo uno de los mayores desafíos del cuidado de enfermería al paciente con enfermedad coronaria, dado el elevado porcentaje de no adherentes al esquema terapéutico con medicamentos⁽²⁾. Ese constructo se refiere a la extensión en la cual los pacientes siguen las instrucciones de su médico o de otros profesionales de la salud⁽³⁾. Se trata de un fenómeno complejo influenciado por varios factores, entre ellos: creencias individuales, habilidades, recursos financieros, barreras e influencias sociales⁽³⁾. Entre las causas de la no adherencia, se destacan la necesidad de tratamiento continuo, la percepción de ausencia de beneficios inmediatos y el potencial para efectos adversos, además de los costos asociados al tratamiento⁽³⁾.

La adherencia a medicamentos puede tener un relevante impacto en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes con condiciones clínicas crónicas⁽⁴⁻⁵⁾, entre ellas la EAC⁽⁶⁾. A pesar de que son constructos diferentes, la adherencia y la CVRS, están relacionados al paciente y deben ser considerados en la evaluación del impacto de intervenciones que afecten su salud⁽⁷⁾. Además de eso, esos constructos son considerados *outcomes* distintos en el proceso de cuidado – en cuanto la adherencia constituye un resultado intermedio, la CVRS puede ser entendida como un resultado final del tratamiento⁽⁷⁾. Siendo así, es posible suponer que intervenciones delineadas para optimizar la adherencia, influyen a priori la adherencia a medicamentos y, subsecuentemente, la CVRS.

A pesar de que son resultados deseados en diferentes condiciones de salud, pocos estudios investigaron la relación entre CVRS y adherencia. Entre ellos, se destacan estudios transversales entre pacientes hipertensos geriátricos⁽⁵⁾, que usan medicamentos para tratamiento del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida⁽⁸⁾ y en el tratamiento con drogas hipolipemiantes⁽⁹⁾. Una reciente revisión de la literatura evidenció que pocos estudios longitudinales evaluaron el impacto de intervención basada en una teoría para promoción u optimización de la adherencia a medicamentos en la CVRS genérica y específica de pacientes con condiciones clínicas crónicas⁽¹⁰⁾, especialmente entre pacientes con enfermedad coronaria.

Considerando la importancia de la adherencia a medicamentos y CVRS en programas de prevención secundaria de la EAC este estudio tuvo como objetivo

comparar las medidas de CVRS (general y específica) de pacientes con enfermedad coronaria aleatorios en los grupos: intervención (GI) y control (GC), antes y después de la implementación de las estrategias de Planificación de Acción y de Enfrentamiento de Obstáculos para promoción de la adherencia a medicamentos, así como verificar la relación entre la adherencia a medicamentos y la CVRS general y específica a lo largo del seguimiento.

Métodos

Sujetos y Procedimientos

Los datos de este estudio derivan de un estudio experimental más amplio⁽¹¹⁾ que evaluó el efecto de estrategias de planificación en la adherencia a medicamentos y CVRS de pacientes con enfermedad coronaria. La muestra fue compuesta por los pacientes con enfermedad coronaria con edad superior a 18 años, con manifestación clínica previa de angina o infarto del miocardio (IM), con un período superior a seis meses desde el último evento isquémico, en seguimiento en ambulatorio en dos hospitales del interior del estado de Sao Paulo. Fueron incluidos aquellos que demostraron capacidad de comunicación verbal, usando continuamente, hace por lo menos un mes, dos medicamentos orales para tratamiento de la EAC (medicamentos cardioprotectores y de alivio de los síntomas). Fueron excluidos aquellos cuyo tratamiento con medicamentos hubiese sido suspendido o modificado por ocasión del abordaje inicial (T_0). Fueron discontinuados los pacientes que no comparecieron al retorno programado en un mes (T_1) y dos meses (T_2) después de T_0 , así como aquellos cuya terapia con medicamentos hubiese sido suspendida a lo largo del seguimiento.

Muestreo

Después de aceptar la invitación para participar de la investigación y la obtención de la formalización del consentimiento, por medio de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), los sujetos fueron incluidos aleatoriamente en el grupo Control (GC) y grupo Intervención (GI). El procedimiento aleatorio fue realizado utilizando una lista de secuencia aleatoria generada por el programa SAS - versión 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary NC, USA, 2002-2003). Los pacientes del GI fueron sometidos a las siguientes estrategias de planificación: a) Planificación de la Acción ("*Action Planning*") y b)

Planificación de Enfrentamiento de Obstáculos ("*Coping Planning*"), aplicadas por la investigadora.

Recolección de Datos

Los datos fueron recolectados en el período de junio de 2010 a mayo de 2011, por medio de una entrevista estructurada y de consulta a la ficha médica hospitalaria, en dos diferentes momentos:

- T₀ (*baseline*): entrevista y obtención de la concordancia del paciente en participar de la investigación por medio de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Fueron obtenidos datos de caracterización sociodemográfica y clínica, adherencia a medicamentos⁽¹²⁾, factores relacionados a la no adherencia⁽¹³⁾ y CVRS genérica⁽¹⁴⁾ y específica⁽¹⁵⁾;
- T₂ (dos meses después de T₀): fueron nuevamente obtenidas las medidas de adherencia y de CVRS.

Intervención

La intervención fue aplicada en T₀, solamente a los pacientes asignados en el GI y consistió en la formulación e implementación de planes, de acuerdo con los presupuestos teóricos del *Implementation Intention*⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, con base en un estudio brasileño previo⁽¹⁸⁾. Los pacientes fueron convidados a elaborar, en conjunto con el investigador, los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos relacionados a la adherencia a medicamentos. En T₁ (un mes después de T₀) fue realizado un refuerzo presencial de las estrategias de planificación, por medio de la lectura en conjunto de los planes elaborados en T₀. Los detalles de la intervención se encuentran en estudio anterior⁽¹¹⁾.

Control

Los pacientes asignados en el GC recibieron el cuidado de rutina de la unidad, que consistía en el seguimiento clínico habitualmente realizado en el ambulatorio. Fueron orientados a mantener su rutina de actividades, así como sus consultas de seguimiento clínico con el médico.

Instrumentos

-*Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale*⁽¹³⁾: compuesta por cuatro aspectos relativos a la no adherencia al tratamiento con medicamentos,

estructurados en escalas tipo Likert con cuatro o cinco opciones de respuesta, cuya suma genera un puntaje que varía de 4 a 18; cuanto menor es el puntaje mayor es la probabilidad de la adherencia.

-*Proporción de adherencia a medicamentos*⁽¹²⁾: construido para identificar y cuantificar los medicamentos y su forma de utilización. Engloba las variables: nombre, dosificación y posología de los medicamentos prescritos; describe la forma de utilización de cada medicamento, de acuerdo con la dosis y posología, en las 24 horas anteriores, en la semana anterior y en el mes previo a la entrevista. La adherencia fue calculada con base en las dosis omitidas, autorrelatadas, por medio del cálculo: [(dosis prescritas – dosis perdidas) x 100 / dosis prescritas]⁽¹⁹⁾. Fueron considerados "adherentes" los que obtuvieron un porcentaje de consumo de medicamentos prescritos, mayor o igual a 80%⁽²⁰⁾. Para los que hacían uso de más de un medicamento, la proporción de la adherencia fue calculada por el promedio de los porcentajes de adherencia a cada medicamento⁽¹²⁾. La proporción de la adherencia fue analizada como variable continua y binaria- dosis *adecuada* (dosis utilizada ≥80% de la dosificación prescrita) y dosis *insuficiente* (dosis utilizada <80% de la dosificación prescrita).

-*Evaluación global de la adherencia*: fueron evaluados el número y la frecuencia de los medicamentos ingeridos y su asociación con eventos cotidianos del día, como: ayuno, desayuno, almuerzo y cena. Fue evaluada con base en la siguiente clasificación: Grupo I (posología y cuidados adecuados a la prescripción); Grupo II (posología adecuada y cuidados inadecuados), Grupo III (posología insuficiente y cuidados adecuados) y Grupo IV (posología y cuidados inadecuados). Fueron considerados "adherentes" los pacientes clasificados en el grupo I y "no adherentes", los clasificados en los grupos II, III, y IV⁽¹²⁾.

-*MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire (MacNew)*: consiste de la versión modificada del instrumento "*Quality of Life after Myocardial Infarction*" (QLMI) original⁽²¹⁾, compuesto por los dominios: Función Física (13 ítems), Función Emocional (14 ítems) y Función Social (13 ítems). Un mismo ítem hace parte de más de un dominio. El puntaje máximo posible en cualquier dominio es siete (indica mejor CVRS) y el mínimo es uno (sugiere peor CVRS). Ítems no respondidos no contribuyen para el puntaje y el ítem 27 (relación sexual) puede ser excluido sin alterar el puntaje final del dominio. Los puntajes de los dominios son calculados por medio del promedio

aritmético de las respuestas en aquel dominio. Si más de 50% de los ítems para un dominio no son respondidos, el puntaje para aquel dominio no es calculado. El puntaje total es calculado por medio del promedio aritmético de todos los ítems respondidos, a menos que uno de los dominios estuviese completamente en blanco⁽²²⁾. La versión brasileña del MacNew⁽¹⁵⁾ es considerada confiable, válida y de simple administración^(15,23). En el presente estudio la confiabilidad, en lo que se refiere a la consistencia interna, evaluada por el coeficiente alfa de Cronbach, osciló entre 0,80 y 0,90 a lo largo del seguimiento.

-*The Medical Study 36-item Short Form Health Survey - SF-36*: instrumento de evaluación genérica del estado de salud percibido⁽²⁴⁾, de fácil administración y comprensión. Está compuesto por ocho dominios: Capacidad Funcional (diez ítems), Aspectos Físicos (cuatro ítems), Dolor (dos ítems), Estado General de Salud (cinco ítems), Vitalidad (cuatro ítems), Aspectos Sociales (dos ítems), Aspectos Emocionales (tres ítems), Salud Mental (cinco ítems) y por una cuestión de evaluación comparativa entre las condiciones de salud actual y la de un año atrás. El puntaje final varía de cero (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud)⁽²⁴⁾. Fue utilizada la versión brasileña del SF-36⁽¹⁴⁾, cuya consistencia interna, en el presente estudio, evaluada por el coeficiente alfa de Cronbach, osciló entre 0,60 y 0,90 a lo largo del seguimiento.

Análisis de los Datos

Fueron realizados análisis descriptivos para caracterizar la muestra según las variables sociodemográficas, clínicas, de adherencia a medicamentos y de CVRS. La prueba t de Student fue utilizada para verificar la existencia de diferencias entre las variables sociodemográficas y clínicas y de CVRS general y específica entre los grupos GI y GC en T₀. El prueba t de Student pareada fue utilizada para verificar las diferencias en los promedios de CVRS entre los tiempos pre (T₀) y post-intervención (T₂). El análisis de regresión lineal simple fue utilizado para evaluar cambios en la CVRS en T₂. El coeficiente de correlación de Pearson fue empleado para verificar la relación entre adherencia a medicamentos y la CVRS. Los coeficientes de correlación < 0,30 fueron considerados de débil magnitud, entre 0,30 y 0,50 de moderada magnitud, y > 0,50 de fuerte magnitud⁽²⁵⁾. El nivel de significancia adoptado para las pruebas estadísticas fue $p \leq 0,05$.

Aspectos Éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de una universidad del interior del estado de Sao Paulo (Dictamen nº802/2009) y por el Comité de Ética en Investigación de un hospital municipal del interior del estado de Sao Paulo (Dictamen nº001-11), conforme determinado por la Resolución nº 196/96 del Consejo Nacional de Salud/Ministerio de la Salud. Los pacientes fueron convidados a participar del estudio por medio de explicación y lectura cuidadosa del TCLI, habiendo sido esclarecidos sobre los objetivos del estudio y procedimientos de recolección de datos, así como sobre el carácter voluntario de la participación, la garantía de anonimato y la libertad de desistir a cualquier momento sin cualquier perjuicio de la atención a la salud. Después de la concordancia en participar del estudio, todos los pacientes firmaron el TCLI.

Resultados

Caracterización Sociodemográfica y clínica

En T₀, 134 pacientes fueron considerados elegibles para el estudio. De estos, 8 fueron excluidos debido a la presencia, de por lo menos, un criterio de exclusión. Así, la muestra fue constituida por 126 pacientes, de los cuales 62 fueron asignados en el GC y 64 en el GI. Después del primer abordaje, 5 pacientes fueron excluidos del GC y 6 del GI, debido a no comparecer a los retornos programados. De esta forma, 115 pacientes completaron el estudio (GC= 56; GI= 59). El análisis comparativo entre los grupos en T₀ evidenció que los grupos no eran diferentes en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas, excepto por el número de infartos previos, significativamente más elevado en el GI ($p=0,02$).

La mayoría de los sujetos consumía en promedio 6,4(2,0) tipos de medicamentos, con promedio de 3,6(0,6) medicamentos cardioprotectores y 0,8(0,7) para alivio de los síntomas. Cuando utilizada la proporción de adherencia y la escala de adherencia de Morisky, se observa que el grupo se caracterizó por la no adherencia. Entre tanto, cuando considerada la proporción de adherencia en asociación con cuidados adecuados, la mayoría se clasificó como no adherente. Sin embargo, en el GI un porcentaje significativo de individuos era adherente, cuando utilizada la medida de evaluación global de la adherencia ($p=0,023$) (Tabla 1).

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica y clínica de los 115 pacientes con enfermedad de la arteria coronaria y de los pacientes asignados en el Grupo Intervención (n=59) y Grupo Control (n=56) en la fase inicial del estudio (T₀). Campinas, SP, Brasil, 2010-2011

Variables	Grupo Total (n=115)	Grupo Intervención (n=59)	Grupo Control (n=56)
Sociodemográficas			
Edad, Promedio (de*)	62,0 (9,0)	63,4 (8,9)	60,6 (9,0)
Sexo, n (%)			
Masculino	75 (65,2)	40 (67,8)	35 (62,5)
Situación Conyugal, n (%)			
Con compañero	83 (72,2)	44 (74,6)	39 (69,6)
Escolaridad (años), Promedio (de*)	5,8 (4,1)	5,5 (4,0)	6,2 (4,3)
Hábitos/ Estilo de vida, n (%)			
Tabaquismo actual (si)	13 (11,3)	3 (5,1)	10 (17,8)
Situación de Trabajo, n (%)			
Inactivo	71 (61,7)	44 (74,6)	33 (58,9)
Activo	31 (26,9)	9 (15,2)	22 (39,3)
Dueña de casa	10 (8,7)	5 (8,5)	5 (8,9)
Renta familiar (SM [†]), Promedio (de*)	3,0 (3,6)	3,2 (3,6)	2,7 (3,5)
Clínicas			
Caracterización de la coronariopatía, n (%)			
Angina Inestable	24 (20,9)	15 (25,4)	9 (16,1)
Infarto del miocardio	91 (79,1)	44 (74,5)	47 (83,9)
Número de infartos previos, Promedio (de*)	0,7 (1,1)	1,0 (1,3) [‡]	0,5 (0,9) [‡]
Síntomas (en el último mes) [§] , n (%)			
Precordialgia	51 (44,3)	31 (52,5)	20 (35,7)
Disnea	48 (41,7)	24 (40,7)	24 (42,8)
Edema de miembros inferiores	40 (34,8)	23 (39,0)	17 (30,3)
Palpitación	32 (27,8)	18 (30,5)	14 (25,0)
Lipotimia	27 (23,5)	16 (27,1)	11 (19,6)
Número de Condiciones Clínicas Asociadas, Promedio (de*)	5,0 (1,8)	5,1 (1,9)	4,8 (1,8)
Condiciones Clínicas Asociadas [§] , n (%)			
Dislipidemia	91 (79,1)	51 (86,4)	40 (71,4)
Hipertensión Arterial	88 (76,5)	50 (84,7)	38 (67,8)
Diabetes mellitus	41 (35,6)	27 (45,8)	14 (25,0)
Tratamiento, n(%)			
Clínico e Intervención (RM /ATC [¶] /RM y ATC [¶])	84 (73,0)	40 (67,4)	44 (78,6)
Clínico	31 (27,0)	19 (32,2)	12 (21,4)
Número de Medicamentos en uso, Promedio (de*)	6,4 (2,0)	6,8 (2,0)	5,9 (1,9)
Número de Medicamentos Cardioprotectores Promedio (de*)	3,6 (0,6)	3,5 (0,6)	3,7 (0,5)
Número de Medicamentos de Alivio de los síntomas, Promedio (de*)	0,8 (0,7)	0,9 (0,7)	0,8(0,8)
Puntaje Total de Morisky, Promedio (de*)	6,9 (2,8)	7,3 (3,1)	6,5 (2,3)
Proporción de la Adhesión, Promedio (de*)	92,9 (12,1)	92,1 (13,7)	93,7 (10,2)
Proporción de la adherencia [§] , n (%)			
Dosis adecuada (≥80%)	53 (89,8)	52 (88,1)	50 (89,3)
Dosis insuficiente (<80%)	6 (10,2)	7 (11,9)	6 (10,7)
Evaluación global de la adherencia [§] , n (%)			
Adherentes	27 (23,5)	19 (32,2)	8 (14,3)
No Adherentes	88 (76,5)	40 (67,8)	48 (85,7)

*Desviación estándar

†Salario mínimo (R\$ 545,00)

‡Prueba t de Student, p=0,02

§Porcentaje por línea

||Revascularización del Miocardio Quirúrgico

¶Revascularización del Miocardio por angioplastia

Análisis de las medidas de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS)

En cuanto a la CVRS específica (MacNew), fueron constatados, en T_2 , en el GI, puntajes promedios significativamente más elevados ($p < 0,05$), para todos los dominios del MacNew, cuando comparado al inicio del estudio (T_0). Sin embargo, en el GC, también fue constatada una elevación significativa en los puntajes de la mayoría de los dominios del MacNew, excepto en el dominio Función Emocional, sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas

(Tabla 2). En relación a la CVRS genérica, fueron observados en el GI, puntajes significativamente más elevados en T_2 en los dominios Capacidad Funcional ($p < 0,001$) y Aspectos Emocionales ($p < 0,05$), cuando comparado a los puntajes obtenidos en T_0 . En el GC no fue observada diferencia significativa entre los puntajes obtenidos en T_2 y T_0 .

A pesar de que la Intervención hubiese explicado 5% de la variabilidad de la medida de proporción de adherencia⁽¹¹⁾, el análisis de regresión lineal evidenció que la intervención no fue capaz de explicar la variabilidad de las medidas de CVRS general y específica.

Tabla 2 - Análisis descriptivo de los puntajes de Calidad de vida relacionados a la Salud - general (SF-36) y específica (MacNew) de pacientes con enfermedad de la arteria coronaria distribuidos en los grupos: Grupo Intervención (n=59) y Grupo Control (n=62), en T_0 y en T_2 . Campinas, SP, Brasil, 2010-2011

	Grupo Intervención(n=59)			Grupo Control (n=56)		
	T_0	T_2	Diferencia Promedios (T_2-T_0)	T_0	T_2	Diferencia Promedios (T_2-T_0)
	Promedio (de*)	Promedio (de*)		Promedio (de*)	Promedio (de*)	
MacNew						
Función Física	4,8 (1,2)	5,2 (1,1)	0,4 [†]	5,0 (1,3)	5,3 (1,1)	0,3 [‡]
Función Emocional	4,9 (1,1)	5,2 (0,9)	0,3 [†]	5,2 (1,3)	5,4 (1,1)	0,2
Función Social	4,7 (1,2)	5,1 (1,1)	0,4 [†]	5,0 (1,2)	5,3 (1,1)	0,3 [†]
Total	4,8 (1,0)	5,1 (0,9)	0,3 [†]	5,0 (1,1)	5,3 (1,0)	0,3 [†]
SF-36						
Capacidad Funcional	49,1 (22,3)	54,4 (28,7)	5,3 [†]	55,4 (28,4)	58,4 (27,8)	3,0
Aspectos Físicos	39,0 (29,1)	36,9 (38,1)	-2,1	43,7 (40,5)	44,2 (39,3)	0,5
Dolor	55,8 (24,3)	61,2 (25,7)	5,4	56,5 (28,0)	58,5 (27,2)	2,0
Estado General de Salud	59,0 (20,6)	61,1 (17,4)	2,1	60,2 (21,6)	57,4 (18,7)	-2,8
Vitalidad	56,2 (23,2)	56,3 (21,1)	0,1	56,4 (22,9)	54,3 (21,9)	-2,1
Aspectos Sociales	60,4 (28,0)	70,8 (25,9)	10,4 [†]	64,3 (29,6)	69,4 (26,6)	5,1
Aspectos Emocionales	42,4 (39,1)	51,4 (41,2)	9,0	49,4 (41,2)	55,9 (38,2)	6,5
Salud Mental	61,4 (22,3)	62,4 (19,6)	1,0	63,1 (22,2)	62,6 (21,0)	-0,5

*Desviación estándar

[†] $p < 0,05$

[‡] $p < 0,001$ - prueba t pareada

Relación entre Adhesión y Calidad de Vida Relacionada a la Salud

En cuanto a las correlaciones entre los puntajes de la escala de Morisky y de CVRS específica, se constató en el GI, en T_0 , la ausencia de correlaciones. Sin embargo, en T_2 , fueron constatadas correlaciones negativas de débil magnitud en las dimensiones Función Física ($r = -0,29$; $p = 0,04$), Función Emocional ($r = -0,27$; $p = 0,04$) y puntaje Total ($r = -0,29$; $p = 0,04$) del MacNew, indicando que cuanto mejor es la CVRS específica, mayor es la adherencia a los medicamentos. En el GC, en T_0 , fue constatada una correlación negativa significativa de

moderada magnitud entre la medida de adherencia de Morisky y la Función Emocional del MacNew ($r = -0,31$; $p = 0,02$). En T_2 , no fueron encontradas correlaciones entre Morisky y la medida específica de CVRS.

En el GI, en T_0 , no fueron encontradas correlaciones entre la escala de adherencia de Morisky y la CVRS genérica. En T_2 fue constatada correlación positiva de débil magnitud entre puntaje total de Morisky y el dominio Aspectos Emocionales ($r = 0,27$; $p = 0,04$) del SF-36, contrariando las hipótesis previamente establecidas. En el GC, en T_0 , fueron encontradas correlaciones negativas de débil magnitud entre la escala de Morisky y los dominios Dolor ($r = -0,26$; $p = 0,05$) y Salud Mental

($r=-0,29$; $p=0,03$), indicando que cuanto mejor es la CVRS genérica mayor es la probabilidad de adherencia. En T_2 no fueron encontradas correlaciones significativas para este grupo.

Se constató, en el GI, en T_0 , ausencia de correlaciones entre la *proporción de adherencia* y la *CVRS específica*. En T_2 , fueron observadas correlaciones significativas de débil a moderada magnitud entre la proporción de adherencia y la Función Social ($r=0,34$; $p=0,01$) y el puntaje total ($r=0,29$; $p=0,04$) del MacNew, indicando que cuanto mejor es la CVRS específica mejor es la adherencia. Entretanto, en el GC, en T_0 , fue encontrada correlación negativa entre la proporción de adherencia y el dominio Aspecto Social ($r=-0,28$; $p=0,04$) del MacNew, contrariando las hipótesis previamente formuladas. No fueron constatadas correlaciones significativas en T_2 .

En lo que se refiere a la relación entre la *proporción de adherencia* y la *medida genérica de CVRS*, fue encontrada, en el GI, en T_0 , una correlación de débil magnitud con el dominio Estado General de Salud ($r=0,26$; $p=0,05$) del SF-36; En T_2 fue evidenciada correlación positiva de moderada magnitud con el dominio Aspectos Emocionales del SF-36 ($r=0,30$; $p=0,02$), ratificando las hipótesis previamente establecidas. Entre tanto, en el GC, en T_0 , fueron constatadas correlaciones negativas significativas de débil a moderada magnitud entre la proporción de adherencia y el Estado General de Salud ($r=-0,42$; $p=0,00$) y Aspectos Sociales ($r=-0,28$; $p=0,04$) del SF-36, contrariando las hipótesis previamente establecidas. En T_2 , también fue verificada una correlación negativa significativa ($r=-0,28$; $p=0,03$) entre la proporción de adherencia y el dominio Estado General de Salud del SF-36.

Discusión

Fueron objetivos de este estudio, comparar la CVRS general y específica de pacientes con enfermedad coronaria asignados en los grupos GI y GC después de la implementación de una intervención basada en las estrategias de Planificación de Acción y de Enfrentamiento de Obstáculos para adherencia a medicamentos, así como verificar la existencia de una relación entre adherencia y CVRS en dos meses de seguimiento.

Los hallazgos evidenciaron que los pacientes del GI, en T_2 , presentaron aumento significativo de los puntajes promedios en todos los dominios del MacNew, así como en las dimensiones Capacidad Funcional y

Aspectos Emocionales del SF-36, cuando comparado a los puntajes obtenidos en el inicio del estudio (T_0). Relaciones de débil a moderada magnitud fueron constatadas entre adherencia y la medida específica de CVRS. Entre tanto, los hallazgos no fueron consistentes a lo largo del seguimiento de dos meses.

Las relaciones entre *adherencia* y *CVRS específica (MacNew)* fueron encontradas especialmente en el GI, al final de dos meses de seguimiento (T_2), para ambas medidas empleadas – proporción de adherencia y escala de Morisky. Fueron constatadas correlaciones negativas significativas de débil magnitud entre la escala de Morisky y los dominios Función Física, Función Emocional y puntaje total del MacNew, así como correlaciones de débil a moderada magnitud entre la proporción de adherencia y el dominio Función Social y puntaje total del MacNew. Sin embargo, una correlación no esperada fue evidenciada en el GC, en T_0 entre la proporción de adherencia y el dominio Función Social del MacNew. En síntesis, cuanto mayor es la probabilidad de adherencia mejor es la CVRS en todos los dominios y puntaje total del MacNew.

En el análisis de las relaciones entre *adherencia* y *CVRS genérica (SF-36)* las correlaciones ocurrieron en ambos tiempos (T_0 y T_2) y grupos (GI y GC). En el GI se destacó la relación entre la proporción de adherencia y los dominios - Estado General de Salud (en T_0) y Aspectos Emocionales (en T_2). La medida de adherencia de Morisky no se correlacionó, en el GI, con la CVRS genérica, excepto por la correlación positiva, no esperada, con el Dominio Aspecto Emocional. En el GC fueron constatadas correlaciones negativas entre la escala de adherencia de Morisky y los dominios Dolor y Salud Mental, en cuanto la proporción de adherencia se correlacionó de forma negativa e inesperada con los dominios - Estado General de Salud (en T_0 y T_2) y Aspectos Sociales (en T_0). Esos hallazgos sugieren que la relación entre adherencia y CVRS genérica se muestra menos consistente si comparada a los resultados de la medida específica.

En el presente estudio, a pesar de que el GI hubiese presentado mejor CVRS en todos los dominios del MacNew y en los dominios Capacidad Funcional y Estado Emocional del SF-36, la intervención no fue capaz de explicar la variabilidad de la CVRS después de dos meses de seguimiento. Una de las explicaciones para este hallazgo se refiere a la limitación de las medidas de autorrelato en la medida exacta de la adherencia, así como el período de tiempo limitado para aplicación de

la intervención para el cambio de comportamiento tan complejo como la adherencia.

Las correlaciones de débil a moderada magnitudes entre adherencia y CVRS relatadas en la literatura y, evidenciadas en el presente estudio, son consistentes con el actual reconocimiento de que otros factores, además de los físicos y emocionales afectan la CVRS. El mecanismo exacto por el cual la adherencia a medicamentos se asocia a la CVRS es todavía desconocido, siendo sugerido que la CVRS hace parte de una compleja red de características psicosociales que influyen la habilidad del paciente en lidiar con la cronicidad de su Enfermedad⁽⁵⁾.

Hallazgos anteriores⁽⁴⁾ en que participaron pacientes diabéticos tipo 2 evidenciaron que la adherencia a medicamentos no se asoció a los dominios de la CVRS. Sin embargo, una asociación fue observada con la combinación del conocimiento sobre la prescripción médica y la actitud en relación a la adherencia a medicamentos, apuntando la necesidad de realizar investigaciones sobre las variables psicosociales determinantes del comportamiento de la adherencia.

La ausencia o la débil relación entre la adherencia y CVRS fueron observadas en estudios que utilizaron medidas de autorrelato⁽⁶⁾, así como en aquellos que utilizaron registros electrónicos de prescripciones^(4,8). Así, nuestros resultados pueden reflejar las limitaciones de diferentes métodos utilizados para medir la adherencia a medicamentos. Otra limitación se refiere al hecho de que se desconoce, en la muestra estudiada, las variables psicosociales determinantes de la adherencia a medicamentos que podrían posibilitar el mejor delineamiento de la intervención – si motivacional y/o volitiva. Se recomienda la realización de nuevos estudios con el objetivo de profundizar el conocimiento sobre la relación longitudinal entre la adherencia a los medicamentos cardioprotectores con el alivio de los síntomas y CVRS. Además, se sugiere investigar el posible efecto mediador de los determinantes motivacionales y volitivos en la adherencia a medicamentos. La elucidación de estas relaciones contribuirá para el delineamiento de intervenciones basadas en teorías que sean más efectivas en la promoción de la adherencia y, consecuentemente, en la mejoría de la CVRS entre pacientes con EAC.

Conclusión

Los hallazgos evidenciaron que la intervención basada en las estrategias de planificación de acción

y planificación de obstáculos para adherencia a medicamentos no influenciaron las medidas genérica y específica de CVRS en pacientes con enfermedad coronaria en seguimiento en ambulatorio. En cuanto a la relación entre adherencia y CVRS, fueron constatadas correlaciones significativas, sin embargo de débil a moderada magnitud, entre las medidas de adherencia a medicamentos utilizadas en el presente estudio y las medidas de CVRS, especialmente entre adherencia a medicamentos y la medida de CVRS específica. Se recomienda la realización de estudios futuros para elucidar los factores psicosociales mediadores de la relación entre adherencia a medicamentos y CVRS, con el objetivo de la delineación de intervenciones de enfermería efectivas en la promoción de la adherencia a medicamentos y mejoría de la CVRS en pacientes afectados por enfermedad de la arteria coronaria.

Referencias

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics – 2012 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125:e2-e220.
2. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*. 2008;28:54-65.
3. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19;(4):CD000011.
4. Billups SJ, Malone DC, Carter BL. The relationship between drug therapy noncompliance and patients characteristics, health-related quality of life and health care costs. *Pharmacotherapy*. 2000;20(8):941-9.
5. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing*. 2010;39: 481-7.
6. Turpin RS, Simmons JB, Lew JF, Alexander CM, Dupee MA, Kavanagh P et al. Improving treatment regimen adherence in coronary heart disease by targeting patient types. *Dis Manage Health Outcomes* 2004;12(6):377-83.
7. Cotê I, Farris K, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? *Qual Life Res*. 2003;12:621-33.
8. Holzemer WL, Corless IB, Nokes KM, Turner JG, Brown MA, Powell-Cope GM et al. Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care STDS*. 1999;13(3):185-97.
9. Sung JC, Nichol MB, Venturini F, Bailey KL, McCombs JS, Cody. Factors affecting patient compliance with anti

- hyperlipidemic medications in an HMO population. *Am J Manag Care.* 1998;4(10):1421-30.
10. Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple conditions: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2008;63(2):132-43.
11. Lourenço LB, Rodrigues RC, Ciol MA, São-João TM, Cornélio ME, Dantas RA, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of planning strategies in the adherence to medication for coronary artery disease. *J Adv Nurs.* 2013;70(7):1616-28.
12. Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética. Dissertação [Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2009.
13. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento de Morisky de adesão a medicação para pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2006;16:116.
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Marina RQ. Translation to the Portuguese language and general questionnaire of Quality of Life SF-36 evaluation (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:143-50.
15. Benetti M, Nahas MV, Barros MVG. Reproducibility and validity of a Brazilian version of the MacNew quality of life after myocardial infarction (MacNew QLMI) questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33(5):S62.
16. Gollwitzer PM, Brandstatter V. Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist* 1999;54(7):493-503.
17. Orbell S, Sheeran P. Motivational and volitional processes in action initiation: A field study of implementation intentions. *J Appl Soc Psychol.* 2000;30(4):780-97.
18. Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Cornélio ME, Alexandre NMC, São-João TM. The 'Moving Heart Program': an intervention to improve physical activity among patients with coronary heart disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(spec number):180-9.
19. Ventura-Cerdá JM, Mínguez-Gallego C, Fernandez-Villalba EM, Alós-Almiñana M, Andrés-Soler J. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp.* 2006;30(3):171-6.
20. 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.
21. Oldridge N, Guyatt G, Jones N, Crowe J, Singer J, Feeny D et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 1991; 67:1084-9.
22. Valenti L, Lim L, Heller RF, Knapp J. An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Qual Life Res.* 1996;5:151-61.
23. Nakajima KM, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Alexandre NMC, Oldridge N. Psychometric properties of MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire: Brazilian version. *J Adv Nurs.* 2009;65(5):1084-94.
24. Ware JE, Gandek B, IQOLA Project Group. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Mental Health.* 1994;23(2):49-73.
25. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.* New Jersey: Prentice-Hall; 1980.

Recibido: 15.11.2013

Aceptado: 16.6.2014