

Trossero, Paulina Veronica

**Telefarmacia aplicada al
control de adherencia en
tratamientos
cardiovasculares crónicos**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Farmacéutica**

Directora: Bertoldo, Pamela

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA

Facultad de Ciencias Químicas



**TELEFARMACIA APLICADA AL CONTROL DE ADHERENCIA EN
TRATAMIENTOS CARDIOVASCULARES CRÓNICOS**

**Trabajo final de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de
Córdoba conforme a los requisitos para obtener el título de Farmacéutica**

por

TROSSERO, PAULINA VERONICA

Directora del Trabajo Final

Dra. Bertoldo, Pamela

Codirectora del Trabajo Final

Cra. Esp. Bertoldo, Jimena

Córdoba 2025

Comisión de Trabajo Final
Dra. Carpinella, Cecilia
Dr. Zaragoza, Mariano Hugo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mi directora de tesis, Pame, por ser mi guía, por su paciencia, y por confiar este proyecto en mí desde el primer día.

A la Facultad, por brindarme los recursos y el espacio necesario para desarrollar mi carrera.

A mis amigos, mi pilar fundamental todos estos años, por apoyarme cuando más lo necesitaba y cuando quería dejar todo, gracias.

A mi hermana, Ivonne, por estar siempre para mí apoyándome y ayudándome en todo.

A mis padres, Silvia y Sergio, por haberme dado la posibilidad de estudiar y haberme acompañado en todo este trayecto, sin el aporte de ellos no hubiera sido posible.

Y por último, pero no menos importante, quiero agradecerme a mí, por creer en mí, por esforzarme duro todos estos años, por nunca renunciar, finalmente he llegado a la meta.

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	2
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	4
RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. ¿Qué es la adherencia a un tratamiento farmacológico?	7
1.2. Polifarmacia	9
1.2.1. Consecuencias de la polifarmacia:.....	10
1.5. Telemedicina	11
1.6. Teleconsulta	11
1.6.1. Tipos de teleconsulta	12
1.6.2. Consideraciones importantes previo a utilizar estas herramientas	12
1.7. Enfermedades cardiovasculares	13
1.7.1. Tipos de enfermedades cardiovasculares	13
2. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivo general.....	15
2.2. Objetivos específicos	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	16
4. RESULTADOS	18
5. CONCLUSIÓN.....	23
6. ANEXO	24
.....	25
5. BIBLIOGRAFÍA.....	26

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACV: accidente cerebro vascular

AINES: antiinflamatorios no esteroideos

ECV: enfermedades cardiovasculares

IAM: infarto agudo de miocardio

IC: insuficiencia cardiaca

OMS: organización mundial de la salud

OPS: organización panamericana de la salud

TCP: teleconsulta con el/la paciente

TCSO: teleconsulta de segunda opinión

TICs: tecnologías de la información y la comunicación

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	18
Tabla 2	19
Tabla 3	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	19
Figura 2.....	20
Figura 3.....	21
Figura 4.....	22

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan un grave problema de salud pública mundial y requieren tratamientos farmacológicos de larga duración. La adherencia terapéutica es fundamental para controlar estas patologías y sus complicaciones. Factores como la polifarmacia, el olvido y barreras socioeconómicas influyen directamente en la decisión del paciente de seguir o no las indicaciones médicas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con patologías cardiovasculares incluidos en un programa de telefarmacia.

Material y Metodología: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ECV que retiran medicación de forma programada en la farmacia del Hospital Municipal Príncipe de Asturias en Córdoba. La adherencia se midió de forma indirecta a través del retiro de fármacos y se realizaron encuestas mediante teleconsultas telefónicas para identificar barreras y motivos de incumplimiento. La población se dividió en tres grupos según su historial de retiro: los que nunca retiraron, los que lo hicieron alguna vez y los que siempre cumplen con el retiro programado.

Resultados: Se realizó el seguimiento de 96 pacientes, de los cuales el 58.3% mantuvo una continuidad total en el retiro de sus medicamentos. Entre los pacientes con adherencia parcial o nula, los principales motivos detectados fueron el olvido, problemas personales y dificultades de traslado. Un hallazgo relevante fue que, a pesar de que en casi la mitad de los casos no se logró un contacto telefónico efectivo, el 100% de los pacientes que siempre retiraron medicación mantuvo su conducta y acudió a la farmacia en la fecha pactada, demostrando un alto compromiso con el tratamiento.

Conclusión: El estudio demostró que el 58.3% de los pacientes cardiovasculares mantiene una adherencia constante al retiro de medicación, logrando una baja tasa de internación anual (12%).

Palabras clave: cardiovascular, salud, patologías, tratamientos.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un problema importante en la salud pública a nivel mundial. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Como se cita en la página oficial de la OPS, *“Algunos factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares pueden incluir edad, sexo, antecedentes familiares, el tabaquismo, la mala alimentación, la falta de actividad física, el consumo de alcohol”* («Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud»).

Las personas que padecen enfermedades cardiovasculares van a requerir tratamientos farmacológicos de larga duración para controlar la patología y las posibles complicaciones que de esta se generen, siendo un factor determinante para esto la adherencia al tratamiento. Cabe destacar que la adherencia a los tratamientos de las personas con ECV en los países desarrollados se aproxima al 50%, siendo aún menor en los países en vías de desarrollo.

1.1. ¿Qué es la adherencia a un tratamiento farmacológico?

La OMS define a la adherencia a un tratamiento como *“el grado en el que la conducta de vida de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”*. (OMS, 2023.)

Existen diversas razones por las cuales un paciente incumple el tratamiento farmacológico, entre las más comunes se destacan olvido, la malinterpretación de las instrucciones, presentar efectos secundarios que desalienten el uso, que el fármaco tenga olor o gusto desagradable, que a la hora de tomar el fármaco haya que someterse a instrucciones un poco tediosas como evitar la luz solar o no ingerir alcohol, entre otros.

Cabe destacar que, si una persona no sigue el tratamiento farmacológico indicado, no se aliviarán los síntomas, ni logrará mejorar la patología subyacente. La no adherencia a un tratamiento prescrito tiene diversas consecuencias graves e incluso costosas. Según lo publicado por la farmacéutica Shalini Lych, cita *“se estima que no seguir un tratamiento puede causar 125.000 muertes por enfermedades cardiovasculares, como ataque al corazón y accidente cerebrovascular cada año”* (Shalani SL, 2025.)

Para OMS, existen cinco dimensiones que influyen en la adherencia terapéutica y se asocian entre sí potenciado la decisión del paciente:

- a) **Factores socioeconómicos:** Entre ellos están la pobreza, el escaso acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la falta de redes de apoyo social efectivas y mecanismos que aseguren la prestación de servicios de salud que contemplen las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- b) **Factores relacionados con el tratamiento:** Existen muchos factores relacionados con el tratamiento que

influyen sobre la adherencia; los más relevantes se vinculan a la complejidad del tratamiento médico prescrito, la duración de este, la existencia de tratamientos fallidos que disminuyan la confianza terapéutica, así como cambios en el tratamiento. La manifestación de efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos cuando se manifiesten.

- c) Factores relacionados con el paciente:** Entre ellos se destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel de escolarización, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, entre otras.
- d) Factores relacionados con la enfermedad:** Algunos determinantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo en los pacientes, la importancia del seguimiento del tratamiento y la prioridad asignada en la adherencia terapéutica.
- e) Factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria:** Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo, centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga excesiva de trabajo que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud con capacitación inadecuada, poca capacidad del sistema de salud para educar a los pacientes y proporciona seguimiento de enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

1.2. Polifarmacia

En los últimos años ha aumentado la esperanza de vida, gracias a los avances científicos en el campo de la medicina y la salud que generan en la población más personas de edad avanzada, con múltiples comorbilidades que necesitan tratamiento médico.

Como se observa en (Cruz-Jentoft AJ *et al.*,2022) *“No existe unanimidad en la literatura para definir qué es la polifarmacia, encontrando discrepancias tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos, aunque la definición más aceptada de polifarmacia se basa en el uso de cinco o más medicamentos”*. Si bien la prescripción conjunta de fármacos (polifarmacia) implica diversas complicaciones para los pacientes y para el sistema de salud, es fundamental establecer a partir de un diagnóstico correcto las prescripciones adecuadas de medicamentos a fin de evitar duplicaciones, interacciones y posibles eventos adversos.

En Argentina, el envejecimiento poblacional se identifica a partir de 1970 cuando la población mayor de 60 años superó el 7% de la población general. En el periodo comprendido entre 1991 y 2010, ese porcentaje ascendió a 12,9% y 14,3% respectivamente, ubicando a los mayores de 75 años con un 4,5% en 2010.

A lo largo del periodo analizado (1991-2010), las poblaciones más envejecidas corresponden a la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Santa Fe, Córdoba y Buenos Aires, todas por encima del promedio nacional del 14% de población de 60 años o más, alcanzando algunas entre el 22% y el 15%. Respecto al porcentaje de personas mayores a 75 años, se observa que en la ciudad de Buenos Aires cuenta con un 8,3% luego a Santa Fe, Córdoba, provincia de Buenos Aires y La Pampa, entre 5,3% y 4,8%. (Reporte de envejecimiento poblacional a nivel nacional y provincial).

1.2.1. Consecuencias de la polifarmacia:

Las consecuencias negativas asociadas al uso simultáneo de varios medicamentos podemos destacar las siguientes: (National Institute on Aging, 2021).

- a) **Aumento de los costos sanitarios:** Esta causa contribuye a un aumento de los costos sanitarios, tanto para el paciente, como para el sistema de salud. Un estudio de datos en Japón encontró que la polifarmacia se asoció con un mayor riesgo de realizar visitas ambulatorias o de hospitalización con un aumento aproximado del 30% de los costos sanitarios. (Akazawa M, *et.al.*, 2010)
- b) **Eventos adversos por medicamentos:** En el 2005, se estimó que más de 4,3 millones de visitas a la atención médica se atribuyeron a un problema relacionado a los medicamentos. (Bourgeois, FT. *et al.*, 2010). Como es de esperar, hay ciertos medicamentos asociados a eventos adversos, como lo son los anticoagulantes, medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES), medicamentos cardiovasculares, diuréticos, antibióticos, anticonvulsivantes, benzodiazepinas, entre otros.
- c) **Interacciones medicamentosas:** Las interacciones medicamentosas son una causa frecuente de eventos adversos por medicamentos que pueden ser prevenibles. Un paciente que toma entre 5 y 9 medicamentos tiene una probabilidad del 50%, mientras que el riesgo asciende al 100% en pacientes que toman 20 o más medicamentos.
- d) **Deterioro cognitivo:** El deterioro cognitivo que se observa tanto en demencia senil como en el delirio, está asociado a la polifarmacia. En un estudio cohorte de ancianos residentes de una comunidad, el uso de cuatro o más medicamentos se asoció con un mayor riesgo de caídas. (Lussier, M. *et al.*, 2025)
- e) **Incontinencia urinaria:** La incontinencia urinaria está asociada al uso de múltiples medicamentos. En un estudio longitudinal realizado en una población de mujeres de 70 años o más, la

polifarmacia se asoció con un mayor riesgo de síntomas de tracto urinario inferior. (Jylha, M. *et al.*, 2005).

1.5. Telemedicina

La OMS define a la telemedicina como “la prestación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales sanitarios, utilizando tecnologías de la información (TICS) y de las comunicaciones con el objetivo de brindar información para diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, educación continua de los profesionales de la salud, todos a favor del avance de la salud de los individuos y sus comunidades”.

La telemedicina se basa en que todos los pacientes tengan acceso a la mejor atención posible; igualdad en la atención médica y calidad en cada decisión de tratamiento. Complementa los sistemas de salud existentes logrando que una mayor cantidad de personas puedan acceder a prestaciones de salud, favoreciendo el intercambio de información entre distintos profesionales de salud, brindando así una mejor calidad, mejorando los costos y la efectividad. (Telemedicina en Latinoamérica: caso Argentina, Bolivia y Colombia, 2020).

Dentro de las definiciones que se interrelacionan con el término de telemedicina, podemos destacar la teleconsulta.

1.6. Teleconsulta

Se entiende como teleconsulta al proceso de atención médica y la toma de decisiones, brindada a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) que se produce entre dos o más profesionales de la salud.

1.6.1. Tipos de teleconsulta

- a) Teleconsulta con el paciente (TCP):** es una consulta entre el paciente y el médico integrante de un equipo de salud. También se llama “primera opinión”.
- b) Teleconsulta de segunda opinión (TCSO):** hace referencia a la teleconsulta entre dos o más profesionales de la salud, sin presencia del paciente.

1.6.2. Consideraciones importantes previo a utilizar estas herramientas

La teleconsulta debe:

- Permitir una relación de calidad, respeto y confidencialidad en las mismas condiciones que se desarrolla una consulta presencial.
- Todos los integrantes del equipo de salud que intervengan deben realizar una formación previa que lo capacite en la herramienta como también en competencias de comunicación virtual.
- Las instituciones sanitarias desarrollarán actividades de acreditación o certificación de sus servicios de telemedicina/ teleconsulta bajo estándares que garanticen la calidad y seguridad de sus prácticas, su monitoreo y mejoras.
- La relación equipo de salud-paciente debe estar basada en el conocimiento profundo de el/la paciente y de su historia clínica, basados en la confianza y el respeto mutuo.
- Se debe elegir un lugar apto para la teleconsulta, preferentemente silencioso y donde se resguarde la privacidad de la conversación con el paciente.
- Disponer de la historia clínica, así como una lista de enfermedades, condiciones de salud y medicamentos que toma el paciente.
- El paciente debe recibir una información en un lenguaje sencillo que le permita tener expectativas claras sobre el tipo de atención que recibirá.

- El equipo de salud debe requerir el consentimiento informado del paciente previo entendimiento de beneficios y potenciales riesgos según Ley N°26.529.

1.7. Enfermedades cardiovasculares

El término enfermedades cardiovasculares (ECV) incluye todos los problemas de salud relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos. A menudo estos problemas se deben a la aterosclerosis, que ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes de los vasos sanguíneos (arterias), denominada placa, que con el tiempo puede disminuir la luz de los vasos sanguíneos, e incluso causar la obstrucción total del mismo y producir un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular (ACV).

1.7.1. Tipos de enfermedades cardiovasculares

- **Cardiopatía coronaria:** Se denomina así a la disminución de la luz u obstrucción de las arterias del corazón ocasionando insuficiente cantidad de sangre y oxígeno en este órgano. Con el paso del tiempo, una cardiopatía coronaria puede debilitar al músculo miocardio y provocar una insuficiencia cardíaca o arritmia.
- **Insuficiencia cardíaca (IC):** Ocurre cuando el corazón debido a la exigente demanda no puede bombear suficiente sangre oxigenada, esta disfunción puede afectar el lado derecho o el lado izquierdo del corazón, aunque es muy frecuente que estén ambos comprometidos.
- **Arritmias:** Son problemas en la conducción eléctrica del corazón y producen alteraciones en frecuencia o el ritmo cardíaco (aumento o disminución o irregularidad)
- **Enfermedades de las válvulas cardíacas:** Ocurren cuando una de las cuatro válvulas que posee el corazón no funcionan correctamente. La sangre se libera a través de la válvula en la dirección equivocada (llamado regurgitación), o también es posible que una válvula no se abra lo suficiente y bloquee el flujo sanguíneo (llamado estenosis).

El síntoma más común de esta enfermedad es un latido cardíaco inusual, llamado comúnmente “soplo cardíaco”.

- **Arteriopatía periférica:** Ocurre cuando las arterias de los extremos superiores e inferiores respectivamente se obstruyen por acumulación de placa, y cuando la sangre no puede llegar a las mismas puede lesionar tejidos y nervios.

- **Hipertensión arterial:** Es una condición en la cual la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias es más alta de lo normal. Si la misma no es controlada, puede conducir a otros problemas, como IC, infarto agudo de miocardio y ACV. (Revista Latinoamericana de hipertensión, 2020).

- **Accidente cerebrovascular:** Es una enfermedad que ocurre como consecuencia de la falta de irrigación sanguínea al cerebro, puede ser debido a un coágulo de sangre que obstruye un vaso sanguíneo del mismo o por un sangrado cerebral.

- **Cardiopatía congénita:** Este problema afecta a la estructura y el funcionamiento del corazón y está presente en el mismo desde el nacimiento de la persona. En algunos casos suelen ser leves y no requerir tratamiento, mientras que en otros pueden ser más graves y requerir intervención médica o incluso quirúrgica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con patologías cardiovasculares incluidos en un programa de telefarmacia.

2.2. Objetivos específicos

Evaluar el porcentaje de pacientes que tienen adherencia al tratamiento prescrito.

Identificar posibles barreras que impidan la adherencia al tratamiento.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal donde la variable a estudiar es la adherencia al tratamiento farmacológico, a través del seguimiento telefónico, en pacientes con enfermedades cardiovasculares que retiran sus tratamientos en forma programada en la farmacia del Hospital Municipal Príncipe de Asturias, Córdoba, Argentina.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes (hombres y mujeres) mayores de 18 años, tener diagnóstico confirmado de enfermedad cardiovascular e indicación de tratamiento farmacológico y que siguiendo el protocolo de atención del equipo tratante se incluyen en un padrón para la entrega programada de sus tratamientos en forma trimestral.

El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética del Hospital Municipal Príncipe de Asturias y el comité de bioética de la Universidad Católica de Córdoba

Las variables estudiadas fueron: medición de adherencia indirecta (según retiro programado de la medicación) y una encuesta diseñada por el equipo a fin de identificar causas de no adherencia, continuidad en el seguimiento médico en internaciones en el último año. Para aquellos pacientes que no realizaron nunca el retiro programado se utilizó la sección A y para aquellos que sí retiraron la parte B, como se puede observar en el anexo A.

Parte A consta de las siguientes preguntas:

a) si estaba tomando la medicación indicada por el cardiólogo, b) si había algún motivo por el cual no había realizado el retiro de la misma, c) si deseaba continuar su tratamiento en el hospital.

Parte B consta de las siguientes preguntas:

Esta constaba de 4 preguntas, siendo las siguientes:

A- ¿Toma la medicación como le indico el médico?

B- ¿Ha tenido algún problema con la medicación? ¿Cuál?

- C- ¿Ha estado internado en el último año?
- D- ¿Cuándo ha sido la última visita al médico?

La teleconsulta fue estructurada realizando el operador un procedimiento del servicio de farmacia que contempla las siguientes etapas: saludo y presentación, confirmación de la identidad del paciente a quien se quiere contactar, explicación del motivo del llamado y preguntas cerradas para valorar el resto de las variables propuestas, en la imagen a continuación se puede observar el Procedimiento Operativo Estándar utilizado desde el servicio de farmacia.

La población por trabajar fueron 96 pacientes del padrón, desde el 2021 a octubre del 2023 y fue dividida en tres grupos:

- Pacientes que nunca retiraron medicación
- Pacientes que alguna vez retiraron medicación
- Pacientes que retiran siempre medicación.

Las variables cuantitativas se trabajaron con frecuencias absolutas (número de casos) y con frecuencias relativas (porcentajes). Para las variables cualitativas, se utilizaron el promedio y el desvío estándar como medidas descriptivas. Para todos los tests estadísticos, p-valores $<0,05$ se consideraron significativos. Se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016 ®.

4. RESULTADOS

Se siguieron 96 pacientes, 47 mujeres y 49 varones todos mayores de 18 años atendidos por el servicio de cardiología dentro del programa de retiro cumpliendo los criterios de inclusión. En la Tabla 1 a continuación se puede observar la dispersión de sexo en cada grupo.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Mujeres	12	5	30
Varones	16	8	26

Tabla 1. Dispersión de sexo de los grupos del estudio.

Los medicamentos que se utilizaron para el tratamiento con mayor frecuencia fueron: enalapril, atorvastatina, ácido acetilsalicílico, atenolol, amlodipina, metformina, hidroclorotiazida, espironolactona, furosemida, los cuales están incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital.

a) Pacientes en padrón que nunca realizaron retiro de medicamentos

El primer grupo de trabajo estuvo formado por 27 pacientes que disponiendo de sus tratamientos y habiendo informados de esto no realizaron los retiros programados de los mismos. De estos pacientes, con 15 no se pudo establecer el contacto con el número de teléfono disponible, 1 no tenía registro en padrón de número telefónico de contacto y en 11 si se estableció el contacto telefónico. Figura 1

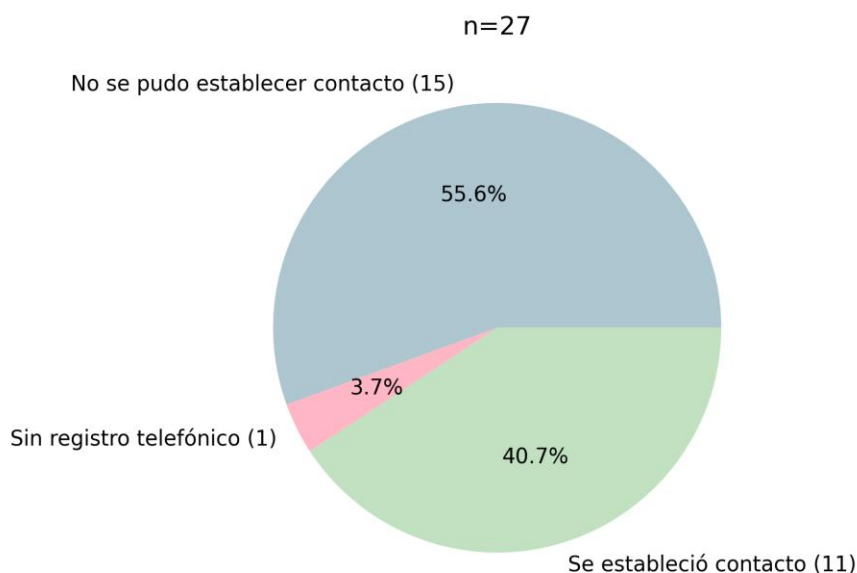


Figura 1. Porcentaje de contactos establecidos en la primera encuesta.

De los 11 pacientes donde se estableció el contacto (Parte A del cuestionario), 10 refieren que si toman la medicación y solo uno que no. El 30% de los pacientes refieren olvidar que disponían de sus tratamientos, 20% adujo problemas personales y 20% continuó el retiro en un programa o centro diferente. En la Tabla 2 se pueden identificar todos los motivos. Frente a la consulta de si deseaban continuar su tratamiento en el HMPA solo 10 respondieron afirmativamente pidiéndoles que vuelvan al control con el cardiólogo para poder realizar los ajustes necesarios al tratamiento previo a la nueva dispensación.

Motivo de no retiro de medicamentos	Número de pacientes N=11
Olvido	4
Trabajo fuera de Córdoba	1
Cambio de medicación	1
Problemas personales	2
Comodidad	1
Retira precordia	1
Retira en dispensario	1

Tabla 2. Motivos de la no adherencia a tratamiento farmacológico.

Este grupo que continuó el tratamiento fueron 7 mujeres y 3 varones con una edad promedio de 59,6 años. Al analizar la adherencia de estos pacientes un año posterior, 4 de ellos cumplieron con el 100% de los retiros programados y 4 con el 75%, solo 2 fueron 2 veces en el año. Un paciente cambió de centro de atención.

b) Pacientes que alguna vez retiraron medicación

El segundo grupo de encuestados corresponde a los pacientes que alguna vez habían retirado medicamentos desde que fueron empadronados y que se identificó discontinuidad en la adherencia indirecta. 13 pacientes cumplieron con este criterio, de los cuales en 6 no se pudo establecer el contacto, 1 no se disponía de número para comunicarse y en 6 se realizó efectivamente la comunicación.

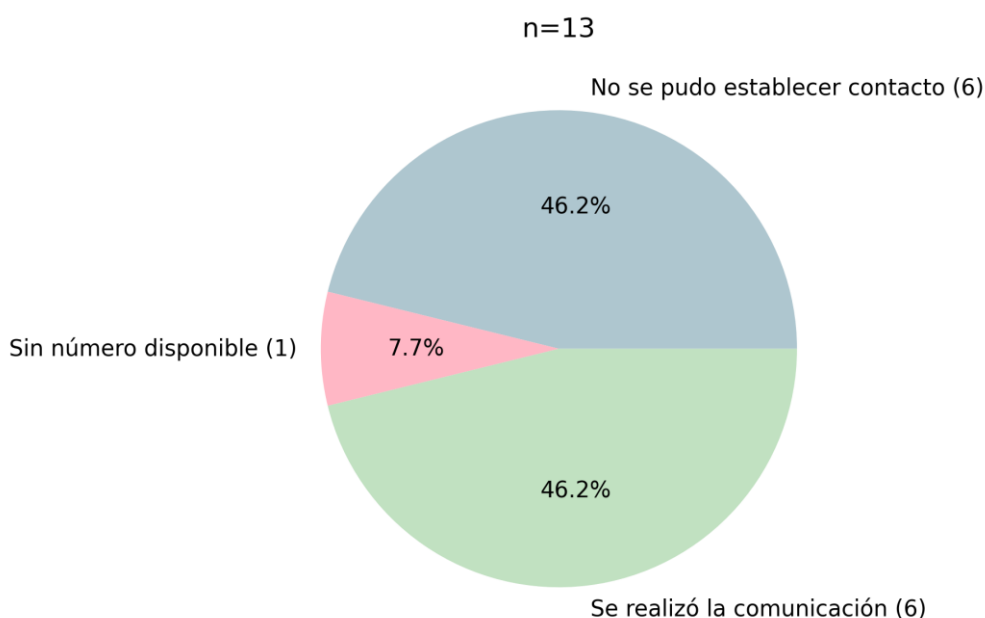


Figura 2. Porcentaje de contactos establecidos en la segunda encuesta.

En aquellos 6 pacientes donde se estableció el contacto se utilizó la parte A del formulario, a continuación, la tabla 3 muestra los motivos de no adherencia de la segunda tanda de pacientes.

Motivo	Cantidad de pacientes
Vino a retirar su familiar y refiere no disponer del tratamiento listo	1
Inicio de tratamiento	2
Dolor de pierna/ inmovilidad	3

Tabla 3. Motivos de no adherencia a tratamiento farmacológico.

El total de los pacientes con los que se pudo establecer el contacto volvieron a retirar medicación al programa del hospital; 4 lo hicieron el 100% de las visitas programadas y los restantes solo acudieron al 75% de las mismas. Este grupo fueron 2 mujeres y 4 varones con una edad promedio de 53,6 años

c) Pacientes que retiran siempre medicación en forma programada

El tercer y último bloque de encuestas realizadas fue a los pacientes que siempre retiran la medicación desde que pertenecen al programa. De un total de 56 pacientes, 26 son hombres y 30 son mujeres, (edad promedio 54,8 años) solo fueron respondidos el 50% de los llamados. La falta de contacto estuvo relacionada a discontinuidad del servicio con el número registrado o simplemente a la falta de respuesta.

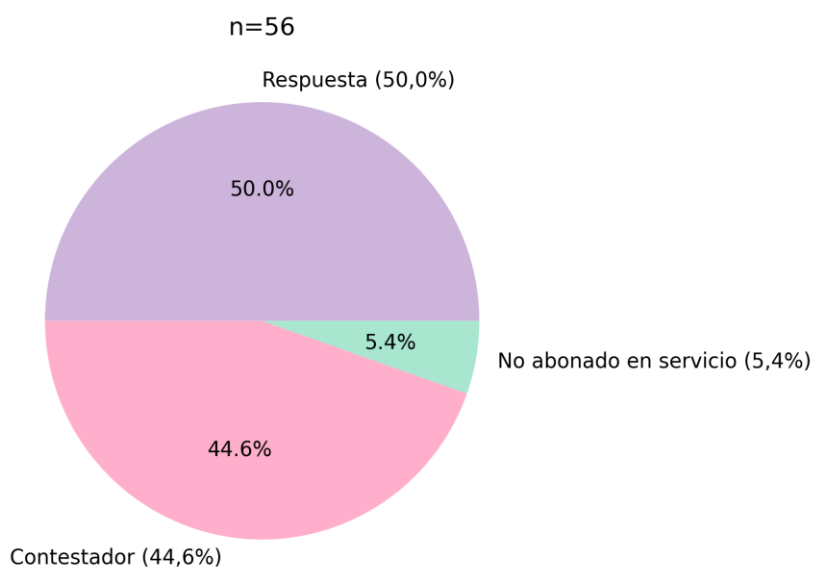


Figura 3. Porcentaje de contacto establecido en la tercera encuesta.

Del 50% de los pacientes que obtuvimos respuesta, a quienes se les hizo la parte B de la encuesta diseñada a tal fin, el 75% toma la medicación como le indico el médico; el 12% presentó algún problema relacionado a la medicación, y el 12% requirió de internación en el último año.

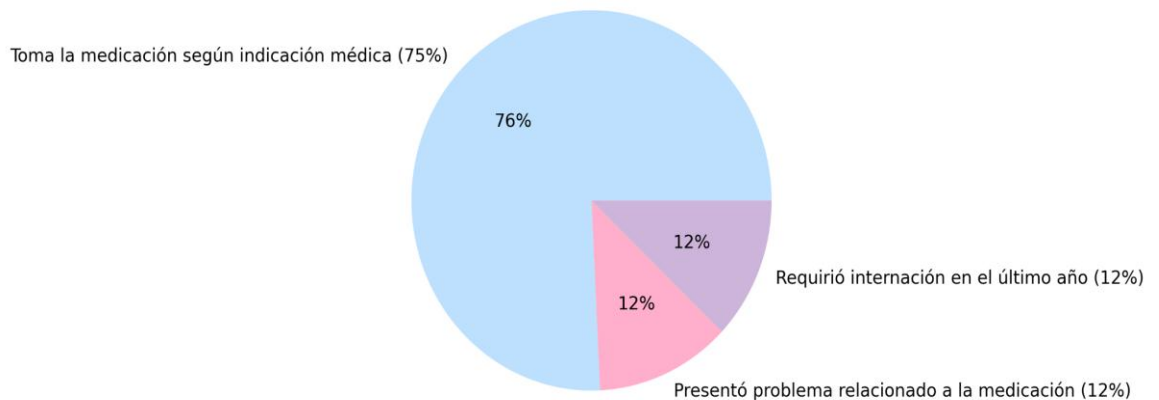


Figura 4. Respuesta de encuesta realizada.

A pesar de que solo se obtuvo respuesta telefónica de 28 pacientes, 29 se acercaron a retirar la medicación en la fecha pactada de retiro, y 5 pacientes que no se les recordó telefónicamente la necesidad de retiro adhirieron a la continuidad al tratamiento.

A pesar de que el 50% no recibió el llamado realizado desde farmacia el 100% retiró los medicamentos. El promedio de fármacos que utilizaban por día fue de 4, siendo los más frecuentes enalapril, losartán, metformina, atorvastatina, ácido acetilsalicílico, hidroclorotiazida y espironolactona.

5. CONCLUSIÓN

De los 96 pacientes que ingresaron al estudio, el 58.3% tuvo continuidad en el retiro de medicamentos y solo el 12% de ellos estuvo internado en el último año. En el 48% de los casos no se consiguió un contacto telefónico efectivo, a pesar de haber realizado más de un intento en diferentes días. 2 pacientes no dejaron número de contacto, y 3 cambiaron el número sin registrar la modificación. Esto genera la necesidad de considerar vías alternativas si existieran o de reforzar la necesidad de mantener actualizados sus datos en el hospital.

De los adherentes parciales (retiro alguna vez), el 46% aceptaron continuar su tratamiento en HMPA en las condiciones propuestas (visita al cardiólogo previamente a la dispensación).

6. ANEXO

Sección 1 de 4

Adherencia de pacientes cardiovasculares

Descripción del formulario

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Sección 2 de 4

Información respecto al llamado

Buenos días/tardes , le hablo de la fcia del HMPA, soy... tenemos registrado que usted es paciente de cardiología y no tenemos registrado retiro. Que habrá pasado que no vino?

ID del paciente Nombre y apellido *


Texto de respuesta corta

A llenar por el encuestador *

dicie... marzo junio setie... otro

Mes t...

día de llamado *

Mes, día, año 

que pasa con el llamado

responde (pasar a la siguiente pregunta)

pasa a contestador

el numero no corresponde a abonado

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección

Sección 3 de 4

Se completa cuando se habla con un paciente que no retiro en el tiempo estipulado

Descripción (opcional)

Para no adherente


Intern... Traba... Olvido Dispo... Cam... Ca

caus...

Abierta para desarrollar anterior

Texto de respuesta larga

Fijamos fecha de retiro

Mes, día, año 

Cumple con la fecha?

Si

No

Cumple pero viene despues

Después

A completar por paciente adherente



Descripción (opcional)

Pregunta

	Sí	No
Ha estado inter...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ha vistado al m...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene algun pro...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Describir causa

Texto de respuesta larga

Pregunta

Opción 1



5. BIBLIOGRAFÍA

AKAZAWA M, IMAI H, IGARASHI A, TSUTANI K. Potentially inappropriate medication use in elderly Japanese patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010, vol. 8, no 2, p. 146-60.

BOURGEOIS FT, SHANNON MW, VALIM C, MANDL KD. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010, vol. 19, no 9, p. 901-10.

DE ARTECHE, M.; WELSH, S. V.; SANTUCCI, M.; CARRILLO, E. Telemedicine in Latin America: the case of Argentina, Bolivia and Colombia. *Revista Venezolana de Gerencia*, 2020, vol. 25, no 91, p. 955-975.

LUSSIER, Mia E.; RATTINGER, Gail B. *Cognitive decline and polypharmacy in long-term care*. En: *Health Promotion in Long-Term Care Facilities*. Springer, 2025, p. 25-40.

MENDOZA MDM, DE ARELLANO MVMR, DELGADO-SILVEIRA E, CRUZ-JENTOFT AJ. Polifarmacia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2022, vol. 13, no 62, p. 3671-81.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING. *Dangers of polypharmacy and the case for deprescribing in older adults*. Bethesda, MD: National Institute on Aging, 2021. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/news/dangers-polypharmacy-and-case-deprescribing-older-adults>

NUOTIO M, JYLHA M, LUUKKAALA T, TAMMELA TLJ. Health problems associated with lower urinary tract symptoms in older women. A population-based survey. *Scand J Prim Health Care*. 2005, vol. 23, no. 4, p. 209-14.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Guiding optimal development and use of digital health towards improved health outcomes. Disponible en:

<https://www.who.int/westernpacific/activities/guiding-optimal-developmentand-use-of-digital-health-towards-improved-health-outcomes>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfermedades cardiovasculares. Organización Panamericana de la Salud, s.f. Disponible en: URL: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>

ORTEGA CERDA, J.JSÁNCHEZ HERRERA, D.; RODRÍGUEZ MIRANDA, O.A.; & ORTEGA LEGASPI, J.M. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. En: Acta médica Grupo Ángeles, 2018, vol 16, no 3, p. 226-32.

MINISTERIO DEL INTERIOR – REPÚBLICA ARGENTINA. Registro Nacional de las Personas (RENAPER). *Reporte de envejecimiento poblacional a nivel nacional y provincial*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio del Interior, octubre de 2021.

MSD MANUALS. *Factores que influyen en la respuesta del organismo a los fármacos: Adherencia a la medicación*. MSD Manuals versión para el hogar, s.f. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/fármacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-fármacos/adherencia-a-la-medicaci%C3%B3n>

Revista Latinoamericana de Hipertensión. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_5_2020/4_adherencia_tratamiento_hipertension.pdf

TROMP AM, PLUJIM SM, SMIT JH, DEEG DJ, BOUTERL M, LIPS P. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol*. 2001, vol. 54, no 8, p. 837-44.

VARGAS NEGRÍN F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. En: *Revista de osteoporosis y metabolismo mineral*, 2014, vol. 6, no.1, p. 5-7.

