

Adaptación y validación de una medida de adhesión a la terapia de anticoagulante oral

Ariana Rodrigues da Silva Carvalho¹

Rosana Aparecida Spadoti Dantas²

Flávia Martinelli Pelegrino³

Inaiara Scalçone Almeida Corbi⁴

Este es un estudio metodológico que tuvo como objetivos adaptar y analizar las propiedades psicométricas del instrumento medida de adhesión a los tratamientos (MAT) como medida de adhesión a la terapéutica de anticoagulante oral (ACO). La versión final fue probada en 178 sujetos. Los promedios de las respuestas a los ítems del MAT variaron de 4,6 a 5,8, siendo que 97,2% fueron considerados adherentes. Correlaciones moderadas fueron obtenidas entre la medida de adhesión y los dominios salud mental y vitalidad, del SF-36. El alfa de Cronbach obtenido fue 0,60 y se constató la presencia de efecto máximo en las respuestas de todos los ítems. Esos resultados indican débiles evidencias de la validez, confiabilidad y responsividad de la versión adaptada del MAT para usuarios de anticoagulantes orales.

Descriptorios: Estudios de Validación; Psicometría; Anticoagulantes; Cuestionario; Adhesión al Tratamiento.

¹ Enfermera, Estudiante de Doctorado en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil. Profesor, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Campus Cascavel, PR, Brasil. E-mail: mauroari2@hotmail.com.

² Enfermera, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

³ Enfermera, Maestría en Enfermería. E-mail: flavia-martinelli@bol.com.br.

⁴ Enfermera, Maestría en Enfermería, Profesor, Universidade Paulista (UNIP), Campus Araraquara, SP, Brasil. E-mail: inaenf@yahoo.com.br.

Correspondencia:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral

Este é um estudo metodológico que teve como objetivos adaptar e analisar as propriedades psicométricas do instrumento medida de adesão aos tratamentos (MAT) como medida de adesão à terapêutica de anticoagulação oral (ACO). A versão final foi testada em 178 sujeitos. As médias das respostas aos itens do MAT variaram de 4,6 a 5,8, sendo que 97,2% foram considerados aderentes. Correlações moderadas foram obtidas entre a medida de adesão e os domínios saúde mental e vitalidade, do SF-36. O alfa de Cronbach obtido foi 0,60 e constatou-se a presença de efeito máximo nas respostas de todos os itens. Esses resultados indicam fracas evidências da validade, confiabilidade e responsividade da versão adaptada do MAT para usuários de anticoagulantes orais.

Descritores: Estudos de Validação; Psicometria; Anticoagulantes; Questionários; Adesão ao Medicamento.

Adaptation and Validation of an Oral Anticoagulation Measurement of Treatment Adherence Instrument

This methodological study adapted and analyzed the psychometric properties of the Measurement of Treatment Adherence (MTA) instrument for Brazilian users of oral anticoagulation therapy. Its final version was tested with 178 individuals. The average of answers for all questions ranged from 4.6 to 5.8 and 97.2% of the individuals were considered adherent. Moderate correlations were obtained between the adherence measure and the Mental health and Vitality domains of the SF-36. Cronbach's alpha was 0.60 and the ceiling effect occurred in answers to all items. These results indicate weak evidence of the validity, reliability and responsiveness of the MTA-adapted version for users of oral anticoagulant therapy.

Descriptors: Validation Studies; Psychometrics; Anticoagulants; Questionnaires; Medication Adherence.

Introducción

La adhesión puede ser definida como el grado de concordancia entre las recomendaciones del prestador de cuidados de salud y el comportamiento del individuo frente al régimen terapéutico⁽¹⁾. Varios son los factores para la no adhesión al tratamiento farmacológico como: factores relacionados a la persona bajo tratamiento, a la enfermedad, al tratamiento, a los servicios de salud y al apoyo social⁽²⁾. En el Brasil, la investigación de la temática de la adhesión al medicamento es más común entre los individuos que usan antirretrovirales, anti-hipertensivos y antidiabéticos (hipoglucemiantes), sin embargo, la investigación de la adhesión al uso de

anticoagulantes orales es todavía incipiente. La adhesión al uso de anticoagulante oral (ACO) es uno de los factores importantes para alcanzar un nivel óptimo de anticoagulante, evitando complicaciones hemorrágicas y tromboembólicas entre sus usuarios. Además del mal uso del medicamento, o sea, las dosis ingeridas erróneamente (baja o súper-dosis), por olvido o por falla humana, también pueden generar riesgos a la salud, aumentando las chances de eventos hemorrágicos o tromboembólicos, considerando que los objetivos de la terapéutica no están siendo alcanzados⁽³⁾. Investigaciones sobre la administración del ACO han indicado factores

que pueden afectar el control de esa terapia, entre ellos: factores clínicos (ejemplo: enfermedad aguda, interacciones medicamentosas, cambios en la dieta), factores genéticos y factores psicosociales (ejemplos: depresión, disfunción cognitiva y estado de salud percibido)⁽³⁾. Para que el sujeto consiga resultados apropiados para el éxito de la terapéutica con ACO hay exigencias prácticas y psicológicas que pueden generar efectos positivos y/o negativos en la percepción de salud y en la calidad de vida del individuo⁽⁴⁾.

A pesar de ser conocidos los potenciales efectos de un régimen de adhesión inadecuado al uso del ACO, los factores de riesgo que influyen la adhesión al tratamiento, entre pacientes en uso de esos medicamentos, no han sido bien elucidados, así como los mejores métodos para esa evaluación⁽³⁾.

Una de las dificultades encontradas por los investigadores, para evaluar la adhesión a los medicamentos, es la falta de instrumentos válidos, confiables, de fácil utilización y de bajo costo, tanto para uso nacional como internacional, lo que imposibilita la comparación de los resultados de la adhesión a diferentes terapéuticas y entre servicios de salud distintos.

El instrumento más conocido y usado para evaluar la adhesión a los medicamentos es la prueba de Moriski y Gren⁽⁵⁻⁶⁾. Otra medida de adhesión propuesta fue la medida de adhesión a los tratamientos⁽¹⁾, elaborada y comprobada entre individuos diabéticos e hipertensos, en Portugal⁽¹⁾. Ese instrumento ya fue evaluado en el Brasil en una población de diabéticos, obteniéndose resultados satisfactorios⁽⁷⁾. El presente estudio tuvo como objetivos adaptar y analizar las propiedades psicométricas del instrumento medida de adhesión a los tratamientos (MAT) para brasileños en uso de ACO, en lo que se refiere a su validez (aparición, contenido y constructo), a la confiabilidad (consistencia interna) y a la responsividad para detectar cambios.

Casuística y Método

Delineamiento, casuístico y aspectos éticos

Es un estudio metodológico de adaptación y validación del instrumento MAT⁽¹⁾, en una muestra de individuos que usan anticoagulantes, en el Brasil. Tuvo inicio después de la concordancia de los autores sobre la versión original. Para adaptación y validación, el instrumento original fue sometido a la validación de aparición y contenido por comité de especialistas y al análisis semántico por individuos en uso de ACO. La versión adaptada fue comprobada en 178 sujetos,

abordados de manera aleatoria, en un único momento, en cuanto aguardaban por la atención en el ambulatorio de anticoagulante oral de un hospital de enseñanza en el interior del Estado de Sao Paulo. Los criterios de elegibilidad fueron: tener 18 años o más; estar en seguimiento en ambulatorio debido al uso del ACO, independientemente del tiempo de uso, y demostrar capacidad cognitiva para responder a las preguntas de los instrumentos. El proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación de esa institución, con permiso para acceso al servicio de archivos de las fichas. Todos los sujetos que aceptaron participar del estudio firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido.

Recolección de los datos

Los participantes respondieron los instrumentos de medida de adhesión⁽¹⁾, en su versión adaptada para individuos brasileños en uso en ACO y de estado de salud percibido (SF-36) (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*)⁽⁸⁾, en su versión adaptada para el portugués⁽⁹⁾. Las informaciones sobre la caracterización socio-demográfica y clínica de los sujetos también fueron recolectadas por entrevistas individuales y consulta a las fichas de los participantes.

Instrumentos: medida de adhesión a los tratamientos (MAT)

Es un instrumento compuesto de siete ítems que evalúan el comportamiento del individuo en relación al uso diario de los medicamentos⁽¹⁾, siendo que algunos ítems fueron adaptados de otros autores (ítems 1, 2, 3 y 4⁽⁵⁾, ítem 6⁽¹⁰⁾ e ítem 7⁽¹¹⁾). Las respuestas son obtenidas por medio de escala ordinal de seis puntos que varía de siempre (1) a nunca (6). Los valores obtenidos con las respuestas a los siete ítems son sumados y divididos por el número de ítems, o sea, varían de 1 a 6. Posteriormente, los valores 5 y 6 son computados como uno (lo que en la escala original corresponde a adherente) y los demás son computados como *ceros* (no adherentes en la escala original), finalizando en una escala dicotómica si/no (adherente/no adherente).

SF-36

Es cuestionario multidimensional que evalúa el estado de salud percibido por los individuos, compuesto por 36 ítems, que abarcan ocho componentes o dominios: capacidad funcional (10 ítems), aspectos físicos (cuatro), dolor (dos), estado general de salud (cinco), vitalidad (cuatro), aspectos sociales (dos),

aspectos emocionales (tres), salud mental (cinco) y más una pregunta de evaluación comparativa entre la evaluación de la condición de salud actual con aquella de un año atrás. Los valores de cada uno de los dominios son normalizados en una escala de cero a 100, con bajos valores numéricos indicando peor estado de salud percibido⁽⁸⁾. El SF-36 evalúa las percepciones de la enfermedad y/o tratamiento en varios aspectos de la vida del individuo y ha sido usado en la investigación de individuos en tratamiento de anticoagulante oral⁽³⁻⁴⁾.

Proceso de adaptación y validación del MAT

La versión original fue sometida a la validación de apariencia y contenido por un comité de especialistas y al análisis semántico, evaluada por siete individuos en uso de ACO. A los especialistas (cuatro enfermeros y un médico, todos con especialidad en la área de cardiología) fue solicitada la evaluación de la pertinencia y de la claridad de cada ítem, con la intención de que cada uno pudiese responder a los objetivos del estudio. Los jueces hicieron adaptaciones semánticas del portugués de Portugal para el portugués de Brasil, permitiendo la adecuación del uso en Brasil. Esa versión fue sometida al análisis semántico, permitiendo a los autores observar que los pacientes respondían refiriéndose a los medicamentos usados, de forma general, sin enfocar específicamente el ACO. Al indagar a los pacientes sobre eso, ellos confirmaron que las preguntas del MAT no los llevaban a enfocar apenas el uso de ACO, y si a todos los medicamentos en uso. así, los investigadores modificaron la redacción de las preguntas del instrumento, adaptándolas al usuario del anticoagulante oral, substituyendo la palabra *medicamento* por *anticoagulante oral* y acrecentando algunas informaciones inherentes a la terapia de ACO, como ocurrió en las preguntas 4, 6 y 7, con el objetivo de explicitar al sujeto las posibles complicaciones relacionadas al uso del ACO (por ejemplo: *aumento del flujo menstrual, manchas moradas, presencia de sangre en la orina o fases, sangramiento en las encías*) y también relacionados la motivos que pudiesen llevarlo a no tomar ese medicamento (*falta del medicamento en casa u otro local, por falta de dinero, por haber acabado el remedio o por no poder comprar el remedio o el remedio esta faltando en la farmacia o en la unidad básica de salud*). Esas alteraciones tenían por objetivo la mejor comprensión de los ítems del MAT para pacientes en uso de ACO. No hubo alteración en la escala de respuestas, una vez que ella fue considerada adecuada, tanto por los jueces como por los participantes, siendo mantenida como en la versión original⁽¹⁾.

Análisis de los datos

Para el análisis de la validez de constructo convergente se colocó la hipótesis de que habría correlaciones positivas de moderada y fuerte intensidad, entre las medidas de adhesión (MAT) y el estado de salud (SF-36). La prueba de correlación de Spearman fue realizada y los resultados fueron analizados según la siguiente clasificación: valores abajo de 0,30 son de poca aplicabilidad clínica, mismo cuando estadísticamente significativos, entre 0,30 y 0,50 son de moderada magnitud y de más de 0,5 de fuerte magnitud⁽¹²⁾. El nivel de significancia adoptado fue de 0,05. La confiabilidad del instrumento evaluado por la consistencia interna de los ítems del MAT fue verificada por el alfa de Cronbach, considerando valores adecuados entre 0,70 y 0,90⁽¹³⁾. Vale resaltar que algunos resultados altos para el alfa pueden ser usualmente encontrados en las escalas con muchos ítems, debido al hecho de que el alfa depende del número de ítems de la escala. La misma dependencia puede acontecer con instrumentos con pocos ítems, como el MAT. En ese caso, un valor de alfa en torno de 0,50 puede ser aceptable⁽¹⁴⁾. La responsividad del instrumento fue verificada con la presencia de efecto máximo (*ceiling*) y mínimo (*floor*) en la muestra estudiada. La responsividad relata la capacidad para detectar cambios cuando el individuo mejora o empeora⁽¹⁵⁾, o sea, es la capacidad del instrumento para detectar cambios importantes, clínicamente, con el pasar del tiempo⁽¹⁶⁾. Son considerados los efectos mínimo y máximo cuando los encuestados escogen los puntajes más bajos o más altos, respectivamente, en la escala de respuestas. De esa forma, si esos efectos están presentes, es probable que las respuestas estén en el inicio o en el final de la escala, indicando validez de contenido limitada. Como consecuencia de eso, individuos con puntajes más bajos o más altos no pueden ser distinguidos entre sí, y la responsividad del instrumento está reducida. El efecto mínimo (baja adhesión) fue considerado cuando más de 15% de los encuestados optaron por la respuesta de número 1 y el efecto máximo cuando más de 15% optaron por la respuesta de valor 6⁽¹⁶⁾.

Resultados

Entre los 178 participantes, 116 (65,3%) eran mujeres. La edad promedio fue de 55,6 años (intervalo de 24,8 la 86,1), 60% de ellos con menos de 60 años. La mayoría indicó primero grado incompleto (126 - 70,8%), renta familiar promedio de 896 reales (intervalo

de 300 a 4500 reales), casados/unión consensual (118 - 65,2%), blancos (115 - 63,9%), jubilados (65 - 36,7%) y procedentes de Ribeirao Preto y de otras ciudades del estado de Sao Paulo (148 - 83,2%). En cuanto a la indicación para el uso del ACO, las principales indicaciones fueron: uso de prótesis cardíaca metálica (50,6%) y fibrilación atrial (33,1%), seguidas de presencia de trombo en el ventrículo (8,4%), trombo embolismo pulmonar (2,2%), accidente vascular encefálico (2,2%), infarto agudo del miocardio (1,1%), uso de marcapasos (1,1%) y trombosis venosa profunda (0,6%). Los participantes hacían uso de otros medicamentos, tales como: anti-hipertensivos (116 - 65,2%), diuréticos (99 - 55,6%), betabloqueadores (74 - 43,7%), seguidos de otros grupos de medicamentos (127 - 71,3%). Con relación al número de medicamentos, 85 (49,4%) de los individuos utilizaban de tres a cinco medicamentos, 43 (25%) hasta dos medicamentos y 44 (25,6%) participantes utilizaban seis o más, variando de uno a 12, con promedio de cuatro medicamentos por individuo.

Esa información no estaba disponible en la ficha de seis participantes.

Con relación al análisis descriptivo de la versión adaptada del MAT, total de la escala y cada uno de los ítems, se obtuvo un valor promedio de 5,5 (de=0,45) para la medida total y valores promedios entre 4,6 y 5,9 para los ítems. Se observa que seis de los siete ítems presentaron mediana de valor 6 (lo que corresponde al valor de la respuesta "Nunca", a pesar de que los intervalos de valores también abarcan los valores inferiores de la escala de respuesta, o sea, los valores uno y dos (Tabla 1). Las respuestas obtenidas fueron sumadas y los valores divididos por el número de ítems del instrumento (intervalo posible de 1 a 6). Posteriormente, los valores 5 y 6 fueron computados con el valor uno (lo que en la escala original corresponde a adherente) y los demás fueron computados con el valor cero (no adherentes en la escala original). Después de esa categorización, 173 (97,2%) sujetos fueron clasificados como adherentes y apenas 5 (2,8%) como no adherentes.

Tabla 1 - Análisis descriptivo de la versión adaptada del instrumento de medida de adhesión a los tratamientos (MAT), en 178 pacientes bajo anticoagulante oral

Versión adaptada del MAT	Promedio (de)	Mediana	Intervalo obtenido
Total de la escala	5,5 (0,4)	5,7	3,4 - 6
Ítems			
¿Cuántas veces olvidó tomar el anticoagulante?	5,3 (0,9)	6	1-6
¿Cuántas veces tomó el anticoagulante fuera del horario?	4,6 (1,6)	5	1-6
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por sentirse mejor?	5,9 (0,5)	6	2-6
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por sentirse peor?	5,7 (0,8)	6	1-6
¿Cuántas veces cambió la dosis del anticoagulante por haberse olvidado en el día anterior?	5,8 (0,6)	6	1-6
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por falta del medicamento?	5,7 (0,7)	6	2-6
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por motivos ajenos a su voluntad?	5,8 (0,5)	6	4-6

El análisis descriptivo de los ítems permitió, también, evaluar la responsividad de la versión adaptada del MAT entre sujetos que utilizan ACO, verificada por la presencia de efecto máximo y mínimo en la muestra estudiada. Como ya había sido señalado por los valores de las medianas de las respuestas de los participantes (Tabla 1), se observa en la Tabla 2 que las frecuencias de las respuestas

para cada pregunta del instrumento van de más de 15% para la respuesta "Nunca" (de valor 6), lo que corresponde a la mejor evaluación para la adhesión (efecto máximo). La mayor frecuencia de esa respuesta se encuentra en la pregunta *¿Cuántas veces dejó de tomar el ACO por sentirse mejor?* (92,7%) y, la menor, en la pregunta *¿Cuántas veces tomó el ACO fuera del horario?* (37,6%).

Tabla 2 - Distribución del porcentual de las respuestas a las preguntas de la versión adaptada del instrumento MAT, elaboradas por 178 pacientes en uso de anticoagulante oral

Preguntas	Siempre	Casi siempre	Con frecuencia	Algunas veces	Raramente	Nunca
¿Cuántas veces olvidó tomar el anticoagulante?	0,6%	0,6%	1,1%	16,3%	27,5%	53,9%
¿Cuántas veces tomó el anticoagulante fuera del horario?	10,1%	4,5%	2,8%	21,9%	23%	37,6%
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por sentirse mejor?	-	0,6	1,1%	1,7%	2,2%	94,4%
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por sentirse peor?	1,1%	0,6	-	7,3%	4,5%	86,5%
¿Cuántas veces cambió la dosis del anticoagulante por haberse olvidado en el día anterior?	0,6	1,1%	-	1,7%	3,9%	92,7%
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por falta del medicamento?	-	1,1%	-	5,1%	14%	79,8%
¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por motivos ajenos a su voluntad?	-	-	-	3,4%	10,1%	86,5%

La evaluación de la validez de constructo convergente fue verificada por la correlación de la medida de adhesión con las medidas de los dominios del SF-36. Ambas escalas son ordenadas de manera que mayores valores indican, respectivamente, mayor adhesión y mejor evaluación del estado de salud percibido. Los coeficientes de correlación de Spearman entre las medidas se presentan en la Tabla 3. Se constataron correlaciones moderadas y estadísticamente significativas apenas entre la medida de adhesión y los dominios salud mental ($r=0,318$; $p<0,001$) y vitalidad ($r=0,305$; $p<0,001$). A pesar de que estadísticamente significativas, las correlaciones de la adhesión con los dominios dolor, estado general de salud y aspectos sociales fueron menores que 0,30, o sea, sin importancia clínica.

Tabla 3 - Coeficientes de correlación de Spearman entre las medidas de adhesión (MAT) y estado general de salud (dominios del SF-36), conforme respuestas de los 178 pacientes bajo anticoagulante oral

Dominios del SF-36	r	p
Salud mental	0,318	<0,001
Vitalidad	0,305	<0,001
Dolor	0,198	<0,05
Estado general de salud	0,164	<0,05
Aspectos sociales	0,164	<0,05
Aspectos emocionales	0,121	>0,05
Capacidad funcional	0,102	>0,05
Aspectos físicos	0,078	>0,05

En cuanto a la confiabilidad de la versión adaptada del MAT, se evaluó el alfa de Cronbach y el valor obtenido para el total del instrumento fue de 0,60. Ese valor disminuye cuando se retira cada uno de los ítems del instrumento, alternadamente variando de $\alpha=0,47$ (al retirarse la primera pregunta) a $\alpha=0,59$ (para las preguntas 2 y 4). Las correlaciones de cada ítem con el total de la escala (sin el ítem correlacionado) fueron de moderada magnitud para las preguntas del MAT, excepto para la pregunta 4, cuyo valor fue 0,11 (Tabla 4).

Tabla 4 - Análisis de la confiabilidad de la versión adaptada del MAT para los 178 pacientes en uso de anticoagulante oral

	Correlación ítem-total	Alfa de Cronbach si El ítem fue excluido
Q1.¿Cuántas veces olvidó tomar el anticoagulante?	0,43	0,47
Q2.¿Cuántas veces tomó el anticoagulante fuera del horario?	0,32	0,59
Q3.¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por sentirse mejor?	0,35	0,52
Q4.¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por sentirse peor?	0,11	0,59
Q5.¿Cuántas veces cambió la dosis del anticoagulante por haberse olvidado en el día anterior?	0,32	0,52
Q6.¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por falta del medicamento?	0,48	0,47
Q7.¿Cuántas veces dejó de tomar el anticoagulante por motivos ajenos a su voluntad?	0,34	0,53

Discusión

Este estudio tuvo como objetivos adaptar y testar la validez (aparición, contenido y constructo), la confiabilidad y la responsividad de la versión del instrumento de medida de adhesión a los tratamientos (MAT), en su versión adaptada para el tratamiento con anticoagulantes orales. Así como en el estudio original⁽¹⁾ y en el estudio de adaptación del MAT para el Brasil⁽⁷⁾, los pacientes que participaron de la validación del instrumento en este estudio fueron predominantemente adultos, del sexo femenino, con baja escolaridad y en uso de múltiples drogas para tratamiento de condiciones crónicas.

Considerando la validez de aparición y contenido del instrumento adaptado, según los jueces, los ítems que componen el MAT fueron considerados pertinentes para la evaluación de la adhesión al tratamiento con ACO. Ese juzgamiento refuerza la propuesta de los autores⁽¹⁾ de ampliar la medida original de cuatro ítems⁽⁵⁾, con la inclusión de preguntas que aborasen comportamientos de no adhesión debido al exceso de prescripción (ítem 5), situaciones que puedan llevar a la interrupción del medicamento por motivos económicos o de otra naturaleza (ítem 6) y sobre otros motivos que llevan a la interrupción del tratamiento, que no sea por indicación médica (ítem 7).

Con relación a los resultados del instrumento adaptado para adhesión en uso de ACO, se constató un promedio de 5,5 (de=0,4) para el total de los 7 ítems del MAT, con intervalo de 3,4 a 6. Esos resultados fueron semejantes a los obtenidos con la versión original⁽¹⁾. La evaluación de la validez de constructo convergente de la versión adaptada del MAT, entre sujetos en uso de ACO, fue verificada por la correlación de la medida de adhesión con las medidas de los dominios del SF-36, y presentó correlaciones moderadas y estadísticamente significativas apenas entre la medida de adhesión y los dominios salud mental y vitalidad. No fueron encontrados otros autores que evaluaran la validez de constructo del MAT usando esa medida de estado de salud percibido. La validez de criterio concurrente ha sido utilizada asociando la medida de adhesión evaluada por la escala tipo Likert para los siete ítems del MAT, con el conteo de medicamento⁽¹⁾. Esa validez no fue investigada en el presente estudio como consecuencia de las dificultades de operacionalizar el conteo del medicamento entre los pacientes atendidos en el ambulatorio, no siendo posible organizar retornos en tiempo hábil para que ellos trajesen sus medicamentos para ser contados por las investigadoras.

La consistencia interna mensurada por el alfa de

Cronbach del instrumento fue de 0,6, valor que puede ser considerado adecuado tratándose de un instrumento con pocos ítems⁽¹⁴⁾. Ese valor se asemeja a los alfas encontrados en los estudios que utilizaron la medida de adhesión con cuatro ítems⁽⁵⁾ y en la forma dicotómica⁽¹⁷⁾, los cuales obtuvieron valores de alfa de 0,61 y 0,54, respectivamente. Se observa que la inclusión de más un ítem, inclusive en la forma dicotómica, elevó el valor de alfa para 0,71 en otro estudio⁽¹¹⁾, lo que no ocurrió al probar los siete ítems del MAT con respuestas dicotómicas (alfa de 0,54)⁽¹⁾. así, se consideró, aquí, que el valor de 0,60 obtenido por la versión de siete ítems no alcanzó el resultado obtenido en la versión original del MAT usando la escala tipo Likert (alfa de 0,74), sin embargo fue un poco mayor que el obtenido con la escala de respuesta tipo dicotómica. Al comprobar el valor del alfa con la retirada de cada uno de los ítems del MAT, en el estudio original⁽¹⁾, se obtuvo una amplitud de 0,69 a 0,73, sin embargo, en el presente estudio, la amplitud fue de 0,47 a 0,59. Los valores de las correlaciones ítem-total de la prueba también difieren en los dos estudios: 0,11 a 0,48 para los individuos en uso de ACO y de 0,37 a 0,56 en los participantes portugueses⁽¹⁾.

La responsividad del instrumento fue comprobada por la presencia de efectos máximo y mínimo y se constató que, en todas las preguntas, se obtuvo un porcentaje de respuestas mayor que 15% para la alternativa "Nunca", la cual corresponde al valor mayor de la escala y mayor adhesión. Así, se colocó en evidencia la presencia de efecto máximo, sugiriendo que el instrumento no permite detectar cambios en los individuos, en lo que se refiere a la adhesión al ACO⁽¹⁶⁾. No fueron encontrados estudios que también evaluaran la responsividad por medio de la presencia de esos efectos. Según el instrumento, 97,2% de los sujetos fueron clasificados como adherentes al uso del ACO. El porcentaje de adhesión fue superior a los resultados descritos en el estudio portugués⁽¹⁾ y por aquellos que comprobaron el instrumento en Brasil⁽⁷⁾, respectivamente, 61,6% y 78,3%. Algunas hipótesis fueron levantadas para explicar esa alto porcentaje, tales como la inexistencia de efectos colaterales como aquellos provocados por anti-hipertensivos e hipoglucemiantes orales, justificando la diferencia en los resultados obtenidos en los otros estudios^(1,7). El pequeño porcentaje de individuos no adherentes (2,8%) imposibilitó que fuesen realizadas a evaluaciones comparativas entre los dos grupos para comprobar la confirmación de la sensibilidad de la versión adaptada, con el objetivo de percibir las diferencias entre los grupos.

Los resultados de este estudio mostraron evidencias débiles para la confirmación de las propiedades

psicométricas del MAT, cuando adaptado para individuos en uso de ACO. Entretanto, delante de los resultados obtenidos por la versión original del MAT en otros estudios^(1,7), se sugiere que nuevas investigaciones sean hechas para evaluar la validez de constructo, de criterio, la confiabilidad y la responsividad de la versión adaptada para individuos en uso de ACO, que presenten otro perfil sociodemográfico como, por ejemplo, mayores niveles de escolaridad y renta.

Conclusiones y Consideraciones Finales

Se trata de un estudio inicial, con intención de

adaptar el instrumento de medida de adhesión a los tratamientos, propuesto como medida general de adhesión farmacológica, para uso exclusivo en anticoagulante oral. Los resultados obtenidos, hasta el momento, fueron insuficientes para confirmar la validez y la confiabilidad de la versión adaptada, cuando usada en esa terapéutica. Se sugiere la realización de nuevas investigaciones con diversificación de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en uso de anticoagulante oral, así como el uso concomitante de otras medidas de adhesión, tales como el conteo de los medicamentos, la monitorización electrónica y otros instrumentos de autorrelato.

Referências

1. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saude & Doenças* 2001; 2(2):81-100
2. Colombrini MRC, Coleta MFD, Lopes MHB. Fatores de risco para não-adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(3):490-5.
3. Platt AB, Localio R, Brensinger CM, Cruess DG, Christie JD, Gross R, et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the IN-RANGE study. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*. 2008; 17:853-60.
4. Casais P, Meschengieser SS, Sanchez-Luceros A, Lazzari MA: Patients' perceptions regarding oral anticoagulation therapy and its effect on quality of life. *Curr Med Res Opin* 2005; 21:1085-90.
5. Morisky DE, Levine DM, Green LW, Smith CR. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. *Arch Intern Med*. 1982; 142(10):1835-8.
6. Morisky DE, Green LW, Levine M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67-74.
7. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009 janeiro-fevereiro; 17(1):46-51.
8. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-83.
9. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39(3):143-50.
10. Ramalinho I. Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 1994.
11. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis C K. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *Am J Public Health* 1992; 12: 1607-12.
12. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1998.
13. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
14. Bowling A. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. 3rd ed. Philadelphia: Open University Press; 2005.
15. Fayers PM, Machin D. *Quality of life. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes*. 2nd ed. Chichester: England John Wiley; 2007.
16. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60:34-42.
17. Grégoire J, Guibert R, Archambault A, Contandriopoulos A. Medication compliance in a family practice. *Can Fam Phys* 1992; 38:2333-7.

Recibido: 3.6.2009

Aceptado: 16.11.2009

Como citar este artículo:

Carvalho ARS, Dantas RAS, Pelegriño FM, Corbi ISA. Adaptación y validación de una medida de adhesión a la terapia de anticoagulante oral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. mai.-jun. 2010 [acceso en:];18(3):[08 pantallas]. Disponible en:

día

año

URL

mes abreviado con punto

www.scielo.org