



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020 - 2021

“Estudio de la adherencia terapéutica en el paciente crónico mayor de 65 años en un centro de salud urbano”

Autora: Cristina Calles Artiaga

Tutor: Dr. Fernando Montiel Carreras

Colaboradora: Dra. Laura Herguedas Herguedas

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
1. ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	7
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
4.1. Diseño del estudio	7
4.2. Muestra.....	7
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	7
4.4. Medición de la adherencia terapéutica	8
4.5. Procedimiento	8
5. RESULTADOS.....	9
5.1. Descripción de la muestra.....	9
5.1.1. Descripción de las variables sociodemográficas	9
5.1.2. Descripción de las variables clínicas	9
5.1.3. Descripción de las variables farmacológicas.....	10
5.1.4. Adherencia terapéutica	10
5.2. Distribución de la adherencia terapéutica en función de sus factores modificadores	11
5.2.1. MMAS-8.....	11
5.2.2. Adherencia terapéutica en relación con las diferentes enfermedades crónicas.....	13
5.2.3. Porcentaje de dispensación farmacéutica y otros factores relacionados.....	14
6. DISCUSIÓN.....	15
7. CONCLUSIONES.....	19
8. BIBLIOGRAFÍA.....	20
9. ANEXOS	22

1. RESUMEN

La adherencia terapéutica constituye un aspecto importante para asegurar un control adecuado en el paciente crónico. Se trata de un concepto influido por múltiples factores que varían ampliamente en función de las características de cada paciente.

El objetivo del trabajo es el estudio del grado de adherencia terapéutica en el paciente crónico mayor de 65 años y establecer un perfil de pacientes en riesgo de incumplimiento terapéutico. Para ello, se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal de una muestra de pacientes mayores de 65 años en el ámbito de Atención Primaria, en el que se ha llevado a cabo la medición del grado de adherencia a través del cuestionario de Morisky-Green de 8 ítems y del porcentaje de dispensación farmacéutica, además de la recogida de otras variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas.

La adherencia óptima al tratamiento se observó en el 49% de los pacientes. El incumplimiento terapéutico fue superior en mujeres, a una edad media y un índice de Barthel inferior, en aquellos pacientes sin supervisión, con menor nivel socioeconómico y mayor nivel educacional. Resultaron también menos adherentes aquellos sujetos con un mayor número de enfermedades crónicas, con deterioro cognitivo y mayor complejidad farmacológica. El uso de pastillero no se relacionó con una mejora de la adherencia. La diabetes mellitus y los fármacos hipolipemiantes obtuvieron los datos más superiores de adherencia, mientras que las enfermedades reumáticas y los analgésicos fueron los más relacionados con el incumplimiento.

Tras el análisis de los factores modificadores de la adherencia terapéutica, deben ser considerados tanto para profundizar en su estudio como para optimizar la utilización de medidas de abordaje.

Palabras clave: adherencia terapéutica, Morisky-Green, cumplimiento terapéutico, paciente crónico.

1. ABSTRACT

Therapeutic adherence is an important aspect to ensure adequate control in the chronic patient. It is a concept influenced by multiple factors that vary widely depending on the characteristics of each patient.

The objective of the work is to study the degree of therapeutic adherence in chronic patients over 65 years of age and to establish a profile of patients at risk of therapeutic

non-compliance. For this purpose, a cross-sectional descriptive observational study has been carried out of a sample of patients over 65 years of age in the Primary Care setting, in which the degree of adherence has been measured through the Morisky-Green questionnaire of 8 items and the percentage of pharmaceutical dispensing, in addition to the collection of other sociodemographic, clinical and pharmacological variables.

Optimal adherence to treatment is applied in 49% of patients. Therapeutic non-compliance was higher in women, at a mean age and a lower Barthel index, in those patients without supervision, with a lower socioeconomic level and a higher educational level. Those subjects with a greater number of chronic diseases, cognitive impairment and greater pharmacological complexity were also less adherent. Pillbox use was not associated with improved adherence. Diabetes mellitus and lipid-lowering drugs had the highest adherence data, while rheumatic diseases and analgesics were the most related to non-compliance.

After the analysis of the modifying factors of therapeutic adherence, they should be treated both to deepen their study and to optimize the use of approach measures.

Keywords: therapeutic adherence, Morisky-Green, therapeutic compliance, chronic patient.

2. INTRODUCCIÓN

Una **enfermedad crónica** es considerada por la OMS como toda enfermedad de lenta evolución, con una duración superior a 6 meses ⁽¹⁾. Como se ha descrito en las últimas décadas, se ha observado un progresivo incremento de la esperanza de vida en la población mundial. Esto implica que el número de personas de edad avanzada sea más prevalente actualmente, y a su vez, el número de pacientes con enfermedades crónicas. Hoy en día, la patología crónica es una importante causa de discapacidad en los países desarrollados, conlleva más del 50% de ingresos hospitalarios y abarca aproximadamente el 70% del gasto sanitario. Además, los pacientes crónicos, y en especial, los pluripatológicos, constituyen el primer motivo de consulta en Atención Primaria. Se estima que la incidencia de la cronicidad en mayores de 65 años será aproximadamente el doble en el año 2030 ^(2,3).

La **adherencia terapéutica** es un factor primordial para asegurar el buen control de las enfermedades crónicas. Este concepto según la OMS se define como el grado en el que la conducta 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 ⁽⁴⁾. Aunque se utilizan de manera indistinta en la práctica clínica, actualmente se prefiere utilizar el término “adherencia” frente a “cumplimiento”, ya que la adherencia terapéutica incluye de forma implícita la conformidad del paciente con la prescripción que realiza el profesional sanitario, mientras que el concepto de cumplimiento alude a una medicina más centrada en el médico ⁽⁴⁾.

La efectividad de un tratamiento no depende únicamente de que el paciente sea adherente, ya que también es esencial la duración de esa adherencia. En referencia a ello, en la bibliografía se ha diferenciado además el concepto de “persistencia terapéutica”, haciendo referencia al tiempo transcurrido entre el inicio e interrupción de la medicación ^(5,3).

Se calcula que la adherencia terapéutica en las patologías crónicas se sitúa aproximadamente entre un 20-50%, dependiendo del tipo de enfermedad, paciente, y otros factores relevantes ^(1,6).

La adherencia terapéutica se trata por tanto de un **concepto multifactorial** de gran complejidad, que no puede ser explicado por una única variable. Es por ello por lo que se ha definido como una interrelación de diversos factores clínicos, farmacológicos, factores relacionados con el propio paciente y con el sistema sanitario (**Anexo 1**) ^(5,7):

- **Factores clínicos**

Como factores clínicos se engloban aquellos aspectos relacionados fundamentalmente con la enfermedad del paciente. Como se ha comentado, los pacientes que padecen enfermedades de curso crónico y, por lo tanto, de larga evolución suelen ser menos adherentes. Además, otros factores se han visto relacionados con una peor adherencia, como son la ausencia de síntomas, el desconocimiento sobre aspectos de la enfermedad y enfermedades de menor gravedad.

- **Factores farmacológicos**

Un régimen de tratamiento complejo influye negativamente en la adherencia terapéutica. Esto hace referencia tanto al número total de fármacos diarios, como a la pauta farmacológica y duración del tratamiento. Algunos pacientes pueden presentar dificultades a la hora de seguir el plan terapéutico, sobre todo si repercute directamente en sus hábitos de vida. Otro de los factores que influyen en el cumplimiento es la presencia de efectos adversos, sobre todo si son frecuentes, que representan una de las causas más frecuentes de abandono de la medicación.

- **Factores relacionados con el propio paciente**

Aspectos como la edad del paciente se han visto relacionados con la adherencia. Aunque la adherencia inadecuada puede tener lugar en cualquier grupo de edad, el riesgo se incrementa en las personas de edad avanzada, consecuencia de la mayor prevalencia de comorbilidad, deterioro cognitivo, dependencia y pluripatología. El sexo, nivel educacional y económico, la existencia de apoyo social y familiar, la raza, la cultura y los hábitos de vida son otros factores relacionados.

- **Factores relacionados con el sistema sanitario**

La relación médico-paciente, el abordaje multidisciplinar y la accesibilidad al sistema sanitario son otras de las circunstancias que influyen en la adherencia al tratamiento.

Actualmente, se considera que la adherencia inadecuada al tratamiento es un problema de salud pública a nivel mundial, por su elevada prevalencia y por sus consecuencias clínicas, sociales y económicas. Se ha observado que una inadecuada adherencia incrementa las hospitalizaciones, recaídas, retrasa la curación y aumenta el riesgo de reacciones adversas medicamentosas e intoxicaciones involuntarias. Así mismo, los costes se ven incrementados debido al aumento de ingresos y de pacientes que acuden a urgencias, la utilización de pruebas complementarias, la prescripción de otros medicamentos y la inutilización de los fármacos a los que el paciente no es adherente (8,5).

En Atención Primaria, el manejo de los pacientes crónicos y pluripatológicos representa una alta prevalencia, y es donde mayoritariamente se gestiona el control de las enfermedades crónicas. Consideramos, por lo tanto, que el estudio de la adherencia y de los factores que influyen tanto de manera directa como indirecta puede suponer un beneficio a la hora de establecer diferentes estrategias de mejora, en función de las características de cada paciente.

3. OBJETIVOS

Primarios:

- Analizar el grado de adherencia en el paciente crónico mayor de 65 años, en un centro de salud urbano.
- Describir el grado de cumplimiento terapéutico en el paciente crónico.

Secundarios:

- Evaluar el cumplimiento terapéutico en relación a las diferentes patologías crónicas.
- Evaluar el cumplimiento en base a los diferentes tipos de fármacos utilizados.
- Describir las causas de la no adherencia al tratamiento.
- Identificar el grupo de pacientes crónicos en riesgo de no adherencia a su tratamiento.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo.

4.2. Muestra

A partir de una población de 458 pacientes mayores de 65 años adscritos al Centro de Salud Rondilla I, se realizó el cálculo del tamaño muestral. Con un nivel de significación $p < 0,05$, el tamaño de la muestra inicial resultó de 208 sujetos. Posteriormente, se realizó la extracción de una muestra representativa de manera aleatoria mediante muestreo sistemático. Finalmente, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra se redujo a 160 pacientes.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se consideraron criterios de inclusión aquellos pacientes mayores de 65 años, pluripatológicos, en tratamiento farmacológico en el momento del estudio y que dieron su consentimiento para participar en el mismo. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes menores de 65 años, no pluripatológicos, sin tratamiento farmacológico, pacientes institucionalizados u hospitalizados y aquellos que rechazaron participar en el estudio.

4.4. Medición de la adherencia terapéutica

Se utilizó la variante ampliada del test de Morisky-Green de 8 ítems (MMAS-8), por ser un método de medición de la adherencia con una alta sensibilidad, una validez óptima y por resultar práctico y manejable tanto en la práctica clínica como en investigación. Se trata también de un cuestionario adaptado para personas con bajo nivel sociocultural. Un resultado de 8 puntos se consideró como alta adherencia, entre 7 y 6 puntos adherencia media, y por debajo de 6 puntos baja adherencia.

Para realizar la comparación de nuestros resultados con otros estudios que han utilizado el test de Morisky-Green de 4 ítems, hemos considerado el punto de corte de 8 puntos en el test MMAS-8, por ser los datos más concordantes con el grado de adherencia medido a través del porcentaje de dispensación farmacéutica. De esta manera, aquellos pacientes con 8 puntos o más en nuestro cuestionario (adherencia alta), se clasificaron como adherentes y los que obtuvieron menos de 8 puntos (adherencia media y baja), como no adherentes.

Se complementó el estudio con el registro de la dispensación farmacéutica a través de RECYL, herramienta también muy sencilla y con la ventaja de que permite analizar el grado de adherencia de manera individualizada para cada fármaco. Se consideró una adherencia óptima al tratamiento una dispensación mayor o igual del 80%.

Para paliar los posibles sesgos derivados de los inconvenientes de cada método, se realizó una combinación de ambos.

4.5. Procedimiento

En primer lugar, se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel ® incluyendo una serie de variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas, así como los 8 ítems del test de Morisky-Green (**Anexo 2**). Además, se realizó una selección de enfermedades crónicas para el estudio de la adherencia (**Anexo 3**).

Posteriormente se procedió al proceso de recogida de datos, que se realizó desde el Centro de Salud Rondilla I de diciembre de 2020 a febrero de 2021. Inicialmente, se comprobó el cumplimiento de los criterios de inclusión y, en caso afirmativo, se procedió a la aplicación del cuestionario de Morisky-Green mediante llamada telefónica, con el previo consentimiento oral del paciente. Así mismo, se preguntó al paciente por el uso de pastillero y por efectos adversos relacionados con la medicación. Posteriormente, se obtuvo la información restante correspondiente a las variables a estudio a través de la

historia clínica, y se extrajo el porcentaje de dispensación farmacéutica de cada fármaco a través de receta electrónica. La frecuencia de citas se obtuvo mediante la suma total de asistencia al centro de salud durante todo el año 2019, para evitar que los datos se vieran sesgados por la pandemia Covid-19.

Tanto la recopilación de datos como la realización del trabajo fueron aprobados por la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este (**Anexo 4**) y por el Comité Ético de Investigación Clínica de dicha área de salud (**Anexo 5**).

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra

5.1.1. Descripción de las variables sociodemográficas

La media de edad de la muestra fue de 78,62 años (**Figura 1**), de la cual, un 64% fueron mujeres y un 36% hombres. Aquellos sujetos que convivían con algún familiar o contaban con la presencia de cuidador representaron un 68% del total, mientras que un 33% vivía solo. En referencia al estado civil, el 59% de la muestra se encontraban casados, el 32% en estado de viudez y el 9% solteros. La mayoría de los sujetos contaban con un nivel educacional bajo (53%) y una situación socioeconómica intermedia (68%). El 7% presentaba algún tipo de hábito tóxico (hábito tabáquico o enólico).

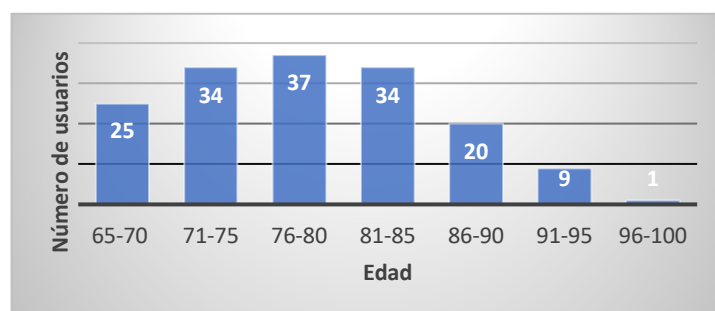


Figura 1. Distribución de la muestra por intervalos de edad.

5.1.2. Descripción de las variables clínicas

Las patologías crónicas más prevalentes en la muestra fueron la hiperlipemia (74%), la hipertensión arterial (71%), el dolor crónico (71%), los trastornos afectivos (38%), las enfermedades cardiológicas (51%) y la diabetes mellitus (29%). El 27% de los individuos presentaban más de 10 enfermedades crónicas y un 11% deterioro cognitivo.

En cuanto a la valoración funcional a través del índice de Barthel, un 2% de los pacientes padecían dependencia severa para realizar las actividades básicas de la vida diaria, un 4% dependencia moderada, un 31% dependencia leve y el 62% era independiente. En referencia a la frecuencia de citas, el 56 % de los pacientes acudieron al centro de salud más de 10 veces en el año 2019, de los cuales un 7% lo hacía más de 30.

5.1.3. Descripción de las variables farmacológicas

El número de medicamentos prescritos totales varía entre 1 y 15 fármacos, con una media de 6,43. El 12% de los pacientes contaba con más de 10 fármacos en su receta electrónica. La vía de administración fue la oral en todos los sujetos, siendo además en un 16% de ellos tópica, en un 15% inhalada y en un 9% parenteral. La duración del tratamiento farmacológico fue inferior o igual a 5 años en un 57% de los pacientes y en el 85% del total de fármacos.

Un 14% de los encuestados refirió algún efecto adverso con algún fármaco prescrito, y el 32% de los pacientes afirmaban el uso de pastillero para su dispensación.

5.1.4. Adherencia terapéutica

Según el test de Morisky-Green de 8 items (MMAS-8), el 49% de los sujetos se clasificaron como adherencia alta, el 41% como adherencia media y en el 10% de ellos la adherencia resultó baja (**Figura 2**). Entre los pacientes que poseían una adherencia media o baja, un 46% refirió no ser adherente a alguno de los fármacos de manera intencionada, mientras que un 37% determinó como causa el olvido. En el 17% de ellos, las causas del incumplimiento fueron una combinación de las anteriores descritas, por lo que finalmente, el incumplimiento intencionado correspondería a un 64% y el olvido como causa abarcaría el 54%.

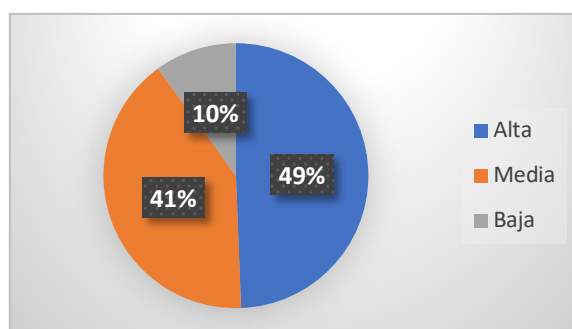


Figura 2. Adherencia terapéutica según MMAS-8.

5.2. Distribución de la adherencia terapéutica en función de sus factores modificadores

5.2.1. MMAS-8

- **Adherencia terapéutica y factores sociodemográficos.**

Tabla 1. Distribución de la adherencia según el sexo y la edad. n= número de pacientes.

	Alta adherencia n (%)	Adherencia media n (%)	Baja adherencia n (%)
Sexo			
Mujeres	50 (49)	43 (42)	10 (10)
Hombres	29 (51)	22 (39)	6 (11)
Edad			
65-70	12 (48)	8 (32)	5 (20)
71-75	13 (38)	17 (50)	4 (12)
76-80	21 (57)	11 (30)	5 (14)
81-85	16 (47)	16 (47)	2 (6)
86-90	11 (55)	9 (45)	0 (0)
> 90	6 (60)	4 (40)	0 (0)

En la **Tabla 1** se encuentran representados los datos correspondientes a la adherencia en función del sexo y de la edad. En ella se observa que el 49% de las mujeres presentaron una adherencia alta al tratamiento, el 42% adherencia media y el 10% restante baja. Entre los hombres, un 51% de ellos fue clasificado como adherencia alta, un 39% como adherencia media y un 11% como baja. La edad media de los sujetos que presentaron una adherencia alta fue de 79,24 años, y la de aquellos que mostraron una adherencia intermedia o baja de 78,01 años. Las variables sociodemográficas restantes pueden contemplarse en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Adherencia terapéutica en función del núcleo familiar, estado civil, nivel socioeconómico y educacional y hábitos tóxicos. n= número de pacientes.

		Alta adherencia n (%)	Adherencia media n (%)	Baja adherencia n (%)
Núcleo familiar	Vive solo/a	24 (46)	23 (44)	5 (10)
	Vive con cuidador	55 (51)	42 (39)	11 (10)
Estado civil	Viudo/a	27 (53)	20 (39)	4 (8)
	Soltero/a	4 (29)	9 (64)	1 (7)
	Casado/a	48 (51)	36 (38)	11 (12)
Nivel educacional	Alto	1 (20)	3 (60)	1 (20)
	Intermedio	35 (50)	30 (43)	5 (7)
	Bajo	43 (51)	32 (38)	10 (12)
Nivel socioeconómico	Alto	25 (56)	16 (36)	4 (9)
	Intermedio	52 (48)	45 (42)	11 (10)
	Bajo	2 (29)	4 (57)	1 (14)
Hábitos tóxicos	No	75 (50)	60 (40)	15 (10)
	Sí	4 (40)	5 (50)	1 (10)

- **Adherencia terapéutica y factores clínicos**

La duración promedio de las enfermedades crónicas padecidas por los sujetos de la muestra fue de 8,41 años. La adherencia terapéutica en función del número de enfermedades crónicas puede observarse en la **Figura 3**.

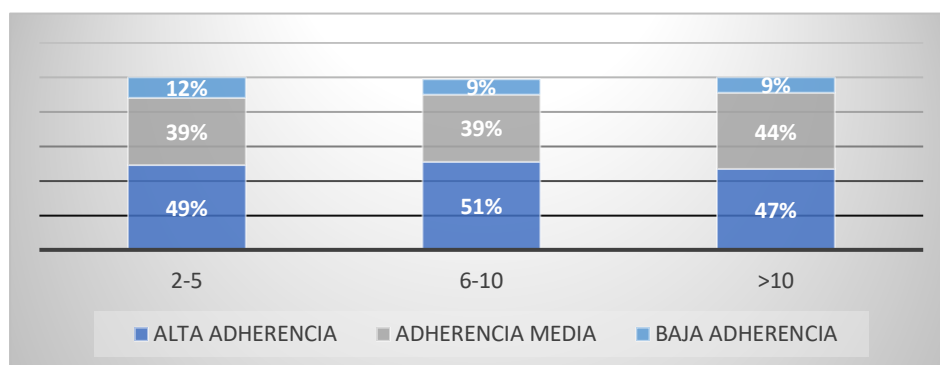


Figura 3. Relación entre el grado de adherencia terapéutica y el número de enfermedades crónicas.

Analizando la frecuencia de citas de la muestra con respecto a su adherencia, la adherencia resultó alta en la mayoría de los pacientes que acudieron al centro de salud menos de 10 veces (41%), entre 10 y 20 veces (56%) y entre 21 y 30 veces en el año 2019 (44%). Por el contrario, la mayor parte de aquellos que acudían más de 30 veces al año fueron clasificados como adherencia intermedia (50%). Los datos de adherencia obtenidos según el índice de Barthel y la función cognitiva se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Grado de adherencia terapéutica según el grado de dependencia y la presencia o ausencia de deterioro cognitivo n= número de pacientes.

	Alta adherencia n (%)	Adherencia media n (%)	Baja adherencia n (%)
Índice de Barthel			
Total	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Severa	2 (67)	1 (33)	0 (0)
Moderada	0 (0)	6 (86)	1 (14)
Leve	24 (48)	23 (46)	3 (6)
Independiente	52 (53)	35 (35)	12 (12)
Deterioro cognitivo			
Sí	6 (35)	10 (59)	1 (6)
No	73 (51)	55 (38)	15 (10)

- **Adherencia terapéutica y factores farmacológicos**

En referencia a la adherencia en función del número de fármacos prescritos:

- De los pacientes que contaban con menos de 5 fármacos en su receta electrónica, el 60% mostró una alta adherencia, el 31% media y el 5% restante una baja adherencia al tratamiento.
- En aquellos con entre 6 y 10 fármacos, la adherencia resultó alta en un 36%, media en 33% y baja en el 8% restante.
- Dentro de los pacientes cuya prescripción contaba con más de 10 fármacos, el 42% fue clasificado como adherencia alta, el 53% como intermedia y finalmente el 5% como adherencia baja.

Como podemos observar en la **Tabla 4**, la mayoría de los pacientes que afirmaron haber padecido algún tipo de efecto adverso medicamentoso presentaron una adherencia intermedia (47%), mientras que la adherencia en aquellos que no habían referido ninguno fue mayoritariamente alta (53%). En cuanto al uso de pastillero, tanto los pacientes que lo usaban como los que no, en su mayoría mostraron una alta adherencia (48% y 50% respectivamente).

Tabla 4. Adherencia terapéutica según la presencia de efectos adversos y uso de pastillero. n= número de pacientes.

	Efectos adversos n (%)		Uso de pastillero n (%)	
	Sí	No	Sí	No
Alta adherencia	10 (33)	69 (53)	25 (48)	54 (50)
Adherencia media	14 (47)	51 (39)	21 (40)	44 (41)
Adherencia baja	6 (20)	10 (8)	6 (12)	10 (9)

5.2.2. Adherencia terapéutica en relación con las diferentes enfermedades crónicas.

En la **Tabla 5** se encuentran los datos de adherencia recogidos a través del cuestionario MMAS-8 y a través del porcentaje de dispensación farmacéutica mediante receta electrónica.

Tabla 5. Adherencia terapéutica y enfermedades crónicas en tratamiento farmacológico. n= número de pacientes.

	MMAS-8 n (%)			% Dispensación farmacéutica n (%)		
	Adherencia alta	Adherencia media	Adherencia baja	>=80%	<80%	Interrupción
Diabetes mellitus	24 (56)	16 (37)	3 (7)	32 (74)	7 (16)	4 (9)
Hipertensión arterial	54 (50)	42 (39)	11 (26)	90 (84)	13(12)	4 (4)
Hiperlipemia	51 (51)	38 (38)	11 (10)	86 (86)	11 (11)	3 (3)
Trastornos afectivos	22 (46)	23 (48)	3 (6)	38 (79)	9 (19)	1 (2)
Cardiopatías	20 (51)	19 (49)	0 (0)	26 (67)	11 (28)	3 (8)
Dolor crónico	32 (42)	35 (46)	10 (26)	25 (33)	41 (54)	12 (16)
Osteoporosis	6 (43)	5 (36)	3 (4)	8 (57)	4 (29)	2 (14)
Enfermedades reumáticas	1 (25)	2 (50)	1 (25)	3 (75)	1 (25)	0 (0)
Enfermedades respiratorias	12 (55)	8 (36)	2 (50)	10 (45)	9 (41)	3 (14)

5.2.3. Porcentaje de dispensación farmacéutica y otros factores relacionados

Tabla 6. Porcentaje de dispensación farmacéutica en relación con la duración del tratamiento y la vía de administración. n= número de **pacientes**.

	< 80% n (%)	>= 80% n (%)	INTERRUPCIÓN n (%)
Duración del tratamiento			
Más de 5 años	20 (13)	127 (82)	5 (3)
5 años o menos	173 (20)	586 (69)	60 (7)
Vía de administración			
Oral	172 (19)	658 (72)	52 (6)
Tópica	4 (15)	15 (56)	7 (26)
Inhalada	13 (34)	21 (55)	3 (8)
Parenteral	3 (11)	18 (67)	3 (11)

En la **Tabla 6** se puede observar la relación del porcentaje de dispensación farmacéutica con la duración y vía de administración del tratamiento, realizando una comparación tanto por pacientes, así como por fármacos prescritos (**Tabla 7**).

Tabla 7. Porcentaje de dispensación farmacéutica en relación con la duración del tratamiento y la vía de administración. n= número de fármacos.

	< 80% n (%)	>= 80% n (%)	INTERRUPCIÓN n (%)
Duración del tratamiento			
Más de 5 años	15 (22)	62 (90)	5 (7)
5 años o menos	18 (20)	68 (75)	5 (5)
Vía de administración			
Oral	95 (59)	151 (94)	33 (21)
Tópica	4 (17)	14 (61)	6 (26)
Inhalada	11 (46)	13 (54)	3 (13)
Parenteral	3 (15)	16 (80)	2 (10)

6. DISCUSIÓN

Analizando nuestros resultados podemos constatar que el 49% de los pacientes incluidos en la muestra fueron adherentes, mientras que el 51% no lo fueron. El grado de adherencia fue inferior a otros estudios que se realizaron en España utilizando el test de Morisky Green de 4 items y con una muestra similar ^(9,10), aunque en ambos se excluyeron a pacientes con incapacidad moderada-severa y deterioro cognitivo. El incumplimiento mayoritariamente tuvo lugar de manera intencionada (64%), mientras que en un 54% la causa principal fue el olvido, porcentaje relativamente menor que en algunos estudios donde representa más del 70% ^(11,12). Se debe de tener en cuenta que muchos de los pacientes clasificados dentro de un incumplimiento intencionado contaban con una prescripción “a demanda y si precisa” (lo que hemos observado frecuentemente en el tratamiento del dolor crónico, asma bronquial, EPOC y psicofármacos).

La adherencia terapéutica fue similar entre hombres y mujeres (51% y 49% respectivamente). Los resultados en relación al sexo en la bibliografía son variables y en algunos estudios se incide en que el papel mayoritario de la mujer como cuidadora puede influir en su menor o mayor cumplimiento ^(6,13).

En una revisión realizada a partir de varios estudios españoles ⁽¹⁴⁾, se incluyeron como factores favorecedores del incumplimiento la edad avanzada, la falta de supervisión para la toma del tratamiento, el nivel educativo y socioeconómico bajos, la politerapia y la presencia de efectos adversos. En nuestro trabajo, los pacientes con presencia de cuidador, menor número de fármacos prescritos, con mayor nivel socioeconómico y que no refirieron ningún efecto adverso relacionado con la medicación fueron más adherentes.

En contraposición, aquellos con un nivel educacional bajo resultaron más adherentes, resultado que sorprendentemente también se ha observado en otros estudios ⁽⁶⁾, y que se ha relacionado con una capacidad menor para cuestionar las pautas de tratamiento.

El cumplimiento fue superior en pacientes de edad más avanzada y en los pacientes de nuestra muestra que presentaban dependencia total o severa, contrastando con otros estudios que relacionan el incumplimiento con un mayor índice de Barthel ⁽⁹⁾. Ambos resultados podrían explicarse debido a que aquellos pacientes que cuentan con un apoyo sociofamiliar son en su mayor parte pacientes de edad avanzada o con una dependencia grave, lo que parece que podría facilitar el seguimiento adecuado de la pauta farmacológica. Cabe destacar que otros autores ^(11,15) también relacionan una mayor adherencia a una media de edad superior, principalmente en el intervalo de edad de entre 71 y 85 años.

La adherencia terapéutica también fue inferior en aquellos pacientes con deterioro cognitivo sin apoyo sociofamiliar completo, solteros, mayor número de enfermedades crónicas y con una vía de administración más compleja, que constituyen factores influyentes del incumplimiento ampliamente descritos ⁽⁶⁾. Sin embargo, la mayor duración del tratamiento se tradujo en una mayor adhesión, dato que podría ser consecuencia de una mejora del abordaje de la adherencia por parte de los profesionales de Atención Primaria en los últimos 5 años.

No hemos observado que el uso de pastillero tenga un efecto favorecedor en la adherencia, debido a que la mayoría de los pacientes que cumplían con su tratamiento no usaban pastillero para la dispensación de su medicación, aunque con diferencias no muy importantes. Estos datos coinciden con un estudio en el que se valora el uso de pastillero en pacientes mayores de 70 años polimedcados, en el que los resultados de adherencia no fueron favorables, aunque se tras su introducción el incremento del grado de cumplimiento fue superior al del grupo control ⁽¹⁴⁾. Otros autores sí que han relacionado el uso de rutinas, pastilleros o alarmas con una mayor adherencia terapéutica ⁽¹¹⁾.

Según el test de Morisky-Green, la diabetes mellitus resultó la enfermedad crónica con mayor grado de cumplimiento, seguida de la patología respiratoria, hiperlipemia, las enfermedades cardiológicas y la hipertensión arterial. Las enfermedades reumáticas, el dolor crónico y la osteoporosis obtuvieron los datos más desfavorables. Los resultados encontrados en otros estudios son heterogéneos, relacionando en algunos de ellos la diabetes mellitus con un menor grado de adherencia e incluso considerando la

enfermedad un factor de riesgo ^(15,16). A pesar de ello, el grado de adherencia en pacientes diabéticos, aunque superior al resto de patologías, resultó indistintamente bajo (56%), cifra que se asemeja a datos proporcionados por el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento en 2014 ⁽⁶⁾. Se debe tener en cuenta que en nuestro estudio se ha realizado una selección de enfermedades crónicas con un impacto importante en la adherencia terapéutica, de acuerdo con la bibliografía revisada, y que otras patologías con mayores niveles habituales de cumplimiento no han sido incluidas.

En los resultados obtenidos a través del porcentaje de dispensación proporcionado por el programa RECYL, los pacientes en tratamiento con fármacos hipolipemiantes fueron los más adherentes. Les siguieron en orden decreciente los fármacos antihipertensivos, los psicofármacos, los tratamientos reumatológicos y los antidiabéticos. Los analgésicos y los tratamientos para la osteoporosis presentaron el menor grado de cumplimiento junto a los tratamientos broncodilatadores y el tratamiento de la patología respiratoria (debido a la influencia de las prescripciones “a demanda y si precisa” anteriormente comentada). En un estudio observacional que utilizó la tasa de posesión de la medicación (MPR) como método de medición de la adherencia, se observaron grados de adherencia del 72,4% para antidiabéticos, 50,7% para antihipertensivos y del 44,3% para hipolipemiantes ⁽¹³⁾. La exclusión en dicho estudio de la prescripción de insulinas apoya la hipótesis de la infraestimación del grado de cumplimiento en nuestros datos correspondientes a los fármacos antidiabéticos, debido a la utilización de pautas de insulina rápida correctoras que son administradas de manera diferente a la pauta.

La adherencia terapéutica en el paciente crónico constituye uno de los principales retos de nuestro sistema sanitario. Actualmente, existen diferentes tipos de estrategias para la mejora de la adherencia terapéutica, cada una de ellas orientada a diferentes aspectos relacionados con el paciente, el tratamiento, el ambiente familiar y el profesional sanitario.

La evidencia científica orientada al estudio de los factores modificadores del cumplimiento es muy heterogénea, aunque algunos de ellos sí se han visto relacionados. Estos resultados pueden deberse a que no hay factor influyente de manera independiente. Así mismo, el perfil de pacientes no adherentes puede ser variable, desde incumplidores dependientes y pacientes que banalizan su enfermedad a personas que desconfían en el sistema sanitario. Por lo tanto, los planes de actuación deben integrar una combinación de diferentes estrategias, de manera que se realice un manejo multidisciplinar e integral del paciente, en el que además de profesionales sanitarios también participen las farmacias.

Pueden considerarse limitaciones a nuestro trabajo la utilización de un método indirecto y subjetivo como es el test de Morisky-Green para el estudio de la adherencia en determinadas variables. Otra limitación es la dificultad de comparación de dicho cuestionario de 8 ítems con otros estudios que han utilizado el test de 4 preguntas, ya que en la bibliografía no se ha encontrado un consenso para establecer un punto de corte adecuado y clasificar a los sujetos como adherentes y no adherentes, y en función de éste, las diferencias en los resultados son amplias. Finalmente, como se ha recalado anteriormente, el estudio de prescripciones realizadas “a demanda” puede haber resultado en la infraestimación de los datos de adherencia en determinados fármacos y enfermedades crónicas.

Para finalizar, además de los factores estudiados en nuestro trabajo, resultaría también interesante evaluar el grado de conocimiento de la enfermedad y el impacto que podría tener una determinada pauta farmacológica en los hábitos de vida del paciente a través de otros cuestionarios, que también se han relacionado con el grado de adherencia terapéutica.

7. CONCLUSIONES

1. Se ha observado un grado de adherencia deficitario en el paciente crónico en edades superiores a los 65 años, siendo el incumplimiento intencionado una de las principales causas, seguido del olvido.
2. La diabetes mellitus resultó la enfermedad crónica con mayor grado de adherencia terapéutica. En cambio, la patología reumatológica mostró los datos más desfavorables.
3. Se ha encontrado entre las distintas enfermedades crónicas recogidas, una alta frecuencia de prescripción “a demanda o si precisa” lo que puede ser un factor de confusión para medir el grado de adherencia.
4. La presencia de cuidador influye de manera positiva en el cumplimiento, también en aquellos pacientes con un mayor grado de dependencia, por lo que el apoyo sociofamiliar en estos pacientes debe promocionarse para garantizar la dispensación de la medicación de forma adecuada.
5. Identificados los factores que pueden favorecer el incumplimiento del tratamiento en el paciente crónico, deben estudiarse en profundidad para orientar de manera adecuada las estrategias de abordaje.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ventura Carmona M, Ruiz-Muelle A, López Rodríguez M. Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. *Therapeía*. 2019;(11):17-43.
2. Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon>.
3. Dilla T, Valladares A, Liza L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*. 2009;41(6):342-348.
4. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. [Internet]. World Health Organization. 2003. [citado 2 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int>
5. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento [Internet]. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017. [citado 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
6. Plan de Adherencia al Tratamiento [Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría. [citado 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf>
7. Pilar Arroyo M, Baos Vicente V, Bayón Rueda A, Catalán Oliver C, Hernández Rodríguez M, Orueta Sánchez R et al. Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos [Internet]. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2012. [citado 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.semfyec.es/wpcontent/uploads/2016/05/Recomendaciones_uso_medicamentos.pdf
8. Gázquez Linares J, Pérez-Fuentes M, Molero Jurado M, Barragán Martín A, Martos Martínez Á, Cardila Fernández F. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. *ASUNIVEP*. 2015;1.
9. Lorigo Cano I, Hernanz Arroyo B, Cordero Sánchez E, González Huéscar A, Menaya Macías R, Gómez Encinas J. Adherencia terapéutica en pacientes

polimedicados y factores condicionantes en un grupo de pacientes de Badajoz, España. *Archivos en Medicina Familiar*. 2019;21(2):51-59.

10. Núñez Montenegro A, Montiel Luque A, Martín Auriol E, Torres Verdú B, Lara Moreno C, González Correa J. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria*. 2014;46(5):238-245.
11. Fernandez-Lazaro C, García-González J, Adams D, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 2019;20:132.
12. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerdá J, Navarro Aznárez H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del "Día de la Adherencia" del 2013. *Farmacia Hospitalaria*. 2015;39(2):109-113.
13. Moreno Juste A, Gimeno Miguel A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual-Salcedo M, Menditto E. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. *Medicina Clínica*. 2018;153(1):1-5.
14. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín M. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*. 2014;214(6):336-344.
15. Rubio Fernández E, Rosino Bosch A, Fajas Argemi R, Manresa Domínguez J, Martínez Momblan M, Torres Quintana A. Medición del incumplimiento terapéutico en el paciente crónico complejo y modelo de atención cronicidad avanzada en dos centros de urgencias de atención primaria de la provincia de Barcelona. *Revista Rol de Enfermería*. 2019;42(4):279-284.
16. Vicente-Sánchez S, Olmos-Jiménez R, Ramírez-Roig C, García-Sánchez M, Valderrey-Pulido M, de la Rubia-Nieto A. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. *Farmacia Hospitalaria*. 2017;42(4):147-151.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Factores que influyen en la adherencia terapéutica.



ANEXO 2

Variables recogidas y test de Morisky-Green de 8 ítems.

1. Datos sociodemográficos

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel educativo (Bajo/Intermedio/Alto)
- Situación y entorno social/núcleo familiar (vive solo/ acompañado-cuidador)
- Nivel socioeconómico (Alto/Medio/Bajo)
- Hábitos tóxicos (Si/No)

2. Datos clínicos

- Número de enfermedades crónicas
- Duración de las enfermedades
- Índice de Barthel (dependencia total/severa/intermedia/leve/independiente)
- Número de citas en 2019

3. Datos farmacológicos

- Número de medicamentos totales
- RECYL medicación crónica
- Tiempo de duración del medicamento
- Efectos adversos

4. Métodos de recuerdo de dosis de medicación: Uso de pastillero (Si/No)

5. Adherencia terapéutica- Test de Morisky-Green (MMAS-8)

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces? (Si=0/No=1)
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día? (Si=0/No=1):
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba? (Si=0/No=1):
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces? (Si=0/No=1)
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer? (Si=1/No=0)
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces? (Si=0/No=1)
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento? (Si=0/No=1)
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar sus medicinas? (Nunca o raramente=1/ De vez en cuando=0,75/ A veces=0,5/ Normalmente=0,25/ Siempre=0)

ANEXO 3

Enfermedades crónicas sobre las que se estudió la adherencia terapéutica.

Diabetes mellitus
Hipertensión arterial
Hiperlipemia
Enfermedades reumáticas: espondilosis anquilosante, polimialgia reumática, y artritis reumatoide.
Alteraciones cognitivas
Enfermedades de la esfera afectiva: ansiedad, depresión, y trastorno ansioso- depresivo.
Enfermedades respiratorias: asma bronquial, EPOC, Síndrome de apnea del sueño, bronquiectasias y enfermedad intersticial.
Enfermedades cardiológicas: arritmias, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica crónica, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía hipertrófica y valvulopatías.
Dolor crónico: dolor crónico articular, dolor crónico radicular, tendinitis, migraña y otras cefaleas, dolor crónico secundario a neuropatía, fibromialgia y dolor neuropático
Osteoporosis



Estudio de la adherencia terapéutica en el paciente crónico mayor de 65 años en un centro de salud urbano.

Autor: Cristina Calles Artiaga / Tutor: Dr. Fernando Montiel Carreras / Colaborador: Dra. Laura Herguedas Herguedas

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica se define como el grado en el que la conducta 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. Se trata de uno de los aspectos más influyentes en el control de las enfermedades crónicas, en las que se estima un grado de adherencia de en torno a un 20-50%, causando un impacto clínico y socioeconómico importante en el sistema sanitario. Los factores modificadores de la adherencia terapéutica pueden agruparse en factores relacionados con el paciente, factores clínicos, farmacológicos y factores vinculados al sistema sanitario

OBJETIVOS

- Analizar el grado de adherencia en el paciente crónico mayor de 65 años en un centro de salud urbano.
- Evaluar el cumplimiento terapéutico en relación a las diferentes patologías crónicas y fármacos utilizados.
- Identificar el grupo de pacientes crónicos en riesgo de no adherencia al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

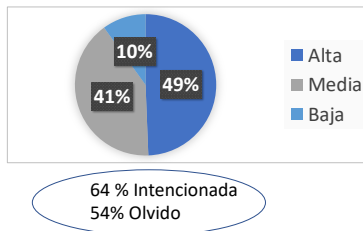
Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo.

La muestra incluye a 160 pacientes mayores de 65 años, pluripatológicos, en tratamiento farmacológico y que dieron su consentimiento. Se excluyeron a aquellos pacientes institucionalizados y hospitalizados.

Para realizar la medición de la adherencia terapéutica se utilizó el cuestionario de Morisky-Green de 8 ítems y el porcentaje de dispensación farmacéutica. Se recopiló una serie de variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas a través de la historia clínica del paciente.

RESULTADOS

Figura 1. Adherencia terapéutica según MMAS-8.



Alta adherencia

- **Sexo**
 - Hombres: 51%
 - Mujeres: 49%
- **Deterioro cognitivo**
 - Sí: 35%
 - No: 51%
- **Número de fármacos**
 - Menos de 5: 60%
 - 6-10: 36%
 - Más de 10: 42%
- **Número enfermedades**
 - Menos de 5: 49%
 - 6-10: 51%
 - Más de 10: 47%
- **Efectos adversos**
 - Sí: 33%
 - No: 53%
- **Uso de pastillero**
 - Sí: 48%
 - No: 50%

Adherencia y edad media

Alta adherencia
↓
79,24 años

Adherencia media/baja
↓
78,01 años

Tabla 2. Adherencia terapéutica en relación con variables sociodemográficas.

		Alta adherencia	Adherencia media	Baja adherencia
		n (%)	n (%)	n (%)
Núcleo familiar	Vive solo/a	24 (46)	23 (44)	5 (10)
	Vive con cuidador	55 (51)	42 (39)	11 (10)
Nivel educacional	Alto	1 (20)	3 (60)	1 (20)
	Intermedio	35 (50)	30 (43)	5 (7)
	Bajo	43 (51)	32 (38)	10 (12)
Nivel socioeconómico	Alto	25 (56)	16 (36)	4 (9)
	Intermedio	52 (48)	45 (42)	11 (10)
	Bajo	2 (29)	4 (57)	1 (14)

Tabla 3. Adherencia terapéutica y enfermedades crónicas. n= número de pacientes.

	MMAS-8 n (%)			% Dispensación farmacéutica n (%)		
	Adherencia alta	Adherencia media	Adherencia baja	>=80%	<80%	Interrupción
Diabetes mellitus	24 (56)	16 (37)	3 (7)	32 (74)	7 (16)	4 (9)
Hipertensión arterial	54 (50)	42 (39)	11 (26)	90 (84)	13(12)	4 (4)
Hiperlipemia	51 (51)	38 (38)	11 (10)	86 (86)	11 (11)	3 (3)
Trastornos afectivos	22 (46)	23 (48)	3 (6)	38 (79)	9 (19)	1 (2)
Cardiopatías	20 (51)	19 (49)	0 (0)	26 (67)	11 (28)	3 (8)
Dolor crónico	32 (42)	35 (46)	10 (26)	25 (33)	41 (54)	12 (16)
Osteoporosis	6 (43)	5 (36)	3 (4)	8 (57)	4 (29)	2 (14)
Enfermedades reumáticas	1 (25)	2 (50)	1 (25)	3 (75)	1 (25)	0 (0)
Enfermedades respiratorias	12 (55)	8 (36)	2 (50)	10 (45)	9 (41)	3 (14)

CONCLUSIONES

- El grado de adherencia terapéutica en el paciente crónico mayor de 65 años resultó deficitario, siendo el incumplimiento intencionado una de las principales causas, seguido del olvido.
- La diabetes mellitus obtuvo los datos superiores de adherencia, mientras que las enfermedades reumáticas mostraron los resultados más desfavorables.
- Se ha observado una elevada frecuencia de las prescripciones "a demanda", lo que puede ser un factor de confusión para medir el grado de adherencia.
- El apoyo sociofamiliar es un factor de gran importancia para la mejora de la adherencia en el paciente crónico.
- Identificados los factores que pueden favorecer el incumplimiento terapéutico en el paciente crónico, deben estudiarse para optimizar las estrategias de abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento [Internet]. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017. [citado 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
2. Plan de Adherencia al Tratamiento [Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría. [citado 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.sepsi.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf>
3. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín M. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Revista Clínica Española. 2014;214(6):336-344.
4. Fernandez-Lazaro C, Garcia-González J, Adams D, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. BMC Family Practice. 2019;20:132.
5. Ventura Carmona M, Ruiz-Muelle A, López Rodríguez M. Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. Terapia. 2019;(11):17-43.