

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN UN NÚCLEO URBANO CAPITALINO

Therapeutic adherence in older people residents in a capitaline urban nucleus

Carla Jiménez Rodríguez, Francisco José Hernández Martínez, Bienvenida del Carmen Rodríguez de Vera, Juan Fernando Jiménez Díaz

Servicio de Dispensación de Farmacia de Las Palmas de Gran Canaria. Distrito número 3.

Resumen:

Introducción: El tratamiento de las enfermedades crónicas exige cambios en el estilo de vida que comúnmente conlleva a la toma de un determinado número de fármacos, con una correcta adherencia al mismo. El incumplimiento de este tratamiento puede afectar a la salud de los pacientes, y probablemente pueda ser el causante del fracaso del tratamiento, lo que no sólo supone un coste elevado al sistema sanitario, sino que también ocasiona problemas en la calidad de vida de los pacientes, dificultando el control de la enfermedad. **Material y método:** Estudio mixto a través de una entrevista personalizada a 125 usuarios con 65 años o más con hipertensión arterial, incluidos en el programa de Atención Primaria.

Resultados: Las mujeres representan el 60% de la muestra de estudio, siendo el grupo de edad más frecuente el comprendido entre los 71 y 80 años. La cardiopatía isquémica está presente en el 42,4% de los usuarios, asociándose otras afecciones como la hipercolesterolemia, diabetes, dolores y algias generalizadas sobre todo a nivel del aparato locomotor. El número medio de medicamentos por paciente es superior a 9; y la adherencia general al tratamiento se relaciona con el menor nivel de formación y estudios, así como se demuestra que ésta aumenta con la edad.

Conclusión: La falta de adherencia terapéutica es un problema común con repercusiones sanitarias y económicas, por lo que es importante asumir la necesidad de su prevención y detección en la práctica clínica diaria.

Palabras clave: Adherencia terapéutica. Personas mayores. Núcleo urbano. Hipertensión. Servicio de Farmacia.

Abstract:

Introduction: The treatment of chronic diseases requires changes in the lifestyle that commonly leads to taking a certain number of drugs, with a correct adherence to it. Failure to comply with this treatment may affect the health of the patients, and may be the cause of treatment failure; that not only suppose a high cost to the sanitary system, but also causes problems in the quality of the life of the patients, making difficult the control of the disease.

Material and method: Mixed study through a personalized interview to 125 users aged 65 years or older with arterial hypertension, included in the Primary Care program.

Results: Women represent 60% of the study sample, being the most frequent age group between 71 and 80 years. Ischemic heart disease is present in 42.4% of users, associating other pathologies such as hypercholesterolemia, diabetes, pain and generalized pain especially at the level of the locomotor system. The average number of medications per patient is greater than 9; and the general adherence to treatment is related to the lower level of education and studies, as well as demonstrating that it increases with age. **Conclusion:** The lack of therapeutic adherence is a common problem with health and economic repercussions, so it is important to assume the need for its prevention and detection in daily clinical practice.

Key words: Therapeutic adherence, elderly people, urban nucleus, Hypertension, Pharmacy Service.

INTRODUCCIÓN

Problemas como el sedentarismo, tabaquismo, cambios de estilo de vida y en los hábitos dietéticos traen consigo la presencia de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y afecciones cardiovasculares que generan gran preocupación a las organizaciones de salud internacionales debido a que su arraigo y, por ende, su difícil abordaje y solución no dependen tanto de dichas entidades como si de un afrontamiento individual y, por ello, de toma de conciencia de dicha problemática a nivel personal.

Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han intervenido ante los entes gubernamentales de cada país para que incluyan dentro de sus políticas proyectos y programas de salud de prevención, seguimiento, tratamiento y control de los pacientes que padecen este tipo de enfermedades.

Los diferentes avances en las alternativas farmacológicas han permitido que en países desarrollados se administren tratamientos más efectivos para el control de estas enfermedades crónicas; sin embargo, la baja adherencia a éstos es uno de los principales factores que impiden un adecuado control, lo cual perpetúa el círculo vicioso en el inadecuado manejo de las enfermedades crónicas. A esto debemos unir que cada año se desechan varias toneladas de medicamentos en todo el mundo.

Así pues, resulta imprescindible concienciar de la importancia de conseguir y mantener una buena adherencia terapéutica, es hoy en día, uno de los principales objetivos del Observatorio de Adherencia al Tratamiento (OAT), ya que según muestran los datos, más del 50% de la población incumple los tratamientos prescritos (1-5).

Según Almendros (2), entre el 40 y el 45 por ciento de los pacientes españoles tienen problemas de adherencia a su tratamiento.

Se considera, pues, que la falta de compromiso con el tratamiento se ha confirmado no solo en enfermedades crónicas, sino también en enfermedades que, igual si no se consideran agudas, afectan a un gran grupo de pacientes.

La OMS (6) define la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador

de asistencia sanitaria", quedando claro que la relación entre el paciente y el agente de salud debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno.

El Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT) amplía la anterior definición y explica la adherencia terapéutica como la responsabilidad del paciente para seguir las indicaciones de los profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos) que redundan directamente en su propia seguridad y por ello tiene impacto en la salud.

Así mismo, se considera que tanto la adherencia como la buena cumplimentación terapéutica tienen una lectura socioeconómica, ya que es deber de todos ser responsables de los fondos públicos y no malgastar de manera irresponsable los recursos sanitarios (7).

Al hablar de adherencia, se implica directamente al usuario/paciente en la participación y toma de decisiones, y aunque otros vocablos, como "concordancia" y/o "cumplimiento", puedan definir también el mismo comportamiento, son conceptos en desuso porque indican una actitud pasiva del usuario.

Es necesario también destacar que la falta de adherencia terapéutica es especialmente frecuente en las personas con enfermedades crónicas, cuando el usuario está bien controlado, en las personas mayores de 65 años, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica, teniendo en cuenta además, que estos procesos suelen converger en los usuarios atendidos en los Centros de Atención Primaria de Salud (8, 9).

Cuando un paciente entiende los motivos por los que el profesional de la salud le prescribe un tratamiento, la consecuencia es que será más adherente. La alianza entre el profesional sanitario y el paciente resulta fundamental (10).

Para Holguín y colaboradores (11), la adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.

Según refiere Martín (12), la deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (errores de omisión,

de dosis, de tiempo, de propósito - equivocación en el uso de uno u otro medicamento), inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida, automedicación, entre otros.

En consecuencia, conocer las razones por las cuales un paciente no se adhiere al tratamiento resulta esencial; de esto depende que se puedan diseñar y reorientar las intervenciones que buscan mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (6, 13).

Se describen como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento las siguientes: dificultades para comenzar, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), ausencias a consultas e interconsultas, y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y se destaca también la práctica de la automedicación.

En la línea mencionada se han encaminado proyectos como el de AFADEP (14, 15) (Servicio de atención farmacéutica a personas dependientes) realizado en Azuaga (Badajoz), donde se detectaron treinta y tres Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), siendo la falta de adherencia a los tratamientos el principal problema detectado.

Por otra parte, cabe destacar que el OAT publicó en 2014 el Estudio de Adherencia al Tratamiento en la Comunidad de Madrid (16), con gran repercusión mediática y en el sector sanitario, por el interés de los datos obtenidos.

Una gran cantidad de autores plantean la existencia de un amplio grupo de factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando asimismo elementos de naturaleza psicosocial, médica, de relación médico-paciente y de corte gerencial (4,13,17-19).

Aunque la edad avanzada no es un factor de riesgo per se, hay varios estudios que indican que la falta de adherencia, intencionada o no, es un problema en las personas mayores. Esto es debido, en parte, a la falta de comprensión de los regímenes farmacoterapéuticos y a los olvidos, favorecidos por la elevada proporción de ancianos que viven solos, el deterioro de la función cognitiva, la prevalencia de comorbilidades y la polimedicación (20, 21).

Sobre las enfermedades donde existe un menor cumplimiento, el ranking lo lideran las enfermedades crónicas, siendo la diabetes, la hipertensión arterial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) las que tienen mayores cifras de incumplimiento, en gran medida porque son las más prevalentes (1, 17, 18).

El objetivo de este estudio está encaminado a determinar la prevalencia de cumplimiento terapéutico en los pacientes con hipertensión arterial (HTA) cuya patología está controlada en los Centros de Atención Primaria de Salud (APS) y acuden a un Servicio de Farmacia a retirar la medicación pautaada. Así mismo, trataremos de describir el perfil de estos usuarios que acuden a este Servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un muestreo aleatorio y simple y, posteriormente, se diseñó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y abordaje cuantitativo, llevado a cabo en un Servicio de Farmacia ubicada en el Sector Arenales del Distrito Centro de la Ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, que atiende a usuarios de los Centros de APS de esta ciudad para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico.

Población de estudio

La muestra del estudio corresponde a 125 usuarios con 65 años de edad y/o mayores de 65 años con HTA, incluidos en el programa de atención a pacientes con patología crónica en sus Centros de Atención Primaria de referencia.

Criterios de inclusión

- Usuarios con una edad \geq 65 años.
- Pacientes crónicos y polimedicados (cinco o más medicamentos y una duración de tratamiento $>$ 3 meses).
- Clientes en los que se identifique, a través del Servicio de Dispensación, un PRM de incumplimiento.

Criterios de exclusión

- Usuarios que no cumplan todos los criterios de inclusión.

-Pacientes con algún trastorno médico o psicológico que pudiera limitar su capacidad de participación en el estudio.

-Clientes en los que se prevea insuficiente colaboración.

-No firmar el consentimiento informado ad hoc.

Intervenciones

A través de una entrevista semiestructurada a 176 usuarios del Servicio de Farmacia, se recogieron datos sociodemográficos, datos sobre la medicación prescrita, así como durante la misma se determinó la adherencia al tratamiento utilizando el Test de Morisky-Green (6, 13, 17, 22-24).

Las preguntas del Test, tal y como se describe en la bibliografía consultada en el marco teórico, se intercalaban durante la entrevista para no captar la atención directa del usuario.

Se les explicó que se estaba llevando a cabo un estudio de investigación sobre la hipertensión arterial por lo que se les harían preguntas sobre esta patología y sus hábitos. De estos 176 usuario entrevistados, consideramos una tasa de no respuesta del 28,97% (en la que incluimos pacientes que rehusaran participar en el estudio) y obtuvimos el tamaño muestral definitivo de 125 individuos a los que se les incluyó en el estudio.

Variables del estudio:

Sociodemográficas: edad, género, estado civil, situación laboral, nivel de estudios.

Clínica del paciente: años de evolución y tratamiento farmacológico de la HTA, antecedentes familiares, personales y factores de riesgo cardiovascular.

Cumplimiento terapéutico: Test de Morisky-Green, que muestra una alta fiabilidad (61%) y está validado en la población española. Valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento. Se calificaron como cumplidores los pacientes que respondieron correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor.

Periodo de recogida de datos: septiembre a diciembre

de 2016.

Consideraciones éticas: El estudio preserva en todo momento el derecho a la intimidad de los usuarios (Ley Orgánica 15/1999) (25) recogido en la legislación española, ya que en todo momento sólo se manejaron datos y documentos cuyo contenido no revelaba datos personales ni los nombres de los afectados. Así mismo, el estudio se ha realizado aplicando los principios básicos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (26). Se han mantenido los niveles más altos de conducta profesional y confidencialidad.

Análisis estadístico. Se utilizó el software PASW 25.0 para Windows XP, con el que se ha realizado la estadística descriptiva de las variables objeto del estudio. Para el análisis de la posible asociación entre los pares de variables considerados se ha utilizado el test de la ji-cuadrado, estableciéndose que existe una asociación significativa entre las mismas si el p-valor obtenido resulta inferior al nivel de significación considerado para este estudio, siendo éste $\alpha = 0.05$.

RESULTADOS

De la muestra estudiada (n=125), son las mujeres las que mayor número representan en la muestra, concretamente el 60% de la muestra (75 mujeres), mientras el 40% restante, son hombres.

El grupo de edad más frecuente, tanto en hombres como en mujeres es el comprendido entre los 71 y 80 años, en el que se encuentra el 58,4% de los usuarios encuestados. Destacar que en toda la muestra, existen dos clientes mayores de 90 años, que corresponden a dos mujeres viudas de 91 y 92 años que viven solas en su domicilio particular. La media de edad de la muestra estudiada es de 74,22 \pm 9,32 años, con una mediana de edad de 76 años, donde los clientes que tienen 78 años es el grupo de edad más numeroso (Moda).

Respecto al tiempo de evolución de la HTA, desde que se diagnosticó y empezó con la toma de tratamiento, destaca que a pesar de obtener una media de 145,6 meses, la moda corresponde a 14 años (168 meses).

El 42,4% de los encuestados no tienen estudios y el 29,6% sólo tiene estudios primarios. No existen diferencias significativas entre el sexo y el nivel de

estudios ($p=0,768$). Y aunque la mayoría de los encuestados están casados, cabe destacar que hay un 34% que no tienen pareja y un 5% que han rehecho sus vidas con otra persona, sin estar casados. No hay diferencia significativa entre el sexo y el estado civil.

Entre la muestra encuestada ($n=125$), si observamos el Gráfico 1 destacan los problemas cardiovasculares en ambos sexos, no existiendo significación estadística entre ellos ($p=0,923$).

Entre todos los pacientes de la muestra con HTA, la cardiopatía isquémica está presente en el 42,4% (53 usuarios), es la más frecuente en el estudio, seguida de los accidentes cerebro vasculares (ACV), con 18,4% (23 personas) y la insuficiencia cardíaca en el 16,8% (21 usuarios).

A estas enfermedades se asocian otras, entre las que destacan: hipercolesterolemia en 19 usuarios, diabetes en 18 pacientes, dolores y algias generalizadas sobre todo a nivel del aparato locomotor en 16 pacientes, depresión y ansiedad en 12 y 10 clientes de la farmacia respectivamente, así como el diagnóstico de osteoporosis, artritis/artrosis en 11 y 10 clientes más.

Durante la entrevista, a la hora de registrar el hábito tabáquico y el consumo de alcohol, se encuentran bajos porcentajes entre los mismos; 12,8% y 12% respectivamente, pero el 60% de la muestra estudiada pasa la mayor parte del día sentados o con vida muy sedentaria.

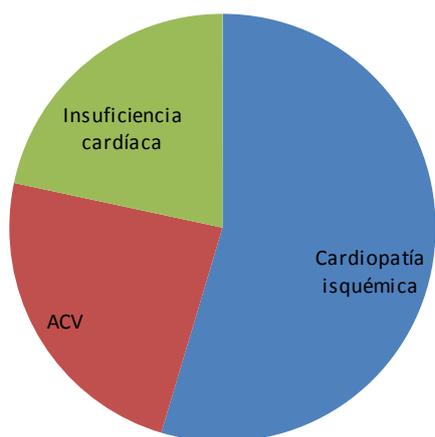


Gráfico 1. Enfermedades asociadas

La distribución de la muestra ($n=125$) en función del grado de polimedición se refleja en el Gráfico 2. El número medio de medicamentos por paciente ha sido de $9,2 \pm 2,8$.

Enfermedades

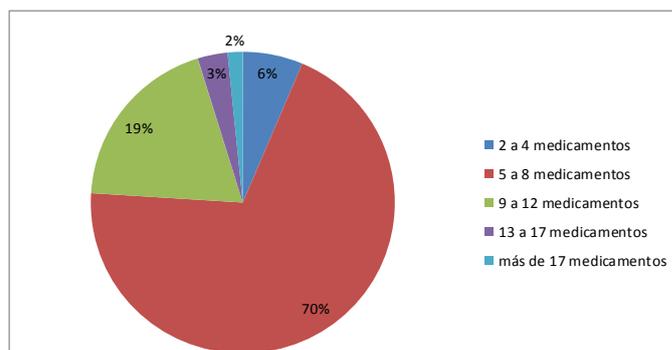


Gráfico 2. Número de medicamentos que toman los usuarios

También se contrastó el efecto del número de medicamentos, donde no se encontró evidencia de que las diferencias entre grupos de edad o el sexo fueran distintas en función del número de medicamentos que tomen, siendo los valores de referencia ($p=0,597$) y ($p=0,602$).

La proporción global de pacientes que resultaron cumplidores del tratamiento fue del 63,2%, es decir 79 usuarios toman correctamente la medicación, mientras que hay 36,8% de pacientes que no tienen una adherencia correcta en la toma de la medicación (46 usuarios).

El número de pacientes que realizaron correctos los cuatro ítems para la hipertensión arterial se representa en el Gráfico 3. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas del Test.

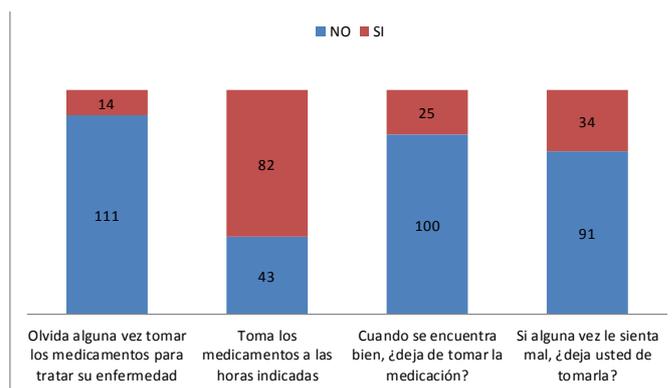


Gráfico 3. Resultados del test de Morisky-Green (Adherencia terapéutica)

En contra de lo que se puede presuponer, la adherencia general al tratamiento aumenta con la edad, en nuestro estudio. Los usuarios con mayor adherencia al tratamiento son los mayores de 71 años.

De los 79 usuarios que tenían una adherencia completa al tratamiento, todos los mayores de 91 tienen una adherencia completa al mismo, seguidos de 45 clientes (21 mujeres y 14 hombres) entre los 81 a 90 años (Gráfico 4).

En el Gráfico 6 comprobamos los motivos principales de incumplimiento presentados por éstos que son, de mayor a menor porcentaje de ocurrencia:

“Dilatar la toma de medicación entre 30-60 minutos” en 13 pacientes.

“Olvidan tomar la medicación” en 11 usuarios.

“No considera importante tomar la medicación todos los días cuando los valores de la tensión arterial los consideran normales” en 10 clientes.

“Le sienta mal la medicación” le ocurre a 8 usuarios.

“No recoge la medicación en la farmacia porque le ha pasado el tiempo indicado en la receta de dispensación de pacientes crónicos” se registró en 4 pacientes.

Destacar que ningún paciente del estudio mencionó que “no pudo permitirse comprar la medicación por motivos económicos” como motivo de incumplimiento.

- “Dilatar la toma de medicación entre 30-60 minutos”
- “Olvidan tomar la medicación”
- “No considera importante tomar la medicación todos los días”
- “Le sienta mal la medicación”
- “No recoge la medicación en la farmacia”

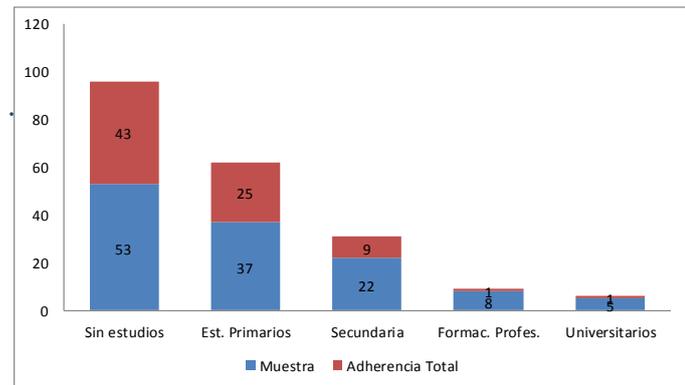


Gráfico 4. Adherencia al tratamiento y edad

No se determinó asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento ($p=0,698$). Y con respecto al estado civil, solamente se halló asociación estadística entre los pacientes con HTA adherentes y el estado civil viudo ($p=0,032$) y en todos los clientes que conviven con otra pareja sin estar casados ($p=0,046$). En ambos grupos, todos los usuarios son fieles cumplidores en la toma de medicación.

En el Gráfico 5 se observa que, a menor nivel de estudios, mayor grado de adherencia. Los usuarios sin estudios y los que únicamente tienen formación básica representan el 86,07% (68 usuarios) sobre el total de los que son fielmente adherentes al tratamiento según los resultados del Test de Morisky-Green (79 usuarios).

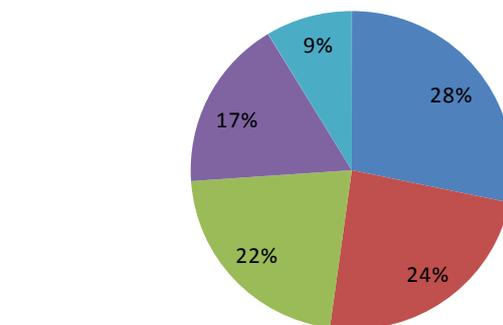


Gráfico 6. Motivos de incumplimiento terapéutico

DISCUSIÓN

En primer lugar debemos considerar las pérdidas ocurridas a lo largo del estudio. Sobre una población inicial de 176 usuarios, terminamos por incluir en el estudio a 125 clientes de nuestro Servicio de Farmacia, encontrándose entre los diversos motivos que ocasionaron esta pérdida de entrevistados los siguientes: dificultad de comunicación entre los encuestados por problemas relacionados con la edad de los usuarios (hipoacusia, deterioro cognitivo leve..., etc.), realización de la entrevista contando con poco

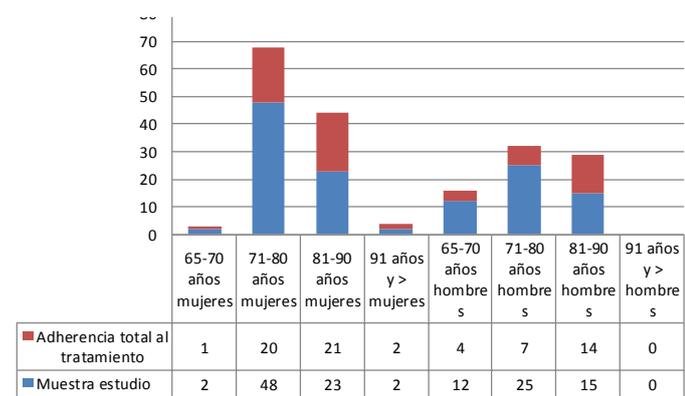


Gráfico 5. Adherencia al tratamiento y nivel de estudios

En la muestra estudiada ($n=125$), se determinó un porcentaje del 36,8% de pacientes que no tienen una adherencia correcta en la toma de la medicación (46 usuarios).

tiempo material para la misma, pacientes que confirmaron la inclusión en el estudio y no volvieron a la farmacia. Todo esto ha producido la pérdida de datos que formaban en principio, parte del estudio.

Con respecto a la metodología utilizada, concretamente, refiriéndonos al instrumento de recogida de datos, incorporamos el Test de Morisky-Green o el de cumplimiento autocomunicado porque como hemos indicado en el marco teórico, suele ser el más utilizado (1, 17, 22-27). Autores como Martín Gutiérrez (14), del Departamento de Servicios Asistenciales del CGCOF, en el programa ADHIERETE, o Villafaina y Gavilán (22) del Servicio Extremeño de Salud, así como el de Rodríguez-Chamorro y sus colaboradores (30) en APS, lo utilizaron en su estudio. En otros países, investigadores como Varela (27), en Colombia, utilizaron el mismo test en su estudio sobre pacientes con HTA. Pero también otros investigadores (28) utilizan instrumentos similares para identificar la adherencia al tratamiento en personas con HTA.

Medir el cumplimiento es difícil. Ningún método, sea directo o indirecto, está exento de limitaciones. La toma de la medicación puede variar de semana en semana, y para conocer mejor la historia natural del incumplimiento terapéutico, es necesario realizar medidas repetidas durante el seguimiento clínico del paciente. Una de las razones que nos inclinó a utilizar los métodos indirectos fue que sirven para investigar y valorar el cumplimiento en condiciones reales de la práctica clínica, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica.

El hecho que la mayoría de nuestros pacientes pertenezcan al sexo femenino coincide con otros estudios analizados (20, 29). Nuestros porcentajes concuerdan con el estudio publicado en 2011 por Rodríguez-Chamorro y colaboradores (30), realizado en Atención Primaria, donde el 61,3% del grupo de intervención, eran mujeres, pero con una media de edad inferior a la de nuestro estudio. En otros países como Colombia, los estudios de adherencia realizado en personas con HTA, también reportan cifras con mayoría de mujeres y con frecuencia de edad inferior al nuestro, como es el publicado por Herrera (28) en 2012, destacando que en este país la mayor prevalencia de HTA se da en el sexo femenino. Encontramos también en un estudio sobre HTA realizado en un Hospital General del Perú, que el equipo encabezado por Carhuallanqui (29) determinó una cifra de participación con un porcentaje del 69,6% del sexo femenino.

En nuestro país, entre los resultados del estudio

ADHIERETE (14, 31), publicado en 2015, destaca que el porcentaje mayor de la muestra está compuesta por hombres (54%) con una media de edad en el estudio de 74 años, cuya cifra es similar a la que muestra nuestra investigación, 74,22 años.

Respecto al tiempo de evolución de la HTA, desde que se diagnosticó y empezó con la toma de tratamiento, existe diferencia entre los resultados obtenidos por nosotros, donde, a pesar de obtener una media de 145,6 meses, la moda corresponde a 14 años (168 meses), y los publicados en otros estudios como el de Carhuallanqui (29) y su equipo en Perú sobre HTA, donde tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años.

En la bibliografía consultada, los resultados de Almendros (2) demostraron que más del 50% de la población incumple los tratamientos prescritos. Estas cifras son superiores a las descritas en nuestro estudio, donde el 36,8% de los encuestados tienen una inadecuada adherencia al tratamiento. Por el contrario los valores obtenidos en nuestro estudio a los expuestos en la encuesta realizada por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) (32) que muestran que el nivel de adherencia según el test Morinsky-Green oscila por un 56% cuando se considera un cumplimiento total o perfecto.

En nuestro estudio encontramos asociación entre adherencia y el estado civil de viudedad. Esta relación también se detectó en el estudio realizado por Carhuallanqui (29) en Perú, aunque el resto de estudios no tienen en cuenta esta variable. Respecto a esta variable, no tenemos una explicación clara para este hallazgo, aunque creemos que puede tratarse de un resultado producto del azar, el cual debería tenerse en cuenta como variable a explorar en estudios posteriores.

Estudiando otras variables relacionadas con la Adherencia al Tratamiento, hay que destacar que en contra de lo que se puede presuponer, la adherencia general al tratamiento aumenta con la edad. Ésta es también una de las conclusiones a las que llegó el OAT (16) al analizar el estudio llevado a cabo mediante encuesta poblacional publicado en 2015 con el título 'Adherencia al tratamiento en la Comunidad de Madrid'.

Al igual que los valores determinados en nuestro estudio, los datos del estudio del OAT (14, 16, 31) registran cifras donde las personas de 70 años son las más cumplidoras en la toma de la medicación. En circunstancias normales, se podría pensar que las

personas de esa edad y de mayor edad terminasen siendo menos adherentes al llevar ya muchos años siguiendo el mismo tratamiento, sin embargo, los resultados muestran justamente lo contrario (2).

Otro hecho que ha llamado la atención de esta investigación es que, a menor nivel de estudios, mayor grado de adherencia. Podría suponerse que este dato es contrario a la 'lógica', pero no es así, ya que la explicación está en que, a menor nivel de estudios, la confianza en el médico, el farmacéutico y el enfermero es mayor, y la relación de proximidad y confianza también lo son.

Respecto a las variables que relacionan el nivel educativo con la adherencia, éstas han arrojado en nuestro estudio valores que predisponen a una relación entre ellas, ya que al igual que en otras publicaciones (24, 28, 30) con porcentajes de formación de un 43% y 36% o 67%, respectivamente, con estudios de primaria o sin estudios, se determinó en nuestros datos que a menor formación educativa existe una mayor adherencia.

Si tenemos en cuenta la polimedicación y su relación con el cumplimiento terapéutico, varios estudios ponen en evidencia la importancia del incumplimiento terapéutico en los mayores de 65 años, donde al igual que en nuestra investigación, a mayor edad y mayor número de medicación oral, aumenta la adherencia, contemplando porcentajes que oscilan entre el 35% de incumplimiento de los que toman cuatro, y disminuyendo progresivamente hasta el 10% de los que toman nueve comprimidos diarios, siendo los pacientes crónicos y polimedificados en los que el problema de falta de adherencia es más elevado (20-22).

Respecto a la media de medicamentos prescritos, existen diferencias entre otros estudios (24) y el nuestro, donde los pacientes con HTA tomaban un promedio de 1,75 comprimidos con respecto a los 9,2 obtenido como media en nuestro estudio.

Entre los resultados del estudio ADHIÉRETE (2015) del Consejo General de Farmacéuticos de España, destaca que los motivos frecuentes de incumplimiento son: el olvido, no considerar importante tomar diariamente la medicación, le sienta mal, no recoger la medicación a tiempo, dosis que no se corresponden con la prescripción y dificultad para utilizar la medicación. Estos motivos son muy similares a los alcanzados en otros estudios, así como también en el nuestro, aunque "el olvido" es el segundo motivo de la falta de adherencia entre nuestros resultados.

No debemos obviar que también depende de factores relacionados con el tipo y la gravedad de la enfermedad, el tratamiento y el paciente (1,13).

En cambio, el perfil socioeconómico de la población que forma parte de la muestra estudiada por nosotros no ha puesto en riesgo en ningún momento la adherencia en nuestros usuarios, ya que nadie ha dejado de ser adherente al tratamiento por problemas económicos aunque se han registrado en Zonas de APS de otras Comunidades Autónomas pacientes mayores de 60 años que no retiran el medicamento de la Farmacia por motivos relacionados con el régimen de aportación económica de los medicamentos (13).

Los resultados presentados en el Congreso Nacional Farmacéutico del 2014 en Córdoba (14), verifican que entre los motivos para no ser adherentes los pacientes en nuestro país están el olvidarse de la medicación, considerar que no es importante tomarla todos los días y el no recoger la medicación en las farmacias. Estos factores también los recoge nuestro estudio, pero nuestros usuarios no describen "el uso de dosis inadecuadas" y la "dificultad del uso" como motivos para no ser adherentes.

Como se comprueba en los diversos estudios (1, 3, 14, 16, 27, 29, 31), la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global; es justamente la baja adherencia a terapias en enfermedades crónicas, lo que origina morbilidad que podría ser evitada.

CONCLUSIONES

La falta de Adherencia Terapéutica es un problema común con repercusiones sanitarias y económicas, por lo que es importante asumir la necesidad de su prevención y detección en la práctica clínica diaria. El logro de una buena Adherencia Terapéutica es un requisito que, de cumplirse, vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar, así como para la misma Gerencia responsable de los Servicios de Salud.

En cuanto al valor predictivo positivo del Test de Morisky-Green, pensamos que podría ser una buena alternativa para identificar grupos de riesgo de no cumplimiento en Atención Primaria. No obstante, queda por aclarar y definir un perfil de paciente

cumplidor, así como profundizar en un mejor conocimiento de los múltiples factores y sus interacciones, que acaban determinando el abandono de las prescripciones terapéuticas.

Hay que destacar que en contra de lo que se puede presuponer, la adherencia general al tratamiento aumenta con la edad y que el estado civil determina la adherencia.

A menor nivel de estudios, mayor grado de Adherencia Terapéutica.

Ninguna intervención específica puede ser recomendada para todos los pacientes, por lo que hay que analizar las causas que provocan la falta de adherencia en cada caso. Esto permitirá seleccionar las estrategias apropiadas para cada paciente. Las habilidades del profesional de la salud para relacionarse con los pacientes pueden determinar el grado de adhesión terapéutica de los mismos.

Permitir que los/as pacientes participen en las decisiones basadas en la información son estrategias que se deberían intentar implementar en los Servicios de Farmacia. También habrá que intervenir sobre las barreras que dificultan el cumplimiento (problemas de visión, falta de destreza, deterioro cognitivo, dificultad para deglutir, etc.).

Mejorar la comunicación con los/as usuarios es un reto al que debemos enfrentar de manera imaginativa con estrategias diferentes y aprovechándose de los beneficios clínicos de la aplicación de las tecnologías de la informática y comunicación (TIC): uso de mensajes cortos, telefonía móvil.

Se recomienda evaluar la adherencia de manera independiente para cada persona, fortalecer los pilares no farmacológicos del tratamiento e implementar las acciones pertinentes para lograr mayores niveles de accesibilidad a estos tratamientos.

PROTECCION DE DATOS Y CONFLICTOS DE INTERESES

La información sobre los datos personales y clínicos correspondientes a los participantes en los estudios se ha atendido a las normas legales y al principio de confidencialidad entre investigadores y pacientes. Así mismo, los autores expresan la inexistencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas MZ, Morales SY. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad?. *Revista Colombiana de Enfermería*.2014; 9 (9) :133-141.
2. Almendros A. Mejorar la adherencia al tratamiento, un reto para los profesionales sanitarios. *Rev. Enfermería Facultativa*. 2014; 197: 15.
3. Infosalus.com (internet).Madrid: Europa Press;2014 (actualizado 23 nov 2015; citado 30 nov 2015). Disponible en: <http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-adherencia-tratamiento-45-tiene-problemas-20151111142107.html>
4. 4. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psico.l [Internet]*. 2011, (fecha de consulta 2 diciembre 2015); 29 (1): 5-11.Disponible en:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>.
5. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97.
6. World Health Organization (WHO) .Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Ginebra. Ed. WHO. Ginebra.2003
7. Desanofiatufarmacia.es (internet). Madrid: Sanofi .2015 (actualizado 23 sept 2015; citado 9 dic 2015). Disponible en: <http://www.desanofiatufarmacia.es/Novidades/Adherencia-reto-para-los-profesionales-asignatura-pendiente-para-los-pacientes.aspx?idpage=5219>
8. Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Butlletí d'informació terapèutica* 2004;16(3):9-14. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esbit304.pdf>
9. Cuenca Boy R, Ortiz de Apodaca Ruiz MA. Incumplimiento terapéutico ambulatorio en ancianos tratados con digoxina. *Aten Primaria* 1998; 21: 302-306.
10. OAT: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento

- (Internet). Madrid: OAT;c2012 [citado 8 diciembre 2015]. Conocenos. [aprox. 2 páginas]. Disponible en: <http://www.oatobservatorio.com/conocenos/>
11. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial Univ. Psychol. Bogotá [Internet] 2006 [fecha de consulta 30 oct 2015]. 5(3): 535-47. Disponible en: <http://www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/459/316>
 12. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública (Internet).2006.(fecha de consulta 11 oct. 2015); 32(3).Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
 13. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28 (5): 113-120.
 14. Martín Gutiérrez L. La investigación en Farmacia Comunitaria al alcance de todos: Programa ADHIERETE. Ponencia presentada en: XIX Congreso Nacional Farmacéutico . Córdoba. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.2014
 15. P o r t a l f a r m a (I n t e r n e t) . Madrid:portalfarma;c2001,(citado 2 diciembre 2015). Estudio Azuaga (aproximadamente 6 páginas).Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/estudioazuaga/Paginas/Estudio-Azuaga.aspx>
 16. Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT). Adherencia al tratamiento en la Comunidad de Madrid. Análisis mediante encuesta poblacional. Madrid.Ed. OAT.2015.
 17. Agirrezabala JR, Aguado M, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I, Armendáriz M, et al. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac.2011; 19(1):1-6.
 18. Martín Alfonso L, Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud, 2004;14 (1): 89-99.
 19. Grau, J.Estrés, salud y enfermedad. En ENSAP (Ed.).Guía de estudio y bibliografía básica. Módulo 7, Maestría de Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP; 2002. p. 123-141.
 20. Sosa Henríquez M y Grupo de Trabajo en Osteoporosis Canario. Las mujeres con fracturas osteoporóticas muestran mayor cumplimiento terapéutico que las no fracturadas. Rev Osteoporos Metab Miner 2014;6:8-3.
 21. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Myfanwy M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) (Internet).2005,(fecha de consulta 15 nov. 2015).Disponible en: <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/76-final-report.pdf>
 22. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedcados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf. Terapéutica del SNS.2011;35 (4):114-128.
 23. Grupo de Trabajo en Hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente con hipertensión arterial. Ed. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial. Madrid. 2015.
 24. Noack K, Cornejo-Contreras G, Noack K, Castillo JA. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012.Rev. ANACEM.2013; 7(2):75-78.
 25. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de Diciembre. BOE núm. 298, de 14/12/1999. Jefatura del Estado. Madrid. España.
 26. wma.net (internet). Paris. whpa.org.[actualizado 14 octubre2013; citado 4 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>
 27. Varela Arévalo MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento Psicológico.2010; 7(14):127-140
 28. Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Rev.av. enferm. 2012;30(2): 67-75.
 29. Rolando Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-

Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev. Med. Hered.2010;21(4);197-201.

30. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Martínez Martínez F, et al. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Aten Primaria. 2011;43 (5):245-253.
31. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe de resultados ADHIERETE. Evaluación del Programa de Servicios Asistenciales al paciente mayor, crónico, polimedcado e incumplidor (Programa ADHIERETE).Madrid. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.2015.
32. Sefh.es (internet). Madrid: sefh.2014 (actualizado 30 sept 2014; citado 8 dic 2015). Disponible en: <http://www.sefh.es/sefhسالaprensa/tmp/6908d0dd564b8c576d77a44fabb85503.pdf>.

Trabajo premiado con accesit. Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Convocatoria 2017. Patrocinio del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia.