

■ ORIGINALES

Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular

Influence of sociodemographics and clinical characteristics in the adherence of pharmacological treatment of patients with cardiovascular risk

M.Á. Rodríguez Chamorro¹, E. García-Jiménez², A. Rodríguez Chamorro³, E.M. Pérez Merino⁴, P. Amariles⁵, F. Martínez-Martínez⁶, M.J. Faus Dader⁷

¹Doctor en Farmacia. Experto universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico por la Universidad de Granada. Farmacéutico comunitario en Talavera de la Reina (Toledo).

²Doctor en Farmacia. Experto universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico por la Universidad de Granada. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR).

³Licenciado en Farmacia. Universidad de Salamanca. Farmacéutico Comunitario en Alcañizo (Toledo).

⁴Doctora en Veterinaria. Profesora ayudante, doctora de la Cátedra de Cirugía. Facultad de Veterinaria. Universidad de Extremadura.

⁵Doctor en Farmacia. Profesor de Farmacología y Farmacia Clínica de la Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia). Responsable del Grupo Promoción y Prevención Farmacéutica de la Universidad de Antioquia. Integrante del GIAF-UGR.

⁶Doctor en Farmacia. Profesor titular de Físico-Química. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Responsable del GIAF-UGR.

⁷Doctora en Farmacia. Catedrática titular de Bioquímica Molecular. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Responsable del GIAF-UGR.

ABREVIATURAS:

HTA: hipertensión arterial; RCV: riesgo cardiovascular; SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

RESUMEN

Introducción: Algunos autores han señalado más de 200 factores y variables relacionados con el incumplimiento, que se deben tener en cuenta si se pretende modificarlo.

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas y clínicas asociadas a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (RCV).

Metodología: A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les hizo una entrevista inicial, que incluyó la recogida de las características sociodemográficas y clínicas y el test de adherencia. Se tomaron y registraron los valores de colesterol total y presión arterial, y se determinó el RCV del paciente. Si el RCV era moderado o alto, el paciente se incluía en el estudio.

Resultados: La adherencia está favorecida por la percepción por parte del paciente del estado de salud como regular, malo o muy malo, por el sexo femenino y por la presencia de algún factor de RCV, como la dislipemia.

Conclusiones: Es necesario considerar las diferentes variables que pueden influir en la adherencia y establecer estrategias individualizadas para luchar contra el incumplimiento del tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Incumplimiento terapéutico, adherencia a la medicación, farmacia comunitaria, riesgo cardiovascular, características sociodemográficas.

Fecha de recepción: 26/03/2012. **Fecha de aceptación:** 24/05/2012.

Correspondencia: Miguel Ángel Rodríguez Chamorro. Luxemburgo, 5, 2.º B. 10005 Cáceres
Correo electrónico: miguelrodriguez@redfarma.org

Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular

Originales

M.Á. Rodríguez Chamorro, E. García-Jiménez, A. Rodríguez Chamorro, E.M. Pérez Merino, P. Amariles, F. Martínez-Martínez, M.J. Faus Dader

ABSTRACT

Introduction: Some authors have pointed out more than 200 factors and variables related to the breach, to be taken into account if it is to change it.

Objective: To identify sociodemographic and clinical characteristics associated with pharmacological treatment adherence in outpatients with cardiovascular risk.

Methodology: Patients who met the inclusion criteria were asked an initial interview, which included collection of demographic and clinical characteristics and the adherence test. Were collected and recorded the values of total cholesterol and blood pressure, and determined the patient's cardiovascular risk. If the cardiovascular risk was moderate or high, the patient was included in the study.

Results: Adherence is favored by the patient's perception of health status as fair, poor or very poor, for the female gender and the presence of any cardiovascular risk factor such as dyslipidemia.

Conclusions: It is therefore necessary to consider the different variables that may influence adherence and set individualized strategies for combating non-compliance with pharmacological treatment.

Keywords: Therapy non-compliance, medication adherence, community pharmacy, cardiovascular risk factors, sociodemographic characteristics.

Introducción

La falta de adherencia a la medicación disminuye los beneficios que aporta la farmacoterapia y está relacionada con un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares¹. Además, puede tener consecuencias importantes en tres aspectos básicos y fundamentales: calidad de vida del paciente, resultados clínicos obtenidos y costes para el sistema sanitario y la sociedad. El incumplimiento representa, por tanto, un problema de salud pública que supone costes injustificados sobre los sistemas sanitarios modernos², por lo que es necesario trabajar para corregirlo y evitar sus consecuencias¹.

Los pacientes incumplidores suelen presentar una serie de causas o barreras que dificultan el correcto cumplimiento de los tratamientos. Conocer estas causas permitiría establecer estrategias que faciliten su corrección y eviten las graves consecuencias que implica el incumplimiento. Así, algunos autores³ indican que se han señalado más de 200 factores y variables relacionados con el incumplimiento, que se deben tener en cuenta si se pretende modificarlo. Estos factores son diferentes en cada paciente, y los diversos estudios³⁻⁹ ofrecen un listado tan distinto y diverso de variables relacionadas con la adherencia que no permiten generalizar un perfil para predecir qué pacientes serán incumplidores.

Objetivos

Identificar las características sociodemográficas y clínicas asociadas a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (RCV).

Metodología

Se trata de un subestudio del EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO¹, ensayo clínico experimental, controlado, aleatorizado, que compara un programa de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) con el proceso habitual en farmacias comunitarias españolas mejorado con educación sanitaria, en las que trabajaban farmacéuticos que realizan SFT, que valora el efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia al tratamiento farmacológico.

La población de estudio estaba formada por pacientes con edades comprendidas entre 25 y 74 años, que acudieron a las farmacias comunitarias durante el periodo de estudio con una receta, a su nombre, de al menos un medica-

M.Á. Rodríguez Chamorro, E. García-Jiménez, A. Rodríguez Chamorro, E.M. Pérez Merino, P. Amariles, F. Martínez-Martínez, M.J. Faus Dader

mento cuya indicación principal fuera la hipertensión arterial (HTA), las dislipemias, la profilaxis cardiovascular, la diabetes mellitus tipo 2 o la enfermedad coronaria, y que tuviesen un RCV alto o moderado. El periodo de estudio fue de 8 meses.

Procedimiento detallado del estudio

A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les pidió autorización para participar en el estudio, se les hizo una entrevista inicial, que incluyó la recogida de las características sociodemográficas y clínicas, y el test de Morisky-Green-Levine¹⁰. Además, se tomaron y registraron los valores de colesterol total y presión arterial, y se determinó el RCV del paciente. Si el RCV era moderado o alto, el paciente era incluido en el estudio (en caso contrario no). Se aplicó un cuestionario sobre el conocimiento¹ del RCV del paciente, y se brindó información oral y escrita sobre prevención cardiovascular¹¹ y cumplimiento farmacoterapéutico.

Los pacientes del grupo control fueron citados a las semanas 16 y 32 de la primera entrevista. En cada una de estas citas se realizó la dispensación de medicamentos, el test de Morisky-Green-Levine¹⁰ y el cuestionario de conocimiento¹, la valoración del colesterol total y la presión arterial, y la actividad educativa sanitaria individualizada¹¹ referida a la prevención cardiovascular y sobre la importancia del cumplimiento farmacoterapéutico. Al grupo de intervención se le aplicó SFT mediante el método Dáder¹², y en cada una de estas citas se realizó la dispensación de medicamentos, el test de Morisky-Green-Levine¹⁰ y el cuestionario de conocimiento¹, la valoración del colesterol total y la presión arterial, y la misma actividad educativa aplicada al grupo control.

Análisis estadístico

Las características iniciales entre grupos se compararon mediante la prueba de la ji al cuadrado para proporciones y porcentajes, y la de la t de Student para variables continuas. La relación entre ser un paciente cumplidor al inicio y al final del estudio se realizó mediante la prueba no paramétrica de McNemar.

Todos los análisis se realizaron utilizando el programa SPSS versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Unos valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos (intervalo de confianza [IC] del 95%).

Resultados

De un total de 87 pacientes, 85 terminaron el estudio, y quedaron distribuidos de forma aleatoria: 41 pacientes en el grupo control y 44 pacientes en el grupo de intervención. Las características sociodemográficas y clínicas iniciales se muestran en la tabla 1, en la que se observa que la asignación aleatoria permitió obtener un balance adecuado en la distribución de ambos grupos por sus características clínicas. La comparación de los pacientes por sus características demográficas y clínicas, acorde con el grupo asignado, no mostró diferencias significativas (tabla 1).

Adherencia

Al comparar los resultados de esta variable entre grupos de asignación, se encontró que respecto al grupo control el grupo de intervención presentó un aumento estadísticamente no significativo del porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo de ser cumplidores, del 10,1% al final del estudio (tabla 2). La categorización de la adherencia indica que la relación entre la adherencia final e inicial en ambos grupos es estadísticamente significativa, lo que sugiere que la población inicial y la final, tanto en el grupo control ($p = 0,001$) como en el grupo de intervención ($p < 0,001$), eran diferentes en este aspecto (tabla 3).

Relación entre la adherencia inicial y final con las características sociodemográficas y clínicas iniciales

En la identificación de variables predictoras de la adherencia inicial, no se identificaron variables sociodemográficas o clínicas favorecedoras. Las variables sociodemográficas o clínicas identificadas como favorecedoras de la adherencia final se indican en la tabla 4.

Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular

Originales

M.Á. Rodríguez Chamorro, E. García-Jiménez, A. Rodríguez Chamorro, E.M. Pérez Merino, P. Amariles, F. Martínez-Martínez, M.J. Faus Dader

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas iniciales

	Grupo de intervención (n= 44)	Grupo control (n= 41)	p
Sexo (♂/♀), n (%)	17 (38,64)/27 (61,36)	23 (56,09)/18 (43,91)	0,622
Edad (años), media ± DE	64,25 ± 9,31	62,71 ± 8,19	0,421
Estudios, n (primarios/secundarios/universitarios)	36/2/6	32/3/6	0,848
Estado civil, n (%) (sin/con pareja)	9 (20,45)/35 (79,55)	8 (19,52)/33 (80,48)	0,914
Percepción de la salud, n (%) (mala/buena)	33 (75)/11 (25)	32 (78,04)/9 (21,96)	0,741
HTA, n (%)	40 (90,41)	39 (95,12)	0,449
Dislipemia, n (%)	26 (59,09)	25 (60,98)	0,859
HTA y dislipemia, n (%)	25 (56,82)	24 (58,54)	0,873
Diabetes mellitus	18 (49,91)	22 (53,66)	0,239
Prevención cardiovascular, n	37/7	30/11	0,218
Primaria/secundaria			
Historia de IAM, n (%)	4 (9,09)	3 (7,32)	0,766

DE: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio.

Tabla 2. Resultados de adherencia entre grupos de asignación

	Grupo de intervención (n= 44)	Grupo control (n= 41)	p
Adherencia, n (%)			
Inicio	30 (68,18)	24 (58,54)	0,362
Final del estudio	42 (95,45)	35 (85,36)	0,114

Tabla 3. Tabla de contingencia adherencia inicial-adherencia final de los grupos de asignación: control o intervención

Grupo de asignación: control o intervención		Adherencia final Cualitativo		Total	p*
		Incumplidor	Cumplidor		
Control: adherencia inicial	Incumplidor	6 (14,63%)	11 (26,84%)	17 (41,47%)	0,001
	Cumplidor	0 (0%)	24 (58,53%)	24 (58,53%)	
	Total	6 (14,63%)	35 (85,37%)	41 (100%)	
Intervención: adherencia inicial	Incumplidor	2 (4,54%)	12 (27,27%)	14 (31,81%)	<0,001
	Cumplidor	0 (0%)	30 (68,19%)	30 (68,19%)	
	Total	2 (4,54%)	42 (95,46%)	44 (100%)	

*Prueba estadística de McNemar.

Discusión

Ninguna de las variables estudiadas presentó relación estadísticamente significativa favorecedora o desfavorecedora de la adherencia inicial. Sin embargo, la variable que más se aproximó a ser favorecedora de la adherencia inicial fue la percepción de un mal estado de salud ($p=0,151$). Es decir, los pacientes que percibían que su salud era mala, en contraposición a los que tenían una salud buena o excelente, presentaron mejor adherencia. Lo mismo ocurre con los pacientes con un RCV alto sin necesidad de valoración, que también percibían su salud como mala,

Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular

Originales

M.Á. Rodríguez Chamorro, E. García-Jiménez, A. Rodríguez Chamorro, E.M. Pérez Merino, P. Amariles, F. Martínez-Martínez, M.J. Faus Dader

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas frente a la adherencia final (variables cualitativas)

Variables, n (%)	Total (n= 85)	Cumplidor (n= 77)	No cumplidor (n= 8)	p*
Sexo				
Mujer	35 (41,18)	29 (37,66)	6 (75)	0,041 (ES)
Varón	50 (58,82)	48 (62,34)	2 (25)	
Nivel educativo				
Sin estudios/primaria	68 (80)	60 (77,92)	8 (100)	0,332
Bachiller	5 (5,88)	5 (6,49)	0 (0)	
Universitario/técnico	12 (14,12)	12 (15,59)	0 (0)	
Estado civil				
Sin pareja	17 (20)	15 (19,48)	2 (25)	0,710
Con pareja	68 (80)	62 (80,52)	6 (75)	
Percepción del estado de salud				
Regular, malo, muy malo	65 (76,47)	62 (80,52)	3 (37,50)	0,006 (ES)
Bueno, excelente	20 (23,53)	15 (19,48)	5 (62,50)	
Fumador inicial				
No	63 (74,12)	58 (75,32)	5 (62,50)	0,431
Sí	22 (25,88)	19 (24,68)	3 (37,50)	
Práctica de ejercicio				
No	22 (25,88)	19 (24,68)	3 (37,50)	0,431
Sí	63 (74,12)	58 (75,32)	5 (62,50)	
Peso inicial				
Normal	8 (9,41)	8 (10,39)	0 (0)	0,597
Sobrepeso	33 (38,82)	30 (38,96)	3 (37,50)	
Obesidad	44 (51,77)	39 (50,65)	5 (62,50)	
Presencia de HTA				
No	6 (7,06)	5 (6,49)	1 (12,50)	0,528
Sí	79 (92,94)	72 (93,51)	7 (87,50)	
Presencia de dislipemia				
No	34 (40)	28 (36,36)	6 (75)	0,034 (ES)
Sí	51 (60)	49 (63,64)	2 (25)	
Presencia de HTA y dislipemia				
No	36 (42,35)	30 (38,96)	6 (75)	0,050
Sí	49 (57,65)	47 (61,04)	2 (25)	
RCV sin necesidad de valoración				
Sin RCV alto	31 (36,47)	27 (35,06)	4 (50)	0,404
RCV alto sin valoración	54 (63,53)	50 (64,94)	4 (50)	
Presencia de diabetes mellitus				
No	45 (52,94)	40 (51,95)	5 (62,50)	0,569
Sí	40 (47,06)	37 (48,05)	3 (37,50)	
Historia de IAM				
No	78 (91,76)	70 (90,91)	8 (100,00)	0,373
Sí	7 (8,24)	7 (9,10)	0 (0,00)	
Condición clínica asociada				
No	78 (91,76)	70 (90,91)	8 (100)	0,373
Sí	7 (8,24)	7 (9,10)	0 (0)	

(Continúa)

Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular

Originales

M.Á. Rodríguez Chamorro, E. García-Jiménez, A. Rodríguez Chamorro, E.M. Pérez Merino, P. Amariles, F. Martínez-Martínez, M.J. Faus Dader

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas frente a la adherencia final (variables cualitativas) (continuación)

Variables, n (%)	Total (n= 85)	Cumplidor (n= 77)	No cumplidor (n= 8)	p*
Tipo de CCA				
Sin CCA	78 (91,76)	70 (90,91)	8 (100)	0,851
IC-HVI	4 (4,71)	4 (5,19)	0 (0)	
CT >320 mg/dL	1 (1,18)	1 (1,30)	0 (0)	
Dislipemia familiar	2 (2,35)	2 (2,60)	0 (0)	
RCV cualitativo inicial				
Moderado	18 (21,18)	16 (20,78)	2 (25)	0,781
Alto	67 (78,82)	61 (79,22)	6 (75)	
Tipo de prevención cardiovascular				
Primaria	67 (78,82)	60 (77,92)	7 (87,50)	0,528
Secundaria	18 (21,18)	17 (22,08)	1 (12,50)	
Forma clínica de ECV				
Sin forma ECV	67 (78,82)	60 (77,92)	7 (87,50)	0,790
IAM	7 (8,24)	7 (9,10)	0 (0)	
Angina de pecho	6 (7,06)	5 (6,49)	1 (12,50)	
Enfermedad cerebrovascular	1 (1,18)	1 (1,30)	0 (0)	
Enfermedad arterial periférica	4 (4,70)	4 (5,19)	0 (0)	

CT: colesterol total; CCA: condición clínica asociada; ECV: enfermedad cardiovascular; ES: estadísticamente significativo; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; IC-HVI: insuficiencia cardíaca-hipertrofia ventricular izquierda; RCV: riesgo cardiovascular.

*Test de la ji al cuadrado. Entre pacientes cumplidores y no cumplidores frente a cada variable.

debido a que padecían algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV) importante. Esto proporcionó una mayor motivación para tomar la medicación y, por tanto, mejorar la adherencia. En este sentido, Evans y Spelman¹³ indican que la percepción de gravedad por parte del paciente, y no la gravedad real, es la que genera mayor adherencia al tratamiento, hecho que coincide con los resultados de nuestro estudio. Esto indica que es necesario que el paciente conozca ampliamente la enfermedad y el tratamiento instaurado para, de esta forma, conseguir que asuma su responsabilidad. En definitiva, se puede resumir en tres niveles: educación, comunicación y motivación.

Las variables sociodemográficas que presentaron una relación estadísticamente significativa favorecedora de la adherencia final fueron el sexo femenino ($p=0,041$), la percepción de la salud como mala ($p=0,006$) y la presencia de dislipemia ($p=0,034$). Por ello, se confirma la percepción de mala salud y la presencia de dislipemia. Es decir, los pacientes que percibieron que su salud era mala o los que presentaron FRCV, como dislipemia o HTA, manifestaron más motivación para tomar la medicación. Además, se encontró que al final del estudio el sexo femenino favorecía la adherencia final. En este caso se produjo una evolución en los pacientes desde la primera comparación con la adherencia inicial hasta la comparación con la adherencia final. Así, se observó que la intervención farmacéutica, tanto en el grupo control como en el grupo de intervención, al que se le realizó SFT por el método Dáder¹², produjo una mejora en la adherencia final, especialmente en el sexo femenino, que a pesar de ser menos numeroso (41%), tuvo mayor motivación, lo que conllevó una mejor adherencia final. De igual forma, los pacientes con mala percepción de su salud o los pacientes con FRCV, como HTA o dislipemia, especialmente, también mostraron una mayor adherencia final, debido a la educación sanitaria recibida.

Es evidente que, aunque algunos de estos factores sociodemográficos (edad, sexo, raza, estado civil, nivel cultural y socioeconómico, situación laboral, religión, etc.) pueden tener alguna influencia en la adherencia, actualmente se acepta, tal como indican algunos autores como García-Jiménez¹⁴, que su influencia es escasa. Además, el estudio de muchos de estos factores en relación con el cumplimiento no se ha abordado en profundidad. Akpa et al.⁶

M.Á. Rodríguez Chamorro, E. García-Jiménez, A. Rodríguez Chamorro, E.M. Pérez Merino, P. Amariles, F. Martínez-Martínez, M.J. Faus Dader

demuestran que el nivel de educación también presenta relación con el cumplimiento, al encontrar que los pacientes con una educación superior eran cumplidores en el 67% de los casos, mientras que los pacientes con estudios primarios sólo lo fueron en el 41%. De igual forma, Lowry et al.¹⁵ relacionan el incumplimiento no intencional con un menor nivel educativo. En nuestro trabajo el nivel educativo no presentó influencia en la adherencia.

Por otra parte, Rigueira García⁵ indica que las características personales, como la edad y el sexo, no parecen ser decisivas en los pacientes españoles para la observancia del tratamiento de diversos procesos patológicos. No obstante, en estudios sobre HTA de más años de seguimiento, como el trabajo de Gil et al.¹⁶, que realizaron un seguimiento de 4 años de la observancia terapéutica de pacientes hipertensos, se ha constatado una mayor tasa de abandonos del tratamiento en pacientes varones jóvenes, lo que también ocurre para la automedicación en general.

Coincidimos con algunos autores¹⁷ que afirman que las mujeres se tratan más y en mejor medida que los hombres. Sin embargo, en los trabajos realizados por Rodríguez et al.¹⁸ y Pedan et al.⁴ se detecta que el sexo femenino presenta un mayor incumplimiento que el masculino, con un porcentaje del 62,86%¹⁸. Por su parte, Feldman y De Tulio¹⁹, Gaitán Benítez et al.²⁰ y Tuesca Molina et al.⁸ tampoco encontraron ninguna asociación relevante del sexo con el cumplimiento. Villafaina y García²¹, en un estudio cuyo objetivo era estimar la utilización racional y responsable de los medicamentos como herramienta terapéutica y/o preventiva, no encontraron diferencias significativas entre sexos, aunque las mujeres presentaron un menor incumplimiento que los hombres, con una diferencia algo menor de tres puntos porcentuales. Igualmente, Camps et al.²², en un estudio sobre el consumo de antiagregantes plaquetarios orales, identifican un mayor porcentaje de mujeres cumplidoras (el 62,9 frente al 52,5%), pero, igualmente, sin diferencias significativas ($p=0,397$), aunque se indica que esta diferencia pudo deberse a que presentaron más apoyo del familiar/cuidador.

Por otra parte, el hecho de que ser paciente mayor de 60-70 años no favoreciera la adherencia final cualitativa pudo estar relacionado con las peculiaridades que caracterizan el uso de los fármacos en los pacientes mayores, que ni asimilaron la educación sanitaria ni se beneficiaron tanto del SFT como los pacientes más jóvenes, debido a la polimedición, la complejidad posológica que ésta conlleva, la depresión y el deterioro cognitivo que pueden presentar los ancianos; así lo corroboran los estudios de Palop y Martínez², Bedell et al.²³, Fernández Lisón et al.²⁴ y Tuesca Molina et al.⁸. Por su parte, Villafaina y García²¹, al comparar el cumplimiento por rangos de edad, no obtienen diferencias entre los distintos grupos, ya que el cumplimiento expresado se mantiene más o menos constante, indicando en sus conclusiones que el cumplimiento terapéutico no depende de la edad.

En otro trabajo norteamericano, Lynch²⁵ afirma que los costes de los medicamentos son la primera causa de incumplimiento en los ancianos. Muchos ancianos tienen bajos ingresos anuales y poco activo contable. Y aunque algunos reciben una ayuda especial para el pago de la medicación, muchos otros tienen gastos corrientes significativos. Por ello, esta incapacidad para pagar los medicamentos es una importante causa de falta de adherencia en los ancianos, y se ha asociado con episodios adversos, hospitalizaciones agudas e ingresos en clínicas geriátricas. En nuestro estudio no se consideró el coste de la medicación, debido a las peculiaridades de nuestro sistema sanitario, coincidiendo con Mateos y Camacho²⁶, que indican que aunque este tipo de incumplimiento se ha relacionado con motivos económicos, hasta ahora en España este motivo no parece ser un factor determinante de la falta de adherencia al tratamiento en los ancianos. Sin embargo, la próxima aparición del copago de los pacientes pensionistas podría tener influencia en el incumplimiento del paciente anciano, como se indica en el trabajo de Lynch²⁵.

Conclusiones

La adherencia está favorecida por la percepción por parte del paciente de su estado de salud como regular, malo o muy malo, por el sexo femenino y por la presencia de algún FRCV, como la dislipemia. Por tanto, es necesario considerar las diferentes variables que pueden influir en la adherencia y establecer estrategias individualizadas para luchar contra el incumplimiento del tratamiento farmacológico.

M.Á. Rodríguez Chamorro, E. García-Jiménez, A. Rodríguez Chamorro, E.M. Pérez Merino, P. Amariles, F. Martínez-Martínez, M.J. Faus Dader

Bibliografía

- Rodríguez Chamorro MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO) [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2009.
- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004; 28(5): 113-120.
- Montero Torrejón JC, Herrera Carranza J. Cumplimiento terapéutico de la prescripción de medicamentos. En: Herrera Carranza J, ed. Manual de farmacia clínica y atención farmacéutica. Madrid: Elsevier, 2003; 471-490.
- Pedan A, Varasteh L, Schneeweiss S. Analysis of factors associated with statin adherence in a hierarchical model considering physician, pharmacy, patient, and prescription characteristics. J Manag Pharm. 2007; 13(6): 487-496.
- Rigueira García AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? Aten Primaria. 2001; 27: 559-568.
- Akpa MR, Agomuo DI, Odiá OJ. Compliance among hypertensive patients in Port Harcourt, Nigeria. Niger J Med. 2005; 14: 55-57.
- Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murria MD. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. Pharmacotherapy. 2006; 26(4): 483-492.
- Tuesca Molina R, Guallar Castellón P, Banegas Banegas JR, Graciani Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gac Sanit. 2006; 20(3): 220-227.
- Mann DM, Allegarante JP, Natarajan S, Halm EA, Charlson M. Predictors of adherence to statins for primary prevention. Cardiovasc Drugs Ther. 2007; 31.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40(8): 413-418.
- Amariles P, Machuca M, Sabater D, Faus MJ. Actuación farmacéutica en prevención cardiovascular. Dispublic. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Madrid-España, 2006; 68 [citado en agosto de 2011]. Disponible en: www.atencionfarmaceutica-ugr.es
- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: método Dáder (3.ª revisión, 2005). Pharma Pract. 2006; 4(1): 44-53.
- Evans L, Spelman M. The problem of non-compliance with drug therapy. Drugs. 1983; 25: 63-76.
- García-Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2003.
- Lowry K, Dudley T, Oddone E. Intentional and unintentional non adherence to antihypertensive medication. Ann Pharm. 2005; 39: 1.198-1.203.
- Gil V, Martínez JL, Muñoz C, Alberola T, Belda J, Merino J. Estudio durante cuatro años de la observancia terapéutica de pacientes hipertensos. Rev Clin Esp. 1993; 193: 351-356.
- Fernández Martínez I. La importancia de la observancia terapéutica en los tratamientos crónicos vasculares. Curso para farmacéuticos sobre los factores de riesgo cardiovascular y su control. Documento Docente. Madrid: Novartis, Proyecto Farmacias, 2004.
- Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García-Jiménez E. Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. Pharm Care Esp. 2006; 8(2): 62-68.
- Feldman JA, De Tulio PL. Medication non compliance: an issue to consider in the drug selection process. Hosp Formul. 1994; 29: 204-211.
- Gaitán Benítez MM, Gracia Sánchez MC, Navarro González D. Estudio sobre el cumplimiento terapéutico del paciente hipertenso que acude a tres farmacias comunitarias. Pharm Care Esp. 2009; 11(1): 13-20.
- Villafaina Barroso A, García García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. Pharm Care Esp. 2009; 11(1): 3-12.
- Camps Soler A, Busquets Gil A, García-Jiménez E, Moreno López A. Uso de antiagregantes plaquetarios orales en una farmacia rural de Girona. Farmacéuticos Comunitarios. 2009; 1(1): 7-12.
- Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y, et al. Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. Arch Intern Med. 2000; 160(14): 2.129-2.134.
- Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedcados. Farm Hosp. 2006; 30: 280-283.
- Lynch T. Medication costs as a primary cause of non adherence in the elderly. Consult Pharm. 2006; 21(2): 143-146.
- Mateos Campos R, Camacho Álvarez M. Incumplimiento de la prescripción en atención primaria en el medio rural. Aten Primaria. 1997; 19: 41-46.