

**María García Medina**

**MAGNITUD DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO DE  
LOS PACIENTES PCC EN AREA DE SALUD SP Y SP**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Dirigido por la Dra. Silvia López**

**Grado de Enfermería**



**Tarragona**

**2015**

# INDICE

1. INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO DEL TEMA.....	3
¿Qué se entiende por cumplimiento farmacológico?.....	3
¿Qué se entiende por incumplimiento?.....	4
¿Qué es un PCC?.....	5
Criterios de inclusión de estos pacientes.....	5
Características definitorias y diferenciadores de PCC.....	6
Conceptos claves:.....	6
Polimedicación.....	6
Pluripatología.....	6
¿Qué se entiende por ABS?.....	6
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	8
Objetivo principal:.....	8
Objetivos específicos:.....	8
3. METODOLOGÍA.....	8
Diseño:.....	8
Ámbito y periodo:.....	8
Sujeto del estudio:.....	9
Lugar de recogida de datos.....	9
Material y procedimiento de recogida de datos:.....	9
4. CRONOGRAMA DEL TRABAJO .....	10
5. ANALISIS DE RESULTADOS .....	11
Características de la población en estudio.....	11
Definición de las variables de estudio:.....	11
Relación entre distintas variables.....	26
RELACIÓN GENERO- ADHERENCIA.....	26
RELACIÓN ATDOM-ADHERENCIA.....	27
RELACIÓN NÚMERO DE FARMACOS -ADHERENCIA.....	28
6 .RESULTADOS.....	29
7.DISCUSIÓN.....	30
8.AGRADECIMIENTOS.....	31
9.BIBLIOGRAFIA.....	31
10.ANEXOS.....	33

## 1. INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO DEL TEMA

Son muchos los estudios que ponen de manifiesto la magnitud del problema que presenta la falta de adherencia al tratamiento, dando lugar a altos índices de morbilidad y mortalidad, ya que se estima, que en nuestro país existe entre un 40-70% de incumplimiento. Por eso cualquier profesional de la salud, deberá tener en consideración este aspecto, y será de gran utilidad investigar más acerca de él.(1)

El profesional puede hacer que el paciente entienda la necesidad de cumplir su tratamiento, de los riesgos que conlleva este, de sus beneficios; pudiendo llegar a conocer más de cerca su entorno familiar, sus problemas de salud mediante una entrevista farmacológica, la cual permitirá obtener información sobre el uso y tratamiento de toda la medicación que utiliza, identificando así los problemas que llevan a la falta de adherencia de la misma.

La información y seguimiento farmacológico es una necesidad en la sociedad y el profesional sanitario debe ocuparse en la medida de lo posible de garantizar el uso racional del medicamento y de asegurarse que la toma de este se está realizando de forma correcta facilitando al paciente todo lo que este a su alcance para que este también colabore.(2)

Además el incumplimiento ha representado un coste significativo en los sistemas de atención primaria, ya que estos mayoritariamente están asociados a recaídas en las enfermedades, repetición de visitas a la consulta, así como hospitalizaciones. Una buena comunicación entre el profesional y el paciente permitiría potenciar esta adherencia y disminuir el número de recaídas.(2)

Por lo tanto el objetivo de este proyecto está encaminado a estudiar la magnitud del cumplimiento farmacológico en un tipo especial de pacientes que son aquellos considerados como, pacientes crónicos complejos, definidos como PCC.

Para poder conocer más de cerca el tema nombrado debemos tener claro unos aspectos en concreto.

### ○ ¿Qué se entiende por cumplimiento farmacológico?

No existe un concepto universal que defina lo que entendemos sobre cumplimiento farmacológico; pero según la Sociedad Española de Medicina, se define como *“la media en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico u otro profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional sanitario y la realización por parte del paciente, realizadas estas tras una decisión completamente razonada por este último”* (3) y según la OMS *“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 de un prestador de asistencia sanitaria".(4,5)*

Según la Sociedad Española de Medicina, se estima que el incumplimiento afecta al 50 % de los pacientes con tratamientos crónicos, y que la causa mas frecuente de este incumplimiento son los olvidos en la toma de medicación. También se han observado con mayor frecuencia en pacientes con edad avanzada , mujeres y pacientes con depresión.

Autores como Haynes , lo definía como *"el grado de la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, y que coincide con las instrucciones del personal de la salud",(6)*

◦ **¿Qué se entiende por incumplimiento?**

Muchas son las definiciones aportadas acerca de la definición de incumplimiento,autores como Iñesta lo definían como *"el fallo de los pacientes en cumplir las instrucciones del médico para tratar su enfermedad"(6).*

Segun el *National Council for Patient Information and Education(Consejo Nacional de Educación e Información al Paciente)*las cinco formas mas habituales de incumplimiento son:(7)

1. No recoger de la farmacia la prescripción
2. Tomar una dosis incorrecta
3. Tomas el medicamento en pautas erróneas
4. Olvidar dosis
5. Abandonar antes de tiempo el tratamiento

El incumplimiento puede darse de dos formas:

- Intencionado: En el cual los pacientes toman decisiones conscientes, acerca de su tratamiento.(7)
- No intencionado: En el cual los pacientes quieren cumplir , pero existen una serie de razones que se lo imponen.(7)

Por tanto el incumplimiento farmacológico o falta de adherencia a l tratamiento, es un problema importante que puede afectar a la salud de los pacientes y a la calidad de vida, lo que se estima que es una de las principales causas del fracaso de los tratamientos.

Una vez hecha una pequeña introducción de lo que se puede entender por cumplimiento e incumplimiento farmacológico,realizaremos una breve explicación sobre lo que se entiende por Paciente Crónico Complejo (PCC),puesto que es el paciente al que va destinado este estudio.(7)

### ◦ ¿Qué es un PCC?

Es un paciente con multimorbilidad o enfermedad o condición única que comporta gestión clínica difícil.(8)

Es definido para un determinado perfil de presentación de la cronicidad. Este colectivo de personas se presentan alrededor del 3-4% de la población. Tanto desde Cataluña como desde otras comunidades autónomas se han implantado estrategias destinadas a la atención especializada de este grupo de individuos, los cuales padecen enfermedades crónicas.(8)

El objetivo principal que tienen estos planes es mejorar la asistencia, los resultados de la salud, la utilización de servicios, mejorar la calidad de vida, y que el paciente este satisfecho con la gestión de su salud.

Entre las patologías más prevalentes que se da en este grupo de individuos se identifican dos grandes perfiles clínicos:

- Presencia de diversas enfermedades crónicas de manera simultánea, como pueden ser la diabetes, hipertensión...
- Presencia de enfermedades que se encuentra en situación clínica grave y que cursan con insuficiencia o claudicación de algún órgano o sistema (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC))

También incluiremos dentro de PCC, un grupo de pacientes que sin presentar las enfermedades anteriormente nombradas, presentan situaciones que requieren ser consideradas dentro del perfil.(9)

- En el ámbito de Salud mental, trastorno mental grave
- Demencia de proceso de evolución, siempre y cuando se considere dentro de la multimorbilidad.

La identificación desde la atención primaria, de estas situaciones de riesgo permite adoptar una serie de medidas preventivas a las cuales se pueden anticiparse y seleccionar a estos pacientes y poder incorporarlos a un programa de atención específico.(8,9)

### Criterios de inclusión de estos pacientes

- Mayor de 4 ingresos no programados en el último año
- Polimedicados mayor o igual de 6 fármacos
- Fragilidad: Barthel menor de 90, Pfeiffer mayor de 3, TIRS mayor o igual de 1
- Pacientes con capacidad para responder al cuestionario sin dificultad. (Consultado previamente con mi enfermera tutora.(8,9)

### Características definitorias y diferenciadores de PCC

- Alta probabilidad de padecer crisis en la evolución natural de estas enfermedades crónicas

- Requieren seguimiento y vigilancia en el tiempo
- Alta utilización de servicios hospitalarios urgentes
- Muy amenudo ,la situación de la enfermedad es progresiva , avanzada y con pronóstico de vida limitado.
- Utilizan un elevado consumo de recursos y de fármacos, no siempre indicados, con efectos secundarios e interacciones.
- Normalmente, para la gestión de estos pacientes se requiere la participación de mas un profesional(8,9)

La condición del paciente puede ir acompañada de una fragilidad básica, como el riesgo de pérdida funcional o la prediscapacidad.(8,9)

#### **Conceptos claves:**

- **Polimedicación**

El paciente polimedicado es aquel individuo que sigue un tratamiento farmacológico de 6 o mas medicamentos según fuentes del Sistema Nacional de Salud (SNS) .Según la Organización Mundial de la Salud ( OMS), una persona se considera polimedicada si toma 4 o mas medicamentos diferentes para su salud. En vista de esta disparidad de criterios, se decide utilizar el criterio propuesto por los docentes de atención primaria, que consideran que puede considerarse polimedicación todo aquel paciente que toma 10 o mas medicamentos. (10)

- **Pluripatología**

Existe situación de pluripatología en todos aquellos pacientes que padecen 2 o mas enfermedades crónicas con síntomas interrelacionados y parecido grado de complejidad.(10)

- **¿Qué se entiende por ABS?**

Se entiende como la unidad territorial elemental a través de la cual se organizan los servicios de atención primaria de salud.(11)

Su limitación se determina en función de factores geográficos, sociales y epidemiológicos, particularmente en función de la accesibilidad de la población a los servicios y de la eficiencia en la gestión de recursos sanitarios.(11)

La atención primaria de Salud de la población de una misma ABS esta asignada a un equipo de atención primaria (EAP) formados por médicos generales , pediatras, enfermeras , auxiliares de enfermería, asistentes sociales, y personal no sanitario.(11)

En el territorio de cada ABS, se localiza el centro de atención primaria CAP,y en el ámbito rural además los consultorios.(11)

El centro de atención primaria (CAP) es el primer lugar donde hay que ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir de alguna enfermedad. Ofrece asistencia sanitaria y social, y servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa rehabilitadora.

El CatSalud asigna a todos los ciudadanos y ciudadanas un equipo de atención primaria y un CAP de referencia según el lugar de residencia. En los pueblos más pequeños, sin CAP, la atención primaria se ofrece en los consultorios locales.(11)

En los CAP se encuentra:

- El equipo de atención primaria.
- La unidad de atención al usuario.
- Otras consultas de atención especializada y servicios de diagnóstico por imagen, en alguno de los centros.

El consultorio local es un centro de las áreas rurales donde el equipo de atención primaria se desplaza para ofrecer la atención sanitaria básica. Algunos servicios de atención primaria y de ámbito comunitario sólo se ofrecen desde el CAP.(11)

El equipo de atención primaria (EAP) es el conjunto de profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y de atención al ciudadano, preparado para ofrecer una atención integral que incluye la atención y la promoción de la salud y la educación en los hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la orientación en la asistencia social.(9,11)

Cada equipo da servicio a una población de referencia. El área básica de salud (ABS) es el ámbito territorial de referencia de un equipo de atención primaria. El equipo está ubicado en el CAP, y se desplaza a los consultorios locales que forman parte del ABS.(9,11)

Cuando el problema de salud requiere unos servicios o una atención que desde el CAP no se pueden ofrecer, el equipo de atención primaria hace una interconsulta al recurso asistencial más adecuado en cada caso (otros servicios especializados, pruebas diagnósticas, etc.)

Los ciudadanos y ciudadanas pueden cambiar sus profesionales de referencia (médicos de familia, pediatras y enfermeros) dentro de su equipo de atención primaria y también pueden hacer libre elección de centro y de equipo.(11)

## **2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **o Objetivo principal:**

- Conocer acerca del cumplimiento terapéutico de los pacientes del CAP San Pere y San Pau durante el año 2014- 2015 .

### **o Objetivos específicos:**

- Averiguar si el sexo esta relacionado con el cumplimiento terapéutico.
- Indagar si el numero de fármacos influye en lo referente a la adherencia .

- Saber sobre , si el hecho de que sean ATDOM influye en el cumplimiento o no del tratamiento.

### **3. METOLOGÍA**

#### ◦ **Diseño:**

Este trabajo es un estudio **observacional, descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo**, ya que el objetivo general es determinar que porcentaje de la muestra estudiada cumple la medicación prescrita , para ello, se ha necesitado partir de la base de datos recogidas de pacientes catalogados como PCC, y de entrevistas realizadas a estos. Se trata de un proyecto que tiene en cuenta diferentes variables:

- Sexo: hombre o mujer
- Edad
- Diagnósticos :
  - HTA:(Hipertensión arterial):si /no
  - DM: (Diabetes Mellitus):si/no
  - IC:(Insuficiencia Cardiaca):si/no
  - EPOC:(Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica):si/no
- Atención Domiciliaria(ATDOM):si/no
- Número de fármacos
- Número de ingresos

#### ◦ **Ámbito y periodo:**

El estudio se ha realizado durante el periodo de tiempo de 1 de Octubre al 10 de Mayo del año 2014-2015 . La recogida de datos se ha realizado, entre el 17 de octubre y el 8 de diciembre en el Área Básica de Salud del barrio de San Pere y San Pau, situado en la ciudad de Tarragona, el cual pertenece al ABS de Tarragona 5 , actualmente es el segundo barrio mas grande la ciudad, con una población aproximada de unos 15.967 habitantes.

Este centro cuenta con una atención continuada de 8 de la mañana a 8 de la tarde (de lunes a viernes) y de 9 de la mañana a 3 de la tarde el sábado. Fuera del horario específico la atención continuada se hace en el CAP Ciudad de Tarragona al Cap de Murallas.

#### ◦ **Sujeto del estudio:**

El estudio esta hecho a partir de la muestra de 20 pacientes catalogados como PCC. La población estudiada es una muestra secuencial de pacientes considerados como PCC,de un total de 90 pacientes, estipulados dentro del cupo de pacientes de mi enfermera tutora , pertenecientes al Área Básica de Salud de San Pere y San Pau .El muestreo fue intencionado , acotado por

aquellos pacientes que tenían capacidades suficientes para poder responder al cuestionario sin dificultad, previamente comentado con mi enfermera tutora , ya que no se realizó ninguna valoración cognitiva previa . Se seleccionaron los que estaban dispuestos a responder el cuestionario. De los 30 que me planteé , solo 20 quisieron participar dentro del estudio, se han excluido un tipo de pacientes, que son etiquetados como, MACA (Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada) ,ya que presentan un pronóstico de vida limitado y requieren otros cuidados mas destinados a técnicas paliativas .

- **Lugar de recogida de datos**

La recogida de datos se realizó bien durante el periodo de consulta, en el cual se les explicaba el estudio y se realizaban las preguntas entrelazadas en la conversación, o bien, aprovechando la visita al domicilio.

- **Material y procedimiento de recogida de datos:**

El material utilizado principalmente para basarme en este estudio, ha sido el test de Morisky-Green ,que me ha ayudado a determinar los datos necesarios para poder realizar una determinada hipótesis.

La recogida de datos se realizó de la siguiente forma.

Primero de todo, se pidió una autorización al centro Sanitario para poder desarrollar allí el estudio. Una vez dada la autorización, se elaboraron consentimientos informados, los cuales se les distribuyeron a cada uno de los pacientes.

Posteriormente, se les informaba del estudio que se estaba realizando, para ello se les pedía, que firmasen un consentimiento informado conforme estaban de acuerdo con ello; y mas tarde se procedió a la recogida de los datos.

La entrevista consistía en una entrevista cara a cara con el paciente, esta entrevista era no estructurada, es decir, sin un guion previo, pero teniendo en cuenta los datos que quería obtener, y construyendo la entrevista a medida que iba avanzando la conversación, tenía como referencia para basarme en la recogida de datos el test de Morisky -Green, que a continuación explicare.

Es un test sencillo ,suficiente y aplicable a todos los pacientes. Este método está validado para diversas enfermedades crónicas y está destinado para valorar el cumplimiento de la medicación. Además es un test validado por la atención primaria.

Consiste en una serie de cuatro preguntas con respuesta dicotómica si/no que refleja la conducta del enfermo respecto a su tratamiento farmacológico . Se pretende valorar si este refleja actitudes correctas con relación al tratamiento de su enfermedad , se entiende que si estas actitudes son incorrectas el paciente se considera incumplidor .

Las preguntas que deben realizarse, estarán entremezcladas en la conversación como hemos comentado anteriormente, y estas serán:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Es descuidado en la hora en la que se toma la medicación?
- Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal deja de tomarla?

Con esto se podrá saber si el paciente es cumplidor, dependiendo de como responda a las preguntas planteadas.

Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento, aquellos quienes contestan **NO** a las cuatro preguntas y no cumplidores aquellos que contesten **SI** a una o mas.(12)

Una vez recogidos los datos imprescindibles para mi estudio , me he ayudado de otros datos extras recogidos de la base de datos del CAP extraídos del programa ECAP de los usuarios seleccionados, para poder desarrollar mi objetivos específicos. .

Se extrajeron datos tales como; el sexo ,la edad, nº de fármacos que tomaban, las patologías que presentaban y si eran considerados ATDOM . Con ello se consiguió mayor información para poder completar mi estudio.

Los datos han sido analizados siempre teniendo en cuenta la metodología enfermera.

#### 4. CRONOGRAMA DEL TRABAJO

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN AÑO 2014-2015									
		Octubre	Noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo
1	Título y resumen								
2	Introducción								
3	Metodología								
4	Resultados								
5	Discusión								
6	Conclusión								
7	Diseño artículo								

#### 5. ANALISIS DE RESULTADOS

La información obtenida fue codificada en una matriz denominada Microsoft excell , mientras que para analizarlo se empleó el programa estadístico PSPP, el cual permitió tabular los datos y realizar la representación gráfica de los resultados más significativos e inherentes a la población en estudio.

- **Características de la población en estudio**

La muestra consto de 20 pacientes, etiquetados en el programa PCC, que son residentes del barrio San Pere y San Pau de Tarragona y acuden al centro de atención primaria del mismo barrio, durante los meses de octubre a diciembre.

- **Definición de las variables de estudio:**

**Variables independientes:**

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Adherencia al tratamiento	Según la Sociedad Española de Medicina <i>“la media en que el paciente asume las normas o consejos dados por el medico u otro profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional sanitario y la realización por parte del paciente, realizadas estas tras una decisión completamente razonada por este ultimo”</i>	Según autores y publicaciones se consideran adherentes, a quienes contesten NO , a las cuatro preguntas , y no adherentes a quienes contesten SI a una o más.

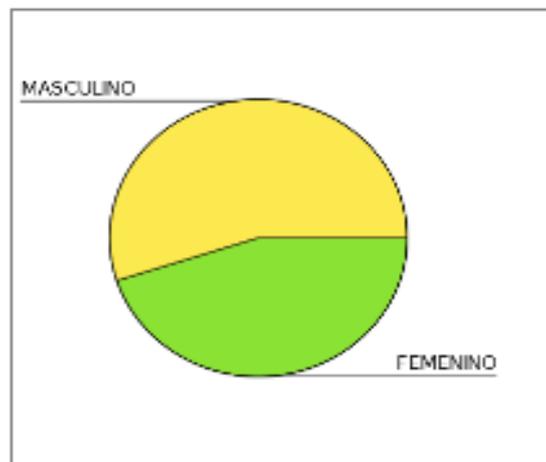
**Variables dependientes :**

DEFINICIÓN	NOMINAL	OPERACIONAL
Sexo	Condición orgánica que distingue a la mujeres de los hombres	Masculino Femenino
Edad	Años cumplidos en la fecha en que son encuestados.	Adulto: de 20- 65 años Adulto mayor :mas de 65 años.
Numero de fármacos	Cantidad de fármacos que ingieren en su tratamiento	
Atención domiciliaria (ATDOM)	Personas que necesitan atención domiciliaria para ser tratados	SI: Si la necesitan No :No la necesitan
HTA	Según la OMS” trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta “(13)	SI: Si tienen la enfermedad NO :No tienen la enfermedad
DM	Según la OMS “es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no	SI: Si tienen la enfermedad NO :no tienen la enfermedad

	utiliza eficazmente la insulina que produce. (13)	
IC	Según el instituto nacional de cardiología se entiende por ic” es la incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes más adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo.(13)	SI: Si tienen la enfermedad NO :No tienen la enfermedad
EPOC	Según la OMS “designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. (13)	SI: Si tienen la enfermedad NO :No tienen la enfermedad

- **Sexo :**

**Gráfico 1: Distribución según sexo de la población estudiada.**



En el gráfico 1 podemos observar que la mayor parte de población corresponde a al sexo masculino (55%), respecto a un 45% se sexo femenino.

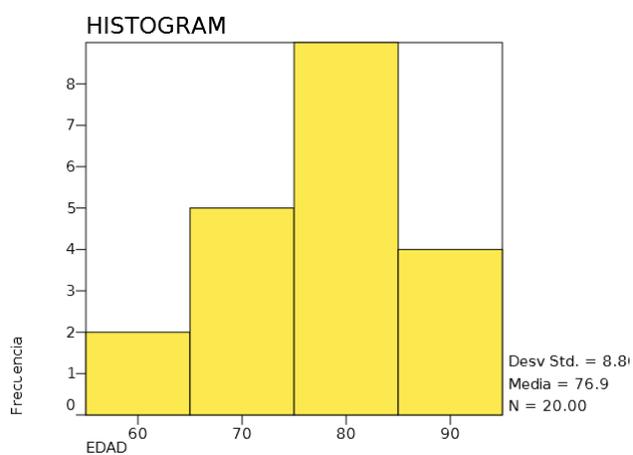
**Tabla 1. Porcentaje de población estudiada según sexo.**

sexo	Frecuencia	Porcentaje	
MASCULINO	N=11	55%	11(55)
FEMENINO	N= 9	45%	9(45)

- **Edad:**

**La edad media de la muestra fue 76.90**

**Grafico2. Distribución de la muestra estudiada según edad.**



**Según podemos observar en el gráfico 2, la población que mas abunda en el estudio es la comprendida en los 80 años, obteniendo una media de edad de 76,90.**

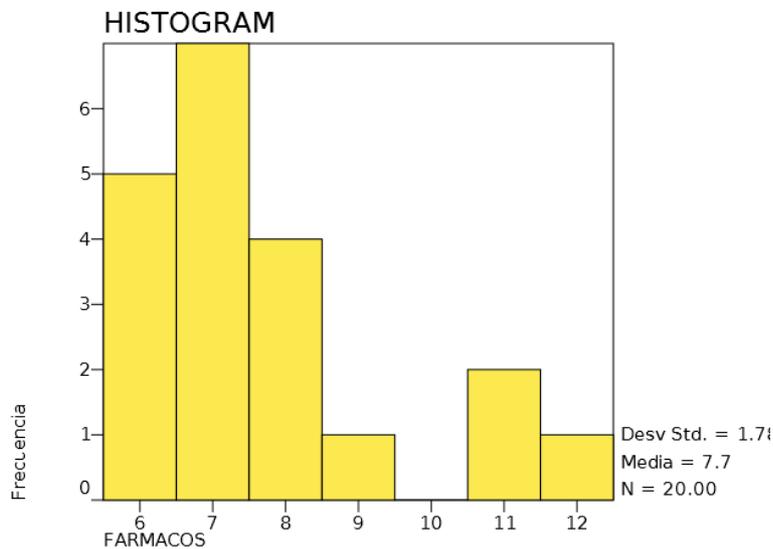
**Tabla 2. Edad media y d. estándar de la muestra a estudiar.**

EDAD	
MEDIA	76,90
DESVIACION ESTANDAR	8,80

**La distribución es no normal. La población de estudio tiene una edad (76,90+-8,80).**

- Numero de fármacos

**Grafico3. Distribución del número de fármacos tomados de la población en estudio.**



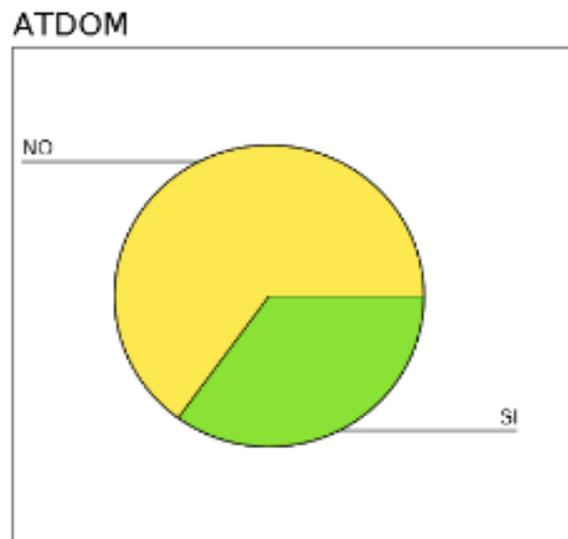
**En el gráfico 3 podemos observar que la media de fármacos tomados por persona estudiada es de 7,70.**

**Tabla 3. Media de fármacos tomados y d. estándar.**

NUMERO DE FARMACOS	
MEDIA	7,70
DESVIACION ESTANDAR	1,78

**La distribución es no normal. La población de estudio toma fármacos (7,70+-1,78)**

- **Atención domiciliar(ATDOM)**



**Gráfico 4. Distribución de la personas estudiadas que requieren atención domiciliar**

**Según se puede observar en el gráfico 4 , un 35%(n=7)requieren atención domiciliar , respecto a un 65%(n=13) que no.**

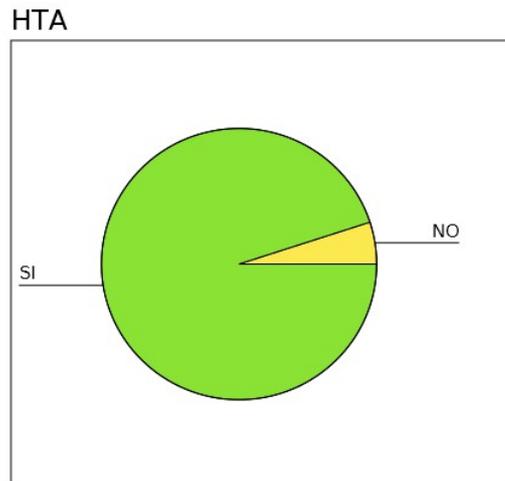
**Tabla. 4 Porcentaje de población según requerimiento de atención domiciliaria**

ATDOM	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
<b>NO</b>	13	65%	13(65)
<b>SI</b>	7	35%	7(35)

La distribución es no normal.

- Hipertensión arterial.

**Grafico5. Distribución de la personas según posean o no HTA.**



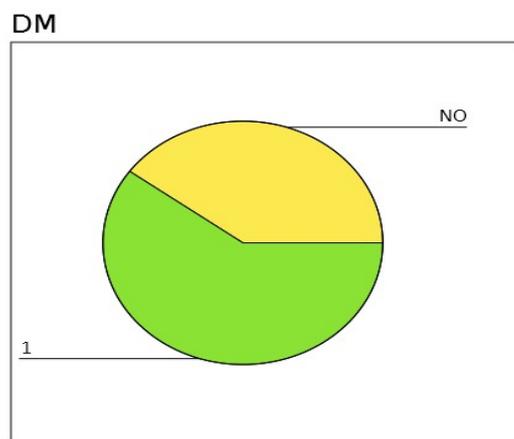
En el gráfico 5 se observa que un 95%(n=19), presentan la enfermedad, respecto a un 5%(n=1) que no.

Tabla 5. Porcentaje de la población que presenta o no HTA.

HTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
SI	19	95%	19(95)
NO	1	5%	1(5)

- **Diabetes Mellitus**

Gráfico 6. Distribución de las personas según posean o no DM.



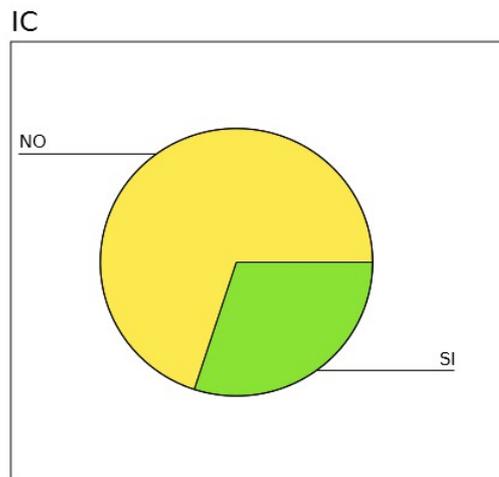
En el gráfico 6 se puede observar que un 40%(n=8) no poseen la enfermedad , con respecto a un 60%(n=12) que si la poseen.

Tabla 6. Porcentaje de a población que presenta o no DM.

DM	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
NO	8	40%	8(40)
SI	12	60%	12(60)

- **Insuficiencia Cardíaca**

Gráfico 7. Distribución según posean IC o no .



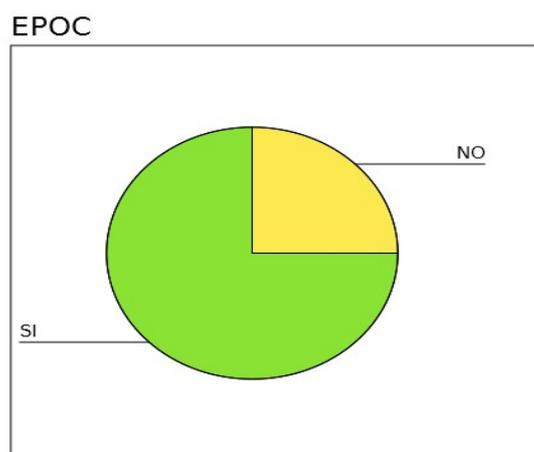
En el gráfico 7 se puede observar que un 30%(n=6) posee la enfermedad , con respecto a un 70%(n=14) que no la posee.

Tabla 7. Porcentaje de la población que presenta o no IC.

IC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
SI	6	30%	6(30)
NO	14	70%	14(70)

- Enfermedad Pulmonar obstructiva.

En el gráfico 8 . Distribución según posea EPOC o no.



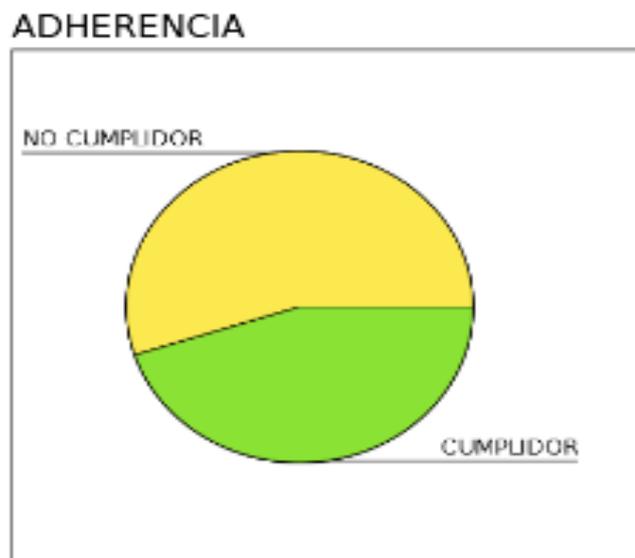
En el gráfico 8 se puede observar que un 75%(n=15) poseen la enfermedad, con respecto a un 25%(n=5) que no la posee.

Tabla 8 . Porcentaje de la población que presenta EPOC.

EPOC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
SI	15	75%	15(75)
NO	5	25%	5(25)

- Adherencia farmacológica

Gráfico 9. Distribución según adherencia o no.



En el gráfico 9 podemos observar que UN 55%(N=11)es no cumplidor , con respecto a un 45%(n=9) que si que lo es.

Tabla 9. Porcentaje de cumplidor y no cumplidor del tratamiento farmacológico.

ADHERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
NO	N=11	55%	11(55)
SI	N=9	45%	9(45)

En la tabla 10. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas ,como resultados del Test de Morisky-Green , el cual posee dos posibles respuestas (si/no), siendo SI , indicación de no adherencia al tratamiento , mientras que NO , indica adherencia .

Test de MORISKY- GREEN	FRECUENCIA /PORCENTAJE	
<b>PREGUNTA 1:</b> Se olvida alguna vez de tomar su medicación?	<b>CORRECTA</b> 18 (90%)	<b>INCORRECTA</b> 2(10%)
<b>PREGUNTA 2:</b> ¿Es descuidado con la hora en la que se toma la medicación?	<b>CORRECTA</b> 11(55%)	<b>INCORRECTA</b> 9(45%)
<b>PREGUNTA 3:</b> Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlo?	<b>CORRECTA</b> 15(75%)	<b>INCORRECTA</b> 5(25%)
<b>PREGUNTA 4:</b> Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarlo?	<b>CORRECTA</b> 14(70%)	<b>INCORRECTA</b> 6(30%)
<b>Total</b>	<b>20(100,00%)</b>	

En la tabla 10 se puede observar que la pregunta que mas respuestas incorrecta ha recibido ,ha sido , la de “si son descuidados a la hora de tomar la medicación”, contestando un 45% (n=9) de forma incorrecta , respecto a un 55%(n=11) de forma correcta.

○ Relación entre distintas variables.

En los siguientes apartados, se realizará una comparación de la adherencia ;según sexo , edad y numero de fármacos tomados.

Para poder averiguar si existe o no una relación entre ambas variables .

<u>GENERO</u>	<u>ADHERENTE</u>	<u>NO ADHERENTE</u>	<u>TOTAL</u>
<u>MASCULINO</u>	4(36.36%)	7(63.64%)	11(55%)
<u>FEMENINO</u>	5(55.56%)	4(44.94%)	9(45%)
<u>TOTAL</u>			20(100%)

**RELACIÓN GENERO- ADHERENCIA**

**Tabla 11. Porcentaje relación genero-adherencia**

Pruebas Chi-cuadrado.

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Df</u>	<u>Sig. Asint. (2-colas)</u>	<u>Sig. Exact. (2-tailed)</u>	<u>Sig. Exact. (1-tailed)</u>
<u>Chi-cuadrado de Pearson</u>	.74	1	.391		
<u>Razón de Semejanza</u>	.74	1	.390		
<u>Prueba exacta de Fisher</u>				.653	.342
<u>Corrección de continuidad</u>	.17	1	.684		
<u>Asociación Lineal-by-Lineal</u>	.70	1	.403		
<u>N de casos válidos</u>	20				

Tal y como se puede observar en la **tabla 11**, de los 9 pacientes del sexo femenino, 5 son adherentes ,mientras que 4 no. En el caso del sexo masculino, de los 11 hombres , 4 son adherentes, mientras que 7 no son adherentes.

Puesto que la muestra es no normal ,no se puede utilizar el chi cuadrado, entonces debemos fijarnos en la prueba de Fisher , como” p “tiene un valor de 0.653 (superior a 0,05), quiere decir que no existen diferencias significativas entre el sexo y la adherencia o no ,al tratamiento.

### **RELACIÓN ATDOM-ADHERENCIA**

<b>ATDOM</b>	<b>ADHERENTE</b>	<b>NO ADHERENTE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>SI</b>	<b>3(42,86%)</b>	<b>4(57,14%)</b>	
<b>NO</b>	<b>6(46,15%)</b>	<b>7(53,85%)</b>	
<b>TOTAL</b>			<b>20(100%)</b>

**Tabla 12 .Porcentaje relación atdom- adherencia**

Pruebas Chi-cuadrado

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Df</i>	<i>Sig. Asint. (2-colas)</i>	<i>Sig. Exact. (2-tailed)</i>	<i>Sig. Exact. (1-tailed)</i>
<u>Chi-cuadrado de Pearson</u>	.02	1	.888		
<u>Razón de Semejanza</u>	.02	1	.888		
<u>Prueba exacta de Fisher</u>				<b>1.000</b>	.630
<u>Corrección de continuidad</u>	.00	1	1.000		
<u>Asociación Lineal-by-Lineal</u>	.02	1	.890		
<u>N de casos válidos</u>	20				

Una vez observada la **tabla 12** se puede saber, que aquellos que requieren atención domiciliaria un 42,86% es cumplidor, con respecto ,a un 57,14% que no lo es. Entre los que no requieren atención domiciliaria un 46,15% es cumplidor y un 53,85% no lo es.

Considerando que la muestra es no normal , se debe rechazar el chi cuadrado ,y nos debemos de fijar en la prueba de test de Fisher , como”p”tiene

un valor de 1.000 (mayor de 0,005), diremos que ambas variables son independientes una de la otra , por tanto ,no tienen relación entre ellas.

### RELACIÓN NÚMERO DE FARMACOS -ADHERENCIA

<u>FARMACOS</u>	<u>ADHERENTE</u>	<u>NO ADHERENTE</u>	<u>TOTAL</u>
<u>MENOS DE 10</u>	<u>8(88.89%)</u>	<u>9(52.94%)</u>	
<u>MAS DE 10</u>	<u>1(11.11%)</u>	<u>2(66.67%)</u>	
<u>TOTAL</u>			<u>20(100%)</u>

**Tabla 13. Porcentaje relación fármacos –adherencia.**

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Df</u>	<u>Sig. Asint. (2-colas)</u>	<u>Sig. Exact. (2-tailed)</u>	<u>Sig. Exact. (1-tailed)</u>
<u>Chi-cuadrado de Pearson</u>	.19	1	.660		
<u>Razón de Semejanza</u>	.20	1	.656		
<u>Prueba exacta de Fisher</u>				<b>1.000</b>	.579
<u>Corrección de continuidad</u>	.00	1	1.000		
<u>Asociación Lineal-by-Lineal</u>	.18	1	.668		
<u>N de casos válidos</u>	20				

Una vez observada la **tabla 13** , los pacientes que toman menos de 10 fármacos tienen un 88,89%(n=8) de adherencia al tratamiento. En cambio, los que toman mas de 10 fármacos tienen una menor adherencia de un 11,11% (n=1).

Considerando que la muestra es no normal, se tendra que rechazar el chi-cuadrado y fijar como prueba el test de Fisher , como  $p=1.000$ (mayor que 0.05), las variables adherencia y toma de fármacos , son independientes y por lo tanto no hay relación , queriendo decir con esto que, que el hecho de que un paciente tome mas fármacos no influye en la adherencia.

## 6 .RESULTADOS

En este apartado se realizara una discusión sobre los resultados obtenidos a través del desarrollo de los resultados obtenidos del Test de MORISKY – GREEN para la medición de la adherencia al tratamiento de la Población de San Pere y San Pau, siendo estos datos tabulados de acuerdos con las características sociodemográficas recopiladas durante mi estudio.

Se evaluaron un total de 20 pacientes, de los cuales un 45% eran mujeres y un 55% eran hombres, con una edad de promedio de 76.90 años (DE desviación estándar 8,80). La media de ingesta de fármacos tomados fue de 7,70(DE 1,78).El 35% de los pacientes requerían atención domicilia (ATDOM) , mientras que un 65% de ellos no. Un 95% tenían hipertensión arterial (HTA), mientras que un 25% no presentaban. Un 60% presentaban Diabetes Mellitus (DM), con respecto a un 40% que no .Un 30% presentaban insuficiencia cardíaca respecto a 70% que no. Un 75% de ellos tenían Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica(EPOC) ,respecto a un 25 % que no.

En cuanto a la adherencia se observó que en la primera pregunta referente a olvido de la toma de la medicación, el 90%(n=18) de ellos se acordaban, mientras que solo un 10%(n=2) no , representando esto una buena adherencia en lo referente al olvido. En la segunda, referente a la hora en la que se lo tenían que tomar, es la pregunta en la que más SI (INCORRECTO) hemos recibido, siendo un 45%(n=9) respecto a un 55% (n=11)que han respondido que NO( CORRECTO). En la tercera pregunta, referente a que si se encuentran bien ¿deja de tomarlos? , los resultados obtenidos han sido que un 5%(n=5) dejaría de tomarlos , mientras que un 75%(n=15) seguirá tomándolos , siendo esto favorable para la adherencia al tratamiento. Y por último, en la cuarta pregunta, relativa a si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlos?, un 30%(n=6) dejaría de tomarlos, con respecto a un 70% (n=14) que los seguiría tomando, siendo positivo esto.

En definitiva podemos decir que un 55%(N=11) de los pacientes NO han sido cumplidores , con respecto a un 45%(N=9) que SI lo han sido , considerando que ,a pesar del bajo número de respuestas incorrectas(responden si) representadas en los resultados de la tabla 10, solo es necesaria una respuesta positiva para considerar al paciente incumplidor ,por lo que, podemos considerar que esta población estudiada tiene una alta frecuencia de actitud no adherente, poniendo de manifiesto un alto grado de incumplimiento .

En el análisis estadístico mediante tablas de contingencia, no hemos encontrado relación entre ninguna de las variables (adherencia-atdom, adherencia-sexo, adherencia-numero de fármacos), puesto que la prueba del Test de Fisher en las tres relaciones era superior a 0,05, indicando que una variable no influye sobre la otra.

## 7.DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos son un acercamiento a la problemática de la adherencia al tratamiento que actualmente se da en la población estudiada. En este estudio la mayoría de los pacientes se encuentran no adheridos al tratamiento . Un 45 % son cumplidores mediante los datos obtenidos por el test de MORISKY –GREEN.

Se ha observado que no hay relación entre la adherencia al tratamiento y el hecho de que sean ATDOM, de que sean de un sexo u otro o que tomen mas o menos fármacos.

Y el error mas prevalente encontrado ha sido la dificultad que tienen los pacientes para tomar la medicación a la hora indicada, siendo el siguiente el abandono de la medicación , si esta les sienta mal. Por eso sería necesario desde la atención primaria incidir en estos pequeños errores.

Estos resultados únicamente reflejan una pequeña relación con la adherencia terapéutica en una población determinada , por lo que no podemos generalizar, no obstante puede ayudar a proponer futuras investigaciones, como la realización de estudios con muestras de otras poblaciones , con el fin de poder hacer comparaciones entre ambas y así poder realizar acciones encaminadas a la mejora de esta adherencia en el caso de obtener resultados similares , ya que esto lograría una mejor calidad de vida de los pacientes .

De esta investigación, se saca conclusiones, acerca de que nuestra intervención en esta problemática, como futuras enfermeras , es esencial , ya que nuestra principal meta es enseñar al enfermero a vivir con su enfermedad y para ello , debemos hacerles comprender que una parte esencial es la adherencia al tratamiento ya que mejorar su calidad de vida y nosotras nos sentiremos realizadas por haber cumplido de forma adecuada con nuestra labor.

Por ultimo recalcar, que esta trabajo tiene un alcance muy importante dentro del sector de la atención primaria, ya que son los primeros profesionales o los más próximos que tratan día a día al paciente , en especial al paciente crónico (PCC) y por tanto, deben conocer la problemática y evitar en la medida de lo posible que esta aumente.

Para ello, se propondrá la evaluación diaria mediante el Test de Morisky -Green , puesto que a pesar de estar validado en atención primaria , no se realiza con la frecuencia que se necesitaría . No se establecerán en esta investigación

medidas generales puesto que cada paciente es individual , y para ello seria necesario averiguar las causas del incumplimiento en cada caso en particular

## **8.AGRADECIMIENTOS**

Al centro de Atención Primaria de San Pere y San Pau, por haberme permitido la realización de este trabajo.

A los pacientes de los cuales he obtenido los datos; por su amabilidad y colaboración .

A la tutora del trabajo por guiarme para el desarrollo de esta investigación.

## **9.BIBLIOGRAFÍA**

1. Duran JA, Figuerola. Cumplimiento de la medicación características , factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. Med Clin (Barcelona). 1990;338-43
2. Información obtenida a través de los profesionales de salud del centro de estudio.
3. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro Barcelona; 2005. [Consultado 25/11/2014]. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/1350634836/publicaciones/consensos/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf>
4. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2004
5. Organización Mundial de la Salud; 2015. [Consultado el 20/10/2014]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
6. Haynes RB. introduction. En Haynes RB, et al. Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. P.1-7.
7. INCUMPLIMIENTO COMO CAUSA DE PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTOS EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO. Universidad de Granada, 2003. Consultado el 20/11/2014. Disponible en: [http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/821/tesis\\_emilio.pdf](http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/821/tesis_emilio.pdf)
8. Model d'Atenció Integrada al Pacient Crònic. Insuficiència Cardíaca (IC). Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC). Institut Català de la Salut; 2011.

[Consultat el 10.10.2014.] Disponible en:  
<http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/cronics.pdf>

9. Información obtenida de la base de datos de centro de atención primaria
10. Model d'Atenció Integrada al Pacient Crònic. Insuficiència Cardíaca (IC). Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC). Institut Català de la Salut, 2011.  
Consultat el 10.10.2014. Disponible en <http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/cronics.pdf>
11. Canal Salut.gencat, 2010. Consultado el 20/10/2014. Disponible en:  
[http://canalsalut.gencat.cat/es/home\\_ciudadania/el\\_sistema\\_de\\_salut/serveis\\_d\\_atencio\\_a\\_la\\_salut/atencio\\_primaria\\_i\\_comunitaria/](http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/el_sistema_de_salut/serveis_d_atencio_a_la_salut/atencio_primaria_i_comunitaria/)
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24:67-74.
13. \_ABAD PANIAGUA. Eduardo. (2001) Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria: Madrid: Díaz de Santos

## 10.ANEXOS

### Consentimiento informado.

Le estamos pidiendo que participe en un estudio de investigación sobre la adherencia del tratamiento , este estudio será utilizado para el desarrollo del trabajo de fin de grado de la carrera.

Sera totalmente voluntaria su participación , si no desea realizarlo no habrá ningún inconveniente.

En la finalización del estudio podrá ser informado de los resultados, si usted lo desea.

A continuación se le realizaran una serie de preguntas, que necesitamos que conteste con toda la sinceridad.

Una vez informado /a , Don/Doña.....doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Por eso autorizo a María García Medina a utilizar mis datos personales para llevar a cabo su trabajo del investigación.

Firma:

Muchas gracias por su colaboración

### Cuestionario de adherencia

El presente estudio se refiere al grado de adherencia que usted hace en referencia al tratamiento farmacológico prescrito . por favor responda a todas preguntas con lo que crea conveniente en cada caso. Conteste lo mas sincero/a posible . MUCHAS GRACIAS .

**1. ¿Se olvida alguna vez de tomar su medicación?.**

Si

No

**2. ¿Es descuidado con la hora en la que toma la medicación?**

Si

No

**3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlo?**

Si

No

**4. Si le sienta mal ¿deja de tomarlo?**

Si

No

Muchas gracias.

### Acuerdo verbal

Este fue realizado con la responsable del centro de salud San Pere y San Pau, con la intención de ser autorizada para la realización de dicho estudio.

Para constatar su validez, se contó con testigos, entre los que podemos destacar, la enfermera que tutorizaba mis prácticas.