

TRABAJO FIN DE GRADO

Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores del Centro de Salud Orotava-Dehesas

Autora: Noelia Amador Pérez

Tutora: María Mercedes Arias Hernández

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Sede Tenerife

Universidad de La Laguna

Junio 2020

RESUMEN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema de salud común en las personas mayores. Esto se debe a diferentes causas entre las que destacan que son personas pluripatológicas, es decir, que presentan diferentes enfermedades o patologías que requieren de numerosos tratamientos, llegando a ser pacientes polimedificados. Esta falta o disminución de la adherencia al tratamiento también se debe a diversos factores que provocan un aumento de las complicaciones y una disminución de la recuperación de estos pacientes.

Es necesario que los profesionales de enfermería de Atención Primaria, junto a los demás profesionales sanitarios, identifiquen esta falta de adherencia y trabajen juntos para modificar y mejorar esta conducta en este grupo poblacional, evitando las graves consecuencias que ello conlleva.

Por ello, el presente proyecto de investigación tiene como objetivo identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico que presentan los pacientes mayores de 65 años polimedificados del Centro de Salud Orotava-Dehesas.

Este estudio emplea una metodología cuantitativa con un diseño descriptivo de corte transversal. Para conocer el grado de adherencia se utilizará el test de Morisky-Green-Levine, validado en contexto español y presente en la valoración de enfermería en el sistema DRAGO AP del Servicio Canario de Salud, junto al recuento de comprimidos.

Los resultados obtenidos nos aportarán información que ayudará a abordar el problema de la falta de cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y, establecer recomendaciones que podamos incorporar en el abordaje al adulto mayor que mejoren la calidad de la asistencia prestada.

Palabras claves: Adherencia, Personas Mayores, Polimedicación, Enfermería, Atención Primaria.

ABSTRACT

Lack of adherence to pharmacological treatment is a common health issue in elderly people. Although it is due to different causes, one that stands out is that they usually are multi-pathological subjects, meaning, they have different diseases or pathologies that require numerous treatments, thus becoming polymedicated patients. This lack or decrease in medication adherence is also due to various factors that cause an increase in complications and a decrease in the recovery of these patients.

It is necessary that the Primary Care nursing professionals, along with other health professionals, identify the medication nonadherence and work together to modify and improve this behavior in this population group, avoiding the serious consequences that this entails.

Accordingly, the present research project aims to identify the adherence level to pharmacological treatment presented by polymedicated patients over 65 years old, from the Orotava-Dehesas Health Center.

This study employs a quantitative methodology with a descriptive cross-sectional design. To know the adherence degree, the Morisky-Green-Levine test, validated in the Spanish context and present in the nursing assessment in the DRAGO AP system of the Canary Health Service, will be used alongside pill count.

The obtained results will provide us with information that will help address the non-compliance problem of the pharmacological treatments, and also establish the recommendations to improve the approach to the elderly and thus the care quality provided.

Keywords: Adherence, Elderly people, Polymedication, Nursing, Primary Care.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1. Envejecimiento: definición y estado actual	2
2.1.1. <i>Cambios inherentes al proceso de envejecimiento</i>	3
2.1.2. <i>Características farmacológicas en el envejecimiento</i>	5
2.1.2.1. Farmacocinética en la vejez	5
2.1.2.2. Farmacodinámica en la vejez	6
2.1.3. <i>Pluripatología</i>	6
2.1.4. <i>Polimedicación en el anciano</i>	8
2.1.4.1. Factores asociados a la polimedicación inadecuada	9
2.2. Adherencia terapéutica	9
2.2.1. <i>Clasificación de la no adherencia</i>	12
2.2.2. <i>No adherencia terapéutica: causas y consecuencias</i>	12
2.2.2.1. Causas	12
2.2.2.2. Consecuencias	14
2.2.3. <i>Métodos de evaluación de la adherencia terapéutica</i>	14
2.2.3.1. Métodos directos	15
2.2.3.2. Métodos indirectos	16
2.2.4. <i>Estrategias/Intervenciones para promover la adherencia</i>	21
2.2.4.1. Intervención enfermera en el incumplimiento terapéutico	23
3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	27
3.1. Justificación	27
3.2. Objetivos	28
3.2.1. <i>Objetivo principal</i>	28
3.2.2. <i>Objetivos secundarios</i>	28
3.3. Fase metodológica de la investigación	28
3.3.1. <i>Diseño de estudio</i>	28
3.3.2. <i>Población de estudio</i>	28
3.3.3. <i>Cálculo de la muestra</i>	29
3.3.4. <i>Variables de la investigación</i>	30

3.3.5. <i>Herramientas de recogida de datos</i>	31
3.4. Fase empírica de la investigación	32
3.4.1. <i>Recogida de datos</i>	32
3.4.2. <i>Análisis e interpretación de los datos</i>	32
3.5. Plan de trabajo	33
3.6. Consideraciones éticas	33
3.7. Utilidad de los resultados	34
3.8. Recursos y presupuesto	34
4. BIBLIOGRAFÍA	35
5. ANEXOS	41
5.1. Anexo 1: Test de Morisky-Green-Levine	41
5.2. Anexo 2: Solicitud de permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife	42
5.3. Anexo 3: Consentimiento informado	43
5.4. Anexo 4: Ficha de registro de datos clínicos	45
5.5. Anexo 5: Cronograma	46
5.6. Anexo 6: Carta de autorización al Comité Ético de Investigación del Servicio Canario de Salud	47
5.7. Anexo 7: Compromiso del investigador principal	48
5.8. Anexo 8: Presupuesto proyecto de investigación	49

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un aumento del envejecimiento poblacional que se caracteriza por el incremento tanto del número y la proporción de personas mayores, como de la edad media de la población. Este hecho se debe a diferentes factores demográficos entre los que destacan la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la fertilidad y las estructuras por edades o las migraciones ^(1,2). El envejecimiento poblacional es característico de los países desarrollados, entre los que se encuentra España, donde el 15,6% de la población en 1996 era mayor de 65 años y se espera que sea uno de los países más envejecidos en el 2050 ⁽²⁾.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida en España en el año 2018 era de 83,19 años para ambos sexos, mientras que en el 2008 era de 81,30 años, habiendo una diferencia de 1,89 en diez años ⁽³⁾.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera anciano a las personas mayores de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo ⁽⁴⁾. Una de las características más importantes de la población mayor de 65 años es la pluripatología, definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas sintomáticas que presentan un grado equivalente de complejidad con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones ⁽⁵⁾.

El aumento del envejecimiento poblacional y de la esperanza de vida están relacionados con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas de las que muchas de ellas se pueden presentar conjuntamente en la misma persona con sus respectivos tratamientos, agravándose en el caso de que aparezcan otras enfermedades agudas que también requiera de otros tratamientos ^(6,7), hablando así de adultos mayores polimedificados.

La polimedicación se puede describir mediante términos cualitativos y criterios cuantitativos. Los términos cualitativos la definen como el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados, considerando que 5 fármacos utilizados de manera crónica establecen una relación con el uso inadecuado de los medicamentos ⁽⁸⁾.

La polimedicación se asocia a una mayor complejidad del manejo terapéutico en pacientes que generalmente presentan limitaciones cognitivas y funcionales, incrementando el riesgo de efectos adversos y de mala adherencia terapéutica ⁽⁷⁾.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en enfermos crónicos, pues se estima que un 20-50% de los pacientes a nivel mundial no toman sus medicaciones como están prescritas ⁽⁹⁾.

Actualmente, el concepto de adherencia tiene varios significados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, la definición más difundida es la de Haynes y Sackett, citada por López et al (2016), quien la define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” ⁽¹¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos un tema prioritario de salud pública junto a sus consecuencias negativas clínicas y económicas ⁽¹⁰⁾.

Es importante y necesario evaluar la adherencia terapéutica en los pacientes mayores desde el inicio del tratamiento y durante el tiempo de duración, debido a que el incumplimiento del tratamiento conlleva serios problemas en la calidad de vida, costos para el sistema de salud y además, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos, por lo que los profesionales de la salud, sobre todo los enfermeros y enfermeras de Atención Primaria, deben incorporar métodos para detectar la falta de adherencia terapéutica en la práctica diaria ⁽¹²⁾.

Por esta razón, el objetivo principal de este proyecto de investigación es identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes mayores polimedcados del Centro de Salud Orotava-Dehesas, mediante dos métodos indirectos de valoración de la adherencia terapéutica, el test de Morisky-Green-Levine y el recuento de comprimidos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Envejecimiento: definición y estado actual

Actualmente, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad han contribuido a que el grupo de personas mayores de 60 años aumente más rápida y progresivamente que otros grupos de edad en casi todos los países ⁽¹³⁾.

En España, la pirámide de población continúa su aumento de envejecimiento, medido por el crecimiento de la proporción de las personas mayores, es decir, aquellas que tienen 65 o más años, alcanzando una de las mayores tasas de envejecimiento a nivel mundial ^(14,15). Según los datos estadísticos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2019 las personas mayores comprendían el 19,3% de la población, lo cual sigue aumentando tanto en número como en proporción. A pesar de que el mayor número de personas de edad se encuentran en los municipios urbanos, el envejecimiento es mayor en las zonas rurales ⁽¹⁴⁾. Desde este punto de vista, podemos afirmar que nos encontramos ante un fenómeno demográfico, político, social y sanitario ⁽¹⁵⁾.

El envejecimiento se considera un proceso dinámico y multifactorial que comienza en el nacimiento. Cuando el ser humano va envejeciendo, empieza a experimentar un deterioro progresivo de muchas de las funciones biológicas, incluso si no presenta ninguna enfermedad, por lo que va perdiendo vitalidad con el paso del tiempo. A causa de ello, se producen algunas modificaciones en los diferentes aparatos y sistemas ⁽¹⁶⁾.

Los ancianos son un grupo de la población que presentan ciertas características que hacen que enfermen de forma diferente, destacando las dificultades en la anamnesis y en la exploración física, la comorbilidad, la presentación de las enfermedades de forma atípica y las dificultades en la realización, la obtención e interpretación de las pruebas complementarias ⁽¹⁶⁾.

Además, presentan algunos síndromes geriátricos como alteraciones en la movilidad, mayor riesgo de caídas asociado al factor de alteración de la movilidad y la inmovilidad, incontinencia urinaria, trastornos fecales, úlceras por presión, impotencia, problemas psiquiátricos como el delirio, la depresión y la demencia (deterioro de la función intelectual), etc. ⁽¹⁶⁾

Todo esto provoca que los ancianos se encuentren en una situación de vulnerabilidad, denominada fragilidad ⁽¹⁶⁾.

2.1.1. Cambios inherentes al proceso de envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento, los individuos experimentan una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales que se manifiestan de formas distintas en cada persona en cuanto a intensidad y forma. El conocimiento de las características y peculiaridades de cada individuo se hace necesario para realizar una valoración adecuada y contribuir a una mejor adherencia terapéutica ^(17, 18, 19).

Cambios físicos

En el envejecimiento, los órganos y los tejidos van disminuyendo su actividad, por lo que se producen ciertas alteraciones sistémicas como pérdida de células nerviosas, reducción de la flexibilidad de los tejidos, endurecimiento de los vasos sanguíneos y disminución del tono corporal. Este deterioro se asocia a distintas causas como la genética, las condiciones ambientales, las alteraciones hormonales y los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos ⁽¹⁸⁾.

Muchas de estas alteraciones ocurren en los diferentes aparatos y sistemas ocasionando cambios estructurales en el aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo y genitourinario, cambios morfológicos cardiovasculares, cambios en la boca, dientes y piel, cambios en los órganos sensoriales como disminución visual y auditiva, descenso de los mecanismos termorreguladores y mayor lentitud en la capacidad psicomotriz. Todo esto puede ocasionar riesgos para la salud del individuo e influir en la toma correcta de la medicación ⁽¹⁹⁾.

Cambios psíquicos

En la vejez también se va acelerando el declive de las capacidades intelectuales, apareciendo una pérdida en la capacidad de resolver problemas, acompañada de falta de espontaneidad en los procesos de pensamientos. Es por ello que debemos dedicarles más tiempo para que interioricen la información, para explicarles las pautas de medicación, los horarios, etc. ⁽¹⁹⁾

La capacidad de expresión y de lenguaje se deterioran, mientras que la creatividad y la imaginación pueden llegar a conservarse. El carácter y la personalidad sólo suelen alterarse cuando existen alteraciones patológicas. Los ancianos también pueden tener alteraciones de la memoria (demencia) y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo ⁽¹⁹⁾.

Cambios sociales

El papel del adulto mayor gira en torno a dos actividades, la actividad laboral y las tareas comunitarias como asociaciones, sindicatos, grupos políticos, etc., que suelen ser realizadas por aquellos que se encuentren jubilados o con una vida poco activa ⁽¹⁹⁾.

Por otro lado, en la vejez el concepto de muerte cambia con la edad. Algunos individuos la ven de forma positiva, como una liberación o el final de preocupaciones y

problemas, sin embargo, otros rechazan el hecho de morir. Este proceso también se caracteriza por pérdidas, sobre todo del cónyuge o de amigos, que provocan una soledad difícil de superar y una mayor dependencia, factores que influyen en una mala adherencia terapéutica ⁽¹⁹⁾.

Las relaciones con las familias cambian, debido a que pasan de vivir solos con su cónyuge a vivir junto a sus hijos y nietos. Esta relación pasa por diferentes etapas en las que primero, el anciano es quien ayuda a su familia y, cuando presentan serios problemas de salud, los papeles se invierten hasta el punto de llegar a vivir en una residencia ⁽¹⁹⁾.

Todos estos cambios hacen que el paciente anciano sea más vulnerable a la cronicidad y a la pluripatología, y por lo tanto, con mayores probabilidades de polimedicación ⁽¹⁷⁾.

2.1.2. Características farmacológicas en el envejecimiento

Es necesario conocer las características farmacocinéticas y farmacodinámicas en la vejez, debido a que la respuesta a la medicación en los ancianos puede variar de unos a otros o de ellos hacia personas más jóvenes. Estas características se deben a los diversos cambios que se producen a causa de la disminución funcional de los órganos y sistemas ⁽¹⁷⁾.

2.1.2.1. Farmacocinética en la vejez

Los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de medicamentos se ven alterados en la etapa anciana ⁽²⁰⁾:

La **absorción** de un fármaco depende de la dosis, la solubilidad, el flujo sanguíneo y la motilidad intestinal. A partir de los 65 años se producen algunos cambios que modifican la absorción de los medicamentos, como el aumento del pH gástrico y la disminución de la velocidad del vaciamiento gástrico, de la producción de ácido gástrico, del flujo sanguíneo esplácnico, de la motilidad intestinal y de la superficie de absorción.

El anciano puede tener dificultad en la deglución y una disminución de la disolución de los medicamentos administrados por vía sublingual, debido a la reducción de la salivación que provocan los medicamentos. En cuanto a la administración de fármacos por vía intramuscular, tenemos que tener en cuenta que tienen menor masa corporal y menor flujo sanguíneo.

La **distribución** se ve afectada por cambios como la disminución del peso corporal, del agua, de la albúmina, del riego de los órganos, del rendimiento cardíaco y por el aumento de los depósitos grasos, entre otros. Estos cambios pueden ocasionar que los fármacos liposolubles se acumulen mayoritariamente en el tejido graso y los fármacos hidrosolubles, al tener menor volumen de distribución, alcancen niveles plasmáticos mayores que en el adulto joven, por lo que se recomienda ajustar las dosis.

Respecto al **metabolismo**, disminuye el flujo sanguíneo hepático, la masa hepática y la capacidad metabólica hepática, reduciendo así el metabolismo de los fármacos, sobre todo las benzodiazepinas y el paracetamol.

La vía más importante de **eliminación** de los fármacos en el anciano es la renal, a pesar de que presenta algunas modificaciones en su función como la disminución del flujo sanguíneo renal, de la filtración glomerular y de la secreción tubular renal. Esto dificulta la eliminación de los medicamentos provocando mayor concentración plasmática y toxicidad.

2.1.2.2. Farmacodinámica en la vejez

En la etapa anciana se producen cambios en la respuesta a algunos medicamentos, debido a que los receptores sufren modificaciones en su sensibilidad, en su número y en la respuesta celular, así como otras modificaciones en el sistema periférico, central y autónomo en algunas enfermedades que afectan a las personas mayores ⁽²⁰⁾.

A causa de ello, los ancianos tienen mayor sensibilidad a los fármacos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) como los sedantes, las benzodiazepinas y los analgésicos, menor respuesta a fármacos estimuladores y bloqueantes de los receptores beta-adrenérgicos, y mayor riesgo de hemorragia tras la administración de anticoagulantes, debido a que la enfermedad degenerativa vascular produce una respuesta hemostática menor, disminución de factores de coagulación y aumento de la fragilidad capilar ⁽²⁰⁾.

2.1.3. Pluripatología

Los pacientes pluripatológicos “son pacientes con enfermedades crónicas incluidas dentro de dos o más categorías diferentes, en las que resulta difícil establecer los protagonismos, pues en general son equivalentemente complejas y con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones mutuas” ⁽²¹⁾.

Por otro lado, según el Proceso Asistencial Integrado de la Conserjería de Salud de la junta de Andalucía, citado por Galván et al (2013), el paciente pluripatológico “es aquel que presenta la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan a la reaparición de reagudizaciones y enfermedades interrelacionadas condicionando una especial fragilidad clínica que agrava al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales” (22).

Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de progresión lenta y de larga duración. Las principales causas de mortalidad en el mundo son los infartos, las enfermedades cardíacas, las enfermedades respiratorias, el cáncer y la diabetes, siendo responsables del 63% de las muertes (23).

Aproximadamente el 42% de la población española presenta al menos una patología crónica destacando la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el dolor cervical y lumbar. Estas cifras aumentan hasta un 70% en las personas mayores de 65 años, con una media de cuatro enfermedades crónicas por persona (24).

La hipertensión, la artrosis, la diabetes y las enfermedades cardíacas son las patologías crónicas más comunes, presentando una incidencia muy alta en las personas mayores de 65 años, sobre todo la hipertensión y la artrosis, ya que afectan a uno de cada dos mayores. Asimismo, atendiendo a los datos de la Encuesta de Salud 2014 del Instituto Nacional de Estadística (INE), las enfermedades que más prevalecen en los mayores de 65 años son el colesterol alto (33%), la diabetes (19%), las enfermedades cardíacas (19,3%), la osteoporosis (13,8%) y la depresión (12,5%) (25).

Según los datos presentados en la edición de 2018 del Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico en España, las enfermedades crónicas suponen la primera causa de gasto sanitario en nuestro país, debido a que son causantes del 60% de los ingresos hospitalarios, el 85% de los pacientes ingresados en Medicina Interna y el 80% de las consultas de Atención Primaria (24).

El paciente crónico es cada vez más complejo, debido a que al presentar varias patologías a la vez, es considerado un paciente pluripatológico, lo que conlleva que también sea un paciente polimedicado. Este fenómeno se irá agravando cada vez más debido al gran envejecimiento de la población (25).

2.1.4. Polimedición en el anciano

La polimedición o polifarmacia se describe como “la administración de varios medicamentos durante un tiempo prolongado” ⁽²⁶⁾. Este término ha evolucionado con el paso del tiempo y se ha utilizado en diferentes situaciones con distintos significados ⁽²⁷⁾. Suele utilizarse para aquellas personas que toman 5 o más medicamentos en un período de tiempo igual o mayor a seis meses. Sin embargo, para otros, se considera polimedición la toma de 5 a 10 medicamentos tomando en cuenta los remedios de herbolario que presentan actividad biológica significativa (laxantes, sedantes, analgésicos, etc.), por lo que no hay un consenso sobre el número de medicamentos necesarios para considerar a un paciente como polimedicado ⁽²⁶⁾.

Rollason y Vogt (2003) distinguen tres situaciones posibles: la polimedición adecuada, la polimedición inadecuada y la pseudopolimedición ^(8, 28).

- Polimedición adecuada: cuando todos los medicamentos que toma el paciente tienen indicación clínica. En este caso, el objetivo es mejorar la adherencia terapéutica, no evitar la polimedición.
- Polimedición inadecuada: se produce cuando el paciente toma un número elevado de medicamentos, pero muchos de ellos no son clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es evitar los fármacos inapropiados.
- Pseudopolimedición: es cuando el paciente toma menos medicamentos de los que tiene registrados en la historia clínica. En este caso, el objetivo es coordinar la asistencia sanitaria entre todos los profesionales y los niveles asistenciales, además de actualizar el historial.

A lo largo del tiempo se han realizado numerosos estudios sobre la prevalencia de polimedición y la media de fármacos consumidos por las personas mayores. El estudio realizado por Hohl et al (2001) ha demostrado que el número de medicamentos que los ancianos consumen diariamente se encuentran entre 4,5 y 8,8, llegando en algunos casos a un consumo máximo de 17 medicamentos ⁽²⁹⁾. Frente a ello, un estudio realizado por Molina et al (2012) demuestra que la polimedición en pacientes mayores de 65 años tiene una prevalencia del 50%, con una media de 8,7 medicamentos por paciente ⁽³⁰⁾, mientras que otro estudio más reciente llevado a cabo por Vicente et al (2014) demostró que la media de fármacos diarios que consumen estos pacientes es de 9 ± 4 . ⁽³¹⁾

Diz-Lois (2011) defiende que la polimedición es mayor en ancianos institucionalizados que en los comunitarios, aumentando en aquellos que presentan demencia y problemas de movilidad, siendo los medicamentos más utilizados los

ansiolíticos, antihipertensivos, anti-inflamatorios, vasodilatadores, hipnóticos, digoxina y espasmolíticos ⁽²⁶⁾.

La polimedicación supone mayor riesgo de que exista falta de adherencia, errores de medicación, aparición de reacciones adversas, duplicidad e interacciones entre principios activos, dando lugar a intoxicaciones, fracasos terapéuticos e ingresos hospitalarios, entre otros ⁽²⁷⁾.

2.1.4.1. Factores asociados a la polimedicación inadecuada

En la literatura se describen dos categorías de factores asociados a la polimedicación inadecuada. Por un lado, los factores dependientes del paciente, de tipos físicos o biológicos, psicológicos y sociales, y por otro, los factores dependientes del sistema y los profesionales sanitarios ^(8, 32).

Factores dependientes del paciente:

- Factores físicos o biológicos: edad anciana, sexo femenino, consumir ciertos fármacos específicos (ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, analgésicos, inhibidores de plaquetas o espasmolíticos), tener 3 o más enfermedades crónicas, padecer determinadas enfermedades o tener algún factor de riesgo (enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síntomas digestivos).
- Factores psicológicos: tener ansiedad o depresión, presentar una escasa autopercepción de la salud y una deficiente adaptación a la enfermedad.
- Factores sociales: situación económica deficiente, nivel educativo bajo, soledad, situación de dependencia, vivir en zonas rurales.

Factores dependientes del sistema sanitario y de los profesionales sanitarios: ingresos hospitalarios previos, contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses, interconsultas entre especialistas, ser atendido por diferentes prescriptores, acudir a múltiples farmacias, discrepancia entre pacientes y facultativos en cuanto a la historia farmacoterapéutica y adopción acrítica de las guías clínicas basadas en la evidencia que obvian la multimorbilidad y la polimedicación.

2.2. Adherencia terapéutica

Actualmente existen diferentes términos para definir la adherencia terapéutica. En la literatura inglesa, los más utilizados son el de adherencia (adherence) y cumplimiento

(compliance); no obstante, se han propuesto otros como colaboración, cooperación, seguimiento, alianza terapéutica, observancia, obediencia, adhesión y concordancia ^(11, 33).

La definición de adherencia terapéutica más difundida es la de Haynes y Sackett (1979), citada por Orueta (2005), quienes la definen como “la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico” ⁽³⁴⁾.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida), se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”, destacando que el prestador no tiene que ser sólo el médico sino cualquier personal sanitario ⁽¹⁰⁾.

Relacionando esta última definición con la propuesta por Haynes et al en 1976 para el término cumplimiento, es importante señalar que la principal diferencia entre ellas es que la adherencia requiere que el paciente esté conforme con las recomendaciones recibidas y que exista una colaboración entre el paciente y el profesional sanitario en cuanto a las decisiones que afecten a su salud. Sin embargo, el concepto de cumplimiento indica la sumisión u obediencia por parte del paciente hacia el profesional, dando lugar a la figura paternalista ⁽³⁵⁾. Es necesario que los pacientes tengan una actitud activa en su relación con los profesionales sanitarios manteniendo una buena comunicación ⁽¹⁰⁾. Es por ello que, a pesar de que ambos términos se siguen utilizando en la práctica clínica, el término de cumplimiento ha caído en desuso respecto al de adherencia, debido a la falta de participación del paciente en la definición de cumplimiento ⁽³⁵⁾. No obstante, autores como Salicru (1997) y Tilson (2004), citados por Salinas et al (2012), defienden la unión del cumplimiento dentro del concepto de adherencia, pues tras hacer una comparación entre ambos, se dan cuenta que desde el punto de vista conceptual significan lo mismo ⁽³⁶⁾.

El concepto de adherencia adquiere diversos significados, sin embargo, en la actualidad se define como tratamiento médico o farmacológico ⁽³⁶⁾.

Haynes (1976), citado por Salinas et al (2012), ha identificado más de 200 variables relacionadas con la adherencia. Entre ellas destacan la supervisión inadecuada por parte de los profesionales, la inestabilidad familiar, los factores que se asocian a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico, cambio, complejidad y duración del programa terapéutico y creencias e insatisfacción de los pacientes ⁽³⁶⁾.

La adherencia terapéutica es una herramienta que nos ayuda a saber en qué grado el paciente sigue o no las indicaciones médicas, lo que nos indica la falta de

aceptación del diagnóstico y su influencia en el pronóstico, debido a que cuando los pacientes no siguen las indicaciones médicas, tanto el pronóstico como los resultados son desfavorables. La principal causa por lo que los pacientes no obtienen los beneficios de los medicamentos es el incumplimiento ⁽³⁶⁾.

El estudio realizado por Jensà et al en 2010, citado por Martín et al (2011), ha analizado las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica planteadas por la OMS y ha definido el perfil del paciente no cumplidor. Se trata de un paciente pluripatológico que toma más de tres medicamentos por día y que presenta un mal cumplimiento de su tratamiento crónico ⁽³⁷⁾. La siguiente descripción coincide con las personas mayores, por lo tanto, el principal objetivo de los profesionales de la salud es conseguir que exista cumplimiento terapéutico por parte de estos pacientes, debido a que el tratamiento es totalmente necesario para tratar las enfermedades y evitar las posibles consecuencias que la falta de cumplimiento puede ocasionar ^(37,38).

Según Martín (2004), es indispensable que se lleven a cabo los siguientes momentos para que se produzca la adhesión al tratamiento ⁽³³⁾:

- Aceptación del tratamiento entre el paciente y su médico, definida como la colaboración entre ellos para elaborar estrategias de comportamiento que sean aceptadas por ambos, con el objetivo de garantizar el cumplimiento.
- Cumplimiento terapéutico, entendido como la medida en que la persona cumple las preinscripciones médicas.
- Participación activa en el cumplimiento, es decir, búsqueda de estrategias por parte del paciente para seguir el tratamiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como el esfuerzo que realiza la persona para garantizar el cumplimiento de las preinscripciones.

La falta de adherencia al tratamiento o incumplimiento terapéutico es un problema importante en la práctica clínica y es mucho mayor y más frecuente en las personas con enfermedades crónicas, es decir, los ancianos, debido a que son el grupo poblacional con mayor incidencia de este tipo de enfermedades ⁽³⁹⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que presentan enfermedades crónicas es del 50% ⁽¹⁰⁾. Del mismo modo, dos tercios de los pacientes ancianos tienen dificultades para tomar el tratamiento correctamente y el 30% de los pacientes polimedicados pueden llegar a tener interferencias graves o efectos adversos evitables ⁽⁷⁾.

2.2.1. Clasificación de la no adherencia

La falta de adherencia se puede clasificar según el período de seguimiento, el origen y la intencionalidad ^(40,41). Atendiendo al período de seguimiento se pueden diferenciar:

- a) Incumplimiento parcial: el paciente cumple el tratamiento en algunos momentos.
- b) Incumplimiento esporádico: si el paciente no cumple el tratamiento de forma ocasional, por ejemplo, los ancianos, quienes se olvidan o toman menos dosis por miedo a tener efectos adversos.
- c) Incumplimiento secuencial: se produce cuando la persona deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien, pero la retoma en el momento en el que vuelve a presentar síntomas.
- d) Cumplimiento de bata blanca: el paciente sólo toma la medicación cuando se acerca una consulta médica. Esta actitud y la anterior son las más frecuentes en enfermedades crónicas.
- e) Incumplimiento completo: se abandona el tratamiento de forma indefinida. Es más frecuente en jóvenes con patologías crónicas.

Por otro lado, según el origen, pueden dividirse en:

- Primaria: cuando el paciente no se lleva la preinscripción de la consulta o no la retira en la farmacia cuando se la lleva (se ha estimado que del 6-20% de los pacientes en Atención Primaria no compran los medicamentos en la farmacia).
- Secundaria: en este caso el paciente tiene la mediación pero no toma la dosis correcta, no cumple el horario, se olvida de tomar alguna dosis (o la aumenta) o suspende el tratamiento muy pronto.

También se puede realizar una clasificación según la intencionalidad de la no adherencia, aunque se trata de una clasificación poco utilizada.

- Incumplimiento intencionado: el paciente deja el tratamiento debido al coste elevado o a los efectos adversos.
- Incumplimiento no intencionado: cuando el paciente olvida la dosis.

2.2.2. No adherencia terapéutica: causas y consecuencias

2.2.2.1. Causas

La no adherencia en los pacientes ancianos depende de cinco factores o dimensiones, debido a que la adherencia terapéutica es un proceso multidimensional.

Estos factores se dividen en socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento y relacionados con el paciente ^(10,42):

Factores socioeconómicos: el mal estado socioeconómico, el analfabetismo, la pobreza, la edad, la falta de empleo, el bajo nivel educativo, la falta de estabilidad en las condiciones de vida, la falta de redes de apoyo social efectivos, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte y de la medicación, situaciones ambientales cambiantes, la cultura, la disfunción familiar y las creencias acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: poco desarrollo en los sistemas de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de control y conocimiento hacia las enfermedades crónicas por parte del profesional sanitario, proveedores de asistencia sanitaria con mucha carga de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación, consultas cortas, poca capacidad de educación a los pacientes para proporcionar seguimiento por parte del sistema, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y el autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones para mejorarla.

Factores relacionados con la enfermedad: gravedad y velocidad de progresión de la enfermedad, grado de discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), gravedad de los síntomas y disponibilidad de tratamientos que sean efectivos.

Factores relacionados con el tratamiento: fracasos de los tratamientos anteriores, complejidad del régimen adoptado por el médico, duración y cambios frecuentes en el tratamiento, preocupación por los efectos beneficiarios, los colaterales y disponibilidad médica para tratarlos.

Factores relacionados con el paciente: el estrés psicosocial, el olvido, la poca motivación, la angustia por los posibles efectos adversos, el escaso conocimiento y habilidad para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, creer que los tratamientos no son necesarios, la falta de efecto del tratamiento, las creencias negativas de su efectividad, entender mal las instrucciones, falta de aceptación, la desesperanza, los sentimientos negativos, el temor a la dependencia y la frustración con el personal sanitario, entre otros.

El principal factor no farmacológico que puede afectar a la adherencia al tratamiento en los pacientes mayores es la falta de conciencia de la enfermedad junto con la falta de apoyo social y familiar ⁽³⁹⁾.

Todos estos factores favorecen el incumplimiento terapéutico y con ello, la comorbilidad, afectando a la calidad de vida de los pacientes ⁽³⁸⁾.

2.2.2.2. Consecuencias

Existen varias consecuencias de la falta de adherencia terapéutica que están relacionadas entre sí y que se pueden clasificar en médicas o clínicas, económicas y psicosociales ⁽⁴³⁾.

Entre las **consecuencias médicas o clínicas**, destacan la aparición de complicaciones, las recaídas y los retrasos en la curación, la mala valoración de la efectividad del tratamiento aumentando o disminuyendo la dosis innecesariamente, la modificación de los tratamientos introduciendo otros más tóxicos y potentes aumentando así el riesgo de aparición de efectos secundarios o la dependencia a los medicamentos a largo plazo.

En cuanto a **las consecuencias económicas**, aumento del gasto sanitario del estado en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos que no se utilizan, consultas que han sido planificadas y que no llegan a realizarse, incremento de hospitalizaciones, intervenciones y aumento del uso de servicios de emergencias y de cuidados intensivos.

Por último, respecto a las **consecuencias psicosociales**, el paciente puede llegar a tener secuelas y complicaciones que pueden causar sufrimiento físico y limitaciones progresivas e irreversibles que afectan a su calidad de vida, pudiendo ser evitadas. Tener enfermedades también ocasiona estrés en la vida de las personas provocando una disminución en su autoestima y miedo a empeorar o morir; sin embargo, el incumplimiento farmacológico mantiene los síntomas de la enfermedad y prolonga el proceso de recuperación. Este hecho puede ocasionar alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis y provocando que la responsabilidad del seguimiento terapéutico recaiga en otras personas en vez de en el paciente.

2.2.3. *Métodos de evaluación de la adherencia terapéutica*

Es importante medir y evaluar la adherencia al tratamiento de forma periódica en pacientes con enfermedades crónicas, principalmente en los pacientes mayores, en el inicio del tratamiento y durante su toma, debido a que es un comportamiento que puede variar a lo largo del tiempo y para que se puedan llevar a cabo medidas de mejora ^(44,45). En

la clínica es conveniente identificar a los pacientes incumplidores, integrando esta actividad a la rutina diaria, mediante la utilización de pruebas sencillas que no requieran mucho tiempo o esfuerzo ⁽⁴¹⁾.

Según la OMS (2004), existen varios métodos para evaluar la adherencia terapéutica, sin embargo, ninguno de ellos es un método óptimo debido a que todos tienen algún inconveniente. Por lo tanto, propone que “un enfoque multi-métodos constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica” ⁽¹⁰⁾.

Los métodos para medir y evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico se clasifican en métodos directos y métodos indirectos (Tabla 1) ⁽⁴⁵⁾.

Tabla 1: Métodos para medir la adherencia	
Métodos directos	Métodos indirectos
<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de la concentración del fármaco o su metabolito o un biomarcador en una muestra biológica • Terapia directamente observada (TDO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Basados en la entrevista clínica (incluye la utilización de cuestionarios) • Recuento de medicación sobrante (o de comprimidos) • Dispositivos electrónicos • Análisis de los registros de la dispensación

Fuente: Pagès-Puigdemont, Valverde-Merino. 2018

2.2.3.1. Métodos directos

Los métodos directos consisten en la determinación o precisión de la concentración del fármaco, sus metabolitos o de algún marcador biológico, en alguna muestra biológica ⁽⁴⁵⁾. Podemos encontrarnos ante un cumplimiento de bata blanca y tener falsos positivos, debido a que la presencia del medicamento en estos líquidos solo indica que ha sido ingerido ⁽⁴¹⁾. Esta técnica sólo se ha utilizado para fármacos antiepilépticos, antirretrovirales y antipsicóticos, por lo que no están disponibles para todos los medicamentos ⁽⁴⁵⁾.

Dentro de este tipo de métodos para evaluar la adherencia terapéutica también se encuentra la terapia directamente observada (TDO) ⁽⁴⁵⁾.

Los métodos directos son muy objetivos, sin embargo, son caros, requieren de infraestructuras y no se pueden aplicar siempre en la práctica clínica ⁽⁴⁴⁾. Sólo dan una

respuesta de sí o no, sin indicar el patrón de no adherencia y sus causas, por lo que a pesar de ser bastante específicos, obtienen índices de incumplimiento mayores que los métodos indirectos ^(44, 45). Habitualmente se utilizan en los ensayos clínicos o en patologías con un gran impacto en la salud pública ⁽⁴⁵⁾.

2.2.3.2. Métodos indirectos

Los métodos indirectos son sencillos y reflejan la conducta del enfermo, aunque pueden sobrestimar el cumplimiento. Los investigadores suelen elegir estos métodos porque son más baratos, más prácticos y cómodos para el paciente dado que no requieren una práctica invasiva, sin embargo, no son objetivos porque al depender de la información aportada por el paciente, éste puede mentir o dar información incompleta por falta de confianza, olvido y/o sumisión ⁽⁴⁴⁾. Además, son más sencillos y fáciles de aplicar en la práctica clínica diaria, sobre todo en las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria ⁽⁴⁵⁾.

Los principales métodos indirectos que existen son la evaluación de la información aportada por el paciente o su cuidador principal a través de la entrevista clínica o un cuestionario validado, el recuento de medicación o de comprimidos, el uso de dispositivos electrónicos y el análisis del registro de dispensaciones, a pesar de que también existen otros como la valoración de la asistencia a las citas previas programadas, el control de las visitas a enfermería para recoger recetas incluidas en Cartilla de Largo Tratamiento (CTL), la valoración de la eficacia terapéutica alcanzada y la valoración de los efectos adversos de los medicamentos ^(44,45).

Dentro de ellos, los más utilizados por parte de enfermería en las personas mayores son el recuento de comprimidos y los métodos basados en la entrevista clínica, los cuales desarrollaremos a continuación debido a que los usaremos como herramientas de recogida de datos de este proyecto ⁽⁴⁴⁾.

Métodos basados en la entrevista clínica

Son los métodos más sencillos para medir la adherencia terapéutica y tratan de preguntar al paciente sobre su adherencia al tratamiento farmacológico, por ejemplo, la cantidad de dosis que olvida tomar en un período de tiempo determinado o la frecuencia con la que no sigue la pauta prescrita, de forma estimada. También se le puede preguntar al paciente sobre el nombre de los medicamentos, su conocimiento hacia ellos, las dosis y sus indicaciones ⁽⁴⁵⁾.

En este apartado también se incluyen los cuestionarios para conocer la adherencia comunicada por el propio paciente. Generalmente, estos test están validados y pueden tener varias versiones, siendo diferente la información aportada por cada cuestionario o escala. De esta forma, los cuestionarios nos aportan información sobre el comportamiento del paciente en relación a la toma de medicación, las barreras, los factores determinantes de una buena adhesión terapéutica, las creencias asociadas a la adherencia y el conocimiento que tiene sobre su enfermedad, ya que se ha demostrado que a mayor conocimiento mayor adherencia ^(41,45). Estos cuestionarios también pueden analizar la adherencia terapéutica en la etapa de iniciación, de implementación y/o en la de discontinuación del tratamiento ⁽⁴⁵⁾.

Los métodos basados en la entrevista clínica poseen algunos inconvenientes como que el paciente mienta, que olvide datos sobre la toma de medicación o que piense que toma el tratamiento de forma adecuada cuando no es así ⁽⁴⁵⁾.

Los diferentes cuestionarios y escalas para medir la adherencia terapéutica son el Cuestionario ARMS-e, Brief Medication Questionnaire (Cuestionario breve de la medicación), Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad), The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), Test de Haynes-Sackett (o test del cumplimiento automedicado), Test de Morisky-Green, Drug Attitude Inventory (DAI o Inventario de Actitudes hacia la Medicación), Hill-Bone Compliance Scale, The Medication Adherence Report Scale (MARS o escala informativa de cumplimiento de la medicación), The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ), test de Hermes, Test de la comprobación fingida o “bogus pipeline”, Test de Prochaska-Diclemente y Test de Herrera Carranza, entre otros ^(44,45). (Tabla 2) ⁽⁴⁴⁾.

Tabla 2: Métodos utilizados en la medición de la adherencia terapéutica		
Test	Ventajas	Desventajas
Haynes-Sackett	Este método validado es uno de los más sencillos para utilizar en atención primaria. Es breve, económico y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Si el paciente es incumplidor, es un método fiable y presenta alto valor predictivo positivo y una especificidad aceptable.	Tiene un bajo valor predictivo negativo. Tiende a sobreestimar el cumplimiento. Posee una baja sensibilidad.
Morisky-Green	Es breve y muy fácil de aplicar. Validado y aplicado en numerosas patologías. Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento. Presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Es económico.	Subestima al buen cumplidor y sobreestima el no cumplimiento. Baja sensibilidad. Bajo valor predictivo negativo.

Bogus Pipeline	Método muy sencillo, económico, breve, comprensible y fácil de aplicar. Puede utilizarse para corroborar el incumplimiento.	Tiende a sobreestimar el cumplimiento. No validado.
Batalla	Breve, comprensible, económico y muy fácil de aplicar. Presenta una buena sensibilidad. Aplicable y validado para diversas enfermedades.	Tiende a sobreestimar el cumplimiento. Baja especificidad y exactitud media.
Prochaska-Diclemente	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar. Aplicable a enfermedades crónicas.	Tiende a sobreestimar el cumplimiento. No validado. Bajo valor predictivo negativo.
Hermes	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar. Se puede aplicar a cualquier enfermedad.	Tiende a sobreestimar el cumplimiento. Bajo valor predictivo negativo.
Herrera Carranza	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar. Se puede aplicar a cualquier enfermedad.	Puede sobreestimar el cumplimiento. No validado. Bajo valor predictivo negativo.
SMAQ	Método validado, muy sencillo, breve, económico y fácil de aplicar. Se puede usar como semicuantitativo, asignándose un porcentaje de cumplimiento.	Tiende a sobreestimar el cumplimiento. Bajo valor predictivo negativo.
ESPA	Validado para detectar problemas de cumplimiento con el tratamiento antirretroviral en pacientes positivos para el VIH. Presenta elevadas sensibilidad, especificidad y eficiencia. Podría ser adaptado a otras enfermedades debido a su versatilidad.	Requiere conocimientos sobre la reposición de medicación y la evolución clínica, lo cual dificulta su aplicación en farmacia.
MARS	Es un test autoaplicado. Utilizado en enfermedades crónicas. Validado.	Es excesivamente largo y puede suceder que muchos pacientes no devuelvan el test o no lo completen adecuadamente. Requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión.
BMQ	Test autorreferido. No es muy largo y permite analizar el cumplimiento y sus barreras. Presenta una gran sensibilidad y permite realizar validaciones de otros tests.	Presenta un complejo procedimiento de valoración. Requiere un nivel sociocultural medio para su comprensión.
DAI-30	Escala autoaplicada con respuesta dicotómica verdadero/falso.	Test específico para la esquizofrenia. No cubre el aspecto de las motivaciones de los pacientes para tomar o desechar la medicación. Es excesivamente larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión.
DAI-10	Escala autoaplicada con respuesta dicotómica verdadero/falso.	Test específico para la esquizofrenia. No cubre el aspecto de las motivaciones de los pacientes para tomar o desechar la medicación. Aunque más corta que DAI-30 sigue siendo larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión.
ND	Breve, económico y muy fácil de aplicar. Potente predictor del resultado inmediato del tratamiento y de la cumplimentación a largo plazo.	Test específico para la esquizofrenia. Complejo método de valoración. No cubre el aspecto de las motivaciones de los pacientes para tomar o desechar la medicación.
ROMI	Permite valorar las actitudes de los pacientes ante la toma de la medicación.	Test específico para la esquizofrenia. Es una escala excesivamente larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión.
MUAH-questionnaire	Test autoaplicado específico y validado para la HTA. Presenta excelentes propiedades psicométricas y puede ser útil para identificar factores que impiden o facilitan el cumplimiento.	Test específico para la HTA.

Fuente: L.Limaylla, J.Ramos. 2016

En la práctica clínica, los cuestionarios más utilizados para evaluar la adherencia terapéutica son el Test de Batalla (o test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad), The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), el Test de Haynes-Sackett (o test del cumplimiento autocomunicado) y el Test de Morisky-Green-Levine.

- **Test de Batalla**

El Test de Batalla o test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad evalúa el conocimiento que tiene el paciente acerca de su enfermedad, teniendo en cuenta que un mayor conocimiento de ella se asocia a un mayor cumplimiento. Inicialmente, este test se utilizó para la hipertensión arterial y para la diabetes mellitus, sin embargo, las preguntas pueden ser modificadas para que se pueda utilizar en otras enfermedades crónicas. Ha sido validado para medir el cumplimiento por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo positivo ⁽⁴⁴⁾.

Está compuesto por tres preguntas que deben ser respondidas correctamente, considerando la falta de adherencia cuando el paciente responda de forma incorrecta una de ellas ^(44, 45).

- 1) ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
- 2) ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
- 3) Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

- **The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)**

Este cuestionario se elaboró para realizar un análisis sobre las creencias de los pacientes hacia la medicación, que pueden influir en la adherencia. Está formado por dos secciones que pueden utilizarse juntas o por separado: una de 8 ítems que evalúa las creencias sobre la medicación en general (BMQ-General) y otra de 10 ítems que valora las opiniones del paciente sobre el tratamiento (BMQ-específico). El BMQ-General abarca los factores “abuso” y “daño”, mientras que el BMQ-Específico engloba las subescalas “necesidad” percibida de la medicación y “preocupación” sobre las consecuencias de la medicación. Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de cinco puntos, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. Existe una versión de este test que ha sido validada en español ⁽⁴⁵⁾.

- **Test de Haynes-Sackett**

El Test de Haynes-Sackett o test de cumplimiento automedicado trata de preguntarle al paciente sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento, creando tranquilidad y confianza en el ambiente para evitar realizarle las preguntas de forma directa y facilitar que conteste con sinceridad. Se considera que el paciente no es adherente al tratamiento cuando reconoce que tiene dificultad en alguna de las preguntas. En este caso, se le pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes ^(44, 45).

Las preguntas son ^(44, 45):

- a) La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos, ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?
- b) ¿Cómo los toma?, ¿todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez?
- c) Muchas personas tienen dificultad en seguir lo tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?

- **Test de Morisky-Green-Levine**

Es uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados en investigación y en la práctica clínica. Ha sido validado en una gran cantidad de poblaciones y enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, la dislipemia, el párkinson, la enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con enfermedades crónicas. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en un grupo de pacientes hipertensos ⁽⁴⁵⁾.

Este cuestionario consiste en hacerle cuatro preguntas al paciente de respuesta dicotómica (SI/NO) sobre sus actitudes ante la medicación durante la entrevista clínica. El paciente es incumplidor cuando las actitudes no son correctas. Las preguntas se realizarán mezcladas en la conversación y de forma cordial ^(44,45).

1. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez la sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?

Se considera que el paciente es adherente al tratamiento cuando responda de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, NO/SÍ/NO/NO ^(44, 45).

En 2008 se publicó una nueva versión con 8 preguntas que fueron desarrolladas a partir de las 4 originales (8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8). Los cuatro ítems añadidos hacen referencia a la infrautilización de la medicación ⁽⁴⁵⁾.

El test original de Morisky-Green y sus versiones posteriores tienen relación con los datos obtenidos a partir de dispositivos electrónicos o los registros de dispensación de la medicación. Además, presentan ventajas frente a otros cuestionarios por el uso tan generalizado y utilizado en la investigación ⁽⁴⁵⁾.

Recuento de comprimidos

Se trata de un método sencillo, objetivo, de certeza reconocida y validado respecto a los test directos. Consiste en comparar los comprimidos que quedan en el envase, la cantidad que ha sido prescrita y el tiempo que ha pasado entre la preinscripción y el recuento ⁽⁴⁴⁾. El porcentaje de cumplimiento (PC) se obtiene a partir del recuento de los comprimidos no utilizados en un período de tiempo concreto a partir de la fórmula siguiente:

$$PC = \frac{\text{Número total de comprimidos presuntamente consumidos}}{\text{Número total de comprimidos que debía haber consumido}} \times 100$$

Calculando el porcentaje de cumplimiento (PC) se considera a un paciente como cumplidor cuando toma el 100% de la dosis recomendada, a pesar de que se admiten valores entre 80-100%, e incumplidor, cuando presenta valores menores del 80% o mayores de 110% ⁽⁴⁶⁾.

En los pacientes con un mal cumplimiento o con cumplimiento bajo, el recuento puede ser erróneo, debido a que este método no asegura que el paciente haya tomado la medicación de forma correcta, a la hora indicada, ni si todos los comprimidos faltantes fueron consumidos por él ⁽⁴⁴⁾.

2.2.4. Estrategias/Intervenciones para promover la adherencia

Los médicos y los profesionales de enfermería de Atención Primaria son los principales profesionales de la salud en intervenir y actuar sobre aquellos pacientes que no se adhieran de forma correcta al tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta la individualización de la intervención, no culpabilizar al paciente, el fortalecimiento de la relación y la participación activa de distintos profesionales ⁽³⁹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que “aumentar la efectividad de las intervenciones de adherencia terapéutica quizá tenga una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos” ⁽¹⁰⁾.

En la literatura médica existen diferentes estrategias para promover o mejorar la adherencia terapéutica. De forma general, pueden agruparse en distintas categorías ⁽³⁵⁾:

- Conductuales: ayudar al paciente con recordatorios o ayudas de memoria (mediante correos electrónicos, llamadas telefónicas, o mensajes postales), sistemas de dosificación de alarmas o de pastilleros, monitorización de la toma de medicación a través de calendarios de cumplimiento, recompensas en caso de cumplimiento, etc.
- Técnicas: tienen como objetivo simplificar el régimen de prescripción disminuyendo el número de dosis diaria, utilizando fórmulas de liberación controlada o reduciendo la cantidad de fármacos diferentes utilizados.
- Educativas: informar al paciente sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia para que obtenga una actitud positiva hacia la medicación.
- De apoyo social y familiar: su finalidad es mejorar la adherencia del paciente a través de la implicación de la familia o amigos en el control de la enfermedad y de la medicación, además de un buen soporte social (por ejemplo, programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la medicación, preinscripción de medicamentos con mejor relación coste-beneficio, etc.).
- Dirigidas al profesional sanitario, la administración y la industria farmacéutica: su objetivo es ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente mediante programas educativos de técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales basadas en recordar al médico la necesidad de utilizar medidas preventivas con sus pacientes. En cuanto a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y el desarrollo de formulaciones alternativas que permitan simplificar la posología o facilitar la administración de medicamentos.
- Combinadas: ejecutar varias intervenciones paralelamente.

Una intervención eficiente requiere de varias acciones como recordatorios, llamadas telefónicas, seguimiento estrecho, auto monitorización supervisada, terapia psicológica, terapia familiar, etc. ⁽³⁹⁾

Por lo tanto, dar al paciente instrucciones tanto oral como por escrito de forma clara de cómo y cuándo debe administrarse el tratamiento, informar del tratamiento al paciente y a su cuidador o persona próxima que pueda ayudarlo, elegir la forma de administración más adecuada, realizar revisiones de forma periódica de los fármacos que estén utilizando y dar información a los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos, aumenta la satisfacción de los pacientes y mejora tanto la adherencia como los resultados en salud ⁽³⁹⁾.

2.2.4.1. Intervención enfermera en el incumplimiento terapéutico

La enfermería engloba la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal ⁽⁴⁷⁾.

El abordaje de la adherencia debe de ser multidisciplinar, sin embargo, es importante reconocer la importancia de enfermería en la adherencia por parte de los pacientes debido a su carácter educativo. Las consultas de enfermería permiten tener mayor información sobre la medicación que toman los pacientes y su forma de actuar al respecto, añadiendo los miedos, las dificultades o resistencias en el momento de tomar los fármacos, y ofrece la posibilidad de establecer vínculos de confianza y empatía respecto al comportamiento de los pacientes con la medicación. Además, la enfermería presenta un papel esencial en la labor de informar y motivar al paciente favoreciendo la participación activa y el protagonismo de su salud, elementos fundamentales para promover la adherencia ⁽⁴⁸⁾.

A través de la educación sanitaria, las enfermeras se encargan de favorecer el autocuidado de las personas, mejorando su independencia y autonomía ⁽⁴⁹⁾.

Dorotea Orem (1958), citada por Pisano et al (2014), en su “Teoría General del autocuidado”, lo define como “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” ⁽⁴⁹⁾.

Asimismo, define el déficit de autocuidado como la relación entre lo que el individuo es capaz de hacer y la necesidad que tiene, es decir, que sólo se precisará una intervención enfermera si la demanda de cuidados es superior a las capacidades del

individuo. Por lo tanto, a mayor capacitación, menor déficit de autocuidados. Y es, precisamente, el cuidado y la enseñanza del autocuidado la esencia de la disciplina enfermera ⁽⁴⁹⁾.

En la práctica diaria, la enfermería cuenta con un método científico relacionado con la gestión y administración de los cuidados denominado Proceso Enfermero (PE), que nos ayudará a identificar el grado de adherencia de los pacientes mayores y los factores que influyen en él, con el objetivo de realizar múltiples intervenciones que ayuden a mejorarlo ^(17,50). Este método está formado por cinco etapas correlativas y relacionadas entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación ⁽⁵⁰⁾.

La **valoración** es la primera etapa del proceso enfermero. En ella los profesionales de enfermería se encargan de recoger datos sobre la salud de los pacientes que funcionarán como base de las actuaciones de enfermería dirigidas a la obtención de unos resultados/objetivos específicos ⁽⁵⁰⁾.

Esta primera etapa se divide en tres fases: recogida, validación y organización de los datos ⁽⁵⁰⁾. La recogida de datos se realiza a través del marco de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos datos se obtendrán directamente a través del paciente o de forma indirecta por los familiares y nos aportará información sobre aspectos físicos, psíquicos, sociales y del entorno del paciente ^(50,51). Los métodos para la recogida de datos son la Entrevista, la Observación y la Exploración física ⁽⁵⁰⁾.

A través de la entrevista clínica al paciente y/o cuidador principal y a la aplicación de los métodos que existen para valorar la adherencia terapéutica, podremos valorar distintos aspectos relacionados con la adherencia, como el grado de cumplimiento de los tratamientos, el conocimiento que presenta el paciente acerca de su enfermedad y su tratamiento, las dificultades que tiene a la hora de tomar la medicación, el grado de autonomía y dependencia, valoración física de órganos sensoriales y movilidad, evaluación de la medicación que toma ya sea de forma prescrita o automedicada, etc. ⁽¹⁷⁾

Una vez recogidos los datos a través de la valoración enfermera, se procederá a la **fase diagnóstica**. Tras organizar e interpretar los datos obtenidos, dará lugar la detección de problemas que requieren de un abordaje interdisciplinar y/o diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos de enfermería son juicios clínicos emitidos sobre las situaciones que el profesional de enfermería identifica, valida y trata independientemente con control y autoridad sobre la situación, y con responsabilidad sobre el resultado final ⁽⁵⁰⁾.

Los profesionales de enfermería disponen de una metodología propia para describir los diagnósticos obtenidos a través de la valoración enfermera, conocida como la

taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Para describir las conductas del paciente en relación al cumplimiento terapéutico, en la edición NANDA-I 2018-2020 existe el diagnóstico enfermero “Gestión ineficaz de la salud (00078)”, que se define como “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos” ^(52,53). Este diagnóstico pertenece a la Clase 2: Gestión de la salud, dentro del Dominio 1: Promoción de la salud. Además, pertenece al Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y a la Necesidad 9: Evitar peligros/seguridad de las 14 necesidades de Virginia Henderson ⁽⁵²⁾. En ediciones anteriores existían otros diagnósticos relacionados con el cumplimiento terapéutico como “Incumplimiento (00079)” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00081)”, sin embargo, han sido retirados en la versión actual.

Las características definitorias principales de este diagnóstico pueden ser dificultad con el régimen terapéutico prescrito y fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria, relacionadas con apoyo social insuficiente, conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo, dificultad para manejarse en sistemas de salud complejos, impotencia, número inadecuado de indicaciones para la acción y percepción de barreras, entre otros factores ⁽⁵²⁾.

La tercera etapa del Proceso Enfermero es la **planificación**. En ella, el profesional de enfermería junto al paciente, elaboran y establecen los resultados (objetivos) a través de la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC) y las intervenciones enfermeras mediante la Nursing Interventions Classification (NIC) para evitar, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente, así como el registro del plan de cuidados. En esta fase es muy importante la participación activa del paciente junto al profesional en la toma de decisiones ^(17,50).

Los resultados u objetivos (NOC) se miden mediante indicadores mientras que las intervenciones (NIC) presentan numerosas actividades ⁽⁵²⁾.

Para el diagnóstico que estamos abordando, los NOC más utilizados son “Conducta de adhesión (1600)”, “Conducta de cumplimiento (1601)” y “Conocimiento: régimen terapéutico (1813)” ⁽⁵²⁾.

Asimismo, los NIC recomendados son “Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)” definida como “preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos, y observar sus efectos”, “Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)” cuya definición es “Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico”, “Ayuda con el autocuidado (1800)” que se

define como “Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria” y “Acuerdo con el paciente (4420)” es decir, “Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico” ⁽⁵²⁾. Los profesionales de enfermería son los encargados de realizar las actividades que se incluyen en estas intervenciones ⁽⁵³⁾.

En la fase de **ejecución**, se pone en práctica las intervenciones que se han planificado para obtener los objetivos establecidos en el plan de cuidados mediante la revisión de las intervenciones propuestas, la realización de las actividades y la valoración de la respuesta del paciente junto a su registro ⁽⁵⁰⁾.

Finalmente, en la última fase, los profesionales de enfermería **evalúan** la medida en la que la situación inicial ha cambiado a causa de las intervenciones enfermeras, es decir, valoran la consecuencia de los objetivos, determinan su grado de cumplimiento y deciden si es necesario realizar algún cambio en el plan de cuidados ⁽⁵⁰⁾.

Los profesionales de enfermería presentan un papel importante en el cambio de conducta de las personas a través del Proceso Enfermero, que ayuda a mejorar la calidad de asistencia a los pacientes identificando las necesidades y problemas de cada uno de ellos de forma particular y valorando sus recursos para ayudar en la toma de decisiones que mejoren su calidad de vida ⁽⁵⁴⁾.

El Proceso enfermero se puede aplicar en los pacientes mayores, en este caso, en las consultas de Atención Primaria, debido a que no sólo permite la participación del personal de enfermería sino también del paciente junto a su familia o cuidador en el proceso de recuperación, participando de forma activa para conseguir cambios en el estilo de vida y mejorar las condiciones de salud ⁽⁵⁴⁾.

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria presentan distintas funciones en relación al incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes mayores ⁽⁵⁵⁾:

- Acordar una cita con el paciente y/o el cuidador principal solicitándole que acuda con la “bolsa de medicamentos” compuesta por los medicamentos que utiliza habitualmente o de forma esporádica, incluyendo aquellos que toma sin receta clínica, y una nota de los medicamentos que guarda en la nevera, comprobando que coincidan con los presentados en la historia clínica.
- Realizar una entrevista clínica inicial en la que se pueda valorar la adherencia al tratamiento a través diferentes tipos de tests o cuestionarios (métodos indirectos), evaluar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y el tratamiento, descubrir los problemas relacionados con la medicación y resolver las preguntas planteadas por el paciente o cuidador. En esta entrevista también se

podrán evaluar los factores psicológicos, sociales y funcionales del paciente, siendo importante para entender su situación y adecuar sus tratamientos.

- Efectuar una entrevista clínica de seguimiento, según las necesidades del paciente, en la que se intente valorar de nuevo la adherencia al tratamiento en los pacientes incumplidores.
- Derivar al paciente a otros profesionales.
- Proporcionar educación sanitaria al paciente sobre su patología, tratamiento y hábitos saludables. Además, con el objetivo de mejorar la adherencia, el profesional de enfermería podrá realizar intervenciones de información oral, escrita o hacer entrega de un Sistema Personalizado de Dosificación (SPD).

En definitiva, es conveniente destacar que el papel de enfermería, sobre todo en Atención Primaria, es muy importante y necesario para identificar la falta de adherencia a los tratamientos en los pacientes mayores con pluripatología o enfermedades crónicas, y evitar o mejorar esta conducta a través de funciones como la prevención, la educación y la participación activa del paciente junto al profesional sanitario en la toma de decisiones ⁽⁵³⁾.

3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Justificación

Las personas mayores constituyen el grupo poblacional con menor adherencia al tratamiento farmacológico. Esto se debe a que la mayoría de ellas son pluripatológicas, es decir, presentan numerosas patologías entre las que destacan las enfermedades crónicas. Estas enfermedades precisan de un tratamiento a largo plazo que, junto a otros tratamientos de complicaciones agudas, provocan que estas personas también sean consideradas como polimedizadas. La falta o disminución de la adherencia depende de factores relacionados con el paciente y el sistema sanitario, factores socioeconómicos, factores dependientes de la enfermedad y del tratamiento etc., que pueden llegar a generar complicaciones y prolongar el tiempo de recuperación, llegando a ser un reto para el sistema sanitario y un problema grave de salud pública.

Los profesionales de enfermería, quienes se encargan de la educación sanitaria dirigida a conseguir la prevención de la enfermedad, la promoción y recuperación de la salud, junto a otros profesionales sanitarios como médicos y farmacéuticos, deben identificar esta falta de adherencia y sus causas con el fin de proponer e instaurar medidas

de prevención y mejora. Es por ello que este proceso debe llevarse a cabo en Atención Primaria, ya que se trata del primer escalón de la asistencia sanitaria.

Por lo tanto, en este proyecto de investigación nos planteamos la pregunta de ¿Qué nivel de adherencia al tratamiento farmacológico tienen los pacientes mayores polimedcados del Centro de Salud Orotava-Dehesas?

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo principal

- Conocer el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico que presentan los pacientes mayores de 65 años polimedcados del Centro de Salud Orotava-Dehesas.

3.2.2. Objetivos secundarios

- Determinar las diferencias en función de la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios en la adherencia terapéutica.
- Relacionar el nivel de adherencia y el recuento de comprimidos.
- Identificar las causas del incumplimiento terapéutico.

3.3. Fase metodológica de la investigación

3.3.1. Diseño de estudio

Este proyecto de investigación se trata de un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal que se llevará a cabo en Atención Primaria del Servicio Canario de Salud con pacientes mayores de 65 años adscritos al centro de salud Orotava-Dehesas (Tenerife). Su finalidad es conocer el grado de adherencia que presentan al tratamiento farmacológico mediante el test de Morisky-Green-Levine y el recuento de comprimidos.

3.3.2. Población de estudio

La población de estudio de este proyecto de investigación estará formada los pacientes mayores de 65 años que estén adscritos a los cupos de enfermería en los turnos de mañana y tarde del Centro de Salud Orotava-Dehesas. Este Centro de Salud se encuentra ubicado en el municipio de La Orotava, en Tenerife. Cuenta con 14 consultas de medicina y 12 de enfermería atendiendo a un total de 21.857 adultos, siendo 4.655 de ellos mayores de 65 años.

3.3.3. Cálculo de la muestra

Para seleccionar la muestra de este estudio se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple a partir de las listas de pacientes mayores de 65 años proporcionadas por el Centro de Salud Orotava-Dehesas.

Los pacientes participarán en el estudio de forma voluntaria tras haberles informado sobre los objetivos del mismo y el procedimiento a seguir, firmando previamente el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión y exclusión que se tendrán en cuenta para la selección de la muestra son:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 65 años.
- Pacientes polimedicados que tomen 5 o más medicamentos en un período de tiempo igual o mayor a 6 meses.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que estén adscritos al Centro de Salud Orotava-Dehesas.
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes institucionalizados.
- Pacientes que no puedan usar la medicación de manera independiente porque presentan problemas cognitivos o funcionales.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- Pacientes con algún tipo de invalidez o enfermedad mental que le impida cumplir el tratamiento.
- Pacientes con problemas de comprensión y/o expresión idiomática.

Al tratarse de una población finita, para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula ⁽⁵⁶⁾:

$$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N= Total de la población

Z_a²= Nivel de confianza prefijado. Para un nivel de confianza del 95%, el valor de Z_a²= 1.96

p = Proporción esperada (en este caso 5%= 0.05)

q = 1- p (en este caso 1-0.05= 0.95)

d = Precisión (en este caso deseamos un 3%)

Aplicando la ecuación, el tamaño muestral ajustado es de 229, con un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 5% y un nivel de precisión del 3%.

3.3.4. Variables de la investigación

Las variables objeto de estudio se pueden dividir en:

Variables sociodemográficas: se recogerán en la valoración enfermera mediante la ficha de registro de datos clínicos o se consultarán en la historia clínica de cada paciente. Entre ellas destacan:

- Edad: variable cuantitativa discreta que se expresará en años (números finitos).
- Sexo: variable cualitativa dicotómica con dos opciones de respuesta (hombre/mujer).
- Estado civil: variable cualitativa politómica con diversas respuestas (casado/soltero/divorciado/viudo).
- Nivel de estudios: variable cualitativa politómica de respuesta múltiple (analfabeto, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores).

Variables relacionadas con el tratamiento farmacológico: registradas en las historias de los pacientes y recogidas en la entrevista clínica a través de la ficha de registro de datos clínicos.

- Tiempo de duración del tratamiento: variable cuantitativa discreta que se expresará en meses o en años (números finitos).
- Número de medicamentos prescritos: variable cuantitativa discreta que se expresará en números finitos.
- Número de medicamentos consumidos: variable cuantitativa discreta que se expresará en números finitos.

Variables relacionadas con la adherencia: son variables cualitativas de respuestas dicotómicas (SI/NO) que se valorarán a través del test de Morisky-Green-Levine. Además, se utilizará el recuento de comprimidos.

3.3.5. Herramientas de recogida de datos

La principal herramienta utilizada para la recogida de datos será el test de Morisky-Green-Levine (ANEXO 1). Se trata del método indirecto para medir el cumplimiento terapéutico más utilizado en investigación y en la práctica clínica. A pesar de que se creó por Morisky-Green para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes hipertensos, ha sido validado en diferentes enfermedades crónicas. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos ^(44, 45).

Este cuestionario consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica (SÍ/NO) que se le realizan al paciente durante la entrevista clínica, sobre su conducta respecto al tratamiento. Su objetivo es valorar si el paciente adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad, por lo tanto, si las actitudes son incorrectas se le considerará incumplidor. De lo contrario, se considerará que el paciente es adherente al tratamiento si responde a las preguntas de forma correcta, es decir, NO/SÍ/NO/NO ^(44, 45).

El test de Morisky-Green-Levine se encuentra dentro del sistema de gestión administrativa y clínica de Atención Primaria (DRAGO AP) formando parte del Patrón 1: Percepción – control de la salud. Es utilizado por los enfermeros de Atención Primaria en la valoración de enfermería por patrones funcionales, principalmente en las personas mayores.

Otra de las herramientas de recogida de datos será el recuento de comprimidos, cuya finalidad es comparar los comprimidos que quedan en el envase, la cantidad que ha sido prescrita y el tiempo que ha pasado entre la prescripción y el recuento. El porcentaje de cumplimiento (PC) se obtiene a partir del recuento de los comprimidos no utilizados en un período de tiempo concreto a partir de la siguiente fórmula ⁽⁴⁴⁾:

$$PC = \frac{\text{Número total de comprimidos presuntamente consumidos}}{\text{Número total de comprimidos que debía haber consumido}} \times 100$$

Se considerará al paciente como cumplidor cuando tome el 100% de la dosis recomendada, admitiendo valores entre 80-100%, e incumplidor, cuando presente valores menores del 80% o mayores de 110% ⁽⁴⁶⁾.

Este método nos ayudará a comprobar si el paciente es cumplidor o incumplidor de forma más exhaustiva tras la información aportada en el test de Morisky-Green-Levine.

3.4. Fase empírica de la investigación

3.4.1. Recogida de datos

Previo al proceso de recogida de datos, se entregará una solicitud a la Gerencia de Atención Primaria (ANEXO 2) en la que se solicitará consentimiento para llevar a cabo el estudio planteado en el Centro de Salud Orotava-Dehesas y se acompañará de la memoria justificativa. Una vez obtenido este consentimiento, se realizará una reunión con los profesionales de enfermería para presentarles la investigación y solicitar su colaboración, explicándoles el proceso que se llevará a cabo, resolviendo sus dudas y obteniendo su consentimiento de participación voluntariamente.

A continuación, durante un período de tiempo de seis meses, desde julio hasta diciembre de 2020 se citará dos veces, de forma programada, a los participantes potenciales del estudio junto a su cuidador principal, en caso de ser necesario, en la consulta de Enfermería Familiar y Comunitaria del Centro de Salud.

En la primera cita, se les explicará el proceso a seguir y se les entregará el consentimiento que deberán firmar de forma voluntaria para poder participar en el estudio (ANEXO 3). Posteriormente, a través de la entrevista y la historia clínica de cada paciente, se recogerán datos clínicos de interés para la investigación (variables sociodemográficas, variables relacionadas con el tratamiento farmacológico) (ANEXO 4) y se les realizará el test de Morisky-Green-Levine. Seguidamente, se llevará a cabo el recuento de comprimidos que traerán de casa, tras ser previamente avisados, y se calculará el porcentaje de cumplimiento (PC). En la segunda cita, se realizará el mismo procedimiento y se compararán los datos obtenidos en ambas consultas. Los resultados obtenidos serán recopilados por la responsable del proyecto pasados 15 días desde la última cita.

3.4.2. Análisis e interpretación de los datos

Los datos cuantitativos obtenidos a través del test de Morisky-Green-Levine y del recuento de comprimidos, se analizarán mediante el programa informático estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0, en español. Se utilizarán técnicas estadísticas inferenciales como el análisis de frecuencias y las tablas de contingencias para buscar relaciones entre las variables del estudio. Con el objetivo de examinar si hay diferencias en el nivel de adherencia al tratamiento en función de la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios en las variables de la investigación, se realizará el análisis de varianza multivariante (MANOVA) para el conjunto de las variables y el análisis univariante (ANOVA) en relación a cada una de ellas. Asimismo, con los datos que

obtenemos a través del test y el porcentaje de cumplimiento, se calculará la Chi cuadrado de Pearson y los coeficientes de correlación de Spearman con la finalidad de analizar las relaciones entre las diferentes medidas de cumplimiento.

3.5. Plan de trabajo

Este proyecto de investigación tendrá una duración aproximada de dieciséis meses, empezando en enero de 2020 y finalizando en abril de 2021 (ANEXO 5), desarrollándose en tres fases:

La **primera fase** abarca la elección del tema del proyecto de investigación y la búsqueda bibliográfica de interés sobre el mismo, utilizado el Buscador de Recursos de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna (Punto Q), Google Académico y distintas bases de datos: Elsevier, Scielo, Dialnet, PubMed, Clinicalkey student y Enferteca. Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda fueron “adherencia”, “tratamiento farmacológico”, “ancianos”, “paciente mayor” y “polimedicación” haciendo algunas modificaciones para obtener mayor información. En esta fase también se realizará el diseño del proyecto de investigación, finalizando con la entrega de las solicitudes a la Gerencia de Atención Primaria y al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud, y la obtención de permisos.

En la **segunda fase**, se llevará a cabo la recogida de datos a través del test de Morisky-Green-Levine y el recuento de comprimidos, cuya duración será de aproximadamente seis meses. Posteriormente, se analizarán e interpretarán los datos obtenidos.

En la **tercera fase**, se elaborará el informe final que abarcará los resultados del análisis de los datos, la discusión y las conclusiones del estudio finalizando con la difusión de los resultados.

3.6. Consideraciones éticas

Previo a la realización de este proyecto, se solicitará un permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife para poder llevarlo a cabo, donde se explicará el procedimiento y los objetivos que se pretenden conseguir. También se solicitarán los permisos correspondientes al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud (ANEXOS 6 y 7).

Los pacientes que participen en el estudio deberán firmar un consentimiento informado donde declaren que participan de forma voluntaria y en el que se les informará sobre la finalidad del mismo. Además, se les explicará que el test y los datos obtenidos en el estudio serán anónimos, manteniendo la confidencial, cumpliendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽⁵⁷⁾ y aplicando el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) ⁽⁵⁸⁾.

Los profesionales de enfermería también deberán dar su autorización para participar en el proceso de recogida de datos de manera voluntaria.

3.7. Utilidad de los resultados

Este proyecto permitirá aportar información que puede ser relevante para corregir el problema de la falta de cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, con la finalidad de diseñar estrategias para tratar de solucionarlo, evitando las graves consecuencias que ello conlleva. Los resultados obtenidos nos ayudarán a establecer recomendaciones que podamos incorporar en el abordaje al adulto mayor que mejoren la calidad de la asistencia prestada.

Asimismo, ayudará a que los profesionales de enfermería de Atención Primaria reflexionen sobre la importancia de realizar el test de Morisky-Green-Levine con frecuencia en la valoración enfermera por patrones funcionales, con el propósito de identificar este problema de forma precoz.

3.8. Recursos y presupuesto

Para la elaboración de este proyecto se necesitarán recursos humanos y materiales, con un coste de aproximado de 2.768 € (ANEXO 8).

Los recursos humanos estarán constituidos por el estadístico que colaborará en el análisis de los datos obtenidos en el estudio. Los recursos materiales se dividirán en materiales no fungibles, materiales fungibles y otros, como los gastos de desplazamiento. Dentro de los materiales no fungibles, se necesitará un ordenador y un programa informático estadístico para el análisis de datos, además de una impresora para imprimir tanto la documentación como los permisos necesarios. Los materiales fungibles estarán compuestos por bolígrafos, folios DinA4 y tóner para la impresora.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Envejecimiento [Internet]. ONU; 2020 [consultado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/1vjBZ91>
2. Romero Rizos L, Martí Sebatía E, Navarro López JL, Luengo Márquez C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. Tratado de Geriátrica para residentes [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG); 2006 [consultado 27 de enero de 2020] p.33-47. Disponible en: <https://cutt.ly/9yjOBv0>
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo [Sede Web]. España: INE; 2018 [consultado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/kyjO2mN>
4. Jacobo Castillo A, Castellón AV, Salazar Chavarin PR, Rico García PE, Parra González EB, Francisco Puga LR et al. "Determinar la no-adherencia terapéutica en pacientes geriátricos del centro de salud "Juan Escutia". GEROINFO [Internet]. 2014 [consultado 27 de enero de 2020];9(2). Disponible en: <https://cutt.ly/ZyjO8Ph>
5. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Desarrollo de guías de práctica clínica en paciente con comorbilidad y pluripatología [Internet]. Madrid: SEMI; abril 2013 [actualizado octubre de 2013; consultado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/4yjO70B>
6. García Higuera LR, Carballo Espinosa RR, Aquey Hernández MB, A. Hernández Alonso, A. Corzo Pumar. Caracterización de los adultos mayores con polifarmacia en la consulta de Geriátrica. GEROINFO [Internet]. 2010 [consultado 2 de febrero de 2020];5(1). Disponible en: <https://cutt.ly/cyjO5Bc>
7. Coll de Tuero G. Revisión de la medicación en ancianos polimedicados. Atención Primaria [Internet].2012 [consultado 30 de enero de 2020];44(8):461-462. Disponible en: <https://cutt.ly/fyjPqLb>
8. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2011 [consultado 30 de enero de 2020];35(4):114-123. Disponible en: <https://cutt.ly/ojPeG2>
9. Kripalani S, Yao X, Haynes RB, Haynes B, Review AS. Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. Arch Intern Med [Internet]. 2007 [consultado 3 de febrero de 2020];167(6):540–50. Disponible en: <https://cutt.ly/uyjPuOa>

10. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud; 2004 [consultado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/FyjPoXU>
11. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2016 [consultado 5 de febrero de 2020]; 21(1): 117-137. Disponible en: <https://cutt.ly/DyjPaUH>
12. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Atención Primaria [Internet]. 2008 [consultado 4 de febrero de 2020];40(8): 413-417. Disponible en: <https://cutt.ly/WyjPdEV>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento [Internet]. OMS; 2020 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/KyjPfgS>
14. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: EnR; 2020 [consultado 28 de marzo de 2020] p.39. Disponible en: <https://cutt.ly/LyjPiT1>
15. Sánchez Zaplana I, Maestre González E. Alimentación y envejecimiento. Revista ROL de enfermería [Internet]. 2013 [consultado 12 de febrero de 2020];36(6):400-407. Disponible en: <https://cutt.ly/DyjPIUE>
16. Rozman C, Cardellach F. Geriatria - Compendio de Medicina Interna. [Internet] 6ª ed. España: Elsevier; 2017 [consultado 7 de febrero de 2020] p.346-355. Disponible en: <https://cutt.ly/YyjPbAE>
17. Escribano Alonso V. Factores que influyen en la adherencia terapéutica de los mayores [Trabajo fin de grado] Soria: Universidad de Valladolid; 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/6yjPm7X>
18. Landínez Parra NS, Contreras Valencia K, Castro Villamil A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012 [consultado 13 de febrero de 2020];38(4):562-580. Disponible en: <https://cutt.ly/nyjPQ7s>
19. Anierte Hernández N. El proceso del envejecimiento. Medwave [Internet]. 2003 [consultado 10 de febrero de 2020];3(11). Disponible en: <https://cutt.ly/kyjPE3a>
20. Arriola Riestra I, Santos Marino J, Martínez Rodríguez N, Barona Dorado C, Martínez-González JM. Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodentológico. Av Odontoestomatol [Internet]. 2009 [consultado 20 de febrero de 2020];25(1):29-34. Disponible en: <https://cutt.ly/GyjPTqK>

21. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaeché del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Atención Primaria [Internet]. 2014 [consultado 21 de febrero de 2020];46(7):385-392. Disponible en: <https://cutt.ly/0yjPYKT>
22. Galván-Banqueri M, Santos-Ramos B, Vega-Coca MD, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD y Pérez-Guerrero C. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. Atención Primaria [Internet]. 2013 [consultado 18 de febrero de 2020];45(1):6-18. Disponible en: <https://cutt.ly/nyjPUI4>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades crónicas [Internet]. OMS; 2020 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/HyjPIfY>
24. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). X Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Siete de cada diez mayores de 65 años tiene al menos una enfermedad crónica en España, con una media de cuatro patologías por persona [Internet]. Zaragoza: SEMFYC y SEMI; 2018 [consultado 7 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/9yjPFxf>
25. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Las enfermedades crónicas, que sufren la mitad de las personas mayores de 65 años, copan el 75% del gasto sanitario [Internet]. Madrid: SEMFYC y SEMI; 2016 [consultado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/CyjPHNF>
26. Diz-Lois Martínez F; Fernández Álvarez O; Pérez Vázquez C. El paciente polimedcado. Galicia Clínica [Internet]. 2012 [consultado 22 de febrero de 2020];73(1):37-41. Disponible en: <https://cutt.ly/1yjPK3O>
27. Jara Zozaya A, Miralles Xamena J, Carandell Jäger E, Artacho Merlo E, Blanes Muntaner I, Boronat Moreiro MA et al. Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedcados (GRAPP). Conselleria de salut i consum. [Internet]. 2010 [consultado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/8yjPXn8>
28. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. Drugs Aging [Internet]. 2003 [consultado 25 de febrero de 2020]; 20(11):817-32. Disponible en: <https://cutt.ly/AyjPBKN>
29. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. Ann Emerg Med [Internet]. 2001 [consultado 24 de marzo de 2020];38(6):666-671. Disponible en: <https://cutt.ly/GyjAuqa>

30. Molina López T, Caraballo Camacho MO, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. Atención Primaria [Internet]. 2012 [consultado 26 de marzo de 2020];44(4):216-222. Disponible en: <https://cutt.ly/kylnPKZ>
31. Vicente-Sánchez S, Olmos-Jiménez R, Ramírez-Roig C, García-Sánchez MJ, Valderrey-Pulido M, de la Rubia-Nieto A. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2018 [consultado 26 de marzo de 2020];42(4):147-151. Disponible en: <https://cutt.ly/RyjAifO>
32. Gavilán-Moral E, Vallafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2012 [consultado 26 de febrero de 2020];47(4):162-167. Disponible en: <https://cutt.ly/lvjApmG>
33. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [consultado 28 de febrero de 2020];(30)4. Disponible en: <https://cutt.ly/RyjAsc7>
34. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2005 [consultado 26 de febrero de 2020];29(2):40-48. Disponible en: <https://cutt.ly/xyAnotc>
35. Dilla T, Valladares A, Lizán L y Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria [Internet]. 2009 [consultado 2 de marzo de 2020];41(6):342-348. Disponible en: <https://cutt.ly/RyjAqmH>
36. Salinas Cruz E y Nava Galán MG. Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex) [Internet]. 2012 [consultado 27 de febrero de 2020];11(2):102-104. Disponible en: <https://cutt.ly/dyjAdzV>
37. Martín Marí C, Guzmán Paredes M, Otero Villullas P, Tejedor Macho R, Díez Ruiz J, Donis Domeque J et al. Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes mayores polimedicados. Metas de Enfermería [Internet]. 2011 [consultado 25 de febrero de 2020];14(8):24-30. Disponible en: <https://cutt.ly/2yjAmPL>
38. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 2013 [consultado 29 de febrero de 2020];47(4):468-474. Disponible en: <https://cutt.ly/SyjAQce>

39. Reyes Flores E, Trejo Álvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Revista médica Hondureña [Internet]. 2016 [consultado 18 de febrero de 2020];84(3-4):125-132. Disponible en: <https://cutt.ly/yyjAWbk>
40. Martínez F, Polop V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2004 [consultado 14 de febrero de 2020];28(5):113-120. Disponible en: <https://cutt.ly/rvjP45Y>
41. Peralta ML, Carbajal Pruneda P. Adherencia a tratamiento. Rev Cen Dermatol Pascua [Internet]. 2008 [consultado 25 de febrero de 2020];17(3):84-88. Disponible en: <https://cutt.ly/5yjAtd0>
42. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul ar [Internet]. 2015 [consultado 1 de marzo de 2020];16(2):175-189. Disponible en: <https://cutt.ly/GyjAEzp>
43. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2006 [consultado 16 de febrero de 2020];32(3). Disponible en: <https://cutt.ly/2yjARF9>
44. L.Limaylla M, J.Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. Ciencia e investigación [Internet]. 2016 [consultado 4 de febrero de 2020];19(2):95-101. Disponible en: <https://cutt.ly/YyjASc7>
45. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [consultado 8 de febrero de 2020];59(3):163-172. Disponible en: <https://cutt.ly/9yjAJcF>
46. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2012 [consultado 10 de febrero de 2020];27(2):72-77. Disponible en: <https://cutt.ly/kvjAKLi>
47. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermería [Internet]. OMS; 2020 [consultado 6 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/lvjALMb>
48. Aguado Arroyo O. Intervenciones enfermeras en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente en atención primaria: actividades individuales y grupales [Internet]. España: semFYC; 2017 [consultado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/lycPWqI>
49. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enfermería Clínica [Internet]. 2014 [consultado 10 de marzo de 2020];24(1):59-66. Disponible en: <https://cutt.ly/myvYPuN>

50. Bellido Vallejo JC, Ríos Ángeles A, Fernández Salazar S. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN [Internet]. 1ª ed. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [consultado 8 de marzo de 2020] p.17-33. Disponible en: <https://cutt.ly/lycAHtQ>
51. Brito Brito PR. El Proceso enfermero en Atención Primaria (I). Ene revista de enfermería [Internet]. 2007 [consultado 8 de marzo de 2020];1(2):17-26. Disponible en: <https://cutt.ly/eycAGQC>
52. NNN Consult [Sede web]. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020 [consultado 9 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/0ycSeDa>
53. Domínguez S. El papel de la enfermería en la adherencia terapéutica. [Internet]. 2013 [consultado 6 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/JyjABHk>
54. Díaz Navarro M, Díaz Navarro M, Beristáin García I. Proceso enfermero basado en el modelo de promoción de la salud. Desarrollo Científ Enferm [Internet]. 2011 [consultado 9 de marzo de 2020];19(4):139-143. Disponible en: <https://cutt.ly/lycSGaO>
55. Reboredo García S, González Criado C, Casal Llorente C. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Atención Primaria [Internet]. 2014 [consultado 1 de marzo de 2020];46(supl 3):33-40. Disponible en: <https://cutt.ly/3yjA1cr>
56. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación de enfermería. Enero 2013. Madrid: Fuden; 2013.
57. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6-12-2018).
58. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

5. ANEXOS

5.1. ANEXO 1

Test de Morisky-Green-Levine	SI	NO
1-. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?		
2-. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3-. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?		
4-. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?		

5.2. ANEXO 2: Solicitud de permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife

A la atención de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
C/Carmen Monteverde, 45
38003 Santa Cruz de Tenerife

Santa Cruz de Tenerife, a..... de..... de 2020.

A/A Dirección Médica y Enfermería

Yo D^a. Noelia Amador Pérez, estudiante de 4º curso de enfermería de la Universidad de La Laguna, con DNI..... y como investigadora principal del estudio que presenta como título: **“Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores del Centro de Salud Orotava-Dehesas”**

SOLICITA

Consentimiento para poder realizar el estudio cuyo objetivo principal es conocer el nivel de adherencia que tienen los pacientes mayores de 65 años polimedicados que acuden a las consultas de enfermería del Centro de Salud Orotava-Dehesas, a su tratamiento farmacológico. Para ello, se requiere autorización para acceder a las historias clínicas de los pacientes, realizarles el test de Morisky-Green-Levine recogido en la valoración de enfermería por patrones funcionales del sistema DRAGO AP y llevar a cabo el proceso de recuento de comprimidos. El estudio se realizará durante la segunda mitad del año 2020, teniendo lugar la recogida de datos durante los meses de julio y diciembre, período de tiempo en el que se citarán dos veces, de manera aleatoria, a los pacientes que quieran participar voluntariamente, destacando que dichos datos serán confidenciales y anónimos. Del mismo modo, se solicita autorización para que la investigadora principal pueda acompañar en el proceso de recogida de datos a los profesionales de enfermería de este centro, siempre que el personal esté de acuerdo y el paciente lo permita.

Espero que sea de su interés y considere oportuno la realización del estudio planteado para esta Gerencia.

Firmado Investigadora responsable: Noelia Amador Pérez

Teléfono de contacto:

Correo electrónico de contacto:

5.3. ANEXO 3: Consentimiento informado.

“NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES MAYORES DEL CENTRO DE SALUD OROTAVA-DEHESAS”

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el proyecto de investigación titulado: “Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores del Centro de Salud Orotava-Dehesas”, en el que se le invita a participar.

El objetivo principal de este proyecto es conocer el nivel de adherencia que tienen los pacientes mayores de 65 años polimedicados que acuden a las consultas de enfermería del Centro de Salud Orotava-Dehesas, a su tratamiento farmacológico. Para ello, en un período de tiempo de seis meses, se le citará dos veces y se le realizará una entrevista a través del test de Morisky-Green-Levine que contiene cuatro preguntas sencillas y fáciles de contestar acerca de sus actitudes ante la medicación. Además, se le pedirá que traiga a la cita los medicamentos que toma para realizar el recuento de comprimidos.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar, cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que haya ningún tipo de repercusión.

Los datos recogidos en este estudio serán anónimos y con carácter confidencial, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y aplicando el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Para obtener más información sobre el estudio y realizar todas las preguntas que tenga, puede contactar con la investigadora principal a través del email, el teléfono o personalmente en el Centro de Salud.

Para participar, deberá firmar el siguiente consentimiento:

Yo..... con DNI..... declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información acerca del estudio.
- He hablado con la investigadora.....

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto tenga algún tipo de repercusión.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas anteriormente.

Firma y nombre del paciente:.....Fecha:.....

Firma y nombre de la investigadora:Fecha:.....

5.4. ANEXO 4: Ficha de registro de datos clínicos

Ficha para el registro de datos acerca de las variables relacionadas con el paciente y su tratamiento farmacológico.

Código:

Cupo: Mañana Tarde

Variables sociodemográficas	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Nivel de estudios	

Variables relacionadas con el tratamiento farmacológico	
Tiempo de duración del tratamiento	
Nº de medicamentos prescritos	
Nº de medicamentos consumidos	

5.5. ANEXO 5: Cronograma

Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores del Centro de Salud Orotava-Dehesas																	
Actividades	Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
	Primera fase																
Elección del tema																	
Búsqueda y reflexión bibliográfica																	
Diseño del proyecto de investigación																	
Solicitud y obtención de permisos																	
Segunda fase																	
Recogida de datos																	
Análisis e interpretación de datos																	
Tercera fase																	
Elaboración del proyecto final																	
Presentación y difusión de los resultados																	

5.6. ANEXO 6

Carta de autorización al Comité Ético de Investigación del Servicio Canario de Salud

Fecha:

Señores del Comité Ético de Investigación:

Me dirijo hacia ustedes con el objetivo de mostrarles el proyecto de investigación que tiene como título: "Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores del Centro de Salud Orotava-Dehesas", para su evaluación y valoración.

A continuación, se adjunta el proyecto de investigación y sus ANEXOS.

Cordialmente

Firmado:

Investigadora responsable: D^a. Noelia Amador Pérez

Teléfono de contacto:

Correo electrónico de contacto:

5.7. ANEXO 7

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

D^a. Noelia Amador Pérez, estudiante de cuarto de enfermería de la Universidad de La Laguna.

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigadora principal en el proyecto de investigación que presenta como título: **“Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores del Centro de Salud Orotava-Dehesas”**.

Que respetará las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo fielmente lo establecido en el proyecto autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud.

Que se compromete al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Que dicho proyecto de investigación contará con la colaboración de D^a. M. Mercedes Arias Hernández, profesora del Departamento de Enfermería de La Universidad de La Laguna.

En Santa Cruz de Tenerife, a..... de..... de 2020

Firmado:

Investigadora responsable: D^a. Noelia Amador Pérez

Firmado:

Colaboradora: D^a. M. Mercedes Arias Hernández

5.8. ANEXO 8

Presupuesto proyecto de investigación		
Concepto		Coste
Recursos humanos	Estadístico	1.300 €
Recursos materiales no fungibles	Ordenador portátil	700 €
	Programa informático estadístico (SPSS)	600 €
	Impresora	70 €
Recursos materiales fungibles	Tóner de impresora	30 €
	Folios DinA4	5 €
	Bolígrafos	3 €
Otros	Gastos de desplazamiento	60 €
TOTAL		2.768 €

