



ORIGINAL

Adherencia al tratamiento en pacientes polimedcados mayores de 65 años con prescripción por principio activo



Antonio J. Núñez Montenegro^a, Alonso Montiel Luque^b, Esther Martín Auriol^c, Barbara Torres Verdú^d, Celinda Lara Moreno^e y José Antonio González Correa^{f,*}, en representación del grupo Polipresact¹

^a Área Sanitaria Norte de Málaga, Málaga, España

^b San Miguel, Distrito Sanitario Costa del Sol, Torremolinos, Málaga, España

^c La Roca, Distrito Sanitario Málaga, Málaga, España

^d Antequera Estación, Área Sanitaria Norte de Málaga, Málaga, España

^e Archidona, Área Sanitaria Norte de Málaga, Málaga, España

^f Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España

Recibido el 5 de julio de 2013; aceptado el 11 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 27 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Polimedcado;
Principio activo;
Seguridad
del paciente;
Anciano;
Adherencia
terapéutica

Resumen

Objetivo: Valorar el nivel de adherencia al tratamiento y los factores relacionados en polimedcados mayores de 65 con prescripción por principio activo.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre polimedcados mayores de 65 años adscritos a los centros de atención primaria del Distrito Sanitario Costa del Sol y del Área Sanitaria Norte de Málaga. Se ha realizado entre enero del 2011 y septiembre del 2012, sobre una población de 375 individuos obtenida mediante muestreo aleatorio simple a partir de las listas de pacientes proporcionadas por cada centro. Los datos se recogieron mediante entrevista, sobre hoja estructurada de recogida de datos y previa firma del consentimiento informado.

Variables del estudio: Variable principal de resultado: adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green).

Variables predictoras: Prescripción por principio activo, variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la medicación.

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables. La inferencia estadística se realizó mediante análisis bivariante (test de la t de Student o U de Mann Whitney y chi al cuadrado), controlándose los factores de confusión mediante análisis multivariante (regresión lineal y logística).

Resultados: El cumplimiento terapéutico se sitúa en el 51,7%, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo o la edad. Encontramos relación con residir en

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: antonionm14@enfermundi.com, antonionm14@gmail.com (J.A. González Correa).

¹ Los nombres de los componentes del grupo Polipresact están relacionados en el [anexo 1](#).

zona de interior ($p=0,001$), vivir acompañados ($p<0,05$) y no presentar riesgo de ansiedad ($p=0,046$).

Conclusiones: La adherencia es similar a los estudios realizados, independientemente de si la prescripción es por principio activo. El incumplimiento fue mayor en individuos que viven solos, en población costera y con riesgo de ansiedad.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Multiple medication;
Active ingredient;
Patient safety;
Elderly;
Adherence

Adherence to treatment, by active ingredient, in patients over 65 years on multiple medication

Abstract

Aim: To assess the level of adherence, by active ingredient, to treatment and associated factors in polymedicated patients over 65 years-old.

Design: Observational, descriptive and cross-sectional study over polymedicated patients over 65 years of the Costa del Sol Health District and the North Malaga Health Area. The study was performed between January 2011 and September 2012 on 375 subjects obtained by simple random sampling from lists provided by each health centre. Data was collected by means of an interview with structured questions. Informed consent was given and signed by all patients before interview.

Study variables: Main results variable adherence to treatment (Morisky-Green's test).

Predictable variables: Prescription by active ingredient, socio-demographic variables, health care centre variables, and treatment associated variables.

A descriptive analysis of variables was performed. Statistical inference was determined using univariate analysis (t test of Student or Mann-Whitney U, and Chi-squared), and controlling for confounding factors by multivariate analysis (linear and logistic regression).

Results: The result for therapeutic compliance was 51.7%. No statistically significant differences were observed as regards sex and age. A relationship was found in those who resided in rural areas ($P=.001$), lived with family ($P<.05$), and were not at risk of suffering from anxiety ($P=.046$).

Conclusions: We found similar patient adherence to treatment despite the prescribing generic drugs. Failure to therapeutic compliance was greater in those patients who lived by themselves, in a city close to the coast, or in those patients who were at risk of suffering from anxiety.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En el último tercio del siglo xx, se produce en los países desarrollados una verdadera revolución demográfica, lo que se traduce en un vertiginoso envejecimiento de la población, que ha ocasionado un espectacular aumento del consumo de recursos sanitarios responsable de, al menos, el 40-50% del gasto sanitario en nuestro país, del 30-40% del consumo total de fármacos y del 75% del total de los tratamientos de carácter crónico¹. Además, según Garrido-Garrido et al., las personas mayores generan el triple de demanda asistencial que la media de la población, consumen un porcentaje importante de medicamentos y generan el 75% del gasto farmacéutico²⁻⁴.

En España, según datos del padrón municipal de 2009, están censadas 7.782.904 personas mayores de 65 años, lo que supone aproximadamente el 17% de la población total⁵ que, trasladado a nuestra población, suponen que el 13,86% de la población mayor de 65 años son polimedificados. Este grupo de población presenta 2 características muy importantes que son la pluripatología, entendiendo como tal la presencia de 2 o más enfermedades crónicas^{6,7}, y la polimedicación, entendida como el consumo de 5 o más medicamentos durante 6 o más

meses^{8,9}. Esta situación de polifarmacia es muy difícil de manejar y susceptible de numerosos errores y problemas relacionados con los medicamentos^{10,11}. La iatrogenia causa entre el 0,86 y el 3,9% de las visitas a los servicios de urgencias¹² y aproximadamente el 5% de los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia de unos 3.000 euros^{11,13}. En nuestro país, el 48,2% de los eventos adversos observados en atención primaria¹⁴ se asociaron a la medicación, mientras que a nivel hospitalario supuso un 37,4%¹⁵.

La Organización Mundial de la Salud define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas¹⁶, pero la definición de Haynes y Sackett puede ser más completa al definirlo 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 prescriptor¹⁷.

En nuestro medio, en los últimos años, la prescripción por principio activo se ha ido introduciendo paulatinamente ligada a la aparición de los medicamentos genéricos^{18,19}. La proliferación de presentaciones comerciales diferentes podría estar relacionada con errores y dificultar la adherencia al tratamiento, fundamentalmente dentro del colectivo

estudiado. Por tanto, nuestro objetivo fue valorar el nivel de adherencia al tratamiento y los factores relacionados en pacientes polimedcados mayores de 65 con prescripción por principio activo.

Material y métodos

Diseño: estudio transversal.

Periodo de estudio: la recogida de datos se realizó entre junio del 2011 y junio del 2012.

Población de estudio

Personas polimedcadas y mayores de 65 años adscritas a los centros de atención primaria pertenecientes al Distrito Sanitario Costa del Sol y al Área Sanitaria Norte de Málaga (comprendiendo un total de 19 Unidades de Gestión Clínica).

Sujetos de estudio

Muestra aleatoria de dicha población, calculada mediante programa informático EPIDAT 3.1 teniendo en cuenta los siguientes datos de población:

- Población total de ambos distritos: 622.824.
- Población de 65 o más años de ambos distritos: 89.211.
- Población de 65 o más años y polimedcada (de ambos distritos): 12.366 (datos a mayo del 2011).

Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal al 95% bilateral, con una proporción esperada de principio activo del 65%, para una población de 12.366 pacientes, será necesario incluir en la muestra a 375 (asumiendo una tasa de reposición del 10%).

Selección de los individuos: se realizó un muestreo aleatorio simple a través de las listas que proporcionaron cada centro, obtenidas a partir de los pacientes registrados en historia única digital (Diraya) como polimedcados de 65 o más años.

Criterios de inclusión

- Polimedcados (consumo de 5 o más medicamentos durante un periodo igual o superior a 6 meses) de 65 o más años de edad.
- Estar incluido en la prescripción por receta electrónica.

Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro funcional y/o cognitivo que impida el manejo de la medicación de forma independiente Barthel menor o igual de 60, o Lawton y Brody menor de 3 en mujeres y menor o igual de 1 en hombres, o más de 4 errores en el test de Pfeiffer.
- Pacientes institucionalizados en entidades públicas o privadas.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica.
- Negativa a otorgar su consentimiento por escrito.

- Pacientes con problemas de comprensión y/o expresión idiomática que impidan una comunicación fluida con los mismos.

Recogida de la información

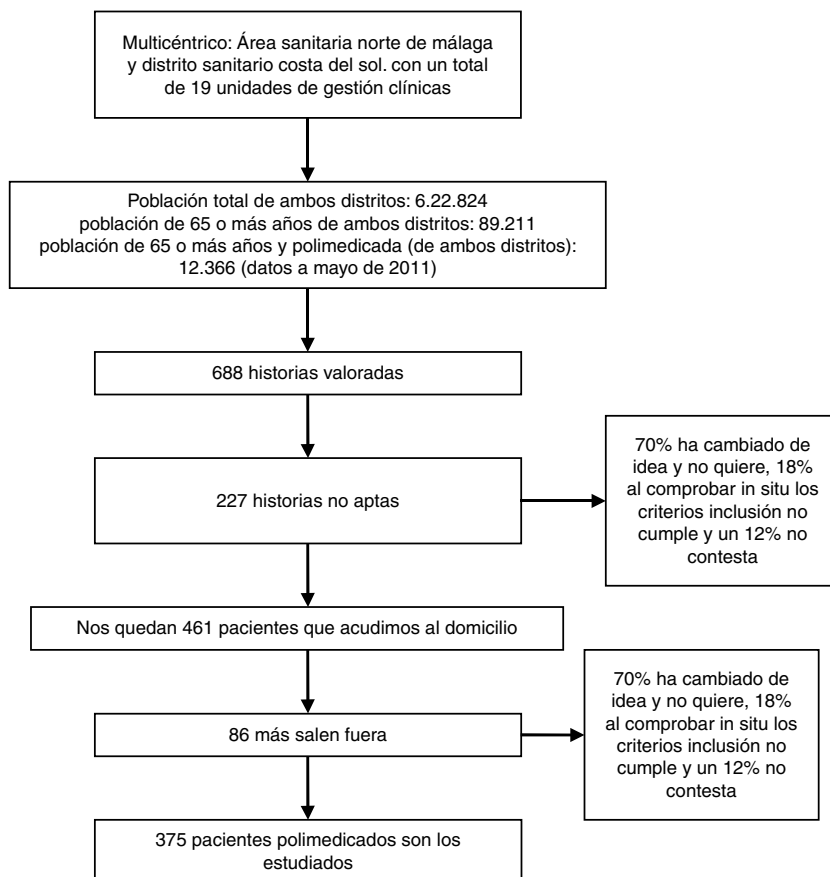
Una vez captados, y comprobado que cumplen los criterios de inclusión, se les propuso participar en el estudio. El responsable de recogida de datos fue la misma persona para los 2 distritos, realizándose la entrevista en el domicilio del paciente (mediante cuaderno de recogida de datos y entrevista estructurada).

VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Variable dependiente: adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green). El test de Morisky-Green es un método indirecto de valoración del cumplimiento terapéutico, validado para la población española y empleado con frecuencia en enfermedades crónicas. Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica que pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento (se considera cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas). Es un test que subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento en un 7,9%. Es un método sencillo que permite realizar las preguntas entremezcladas con la conversación y de forma cordial, permitiendo obtener información sobre las causas del incumplimiento en función de las respuestas.
2. Variables independientes:
 - Sociodemográficas: edad, sexo, lugar de residencia, convivencia, nivel socioeconómico, nivel educativo, profesión, valoración riesgo social (escala de Gijón).
 - Datos clínicos: enfermedad, valoración funcional mediante test de Barthel y Lawton y Brody, valoración cognitiva test de Pfeiffer, valoración del cribado de ansiedad y depresión mediante Goldberg.
 - Medicación: número de medicamentos, porcentaje de principio activo, presencia de genéricos de distintas marcas, número de prescriptores, identifica genérico iguales, identifica genérico con patología incumplimiento terapéutico, visitas a urgencias recientes, olvidos, duplicados, error de dosis, error de frecuencia, alergias e intolerancias.

Análisis estadístico

Los datos se han procesado y analizado mediante programa informático SPSS Versión 20 (licenciado para el Servicio Central de Informática de la Universidad de Málaga). Las variables cuantitativas se describen mediante la media \pm desviación estándar, las variables cualitativas las presentamos en frecuencias y porcentajes. Cálculo de la odds ratio de prevalencia. Análisis bivariante mediante test de la t de Student (U de Mann-Whitney en casos de ausencia de normalidad), test de la chi al cuadrado. Análisis multivariante: regresión logística binaria. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos en caso de $p < 0,05$.



Esquema general del estudio: El diseño del estudio es observacional descriptivo transversal multicéntrico, entendemos que para obtener una foto de que nuestros usuarios hacen es el mejor de los diseños, donde se analizan los errores de medicación y la adherencia.

Resultados

Datos sociodemográficos

Se entrevistó a 375 pacientes, con una edad media de 74,72 \pm 5,9 años, siendo mujeres el 63,5%. En la muestra estratificada por distritos, el 77,9% de la población del estudio pertenece al Distrito Costa del Sol (tabla 1).

Un alto porcentaje vive en pareja, 59,7%, que sumado a los que viven con un familiar (17,3%) supone un 77%. Un 90,1% tiene un nivel socioeconómico medio y el 5,1% un nivel socioeconómico bajo.

Con respecto al nivel educativo, se aprecia un porcentaje alto de población sin estudios, de tal forma que entre analfabeto (19,5%) y los que solo saben leer y escribir (57,9%) suman un 77%.

La profesión de obrero, con un 45,9%, es la más representativa, seguida de las amas de casa, con un porcentaje del 35,5%.

Datos clínicos

En relación con enfermedades crónicas, destaca que un 88% presentan hipertensión arterial, el 52,5% diabetes, el 65,1% dislipidemia, el 56% cardiopatía, un 14,9% enfermedad pulmonar obstructiva crónica y un

4,5% había presentado un accidente cerebrovascular (ACV) (tabla 2).

Durante el último año, un 5,9% de los pacientes acudieron más de 3 veces a urgencias, y el 54,1% lo hizo al menos en una ocasión.

Tabla 1 Variables sociodemográficas

VARIABLES (N = 375)	Categorías	n	%
Edad	65-69	86	22,9
	70-74	99	26,4
	75-79	109	29,1
	> 80	81	21,6
Sexo	Hombre	137	36,5
	Mujer	238	63,5
Residencia	Costa del Sol	292	77,9
	A. Norte Málaga	83	22,1
Convivencia	Solo	85	22,8
	Acompañado	290	77,2
N. socioeconómico	Bajo	19	5,1
	Medio	338	90,1
	Alto	18	4,8
	Bajo o normal	314	83,7
	Intermedio	61	16,3

Tabla 2 Variables clínicas

Variables (N = 375)	Categorías	n	%
Enfermedades + frecuentes	HTA	330	88
	Dislipidemia	244	65,1
	Diabetes	197	52,5
	Cardiopatía	210	56
	EPOC	56	14,9
	ACV	17	4,5
Visitas urgencias (último año)	No	172	45,9
	1-3	181	48,3
	> 3	22	5,9
Barthel	Independiente	257	68,5
	D. leve	50	13,3
	D. moderada	68	18,2
Lawton y Brody	Autónomo	253	67,47
	D. leve	77	20,53
	D. moderada	45	12
Pfeiffer	Normal	366	97,6
	Deterioro leve	9	2,4
Goldberg	Ansiedad	227	60,5
	Depresión	128	34,1
	Ansiedad y depresión	99	26,4

Con respecto a las actividades básicas de la vida diaria (Barthel): autónomos un 68,5%, con dependencia leve un 13,3% y con dependencia moderada un 18,1%, no existiendo diferencias significativas por sexo. Solo un 2,4% presentaba un deterioro cognitivo leve (Pfeiffer).

Con respecto a las actividades instrumentales (Lawton y Brody), presenta una media de 7,05 para las mujeres en escala de 0 a 8 y una media de 4,75 para los hombres en una escala de 0 a 5.

Respecto a la valoración emocional (Goldberg), un 60,5% presenta riesgo de ansiedad y un 34,1% de depresión, presentando ambos riesgos un 26,4%.

Medicación

En el 90,1% de los pacientes la prescripción por principio activo está por encima del 75% (tabla 3).

La mayoría de los pacientes reciben 8 o más medicamentos (85%) y un alto porcentaje, el 47,7%, más de 10 (tabla 3). Casi el 70% tiene 2 o más prescriptores.

A un 84,3% se les dispensa distintas marcas del producto y un 62,7% de los pacientes no identifica distintas

Tabla 3 Variables de medicación

Variables (N = 375)	Categorías	n	%
N.º medicamentos	5-7	56	14,9
	8-10	140	37,3
	11 o más	179	47,7
% principio activo	< 75	37	9,9
	> 75	338	90,1
Morisky-Green	Adherencia	194	51,7
	Incumplimiento	181	48,3

presentaciones del mismo principio activo. Sin embargo, el 79,7% identifica el genérico con la enfermedad.

Dentro de las incidencias en la toma de la medicación, podemos indicar que el 13,1% incumple las recomendaciones, un 42,4% olvida alguna toma, un 3,2% ha duplicado alguna toma, un 50,1% ha cometido algún error de dosis, un 62,1% un error de frecuencia, un 23,5% tiene alguna alergia medicamentosa y un 9,3% refiere alguna intolerancia.

Un 51,7% de los pacientes presentaron adherencia al tratamiento (tabla 3). La prescripción por principio activo no incrementa la no adherencia al tratamiento (odds ratio prevalencia = 0,983; IC del 95%, 0,49-1,93).

En la tabla 4 se recoge el análisis bivariable de la adherencia al tratamiento respecto a las distintas variables del estudio. En dicho análisis encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto al área sanitaria, el tipo de convivencia, el riesgo de ansiedad, dislipidemia y ACV.

En el Área Sanitaria Norte de Málaga se registró un 67,5% de adherencia frente al 47,3% observado en el Distrito Costa del Sol. La adherencia fue de un 54,5% en los pacientes que viven acompañados frente a un 42,4% en los que viven solos. Los pacientes que presentaron riesgo de ansiedad tuvieron menor adherencia respecto a los que no lo presentaron (47,6% vs. 58,1%).

En el análisis multivariante posterior (tabla 5), se confirmó la relación entre falta de adherencia y las variables residencia, tipo de convivencia y riesgo de ansiedad. No identificándose ninguna otra variable relacionada.

Discusión

La adherencia al tratamiento observada en el presente estudio fue del 51,7%, que es algo superior al de otros estudios, como el de Bayliss et al.²⁰ o el de Villar Álvarez et al.²¹, que la cifran por debajo del 50%; sin embargo, es muy similar a la de Tiesca-Molina et al.²² que habla de un 53%, aunque este último solo estudia a pacientes con hipertensión arterial.

No hemos encontrado diferencias en la adherencia al tratamiento farmacológico en relación con el porcentaje de prescripción por principio activo en nuestros pacientes y no hemos hallado en la literatura estudios que relacionen estas variables. Al contrario de lo que se podía pensar, la adherencia fue ligeramente superior en aquellos pacientes con mayor porcentaje de prescripción por principio activo. En la literatura se recoge que la polimedición, la acumulación de fármacos, la confusión de genéricos, la complejidad de la pauta, la duplicidad terapéutica, los problemas cognitivos, la falta de información al paciente, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos disminuyen la adherencia al tratamiento^{23,24}. La gestión del cambio en relación con la prescripción por principio activo se realizó en Andalucía de una manera progresiva y acompañada de una campaña informativa a profesionales y pacientes, evitando de esta forma que la introducción de esta estrategia contribuyera a una disminución en la adherencia, como hemos comprobado en el presente estudio. Así mismo, no encontramos relación entre la no identificación de genéricos iguales y una menor adherencia.

De todas formas, nos gustaría señalar que la metodología de los estudios consultados es muy variada y heterogénea,

Tabla 4 Relación de la variable dependiente con las independientes

VARIABLES (N = 375)	Categorías	n	% de adherencia
% de principio activo	≤ 75%	37	51,4%
	> 75%	318	51,5%
Sexo	Hombre	137	54,7
	Mujer	238	50
Edad media	Adherentes	194	74,58 (edad media)
	No adherentes	181	74,96 (edad media)
Número de medicamentos	5-7	56	60,7
	8-10	140	52,1
	11 o más	179	48,6
Nivel socioeconómico	Bajo	19	31,6
	Medio	338	53
	Alto	18	50
Nivel educativo	Analfabeto	73	46,6
	Saber leer y escribir	217	53,9
	Primarios	40	40
	Secundarios	30	60
	Universitarios	15	60
Riesgo social	Bajo	314	53,5
	Intermedio	61	42,6
Convivencia	Solo	85	42,4
	Acompañado	288	54,5 (p = 0,049)
Acude a Urgencias	No acude a urgencias	172	53,5
	Entre 1-3 veces	181	50,3
	4 o más veces	22	50
Prescriptores	1-2	227	55,1
	3 o más	148	46,6
	Costa del Sol	282	47,3
Residencia	Norte de Málaga	83	67,5 (p = 0,001)
	Enfermedades	330	52,4
	Diabetes	197	52,3
	EPOC	56	55,4
	Dislipidemia	244	55,7 (p = 0,034)
	Cardiopatía	210	49,5
	ACV	17	76,5 (p = 0,037)
Depresión	Riesgo sí	128	46,9
	Riesgo no	247	54,4
Ansiedad	Riesgo sí	227	47,6
	Riesgo no	148	58,1 (p = 0,046)
Identifican genéricos iguales	Sí	140	54,3
	No	235	50,2
Tienen genéricos dist. marcas	Sí	316	50,9
	No	59	55,9
Identifican genéricos con enfermedad	Sí	299	53,2
	No	76	46,1

lo que dificulta la comparación entre ellos. Desde estudios que analizan pacientes ancianos⁴, pacientes hipertensos²², distintos ámbitos geográficos, entre otros, al nuestro que evalúa pacientes ancianos, polimedificados con elevada prescripción por principio activo.

El porcentaje de polimedificados entre los pacientes mayores de 65 años de nuestra población (ambos distritos sanitarios) es del 13,86% (datos obtenidos de la historia única digital [Diraya] y de la Base de Datos de Usuario). Este

porcentaje es bastante inferior al de otras series^{2,4,25}, que los establecen entre un 32,4 y un 37,8%. Sin duda, esta diferencia estriba en que nuestros datos están referidos a la población total y no a estimaciones de muestra.

Con respecto al número de medicamentos, la mayoría de los sujetos de la muestra tienen más de 8 medicamentos, cifra muy similar a las medias de otros estudios consultados^{4,25-27}, e incluso de pacientes geriátricos e institucionalizados^{2,25}, influyendo directamente en la

Tabla 5 Variables del estudio relacionadas con la adherencia (regresión lineal múltiple)

Variables	β^d	Adherencia IC (95%) ^e	P
Ansiedad ^a	1,647	1,071/2,532	< 0,023
Convivencia ^b	1,696	1,027/2,801	< 0,039
Residencia ^c	2,320	1,380/3,902	< 0,002

^a Riesgo ansiedad (Goldberg).

^b Convivencia: solo o no.

^c Lugar de residencia: distrito Sanitario Costa del Sol o Área Sanitaria Norte de Málaga.

^d Coeficiente de regresión beta.

^e Según Morisky-Green.

adherencia o el cumplimiento, como ocurre en la mayoría de los estudios²², de tal forma que a mayor número de medicamentos, menor es el cumplimiento.

Hemos podido observar que los pacientes que acuden con mayor frecuencia a urgencias presentan una tendencia no estadísticamente significativa a un peor cumplimiento, dato coincidente con lo publicado en otro estudio²².

El valor añadido que nuestro trabajo aporta sobre el conocimiento del cumplimiento en pacientes polimedica-dos es el estudio de aquellos factores relacionados con la estrategia de prescripción de principio activo que, de alguna forma, pudieran influir en la adherencia. Como anteriormente hemos mencionado, el porcentaje por prescripción por principio activo no disminuye la adherencia al tratamiento, aunque sí hemos observado que el conocimiento del genérico y su identificación con la enfermedad para la que está prescrito la mejoran. Por el contrario, la presencia de genéricos de distintas marcas produce un empeoramiento de la misma.

El perfil social de nuestro paciente coincide con numerosos estudios, mujer mayor de 70 años^{4,22,26}. Viven acompañados, preferentemente con la pareja, tienen un nivel socioeconómico intermedio, la profesión de la mayoría es obrero y ama de casa, y tienen un riesgo social bajo. Por otro lado, más de 3 cuartas partes tienen un nivel educativo bajo (que a lo sumo saben leer y escribir)²².

A diferencia de otros estudios, nos hemos centrado en el perfil del paciente no cumplidor²², con la finalidad de establecer y estructurar estrategias en estos pacientes.

El perfil de incumplidor se corresponde con el de un paciente que vive solo, en la costa²², y que tiene riesgo de ansiedad, aunque también influye, en cierta medida, el nivel educativo bajo^{28,29}. Nuestros datos no coinciden con los resultados del estudio de por Tuesca-Molina et al.²², cuyo perfil de cumplimiento se relaciona con nivel escolar bajo.

Concluimos que la adherencia es similar a los estudios realizados en nuestro país, independientemente de si la prescripción es o no por principio activo. Por otro lado, la falta de adherencia recae sobre pacientes que viven solos, en la zona costera y con riesgo de ansiedad.

Este estudio nos permite priorizar una estrategia específica de seguimiento, por parte del equipo de atención primaria, sobre este perfil de pacientes.

Lo conocido sobre el tema

- Existen estudios similares donde la adherencia al tratamiento observada publicada se cifra entre el 50 y 53%.
- El perfil de incumplidor, en estudios previos, no ha sido claramente definido.

Qué aporta este estudio

- Algunas características sobre el perfil del paciente incumplidor.
- Datos sobre la adherencia al tratamiento en pacientes polimedica-dos mayores de 65 años con prescripción por principio activo.

Financiación

El proyecto ha sido financiado por la Consejería de Salud en la convocatoria de proyectos de investigación del 2010, proyecto SAS 111222.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración, en la recogida de los datos, de Mónica Casado Casado para con el grupo de investigación Polipresact.

Anexo 1. Polipresact

Ángeles Valdés Solís, coordinadora de cuidados C.S. Molina, Área Sanitaria Norte de Málaga; Carmen Plaza Jiménez, enfermera de familia de UGC Las Lagunas (Mijas Costa), Distrito Sanitario Costa del Sol; Dolores Gámez Gutiérrez, enfermera de familia de UGC Albarizas (Marbella), Distrito Sanitario Costa del Sol; Asunción Villagrà Barrio, enfermera de familia de la UGC La Lobilla (Estepona), Distrito Sanitario Costa del Sol; Miguel Hijano Gaspar, enfermero de familia de UGC Arroyo de la Miel (Benalmádena), Distrito Sanitario Costa del Sol; M. Carmen Toro Toro, diplomada en Enfermería y directora UGC Campillos, Área Sanitaria Norte de Málaga; Mónica Krag Jiménez, médico de familia de UGC Fuengirola Oeste, Distrito Sanitario Costa del Sol; Felicísima García Dillana, enfermera de atención primaria de la UGC San Pedro (San Pedro de Alcántara), Distrito Sanitario Costa del Sol; Victoriano Padilla Marín, farmacéutico del Área Sanitaria Norte de Málaga.

Bibliografía

1. Guillén Llera, Francisco. Problemática específica de los mayores en la prescripción por principio activo. Informe INESME:

- prescripción por principio activo: problemática y desafíos. Madrid: Instituto de Estudios Médico Científicos; 2006.
- Callao MP, Aller A, Franco MT. Estudio del paciente anciano polimedificado en un centro de salud urbano. *Aten Farm.* 2005;7:68-72.
 - Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2004;28:113-20.
 - Garrido-Garrido EM, García-Garrido I, García-León-Durán JC, García Jimenez F, Ortega-López I, Buenos-Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedificados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Rev Calid Asist.* 2011;26:90-6.
 - Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal 2009. INE, Madrid, 2010.
 - Ollero M, Cabrera JM, de Osorno M, de Villar E, García D, Gómez E, et al. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
 - Moreno Gaviño L, Bernabeu Wittel M, Álvarez Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria.* 2008;40:193-8.
 - Proupin Vázquez N, Segade Buceta X, Aparicio Ruiz M, Arceo Tuñez A, Garea Sarandeses P, López Rodríguez L. Polimedicación en pacientes adultos con dolencias crónicas en un centro de salud. *Cad Aten Primaria.* 2008;15:275-9.
 - Pérez Fuentes MAF, Castillo Castillo R, Rodríguez Toquero J, Martos López E, Morales Mañero A. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedificada. *Med Fam.* 2002;3:23-8.
 - Aronson JK. Medication errors: What they are, how they happen, and how to avoid them. *Q J Med.* 2009;102:513-21.
 - Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:527-40.
 - Montesinos Ortí S, Soler Company E, Rocher Milla A, Fernando Piqueres R, Ruiz del Castillo J, Ortiz Tarín I. Resultados de un proyecto de control y adecuación del tratamiento médico habitual tras el alta quirúrgica. *Cir Esp.* 2007;82:333-7.
 - Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp.* 2006;30:161-70.
 - Aranaz Andrés JM. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria. APEAS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
 - Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. The Eneas work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care.* 2009;21:408-14.
 - Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva: World Health Organization; 2001.
 - Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editores. *Compliance in health care.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
 - Arenas Vargas M. La dispensación de medicamentos. La elección del medicamento ante la prescripción por principio activo. Informe INESME: prescripción por principio activo: problemática y desafíos. Madrid: Instituto de Estudios Médico Científicos; 2006.
 - Transparencia 2009. Información sobre actividad y calidad de la Atención Primaria. Documento General. 5.ª ed. Servicio Andaluz de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía/CSIC, julio del 2009.
 - Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med.* 2003;1:15-21.
 - Villar-Álvarez F, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid. ERGON; 2003.
 - Tuesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Benegas-Benegas JR, Graciani-Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gaceta Sanitaria.* 2006;20:220-7.
 - Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, Suárez-Alemán G, Pérez-Trueba E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedificados desde la perspectiva cualitativa. *Rev Calid Asist.* 2013;28:56-62.
 - Casado Buendía S, Sagardui Villamor JK, Lacalle Rodríguez-Labajo M. Sustitución de medicamentos de marca por genéricos en consulta de atención primaria. *Aten Primaria.* 2002;30:343-7.
 - Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, Pérez del Molino J. Consumo de medicamentos en los ancianos: ¿hacemos lo que podemos? *Aten Primaria.* 2006;38:480-2.
 - Flores Dorado M, Baena Parejo I, Jiménez Martín J, Faus Dáder MJ. *Aten Primaria.* 2013;45:222-223.
 - Herrador P, Castillo A. Estudio del consumo de fármacos inadecuados en la residencia del IMSERSO de Melilla. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37:134-40.
 - Lowry K, Dudley T, Oddone E, Bosworth H. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. *Ann Pharm.* 2005;39:1198-203.
 - Yiannakopoulou E, Papadopulos J, Cokkinos D, Mountokalakis T. Adherence to antihypertensive treatment: A critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005;12:243-9.