

Revista Española de Salud Pública
ISSN: 1135-5727
ISSN: 2173-9110
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

González Peredo, Rebeca; Dolores Prieto Salceda, María de los; Incera Alvear, Isabel María; Fernández Díaz, Fernando; Campos Caubet, Luis; Crespo Hualde, Esther; García-Lago Sierra, Ángel; Ortiz Oficialdegui, Pilar
Adhesión al tratamiento en un servicio de urgencias hospitalarias
Revista Española de Salud Pública, vol. 93, e201910086, 2019, Enero-Diciembre
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.ox?id=17066277083>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

ORIGINAL

Recibido: 25 de noviembre de 2018

Aceptado: 14 de agosto de 2019

Publicado: 23 de octubre de 2019

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Rebeca González Peredo (1), María de los Dolores Prieto Salceda (1), Isabel María Incera Alvear (1), Fernando Fernández Díaz (1), Luis Campos Caubet (1), Esther Crespo Hualde (1), Ángel García-Lago Sierra (1), Pilar Ortiz Oficialdegui (1)

(1) Hospital Sierrallana (Cantabria). Servicios de Urgencias y Cardiología. Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC). Grupo de Investigación de Epidemiología, Salud Pública y Urgencias. Torrelavega. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: Que los pacientes no siempre sigan las indicaciones médicas es un problema de salud pública, que tiene implicaciones sobre los cuidados de salud y el coste de los servicios sanitarios. El objetivo del estudio fue determinar el porcentaje de no adhesión al tratamiento pautado en adultos en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), así como identificar los factores que influyen en ello para instaurar así medidas de mejora.

Sujetos y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo, mediante una cohorte de personas adultas que acudieron al SUH. De cada persona se recogieron datos sociodemográficos, antecedentes, tratamientos crónicos y diagnóstico y tratamiento al alta. Se evaluaron, por medio de encuesta, la no adhesión primaria y secundaria (test de Morisky-Green adaptado a Urgencias), y se relacionó con los factores recogidos empleando análisis multivariante.

Resultados: Se detectó una no adhesión del 36,6% (IC95% = 30,0-43,8). Fueron más adherentes las personas con antecedente de enfermedad endocrina (RR=11,2; IC95% = 2,1-60,8) y las que al alta fueron diagnosticadas de contusiones, esguinces o fracturas (RR=2,9; IC95% = 1,1-7,8), o de algún problema oftalmológico (RR=9,8; IC95% = 1,1-89,6). También fueron más adherentes los que al alta recibieron tratamiento antibiótico (RR=5,4; IC95% = 2,4-11,9) o recibieron suficientes explicaciones (RR=3,5; IC95% = 1,0-13,2). Fueron menos adherentes los pacientes con tratamiento analgésico o antiinflamatorio (RR=0,4; IC95% = 0,2-0,9).

Conclusiones: Los resultados aportan información sobre la adhesión en patologías agudas en Urgencias. El ser diabético y el acudir debido a un problema oftalmológico o traumatólogo son predictores de una mayor adhesión. En las personas con tratamiento antibiótico se observa una mayor adhesión, aunque todavía son necesarios esfuerzos para mejorar la situación, ya que un 20% no realizó adecuadamente el tratamiento. Se observa una importante falta de adhesión a los tratamientos con analgésicos o antiinflamatorios. A la vista de nuestros resultados, parece fundamental una buena comunicación. Es necesario sensibilizar a los profesionales para que tengan en cuenta las inquietudes y deseos del paciente acerca de la medicación, así como realizar esfuerzos dirigidos a mejorar la legibilidad del informe de alta y de las prescripciones.

Palabras clave: Adhesión al tratamiento, Actitudes de salud, Servicio de Urgencias, Hospital.

Correspondencia:

Rebeca González Peredo
Hospital Sierrallana
Barrio Ganzo, s/n
39300 Torrelavega, Cantabria, España
peredoreb@gmail.com

ABSTRACT

Treatment adherence in a hospital emergency service

Background: Patients do not always follow medical indications. This is a public health problem, with implications in health care and costs. The objective of this study was to calculate the percentage of non-adherence of adults to the treatment prescribed in a Hospital Emergency Service ("HES") and understanding which factors led to poor adherence so improvements can be established.

Methods: Prospective observational study. Cohort of adults who attended the HES. We collected sociodemographic data, medical history, chronic treatments, diagnosis and treatment at discharge from each individual. We applied Morisky-Green test (tailor made to the HES) to assess secondary non-adherence and multivariate analysis to find a correlation with the factors studied.

Results: We established a non-adherence of 36.6% (IC95% = 30.0-43.8). Patients with chronic endocrine pathology (RR=11.2; IC95% = 2.1-60.8), diagnosed with ophthalmological problems (RR=9.8; IC95% = 1.1-89.6) or contusions, sprains or fractures (RR=2.9; IC95% = 1.1-7.8), those who were prescribed antibiotics (RR=5.4; IC95% = 2.4-11.9), or those who considered that they had received sufficient explanations (RR=3.5; IC95% = 1.0-13.2) were more adherent. Those who received analgesics or anti-inflammatories were less adherent (RR=0.4; IC95% = 0.2-0.9).

Conclusions: Our results provide information on adherence in acute pathologies in the emergency department. Diabetes and ophthalmological problems or trauma are predictors of increased adherence. We observe more adherence in people with antibiotic treatments, although 20% did not complete treatment. There is a lack of adherence to analgesic/anti-inflammatory treatments. We consider it is important for professionals to take into account patient's concerns about the medication. Patients who considered they had received enough explanations on their treatment were more adherent than others. We believe it would be useful to provide further information about the outcomes of the medication we prescribe using new technologies such as mobile applications so we could increase adherence. Further studies would be needed to assess the benefit of the changes recently introduced (electronic history and prescription).

Key words: Medication adherence, Emergency service, Health attitudes, Hospital.

Cita sugerida: González Peredo R, Prieto Salceda MD, Incera Alvear I, Fernández Díaz F, Campos Caubet L, Crespo Hualde E, García-Lago Sierra A, Ortiz Oficialdegui P. Adhesión al tratamiento en un servicio de urgencias hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 23 de octubre e201910086.

INTRODUCCIÓN

La adhesión al tratamiento se define como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las prescripciones médicas^(1,2). El término “cumplidores” está actualmente en desuso, ya que culpabiliza a los pacientes^(1,3,4,5,6). Se acepta como más apropiado el término “adhesión”, el cual supone la participación conjunta tanto del paciente como del médico para crear un contexto en el que el primero entienda mejor su problema de salud y las consecuencias de seguir o no el tratamiento^(1,2,4,6).

Se distinguen dos tipos de no adhesión⁽¹⁾:

i) Primaria: incluye tanto el no llevarse la prescripción de la consulta como la no retirada de la farmacia.

ii) Secundaria: incluye el cese del tratamiento antes de tiempo (por ejemplo, debido a la mejoría clínica o a los efectos secundarios⁽⁷⁾), la toma de dosis incorrectas, el olvido de alguna toma o la toma a horas incorrectas^(8,9).

Según la literatura revisada, entre el 20% y el 50% de los pacientes crónicos no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico^(1,2,3,5,6,10,11,12,13,14). En enfermedades agudas, las tasas de no adhesión secundaria son más bajas, situándose en torno al 20%⁽⁶⁾.

Se ha descrito mayor adhesión en las personas con VIH, artritis, desórdenes gastrointestinales o cáncer, y menor adhesión en las que tienen enfermedad pulmonar, diabetes o problemas de sueño⁽¹²⁾.

Los estudios realizados en España se han centrado fundamentalmente en determinadas enfermedades crónicas (hipertensión⁽¹⁵⁾, diabetes⁽¹⁶⁾ o esquizofrenia⁽¹⁷⁾) o en el uso de algún tipo de medicamento (antirretrovirales⁽¹⁸⁾ o antibióticos⁽¹⁹⁾).

En cuanto a los Servicios de Urgencias, cabe destacar los estudios realizados en Reino Unido^(5,7,13,20), Canadá⁽¹⁰⁾, Australia⁽²¹⁾ y EE.UU.^(22,23,24), con unos porcentajes de no adhesión entre el 40% y el 48%, que aumentan con el coste del tratamiento y con la menor cobertura social. En España cabe señalar el estudio de Torres et al⁽¹⁴⁾, que evalúa el impacto del manejo ineficaz del régimen terapéutico.

Los principales factores que influyen en la adhesión terapéutica están relacionados con el propio paciente y su entorno (sexo^(12,21,26), edad⁽⁶⁾, estatus socioeconómico⁽⁶⁾, nivel de conocimientos⁽³⁾, creencias⁽⁶⁾, apoyo social y familiar, motivaciones^(3,6), poseer antecedentes de más de una enfermedad crónica⁽²⁾), el tipo de enfermedad, percepción de gravedad⁽²⁾, tratamiento pautado (prescripción de alto número de medicamentos⁽²⁾, tratamientos cortos y sencillos), la relación médico-paciente⁽²⁾ y el propio sistema sanitario^(1,6).

Que los pacientes no siempre sigan las indicaciones médicas es un problema de salud pública, que tiene implicaciones sobre los cuidados de salud y el coste de los servicios sanitarios^(3,10,11,12,13,25). En pacientes crónicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o insuficiencia cardiaca), la no adhesión conlleva un aumento del número de visitas a Urgencias y supone casi 4 veces mayor riesgo de reingreso⁽¹⁴⁾.

El objetivo de este estudio fue determinar el porcentaje de no adhesión al tratamiento pautado en adultos dados de alta en un Servicio de Urgencias Hospitalarias, así como detectar los factores relacionados con la misma. Los resultados obtenidos ayudarán a instaurar medidas para optimizar la atención y contribuirán a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional prospectivo. La población estudiada fue una cohorte

de personas adultas que acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) del Hospital Sierrallana-Tres Mares de Cantabria. Dicho SUH está formado por los servicios de urgencias de dos hospitales con localizaciones geográficas diferentes, pero que tienen gestión unificada.

Ámbito del estudio. El SUH cubre las necesidades de las áreas de salud III y IV (Torrelavega y Reinosa). Según datos del padrón, en 2015 residían 585.179 personas en Cantabria. Las áreas sanitarias III y IV englobaban un 28,3% de la población, de las cuales el 85,1% eran adultos (140.930 personas). Se calculó que una muestra aleatoria de 2.113 personas era suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de

+/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje de no adhesión que previsiblemente se encontraría entre el 20% y el 50%. Además, se tuvo en cuenta en el cálculo, según resultados de un estudio piloto, que aproximadamente un 65% de los seleccionados no cumplirían los criterios de inclusión y se estimó un 20% de pérdidas. Comenzando el 1 de marzo del 2015, se fueron seleccionando las personas, utilizando una tabla de números aleatorios, de forma sucesiva hasta completar el número de personas necesarias estimadas (207-383 personas). El reclutamiento acabó el 4 de junio de 2015. De cada persona seleccionada, se revisó la historia de Urgencias para comprobar si cumplían los criterios de inclusión/exclusión (**tabla 1**) y para recabar datos sociodemográficos, antecedentes, tratamientos

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

Criterios de inclusión del estudio	Mayores de 17 años.
	Residentes en el área de influencia del Hospital Sierrallana-Tresmares.
	Poseedor/a de Tarjeta Sanitaria Individual.
	Primera visita a urgencias (no repetidores por el mismo problema).
	Pacientes que tienen tratamiento farmacológico pautado (especificada posología y duración del tratamiento).
Criterios de exclusión del estudio	Se excluirán los pacientes residentes en instituciones.
	Medicación prescrita a demanda (“si precisa, si dolor, si fiebre...”).
	Deterioro cognitivo establecido: objetivado tras la revisión del episodio de urgencias o durante la encuesta telefónica.
	Pacientes con problemas de expresión o compresión idiomática.
	Pacientes con trastornos psiquiátricos en fase aguda (que sea el motivo de consulta en urgencias) o aquellos con evidencia de enfermedad psiquiátrica que precisen de ayuda para la toma de la medicación (constatado mediante la revisión del episodio de urgencias o mediante la encuesta telefónica).
	Pacientes en situación terminal (pronóstico infiusto menor de 6 meses) y fallecidos antes de acabar el tratamiento.
	Pacientes que sean transferidos desde o hacia otros centros de atención hospitalaria y pacientes que quedan ingresados después de la visita a Urgencias (porque se considera que en estos pacientes la adhesión será correcta).

crónicos, y diagnóstico y tratamiento al alta (**anexo I**). Entre 5 y 8 días después de la visita se envió una carta informándoles que habían sido seleccionados, junto con una hoja de consentimiento informado. Para determinar el grado de adhesión al tratamiento, entre 12 y 15 días después de la visita se realizó una encuesta telefónica preguntando acerca de la adhesión, el nivel de estudios y la actividad económica. Asimismo, se realizaron preguntas sobre la compresión del diagnóstico y del tratamiento al alta, así como de la percepción de la atención recibida (**anexo II**). Una vez incorporada toda la información en una base de datos, ésta se cruzó con la base de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) para obtener, entre otros datos, la información socioeconómica.

En la encuesta, para valorar la adhesión primaria se preguntó por la compra del medicamento. Se utilizó el test de Morisky-Green⁽¹⁾, adaptándolo al servicio de Urgencias (**anexo II**), para evaluar la secundaria en todos los participantes, considerando adherente a la persona cuando había tomado el 100% de la medicación tal y como fue pautada en la visita al SUH. La variable dependiente fue la no adhesión, que incluía tanto a los pacientes que no compraron y no tomaron el tratamiento, como a los que lo tomaron pero no de manera correcta.

En el análisis estadístico se utilizó el software IBM SPSS Statistics⁽²¹⁾. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la cohorte según las variables recogidas, resumiendo las variables cualitativas con números absolutos y proporciones, y las cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Para la medición de la frecuencia se empleó la incidencia de no adhesión, con valores puntuales e intervalos de confianza. En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis bivariante entre las medidas de adhesión y las diferentes variables independientes cualitativas mediante la prueba Chi cuadrado, o para las cuantitativas mediante

el test de Student (si la distribución era normal) o la prueba U de Mann-Whitney (en el caso contrario). Se llevó a cabo una regresión multivariante hacia atrás con fines predictivos para valorar posibles asociaciones independientes entre las covariables de interés. Para el modelo inicial se seleccionaron variables con menos de un 5% de valores perdidos, aquellas consideradas de relevancia según la bibliografía y las que presentaron en el análisis bivariante un valor de $p \leq 0,1$. Las asociaciones entre la falta de adhesión y las variables predictoras se midieron mediante riesgo relativo (RR) y su IC fue del 95%.

En el análisis, se desvincularon los datos personales de los clínicos para garantizar la protección de datos. Este estudio fue autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Cantabria.

RESULTADOS

Cumplían los criterios de inclusión 310 personas y se completó el seguimiento en 183 personas (**figura 1**). No se observaron diferencias significativas entre participantes y perdidos en el seguimiento (**tabla 2**) en cuanto al sexo ($p=0,485$), la edad ($p=0,131$) y los datos económicos ($p=0,445$).

La población de estudio estuvo formada por 183 personas (**tabla 3**) con edades entre los 19 y 89 años (edad media de $53 \pm 19,1$ años), con un 60,7% de mujeres. Un 61,7% tenía estudios medios. Fundamentalmente eran trabajadores (38,3%) o jubilados/prejubilados/con una incapacidad (32,8%) y usuarios con aportaciones de un 40% (44,5%) o de un 10% (40,1%).

En cuanto a los aspectos clínicos (**tabla 4**), un 51,9% tenía alguna enfermedad crónica de base y un 49,2% seguía algún tratamiento. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron enfermedades del sistema cardiovascular, endocrinas, psiquiátricas, respiratorias y genitourinarias.

Figura 1
Diagrama de flujo.

133.616 personas del área III y IV de Cantabria

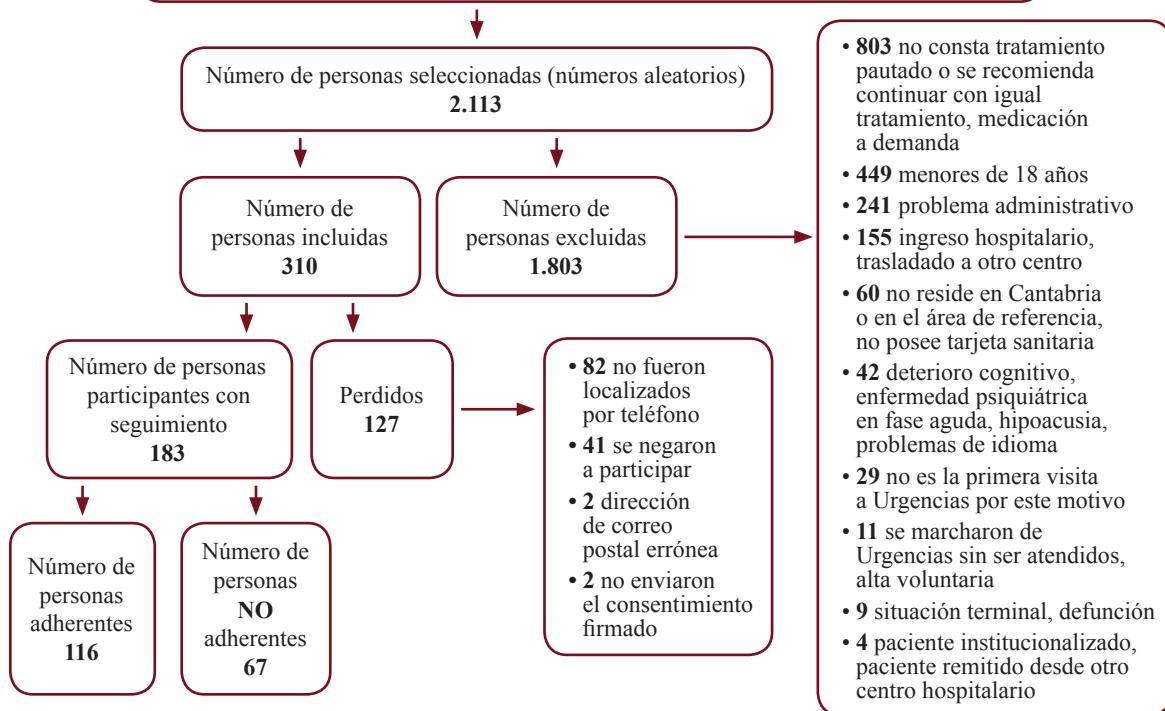


Tabla 2
Análisis de perdidos y participantes según variables sociodemográficas.

	Variables	Participantes		Perdidos		Valor p
		N	%	N	%	
Sexo	Hombres	72	60,7	55	43,3	0,485
	Mujeres	111	39,3	72	56,7	
	Total	183	100	127	100	
Edad (años cumplidos) (*)		52,8	19,2	49,5	19,5	0,131
Aportación a farmacia según TSI ^(**)	TSI001: Usuarios exentos de aportación	9	4,9	11	8,7	0,445
	TSI002: Usuarios con aportación de un 10%	73	40,1	42	33,1	
	TSI003: Usuarios con aportación de un 40%	81	44,5	57	44,9	
	TSI004 y 5: Usuarios con aportación de un 50%-60%	19	10,4	17	13,4	
	Total	182	100	127	100	

(*) Media y Desviación típica. Prueba U de Mann-Withney; (**) No se ha incluido una persona Mutualista que aporta un 30%.

Tabla 3
Adhesión según características socio demográficas.

Variables		TOTAL		ADHESIÓN		NO ADHESIÓN		Valor p
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Hombres	72	39,3	44	37,9	28	41,8	0,607
	Mujeres	111	60,7	72	62,1	39	58,2	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Edad	18-35	39	21,3	25	21,6	14	20,9	0,772
	36-45	33	18,0	18	15,5	15	22,4	
	46-55	27	14,8	17	14,7	10	14,9	
	56-65	28	15,3	17	14,7	11	16,4	
	66-75	26	14,2	17	14,7	9	13,4	
	> 75	30	16,4	22	19,0	8	11,9	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Nivel de estudios	Educación primaria^(†)	49	27,2	37	32,7	12	17,9	0,111
	Educación secundaria de 2^a etapa	54	30,0	33	29,2	21	31,3	
	Enseñanzas profesionales o Bachiller	57	31,7	30	26,5	27	40,3	
	Estudios universitarios o equivalentes	20	11,1	13	11,5	7	10,4	
	Total	180	100	113	100	67	100	
Actividad económica actual	Estudiando	7	3,8	6	5,2	1	1,5	0,236
	En paro	30	16,4	19	16,4	11	16,4	
	Trabajando y de baja	70	38,3	39	33,6	31	46,3	
	Jubilado, prejubilado o incapacitado	60	32,8	39	33,6	21	31,3	
	Labores del hogar	16	8,7	13	11,2	3	4,5	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Aportación a farmacia según TSI	Exentos de aportación	9	4,9	4	3,4	5	7,6	0,299
	Aportación 10%	73	40,1	51	44,0	22	33,3	
	Aportación 40%	81	44,5	51	44,0	30	45,5	
	Aportación 50%	19	10,4	10	8,6	9	13,6	
	Total^(*)	182	100	116	100	66	100	

(†) Ha asistido al menos 5 años a la escuela; (*) No se ha incluido una persona mutualista.

Tabla 4
Adhesión según antecedentes y tratamiento/s por enfermedad crónica.

Variables	TOTAL		ADHESIÓN		NO ADHESIÓN		Valor p	
	N	%	N	%	N	%		
Patología crónica	Sí	95	51,9	66	56,9	29	30,5	0,076
	No	88	48,1	50	43,1	38	43,2	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de enfermedad/es cardiovasculares	Sí	63	34,4	41	35,3	22	34,9	0,731
	No	120	65,6	75	64,7	45	37,5	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de enfermedad/es digestivas	Sí	9	4,9	5	4,3	4	44,4	0,726
	No	174	95,1	111	95,7	63	36,2	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de enfermedad/es endocrinas	Sí	21	11,5	19	16,4	2	9,5	0,006
	No	162	88,5	97	83,6	65	40,1	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de enfermedad/es genitourinarias	Sí	14	7,7	10	6,0	4	28,6	0,516
	No	169	92,3	106	94,0	63	37,3	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de enfermedad/es psiquiátricas	Sí	16	8,7	12	10,3	4	25,0	0,313
	No	167	91,3	104	89,7	63	37,7	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de enfermedad/es respiratorias	Sí	14	7,7	11	9,5	3	21,4	0,220
	No	169	92,3	105	90,5	64	37,9	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de enfermedad/es reumatológicas	Sí	10	5,5	5	4,3	5	50,0	0,501
	No	173	94,5	111	95,7	62	35,8	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Antecedente de otra/s enfermedades	Sí	10	5,5	9	7,8	1	10,0	0,095
	No	173	94,5	107	92,2	66	38,2	
	Total	183	100	116	100	67	100	

Tabla 4 (continuación)
Adhesión según antecedentes y tratamiento/s por enfermedad crónica.

Variables	TOTAL		ADHESIÓN		NO ADHESIÓN		Valor p	
	N	%	N	%	N	%		
Tratamientos crónicos	Sí	90	49,2	61	52,6	29	32,2	0,225
	No	93	50,8	55	47,4	38	40,9	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Más de 2 fármacos en el tratamiento crónico	Sí	62	33,9	44	37,9	18	29,0	0,128
	No	121	66,1	72	62,1	49	40,5	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento crónico: analgésico y AINE	Sí	14	7,7	8	6,9	6	42,9	0,614
	No	169	92,3	108	93,1	61	36,1	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento crónico: esfera psiquiatría	Sí	23	12,6	18	15,5	5	21,7	0,113
	No	160	87,4	98	84,5	62	38,8	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento crónico: cardiovascular	Sí	60	32,8	38	32,8	22	36,7	0,991
	No	123	67,2	78	67,2	45	36,6	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento crónico: enfermedades respiratorias	Sí	12	6,6	10	8,6	2	16,7	0,215
	No	171	93,4	106	91,4	65	38,0	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento crónico: enfermedad endocrina	Sí	25	13,7	20	17,2	5	20,0	0,064
	No	158	86,3	96	82,8	62	39,2	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento crónico: enfermedad reumatólogicas	Sí	8	4,4	3	2,6	5	62,5	0,144
	No	175	95,6	113	97,4	62	35,4	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento crónico: otros tratamientos	Sí	43	23,5	29	25,0	14	32,6	0,528
	No	140	76,5	87	75,0	53	37,9	
	Total	183	100	116	100	67	100	

Al alta, los diagnósticos más frecuentes (**tabla 5**) fueron: enfermedades del aparato respiratorio y del área otorrinolaringológica (23,5%); problemas del sistema osteomuscular (18,6%); contusiones, esguinces y fracturas (14,8%); problemas de la piel y del tejido celular subcutáneo (10,4%). En un 9,3% el tratamiento al alta consistió en más de 2 medicamentos. Los grupos de medicamentos más frecuentemente prescritos fueron analgésicos y antiinflamatorios (57,4%), antibióticos (38,3%). Les seguían los tratamientos del área respiratoria (9,8%) y del área cardiovascular (8,2%).

Un 12,0% no compró la medicación porque ya disponía de ella, y un 1,1% decidió no comprarla. Así, la no adhesión primaria fue de un 13,1%.

Se estimó una no adhesión de un 36,6% (IC95%=30,0-43,8). No se observaron diferencias significativas entre la adhesión de hombres y mujeres ($p=0,607$), ni un aumento significativo con la edad ($p=0,392$). Como puede verse en la tabla 3, la mayor proporción de no adherentes se encontró en el tramo de entre 36 y 45 años (45,5%) y la menor entre los mayores de 75 años (26,7%; $p=0,772$). La falta de adhesión fue más llamativa entre los que tenían enseñanzas profesionales o Bachiller (47,4%) y los de Educación Secundaria de 1^a etapa (38,9%), aunque sin significación estadística entre los niveles de educación ($p=0,111$). Así mismo, se observaron diferencias en otras variables socio-demográficas analizadas, pero sin significación estadística. Por ejemplo, existía mayor proporción de adherentes entre las personas que estaban estudiando (14,3%) o se dedicaban a las tareas del hogar (18,8%), y el grupo con menor adhesión fue el de los trabajadores (44,3%; $p=0,236$). En cuanto a la aportación, se observó una menor adhesión entre los usuarios exentos y entre los que aportaban un 50% frente a los que aportaban un 10% o un 40% ($p=0,299$).

En la **tabla 4** se presentan los resultados de adhesión según los antecedentes y el tratamiento por enfermedad crónica previa. No se observaron diferencias significativas entre las personas con o sin patología crónica ($p=0,076$), ni entre los que tomaban o no algún tratamiento crónico ($p=0,225$), ni tampoco entre los que tomaban más de dos fármacos y los que no ($p=0,128$). Sin embargo, en el análisis bivariante, sí fueron significativamente más adherentes los que tenían patología de base del ámbito endocrino ($p=0,006$).

Según el diagnóstico al alta (**tabla 5**), fueron más adherentes las personas con problemas respiratorios y del área de otorrinolaringología ($p=0,015$). Sin embargo, la no adherencia fue significativamente mayor en las enfermedades del sistema gastrointestinal ($p=0,033$) o en los problemas del sistema osteomuscular ($p=0,028$) que la obtenida en las personas con otros diagnósticos. Hay que destacar que las personas con tratamiento al alta con antibióticos fueron más adherentes frente a los que tomaron otros tratamientos ($p=0,0001$) y, sin embargo, a los que se prescribieron analgésicos y antiinflamatorios fueron significativamente menos adherentes ($p=0,003$). La adhesión no disminuyó significativamente con el número de fármacos prescritos ($p=0,413$) o en aquellos pacientes con más de 2 fármacos al alta ($p=0,906$).

Un 61,9% difirió en valoración de la gravedad del proceso con la realizada por el sanitario, un 46,0% consideró que era más grave y un 15,9% que lo era menos. Un 32,2% de las personas percibieron su patología como grave o muy grave, y aunque fueron más adherentes (64,9%) no se observaron diferencias significativas con las que percibieron que no era grave (62,7%; $p=0,773$).

En cuanto a la atención recibida, un 14,2% fue atendido por más un facultativo. Un 89%

Tabla 5
Adhesión según diagnósticos y tratamiento al alta.

Variables	TOTAL		ADHESIÓN		NO ADHESIÓN		Valor p	
	N	%	N	%	N	%		
Diagnóstico al alta: enfermedades del sistema cardiovascular	Sí	9	4,9	6	5,2	3	4,5	1,000
	No	174	95,1	110	94,8	64	95,5	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: enfermedades del sistema gastrointestinal	Sí	12	6,6	4	3,4	8	11,9	0,033
	No	171	93,4	112	96,6	59	88,1	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: enfermedades del sistema genitourinario	Sí	16	8,7	10	8,6	6	9,0	0,938
	No	167	91,3	106	91,4	61	91,0	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: problemas del sistema osteomuscular	Sí	34	18,6	16	13,8	18	26,9	0,028
	No	149	81,4	100	86,2	49	73,1	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: problemas de piel y tejido celular subcutáneo	Sí	19	10,4	12	10,3	7	10,4	0,982
	No	164	89,6	104	89,7	60	89,6	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: enfermedades del aparato respiratorio y área otorrinolaringológica	Sí	43	23,5	34	29,3	9	13,4	0,015
	No	140	76,5	82	70,7	58	86,6	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: contusiones, esguinces y fracturas	Sí	27	14,8	16	13,8	11	16,4	0,630
	No	156	85,2	100	86,2	56	83,6	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: oftalmología	Sí	11	6,0	10	8,6	1	1,5	0,058
	No	172	94,0	106	91,4	66	98,5	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Diagnóstico al alta: otros problemas	Sí	12	6,6	8	6,9	4	6,0	1,000
	No	171	93,4	108	93,1	63	94,0	
	Total	183	100	116	100	67	100	

Tabla 5 (continuación)
Adhesión según diagnósticos y tratamiento al alta.

Variables	TOTAL		ADHESIÓN		NO ADHESIÓN		Valor p	
	N	%	N	%	N	%		
Más de 2 medicamentos al alta	Sí	17	9,3	11	9,5	6	9,0	0,906
	No	166	90,7	105	90,5	61	91,0	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamientos alta: respiratorio	Sí	18	9,8	15	12,9	3	4,5	0,064
	No	165	90,2	101	87,1	64	95,5	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento al alta: antibióticos	Sí	70	38,3	56	48,3	14	20,9	0,0001
	No	113	61,7	60	51,7	53	79,1	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento al alta: cardiovascular	Sí	15	8,2	9	7,8	6	9,0	0,776
	No	168	91,8	107	92,2	61	91,0	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamiento al alta: analgésicos y AINES	Sí	105	57,4	48	71,6	57	49,1	0,003
	No	78	42,6	19	28,4	59	50,9	
	Total	183	100	116	100	67	100	
Tratamientos alta: otros fármacos	Sí	50	27,3	30	25,9	20	29,9	0,560
	No	133	72,7	86	74,1	47	70,1	
	Total	183	100	116	100	67	100	

recordaba el diagnóstico cuando fueron preguntados y un 80,7% recordaba el tratamiento.

Según la encuesta, un 91,3% consideró que habían recibido suficientes explicaciones al alta. De los 183 participantes en el estudio, 78 refirieron haber tenido problemas para entender el informe entregado al alta. De estos, 60 los tuvieron debido a que el informe no era legible. Ninguna de estas variables fue significativa en el análisis bivariante según la adhesión.

Se realizó una regresión logística teniendo en cuenta variables sociodemográficas, antecedentes de enfermedad crónica, antecedente de enfermedad endocrina, diagnósticos al alta y tratamientos al alta. También se tuvo en cuenta la percepción de gravedad y si el paciente recibió suficientes explicaciones al alta. Según el análisis multivariante (**tabla 6**), fueron más aderentes las personas con antecedente de enfermedad endocrina (RR=11,2; IC95%= $2,1-60,8$) y las que al alta fueron diagnosticadas

Tabla 6
Análisis de regresión multivariable.

Variables que permanecen en el modelo	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% Exp(B)	
							Inferior	Superior
Antecedentes de enfermedad endocrina	2,4	0,9	7,9	1	0,005	11,2	2,1	60,8
Diagnóstico al alta: contusiones, esguinces y fracturas	1,1	0,5	4,3	1	0,037	2,9	1,1	7,8
Diagnóstico al alta: problemas oftalmológicos	2,3	1,1	4,1	1	0,043	9,8	1,1	89,6
Tratamiento al alta: antibióticos	1,7	0,4	16,9	1	0,000	5,4	2,4	11,9
Tratamiento al alta: analgésicos o AINES	-0,8	0,4	4,5	1	0,034	0,4	0,2	0,9
Recibieron suficientes explicaciones	1,3	0,7	3,5	1	0,061	3,5	0,9	13,2
Constante	-1,1	0,7	2,5	1	0,116	0,3	-	-

Variables introducidas en el paso 1: Los diferentes diagnósticos y tratamientos al alta (12 variables); 4 variables que presentaron en el análisis bivariante un valor de $p \leq 0,1$; y 6 variables consideradas de relevancia según la bibliografía.

de contusiones, esguinces o fracturas ($RR=2,9$; IC95%= $1,1-7,8$) o de algún problema oftalmológico ($RR=9,8$; IC95%= $1,1-89,6$). También fueron más adherentes los que al alta recibieron tratamiento antibiótico ($RR=5,4$; IC95%= $2,4-11,9$) o que recibieron suficientes explicaciones ($RR=3,5$; IC95%= $1,0-13,2$). Fueron menos adherentes los pacientes con tratamiento analgésico o antinflamatorio ($RR=0,4$; IC95%= $0,2-0,9$).

DISCUSIÓN

Con respecto a la no adhesión primaria, nuestros resultados (13,1%) se encuentran entre los valores obtenidos en otros estudios realizados en servicios de Urgencias (12-20%), son similares a los estudios que recogieron la información sobre la compra de la medicación por encuesta^(23,24) y son más bajos que los que fueron comprobados por Farmacia^(10,20). Nuestros resultados no han sido contrastados con el Servicio de Farmacia y no podemos

comprobar la veracidad de lo declarado. Estudios estadounidenses^(23,24,25) describen como causas de mala adhesión, además de la insatisfacción con las instrucciones, la falta de aseguramiento, el coste del tratamiento y el tipo de cobertura farmacéutica. Las coberturas y prestaciones amplias del Sistema Sanitario español pueden explicar una mejor adhesión primaria. Por otro lado, llama la atención que el motivo para no comprar el medicamento sea que ya lo tenían (12%), reflejando la existencia de una farmacia casera. Es necesario explicar que a este último grupo de personas se les realizó el test de Morisky-Green para comprobar si tomaron la medicación de forma correcta.

El test de Morisky-Green⁽¹⁾ ha sido validado para valorar la adhesión secundaria en asmáticos⁽¹⁹⁾ e hipertensos^(6,8) y es considerado uno de los mejores métodos indirectos para medirla, ya que es fácil⁽⁸⁾ y muy fiable cuando el enfermo asegura no tomar la medicación⁽¹⁹⁾. Este

test evalúa como adherente al sujeto que refiere haber tomado el 100% de la medicación, lo que puede explicar que en nuestro estudio se observe una adhesión menor, a pesar de tratarse de tratamientos agudos, en comparación con otros estudios^(7,20) que consideran adherente al que toma el 80% de la medicación.

Tanto en el metaanálisis realizado por Sympson⁽¹³⁾ (tratamientos crónicos) como en el metaanálisis⁽¹¹⁾ y la revisión⁽¹²⁾ de Di Matteo et al (crónicos y agudos) se estiman no adhesiones más bajas (alrededor del 25%), aunque con amplias oscilaciones entre los artículos revisados. Vilaplana et al⁽⁶⁾ señalan la existencia de importantes diferencias entre las enfermedades agudas y crónicas que pueden justificar las oscilaciones encontradas pero, así mismo, reportan estimaciones más bajas para enfermedades agudas (20%). Nuestro resultado (36,6%) se acerca a los obtenidos en estudios realizados en el ámbito de Urgencias, similar a uno canadiense⁽¹⁰⁾ (40%) y algo más bajo que uno estadounidense⁽²⁴⁾ (48%).

Entre los factores que influyen en la no adhesión se encuentran el sexo y la edad. Existen estudios tanto a favor de la existencia de diferencias por sexo^(21,28) como otros (coincidiendo con nuestro resultado) en contra^(12,26,29). Aunque los mayores de 75 años son más adherentes, no se observan diferencias significativas con la edad, al igual que en un estudio español realizado en Urgencias de Atención Primaria⁽²⁹⁾.

A pesar de que existen estudios que relacionan el nivel educativo bajo⁽¹²⁾ y el desempleo⁽²¹⁾ con la adhesión, no resulta así en nuestro estudio. En relación con otros factores socioeconómicos, en estudios similares realizados en EE.UU.⁽²⁵⁾ y en Argentina⁽⁸⁾ se observó que a mayor coste del tratamiento y a menor cobertura social, se produce una menor adhesión. Consideramos, como concluyen otros autores^(10,23), que estas diferencias en los resultados

se justifican por el mayor acceso a los servicios sanitarios y a la financiación de la medicación de nuestro Sistema Sanitario.

Se observan diferencias en la adhesión según la patología crónica de base. Concretamente, personas con antecedentes de diabetes parecen ser más adherentes a tratamientos agudos, coincidiendo con Ho et al⁽²¹⁾. Este resultado puede estar en relación con la obligación de seguir un tratamiento, pero los resultados de Di Matteo⁽¹²⁾, que se centra en la adhesión a tratamientos crónicos de dicha enfermedad (en lugar de la adhesión a tratamientos agudos en personas con dichos antecedentes), no apoyan dicha conclusión.

Con respecto a los diagnósticos al alta, en el análisis multivariante se mantienen como predictores independientes de adhesión: los problemas oftalmológicos, las contusiones, los esguinces y las fracturas. No se encuentran resultados comparables ya que otros estudios se centran más en procesos crónicos que agudos y se realizaron en distintos ámbitos.

La adhesión se relaciona directamente con el tratamiento antibiótico e indirectamente con los analgésicos y antiinflamatorios. Un 20% de las personas a las que se les prescribió tratamiento antibiótico no son adherentes, resultado similar a otros estudios realizados en Urgencias^(7,10,21). Sin embargo, en el estudio en Servicios de Urgencias de centros de salud⁽³²⁾, la no adhesión a antibióticos es mayor. Un 45,7% de las personas tratadas con analgésicos o antiinflamatorios no son adherentes, hecho que relacionamos como Lloret et al⁽³⁰⁾ con la levedad de los procesos y/o la mejoría clínica. A diferencia de otros estudios^(7,10,29), no se relaciona la adhesión con el número de medicamentos prescritos.

Una elevada proporción de personas refieren haber entendido el diagnóstico y el tratamiento, y consideran que habían recibido suficientes

explicaciones, por encima de los valores descritos por Pasina et al⁽²⁶⁾ (pero hay que tener en cuenta que en dicho estudio⁽²⁶⁾ participaron solo ancianos/as). Las personas que declaran haber recibido suficientes explicaciones son más adherentes. Coincidiendo con estos resultados, algunos autores⁽³¹⁾ concluyen que las intervenciones para mejorar la adhesión deben ir encaminadas a una mejor explicación de la razón de los tratamientos. Sin embargo, otros autores⁽¹⁸⁾ no apoyan esta hipótesis.

En nuestro estudio, un tercio de las personas consideran que el informe al alta no era legible y, aunque no se relaciona significativamente con la adhesión, creemos que se deben realizar esfuerzos dirigidos a mejorar este aspecto. Por otro lado, se señala que la receta electrónica puede ser una herramienta para mejorar la adhesión⁽³⁾, al hacer más comprensible la prescripción, además de permitir el seguimiento de la compra de los fármacos. En junio de 2015 se implantó la historia clínica electrónica en nuestro SUH y, como consecuencia, se comenzó a entregar un informe al alta más legible. A finales de 2017 se comenzó a utilizar el sistema de receta electrónica. Sería necesario realizar estudios para evaluar el efecto de dicho programa, y evaluar la adhesión tras estos cambios.

Hay que añadir que pensamos, como Donovan⁽⁵⁾, que los pacientes toman sus propias decisiones sobre el tratamiento, basadas en factores difíciles de evaluar, tales como creencias, circunstancias personales y la información disponible. Aunque no se exploraron las creencias y circunstancias personales de los pacientes consideramos, como la guía NICE⁽³³⁾, que es importante sensibilizar a los profesionales para que tengan en cuenta las inquietudes y deseos del paciente acerca de la medicación⁽³³⁾ porque, como se observa en nuestros resultados, la percepción del paciente de que ha recibido suficientes explicaciones sobre el proceso y el tratamiento se relacionan

con una mejor adhesión. Parece fundamental pues una buena comunicación.

Respecto a las limitaciones del estudio, en el seguimiento se produjeron mayor número de pérdidas de lo esperado. Las pérdidas pueden introducir un sesgo de selección, pero no se observan diferencias entre participantes y perdidos en sus características basales y, por lo tanto, la población no parece estar sesgada. Sin embargo, dichas pérdidas han dado lugar a una reducción de la potencia del estudio.

Finalmente, creemos que podría mejorarse la adhesión aportando información específica fiable sobre la medicación recetada empleando nuevas tecnologías como las aplicaciones móviles, para así fidelizar al paciente con el tratamiento, además de servir de recordatorio para evitar olvidos.

Como conclusión señalar que los resultados aportan información sobre la adhesión en patologías agudas en Urgencias. El ser diabético y acudir por un problema oftalmológico o traumatológico son predictores de una mejor adhesión. En las personas con tratamiento antibiótico se observa una mayor adhesión, aunque todavía son necesarios esfuerzos para mejorar la situación, ya que un 20% no realiza adecuadamente el tratamiento. Se observa una importante falta de adhesión a los tratamientos con analgésicos o antiinflamatorios. Es necesario sensibilizar a los profesionales para que tengan en cuenta las inquietudes y deseos del paciente acerca de la medicación y esforzarse en mejorar la legibilidad del informe de alta y de las prescripciones.

AGRADECIMIENTOS

A Alberto Pajares Fernández, facultativo especialista de Área del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) del Hospital Sierrallana, Servicio Cántabro de Salud (SCS). A María Luisa Tato Antonio,

administradora de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en Cantabria. (SCS).

BIBLIOGRAFÍA

1. Peralta ML, Carbajal Pruneda P. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua 2008; 17 (3): 84-8.
2. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Acta Med Colomb 2005; 30:268-75.
3. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Información Farmacoterapéutica de la Comarca 2011; 19 (1): 1-6. http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n1.pdf.
4. Tilson HG. Adherence or compliance? Changes in terminology. Ann Pharmacother 2004; 38:161-162.
5. Donovan JL. Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. Int Technol Assess health Care 1995; 11:443-155.
6. Vilaplana Pérez C, González Javier F, Ordoñana Martín JR. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. Pharm Care Esp 2012; 14(6):229-55.
7. Lam F, Stevenson FA, Britter N, Stell IM. Adherence to antibiotics prescribed in an emergency department: the influence of consultation factors. Eur Emerg Med 2001; 8: 181-8.
8. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D et al. Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34:104-11.
9. Gisbert Revilla C, Oms Castañer C, Gómez Marzo M, Martínez-Carpio PA. Estudios de adherencia prescriptiva a los fármacos desde la consultoría médica telefónica. Emergencias. 2005; 17:160-2.
10. Hohl CM, Abu-Laban RB, Brubacher JR, Zed PJ, Sobolev B, Tsai J et al. Adherence to emergency department discharge prescriptions. CJEM 2009; 11(2): 131-8.
11. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta analysis. Med Care 2002; 40:794-811.
12. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care 2004; 42(3):200-9.
13. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ 2006; 333: 15.
14. Torres Pérez LF, Morales Asencio JM, Jiménez Garrido M, Copé Luengo G, Sánchez Gavira S et al. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. Emergencias 2013; 25 (5):353-60.
15. Schmidt Rio-Valle J, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Prados Peña D, García Caro MP, Muñoz Vinuesa A et al. Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. Index Enferm [Internet]. 2006 Oct [citado 2018 Mayo 22] ; 15 (54) : 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200005&lng=es.
16. Orozco-Beltrán D, Mata Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones Atención Primaria 2016; 48:406-20.
17. Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodriguez A, Buron JA, Rodriguez-Morales A, Roca M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras Actas Esp Psiquiatr 2006;34(6):386-92.
18. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Documentos de consenso de GESIDA sobre terapia antirretroviral y enfermedades asociadas al VIH (2000-2002) Hernando Knobel, Carlos Codina, José María Miró, Alexia Carmona, Benito García, Antonio Antela, María Rosa Gómez-Domingo, Julio Arrizabalaga, Ana Iruin, Fernando Laguna, Inmaculada

- Jiménez, Rafael Rubio, Amparo Lluchy Pompeyo Viciana por el Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) de la SEIMC, por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y por el Plan Nacional sobre el Sida (PNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).
19. Silvestre Busto C, Ramalle-Gómar E, Arnáez García R, Flor-Serrano A, García-Fernández J, Ramil Pernas H, Notivol Tejero MP. Estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria. Atención Primaria 2001; 27: 554-58.
20. Freeman, CP and Guly, HR. Do accident & emergency patients collect their prescribed medications? Arch Emerg Med. 1985; 2(1):41-3.
21. Ho J, Taylor D, Cabalag MS, Ugomi A, Yeoh M. Factors that impact on emergency department patient compliance with antibiotic regimens. Emerg Med J 2010; 27:815-20.
22. Hope CJ, Wu J, Ma W, Young J, Murray MD. Association of medication adherence, knowledge and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. Am J Health Syst Pharm 2004; 61:2043-9.
23. Thomas EJ, Burstin H, O'Neill AC, Orav EJ, Brennan TA. Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. Am Emerg Med Australos 2005; 17: 450-6.
24. McCarthy ML et al. Does Providing Prescription Information or Services Improve Medication Adherence Among Patients Discharged from the Emergency Department: A Randomized Controlled Trial. Annals of Emergency Medicine 2013; 62 (3): 212-23.
25. Olshaker JS, Barish RA, Naradzay JF, Jerrard DA, Safir E, Campbell L. Prescription noncompliance: contribution to emergency department visits and cost. J Emerg Med 1999;17(5):909-12.
26. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, Taddei GC, Casati M, Franchi C, Djade CD, Nobili A. Medication Non-Adherence Among Elderly Patients Newly Discharged and Receiving Polypharmacy. Drugs Aging. 2014; 31(4):283-9.
27. Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG and MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. BMJ. 1993; 307:846-8.
28. Adherencia a tratamiento a largo plazo: Pruebas para la acción 2004. Proyecto sobre Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo de la OMS. ISBN 92 75 325499.
29. Mateos Campos R, Camacho Álvarez M. Incumplimiento de la prescripción en atención primaria en el medio rural. Aten Primaria 1997; 19:41-46.
30. Lloret Callejo, A, Campo del Campo, JM, Soriano Fernández, H, Galdón Blesa, P, Gómez Gómez, D, López-Torres Hidalgo, JD. Adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2005;1(1):20-25. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617604004>.
31. Rigueira García AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? Aten Primaria 2001; 27:559-68.
32. Vega Cubillo EM, Andrés Carreira S, Cirillo Ibargüen S, Manzanares Arnaiz C, Moreno Moreno G, Redondo Figuero CG. Incumplimiento del tratamiento antibiótico en servicios de urgencias de Atención Primaria SEMERGEN (Estudio INCUMAT). Semergen.2017;43(1):4-12.
33. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>.

Anexo I
Hoja de recogida de datos de la historia clínica de Urgencias.

• Fecha visita ____/____/
TELÉFONO 1 _____

NÚMERO ALEATORIO _____
TELÉFONO 2 _____

• NHC: _____

• ICU: _____

• CIP: _____

• INCLUIDO

• EXCLUIDO POR:

DEFUNCIÓN
 SITUACIÓN TERMINAL

MENOR DE 18 AÑOS

NO POSEE TARJETA SANITARIA

NO RESIDE EN EL AREA TORRELAVEGA-REINOSA

INGRESO HOSPITALARIO

TRASLADO A OTRO CENTRO HOSPITALARIO

REMITIDO DESDE OTRO CENTRO HOSPITALARIO

RESIDENTE EN INSTITUCIÓN

DETERIORO COGNITIVO

ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA EN FASE AGUDA

NO ES LA PRIMERA VISITA A URGENCIAS POR ESTE MOTIVO

AL ALTA NO CONSTA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PAUTADO Y/
 RECOMENDACIONES Y/O CITAS PROGRAMADAS

MEDICACIÓN A DEMANDA

NO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PAUTADO

SORDERA, CEGUERA, DIFICULTADES IDIOMA

• Nombre

• Domicilio

• Código Postal

• Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad (años cumplidos): ____

(Si es menor de 18 años sale del estudio)

• Sexo: Hombre / Mujer

• Remitido desde AP o especializada: SÍ/NO

• Tiempo de estancia en urgencias: ____ horas ____ minutos

• Diagnóstico al alta:

- **Tratamiento pautado AL ALTA:** especificar

Fármaco	Posología	Esquema de tratamiento
Modificación de tratamiento crónico	SÍ/NO	

- **Fue remitido a su médico de atención primaria:** SÍ / NO

- **Fue remitido a especializada:** SÍ / NO

- **Destino al alta:**

- A su domicilio
- Requirió ingreso: (si la respuesta es SÍ sale del estudio)
- Fue remitido a otro hospital (si la respuesta es SÍ sale del estudio)

- **Deterioro cognitivo:** SÍ / NO (si la respuesta es SÍ sale del estudio)

- **Comorbilidad previa y tratamientos crónicos:** especificar fármacos

Comorbilidad previa	Tratamiento

- **Medico(s) que le atendió(eron)**
- _____ **Fecha de envío carta**
- _____ **Fecha Primera llamada y horario**
 - 1. Mañana**
 - 2. Mediodía**
 - 3. Tarde/noche**
- _____ **Fecha Segunda llamada y horario**
 - 1. Mañana**
 - 2. Mediodía**
 - 3. Tarde/noche**
- _____ **Fecha Tercera llamada y horario**
 - 1. Mañana**
 - 2. Mediodía**
 - 3. Tarde/noche**
- **Excluido por no ser localizado**

Anexo II
Encuesta telefónica.

Hola, buenos días/ buenas tardes. Le llamo del Hospital Sierrallana- Tres Mares. Pregunto por.....

Soy una de las personas encargados de un estudio que se está realizando en el Servicio de Urgencias. Habrá recibido una carta informativa al respecto (¿puede confirmarme si la ha recibido?). (Revisar dirección)

Ha sido seleccionado al azar de entre todos los pacientes que han acudido al servicio de urgencias para participar en un estudio.

¿Tiene inconveniente en que le realice unas preguntas acerca de su visita al Servicio de Urgencias? La protección de sus datos personales está garantizada, y esta información será utilizada únicamente para la mejora de la calidad de atención en nuestro Servicio, y siempre que usted nos envíe el consentimiento firmado en el sobre con franqueo pagado que le enviamos con la carta informativa.

Si accede:

• *¿Recuerda el diagnóstico al alta?* (se da por válida la explicación con sus propias palabras del proceso o bien que lea el diagnóstico en el informe)
SÍ / NO / NC

• *¿Recuerda el tratamiento farmacológico (los medicamentos) pautado?* (Nombre y posología del fármaco, bien porque los recuerda o porque revisa el informe, la receta o la caja del fármaco)
SÍ / NO / NC

• *¿Lo ha comprado?*

SÍ / NO / NC

Si la respuesta es NO preguntar *¿ha tenido algún problema?*

Especificar la causa: _____

• Si ha comprado el medicamento, *¿le ha resultado caro?* SÍ / NO / NC

• **TEST DE MORISKY-GREEN MODIFICADO** para valorar la adherencia al tratamiento:

5.1 *¿Ha olvidado alguna toma de la medicación pautada?* SÍ / NO / NC

Cuántas veces: _ _

5.2 *¿Ha tomado la medicación a la hora indicada?* SÍ / NO / NC

5.3 ¿Cuándo se ha encontrado mejor ha dejado de tomar la medicación? SÍ / NO / NC

5.4 ¿Ha dejado de tomar los medicamentos s porque le han sentado mal? SÍ / NO / NC

Si la respuesta es SÍ. Especificar síntoma: _____

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada: NO, SÍ, NO, NO

• ¿Le resultó fácil entender el informe que le entregaron de alta? SÍ / NO / NC

Si la respuesta es NO:

1. Informe no legible
2. No ve bien de cerca (mala agudeza visual)
3. Perdió el informe
4. Otros: especificar: _____

• ¿Necesitó que alguien le ayudara tras el alta para saber que tenía que tomar y cada cuánto? SÍ / NO / NC

En caso de que la respuesta sea afirmativa preguntar, ¿quién le ayudó?

- Familiar, amigo
- Personal de la farmacia
- Medico
- Enfermera
- Otros: especificar _____

• En su visita a Urgencias, ¿cree que recibió suficientes explicaciones y se contestaron sus dudas? SÍ / NO / NC

• ¿Ha necesitado volver al servicio de urgencias o a cualquier otro servicio de salud por no mejoría o empeoramiento del mismo proceso? SÍ / NO / NC

- Percepción de la enfermedad: *¿Cómo calificaría el proceso por el que acudió a urgencia?:*

1. Leve
2. Moderado
3. Grave
4. muy grave
5. No sabe/No contesta

- *Puede decirme en relación con la actividad económica actual, ¿en qué situación se encuentra en la actualidad?*

Codificar según lo siguiente:

1. Trabajando,
2. En desempleo
3. Jubilado/a o prejubilado/a
4. Estudiando
5. Incapacitado/a para trabajar
6. Las labores del hogar
7. Otros: _____
8. No contesta

- *¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido?*

Codificar según lo siguiente:

- Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta)
- Fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria (Educación Primaria completa)
- Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)
- Estudios de Bachillerato

- Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes
- Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
- Estudios universitarios o equivalentes
- No sabe
- No contesta