



Universidad de Sevilla

Facultad de Farmacia

Departamento de Farmacología

CONOCIMIENTO DEL USO DE LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS



Sandra Sousa Moreno



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Facultad de Farmacia

Departamento de Farmacología

Grado en Farmacia

CONOCIMIENTO DEL USO DE LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS

TRABAJO FIN DE GRADO realizado por **SANDRA SOUSA MORENO**

Este trabajo, **de carácter experimental**, se ha realizado en el departamento de Farmacología de la Facultad de Farmacia, bajo la dirección de **Concepción Pérez Guerrero**

Lugar de presentación: Facultad de Farmacia

Fecha de presentación: 1-7 Julio de 2019

Departamento de Farmacología

Tutor: Concepción Pérez Guerrero

Tipología del proyecto: Experimental

RESUMEN

En los últimos años, en España, ha aumentado el envejecimiento de la población, lo que conlleva un incremento de pacientes crónicos polimedicados. A medida que las personas envejecen aparecen enfermedades crónicas y se necesitan tratamientos para poder frenar la progresión de la enfermedad. A su vez, cuando las personas son ancianas aparece el deterioro cognitivo y son más frecuentes los fallos al tomar el tratamiento prescrito.

El objetivo principal de este trabajo es medir y evaluar el conocimiento que tienen un grupo específicos de pacientes, crónicos y polimedicados, sobre su medicación así como la adherencia al tratamiento.

Para ello se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal, cuya herramienta de trabajo son dos cuestionarios, un cuestionario CPM, comprendido por 8 preguntas para medir el conocimiento del paciente sobre su medicación, y el cuestionario de Morisky-Green, para poder evaluar la adherencia al tratamiento que tiene el paciente. En el cuestionario CPM además se añaden 5 preguntas adicionales referentes a características del paciente, para poder relacionar varias variables con el conocimiento que el paciente presenta.

Tras analizar los resultados se concluye que 7 de cada 10 pacientes no conocen sus medicinas, lo que causa que existan más problemas relacionados con la medicación, además de un mal uso del medicamento. En cuanto a la adherencia, 5 de cada 10 pacientes son adherentes al tratamiento. Si se mejora el conocimiento del medicamento también lo hará la adherencia a este, ya que el paciente conoce lo que ocurre si la medicina no se toma de forma correcta.

Palabras clave: CPM, conocimiento del paciente sobre su medicación, pacientes crónicos polimedicados, conocimiento del tratamiento.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Revisión de la medicación.....	6
1.1.1 Concepto.	
1.1.2 Objetivos.	
1.2. Conocimiento del paciente sobre su medicación (CPM).....	7
1.2.1. Concepto.	
1.2.2. Variables que pueden influir en el CPM.	
1.2.3. Fuentes de información.	
1.3. Paciente crónico polimedicado.....	9
1.3.1. Concepto.	
1.4. Adherencia terapéutica.....	10
1.4.1. Concepto.	
1.4.2. Relación entre adherencia terapéutica y conocimiento del paciente sobre su medicación.	
1.5. Seguridad del paciente.....	10
1.5.1. Concepto.	
1.6. Cuestionario como herramienta de medida.....	12
1.6.1. Concepto.	
1.6.2. Diseño del cuestionario.	
1.6.3. Cuestionario Morisky-Green.	
2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
4. METODOLOGÍA.....	15
4.1. Revisión de la bibliografía.....	15
4.2. Elaboración del cuestionario específico.....	15
4.2.1. Validez del cuestionario.	
4.3. Diseño del estudio.....	16
4.3.1. Tipo de estudio.	
4.3.2. Ámbito espacial.	
4.3.3. Ámbito temporal.	
4.3.4. Población de estudio.	
4.3.5. Consentimiento informado.	

4.4. Evaluación del conocimiento del paciente sobre su medicación y adherencia terapéutica.....	18
4.4.1. Cuestionario CPM.	
4.4.2. Cuestionario Morisky-Green.	
5. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	21
5.1. Resultados que dan respuesta al objetivo principal.....	21
5.1.1. Evaluación del conocimiento del paciente sobre su medicación.	
5.1.2. Evaluación del cuestionario Morisky-Green.	
5.2. Resultados que dan respuesta a los objetivos secundarios.....	24
5.2.1. Evaluación del conocimiento por pregunta y dimensiones.	
5.2.2. Resultados de la relación de las variables del paciente que pueden intervenir en el CPM.	
6. CONCLUSIONES.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33
8. ANEXOS.....	37

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Revisión de la medicación.

1.1.1. Concepto.

La revisión de la medicación es una actividad que se realiza en la oficina de farmacia, como servicio farmacoterapéutico, o en el equipo de atención primaria. Consiste en optimizar los beneficios esperados del tratamiento y disminuir los efectos adversos y los problemas relacionados con la medicación (PRM) (Guía de trabajo de Andalucía, 2013).

Actualmente en España hay un envejecimiento progresivo de la población, lo que repercute en el crecimiento de los pacientes con patologías crónicas. También, aumenta el número de pacientes en los que coexiste más de una enfermedad crónica, con las consecuencias que conlleva, son personas polimedicadas y pluripatológicos. La OMS advierte que más de la mitad de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud son incorrectas y por ello las personas toman los medicamentos prescritos de forma equivocada. Este hecho aumenta la morbilidad relacionada con la medicación, considerándose un problema de Salud Pública (Desarrollo de la Práctica de Farmacia Centrada en la Atención al Paciente, 2006).

El papel del farmacéutico ha evolucionado con el tiempo. Ha pasado de farmacéutico elaborador y dispensador de fármacos a proveedor de servicios, información y, últimamente, cuidados de salud. La tarea del farmacéutico consiste en asegurar que el tratamiento que recibe el paciente sea el mejor, más efectivo, seguro y cómodo. En este ámbito el farmacéutico asume la responsabilidad directa de las necesidades farmacológicas del paciente, contribuye a la obtención de buenos resultados en la farmacoterapia y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. (Directiva 2005/36/CE- Relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, 2005).

Por esta razón es importante revisar los tratamientos de los pacientes de forma periódica, sobre todo, cada vez que se haga un cambio de prescripción o se añadan nuevos fármacos a un tratamiento.

1.1.2. Objetivos.

Varios estudios evidencian el problema que existe con la doble prescripción y la prescripción inapropiada de medicamentos (Fajreldines et al., 2018), como consecuencia de la falta de comunicación o conciliación entre la Atención Primaria y secundaria, así como de los médicos de distintas especialidades (Zermansky et al, 2002).

El objetivo principal de este servicio de revisión de la medicación es garantizar el buen uso de la medicación que toma un paciente, con el fin de que los beneficios que aportan los fármacos causen la máxima mejoría en la salud de la persona.

Otros objetivos de este servicio, recogidos en la guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en atención primaria, son:

- Optimizar la efectividad de los medicamentos. Con este servicio vemos que el fármaco prescrito es el correcto para una patología y nos aseguramos de que el paciente sabe cómo tomarlo y seguir el tratamiento de forma apropiada. Además se evidencian las enfermedades que sufre el paciente y no tienen un tratamiento necesario prescrito.
- Minimizar el número de problemas asociados a los medicamentos. Con la revisión de la medicación observamos los síntomas y signos que presenta el paciente y se comprueba si puede ser un efecto secundario producido por alguna de las medicinas que utiliza. Además se revisa que no haya interacciones entre alguno de los fármacos prescritos. Si esto fuera así se procede a cambiar la medicación.
- Optimizar la adecuación y el acuerdo con el paciente. De esta forma se mejora la adherencia y el conocimiento del paciente por su medicación
- Optimizar los costes de los medicamentos y reducir los gastos innecesarios. Se prescriben los medicamentos más eficientes (relación coste-efectividad) (Guía de trabajo de Andalucía, 2013; Clyne et al., 2008).

1.2. Conocimiento del paciente sobre su medicación (CPM).

1.2.1. Concepto.

El conocimiento del paciente sobre su medicación (CPM) es un concepto amplio, que no presenta una definición cerrada, a pesar de ser un término muy utilizado por los profesionales sanitarios.

El CPM puede definirse como “la información principal que necesita el paciente para el uso correcto de un determinado fármaco”. Esta es una definición suficiente pero con algunas carencias, ya que no se especifica cual es la información básica que el paciente debe recibir sobre el medicamento para su buen uso.

Según cada autor la información básica que debe recibir el paciente es muy distinta. Existen trabajos que miden el conocimiento de los efectos adversos (Hughes et al., 2002), la posología (Leal Hernández et al., 2004) o la indicación del fármaco (Boonstra et al, 2003).

En su estudio, Pilar Garcia Delgado y sus colaboradores (2009), dan la definición más exacta de este concepto. Tras buscar en las fuentes bibliográficas y realizar el estudio definen el CPM como “*el conjunto de información adquirida por el paciente sobre su medicamento, necesaria para un correcto uso de éste que incluye el objetivo terapéutico (indicación y efectividad), el proceso de uso (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento), la seguridad (efectos adversos, precauciones, contraindicaciones e interacciones) y su conservación*”.

1.2.2. Variables que pueden influir en el CPM.

Según la bibliografía consultada, el Conocimiento del Paciente sobre su Medicación se puede ver afectado por diversos factores, que se dividen principalmente en 2 apartados: Características propias del paciente y características propias del fármaco.

Características propias del paciente.

- Edad. Es la variable más relacionada con el conocimiento. Los estudios demuestran que el conocimiento del paciente sobre su medicación es menor cuanto más anciano es el entrevistado. (Tham et al., 1995; O'Neil y Poirer, 1998; Bosch-Lenders et al., 2016). El grupo de edad con menor conocimiento son las personas mayores de 61 años (Huang et al., 2006).
- Nivel educativo. En todos los estudios donde se mide esta variable existe la misma asociación. A menor grado de estudios, menor conocimiento de la medicación. (O'Neil y Poirer, 1998; Delgado, 2003; Akici et al., 2004; Andres et al., 2005; Huang et al., 2006).
- Género. Existen estudios cuyos resultados muestran que el grado de conocimiento no se modifica con el género (Samuel et al., 2011; Adil et al., 2015). Sin embargo otros evidencian que las mujeres tienen un mayor conocimiento (Huang et al., 2006; Akici et al., 2004). No son datos significativos, ya que hay contraindicaciones.
- Número de medicamentos. En los estudios donde se asocia este parámetro con el conocimiento del medicamento, se observa que a mayor cantidad de fármacos prescritos para un paciente, menor es el nivel de conocimiento de éstos (Leal et al., 2004; Huang et al., 2006; Salmerón, 2014). A partir de 3 medicamentos es cuando el CPM empieza a disminuir (Boonstra et al., 2003). Este parámetro es muy importante en este trabajo, ya que vamos a evaluar solo a pacientes crónicos polimedicados.

Características propias del fármaco.

- Tiempo de uso de la medicación. Akici y colaboradores afirman en su estudio que *“el conocimiento del paciente sobre los medicamentos de primera prescripción es menor que sobre los de uso repetido”*. Cabe esperar que pacientes con patologías crónicas, como los que vamos a ver en este trabajo, tengan un mayor conocimiento de su tratamiento (Akici et al., 2004).
- Grupo terapéutico. Hay autores que indican que esta variable puede influir en el conocimiento del paciente sobre su medicación (CPM). De esta forma los grupos terapéuticos con mejores puntuaciones en cuanto a conocimiento serían el cardiológico, el respiratorio y por último los analgésicos (Boonstra et al., 2003).

1.2.3. Fuentes de información del medicamento que puede consultar el paciente.

Las principales fuentes de información del medicamento para el paciente son el prospecto (75,9%), los médicos (54,9%), los farmacéuticos (17,4%) y los enfermeros (6,7%) (Badía et al., 2005).

El prospecto es la fuente de información del medicamento más consultada por el ciudadano. No es más que un texto donde aparecen todos los datos del fármaco necesarios para un uso seguro y correcto. Este documento debe presentar un lenguaje sencillo y adecuado para toda la población.

Por parte de los profesionales sanitarios la información que se aporta es correcta, el problema aparece en la comunicación, cómo se da esa información al paciente. Muchos médicos no tienen habilidades para comunicarse con sus pacientes y esto da lugar a errores, ya que los pacientes tienden a no comprender lo que el médico explica (Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes, 2017).

Como información escrita los profesionales sanitarios aportan la receta médica y el informe. Estos dos documentos informan al paciente sobre datos del medicamento como posología y dosis. Esta información si es de gran utilidad para el paciente, ya que puede consultarla en cualquier momento y de forma rápida (Forguione-Pérez, 2015).

Fuera del ámbito sanitario la fuente de información más usada es internet, donde un 3% de los pacientes busca información sobre sus fármacos (Badía et al., 2005). Por el aumento del uso de internet y la llegada de este a otras plataformas (smartphones, tablets...) el papel de internet en la formación e información sobre salud y medicación en la actualidad es mucho más importante (Jimenez Pernet et al., 2007). El problema de esta fuente es que el paciente no sabe dónde buscar la información para que sea fiable y de calidad, ya que solo el 5% de los profesionales recomienda páginas webs para que el paciente pueda consultar datos del medicamento prescrito (Lupiáñez-Villanueva, 2011).

1.3. El paciente crónico polimedicado.

1.3.1. Concepto.

El paciente crónico es aquel que sufre una o varias patologías crónicas, que no tienen una cura a corto plazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad crónica como *“afección de larga duración (más de 6 meses) con una progresión generalmente lenta”*.

Para la definición de paciente polimedicado existe una mayor discrepancia entre autores, pero la mayoría consideran a una persona polimedificada cuando toma 5 o más medicamentos (Diz-Lois et al., 2012; Gnjidic et al., 2012).

Como ya se ha mencionado en las variables que interfieren en el conocimiento del paciente sobre su medicación, el número de fármacos es una de ellas y el conocimiento por parte del paciente disminuye a partir de tomar 3 fármacos (Boonstra et al, 2003).

El paciente crónico polimedicado es una realidad que va en aumento. Por el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas ahora se define como paciente crónico a aquel que este afectado por 2 o más patologías de duración prolongada. Por esta razón, el paciente crónico tiene como principal factor de riesgo la polimedicación, medicación que debe tomar para tratar sus patologías y tener una mejor calidad de vida (Melguizo, 2010).

1.4. Adherencia terapéutica.

1.4.1 Concepto.

En 2003 la OMS define este término como *“el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”* (OMS, 2003). Es la toma de la medicación siguiendo unas pautas que se le han sido indicadas previamente a la persona.

1.4.2 Relación entre adherencia terapéutica y conocimiento del paciente sobre su medicación.

Espagnoli y colaboradores, en 1989, ya afirmaban que muchos incumplimientos terapéuticos ocurrían porque el paciente no había comprendido las pautas y recomendaciones dadas por el médico. La falta de información sobre la enfermedad y el tratamiento condicionan el conocimiento del enfermo y puede causar el incumplimiento involuntario (falta de cumplimiento terapéutico) o voluntario (falta de adherencia) del mismo (Espagnoli et al., 1989).

Varios estudios demuestran que una mejora en el conocimiento del medicamento es importante para que haya un cambio hacia una buena adherencia al tratamiento y al cumplimiento terapéutico (Ho et al., 2003; Sanahuja et al., 2012; Gonzales y Wilberc, 2015).

1.5. Seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es un componente fundamental en el tratamiento que ha ido adquiriendo mayor relevancia en la actualidad, tanto por parte del paciente como de sus familiares. Estos exigen una asistencia sanitaria eficiente, segura y efectiva (Villareal, 2007).

Los efectos secundarios provocados por la medicación, así como los errores en la prescripción y que el paciente comete en su uso, causan una elevada mortalidad y morbilidad, por lo que es un problema relevante, tanto para los ciudadanos como económico (OMS, 2003).

1.5.1. Concepto.

La OMS en 2002 estableció que *“la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud”* (OMS, 2002).

Los medicamentos tienen un papel crucial encaminado a garantizar la seguridad del paciente, por esta razón vamos a centrarnos en la seguridad del paciente relacionada con la toma de su medicación. Para ello tenemos que hablar y definir los conceptos Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).

La primera definición de PRM viene descrita por Strand y sus colaboradores en 1990, quedando este concepto definido como *“una experiencia indeseable del paciente que involucra la farmacoterapia y que interfiere real o potencialmente con el resultado deseado en el paciente”* (Strand et al., 1990).

Sin embargo el término RNM no fue empleado hasta mucho más tarde por Fernández-Llimós y colaboradores en 2005, donde se empieza a hablar de este concepto en relación a los errores cometidos en el uso y prescripción del medicamento, la farmacoterapia (Fernández-Llimós et al., 2005).

La definición de estos dos conceptos se ha visto modificada por el Tercer consenso de Granada y el foro de atención farmacéutica. El foro de atención farmacéutica relaciona estos dos conceptos y define PRM como *“aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM)”*, entendiendo este último como *“los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos”* (Foro de atención farmacéutica, 2006).

Un año después el tercer consenso de Granada define PRM como *“aquellas situaciones que en el proceso de uso del medicamento causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM)”*, y Resultados negativos de la medicación como *“Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos”* (Tercer Consenso de Granada sobre PRM y RNM, 2007). Además de la definición, este documento aporta una clasificación de los PRM en 6 categorías.

Esta es la definición actual de los dos 2 conceptos relacionados con la seguridad del paciente, aunque diversos autores concretan algunos aspectos relacionados con estos términos en artículos y documentos más recientes (Ospina et al., 2011; Gastelurrutia et al., 2016).

1.6. Cuestionario como herramienta de trabajo.

Investigar sobre el conocimiento que tienen los pacientes sobre su medicación es una tarea compleja y requiere de instrumentos objetivos para su medición. En este sentido el cuestionario es nuestra herramienta fundamental para hacer la recogida de datos y facilitar un correcto análisis de la información (Garcia et al., 2009).

1.6.1 Definición y características.

Cuestionario se define según la RAE como *“lista de preguntas que se proponen con cualquier fin”*.

Esta es una definición muy general, por eso es mejor utilizar la descrita por Manuel Garcia Ferrando en 1986. Este autor describe el cuestionario como *“un instrumento, soporte o esqueleto de la investigación por encuesta, específicamente diseñado para poder cuantificar y universalizar la información de los sujetos así como controlar la estandarización del procedimiento de realización de la entrevista”* (Garcia Ferrando et al., 1986).

El cuestionario es la herramienta ideal porque permite recoger los datos del paciente de forma objetiva, precisa y clara.

1.6.2. Diseño del cuestionario.

Cualquier instrumento de medida debe de cumplir una serie de requisitos. El cuestionario a utilizar tiene que cumplir las siguientes características: ser adecuado, valido, sensible y fiable (Badía et al., 2002).

En este campo de trabajo el estudio de García Delgado P. y sus colaboradores en 2009 reduce mucho la elaboración de dicho cuestionario, ya que se crea un cuestionario validado para medir el conocimiento del paciente sobre su medicación y se definen cuatro niveles de conocimiento, recogidos en la tabla I:

Tabla I. Niveles de conocimiento del paciente sobre su medicación (Garcia et al, 2009)

Criterios muy relevantes	Primer nivel de conocimiento (Criterios mínimos para un uso adecuado del fármaco)	Indicación, pauta-posología, forma de administración y duración del tratamiento
Criterios relevantes	Segundo nivel de conocimiento	Efectividad del tratamiento y precauciones al tomarlo
Criterio importante	Tercer nivel de conocimiento	Condiciones de conservación
Criterios irrelevantes	Cuarto nivel de conocimiento	Contraindicación, interacciones y efectos secundarios

Tras esta división del nivel del conocimiento el cuestionario validado final consta de 11 preguntas, las cuales recogen la información necesaria para evaluar de forma sensible, fiable y adecuada los datos que se recogen del paciente.

1.6.3. Cuestionario de Morisky-Green.

Este cuestionario es una sencilla escala que consta de cuatro preguntas para saber cómo el paciente cumple con las tomas de la medicación, con la adherencia terapéutica. Su fin es dividir a los pacientes en cumplidores y no cumplidores (Morisky et al., 1986). La versión española se validó por Val Jiménez y colaboradores (Val et al., 1992). Este test ha sido validado para una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones, donde se incluyen los pacientes crónicos polimedicados (Nguyen T et al., 2014).

2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Como ya se ha mencionado, España está sufriendo un envejecimiento progresivo de la población. Cada vez hay más pacientes afectados por patologías crónicas que necesitan tratamiento. Como consecuencia, aumenta un sector de la población anciana con unas características concretas: son personas que presentan pluripatología y son polimedicados.

La tarea del farmacéutico es asegurar que la terapia que recibe el paciente sea la mejor indicada, más efectiva, segura y cómoda para el paciente. El farmacéutico asume la responsabilidad de las necesidades farmacológicas de cada paciente, por ello es importante que informe al enfermo acerca de los tratamientos que recibe. De esta forma el farmacéutico contribuye a que los resultados de la farmacoterapia sean correctos y a que la calidad de vida de los pacientes mejore.

Por todo ello, el presente trabajo se enfoca en estudiar el conocimiento que tienen los pacientes crónicos polimedicados de sus tratamientos y analizar los factores que más influyen en el cumplimiento de sus prescripciones.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- El objetivo principal es doble, determinar y evaluar el conocimiento de los pacientes sobre su medicación y la adherencia terapéutica, en pacientes que acuden a una oficina de farmacia en Sevilla.

Objetivos específicos del trabajo:

- Evaluar el conocimiento del paciente de forma estadística y concreta según el propósito de cada pregunta (indicación, pauta, posología, forma de administración, duración del tratamiento, precauciones de uso, eficacia y conservación).
- Relacionar el CPM con las variables que pueden intervenir en este conocimiento (género, edad, número de medicamentos, nivel educativo e importancia de la patología para el paciente).

4. METODOLOGÍA

4.1. Revisión de la bibliografía.

Para la realización de este trabajo, en primer lugar, se hizo una revisión exhaustiva de la bibliografía. Esta búsqueda de información se realizó en torno a los siguientes conceptos:

- Conocimiento del paciente sobre su medicación.
- Evaluación del conocimiento del paciente sobre su medicación.
- Pacientes crónicos polimedicados y conocimiento del tratamiento.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo en la base de datos PUBMED, donde se realizó una búsqueda mediante las siguientes palabras claves:

- Conocimiento del paciente sobre su medicación.
- Evaluación del conocimiento del paciente.
- Pacientes crónicos polimedicados y tratamiento.
- Errores y problemas de la falta de conocimiento del paciente.
- CPM.
- Información del medicamento.

Las búsquedas realizadas con los parámetros anteriores se hicieron tanto en castellano como en inglés, para abarcar un mayor número de resultados.

Como resultado se encontró una gran cantidad de trabajos que analizaban el conocimiento del paciente sobre su medicación, tanto en ciertas patologías como en grupos específicos de pacientes.

A pesar de la gran cantidad de resultados, en este trabajo se ha utilizado el estudio realizado por García Delgado P. y cols., 2009 como referencia. El motivo fundamental para tomar esta decisión es que es la única investigación que valida un cuestionario para medir el CPM en español.

4.2. Elaboración del cuestionario específico.

Como cuestionario de referencia se ha tomado el elaborado por García Delgado P. y cols. en 2009. Este consta de 11 preguntas, cada una relacionada con un aspecto inherente al fármaco. Ellas recogen lo relativo a los 4 niveles de conocimiento que tiene el paciente (Tabla I). En el cuestionario que se va a usar en este estudio solo se va a hacer referencia a los 3 primeros niveles de conocimiento (muy relevante, relevante e importante).

El cuestionario específico usado en este trabajo (Anexo I) consta de 8 preguntas, relativas a los 3 primeros niveles de conocimiento (Tabla I), siendo estas:

- P1: ¿Para qué patología toma este medicamento? (indicación)

- P2: ¿Qué dosis o cantidad debe tomar de este medicamento? (posología)
- P3: ¿Cada cuánto tiempo debe tomar el medicamento? (pauta)
- P4: ¿Durante cuánto tiempo debe estar utilizando este fármaco? (duración)
- P5: ¿Cómo debe de tomar/administrar esta medicación? (forma de administración)
- P6: ¿Tiene alguna precaución cuando toma el medicamento? (precauciones de uso)
- P7: ¿Cómo sabe que el medicamento está siendo eficaz? (eficacia terapéutica)
- P8: ¿Cómo debe conservar este fármaco? (conservación)

Además, al principio de este cuestionario se incluyen 8 preguntas adicionales para conocer datos del paciente y el medicamento. De estas preguntas, 3 son relacionadas con el fármaco (nombre del medicamento, pauta y forma de administración) y las 5 restantes son relativas a las características del paciente que se evalúan en el estudio (género, edad, número de medicamentos, nivel educativo e importancia de la patología).

Las 3 preguntas adicionales relacionadas con el medicamento son contestadas por la persona que realiza el cuestionario, para que se sepa el fármaco de partida y se pueda evaluar de forma correcta.

Por último, en el documento se incluye el test de Morisky-Green para evaluar la adherencia del paciente al tratamiento. Este consta de 4 preguntas, cuya respuesta es afirmativa o negativa:

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

4.2.1. Validez del cuestionario.

Tanto el cuestionario para medir el conocimiento del paciente sobre su medicación (cuestionario CPM) como el cuestionario de Morisky-Green, son válidos para medir el conocimiento y evaluar el CMP y la adherencia terapéutica de los pacientes que accedan a participar en el estudio.

4.3. Diseño del estudio.

4.3.1. Tipo de estudio.

En este trabajo se ha utilizado un estudio tipo observacional descriptivo transversal, ya que ofrece datos de los pacientes en un momento determinado (Pita Fernandez S. 1995).

4.3.2. Ámbito espacial.

Se incluye en este estudio una farmacia del municipio Mairena del Aljarafe, provincia de Sevilla.

4.3.3. Ámbito temporal.

La realización de encuestas se llevó a cabo durante 15 días (24 de Abril de 2019 – 14 de Mayo de 2019) y el análisis de los resultados durante la segunda mitad del mes de Mayo.

4.3.4. Población de estudio.

La población diana se compone de todos los pacientes crónicos polimedificados que acuden a la farmacia, entendiendo por paciente crónico a todos aquellos que tengan un mínimo de 2 enfermedades crónicas y polimedificados a todos aquellos pacientes que tomen al menos 3 medicamentos de forma simultánea.

La consideración de polimedificado en este estudio se ha elegido a partir de 3 y no de 5, como la mayoría de autores recogen, porque a partir de la toma de tres medicamentos el conocimiento del paciente sobre su medicación disminuye, según lo evidencia un estudio (Boonstra et al., 2003).

- Criterios de inclusión. La población con la que se lleva a cabo el estudio incluye a personas mayores de 18 años que acuden a la farmacia para retirar uno o más medicamentos de su tratamiento habitual. Estos pacientes deben ser crónicos polimedificados y aceptar el estudio de forma voluntaria (Figura 1).

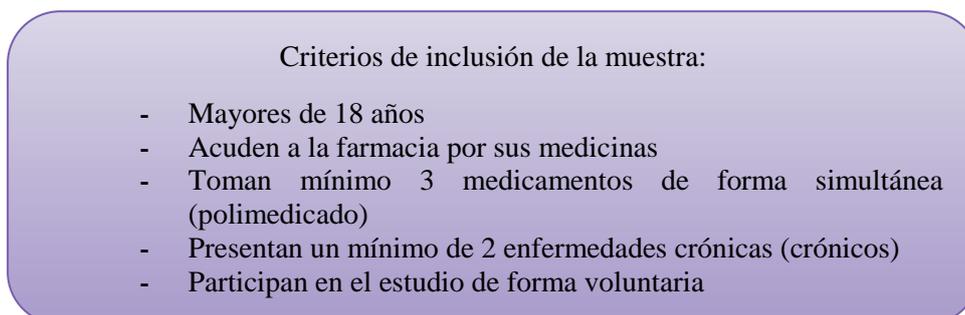


Figura 1. Criterios de inclusión de la población diana.

- Criterios de exclusión. Se excluyen del estudio a aquellos pacientes menores de 18 años, que vengan a retirar una medicación para terceros y/o no cumplan con las características de paciente crónico polimedificado descritas (Figura 2).

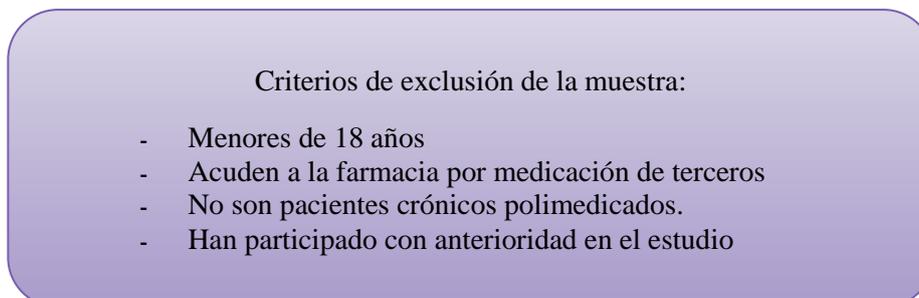


Figura 2. Criterios de exclusión de la población diana

4.3.4. Consentimiento informado.

Este trabajo respeta la ley sobre protección de datos de carácter personal (Ley 15/99, 1999; RD 944/1999, 1999), así como todo lo que a ella acontece.

Antes de realizar la encuesta, una vez el paciente crónico polimedicado ha accedido de forma voluntaria a participar en el estudio, debe firmar el documento “consentimiento informado” (Anexo II) donde se le informa al paciente sobre varios aspectos:

- La realización de la encuesta de forma anónima.
- El objetivo del estudio en el que va a participar.
- La confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.

4.4. Evaluación del conocimiento del paciente sobre su medicación y adherencia terapéutica.

4.4.1. Cuestionario CPM.

La evaluación de las preguntas del cuestionario dirigido a medir el conocimiento del paciente sobre el medicamento se realizó siguiendo las normas de evaluación que se recogen en el Anexo III (García et al., 2009).

En nuestro estudio se mide el conocimiento del paciente en función de lo que recogen las normas ya mencionadas (Anexo III) y la evaluación es realizada por la misma estudiante de farmacia que realiza las encuestas, contrastando la información con la de referencia.

Esta evaluación se hace de forma numérica. Para ello se da a cada pregunta una puntuación entre -1 y 2, en función de que la respuesta del paciente sea incorrecta, desconocida, insuficiente o correcta. Cada paciente obtiene una puntuación entre -1 y 2 por cada una de las 8 preguntas del cuestionario CPM.

Para el cómputo final (CPM Total), cada pregunta puntúa diferente en función de la dimensión en la que se clasifique. Los autores establecieron 4 dimensiones:

- Primera dimensión (Factor I) = Proceso de uso, formada por las preguntas: Posología, Pauta, Duración del tratamiento y Forma de Administración.
- Segunda dimensión (Factor II) = Seguridad, que engloba las preguntas: Precauciones, Efectos Adversos, Contraindicaciones e Interacciones.
- Tercera dimensión (Factor III) = Objetivo terapéutico, que engloba la Indicación y la Efectividad.
- Cuarta dimensión (Factor IV) = Conservación, constituida por la pregunta Conservación.

Los expertos en el estudio de Garcia Delgado P. decidieron que las preguntas con más peso para el conocimiento del fármaco fueran las correspondientes a la dimensión “Proceso de uso”, referidas a la posología, pauta, duración del tratamiento y forma de administración. Estas se corresponden con las preguntas 2, 3, 4 y 5 de nuestro cuestionario.

Estas preguntas constituyen el mínimo de conocimiento del medicamento, junto con la indicación (pregunta 1) y la efectividad del tratamiento (pregunta 7), que corresponden a la dimensión “Objetivo terapéutico”.

A continuación, se encuentra la dimensión “Seguridad del medicamento” en la que está incluida la pregunta 6 de precauciones de uso.

Por último, tenemos la dimensión “Conservación del medicamento” donde se encuentra la pregunta 8 de conservación de la medicación.

Analizada la importancia de cada pregunta, el único ajuste que debe realizarse es en la ecuación de medición del CPM total, ya que el cuestionario usado en este trabajo no incluye las preguntas del cuarto nivel de conocimiento (Tabla I). La ecuación que resuelve la puntuación final es:

$$CPM\ Total = \frac{(1,2 \times \sum Pi^A) + (1,1 \times \sum Pi^B) + (0,85 \times \sum Pi^C) + (0,6 \times \sum Pi^D)}{(1,2 \times 4) + (1,1 \times 2) + (0,85) + (0,6)}$$

Donde: Pi^x = Puntuación obtenida por el paciente para las preguntas de cada dimensión X; siendo:

- Dimensión A “Proceso de uso del medicamento”: Posología y pauta (P2 y P3), Duración del tratamiento (P4) y Forma de administración (P5).
- Dimensión B “Objetivo terapéutico”: Indicación (P1) y Efectividad del tratamiento (P7).
- Dimensión C “Seguridad del medicamento”: Precauciones de uso (P6)
- Dimensión D “Conservación del medicamento”: Conservación (P8).

Una vez evaluado el conocimiento por cuestionario y medicamento se ve el conocimiento general por paciente. Para ello deberemos sumar los resultados del CPM obtenido en cada cuestionario realizado por el paciente, uno para cada medicamento del tratamiento prescrito, y dividirlo entre el número de medicamentos que toma. La fórmula final queda:

$$CPM\ total\ general: \frac{\sum CPM\ total\ de\ paciente}{número\ de\ fármacos}$$

La puntuación mínima que se puede obtener es 0. Esta puntuación se consigue cuando alguna de las 5 primeras preguntas de nuestro cuestionario es incorrecta o se desconoce, es decir, no consigue una puntuación de 2 o 1. Directamente aparece un 0 en el cómputo total sin importar el resto de preguntas. Esto es porque se entiende que el paciente no posee la información necesaria para el correcto uso del medicamento, el paciente no conoce el medicamento.

El siguiente punto de corte se da con un CPM Total = 0,60. Esta puntuación corresponde a una puntuación de 1 o 2 en las cinco primeras preguntas, pero alguna incorrecta (-1) en el resto de preguntas. El paciente tiene un conocimiento insuficiente del medicamento.

Cuando el CPM total = 1,27 quiere decir que se ha obtenido una buena puntuación en las preguntas de las 2 dimensiones prioritarias (proceso de uso, P2-P5, y objetivo terapéutico, P1 y P7). Además, el resto de preguntas tienen un valor mínimo de 0 (desconocimiento). El paciente tiene un conocimiento suficiente de la medicación.

A partir de un CPM total = 1,61 se considera que el paciente tiene un conocimiento óptimo del medicamento. Esto es debido a que se obtiene una puntuación de 2 en las preguntas correspondientes a las dos principales dimensiones (P1-P5 y P7) y en las dos preguntas restantes (P6 y P8) se obtiene una puntuación al menos de 1, información insuficiente.

Basándose en estos criterios, los intervalos en los que se clasifican el conocimiento del paciente son:

- No conoce el medicamento. CPM general total = 0 puntos
- Conocimiento insuficiente del medicamento: De 0,60 a 1,26 puntos.
- Conocimiento suficiente del medicamento: De 1,27 a 1,60 puntos
- Conocimiento óptimo del medicamento: De 1,61 a 2 puntos.

4.4.2. Cuestionario Morisky-Green.

Con este cuestionario evaluamos la adherencia terapéutica. Consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) sobre su actuación ante la toma de la medicación (Morisky et al., 1986).

La evaluación de este cuestionario es más sencilla, ya que solo clasifica a los pacientes en cumplidores o no cumplidores. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde a las preguntas con el patrón No/Sí/No/No.

Si las respuestas son diferentes al patrón citado, las actitudes del paciente no son correctas, y se asume que el paciente no es adherente al tratamiento.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para realizar este estudio se seleccionó a un total de 48 personas. De todos estos pacientes que entraban en la farmacia por sus medicinas y cumplían los requisitos, un total de 22 personas aceptaron participar en el estudio. De ellas 7 aceptaron realizar la encuesta en el momento y a 15 se les citó en otro momento para realizar los cuestionarios.

De estos 22 pacientes 13 (59,1%) fueron mujeres y 9 (40,9%) hombres. La edad de los encuestados se comprende entre 37 y 86 años, siendo la edad media de 64,5 años.

El total de cuestionarios CPM realizados por estos pacientes fue de 122, uno por cada medicamento, y de cuestionarios Morisky-Green 22, uno por cada paciente.

El tiempo necesario para completar el cuestionario dependía del número de medicamentos que tenía el paciente prescrito, pudiendo ser este tiempo desde 3 minutos a media hora.

La tasa de aceptación es del 45,83 %. Uno de los factores limitantes en este aspecto era el tiempo. Muchas personas no podían pararse a realizar la encuesta o no encontraban el momento para hacerla. Esto justifica la tasa de aceptación algo baja.

5.1. Resultados que dan respuestas al objetivo principal.

5.1.1. Evaluación del conocimiento del paciente sobre su medicación.

La puntuación de los 122 cuestionarios CPM se recoge en la siguiente tabla:

Tabla II. Distribución de las puntuaciones por pregunta en los cuestionarios CPM.

<i>Preguntas</i>	<i>C. incorrecto (-1)</i>	<i>No conoce (0)</i>	<i>C. insuficiente (1)</i>	<i>Conoce (2)</i>
<i>P1: Indicación</i>	4 (3,3 %)	17 (13,9 %)	20 (16,4 %)	81 (66,4 %)
<i>P2: Posología</i>	1 (0,8 %)	73 (59,8 %)	0	48 (39,4%)
<i>P3: Pauta</i>	1 (0,8 %)	18 (14,8 %)	0	103 (84,4 %)
<i>P4: Duración</i>	2 (1,6 %)	11 (9 %)	3 (2,5 %)	106 (86,9 %)
<i>P5: Administración</i>		0	1 (0,8%)	121 (99,2 %)
<i>P6: Precauciones</i>	3 (2,5 %)	76 (62,3 %)	18 (14,8 %)	25 (20,4 %)
<i>P7: Eficacia</i>	0	44 (36,1 %)	22 (18 %)	56 (45,9 %)
<i>P8: Conservación</i>	0	33 (27,1 %)	61 (50 %)	28 (22,9 %)

En esta tabla se recogen los resultados de los puntos de los 122 cuestionarios CPM. Una vez se han puntuado las 8 preguntas se prosigue con la evaluación del conocimiento de los pacientes. Para ello, utilizando la fórmula validada por García Delgado P., de cada medicamento se hace el CPM total y una vez se tienen los resultados del conocimiento del paciente por cada medicamento

se divide entre el número de medicamentos que toma. Como resultado nos da el CPM total general, que es el conocimiento real que tiene el paciente de toda la medicación que toma.

Tras la aplicación de la fórmula para el cálculo del Conocimiento Total General se observó que el 45,5% de la muestra no conocía su tratamiento, el 22,7% presentaba un conocimiento insuficiente, el 9,1% tenía un conocimiento suficiente y el 22,7% presentó un conocimiento óptimo del tratamiento prescrito (Figura 3).

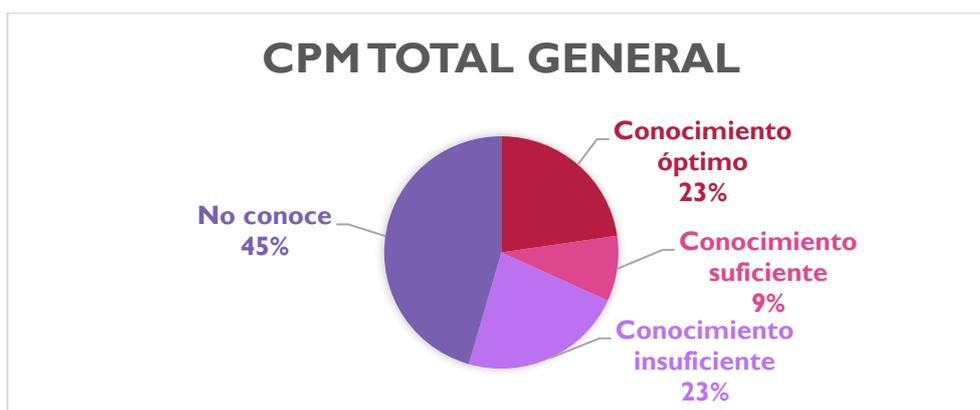


Figura 3. Distribución del CPM Total General de los 22 entrevistados.

Si se considera este conocimiento como las posibilidades conoce (conocimiento óptimo + conocimiento suficiente) y no conoce (conocimiento insuficiente + no conoce), la distribución de la muestra en función de esta variable se recoge en la Figura 4.

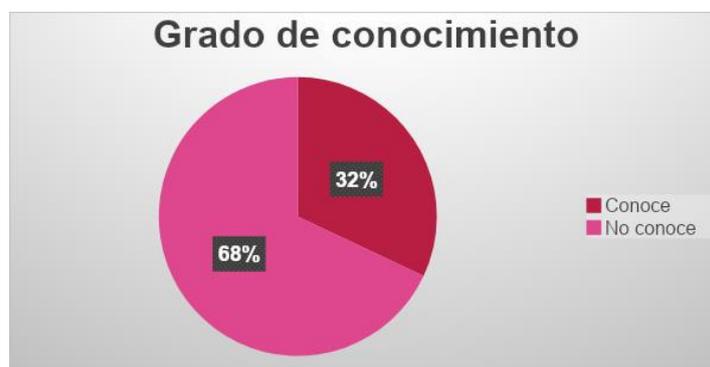


Figura 4. Distribución del conocimiento de los pacientes encuestados clasificados en las variables conoce y no conoce.

De los 22 pacientes estudiado, 10 no conocen el tratamiento que toman. Un 45,5 % de la muestra no conoce su medicación. Además, 5 pacientes de los 22 tienen un conocimiento insuficiente de los medicamentos que utilizan, un 22,7 % de la muestra. En total un 68,2% de la muestra no conoce su tratamiento. Este porcentaje de desconocimiento tan elevado se ha visto en otros estudios (Akici et al., 2004; Villafaina y García, 2009; Garcia P. et al., 2009; Salar L. et al., 2016). El porcentaje tan alto se puede justificar por la edad avanzada de la mayoría de la población

encuestada, así como por el número de medicamentos que toman estos pacientes, ya que son polimedicados y como mínimo cada paciente toma 3 fármacos.

También podemos justificar este elevado número de pacientes con resultado “no conoce” por la pregunta de posología (pregunta 3 del cuestionario para evaluar el conocimiento del paciente sobre su medicación). Esta pregunta es una de las esenciales para que un paciente conozca un fármaco y si se obtiene un valor menor de 1 en ella, el conocimiento del paciente por ese fármaco ya es 0, aunque tenga una buena puntuación en el resto de preguntas. En este estudio se observa como de los 122 fármacos que se han evaluado, los pacientes no conocían la dosis de 73, más de la mitad del total. Que esta pregunta tenga una puntuación de 0, lo que supone que el paciente no sabe la dosis del medicamento que se le pregunta, hace que el CPM total del cuestionario sea 0 y por ello el CPM total general del paciente también disminuye.

Los pacientes que han obtenido un conocimiento óptimo del tratamiento han sido 5, el 22,7 %, y solo 2 han conseguido un conocimiento suficiente de sus medicinas, el 9,1 % de los entrevistados. En total el 31,8% de la muestra es la que conoce la medicación.

Según estos resultados obtenidos, podemos afirmar que 3 de cada 4 pacientes encuestados no conoce su tratamiento y por tanto no se puede asegurar el correcto uso de las medicinas que utiliza.

5.1.2. Evaluación del cuestionario Morisky-Green.

En este caso, el test se realiza por paciente, no por medicamento, por tanto hemos obtenido los resultados de 22 cuestionarios Morisky-Green. La distribución de las respuestas de las 4 preguntas de la encuesta se muestran en la Tabla III.

Tabla III. Distribución de las respuestas en el cuestionario Morisky-Green.

	<i>Respuesta: SI</i>	<i>Respuesta: NO</i>
<i>Pregunta 1</i>	5 (22,7%)	17 (77,3%)
<i>Pregunta 2</i>	20 (90,9%)	2 (9,1%)
<i>Pregunta 3</i>	3 (13,6%)	19 (86,4%)
<i>Pregunta 4</i>	7 (31,8%)	15 (68,2%)

Como se explica en la metodología, el cuestionario de Morisky-Green evalúa la adherencia del paciente a su tratamiento. Para que este tenga una buena adherencia terapéutica debe contestar a las preguntas con el patrón No/Si/No/No.

De los 22 pacientes encuestados 12 (54,5%) cumplen con el patrón descrito y por tanto tienen una buena adherencia terapéutica. El resto, 10, no tienen una buena adherencia, siendo la pregunta 4 “Si alguna vez le sienta mal. ¿deja de tomar la medicación?” la contestada de forma errónea por más pacientes, el 31,8%.

Si se analiza la relación existente entre el conocimiento del paciente sobre su medicación y la adherencia terapéutica ya hay autores que afirman que el no cumplimiento terapéutico por parte del encuestado se produce porque el paciente no ha entendido correctamente la órdenes dadas por el médico y no conoce cómo usar el medicamento (Espagnoli et al., 1989; Marwick 1997; Rocha et al., 2010).

Se puede afirmar que la falta de conocimiento del paciente sobre su medicación es uno de los principales motivos del incumplimiento terapéutico y la falta de adherencia. Este incumplimiento se ve acentuado en pacientes crónicos, polimedicados y ancianos, como se observa en este estudio y en el realizado por Sanahuja y colaboradores en 2012 (Sanahuja et al., 2012).

5.2. Resultados que dan respuestas a los objetivos secundarios.

5.2.1. Evaluación del conocimiento por pregunta y dimensiones.

El conocimiento de los pacientes es distinto en función de la pregunta y dimensión referente al medicamento. Como se ve en la Tabla II el 66,4% de la población estudiada conoce la indicación de la medicina, el 86,9% la duración y solo un 20,4% las precauciones.

Los pacientes que han respondido a las preguntas de forma incorrecta no superan el 9% de la muestra, siendo la indicación del medicamento la pregunta donde se han acumulado más errores y existiendo preguntas donde no se ha respondido de forma incorrecta, el grado menor de respuesta es el desconocimiento (0 puntos).

Por otro lado, la pregunta que mayor grado de conocimiento acumula por parte de la muestra es la 5, la forma de administración del fármaco. El 99,2% de los encuestados ha contestado de forma correcta, con la máxima puntuación.

Para evaluar mejor estos resultados vamos a analizarlos en función de las 4 dimensiones del conocimiento, que recordamos eran:

- Dimensión A “Proceso de uso del medicamento”: Posología y pauta (P2 y P3), Duración del tratamiento (P4) y Forma de administración (P5).
- Dimensión B “Objetivo terapéutico”: Indicación (P1) y Efectividad del tratamiento (P7).
- Dimensión C “Seguridad del medicamento”: Precauciones de uso (P6).
- Dimensión D “Conservación del medicamento”: Conservación (P8).

Dimensión A: Proceso de Uso del Medicamento.

La dimensión A del conocimiento se compone de 4 preguntas del cuestionario CPM, que corresponden a las preguntas 2, 3, 4 y 5. En la Figura 6 vemos como se distribuye el conocimiento del paciente en función de la variable dicotómica conoce (conocimiento insuficiente + conoce) y

no conoce (conocimiento incorrecto + no conoce). Solo el 39,4% de los pacientes conoce la posología, un 84,4% la pauta, el 89,4% la duración del tratamiento y el 100% de los pacientes conoce la forma de administración.

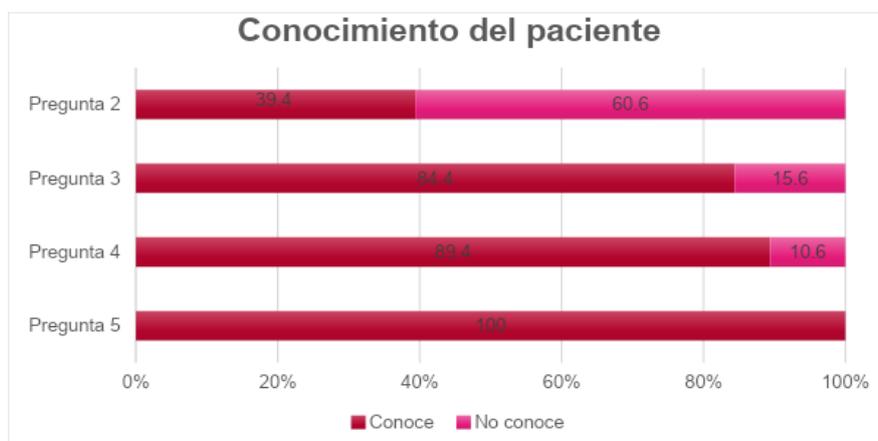


Figura 6. Distribución del conocimiento del paciente en las preguntas de la dimensión A.

En función de las respuestas dadas (Figura 7), en la dimensión A hay una mayoría de respuestas correctas, exceptuando la pregunta 2 de posología.

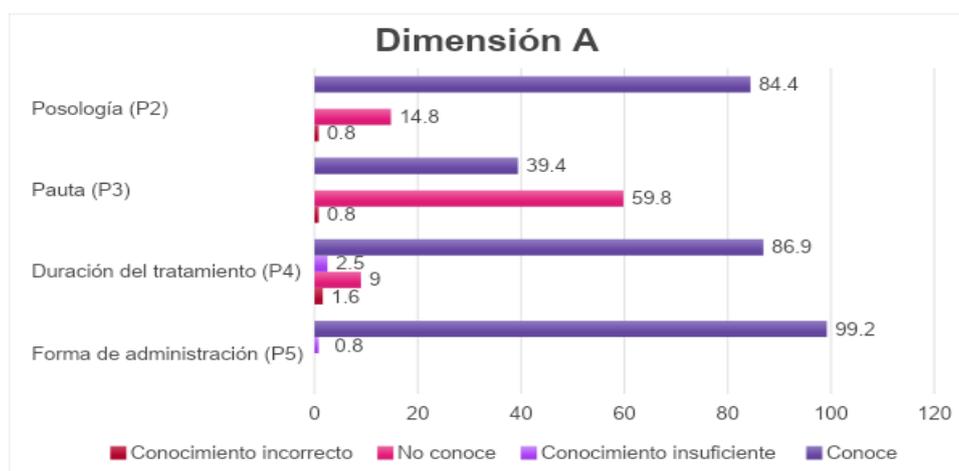


Figura 7. Distribución de las respuestas para cada una de las preguntas de la dimensión A.

Muchos de los pacientes encuestados no conocía la dosis que tomaba del fármaco, pero sí la pauta. Es un punto muy interesante que estudiar, ya que los pacientes toman la cantidad correcta del medicamento porque saben la pauta (una pastilla al día, media 3 veces al día...), pero realmente no conocen la dosis que deben tomar. Es un aspecto donde hacer hincapié para evitar problemas relacionados con la medicación (PRM).

Este dato no lo he observado en otros estudios. La mayoría de estudios anteriores muestran que los pacientes tienen un buen conocimiento de la posología del fármaco y fallan en otras preguntas del cuestionario (Garcia et al., 2009, Bosh Lenders et al., 2016).

Las preguntas de duración del tratamiento y forma de administración son las que mayor porcentaje de respuestas correctas presentan. En este trabajo se puede justificar porque la mayoría de medicamentos que toman los pacientes son crónicos y por tanto la duración de los mismos es para siempre. Por esta razón también conocen muy bien cómo se tiene que administrar o tomar el fármaco indicado.

Dimensión B: Objetivo Terapéutico.

Con respecto al objetivo terapéutico el 62,8% de la muestra conoce para que está indicado el medicamento, pregunta 1, y el 63,9% sabe el efecto terapéutico, pregunta 7 (Figura 8).

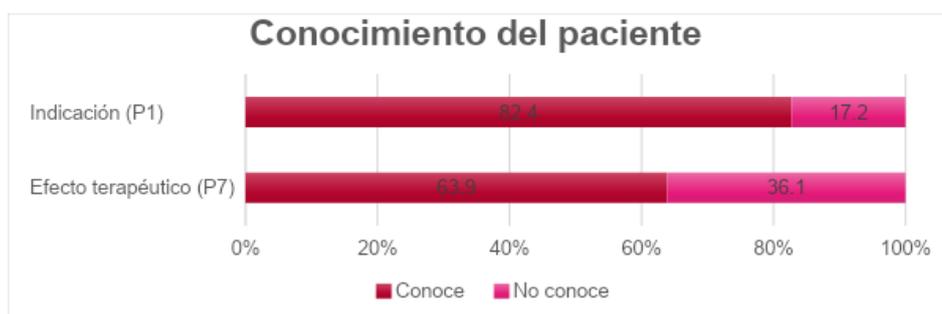


Figura 8. Distribución del conocimiento del paciente en las preguntas de la Dimensión B

Entrando más en profundidad, observando las respuestas dadas por los pacientes en las preguntas de la dimensión B (Figura 9), encontramos el mayor porcentaje de respuestas incorrectas que se acumulan en todas las preguntas del cuestionario. Este porcentaje se corresponde con la pregunta 1 (indicación) y es del 3,3%. También hay que destacar el porcentaje del 36,1% en la pregunta 7, que se corresponde con la respuesta desconocimiento. El paciente no sabe cuándo está haciendo efecto el fármaco.

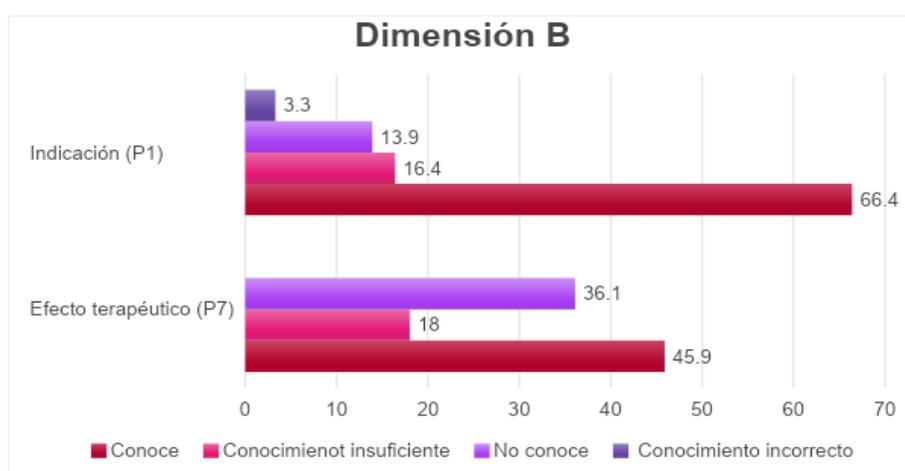


Figura 9. Distribución de las respuestas para cada una de las preguntas de la dimensión B.

El alto porcentaje de desconocimiento en la pregunta de efecto terapéutico se da sobre todo en medicamentos de tipo analgésico o antiinflamatorio, usados en el dolor crónico. Este dolor es

constante y por ello es difícil medir si disminuye su intensidad o no, por ello el paciente no sabe identificar si el medicamento hace efecto. De este tema también se habla en el estudio de Villafaina (Villafaina et al., 2009).

En contra partida, los antihipertensivos y antidiabéticos son los que más saben los pacientes cuando hacen efecto, por la realización de controles tanto de azúcar como de la tensión.

Dimensión C: Seguridad.

Esta dimensión solo se compone de la pregunta 6 del cuestionario (precauciones de uso). Aquí el porcentaje de pacientes que conoce las precauciones de uso del fármaco es solo del 35,2% (Figura 10). La mayoría de pacientes no conocen las precauciones de sus medicamentos, siendo esta dimensión la peor conocida por los pacientes. Otros estudios también afirman que la dimensión de seguridad es la que peor se conoce (Tang et al., 2003, Garcia et al., 2009, Salmerón, 2017).

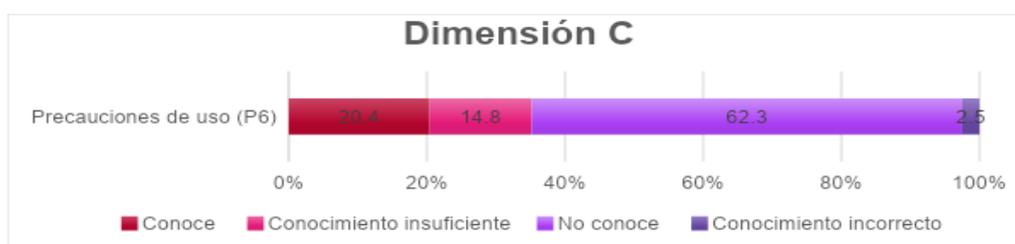


Figura 10. Distribución de las respuestas de la pregunta 6/Dimensión C.

Dimensión D: Conservación.

Cuarta y última dimensión en la que se divide el conocimiento del fármaco. Se compone de la pregunta 8 del cuestionario CPM, con un porcentaje de conocimiento del 72,9% (Figura 11).

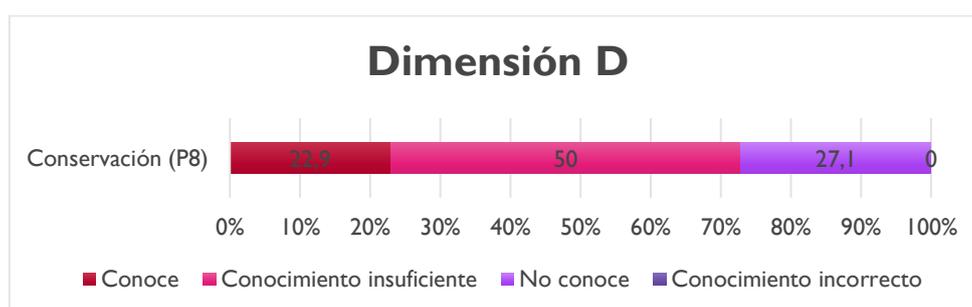


Figura 11. Distribución de las respuesta de la pregunta 8/Dimensión D.

La mayoría de pacientes entrevistados saben cómo conservar el medicamento, siendo el requisito “temperatura adecuada” el más respondido en esta pregunta. Esto supone un valor de 1 en la puntuación, y por tanto, un conocimiento insuficiente pero que permite conservar en buen estado el medicamento. Además, aunque muchos pacientes no contestaran la pregunta con los 3 requisitos que necesita un fármaco para estar bien conservado, los conocían.

De forma general, analizando los datos referentes a las dimensiones del CPM y considerando que una dimensión se conoce cuando se contesta con una puntuación de al menos 1 en todas las preguntas que la conforman, se obtienen los siguientes resultados: la dimensión con mayor porcentaje de conocimiento se corresponde con la D, Conservación del Medicamento, con un porcentaje de conocimiento del 72,9% de la muestra. A continuación le sigue la dimensión B, Objetivo Terapéutico, donde un 63,9% de la muestra respondió las dos preguntas que la comprendían de forma correcta. Un 39,4% de los pacientes encuestados supo contestar correctamente las 4 preguntas que componen la dimensión A, de Proceso de uso. Por último la dimensión con menor conocimiento por parte de los pacientes fue la B, de Seguridad, donde solo el 35,2% de los encuestados respondió la única pregunta de forma correcta (Figura 12).

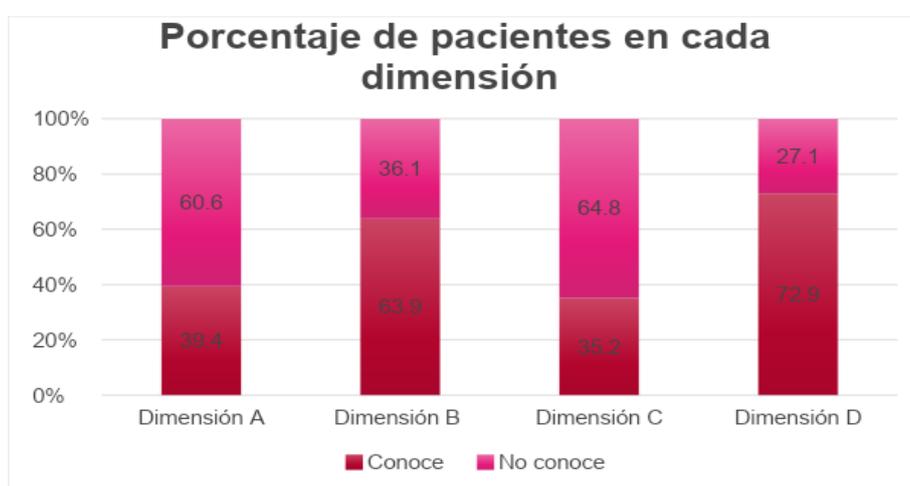


Figura 12. Porcentajes de pacientes que conocen y no conocen las dimensiones del cuestionario CPM.

5.2.2. Resultados de la relación de las variables del paciente que pueden intervenir en el CPM.

Evaluated el CPM de los pacientes que han acudido a la farmacia por pregunta y dimensión vamos a relacionar los resultados obtenidos en el Conocimiento del paciente sobre su medicación y las variables que más pueden influir en él.

Edad.

Como este estudio se ha realizado en una población cuyos requisitos eran ser polimedicados y tener al menos 2 enfermedades crónicas, la edad de los pacientes que han participado es bastante elevada. Para ver si existe relación entre la edad y el CPM se ha dividido la muestra en cuatro grupos de edad:

- Entre 30 y 45 años (9,1%)
- Entre 46 y 60 años (27,3%)
- Entre 61 y 75 años (40,9%)
- Entre 76 y 90 años (22,7%)

En función de la edad, el conocimiento se distribuye de la siguiente forma:

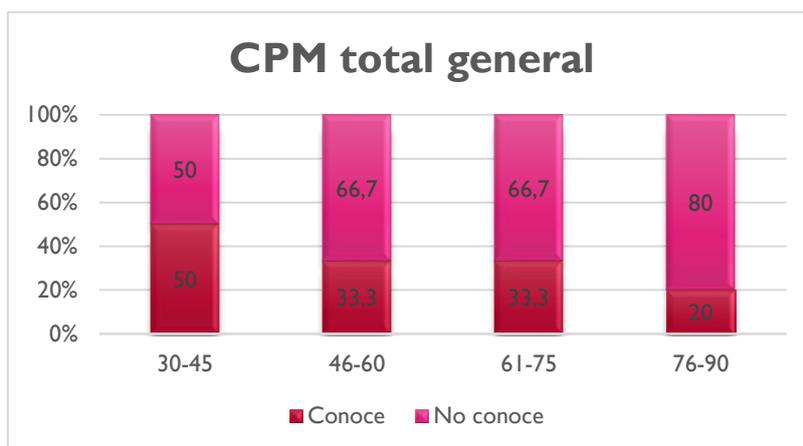


Figura 13. Prevalencia del CPM Total General según grupos de edad

Como se observa en la Figura 13, conforme aumenta la edad de los entrevistados disminuye el Conocimiento del Paciente sobre su Medicación general. La media de edad de los pacientes que conocen su tratamiento fue de 60,85 años con una desviación típica de 21,5, mientras que la de los pacientes que no conocían su medicación fue de 66,2 años, con una desviación típica de 12,5.

Podemos afirmar que el conocimiento es inferior cuando mayor es la edad del paciente. La edad del paciente es una de las variables que está fuertemente asociada al CPM y existen bastantes estudios con resultados similares al realizado en este trabajo (Cham et al., 2002, O'Neil et al., 2004, Huang et al., 2006, Villafaina y Garcia 2009).

Género.

Dentro de la muestra el 40,9% de los encuestados fueron hombres y el 59,1% mujeres.

El conocimiento y desconocimiento en función del género no presentó diferencias estadísticamente significativas, aunque si se observó un mayor conocimiento de las mujeres en comparación con los hombres. El 38,5% de las mujeres conocían su medicación, mientras en el caso de los hombres el porcentaje de conocimiento se situó en el 22,2% (Figura 14).

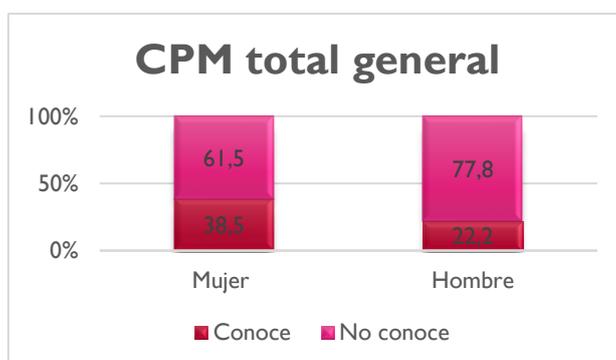


Figura 14. Prevalencia del CPM Total General según el género.

Al comparar estos resultados con otros estudios se ha observado que hay datos contradictorios, ya que hay estudios que afirman que las mujeres tienen un conocimiento mayor (Akici et al., 2004, Huang et al., 2006) y otros que no encuentran correlación entre género y conocimiento (Edwards et al., 2004, Andres et al., 2005).

Nivel de estudios.

Tras analizar los resultados obtenidos en esta variable se observa que las personas que tienen peor conocimiento son aquellas que han cursado estudios primarios, donde el 100% de los pacientes que pertenecen a este grupo no conocían su tratamiento.

En este caso no se aprecia una relación entre conocimiento y nivel de estudios, ya que los resultados son dispares, siendo el desconocimiento mayor en las personas con estudios primarios y universitarios que en las personas sin estudios (Figura 15).

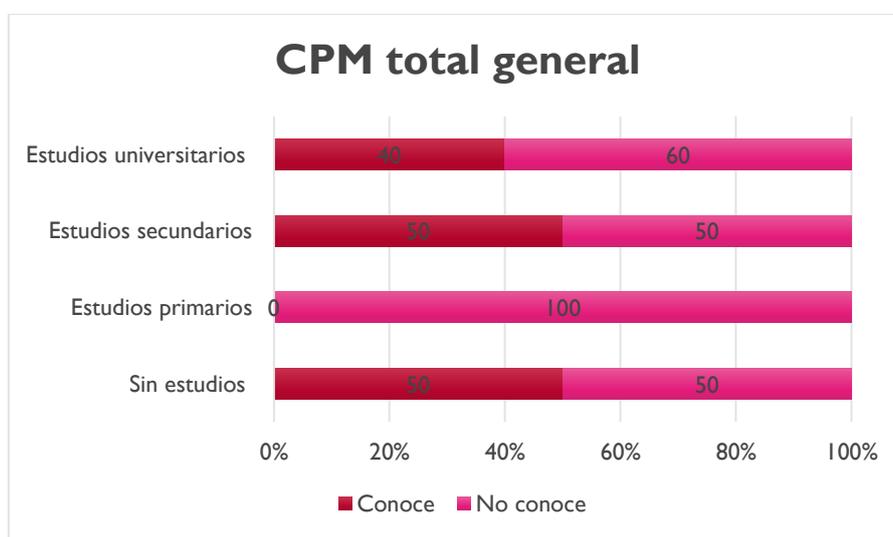


Figura 15. Prevalencia del CPM Total General según el nivel de estudios.

Estos datos no coinciden con el resto de estudios consultados, ya que en todos existe correlación entre nivel educativo y CPM total. En estos trabajos a mayor nivel de estudios mayor grado de conocimiento (Cham et al., 2002; Akici et al., 2004; Andrés et al., 2005; Huang et al., 2006, Devraj et al., 2013).

Número de medicamentos.

En este estudio solo se han evaluado a pacientes polimedicados, entendiendo “paciente polimedicado” a aquel que tome un mínimo de 3 medicamentos y al menos 2 de ellos sean usados para tratar enfermedades crónicas. Para evaluar esta variable y poder relacionarla con el CPM Total General del paciente vamos a dividir la muestra en 3 grupos, según el número medicamentos usados en un momento determinado (Figura 16):

- Entre 3-4 medicamentos (45,45%).
- Entre 5-9 medicamentos (45,45%).
- > 10 medicamentos (9,1%).

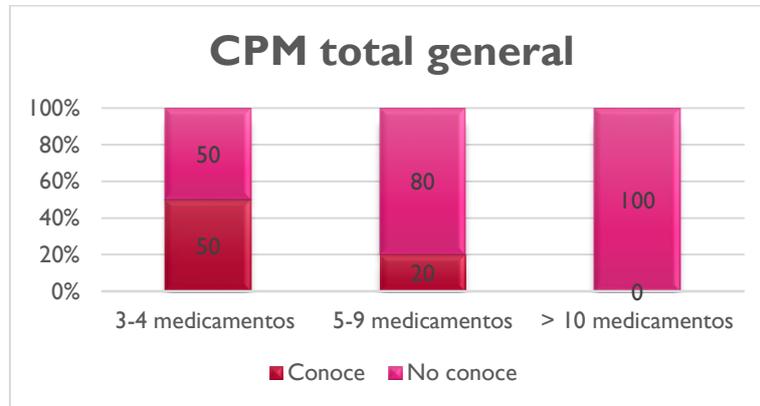


Figura 16. Prevalencia del CPM Total General en función del número de medicamentos

Tras el análisis de los resultados se ve perfectamente como el número de medicamentos que consume el paciente es una variable que influye fuertemente en el conocimiento de la medicación. A medida que aumenta el número de fármacos que el paciente toma, el grado de conocimiento total del paciente es menor. Esto es algo lógico, ya que la información que debe tener el paciente sobre ellos es mayor y por tanto es más difícil de retener. Además, el incremento en el número de medicamentos se asocia con las personas ancianas, por tanto esta información que ha de ser retenida por el paciente se ve influida por la edad.

En los estudios consultados todos coinciden con estos resultados, el grado de conocimiento es mayor cuanto menos medicamentos consume el paciente (Boonstra et al., 2003; Delgado 2003; O'Neil et al., 2004, Leal et al., 2004).

6. CONCLUSIONES

1. Concluimos que, de los 22 pacientes crónicos polimedicados que aceptaron participar en el estudio llevado a cabo en una farmacia comunitaria sobre el conocimiento de su medicación, el 68% de la población no conoce su tratamiento. Podemos afirmar que 7 de cada 10 pacientes de la muestra no conocen los medicamentos que toman.
2. En función al grado de conocimiento; la mayoría (45,5%) no conocen su tratamiento, el 22,7% tienen un conocimiento insuficiente, un 9,1% presenta un conocimiento suficiente y solo el 22,7% obtienen como resultado un conocimiento óptimo.
3. La mitad de los pacientes presentan buena adherencia terapéutica (54,5%). Podemos concluir que 1 de cada 2 pacientes no tienen una buena adherencia.
4. En función de las 4 dimensiones del conocimiento del medicamento; parece ser que los pacientes conocen bien su conservación, seguido de la indicación terapéutica y el proceso de uso, no obstante desconocen datos sobre la seguridad.
5. La variable que más influye en el conocimiento de la medicación se ha demostrado que es el número de fármacos que toma el paciente, seguido de la edad. No se ha visto correlación entre género y conocimiento de la medicación.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Adil MS, Khan MA, Khan MN, Sultan I, Khan MA, Ali SA, Farooqui A. EMPADE Study: Evaluation of Medical Prescriptions and Adverse Drug Events in COPD Patients Admitted to Intensive Care Unit. *J Clin Diagn Res.* 2015 nov; 9(11):FC05-8.
- Akici A, Kalaça S, Uğurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2004; 13(12):871-6.
- Andres Iglesias JC, Andres Rodriguez NF, Fornos Perez JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 189-196.
- Badía Llach X, Magaz Marqués S, Gutiérrez Nicuesa L, Guilera Sardá M. Información de medicamentos de prescripción: Encuesta a la población general española. *Atención Primaria.* 2005; 36: 93-99.
- Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Fundación Lilly, 2002.
- Bernabé Muñoz E, Flores Dorado M, Martínez Martínez F. Grado de conocimiento del antibiótico prescrito en pacientes ambulatorios. *Atención Primaria.* Volume 47, Issue 4, April 2015, Pages 228-235
- Bosch-Lenders D, Maessen D, Stoffers H (Jelle), André Knottnerus J, Winkens B, Van den Akker M. Factors associated with appropriate knowledge of the indications for prescribed drugs among community-dwelling older patients with polypharmacy. *Age and Ageing,* Volume 45, Issue 3, May 2016, Pages 402–408.
- Boonstra E, Lindbaek M, Ngome E, Tshukudu K, Fugelli P. Labelling and patient knowledge of dispensed drugs as quality indicators in primary care in Botswana. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12: 168-175.
- Clyne W, Blenkinsopp A y Seal R. Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación. Facultad de Farmacia, Universidad de Keele. Gestión de fármacos, Centro Nacional de Prescripción de Reino Unido. 2008. Traducido por SEFAP (series divulgativas; documento nº 13. 2008).
- Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. Percepción y estrategias de mejora de la comunicación entre profesionales sanitarios y los pacientes con enfermedades crónicas. Foro español de pacientes, Hospital Sant Joan de Déu, 2017
- Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. Documento de la OMS y FIP. Edición 2006. [Consultado en 18 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js14094s/>

- Devraj R, Herndon CM, Griffin J. Pain awareness and medication knowledge: A health literacy evaluation. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 2013.
- Directiva 2005/36/CE-Relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Sección 7: Farmacéutico. Artículo 44: Formación de Farmacéutico. Diario Oficial de la Unión Europea Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. 2005. [Consultado en 18 de Mayo de 2019] Disponible en: http://www.educacion.gob.es/educa/incual/pdf/rec/03_Directiva_reconocimiento_cualificaciones.pdf).
- Diz-Lois Martínez F, Fernández Alvarez O, Pérez Vázquez C. El paciente polimedcado. *Gaceta de Medicina* 2012; 73 (Supl. 1): 37-41.
- Espagnoli A, Ostino G, Borga AD, D'Ambrosio R, Maggiorotti P, Todisco E. Drug Compliance and unreported drugs in the elderly. *Journal of American Geriatric Society*. 1989; 37: 619-624.
- Fajreldines A, Schnitzler E, Insua JT, Valerio M, Davide L, Pellizzari M. Reduction of inappropriate prescriptions and adverse effects to medications in hospitalized elderly patients. *Medicina (B Aires)*. 2018;78(1):11-17.
- Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con los medicamentos: resultados como el centro de un nuevo paradigma. *Seguim Farmacoter* 2005; 3: 167-188.
- Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *MÉD.UIS*. 2015;28(1):7-13.
- Foro de atención farmacéutica. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2006 [Consultado en 28 de abril de 2019]. Disponible en: www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forodeatfarm/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf
- García Delgado P, Gastelurrutia Garralda MA, Baena Parejo MI, Fisac Lozano F, Martínez Martínez F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atención Primaria*. 2009; 41: 661-668.
- García Ferrando M, Alvira F, Alonso LE, Escobar M. El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación La encuesta. Cap II. El análisis de la realidad social, Ed. Alianza. 1986. p.123-151.
- Gastelurrutia Garralda MA, Faus Dáder MJ, Martínez-Martínez F. Resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharm* vol.57 no.2 Granada abr./jun. 2016
- Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, McLachlan AJ, Cumming RG, Handelsman DJ, Le Couteur DG. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Clin Epidemiol*. 2012 Sep; 65(9):989-95.

- Gonzales Torres, Wilber Avelino. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014 - enero 2015.
- Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en Atención Primaria. 1ª Edición. 2013.
- Guía de trabajo de Andalucía. Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en Atención Primaria. Servicio Andaluz de salud, consejería de igualdad, salud y políticas sociales. 13 Febrero 2013.
- Ho J, Bender BG, Gavin LA, O'Connor SL, Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Relations among asthma knowledge, treatment adherence, and outcome. March 2003 Volume 111, Issue 3, Pages 498–502.
- Huang YM, Wang HP, Yang YH, Lin HW, Chen CS, Wu FL. Effects of a National Health Education Program on the Medication Knowledge of the Public in Taiwan. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2006; 40: 102-08.
- Hughes L, Whittlesea C, Luscombe D. Patient's knowledge and perceptions of the sideeffects of OTC medication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2002.
- Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. Paciente polimedicado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente?. *Atención Primaria*. 2004; 33: 451-456.
- Lupiáñez-Villanueva F. Salud e internet: más allá de la calidad de la información. *Revista española de cardiología*. 2011; 64: 849-850.
- Melguizo Jiménez M, De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. Centro de Salud Almanjayar, Distrito Sanitario Granada, Granada, España, 2010.
- Marwick C. Medguide: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription drugs. *The Journal of the American Medical Association*. 1997.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.
- Nguyen T, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Mar;77(3):427-45.
- OMS. 55 asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
- OMS. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003.
- O'neil CK, Poirer TL. Impact of patient Knowledge, patient-pharmacist relationship, and drug perceptions on adverse drug therapy outcomes. *Pharmacotherapy*. 1998.
- Ospina A, Benjumea DM, Amariles P. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 29(3): 329-340

- Pita Fernández S. Tipos de estudios clínicos epidemiológicos. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47. Actualización 28/02/2001.
- Rocha HT, Rabelo ER, Aliti G, Souza EN. Conocimiento de los pacientes portadores de prótesis valvular mecánica sobre la terapia de anticoagulación oral crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010; 18: 1-7.
- Salar L, Sola N, Cámara R, Cosín A, Dago A, Gutiérrez P. Conocimiento del paciente sobre su medicación: relación entre el conocimiento y la percepción de efectividad y seguridad del tratamiento. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2016 Mar 30; 8(1):24-31.
- Salmerón Rubio, J. Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos en el área Metropolitana Gran Lisboa (Portugal): Adaptación transcultural y validación del cuestionario CPM. Granada: Universidad de Granada, 2017.
- Samuel SS, Prakasam KC, Nandhakumar N. Assessment of selfmedication among patients attending community pharmacies in Erode, India. *Int J Pharm Pharm Sci*. 2011.
- Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez Romero F. Adherencia Terapéutica. *Pharmaceutical Care*. 2012; 14: 162-167.
- Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990; 24: 1093-1097.
- Tang EO, Lai CS, Lee KK, Wong RS, Cheng G, Chan TY. Relationship between patients warfarin knowledge and anticoagulation control. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2003.
- Tham TC, Johnston S, Watson RG. Patient knowledge and prescription of ulcer healing drugs in medical inpatients. *Br J Clin Pharmacol*. 1995;39: 197–200
- Tercer Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), 2007. [Consultado en 28 de abril de 2019]. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4974/4781>
- Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Aten primaria*. 1992 oct 1;10(5):767-70.
- Villafaina Barroso A, García García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharmaceutical Care*. 2009; 11: 3-12.
- Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* 2007, 23 (1)
- Zermansky Ag, Petty DR, Raynor DK, Lowe CJ., Freemate N, Vail A. Clinical Medication review by a pharmacist of patient on repeat prescriptions in general practice: a randomised controlled trial. *Health Technology Assesment* 2002; vol 6, N 20.

Consentimiento informado

Cuestionario para la evaluación del conocimiento del paciente crónico polimedicado sobre su medicación en oficina de farmacia

El presente cuestionario forma parte del trabajo fin de grado “CONOCIMIENTO DEL USO DE LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS” realizado por la alumna Sandra Sousa Moreno para el grado de farmacia. Este cuestionario está destinado a recaudar información sobre el conocimiento del paciente crónico polimedicado sobre su medicación, datos del paciente y conocimiento sobre la adherencia al tratamiento.

Le recordamos que su participación es totalmente voluntaria. Los datos recogidos serán tratados conforme a la vigente normativa de protección de datos, de forma que la información del cuestionario es confidencial.

Como participante del estudio doy mi consentimiento para que mis datos sean incluidos y utilizados en este trabajo, de forma anónima. Declaro que he leído el presente documento, comprendo la información que en él se expone y acepto realizar el cuestionario. Por ello firmo este consentimiento de forma voluntaria.

Fdo:

En Sevilla a De de 2019

ANEXO III

Normas para la evaluación del Cuestionario de conocimiento del paciente sobre su medicación (García Delgado et al., 2009)

La evaluación del cuestionario tiene que hacerla un farmacéutico, en este caso la evaluación se lleva a cabo por quien realiza el trabajo, la estudiante de farmacia Sandra Sousa Moreno. Para ello se contrastará las respuestas dadas por el paciente con la información de referencia, la receta, tanto física como en receta XXI. Estos datos deben copiarse por el farmacéutico en el cuestionario (posología, pauta y duración del tratamiento).

En segundo lugar la información de referencia será la información reflejada en el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia.

La evaluación se realizará asignándole a cada respuesta una puntuación que varía entre -1 y 2 en función del grado de concordancia con la información de referencia (receta médica o Catálogo de Medicamentos del CGCOF):

- -1 punto; Información incorrecta. Caso de preguntas en blanco o cuando la respuesta dada por el paciente es incorrecta.
- 0 puntos; No conoce o desconoce. Se tacha la casilla NS (No sabe) que se encuentra en cada pregunta.
- 1 punto; Información Insuficiente. La respuesta no es completa y no asegura el correcto uso del fármaco.
- 2 puntos; Conoce. La información dada por el paciente coincide con la información de referencia.

De forma específica:

- Para la indicación (pregunta 1), si la respuesta se refiere al órgano en el que actúa el medicamento, se evaluará como información insuficiente (1 punto). Si la respuesta se refiere específicamente al síntoma/síndrome que trata se evaluará como información correcta (2 puntos).

- Para la posología y pauta (pregunta 2 y 3), el paciente ha de responder exactamente lo indicado por el médico (prescripción) para considerar la respuesta correcta.
- Para la duración del tratamiento (pregunta 4) como vamos a tener tratamientos crónicos, las respuestas “lo tengo que usar de por vida” o “hasta que el médico lo cambie”, se evaluará como respuesta correcta (2 puntos).
- Para la forma de administración (pregunta 5), el paciente debe indicar como lo toma o utiliza y si se debe de tomar de alguna forma determinada o realizar alguna preparación antes.
- Para la conservación (pregunta 8) si el paciente identifica que el medicamento es de frío, se da la puntuación máxima (2 puntos). Para el resto de medicamentos, se dará máxima puntuación cuando el paciente identifique las siguientes características:

1- Protegido de la luz.

2- Protegido de la humedad.

3- Protegido de cambios bruscos de temperatura.

Si la respuesta recoge alguna de estas características, pero no todas, se considerará información insuficiente.