Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):131

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

P088 - FALTA DE ADHERENCIA INTENCIONADA Y NO INTENCIONADA EN PACIENTES CRÓNICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA O DIABETES MELLITUS. DIFERENTES FACTORES ASOCIADOS

F.J. de Toro Santos[1], I. Marín-Jiménez[2], D. Orozco-Beltrán[3], M.J. Fuster-Ruiz de Apodaca[4], P. Palazón-Riquelme[5], M.J. Arteaga[5] y L. Cea-Calvo[5]

[1]Departamento de Reumatología. Hospital Universitario A Coruña. Universidade da Coruña. INIBIC. A Coruña. [2]Departamento de Gastroenterología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. [3]Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Sant Juan de Alicante. [4]SEISIDA (Sociedad Española Multidisciplinaria de SIDA). [5]Medical Affairs Department. MSD España.

Resumen

Introducción y objetivos: La adherencia al tratamiento es esencial para mejorar los resultados terapéuticos. Debido a que los comportamientos de falta de adherencia pueden ser intencionados o no intencionados, estudiamos, en una amplia muestra de pacientes crónicos, la asociación de estos comportamientos con el perfil de paciente y tratamiento, la experiencia con el cuidado de la salud y las creencias en la medicación.

Métodos: Se entregó una encuesta a pacientes con enfermedades reumáticas, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o diabetes mellitus (DM). Se definieron 5 comportamientos de falta de adherencia: dos no intencionados (olvidar tomar la medicación y tomarla en hora no programada), y tres intencionados (dejar la medicación cuando el paciente se siente bien, cuando se sienta mal o tras leer el prospecto). Se evaluó la experiencia del cuidado de la salud con IEXPAC (“*Instrument to Evaluate the EXperience of PAtients with Chronic diseases*”) obteniendo una puntuación total y 3 parciales (interacciones productivas, nuevo modelo relacional y autocuidado), y las creencias en la medicación con el BMQ (*Beliefs About Medicines Questionnaire*) obteniendo una puntuación total y 2 parciales (subescalas de necesidad de la medicación y de preocupaciones por tomar la medicación), ambos cuestionarios previamente validados. Los factores asociados se evaluaron con un análisis multivariable de regresión logística.

Resultados: En los 1.530 respondedores (336 con enfermedad reumática, 332 con EII, 442 con infección VIH, 430 con DM), 813 (53%) mostraron al menos un comportamiento de no adherencia, 533 (35%) al menos uno no intencionado y 505 (33%) al menos uno intencionado. La frecuencia de comportamientos no intencionados fue similar en los distintos grupos (entre 31% y 35%, p = 0,182), pero la frecuencia de comportamientos intencionados fue menor en pacientes con infección VIH (18%) que en pacientes con enfermedades reumáticas (39%), EII (34%) o DM (44%), p < 0,001; con

frecuencias menores de cada comportamiento en pacientes con infección VIH (todas p < 0,001). En el análisis multivariable (tabla), la falta de adherencia no intencionada se asoció a menor edad, necesidad de tomar la medicación 3-4 veces al día, menor puntuación de creencias en la medicación (BMQ) y menor puntuación parcial de experiencia (IEXPAC - autocuidado), pero no con la enfermedad de base. Sin embargo, la falta de adherencia intencionada (tabla) se asoció con la enfermedad crónica de base (enfermedad reumática, EII y DM) y con las puntuaciones de creencias en la medicación (mayor puntuación total y de necesidad, menor puntuación de preocupaciones), pero no con la experiencia.

Factores asociados con la falta de adherencia

	Modelo 1 (puntuaciones totales de IEXPAC y BMQ)		Modelo 2 (puntuaciones parciales de IEXPAC y BMQ)	
a. Sólo falta de adherencia no intencionada	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Edad (incremento de 1 año)	0,98 (0,96-0,99)	< 0,001	0,98 (0,97-0,99)	0,006
Medicación 3-4 veces al día (vs 1-2 veces)	1,57 (1,08-2,27)	0,018		
BMQ, puntuación total (incremento 1 unidad)	0,96 (0,94-0,90)	0,010		
IEXPAC puntuación autocuidado (incremento 1 unidad)			0,90 (0,84-0,96)	0,003
b. Sólo falta de adherencia intencionada				
Diabetes mellitus (vs infección por VIH)	4,35 (2,47-7,66)	< 0,001	4,46 (2,49-7,99)	< 0,001
Enfermedad inflamatoria intestinal (vs infección por VIH)	2,58 (1,39-4,79)	0,003	2,34 (1,23-4,44)	0,010
Enfermedad reumática (vs infección por VIH)	3,38 (1,87-6,13)	< 0,001	3,39 (1,85-6,24)	< 0,001
BMQ, puntuación global (incremento 1 unidad)	0,93 (0,90-0,96)	< 0,001		
BMQ puntuación de necesidad (incremento 1 unidad)			0,94 (0,89-0,98)	0,008
BMQ puntuación de preocupaciones (incremento 1 unidad)			1,08 (1,04-1,13)	< 0,001
c. Falta de adherencia intencionada y no intencionada				
Diabetes mellitus (vs infección por VIH)	2,99 (1,75-5,11)	< 0,001	3,44 (1,96-6,05)	< 0,001
Enfermedad inflamatoria intestinal (vs infección por VIH)	1,48 (0,81-2,69)	0,203	1,60 (0,85-3,00)	0,144
Enfermedad reumática (vs infección por VIH)	0,98 (0,52-1,86)	0,951	0,98 (0,50-1,93)	0,965
BMQ, puntuación global (incremento 1 unidad)	0,87 (0,83-0,90)	< 0,001		
BMQ puntuación de necesidad (incremento 1 unidad)			0,87 (0,82-0,91)	< 0,001
BMQ puntuación de preocupaciones (incremento 1 unidad)			1,17 (1,12-1,23)	< 0,001

Conclusiones: La falta de adherencia es frecuente en los pacientes crónicos, pero los

comportamientos intencionados y no intencionados difieren en cada perfil de paciente. Los pacientes con enfermedad reumática, EII o DM mostraron mayor frecuencia de falta de adherencia intencionada que los pacientes con infección VIH. La distinta asociación con la experiencia y con las creencias en la medicación sugieren que distintas medidas preventivas son necesarias y pueden tener distinto efecto, por lo que se precisa una evaluación y aproximación personalizada.

Agradecimientos: este estudio fue financiado por MSD España y avalado por las asociaciones de pacientes CONARTRITIS, ACCU, FEDE y por SEISIDA.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados