



# 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<sup>1</sup>, I. Marín-Jiménez<sup>2</sup>, D. Orozco-Beltrán<sup>3</sup>, M.J. Fuster-Ruiz de Apodaca<sup>4</sup>, P. Palazón-Riquelme<sup>5</sup>, M.J. Arteaga<sup>5</sup> y L. Cea-Calvo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario A Coruña. Universidad da Coruña. INIBIC. A Coruña. <sup>2</sup>Departamento de Gastroenterología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Sant Juan de Alicante. <sup>4</sup>SEISIDA (Sociedad Española Multidisciplinaria de SIDA). <sup>5</sup>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 multivariante 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 multivariante (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%) 0,98 (0,96-0,99)	p 0,001
Edad (incremento de 1 año)	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
Enfermedad inflamatoria intestinal (vs infección por VIH)	2,58 (1,39-4,79)	0,003
Enfermedad reumática (vs infección por VIH)	3,38 (1,87-6,13)	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.