

DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS

DICIEMBRE 2009

UNIVERSIDAD DE GRANADA



INCUMPLIMIENTO FÁRMACO-  
TERAPÉUTICO EN ANTIÁCIDOS

**AUTOR: ENRIQUE MELLADO CUBILLAS**

**TUTOR: EMILIO GARCÍA JIMÉNEZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

- Primero dar gracias a mi tutor, Emilio García Jiménez, por su ayuda que lo ha sido todo, por su apoyo sin el cual no hubiera podido sacarlo adelante y por los conocimientos que me ha facilitado para desarrollar el trabajo.
- Agradecer también a Ana Moreno su trabajo en el apartado de estadística y su colaboración en la gestión de la documentación necesaria para la entrega y presentación del trabajo.
- Un agradecimiento especial a mi mujer, Nieves, y mi hijo, José María por el apoyo recibido. Tampoco me olvido de mis padres Pedro y Rosa por su dedicación constante.
- A mis compañeros de trabajo Marta, Fany y-Laura que me han ayudado en la recogida de datos y han dedicado tiempo y esfuerzo para realizar las encuestas.



# **ÍNDICE**

# ÍNDICE

---

I	GLOSARIO	Pág	6
II .-	INTRODUCCIÓN	Pág	10
	II.1. Tema.	Pág	16
	II.1.1. Definición de incumplimiento.	Pág	17
	II.2. Antecedentes.	Pág	17
	II.2.1. Fisiopatología de la secreción gástrica: secreción ácida y barrera mucosa. Patologías asociadas a la existencia de hipersecreción ácida. Definición de pirosis.	Pág	17
	II.2.2. Definición de antiácidos.	Pág	22
	II.2.2.1. Clasificación farmacológica para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos según su acción.	Pág	23
	II.2.2.2. Mecanismo de acción.	Pág	24
	II.2.2.3. Clasificación farmacológica de alteraciones causadas por ácidos según la ATC	Pág	31
	II.2.2.4. Indicaciones y/o uso de los antiácidos, efectos adversos y precauciones.	Pág	33
	II.2.2.5. Plantas medicinales y alimentos con acción antiácida.	Pág	35
	II.2.2.6. Prevención.	Pág	36
	II.3. Factores que afectan al incumplimiento.	Pág	36
	II.4. Causas del incumplimiento.	Pág	38
	II.5. Como mejorar la adherencia del tratamiento.	Pág	39
	II.6. Métodos para evaluar el cumplimiento.	Pág	40
	II.7. Prevalencia.	Pág	41
	II.8. Justificación.	Pág	43
III.-	OBJETIVOS.	Pág	45
IV.-	METODOLOGÍA.	Pág	48
	IV.1. Tipo de estudio.	Pág	48
	IV.2. Población y muestra de estudio.	Pág	48
	IV.3. Técnicas de recogida de la información.	Pág	51
	IV.4. Análisis de datos..	Pág	54
	IV.5. Cuestiones éticas.	Pág	54
	IV.6. Resultados.	Pág	55
	IV.7. Discusión.	Pág	79
V	CONCLUSIONES	Pág	91
VI.-	BIBLIOGRAFÍA.	Pág	94
VII.-	ANEXO.	Pág	104



# I-GLOSARIO

---

## I.- GLOSARIO .-

5HT4	Receptores de Serotonina Tipo 4.
ACH	Acetil Colina, neurotransmisor de las sinapsis del Sistema Nervios Autónomo (SNA) , del Sistema Nervioso Somático (SNS) y de los órganos diana de la división parasimpática (PS).
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AFCAPS	Air Force Coronary Atherosclerosis Prevention Study (estudio de prevención de aterosclerosis coronaria de la fuerza aerea).
AINE	Anti-Inflamatorio No Esteroideo.
AMP cíclico	Adenosin Mono-Fosfato Cíclico (nucleótido que funciona como 2º mensajero en algunos procesos biológicos).
ATPasa	Enzima capaz de producir la hidrólisis del Adenosin Tri Fosfato (ATP) en Adenosin Di Fosfato (ADP) y un ion de fosforo libre (ion fosfato) liberando energía.
ATPasaH <sup>+</sup> K <sup>+</sup>	Bomba de Protones (Proteína Transportadora de H <sup>+</sup> y K <sup>+</sup> a través de la membrana celular, hidroliza ATP, para obtener Energía, consiguiendo transportar iones H <sup>+</sup> al

## I-GLOSARIO

---

	exterior de la célula y $K^+$ al interior).
Células G	Células secretoras de Gastrina ubicadas en el antro del estómago.
Clasificación ATC	Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica Química empleado por la OMS.
D2	Receptores Dopaminérgicos Tipo 2.
ECCON	Estudio Educa Cumple Controla.
ERGE	Enfermedad por Reflujo Gastro-Esofágico.
$H^+$	Protón.
H2	Receptores de Histamina Tipo 2.
HCL	Ácido Clorhídrico.
HPS	Heart Protection Study (estudio de protección del corazón).
HTA	Hipertensión Arterial.
IBP	Inhibidores de la Bomba de Protones.
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.
M	Receptor Muscarínico.
M1	Receptor Muscarínico Tipo 1.
MUPs	Multiple Unit Pellet System.
Oddi	Nombre de la válvula que regula el paso de la bilis de los conductos biliares al intestino.

## I-GLOSARIO

---

OMS	Organización Mundial de la Salud
P4503A4=CYP3A4	Oxidasa presente en hígado e intestino implicada en el metabolismo de los fármacos, Flavo-Monooxigenasa-Peroxidasa-Reductasa-Hidrolasa.
pH	Escala para medir la acidez o basicidad de una solución.
PRM	Problemas Relacionados con Medicamentos.
RGE	Reflujo Gastro-Esofágico.
RNM	Resultado Negativo asociado a Medicación.
SDF	Síndrome de Dispepsia Funcional.
SID	Sistema Individualizado de Dosificación.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SII	Síndrome de Intestino Irritable.
SNC	Sistema Nervioso Central.
TMGL	Test de Morisky-Green-Levine
TexCAPS	Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (estudio de prevención de aterosclerosis coronaria de texas) .



## **II.- INTRODUCCIÓN**

## II – INTRODUCCIÓN

---

### II – INTRODUCCIÓN

En la Ley del Medicamento de 29 de Diciembre de 1990 se determina que los servicios de Farmacia deben realizar cuantas funciones puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos.

En la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, tanto en el CAPÍTULO II DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, como en el CAPÍTULO IV. DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA. Artículo 84. Oficinas de farmacia; se especifica que en las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente.

Otras disposiciones legales tales como las leyes de ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas y la Ley General de Farmacia involucran al farmacéutico en la implantación de programas de atención farmacéutica que colaboren con el uso racional del medicamento. No obstante, ninguna de estas normativas determina claramente las actuaciones a realizar.

## II – INTRODUCCIÓN

---

Por otro lado, cada vez es más evidente la morbimortalidad asociada al uso de medicamentos, más notable el incremento constante del gasto farmacéutico y más clara la falta de coordinación real en política de medicamentos entre los diferentes niveles asistenciales, por lo que las Oficinas de Farmacia se ven obligadas a desarrollar actividades que contribuyan a paliar estos hechos<sup>1,2</sup>. Así surgen varios intentos de dar un marco como el Tercer Consenso de Granada donde se asume la entidad de los Problemas Relacionados con Medicamentos (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), es decir, resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de los medicamentos". (Aquí nos encontraríamos nosotros).

Centrándonos un poco más en el tema según Bhala Narinder y colaboradores, el incumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes ha generado un 11% de admisiones hospitalarias relacionadas con medicamentos siendo de los tratamientos un 1% de hospitalizaciones relacionadas con medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal<sup>3</sup>.

Diferentes autores indican que el incumplimiento de la prescripción médica es un grave problema. Así por ejemplo:

- Existe un estudio general donde se comenta que los índices típicos de adherencia están sobre el 50% para la medicación y son mucho

## II – INTRODUCCIÓN

---

menores para las prescripciones que implican el estilo de vida y aún peores para los que piden regímenes<sup>4</sup>.

- Otros estudios sugieren que entre un 30-50% de los pacientes no toma correctamente la medicación.<sup>5</sup> (Datos del año 2005). Algunos estudios indican que en pacientes mayores de 65 años, del 32 al 69% siguen mal el tratamiento cuando se prescriben más de tres fármacos.<sup>6</sup> (Datos del año 2002).
- Incluso como señalan algunos estudios en ERGE (Enfermedad por Reflujo Gastro Esofágico) se ha llegado a la indicación quirúrgica por la no adherencia del paciente al tratamiento. Las indicaciones para la cirugía fueron evaluadas: por el incumplimiento del paciente en 13 de 55 pacientes, por esofagitis persistente o recurrente a pesar del tratamiento en 30 casos de 55 casos, y por la complicación observada en endoscopia en 12 casos<sup>7</sup>.
- Un estudio que analizaba la experiencia derivada de la incorporación del farmacéutico en centros de salud y su interrelación con las oficinas de farmacia, para fomentar la calidad de la prescripción y dispensación de medicamentos durante el año 2004, determinó que el 50,4% presentó incumplimiento terapéutico. Se detectó una disminución progresiva del incumplimiento a medida que se incrementa el número de intervenciones. La satisfacción de los pacientes refleja que un 83% considera muy ventajosa la intervención del farmacéutico sobre su medicación<sup>8</sup>.
- Estudios elaborados recientemente concluyen que hasta un 60% de los pacientes con depresión realiza un bajo cumplimiento terapéutico.

## II – INTRODUCCIÓN

---

Y de dicho estudio también se desprende que la mejora del cumplimiento terapéutico en el paciente con depresión indica la necesidad de estrategias que incluyan intervenciones en educación, conducta y entorno socio-sanitario<sup>9</sup>.

- Cristina Carbonell, miembro de la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral, ha realizado un trabajo para determinar el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento habitual, que combina fármacos antirresortivos con suplementos de vitamina D y calcio. El cumplimiento era del 75 por ciento para antirresortivos y no llegaba al 50 para los suplementos. La principal conclusión que esto refleja es que probablemente no estamos protegiendo adecuadamente a nuestras pacientes<sup>10</sup>.
- En España se dieron a conocer los resultados de cuatro estudios sobre utilización de antibióticos (ATB). En ellos se constata el mal uso que se hace de los antibióticos, que las campañas realizadas en los últimos años acerca de los beneficios del uso correcto de los ATB y los perjuicios que conlleva el círculo vicioso de incumplimiento-almacenamiento-automedicación han tenido un cierto efecto en la población. La mejora de la tasa de cumplimiento terapéutico, que se sitúa por término medio en la mitad de los casos, se considera esencial; junto a ella, se debe seguir avanzando en la adecuación de los formatos de las especialidades farmacéuticas a los procesos a tratar<sup>11, 12, 13, 14</sup>.
- El Proyecto de Investigación ESTUDIO ECCON: EDUCA, CUMPLE Y CONTROLA, INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA COMO

## II – INTRODUCCIÓN

---

ESTRATEGIA PARA FAVORECER EL CONTROL DE LA HTA Y MEJORAR EL CUMPLIMIENTO ANTIHIPERTENSIVO que se inició en el mes de Abril de 2007 La prevalencia del incumplimiento terapéutico del tratamiento de la HTA en España es del 45 %, siendo una de las principales causas de la falta de control de la HTA, que ronda entre el 60 y 65 % de los hipertensos. Por ello, es relevante investigar los diferentes factores relacionados con el incumplimiento. Otros consideran que en Hipertensión arterial (HTA) resistente la causa más frecuente de su incidencia es el incumplimiento fármaco terapéutico<sup>15, 16, 17, 18, 19</sup>.

- De igual modo en los estudios Heart Protection Study (HPS), AFCAPS/TexCAPS y otros realizados sobre ezetimiba, (primera molécula de una nueva familia de hipolipemiantes que inhiben la absorción intestinal del colesterol y otros esteroides, y que según los ensayos clínicos parece ser un complemento eficaz de las estatinas en el tratamiento hipolipemiante de los pacientes con hipercolesterolemias que no alcanzan sus objetivos terapéuticos con la monoterapia con estatinas) se ha constatado que a pesar de haber aumentado el número de pacientes en tratamiento con fármacos hipolipemiantes, la proporción de pacientes en tratamiento continuado y con dislipemia controlada es todavía baja. Muy probablemente, la diferencia entre las expectativas de los ensayos clínicos y los resultados de la práctica diaria son el reflejo de la falta

## II – INTRODUCCIÓN

---

- de adherencia de los pacientes<sup>20,21,22,23</sup>. Las cifras de cumplimiento en terapia hipolipemiente en España varían desde el 53.3% al 71.3% dependiendo de los autores y de la duración del estudio. Se observa que cuanto mayor es la duración del estudio, peor es el cumplimiento<sup>24,25,26,27</sup>.

Según esto LA LABOR DEL FARMACÉUTICO DE FARMACIA COMUNITARIA permite que con LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA disponga de la herramienta más importante para lograr una mayor adherencia fármaco terapéutica por parte de los pacientes, aprovechándonos de la posición privilegiada en la dispensación para completar la dispensación con información, tanto oral como escrita, para que el paciente adquiriera un mayor conocimiento y adhesión al tratamiento; esta educación sanitaria debe tener así mismo su CONTINUACIÓN CON EL SEGUIMIENTO FÁRMACO TERAPÉUTICO para valorar mejor el control de la enfermedad y la adherencia del paciente. Para ello el farmacéutico debe poseer el conocimiento necesario, las habilidades y los recursos suficientes para conseguir, en colaboración con el resto de profesionales sanitarios, el máximo beneficio de la farmacoterapia , así se manifiesta también en el VI CONGRESO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA CELEBRADO EN 2009<sup>26,28,29,30</sup>.

### II.1.TEMA

La definición más extendida de cumplimiento terapéutico la propuso Haynes en 1979 como el grado en que la conducta del paciente en relación con

## II – INTRODUCCIÓN

---

la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación del estilo de vida, coincide con la prescripción clínica<sup>31</sup>.

### II.1.1. Definición de incumplimiento.

Contemplando el concepto anterior es necesario matizar que se entenderá por INCUMPLIMIENTO FÁRMACO TERAPÉUTICO la ausencia de cumplimiento referida sólo y exclusivamente a la relación entre tratamiento y paciente, es decir, habla del contexto paciente formado e informado en su tratamiento fármaco terapéutico enfermedad. (Estudiada desde el punto de vista del Farmacéutico de Farmacia Comunitaria). Hecha esta aclaración procedemos con el estudio.

## II.2. ANTECEDENTES

Aunque la bibliografía que existe citando el incumplimiento fármaco terapéutico es muy extensa, también es poco específica (y trata el tema como secundario a pesar de su gran importancia) pero en concreto referida al incumplimiento del tratamiento fármaco terapéutico con antiácidos es prácticamente inexistente.

### II.2.1. Fisiopatología de la secreción gástrica.

#### - SECRECIÓN ÁCIDA.

El estómago produce distintos tipos de secreciones endocrinas que se pueden dividir en dos factores:(1)defensivos de la mucosa (moco gástrico e iones bicarbonato) que forman una capa gelatinosa y (2)factores ofensivos de la mucosa (ácido clorhídrico

## II – INTRODUCCIÓN

---

y pepsinógenos), en condiciones normales existe un equilibrio entre factores ofensivos y defensivos que protege la integridad de la mucosa gástrica.

Las células parietales u oxínticas de la mucosa gástrica son las encargadas de secretar unos 2 litros de solución isotónica de HCl al día a través de un mecanismo que básicamente consiste en que la anhidrasa carbónica produce bicarbonato en el interior de la célula, el anión bicarbonato se intercambia a través de la membrana por cloruro el cual se intercambia hacia la luz gástrica por potasio este es recuperado por la célula parietal a través de una hidrogenopotasio ATPasa que saca un  $H^+$  por un  $K^+$ .

Los mecanismos fisiológicos que promueven la secreción gástrica son por estimulación vagal (la acetilcolina) por estimulación de las células G (la gastrina) y por estimulación de los mastocitos (la histamina) puede que todos ellos actúen a través de cada uno de sus receptores o bien que la Ach y la Gastrina estimulen a la Histamina que sea finalmente la que actúe.

- LA BARRERA MUCOSA DEPENDE DE:

- a) Secreción de moco y bicarbonato. Que crea un gradiente de pH desde la luz gástrica hasta la neutralidad de la superficie epitelial de la mucosa.
- b) Flujo sanguíneo de la mucosa gástrica. Su aumento es un mecanismo defensivo de la mucosa y su disminución es un

## II – INTRODUCCIÓN

---

mecanismo primario de lesión, bien de origen interno o externo por factores que disminuyan este flujo sanguíneo.

- c) Capacidad de regeneración celular. Permite reparar el epitelio dañado en un tiempo corto (requiere un flujo sanguíneo adecuado y se inhibe ante la presencia de ácido).
- d) Factores agresivos que comprometen la integridad celular como *Helicobacter pylori* y Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

### - PATOLOGÍAS LIGADAS A LA EXISTENCIA DE UNA HIPERSECRECIÓN ÁCIDA.

El reflujo de ácido (reflujo gastroesofágico) ERGE es un flujo retrógrado del contenido del estómago hacia el esófago. El revestimiento del estómago lo protege de los efectos de sus propios ácidos. Debido a que el esófago carece de un revestimiento o protector similar, el ácido del estómago que refluye hacia él causa dolor, inflamación (esofagitis) y diversas lesiones. El ácido refluye cuando el esfínter esofágico inferior no funciona adecuadamente. El síntoma más obvio del reflujo de ácido es el ARDOR O PIROSIS, una sensación de quemazón detrás del esternón. El dolor se origina en el pecho y puede radiarse al cuello, la garganta o al ángulo de la mandíbula. La pirosis se ha identificado como una de las causas de la tos crónica, e incluso pueden confundirse con asma.

## II – INTRODUCCIÓN

---

Debe considerarse enfermedad por reflujo o reflujo patológico a la presencia de síntomas, daño tisular o complicaciones asociados al mismo. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad por reflujo incluyen síntomas llamados típicos, como vómitos, irritabilidad, mal progreso ponderal, epigastralgia y pirosis, atípicos como, la reiteración de cuadros de laringitis, broncoespasmo, tos, otitis o disfonía, y por último los síntomas de alarma, indicadores de enfermedad por reflujo complicada, la hemorragia digestiva o disfagia (estenosis péptica)<sup>32,33,34,35,36</sup>.

La ÚLCERA PEPTICA cuya definición es la enfermedad caracterizada por una pérdida de sustancia, en la mucosa del tubo digestivo expuesto a la secreción clorhidro-péptica, esta lesión debe ocupar todas las capas de la mucosa y llegar a la submucosa, pudiendo penetrar a la muscular, inclusive perforar todo el tubo digestivo e inclusive penetrar a órganos vecinos<sup>37</sup>.

GASTRITIS (inflamación de la pared gástrica) catalogada dentro de la DISPEPSIA es un término de origen griego que significa alteración de la digestión o indigestión (pepsis=digestión). La dispepsia es imprecisa y se describe como molestia crónica (más de tres meses), recurrente sensación de disconfort, por lo general relacionado a la alimentación. Suele ser descrita como dolor o plenitud. Será también considerado su ubicación en abdomen alto y sobre todo sobre la línea media. El

## II – INTRODUCCIÓN

dolor debajo de los cuadrantes no será catalogado como dispepsia. El epigastrio es el lugar más frecuente de localización. El malestar se refiere como “languidez”, “hueco”, “sensación de hambre”, “dolor de hambre” o ardor.

La dispepsia puede ser **ORGÁNICA**, es decir con sustento fisiopatológico claro, o **FUNCIONAL**, es decir, sin causa aparente y donde no se encuentra problema orgánico o se ha excluido (la sensibilidad visceral aumentada y umbral al dolor visceral disminuido). También se plantean alteraciones en la motilidad que se pueden estar reconociendo con el estudio de disfunciones autonómicas y nuevos neurotransmisores. La dispepsia **ORGÁNICA** tiene posibles causas extrínsecas e intrínsecas.

Haremos una división de las dispepsias orgánicas<sup>37,38</sup> :

**TABLA 1**

<b>A) LUMINARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcera péptica.</li> <li>• Reflujo gastroesofágico.</li> <li>• Neoplasia gástrica.</li> <li>• Gastroparesia.</li> <li>• Intolerancia a la lactosa.</li> <li>• Infiltración gástrica (Menetrier, amiloidosis).</li> <li>• Parásitos.</li> <li>• SIDA.</li> <li>• Isquemia.</li> <li>• Funcionales: SII(Síndrome de Intestino Irritable), etc</li> </ul>
<b>B) MEDICAMENTOSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINES, Bebidas alcohólicas, antibióticos,</li> <li>• Uso de corticoides y anticoagulantes</li> <li>• ISRS (Inhibidores de la Recaptación de serotonina)</li> </ul>
<b>C) ENFERMEDADES DEL TRACTO BILIAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colelitiasis.</li> <li>• Colecistitis.</li> <li>• Coledocolitiasis.</li> <li>• Disfunción del Oddi</li> </ul>
<b>D) ENFERMEDAD PANCREÁTICA</b>	
<b>E) CONDICIONES SISTÉMICAS</b>	
<b>F) MISCELÁNEA</b>	

Pero las patologías no son las únicas que puede causar estos síntomas u otros que correspondan a un desequilibrio ácido en el tubo digestivo y deban ser tratados con antiácidos, así tenemos:

## II – INTRODUCCIÓN

---

- Los ALIMENTOS, en especial los grasos, los azúcares, la miel, el chocolate, cebolla, o los carminativos (orégano, anís estrellado, hinojo, menta piperita, boldo...) pueden agravar el cuadro de pirosis al disminuir la presión del esfínter esofágico inferior. Muchas bebidas, entre ellas el café, el alcohol, los jugos de cítricos, tomates y derivados, bebidas con cafeína son irritantes directos de la mucosa y también producen pirosis. En todos los casos, el malestar se inicia 1 o 2 horas después de la ingestión<sup>36,38</sup>.
- Los FÁRMACOS QUE RELAJAN LA MUSCULATURA LISA como los antagonistas del calcio y las teofilinas, anticolinérgicos, agonistas adrenérgicos, antagonistas adrenérgicos, benzodiazepinas, meperidina y nitratos pueden agravar un cuadro de pirosis. Los AINES producen una irritación directa sobre la mucosa, así como cloruro de potasio, tetraciclinas y sales de hierro<sup>36</sup>.
- Algunos EJERCICIOS que aumentan la presión abdominal y determinadas POSICIONES como decúbito lateral derecho o supina. Igualmente las EMOCIONES<sup>36</sup>.

### II.2.2. DEFINICIÓN DE ANTIÁCIDOS

Son aquellos fármacos que neutralizan el medio ácido, referido claro está en este caso al ambiente interno del tubo gástrico.

## II – INTRODUCCIÓN

---

### II.2.2.1. Clasificación farmacológica

Se pueden clasificar los fármacos POR SU ACCIÓN y según sus principios activos como:

- FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA SECRECIÓN ÁCIDA.

- Antihistamínicos H<sub>2</sub>:

Cimetidina .....	(serie imidazólica)
Ranitidina.....	(serie furánica)
Roxatidina.....	(serie piperidinometilfenoxi)
Famotidina y Nizatidina.....	(serie guanidinotiazólica)

- Anticolinérgicos: pirenzepina (derivado tricíclico de la piridobenzodiazepina).

- Inhibidores de la bomba de protones: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol.

- SUSTANCIAS NEUTRALIZANTES: ANTIÁCIDOS.

- Antiácidos sistémicos: bicarbonato sódico, carbonato cálcico.

- Antiácidos no sistémicos: sales de magnesio y/o aluminio.

- PROTECTORES O ESTIMULANTES DE LA PROTECCIÓN DE LA MUCOSA

- Prostaglandinas: misoprostol.

- Sales de bismuto.

- Sucralfato.

- Acexamato de cinc.

## II – INTRODUCCIÓN

---

▪ FÁRMACOS PROCINÉTICOS CON ACTIVIDAD ANTIDOPAMINÉRGICA:

- metoclopramida, cleboprida, domperidona.

▪ FÁRMACOS PROCINÉTICOS SIN ACTIVIDAD ANTIDOPAMINÉRGICA:

- cisaprida, cinitaprida.

### II.2.2.2. Mecanismos de acción.

➤ Mecanismo de acción de procinéticos:

Mejoran el tránsito del bolo alimenticio a través del tubo digestivo, aumentando la motilidad o mejorando la coordinación motora, y por lo tanto pueden ser eficaces en el tratamiento de una gran variedad de trastornos de la motilidad. Aproximadamente entre el 25-50% de los pacientes con SDF (Síndrome de Dispepsia Funcional) padecen un cierto grado de gastroparesia, y hasta en un 10-15% existe una incoordinación de la motilidad duodeno-yeyunal, por lo que este grupo de pacientes se beneficiarán del tratamiento con fármacos procinéticos.

Estos agentes pueden dividirse en dos grupos:

a) con actividad antidopaminérgica: *metoclopramida, cleboprida y domperidona*;

b) sin actividad antidopaminérgica: *cisaprida y cinitaprida*.

## II – INTRODUCCIÓN

---

### a) Fármacos procinéticos con actividad antidopaminérgica.–

Los receptores dopaminérgicos (D2) están distribuidos a lo largo del tracto gastrointestinal, y se propuso que su bloqueo estimularía la motilidad gastrointestinal superior. Actualmente se duda del papel fisiológico de la dopamina en el sistema nervioso entérico, y se ha visto que no existe correlación entre la intensidad de la acción bloqueante D2 y la actividad procinéctica. La metoclopramida y cleboprida, a diferencia de la domperidona, son también agonistas de los receptores de serotonina tipo 5-HT<sub>4</sub>, situados preferentemente en las terminaciones presinápticas del plexo mientérico, y su activación está seguida de liberación de acetilcolina que potenciaría el peristaltismo anterógrado gastroduodenal. La *metoclopramida* y la *cleboprida* atraviesan fácilmente la barrera hematoencefálica y su acción anti-D2 se ejerce también, aunque en mucho menor grado en el SNC. Por ello puede estimular la secreción de prolactina por la hipófisis y provocar galactorrea y/o amenorrea, facilitar la producción de movimientos anormales por bloqueo dopaminérgico en el núcleo neostriado (discinesia), y reprimir la activación del centro del vómito en la zona quimiorreceptora del área postrema bulbar. A las dosis empleadas para el tratamiento del SDF, que son siempre moderadas y oscilan entre 30-60 mg/día de metoclopramida y de 1.5-2 mg/día de cleboprida, respectivamente, repartidas en tres o cuatro tomas, estos posibles efectos secundarios son de presentación excepcional.

## II – INTRODUCCIÓN

---

La *domperidona* actúa exclusivamente como bloqueante selectivo periférico de los receptores D2 puesto que no atraviesa la barrera hematoencefálica, y también en el área postrema bulbar que no está aislada por la barrera hematoencefálica. Sin embargo, carece de la acción agonista de receptores 5-HT<sub>4</sub>, por lo que su efecto procinético es más limitado. Se emplea a una dosis oral de 10-20 mg cada 8 horas, administrada 15-30 minutos antes de las comidas. Las reacciones adversas son escasas. La actividad antiemética es similar, pero el efecto procinético es algo inferior al conseguido con los anteriores.

### b) Fármacos procinéticos sin actividad antidopaminérgica.–

Ejercen una marcada acción agonista en los receptores 5-HT<sub>4</sub> del plexo mientérico, tanto en el tracto gastrointestinal superior (esófago, estómago y duodeno) como inferior. Por lo tanto muestra una acción procinética generalizada más potente. La *cisaprida* aumenta la presión del esfínter esofágico inferior y del peristaltismo esofágico, con lo que consigue reducir el reflujo gastroesofágico. También mejora la coordinación de la motilidad antroduodenal. Está indicado en los pacientes con SDF que padecen síntomas de seudorreflujo ácido o que presentan el síndrome de dismotilidad. Se administra a dosis de 10 mg, administrados tres veces al día 30 minutos antes de las comidas. La *cinitaprida* posee débil actividad anti-D2 e intensa acción agonista 5-HT<sub>4</sub> por lo que sus efectos procinéticos son similares a los de la *cisaprida*. Se

## II – INTRODUCCIÓN

---

puede administrar a dosis de 1 mg tres veces al día administrado unos 15 minutos antes de las comidas.

La duración del tratamiento no está bien definida en los diferentes ensayos clínicos disponibles, aunque se admite que el tratamiento debe ser limitado a sólo varias semanas en tanto sean operativos los cambios en el estilo de vida (por ejemplo, abandono de café, alcohol y tabaco, etc) y la psicoterapia de apoyo. La incidencia de recaídas tras la interrupción del tratamiento no es bien conocida pero no justifica un tratamiento prolongado dado que el curso clínico del padecimiento es siempre benigno y exento de complicaciones<sup>36</sup>.

- Mecanismo de acción de los antihistamínicos H<sub>2</sub>:
  - Bloqueo competitivo de los receptores H<sub>2</sub> que conlleva inhibición de la actividad de la adenilciclase y, por consiguiente, la producción intracelular de AMP cíclico con
    - a) Reducción del volumen total de la secreción ácida.
    - b) Reducción de la concentración de H<sup>+</sup>.
  - Reducción de la actividad de pepsina por:
    - a) Disminuir la secreción de pepsinógeno.
    - b) Elevar el pH a más de 4.
    - c) Evita el paso de pepsinógeno a pepsina por la elevación del pH intraluminal.
  - Aumenta la gastrina en sangre por:
    - a) Aumentar el pH gástrico

## II – INTRODUCCIÓN

---

- b) Posible efecto rebote por hipersecreción antiácida, tras retirada del anti-H2 o hipergastrinemia transitoria.

Ninguno de estos agentes reduce la concentración de pepsina en la secreción gástrica, y tampoco modifica la velocidad de vaciado gástrico, la presión del esfínter esofágico inferior, ni la secreción pancreática. Se metabolizan en el sistema enzimático P-450 3A4 del hígado y se eliminan vía urinaria en 24 horas, aunque una pequeña parte se elimina en heces. Se pueden encontrar en líquido cefalorraquídeo y en leche materna<sup>39</sup>.

- Mecanismo de acción de los anticolinérgicos en este caso de la pirenzepina, es un antagonista muscarínico típico M1 (en teoría, sin efectos secundarios de tipo autónomo como sequedad de boca, midriasis, estreñimiento, retención urinaria) aunque la selectividad no es total por existir receptores M1 en la corteza cerebral, hipocampo, cuerpo estriado y ganglios basales y quedan restos de acción, musculotrópica, neurotrópica y espasmolítica, actúa sobre el sistema nervioso entérico y en menor medida sobre los receptores M de la superficie de la célula parietal<sup>40,41,42</sup>.
- Mecanismo de acción de los inhibidores de la bomba de protones: penetran en las células gástricas parietales, se ioniza y se transforma en un inhibidor activo, uniéndose de forma irreversible a la bomba de protones (ATPasa H+K+) de las membranas de las células parietales lo

## II – INTRODUCCIÓN

---

que inhibe la secreción basal e inducida de ácido gástrico. Se deteriora en medio ácido por lo que hay que administrarlos en comprimidos gastrorresistentes. Se metaboliza en hígado y se elimina en orina. Aunque su semivida plasmática es de 30 a 90 minutos, sus efectos duran varios días<sup>43</sup>, hasta que se sintetizan las nuevas enzimas.

- Mecanismo de acción de los antiácidos: son compuestos que reaccionan con el HCl gástrico, neutralizando la acidez gástrica y elevando el pH del estómago. Aumentan el volumen del jugo gástrico secretado e indirectamente, disminuyen la actividad de la pepsina. Se suelen distinguir dos tipos:
  - De absorción sistémica: la parte catiónica de la molécula sufre absorción, por lo que puede producirse alcalosis sistémica. Son de acción corta y rápida con posible efecto de rebote.
  - Sin absorción sistémica: la parte catiónica que queda después de la reacción con el HCl forma una sal no absorbible. Son de acción sostenida más lenta y no suelen presentar efecto rebote<sup>33</sup>.
  
- Mecanismo de acción de los fármacos protectores de mucosa:
  - Subcitrato de bismuto coloidal, precipita sobre la superficie mucosa ulcerada y ejerce una actividad antibacteriana sobre el *Helicobacter pylori*.
  - Sucralfato es una compleja sal de sacarosa, sulfato e hidróxido de aluminio que a pH ácido se polimeriza y se adhiere

## II – INTRODUCCIÓN

---

selectivamente a las proteínas del cráter mucoso ulcerado e impide la acción lesiva del ácido y la pepsina.

- Misoprostol, análogo de la prostaglandina PGE<sub>1</sub>, incrementa la producción de moco y bicarbonato, estabiliza los lisosomas celulares y estimula la proliferación celular tras la agresión.
- Acexamato de zinc estimula la producción de moco e inhibe ligeramente la secreción ácida<sup>36</sup>.

## II – INTRODUCCIÓN

---

### II.2.2.3. SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ATC

#### A. TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO

#### A02. AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ALTERACIONES CAUSADAS POR ÁCIDOS

##### A02A. ANTIÁCIDOS

##### A02AA. COMPUESTOS DE MAGNESIO

##### A02AA04. MAGNESIO HIDRÓXIDO

##### A02AB. COMPUESTOS DE ALUMINIO

##### A02AB01. ALUMINIO HIDRÓXIDO

##### A02AC. COMPUESTOS DE CALCIO

##### A02AD. ASOCIACIONES Y COMPLEJOS DE COMPUESTOS DE ALUMINIO, CALCIO Y MAGNESIO

##### A02AD01. SALES COMUNES, ASOCIACIONES

##### A02AD02. MAGALDRATO

##### A02AD03. ALMAGATO

##### A02AD04. HIDROTALCITA

##### A02AD05. ALMASILATO

##### A02AF. ANTIÁCIDOS CON ANTIFLATULENTOS

##### A02AF02 P1. SALES COMUNES + SILICONA

##### A02AG. ANTIÁCIDOS CON ANTIESPASMÓDICOS

##### A02AH. ANTIÁCIDOS CON BICARBONATO DE SODIO

##### A02AH M1. BICARBONATO SÓDICO

##### A02AH P1. BICARBONATO SÓDICO + ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO CARBONATO

##### A02AX. ANTIÁCIDOS OTRAS ASOCIACIONES

## II – INTRODUCCIÓN

---

### **A02B. AGENTES CONTRA LA ÚLCERA PÉPTICA Y EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE)**

#### A02BA. ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H2

A02BA01. CIMETIDINA

A02BA02. RANITIDINA

A02BA03. FAMOTIDINA

A02BA04. NIZATIDINA

A02BA06. ROXATIDINA

#### A02BB. PROSTAGLANDINAS

A02BB01. MISOPROSTOL

#### A02BC. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

A02BC01. OMEPRAZOL

A02BC02. PANTOPRAZOL

A02BC03. LANSOPRAZOL

A02BC04. RABEPRAZOL

A02BC05. ESOMEPRAZOL

#### A02BD. ASOCIACIONES PARA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI

#### A02BX. OTROS AGENTES CONTRA LA ÚLCERA PÉPTICA Y EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE)

A02BX M1. ACEXAMATO DE ZINC

A02BX M2. DOSMOLFATO

A02BX P1. CALCIO CARBONATO + MAGNESIO CARBONATO +  
ALGÍNICO ÁCIDO

A02BX02. SUCRALFATO

A02BX05. BISMUTO SUBCITRATO

#### A02X. OTROS AGENTES CONTRA ALTERACIONES CAUSADAS POR ÁCIDOS

## II – INTRODUCCIÓN

1.2.2.4.Indicaciones y/o uso de los antiácidos, efectos adversos y precauciones. Tabla 2.

TABLA 2			
Tipo	Nombre comercial	Indicaciones	Efectos adversos / Precauciones
<b>Bicarbonato sódico</b>	Bicarbonato Sal de frutas	El alivio del dolor es inmediato.	Tomado en exceso puede producir más acidez. No deben utilizarlos hipertensos, embarazadas, madres lactantes. Sobrecarga de sodio y efecto rebote, distensión gástrica, sed, edemas, alcalosis metabólica
<b>Sales aluminio</b>	Alugel Pepsamar	Efecto lento y más prolongado	Astringente, estreñimiento, impide absorción de fosfatos, hipercalcemias, osteomalacia, osteoporosis.
<b>Sales aluminio, Calcio, Magnesio</b>	Gelodrox Rennie Secrepat Tanasid	El alivio del dolor es más lento, pero más prolongado en el tiempo. Deben tomarse entre 15 y 20 minutos después de las comidas. Los comprimidos deben masticarse o disolverse en la boca antes de tragarlos con un vaso de agua.	No se deben tomar con leche. Producen estreñimiento (cuando son sales únicamente de calcio) y diarrea (si son únicamente sales de magnesio) de ahí que se suelen asociar ambas habitualmente. No deben utilizarlos madres lactantes ni enfermos renales sin consultar a su médico. Pueden interactuar con muchos medicamentos, por lo que es recomendable espaciar tomas. Algunos impiden la cantidad de ácido que se produce en el estómago y ayudan a prevenir el ardor. Su efecto no es inmediato.
<b>Almagato</b>	Almax	“	“
<b>Magaldrato</b>	Bemolan Minoton	“	“
<b>Alfedrato</b>	Alugel Maalox Winton	“	“
<b>Cimetidina</b>	Aliveg Fremet Mansal Tagamet	Se toman una vez al día después de cenar o dos veces (desayuno y cena).	Rash, bradicardia, náusea, vómito, hipotensión, vértigo o mareo, ginecomastia, reducción del metabolismo hepático de teofilina y otros medicamentos porque es el que más se une al citocromo P450, agranulocitosis, la dosis se debe reducir en insuficiencia renal
<b>Ranitidina</b>	Alquen, Arcid, Ardoral, Coralen,Quantor, Ranix, Tanidina, Terposen, Toriol,Zantac	“	Dolor de cabeza, vértigo o mareo, fatiga, irritabilidad, rash, estreñimiento, diarrea, trombocitopenia, aumento de transaminasas, la dosis se debe reducir con insuficiencia renal.
<b>Famotidina</b>	Cronol,Fanox,Gastrion,Gastr odomina Invigan,Nulcerin,Pepcid,Pep dual Tamin	“	Dolor de cabeza, vértigo o mareo, estreñimiento, diarrea, la dosis se debe reducir con insuficiencia renal.
<b>Nizatidina</b>	Axid	“	Dolor de cabeza, vértigo o mareo, estreñimiento, diarrea, anemia, uticaria, la dosis se debe reducir con insuficiencia renal.
<b>Omeprazol</b>	Ceprandal, Elgam, Emeproton, Losec, Norpramin, Nucleosina, Omapren, Parizac, Pepticum, Ulceran, Ulcometion	Deben tomarse siempre bajo prescripción médica, una vez al día, 15 minutos antes del desayuno.	Dolor de cabeza, diarrea, dolor abdominal, náuseas, rash, estreñimiento, deficiencia de vitamina B12
<b>Lansoprazol</b>	Monolitum Opiren Pro-Ulco	“ (60 minutos antes del desayuno)	Dolor de cabeza, diarrea, dolor abdominal, náuseas, erupciones exantemáticas
<b>Pantoprazol</b>	Anagastra Pantecta Ulcotenal	“	Dolor de cabeza, diarrea, dolor abdominal, náuseas, erupciones cutáneas, edemas, visión borrosa.
<b>Esomeprazol</b>	Nexium (se comercializa como MUPS mini gránulos (multiunit pellet system) de administración oral y también por sonda nasogástrica.	“	Dolor de cabeza, diarrea, dolor abdominal, náuseas, estreñimiento, xerostomía.
<b>Rabeprazol</b>		Tomar bajo prescripción médica después del desayuno ,o desayuno y cena	Dolor de cabeza, diarrea, dolor abdominal, náuseas, astenia

## II – INTRODUCCIÓN

Otras indicaciones que debemos reflejar son terminar tratamiento, aunque mejoren los síntomas. No deben usarse en embarazadas, madres lactantes, enfermos renales, hepáticos o con cáncer de estómago.

Antes de tomarlos consulte a su farmacéutico, ya que pueden interferir con muchos medicamentos.

Considerando que entre los distintos IBP no hay diferencias de eficacia ni de seguridad de relevancia clínica, el uso rutinario de un IBP distinto a omeprazol no está justificado, por la mayor experiencia acumulada con el fármaco y también por ser el de menor coste.

Antiácidos que protegen la mucosa gástrica. Tabla 3.

TABLA 3		
Tipo	Nombre comercial	Indicaciones
Sales de bismuto	Gastrodenol	Debe tomarse antes de las comidas.
Sucralfato	Gastral	Deben tomarse antes de las comidas.
	Urbal	
Misoprostol	Cytotec	Debe tomarse con las comidas. Puede provocar aborto.
Acexamato de Zinc	Copinal	Debe tomarse con o después de las comidas.

Deben tomarse bajo prescripción médica. No deben utilizarlos embarazadas ni madres lactantes.

### II.2.2.5. Plantas medicinales y alimentos con acción antiácida.

La manzanilla dulce, manzanilla amarga, menta verde y mielenrama tienen acción antiácida. Deben tomarse en infusión después de las comidas. Las personas alérgicas deben tomarlas con precaución. Pueden ser usadas por embarazadas y madres lactantes<sup>44,45</sup>.

## II – INTRODUCCIÓN

---

Parece ser que ciertos alimentos probióticos podrían beneficiar las gastritis originadas por *Helicobacter pylori*, como aquellos probióticos que contienen *Lactobacillus jhonsonii*, asimismo, la ingestión de *Lactobacillus casei* parece adecuada para inhibir el crecimiento del *Helicobacter pylori*. Otros gérmenes probióticos podrían actuar en el mismo sentido, como ocurre de hecho en el caso de *Bifidobacterium*, el cual suministrado en forma de yogur favorece la erradicación *H. pylori*. Aunque se encuentran bajo estudio tanto los probióticos como los prebióticos para determinar la influencia real de unos y otros<sup>46</sup>.

### II.2.2.6. Prevención.

De manera general podemos decir que la profilaxis se debe indicar sólo en el paciente con factores de riesgo ya que sólo en esta población la prevención es coste-efectiva, sabiendo además que el riesgo es acumulativo, es decir, la coexistencia de factores de riesgo de padecer una complicación.

### II.3. Factores que afectan al incumplimiento.

Muchos factores son los que modifican la adherencia al tratamiento indicado por un clínico. Según Haynes et al, hay más de 250, y todos ellos están relacionados con determinadas características.

#### a) Características de la estructura sanitaria

- \* Coordinación, comunicación entre profesionales.

- \* Accesibilidad del paciente al equipo, canales de comunicación abiertos con el paciente y su entorno informal.

## II – INTRODUCCIÓN

---

\* Características de los profesionales sanitarios que atienden al paciente.

### b) Características de la enfermedad

\* Ausencia de sintomatología significativa.

\* Trastornos crónicos.

\* Carencia de mejora sustancial.

\* Concurrencia con otras enfermedades.

### c) Características del paciente

\* Entorno familiar (afectivo e informal).

\* Substrato cultural, social y económico.

\* Grado de comprensión de la enfermedad.

\* Personalidad, estado de ánimo.

\* Edad.

\* Situación física: pérdida de habilidades cognitivas, sensoriales o físicas por parte del paciente.

### d) Características del tratamiento establecido

\* Efectos adversos que se presentan.

\* Duración del tratamiento.

\* Complejidad de las formas de administración de los medicamentos y las pautas establecidas.

\* Coste de la medicación.

\* Prospectos de difícil comprensión.

## II – INTRODUCCIÓN

---

Aunque de todos los factores de riesgo de incumplimiento anteriores dependen en mayor o menor medida de la relación farmacéutico-paciente-médico<sup>47</sup>.

### II.4.Causas del incumplimiento.

Se nos pueden presentar PRM (Problemas Relacionados con Medicamentos) derivados de las siguientes situaciones:

- a) Relacionadas con la dosis
  - Toma menos dosis de la indicada.
  - Toma más fármaco del indicado.
- b) Relacionadas con la pauta.
  - Se salta tomas.
  - Toma medicamentos sin respetar el margen horario.
  - El momento de administración de los medicamentos no es el indicado.
  - Toma medicamentos con otras sustancias que interaccionan: otros medicamentos, alimentos, tabaco, alcohol, plantas medicinales....
- c) Relacionadas con la duración del tratamiento
  - Detiene el tratamiento antes de tiempo.
  - Continúa tomando los medicamentos una vez finalizado el tratamiento<sup>47</sup>.

## II – INTRODUCCIÓN

---

### II.5. Como mejorar la adherencia del tratamiento.

En la oficina de farmacia comunitaria podemos influir en algunos de estos factores a través de la dispensación activa y de la Atención Farmacéutica, evitando errores de prescripción y dispensación relacionados con la coordinación interprofesional médico-farmacéutico, así como incidir en factores relacionados con el paciente, para ello es necesario seguir el Protocolo de Dispensación Activa:

- ¿Para quién? Identificar al paciente, persona a que corresponde la prescripción.
- ¿Para qué? Comprobar que el paciente conoce la indicación del fármaco.
- ¿Cuánto? Verificar si el paciente recuerda la dosis.
- ¿Cómo? Asegurar que el paciente conoce y ejecuta una correcta administración junto con las recomendaciones asociadas (beber o no agua, antes o después de las comidas,...)
- ¿Cuándo? Descubrir si el paciente conoce la pauta de la medicación.
- ¿Hasta cuándo? Consultar sobre la duración del tratamiento.

Ante esta situación el farmacéutico debe actuar:

- Detectando el grado de incumplimiento del paciente.
- Valorando los motivos que causan el incumplimiento.
- Estableciendo estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente<sup>47</sup>.

## II – INTRODUCCIÓN

---

II.6.Métodos para evaluar el cumplimiento.

Hay diferentes tipos para detectar el incumplimiento:

- Métodos directos: serían los que detectan los niveles séricos del fármaco.
- Métodos indirectos, que son los indicados y viables para realizar en la Oficina de Farmacia Comunitaria.
  1. Tests de cumplimiento autocomunicado: Test de Haynes-Sackett, Test de Morisky-Green, Test de Batalla.
  2. Control de asistencia de la retirada de medicamentos crónicos en el lugar de dispensación.
  3. Control de adherencia a las visitas de seguimiento de la enfermedad.
  4. Control del efecto clínico, con la medida de parámetros bioquímicos.
  5. Control de los efectos adversos.
  6. Recuento de comprimidos.
  7. Revisión de envases (a domicilio o en la misma farmacia).
  8. Sistema individualizado de dosificación (SID) que debe devolverse para retirar la nueva medicación.

La mejor forma para detectar incumplimiento es durante el protocolo de dispensación intercalar de manera discreta los test para verificar la adherencia formulándolos de manera impersonal y directa al paciente o cuidadores/responsables de la administración de la medicación<sup>47</sup>.

## II – INTRODUCCIÓN

---

### II.7.Prevalencia

En Epidemiología se denomina PREVALENCIA como la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo de tiempo determinado ("prevalencia de periodo"). La prevalencia no debe confundirse con la INCIDENCIA. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo determinado. La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha en que se ha contraído la enfermedad.

Los pacientes con pirosis son una población heterogénea que muestran una gran variabilidad en la percepción y etiología de los síntomas, así como en la respuesta al tratamiento. En EEUU el 7% de la población adulta refiere pirosis diaria, el 20% la manifiesta al menos una vez por semana y el 44% al menos una vez al mes; en Europa la prevalencia sintomática se cifra en algo más del 5% de la población. Estos datos no tienen porqué ser representativos de la realidad ya que muchos pacientes jamás van al médico al no dar importancia a sus síntomas. Todo esto podría llevarnos a pensar que la pirosis es sin duda la causa de morbilidad digestiva más frecuente de la población y que incluso con los nuevos malos hábitos alimentarios se podría incrementar su incidencia en los próximos años. La prevalencia es similar para hombres y mujeres, aunque la sintomatología más grave es más frecuente en varones; además se incrementa con la edad<sup>48</sup>.

## II – INTRODUCCIÓN

---

La prevalencia de la enfermedad por reflujo (en occidente, definida como la aparición de regurgitación ácida y pirosis al menos semanalmente) se situaba entre el 10 y el 20%

La prevalencia de dispepsia en EEUU y otros países occidentales es de aproximadamente el 25% en la población adulta. Sin embargo, si se incluye en la definición de dispepsia la pirosis, la prevalencia asciende al 40% de la población<sup>49,50</sup>. Es importante tener en cuenta que menos de la mitad de este grupo de pacientes consultan al médico<sup>51,52</sup>. Por otro lado, la dispepsia representa el 2 al 5 % de las consultas a los médicos de atención primaria y el 40-70% de aquellos que se quejan de molestias gastrointestinales<sup>52</sup>.

Según otro estudio la pirosis y/o regurgitación se produjeron: entre el 10 y el 48% para el ardor; entre el 9 y el 45% para la regurgitación; y entre el 21 y el 59% para ambos<sup>53</sup>.

Si nos acercamos a la esofagitis por reflujo, enfermedad frecuente, se estima una prevalencia del 20% al 40% en el mundo occidental<sup>54,55</sup>.

Otra enfermedad muy frecuente la dispepsia. Se ha informado que la prevalencia de la dispepsia en la comunidad es del 21% en el Reino Unido (RU)(Jones 1990) y que el 2% de la población consulta a su médico de atención primaria anualmente por un nuevo episodio o por el primer episodio de dispepsia (OPCS 1995). Las encuestas de la comunidad han sugerido que sólo el 35% de las personas con dispepsia consultan a un médico, aunque la proporción aumenta con la edad (Jones 1990). En todas las sociedades occidentales, existe una carga creciente de sintomatología crónica con la edad<sup>56</sup>.

## II – INTRODUCCIÓN

---

Por todo ello no existen datos concluyentes de prevalencia en pirosis (asociada o no a dispepsia) pero todos los indicadores reflejan que esta puede ser bastante elevada.

### II.8. Justificación.

No existen estudios en el ámbito de la oficina de farmacia que comparen el uso de ambos fármacos en problemas derivados de la acidez gástrica y el incumplimiento que conlleva cada uno.

La falta de cumplimiento es uno de los principales factores responsables de las diferencias entre los resultados de los ensayos clínicos y la efectividad real encontrada en la práctica clínica diaria, y contribuye a un control insuficiente de los factores de riesgo gástrico.

La falta de estudios de prevalencia concluyentes sobre las alteraciones gástricas derivadas de la acidez.

Tampoco es un campo donde se estén desarrollando nuevos fármacos que nos ayuden a paliar el incumplimiento, digamos que el avance significativo fue la aparición de los IBP, puesto que el resto de tratamientos no podían ser crónicos con antiácidos (sistémicos o no) dado que presentaban efectos secundarios muy significativos a largo plazo y la única arma eficaz hasta entonces eran los antihistamínicos H<sub>2</sub>. Por esto nos parece adecuado estudiar el incumplimiento que se pueda dar en el uso de IBP.



### **III.- OBJETIVOS**

## III – OBJETIVOS

---

### III.- OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el porcentaje de incumplimiento en almagato - omeprazol en una oficina de farmacia comunitaria de Ibiza.

Objetivos específicos:

- Estudiar el porcentaje de pacientes que demandan almagato-omeprazol con ó sin receta médica para alteraciones gastrointestinales en los distintos grupos de población estudiados.
- Identificar el uso para el que son demandados.
- Determinar el perfil del paciente incumplidor según género, nacionalidad, edad, peso, consumidor de alcohol, café, tabaco, situación social (vive sólo o no), nivel de estudios, reacciones alérgicas, patología y prescripción.
- Comparar los resultados de incumplimiento obtenidos en los dos test utilizados Test de Morisky-Green y Test de Heynes- Sackett.



## **IV. METODOLOGÍA.**

## IV. METODOLOGÍA

---

### IV.- METODOLOGÍA.

#### IV.1. Tipo de estudio.

Observacional descriptivo de corte transversal para evaluar el incumplimiento realizando el estudio de prevalencia.

#### IV.2. Población y muestra de estudio.

- Población de estudio: pacientes que acceden a responder la encuesta y que cumplen los requisitos para su inclusión.

Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación son fundamentales para determinar la validez conceptual, metodológica y estadística del estudio.

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes que consuman solo almagato ó solo omeprazol, como tratamiento para alteraciones causadas por ácidos gástricos.
  - Pacientes que quieran participar en la encuesta.
  - Pacientes mayores de 16 años inclusive.
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes no capacitados para responder a las preguntas.
  - Pacientes que no soliciten el medicamento para ellos.
  - Errores en la encuesta.

## IV. METODOLOGÍA

---

- Periodo de estudio: 15 al 31 de octubre de 2009.
- Selección de la muestra: pacientes que visiten la Oficina de Farmacia comunitaria en el centro de Ibiza que se mediquen con almagato-omeprazol accediendo a cumplimentar la encuesta.
- Variables:
  - a) Dependientes.
    - Incumplimiento: Determinación de la existencia o no de pacientes que no cumplen el tratamiento fármaco terapéutico de alteraciones causadas por ácidos gástricos de entre aquellos que acuden a la farmacia en el periodo de tiempo destinado a la encuesta. Considerando el incumplimiento a través de los Test de Morisky-Green y el de Haynes- Sacckett.
  - b) Independientes.
    - Nacionalidad. Variable policotómica cualitativa. Medida como
      - Español  Alemán  Inglés  Francés  (África)  (América Sur)  (A.Norte) Otros
    - Edad. Variable cuantitativa continua. Preguntamos la fecha de nacimiento.
    - Sexo. Variable dicotómica categorizada (cualitativa nominal).  
Género masculino/femenino.
    - Peso. Variable cuantitativa continua. Realizamos una pesada.
    - Consumidor de alcohol. Variable dicotómica categorizada.  
Preguntamos si consume alcohol y cuanto.

## IV. METODOLOGÍA

---

- Consumidor de café. Variable dicotómica categorizada. Preguntamos si consume y cuanto.
- Fumador. Variable dicotómica categorizada. Preguntamos si fuma y cuanto.
- Dependencia social. Variable dicotómica categorizada. Vive solo/ Acompañado
- Nivel de estudios. Variable policotómica categorizada. Sin estudios/ Primarios/ Secundarios/ Universitarios
- Analíticas. ¿Le han realizado determinación de *Helicobacter pylori*? Variable dicotómica categorizada.
- Alergias o reacciones adversas a fármacos. Variable dicotómica categorizada. ¿Ha tenido alguna vez algún problema de alergia, reacciones o problemas con algún fármaco?
- Si es mujer, ¿está embarazada o es madre lactante? Variable dicotómica categorizada

### IV.3. Técnicas de recogida de la información:

#### ➤ Instrumento/s:

Encuesta que consta de varias partes donde reflejamos datos objetivos, subjetivos e intervenciones del farmacéutico sobre pacientes de la Oficina de Farmacia Comunitaria. (Los datos han sido recogidos por Farmacéuticos entrenados para el estudio y con conocimientos de Atención Farmacéutica a pacientes que toman

## IV. METODOLOGÍA

---

fármacos para alteraciones originadas por ácidos gástricos ). Además se les realizan a los pacientes 2 Test:

- Test de MGL

Consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica:

- ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su enfermedad?
- ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
- Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder Sí o No. Según los autores y las validaciones por ellos publicados, se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no adherentes a quienes contestan Si a una o más.

- Test de cumplimiento autocomunicado o TEST DE HAYNES-SACKETT

Preguntamos al paciente sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento y lo hacemos en 2 fases. En la primera, en un ambiente adecuado de conversación, de forma indirecta se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: «la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos»; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: «¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Cuando la respuesta es SI, el paciente es incumplidor. (Aunque no se realiza en este trabajo también valdría para determinar el porcentaje de cumplimiento

## IV. METODOLOGÍA

---

comparado con el número de comprimidos indicado, para ello se solicita el número medio de comprimidos olvidados durante un período de tiempo, por ejemplo, los últimos 7 días o el último mes y se calcula). Cuando responde que NO, es posible que no diga la verdad por varios motivos. Entonces debemos insistir y preguntar: «¿cómo los toma?»: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Por último se recoge lo que el paciente mencione acerca de la siguiente reflexión: «Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?».

- Procedimiento: se atiende a los pacientes que soliciten con o sin receta tratamiento con almagato-omeprazol para alteraciones causadas por ácidos gástricos y se les ofrece el poder rellenar nuestra encuesta informándoles del estudio y pidiéndoles su colaboración, para agilizar el proceso y evitar errores, nosotros cumplimentaremos el cuestionario con sus contestaciones, formulándole las preguntas al paciente, durante el periodo de recogida de datos.

## IV. METODOLOGÍA

---

### IV.4.. ANÁLISIS DE DATOS:

Para la obtención de los datos realizamos las siguientes operaciones:

- Cálculo de las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas para cada una de las variables mostradas en tablas estadísticas.
- Cálculo de la prueba de ji-cuadrado considerada como una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar. También se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia.

### IV.5. CUESTIONES ÉTICAS.

En todo momento hemos pretendido respetar al paciente procurando no invadir sus derechos sin su consentimiento y garantizándoles siempre la confidencialidad y protección a la que moralmente estamos obligados y que además les corresponde según la Ley Orgánica de Protección de Datos de 15/1999 y sus desarrollos posteriores STC 292/2000, de 30 de noviembre y Artículo 82.1 Ley 62/2003, de 30 de diciembre.

## IV. METODOLOGÍA

### IV.6. RESULTADOS

<b>Tabla.4.A- Descripción de la población total según el cumplimiento del TEST DE HAYNES</b>									
<b>POBLACIÓN GLOBAL</b>		<b>Total</b>		<b>TEST DE HAYNES</b>				$\chi^2$	<b>p</b>
		<b>n=120</b>	<b>%</b>	<b>CUMPLE</b>		<b>NO CUMPLE</b>			
				<b>n = 120</b>	<b>%</b>	<b>n = 120</b>	<b>%</b>		
Edad	16-40 años	33	27,5	30	25,0	3	2,5	1,824	0,402
	41-65 años	53	44,2	43	35,8	10	8,3		
	>= 66 años	34	28,3	30	25,0	4	3,3		
Género	♂	65	54,2	55	45,8	10	8,3	0,173	0,677 (Fisher =0,795)
	♀	55	45,8	48	40,0	7	5,8		
Embarazo	Sí	2	1,7		0,0		0,0		
	No	118	98,3		0,0		0,0		
Lactancia	Si	0	0		0,0		0,0		
	No	120	100		0,0		0,0		
Origen	Español	90	75	79	65,8	11	9,2	2,562	0,861
	Inglés	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
	Francés	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
	Alemán	5	4,2	4	3,3	1	0,8		
	Sudamericano	19	15,8	15	12,5	4	3,3		
	Norteamericano	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
	Otro	3	2,5	2	1,7	1	0,8		
Bebedor de alcohol	Si	61	50,8	51	42,5	10	8,3	0,506	0,477 (Fisher =0,603)
	No	59	49,2	52	43,3	7	5,8		
Bebedor de café	Si	62	51,7	50	41,7	12	10,0	2,840	0,092 (Fisher =0,118)
	No	58	48,3	53	44,2	5	4,2		
Fumador	Si	32	26,7	24	20,0	8	6,7	4,212	0,04 (Fisher =0,071)
	No	88	73,3	79	65,8	9	7,5		
Vive Solo	Si	10	8,3	8	6,7	2	1,7	0,305	0,581 (Fisher =0,632)
	No	110	91,7	95	79,2	15	12,5		
Nivel Estudios	Sin Estudios	32	26,7	26	21,7	6	5,0	1,585	0,663
	E. Primarios	44	36,7	38	31,7	6	5,0		
	E. Secundarios	38	31,7	33	27,5	5	4,2		
	E. Universitarios	6	5	6	5,0	0	0,0		
Prueba Analítica H.Pylori	Si	13	10,8	12	10,0	1	0,8	0,503	0,478 (Fisher =0,690)
	No	107	89,2	91	75,8	16	13,3		
Alergias a medicamentos	Si	16	13,3	14	11,7	2	1,7	0,042	0,837 (Fisher =1,000)
	No	104	86,7	89	74,2	15	12,5		

## IV – METODOLOGÍA

Tabla.4.A- Descripción de la población total según el cumplimiento del TEST DE HAYNES									
POBLACIÓN GLOBAL		Total		TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	p
		n=120	%	CUMPLE		NO CUMPLE			
				n=120	%	n=120	%		
Patología Motivo de la Consulta	Úlcera Gastroduodenal	8	6,7	4	3,3	4	3,3	10,307	0,112
	ERGE	2	1,7	2	1,7	0	0,0		
	Hernia de hiato	7	5,8	6	5,0	1	0,8		
	Helicobacter Pylori	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
	Gastropatía por AINE	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
	Dispepsias Recurrentes	38	31,7	32	26,7	6	5,0		
	Prevención Gastrolesión	63	52,5	47	39,2	17	14,2		
Incidencia de la patología	Aguda	49	40,8	47	39,2	2	1,7	6,927	0,008 (Fisher =0,007)
	Crónica	71	59,2	56	46,7	15	12,5		
Tratamiento	Almagato	20	16,7	17	14,2	3	2,5	0,014	0,907 (Fisher =1,000)
	Omeprazol	100	83,3	86	71,7	14	11,7		
Prescripción	Si	119	99,2	102	85,0	17	14,2	0,166	0,683 (Fisher =1,000)
	No	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
Prescrito por	Médico general	93	77,5	79	65,8	14	11,7	0,267	0,605 (Fisher =0,760)
	Médico especialista	27	22,5	24	20,0	3	2,5		
Actuación Farmacéutica	Se dispensa	120	100		0,0		0,0		
¿Tiene Dificultad Para Tomar El Tratamiento?	Si	3	2,5	0	0,0	3	2,5	18,643	<0,001 (Fisher =0,002)
	No	117	97,5	103	85,8	14	11,7		
Lo Toma	Todos los días	87	72,5	84	70,0	3	2,5	29,997	<0,001
	Muchos días	7	5,8	4	3,3	3	2,5		
	Algunos días	24	20	14	11,7	10	8,3		
	Pocos días	2	1,7	1	0,8	1	0,8		
¿Cómo Le Va?	Sin dificultad	116	96,7	103	85,8	13	10,8	25,071	<0,001 (Fisher =0,000)
	Con dificultad	4	3,3	0	0,0	4	3,3		

## IV – METODOLOGÍA

<b>Tabla.4B.- Descripción de la población total según el cumplimiento del TEST DE MORISKY</b>									
<b>POBLACIÓN GLOBAL</b>		<b>Total</b>		<b>TEST DE MORISKY</b>				$\chi^2$	<b>P</b>
		<b>n=</b> <b>120</b>	<b>%</b>	<b>CUMPLE</b>		<b>NO CUMPLE</b>			
				<b>n=</b> <b>120</b>	<b>%</b>	<b>n=</b> <b>120</b>	<b>%</b>		
Edad	16-40 años	33	27,5	8	6,7	25	20,8	3,971	0,137
	41-65 años	53	44,2	14	11,7	39	32,5		
	>= 66 años	34	28,3	15	12,5	19	15,8		
Género	♂	65	54,2	18	15,0	47	39,2	0,656	0,418 (Fisher =0,435)
	♀	55	45,8	19	15,8	36	30,0		
Embarazo	Sí	2	1,7	--	0,0	--	0,0	--	--
	No	118	98,3	--	0,0	--	0,0	--	--
Lactancia	Si	0	0	--	0,0	--	0,0	--	--
	No	120	100	--	0,0	--	0,0	--	--
Origen	Español	90	75	30	25,0	60	50,0	14,900	0,021
	Inglés	1	0,8	0	0,0	1	0,8		
	Francés	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
	Alemán	5	4,2	4	3,3	1	0,8		
	Sudamericano	19	15,8	1	0,8	18	15,0		
	Norteamericano	1	0,8	0	0,0	1	0,8		
Otro	3	2,5	1	0,8	2	1,7			
Bebedor de alcohol	Si	61	50,8	19	15,8	42	35,0	0,006	0,94 (Fisher =1,000)
	No	59	49,2	18	15,0	41	34,2		
Bebedor de café	Si	62	51,7	16	13,3	46	38,3	1,520	0,218 (Fisher =0,240)
	No	58	48,3	21	17,5	37	30,8		
Fumador	Si	32	26,7	6	5,0	26	21,7	2,987	0,084 (Fisher =0,117)
	No	88	73,3	31	25,8	57	47,5		
Vive Solo	Si	10	8,3	5	4,2	5	4,2	1,879	0,17 (Fisher =0,281)
	No	110	91,7	32	26,7	78	65,0		
Nivel Estudios	Sin Estudios	32	26,7	7	5,8	25	20,8	2,915	0,405
	E. Primarios	44	36,7	13	10,8	31	25,8		
	E. Secundarios	38	31,7	14	11,7	24	20,0		
	E. Universitarios	6	5	3	2,5	3	2,5		
Prueba Analítica <i>H.Pylori</i>	Si	13	10,8	5	4,2	8	6,7	0,398	0,528 (Fisher =0,536)
	No	107	89,2	32	26,7	75	62,5		
Alergias a medicamentos	Si	16	13,3	9	7,5	7	5,8	5,592	0,018 (Fisher =0,038)
	No	104	86,7	28	23,3	76	63,3		

## IV – METODOLOGÍA

<b>Tabla.4B.- Descripción de la población total según el cumplimiento del TEST DE MORISKY</b>									
<b>POBLACIÓN GLOBAL</b>		<b>Total</b>		<b>TEST DE MORISKY</b>				$\chi^2$	<b>P</b>
		<b>n=</b> <b>120</b>	<b>%</b>	<b>CUMPLE</b>		<b>NO CUMPLE</b>			
				<b>n=</b> <b>120</b>	<b>%</b>	<b>n=</b> <b>120</b>	<b>%</b>		
Patología Motivo de la Consulta	Úlcera Gastroduodenal	8	6,7	1	0,8	7	5,8	5,415	0,492
	ERGE	2	1,7	0	0,0	2	1,7		
	Hernia de hiato	7	5,8	2	1,7	5	4,2		
	Helicobacter Pylori	1	0,8	0	0,0	1	0,8		
	Gastropatía por AINE	1	0,8	1	0,8	0	0,0		
	Dispepsias Recurrentes	38	31,7	11	9,2	27	22,5		
	Prevención Gastrolesión	63	52,5	22	18,3	41	34,2		
Incidencia de la patología	Aguda	49	40,8	13	10,8	36	30,0	0,719	0,396 (Fisher =0,428)
	Crónica	71	59,2	24	20,0	47	39,2		
Tratamiento	Almagato	20	16,7	8	6,7	12	10,0	0,946	0,331 (Fisher =0,426)
	Omeprazol	100	83,3	29	24,2	71	59,2		
Prescripción	Si	119	99,2	37	30,8	82	68,3	0,45	0,503 (Fisher =1,000)
	No	1	0,8	0	0,0	1	0,8		
Prescrito por	Médico general	93	77,5	26	21,7	67	55,8	1,603	0,205 (Fisher =0,239)
	Médico especialista	27	22,5	11	9,2	16	13,3		
¿Olvida los medicamen- tos?	Si	27	22,5	0	0,0	56	46,7	15,531	<0,001 (Fisher =0,000)
	No	93	77,5	37	30,8	27	22,5		
¿Olvida la hora ?	Si	42	35	0	0,0	42	35,0	28,804	<0,001 (Fisher =0,000)
	No	78	65	37	30,8	41	34,2		
¿Abandona cuando está bien?	Si	54	45	0	0,0	54	45,0	43,768	<0,001 (Fisher =0,000)
	No	65	55	37	30,8	29	24,2		
¿Deja el tratamiento si le sienta mal?	Si	72	60	0	0,0	72	60,0	80,241	<0,001 (Fisher =0,000)
	No	48	40	37	30,8	11	9,2		

## IV – METODOLOGÍA

### ANÁLISIS DE DATOS SEGÚN OBJETIVOS

**Tabla 5.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de la nacionalidad del paciente**

Tabla 5.		Total		TEST DE MORISKY				TEST DE HAYNES							
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE		X <sup>2</sup>	P	CUMPLE		INCUMPLE		X <sup>2</sup>	P
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
ORIGEN	Español	90	75	30	25,0	60	50,0	14,900	0,021	79	65,8	11	9,2	2,562	0,861
	Inglés	1	0,8	0	0,0	1	0,8			1	0,8	0	0,0		
	Francés	1	0,8	1	0,8	0	0,0			1	0,8	0	0,0		
	Alemán	5	4,2	4	3,3	1	0,8			4	3,3	1	0,8		
	Sudamericano	19	15,8	1	0,8	18	15,0			15	12,5	4	3,3		
	Norteamericano	1	0,8	0	0,0	1	0,8			1	0,8	0	0,0		
	Otro	3	2,5	1	0,8	2	1,7			2	1,7	1	0,8		

GRÁFICO 1

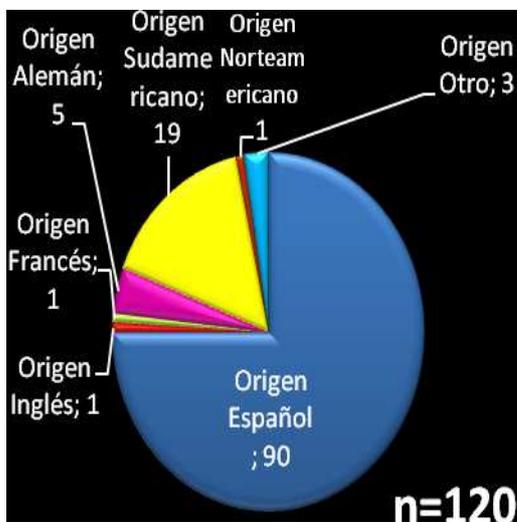


GRÁFICO 2

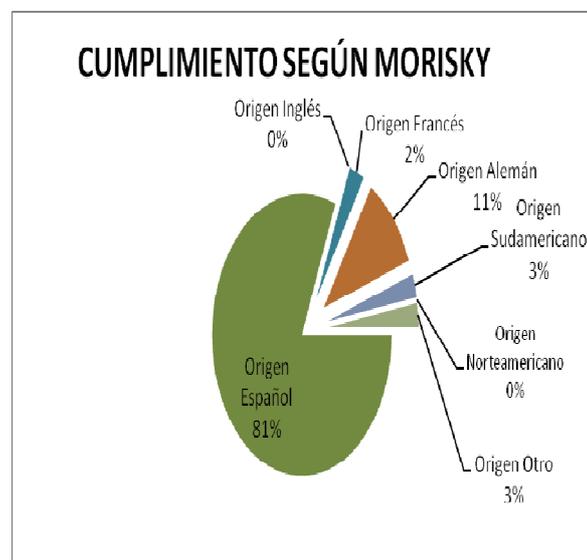


GRÁFICO 3

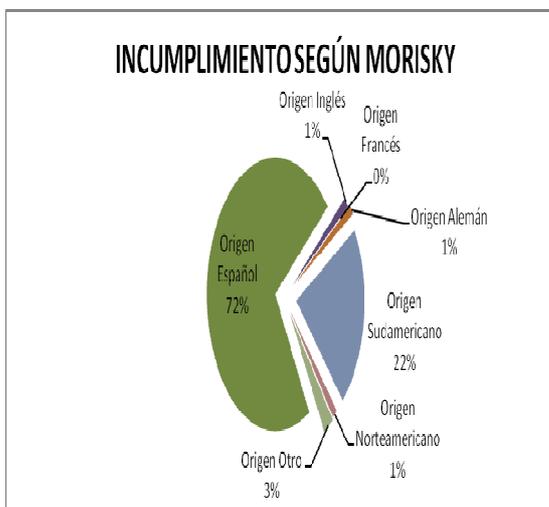
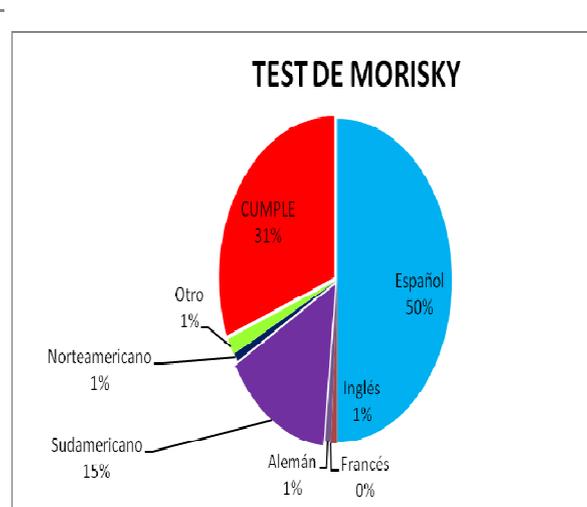


GRÁFICO 4



## IV – METODOLOGÍA

GRÁFICO 5

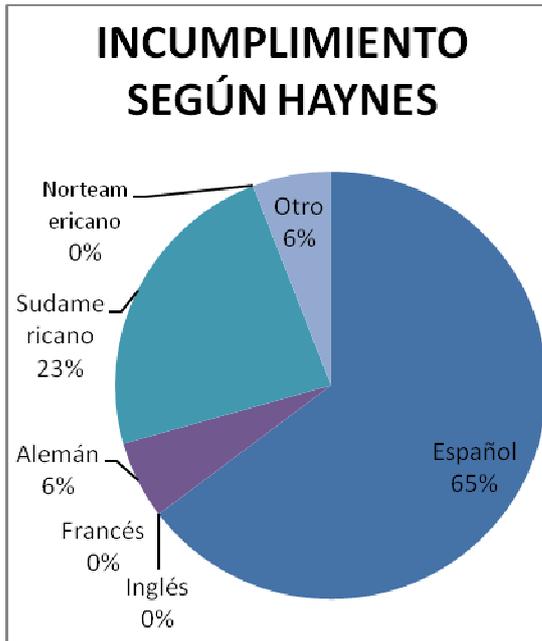


GRÁFICO 6

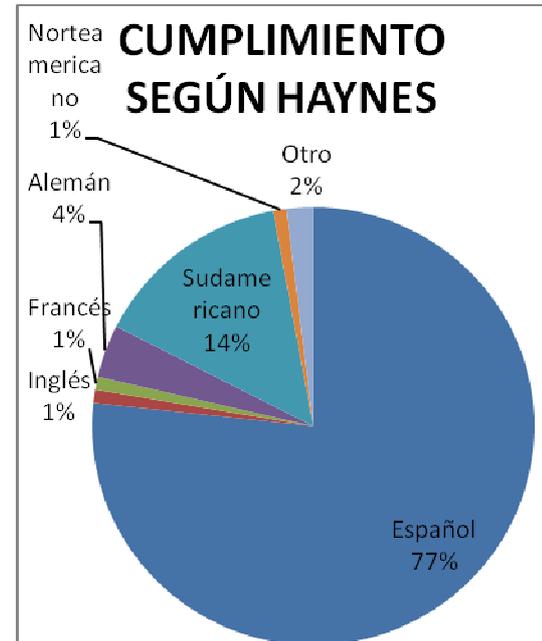
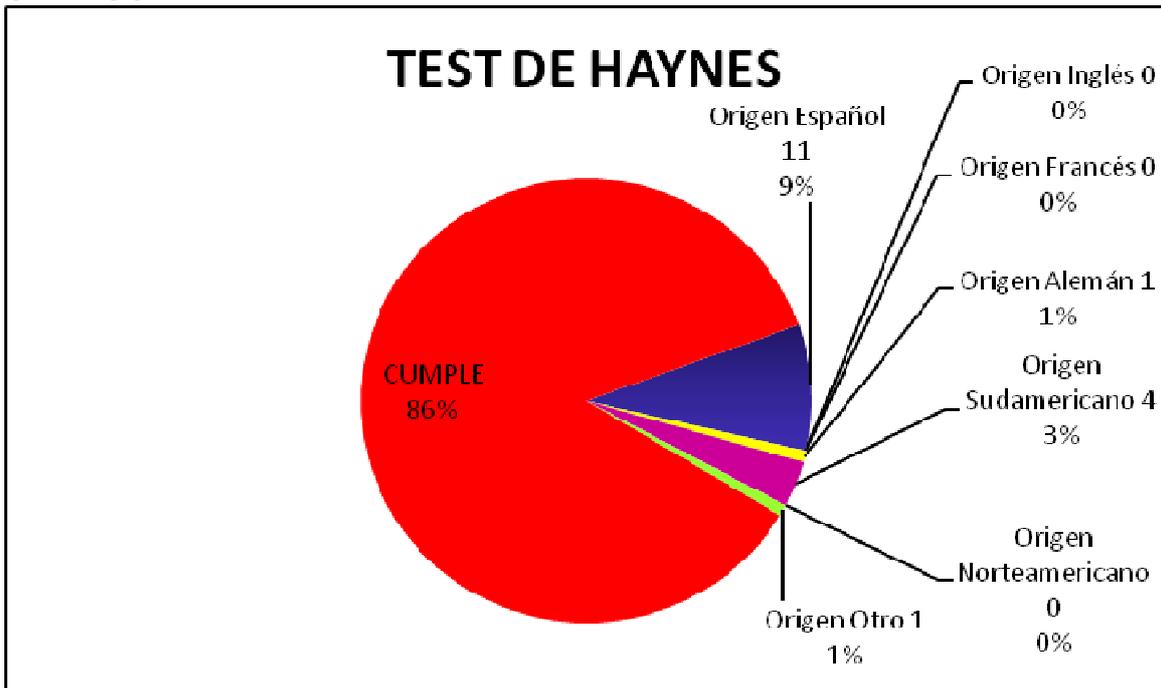


GRÁFICO 7

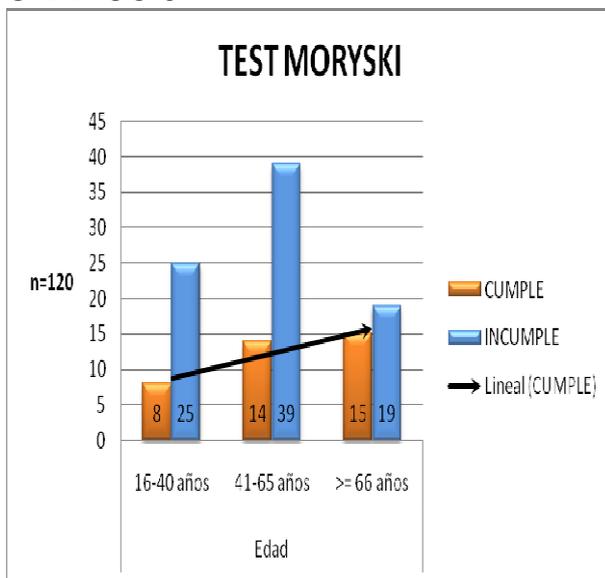


## IV – METODOLOGÍA

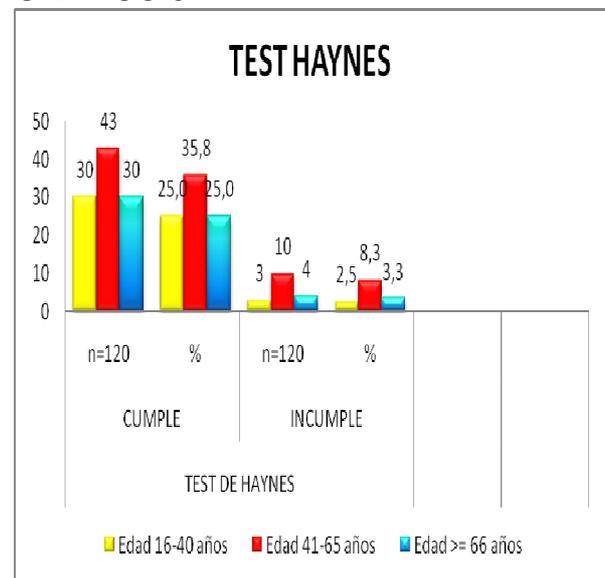
**Tabla 6.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de la edad del paciente.**

Tabla 6.		Total		TEST DE MORISKY						TEST DE HAYNES					
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE		$\chi^2$	p	CUMPLE		INCUMPLE		$\chi^2$	p
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Edad	16-40 años	33	30	8	6,7	25	20,8	3,971	0,137	30	25,0	3	2,5	1,824	0,402
	41-65 años	53	43	14	11,7	39	32,5			43	35,8	10	8,3		
	>= 66 años	34	30	15	12,5	19	15,8			30	25,0	4	3,3		

**GRÁFICO 8**



**GRÁFICO 9**

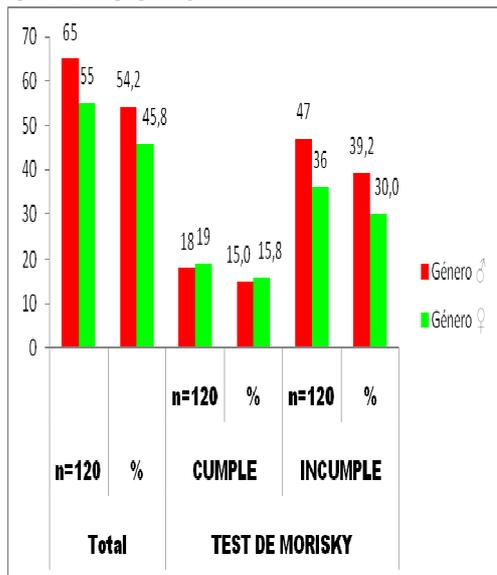


**Tabla.7.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del género del paciente.**

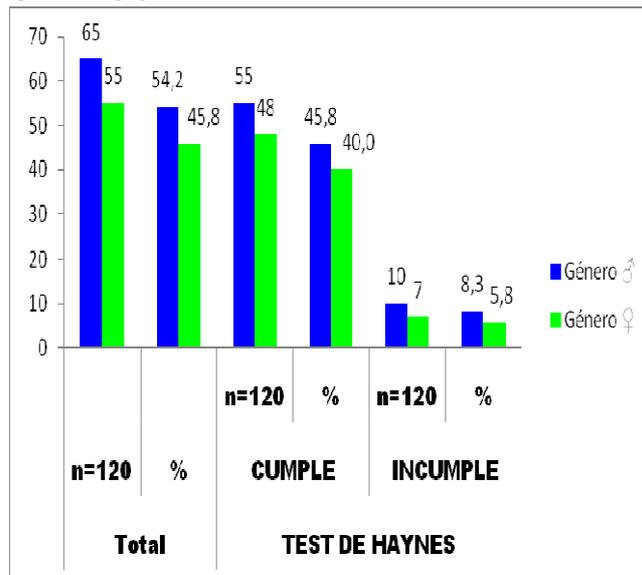
Tabla.7		Total		TEST DE MORISKY						TEST DE HAYNES					
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE		$\chi^2$	P	CUMPLE		INCUMPLE		$\chi^2$	P
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Género	♂	65	54,2	18	15,0	47	39,2	0,656	0,418 (Fisher =0,435)	55	45,8	10	8,3	0,173	0,677 (Fisher =0,795)
	♀	55	45,8	19	15,8	36	30,0			48	40,0	7	5,8		

## IV – METODOLOGÍA

**GRÁFICO 10**



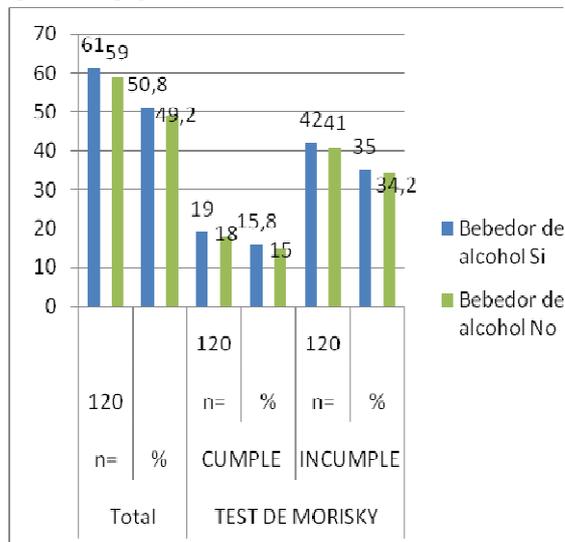
**GRÁFICO 11**



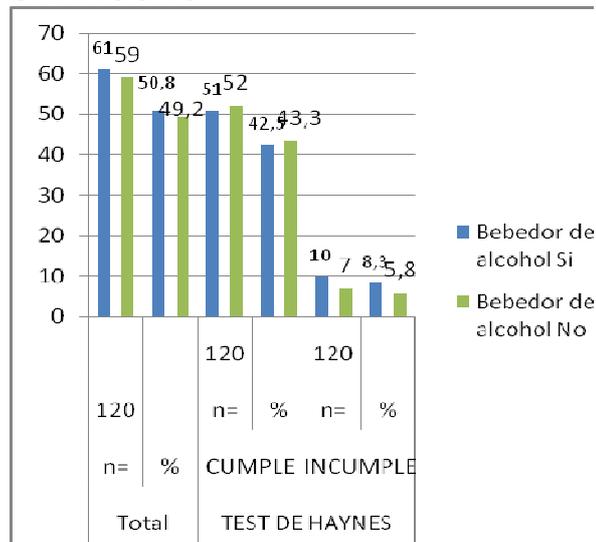
**Tabla.8.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del consumo de alcohol.**

Tabla.8.		Total		TEST DE MORISKY				χ <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				χ <sup>2</sup>	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Bebedor de alcohol	Si	61	50,8	19	15,8	42	35,0	<b>0,006</b>	0,94 (Fisher =1,000)	51	42,5	10	8,3	0,506	0,477 (Fisher =0,603)
	No	59	49,2	18	15	41	34,2			52	43,3	7	5,8		

**GRÁFICO 12**



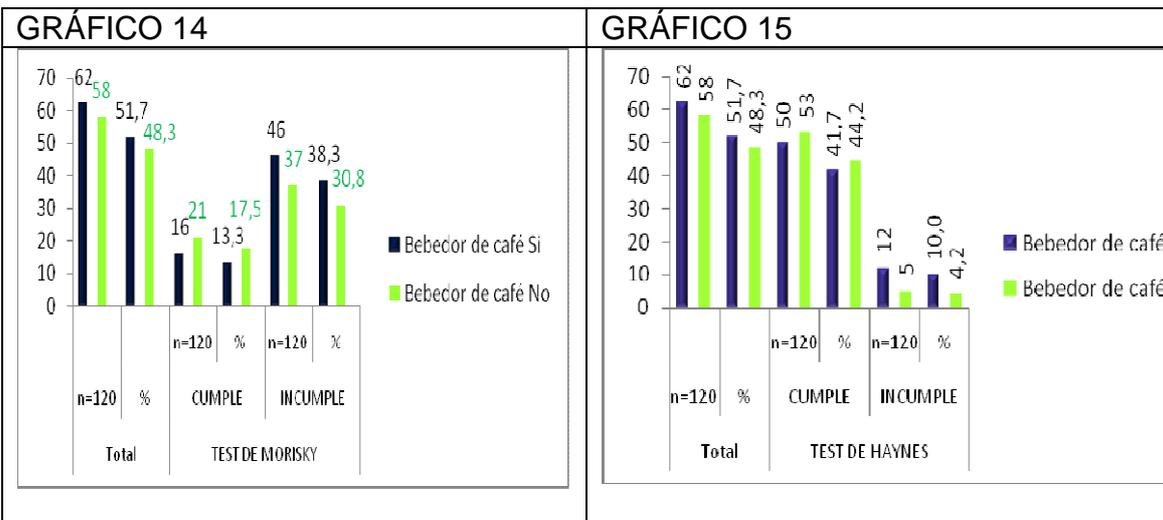
**GRÁFICO 13**



## IV – METODOLOGÍA

**Tabla.9.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del consumo de café.**

Tabla.9.		Total		TEST DE HAYNES				$\chi^2$	P	TEST DE MORISKY				$\chi^2$	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Bebedor de café	Si	62	52	50	41,7	12	10,0	2,8	<b>0,092</b> (Fisher =0,118)	16	13,3	46	38,3	1,52	0,218 (Fisher =0,240)
	No	58	48	53	44,2	5	4,2			21	17,5	37	30,8		

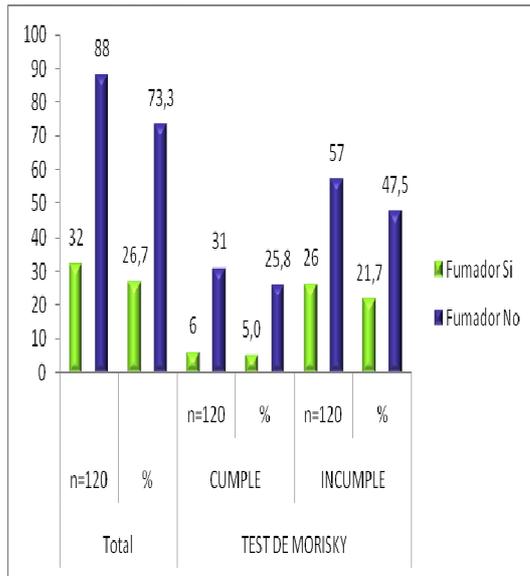


**Tabla.10.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del consumo de tabaco.**

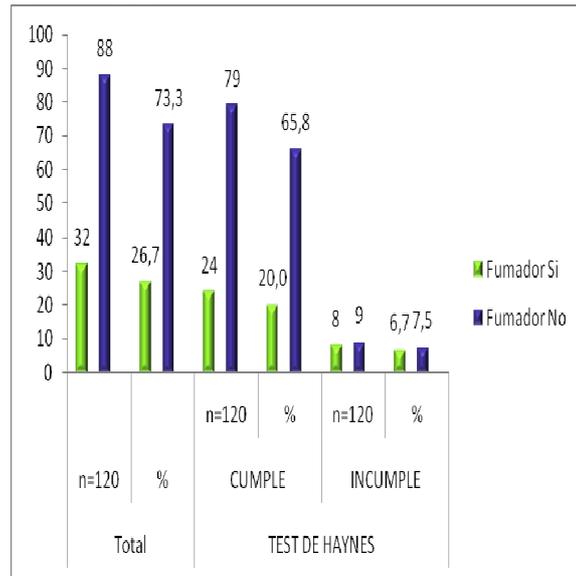
Tabla.10		Total		TEST DE MORISKY				$\chi^2$	P	TEST DE HAYNES				$\chi^2$	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Fumador	Si	32	26,7	6	5,0	26	21,7	2,987	0,084 (Fisher =0,117)	24	20,0	8	6,7	4,212	<b>0,04</b> (Fisher =0,071)
	No	88	73,3	31	25,8	57	47,5			79	65,8	9	7,5		

## IV – METODOLOGÍA

**GRÁFICO 16**



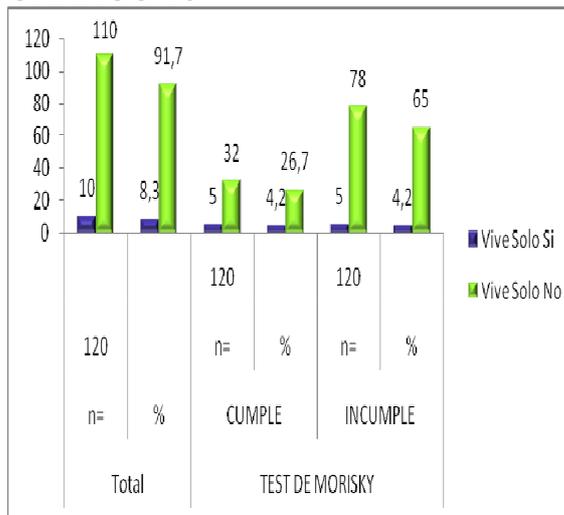
**GRÁFICO 17**



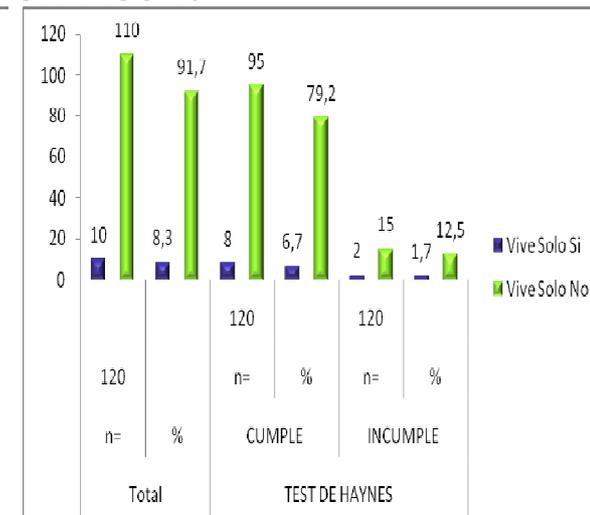
**Tabla.11.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del entorno familiar.**

Tabla.11		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Vive Solo	Si	10	8,3	5	4,2	5	4,2	8	6,7	2	1,7	0,305	0,581 (Fisher =0,632)		
	No	110	91,7	32	26,7	78	65,0	95	79,2	15	12,5				

**GRÁFICO 18**



**GRÁFICO 19**

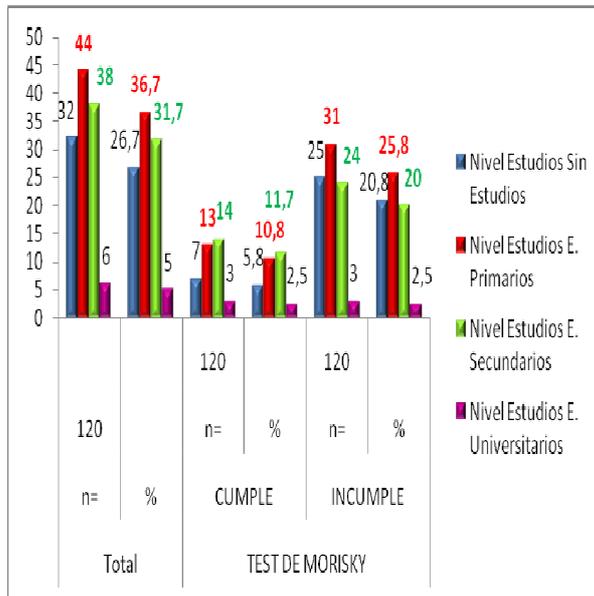


## IV – METODOLOGÍA

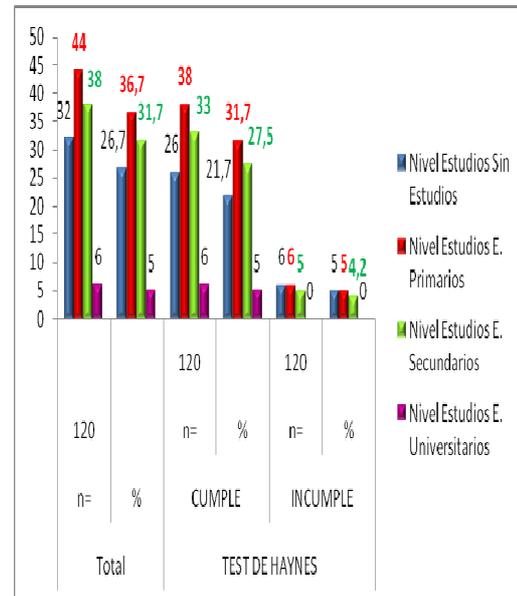
**Tabla.12.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del nivel de estudios.**

Tabla.12		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	P
		n=	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=	%	n=	%			n=	%	n=	%		
Nivel Estudios	Sin Estudios	32	26,7	7	5,8	25	20,8	2,915	0,405	26	21,7	6	5,0	1,585	0,663
	E. Primarios	44	36,7	13	10,8	31	25,8			38	31,7	6	5,0		
	E. Secundarios	38	31,7	14	11,7	24	20,0			33	27,5	5	4,2		
	E. Universitarios	6	5	3	2,5	3	2,5			6	5,0	0	0,0		

**GRÁFICO 20**



**GRÁFICO 21**



**Tabla.13.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de haberle realizado la prueba analítica para la bacteria *H. pylori*.**

Tabla.13		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	P
		n=	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=	%	n=	%			n=	%	n=	%		
Prueba Analítica H.Pylori	Si	13	10,8	5	4,2	8	6,7	0,398	0,528 (Fisher =0,536)	12	10	1	0,8	0,503	0,478 (Fisher =0,690)
	No	107	89,2	32	26,7	75	62,5			91	75,8	16	13,3		

## IV – METODOLOGÍA

GRÁFICO 22

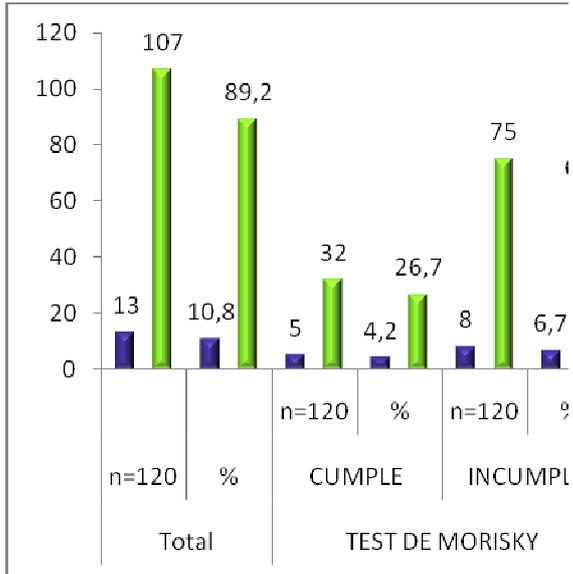
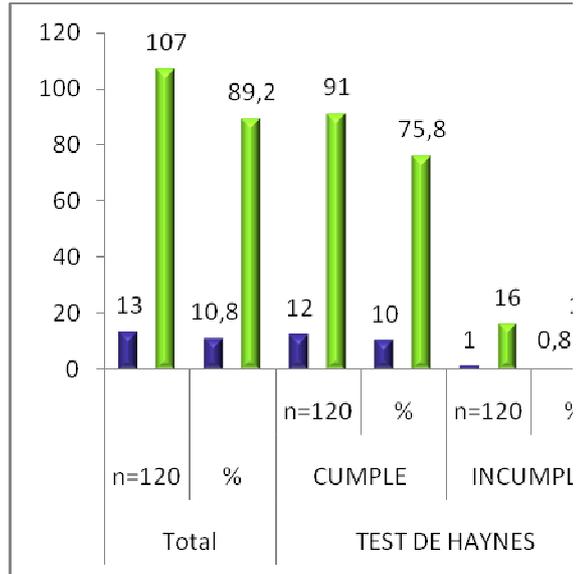


GRÁFICO 23



**Tabla.14.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de padecer algún tipo de alergia a medicamentos.**

Tabla.14		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	p
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Alergias a medicamentos	Si	16	13,3	9	7,5	7	5,8	5,592	0,018 (Fisher =0,038)	14	11,7	2	1,7	0,042	0,837 (Fisher =1,000)
	No	104	86,7	28	23,3	76	63,3			89	74,2	15	12,5		

GRÁFICO 24

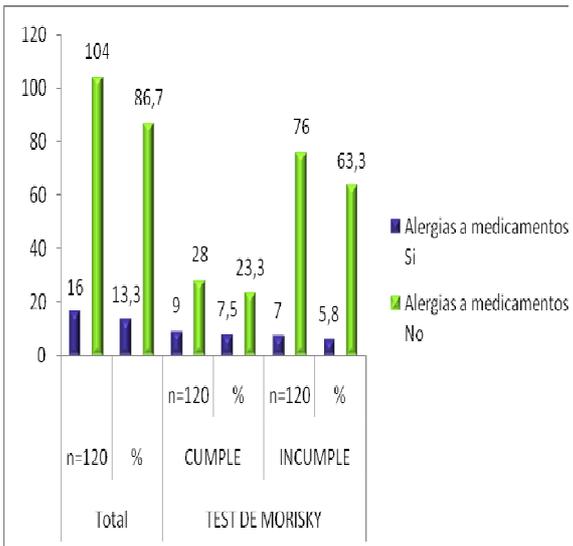
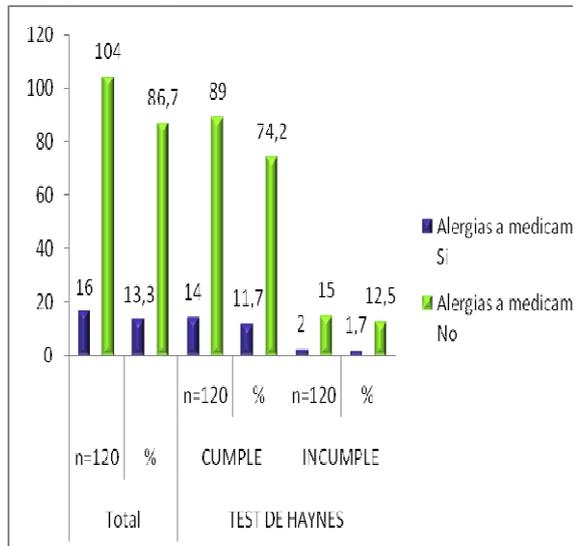


GRÁFICO 25

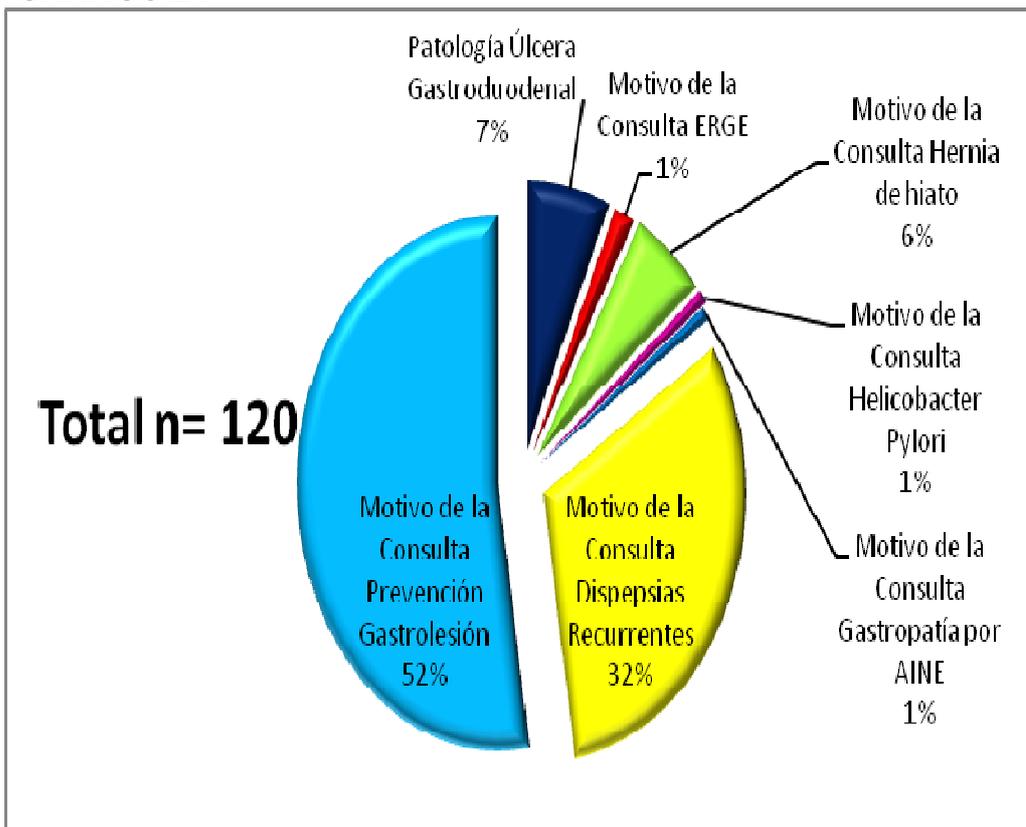


## IV – METODOLOGÍA

**Tabla.15.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de la Patología motivo de la consulta.**

Tabla.15		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
Patología Motivo de la Consulta	Úlcera Gastroduodenal	8	6,7	1	0,8	7	5,8	5,415	0,492	4	3,3	4	3,3	10,307	0,112
	ERGE	2	1,7	0	0,0	2	1,7			2	1,7	0	0,0		
	Hernia de hiato	7	5,8	2	1,7	5	4,2			6	5,0	1	0,8		
	Helicobacter Pylori	1	0,8	0	0,0	1	0,8			1	0,8	0	0,0		
	Gastropatía por AINE	1	0,8	1	0,8	0	0,0			1	0,8	0	0,0		
	Dispepsias Recurrentes	38	31,7	11	9,2	27	22,5			32	26,7	6	5,0		
	Prevención Gastrolesión	63	52,5	22	18,3	41	34,2			47	39,2	17	14,2		

**GRÁFICO 24**



## IV – METODOLOGÍA

GRÁFICO 25

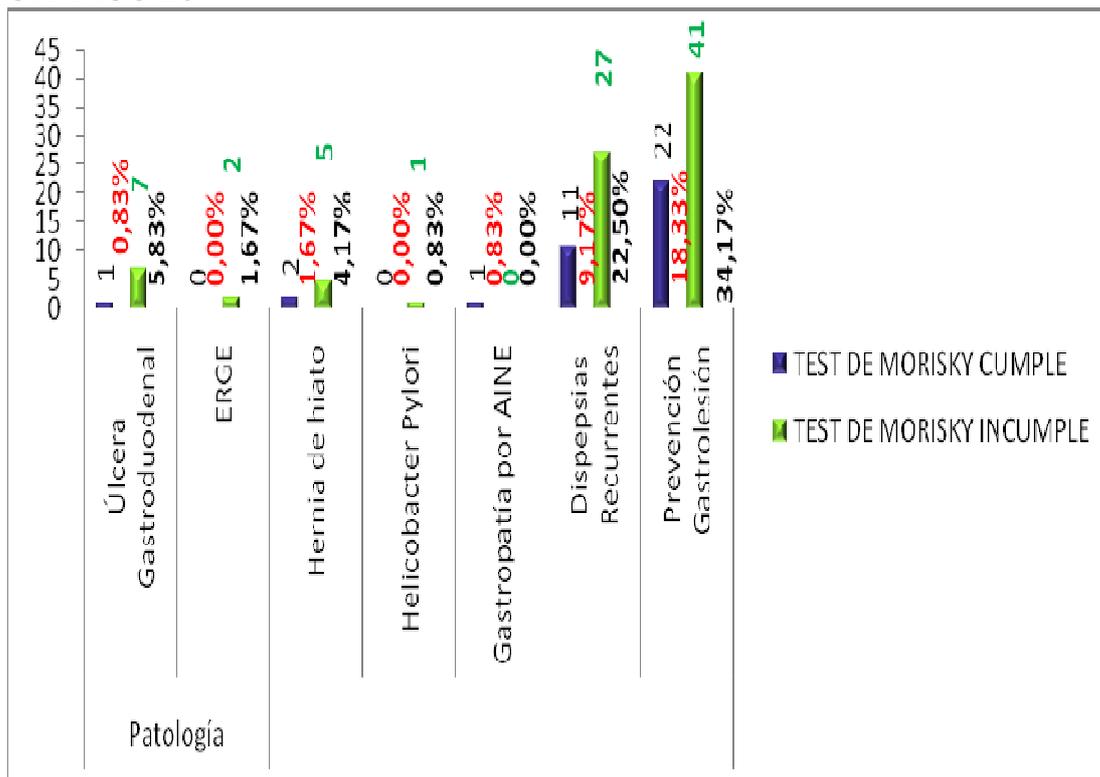
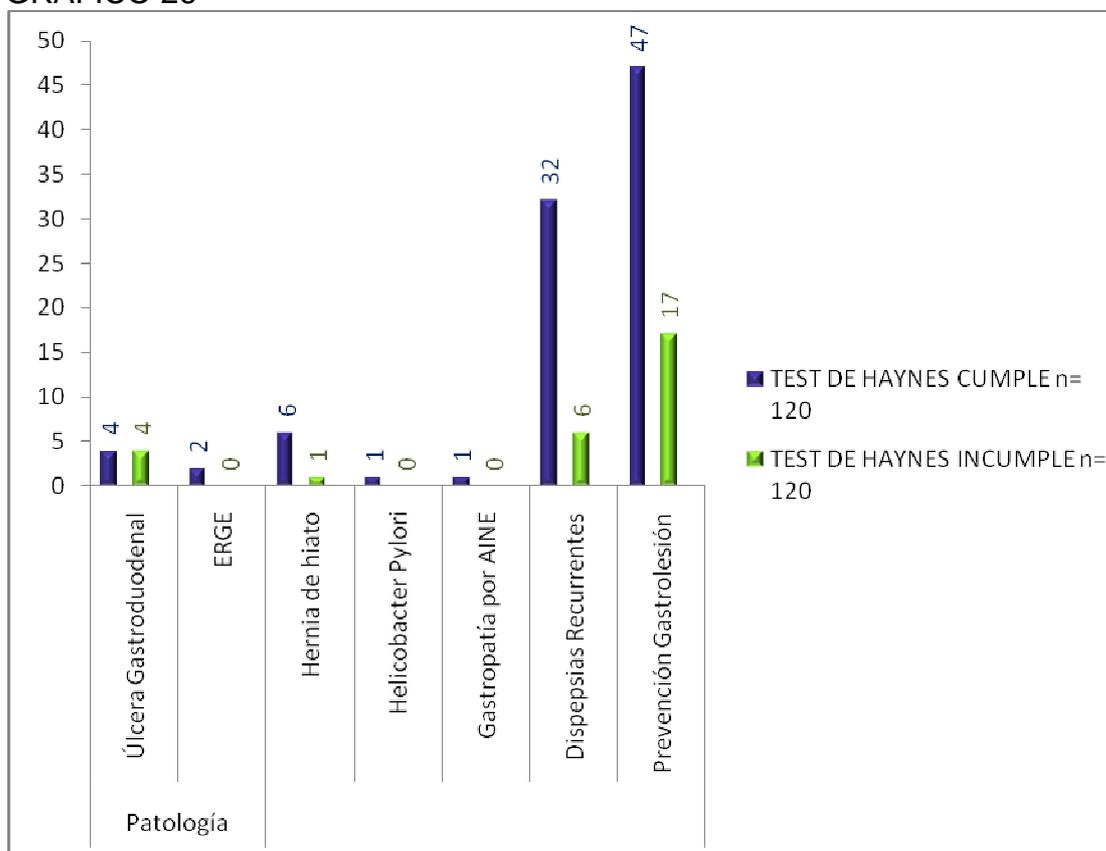


GRÁFICO 26

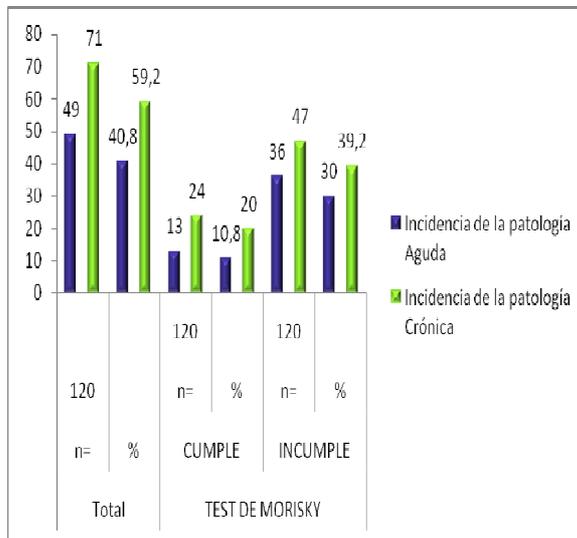


## IV – METODOLOGÍA

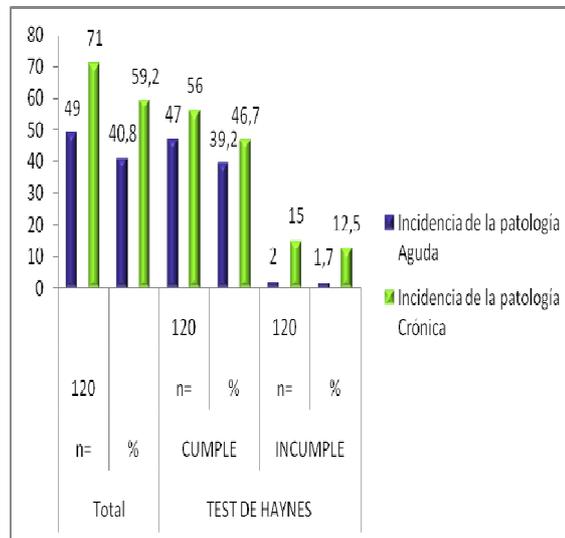
**Tabla.16.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de la incidencia de la patología**

Tabla.16		Total		TEST DE MORISKY				$\chi^2$	P	TEST DE HAYNES				$\chi^2$	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
		Incidencia de la patología													
Aguda	49	40,8	13	10,8	36	30	0,719	0,396 (Fisher =0,428)	47	39,2	2	1,7	6,927	0,008 (Fisher =0,007)	
Crónica	71	59,2	24	20,0	47	39,2			56	46,7	15	12,5			

**GRÁFICO 27**



**GRÁFICO 28**

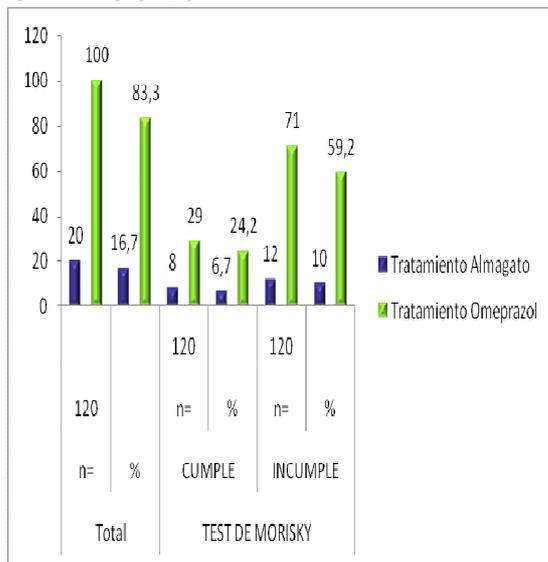


**Tabla.17.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del tipo de prescripción**

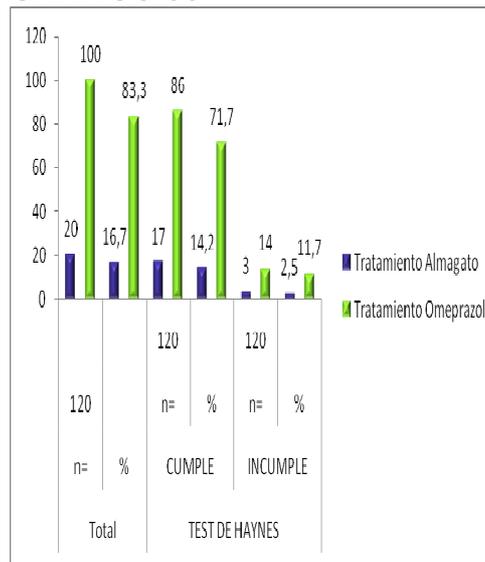
Tabla.17		Total		TEST DE MORISKY				$\chi^2$	P	TEST DE HAYNES				$\chi^2$	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%			n=120	%	n=120	%		
		Tratamiento													
Almagato	20	16,7	8	6,7	12	10,0	0,946	0,331 (Fisher =0,426)	17	14,2	3	2,5	0,014	0,907 (Fisher =1,000)	
Omeprazol	100	83,3	29	24,2	71	59,2			86	71,7	14	11,7			

## IV – METODOLOGÍA

**GRÁFICO 29**



**GRÁFICO 30**



**Tabla.18.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de si el paciente lleva prescripción**

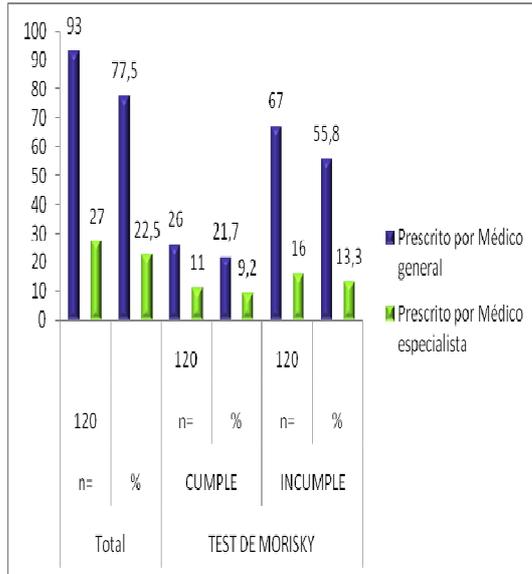
Tabla.18		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	P		
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				n=120	%	CUMPLE				INCUMPLE	
				n=120	%	n=120	%					n=120	%			n=120	%
Prescripción	Si	119	99,2	37	30,8	82	68,3	0,45	0,503 (Fisher =1,000)	102	85,0	17	14,2	0,166	0,683 (Fisher =1,000)		
	No	1	0,8	0	0,0	1	0,8			1	0,8	0	0,0				

**Tabla.19.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del tipo de profesional que hace la prescripción**

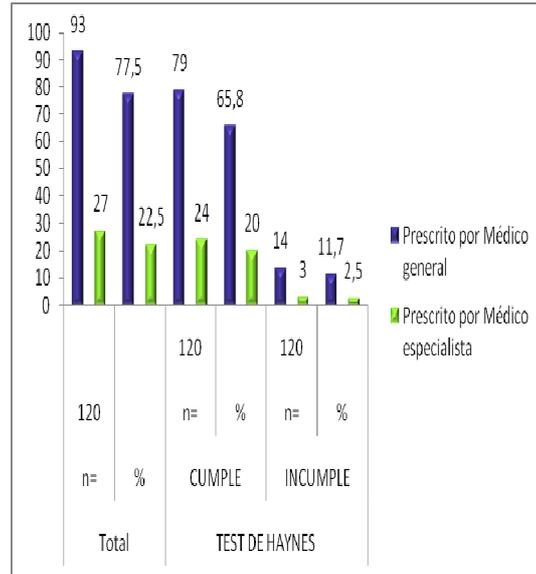
Tabla.19		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P	TEST DE HAYNES				X <sup>2</sup>	P		
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE				n=120	%	CUMPLE				INCUMPLE	
				n=120	%	n=120	%					n=120	%			n=120	%
Prescrito por	Médico general	93	77,5	26	21,7	67	55,8	1,603	0,205 (Fisher =0,239)	79	65,8	14	11,7	1,603	0,205 (Fisher =0,239)		
	Médico especialista	27	22,5	11	9,2	16	13,3			24	20,0	3	2,5				

## IV – METODOLOGÍA

**GRÁFICO 31**



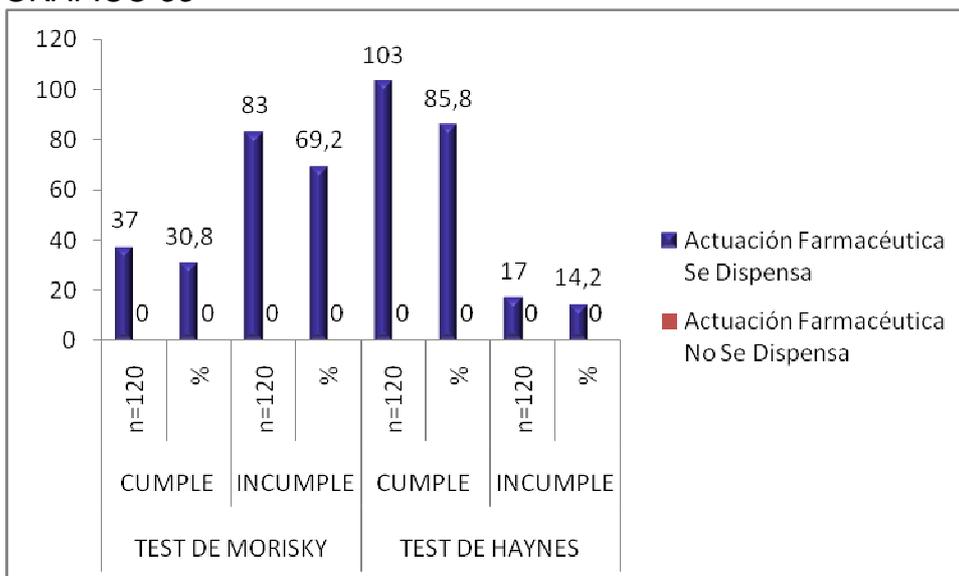
**GRÁFICO 32**



**Tabla.20.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de la Actuación Farmacéutica de la dispensación.**

Tabla.20		TEST DE MORISKY				TEST DE HAYNES			
		CUMPLE		INCUMPLE		CUMPLE		INCUMPLE	
		n=120	%	n=120	%	n=120	%	n=120	%
Actuación Farmacéutica	Se Dispensa	37	30,8	83	69,2	103	85,8	17	14,2
	No Se Dispensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**GRÁFICO 33**

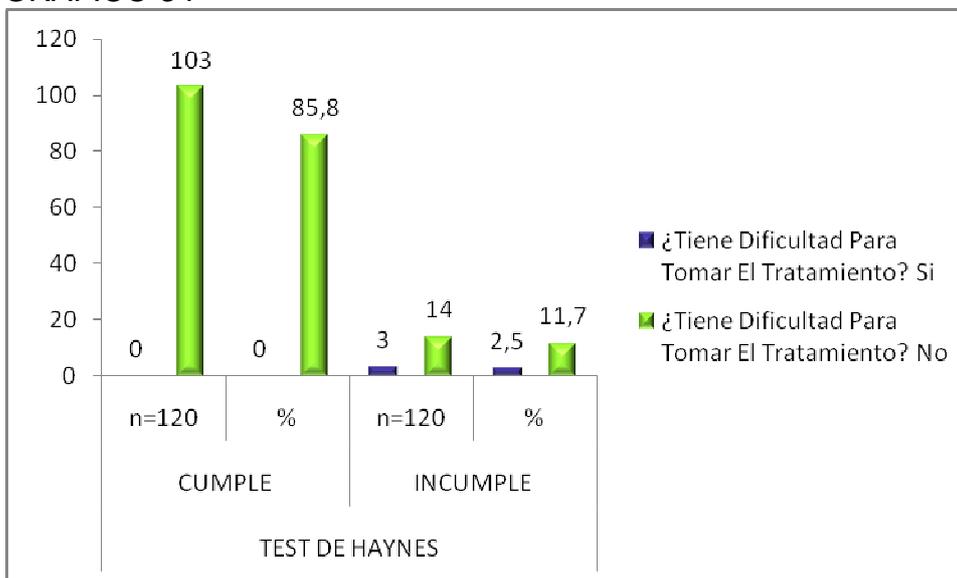


## IV – METODOLOGÍA

**Tabla.21.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de la dificultad manifestada por el paciente para tomar el tratamiento.**

Tabla.21		TEST DE HAYNES				$\chi^2$	P
		CUMPLE		INCUMPLE			
		n=120	%	n=120	%		
¿Tiene Dificultad Para Tomar El Tratamiento?	Si	0	0,0	3	2,5	18,643	<b>&lt;0,001 (Fisher =0,002)</b>
	No	103	85,8	14	11,7		

**GRÁFICO 34**

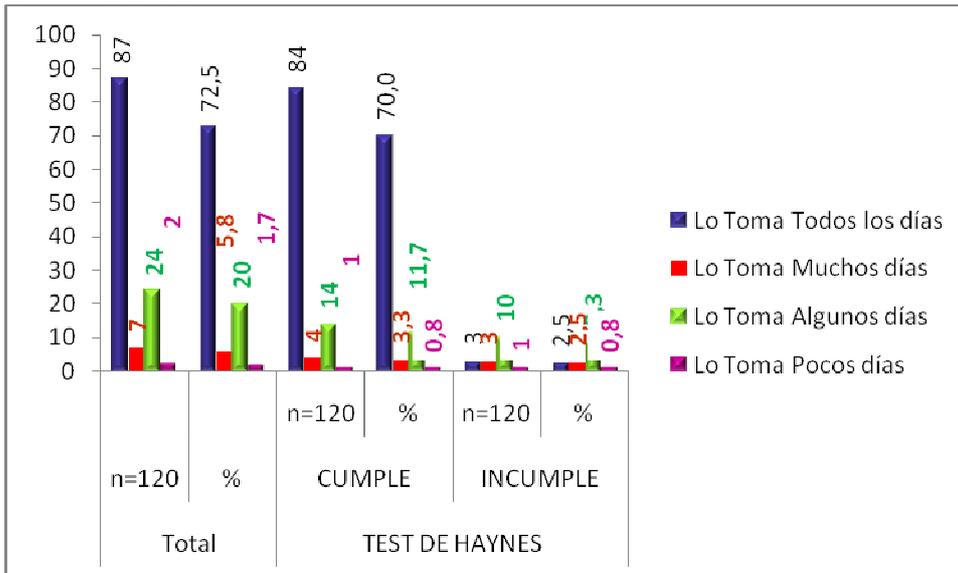


**Tabla.22.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de si el paciente toma el tratamiento con la posología necesaria.**

Tabla.22		Total		TEST DE HAYNES				$\chi^2$	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%		
Lo Toma	Todos los días	87	72,5	84	70,0	3	2,5	29,997	<b>&lt;0,001</b>
	Muchos días	7	5,8	4	3,3	3	2,5		
	Algunos días	24	20	14	11,7	10	8,3		
	Pocos días	2	1,7	1	0,8	1	0,8		

## IV – METODOLOGÍA

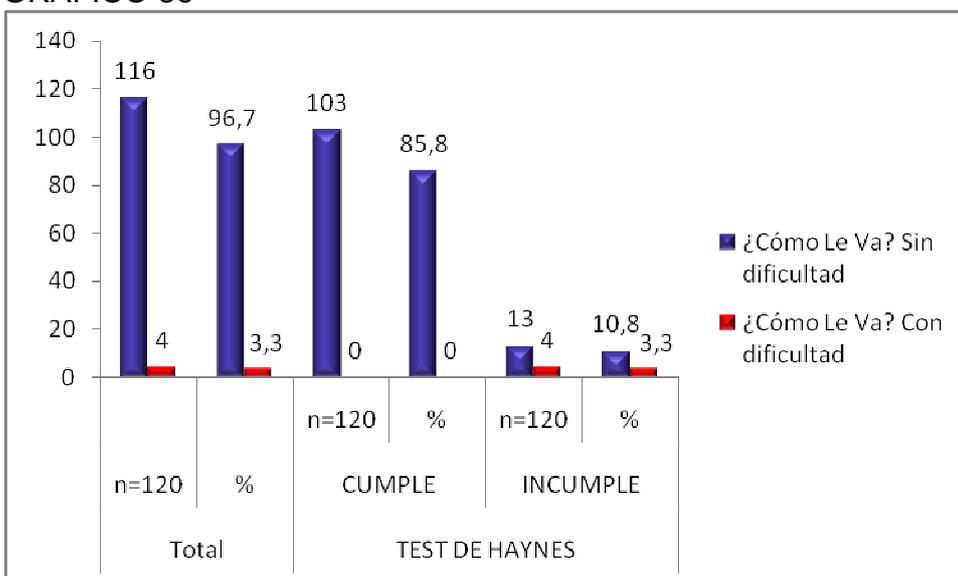
**GRÁFICO 35**



**Tabla.23.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de cómo le va al paciente para tomar el tratamiento.**

Tabla.23		Total		TEST DE HAYNES				χ <sup>2</sup>	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE			
¿Cómo Le Va?		n=120	%	n=120	%	n=120	%	25,071	<0,001 (Fisher =0,000)
		Sin dificultad	116	96,7	103	85,8	13		
	Con dificultad	4	3,3	0	0,0	4	3,3		

**GRÁFICO 36**

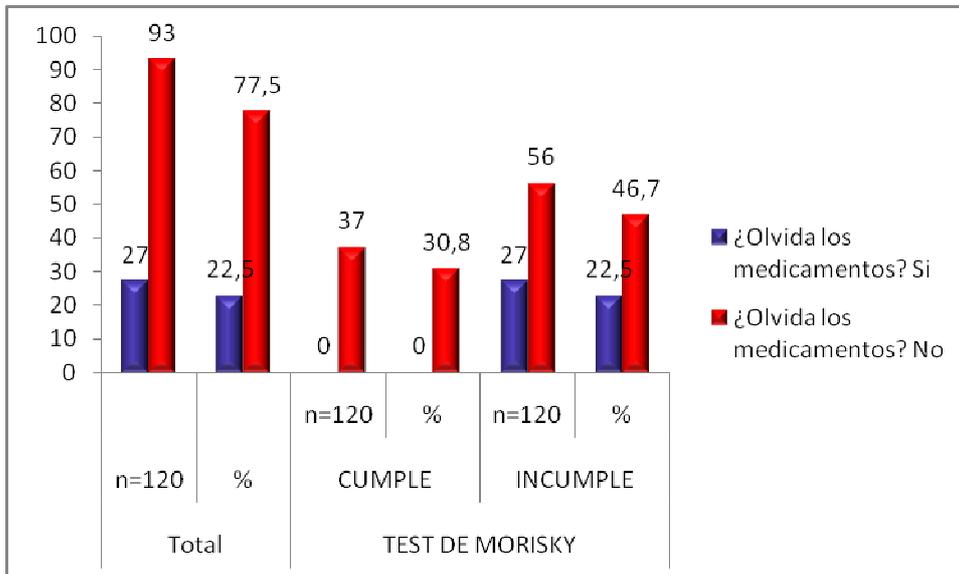


## IV – METODOLOGÍA

**Tabla.24.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del olvido por el paciente para tomar el tratamiento.**

Tabla.24		Total		TEST DE MORISKY				$\chi^2$	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%		
¿Olvida los medicamentos?	Si	27	22,5	0	0	27	22,5	15,531	<0,001 (Fisher =0,000)
	No	93	77,5	37	30,8	56	46,7		

**GRÁFICO 37**

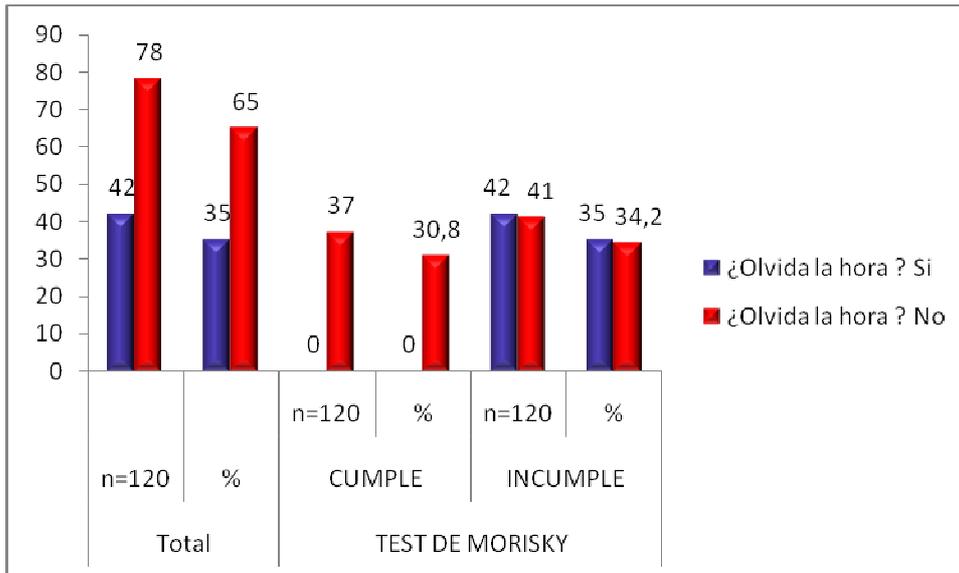


**Tabla.25.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del descuido horario manifestado por el paciente para tomar el tratamiento.**

Tabla.25		Total		TEST DE MORISKY				$\chi^2$	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%		
¿Olvida la hora ?	Si	42	35	0	0	42	35,0	28,804	<0,001 (Fisher =0,000)
	No	78	65	37	30,8	41	34,2		

## IV – METODOLOGÍA

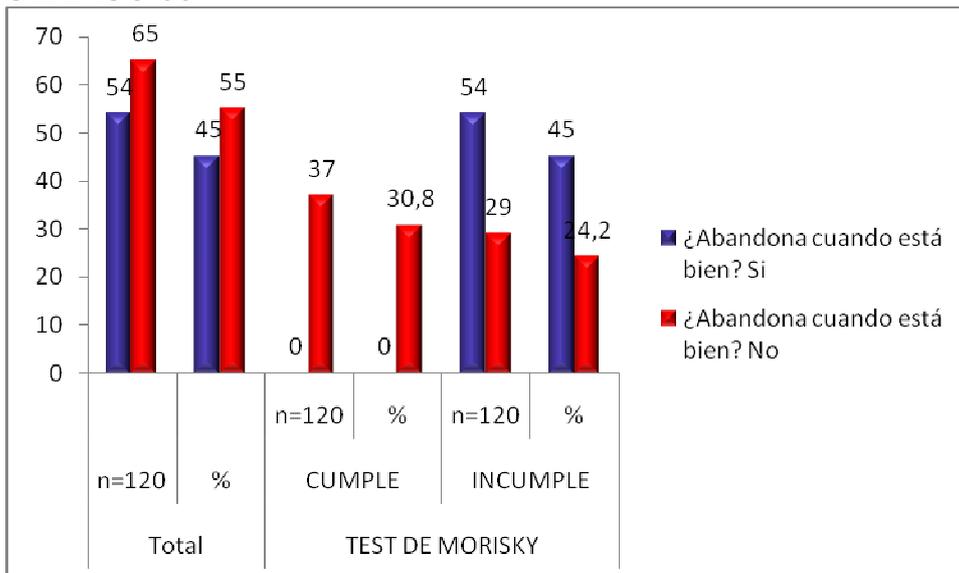
**GRÁFICO 38**



**Tabla.26.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del abandono del tratamiento por mejoría manifestado por el paciente.**

Tabla.26		Total		TEST DE MORISKY				X <sup>2</sup>	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%		
¿Abandona cuando está bien?	Si	54	45	0	0	54	45	43,768	<b>&lt;0,001 (Fisher =0,000)</b>
	No	65	55	37	30,8	29	24,2		

**GRÁFICO 39**

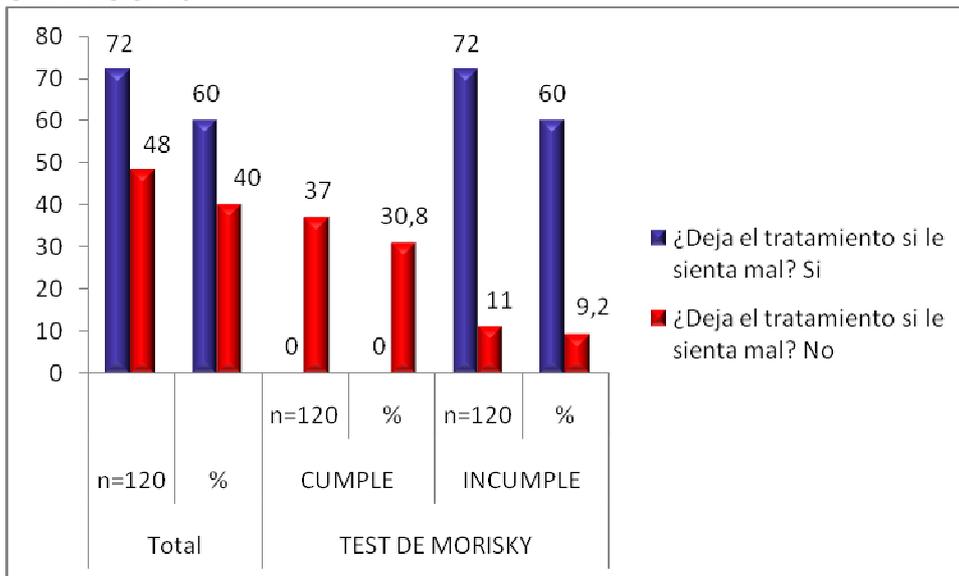


## IV – METODOLOGÍA

**Tabla.27.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del abandono por el paciente cuando el tratamiento le sienta mal.**

Tabla.27		Total		TEST DE MORISKY				χ <sup>2</sup>	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%		
¿Deja el tratamiento si le sienta mal?	Si	72	60	0	0	72	60	80,241	<b>&lt;0,001 (Fisher =0,000)</b>
	No	48	40	37	30,8	11	9,2		

**GRÁFICO 40**

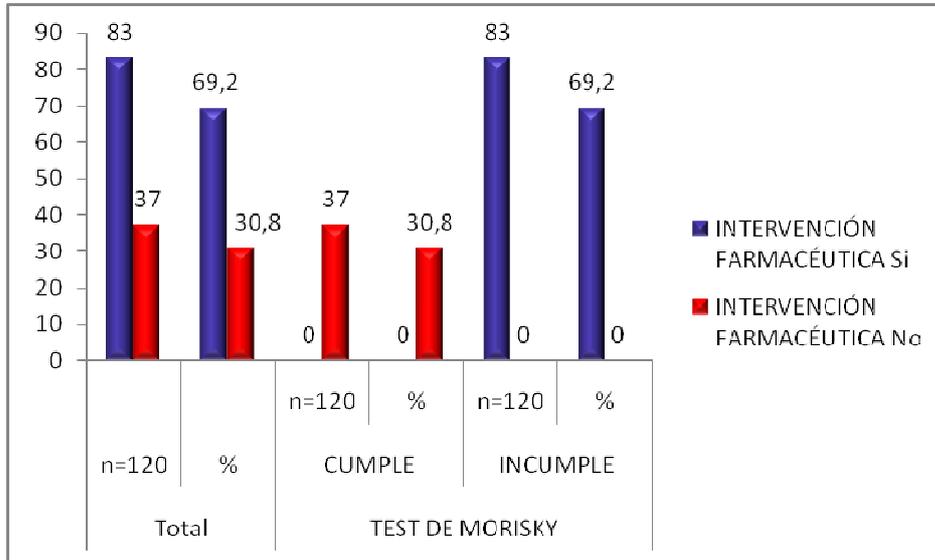


**Tabla.28.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función de la intervención farmacéutica.**

Tabla.28		Total		TEST DE MORISKY				χ <sup>2</sup>	P
		n=120	%	CUMPLE		INCUMPLE			
				n=120	%	n=120	%		
INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	Si	83	69,2	0	0,0	83	69,2	120	<b>&lt;0,001 (Fisher =0,000)</b>
	No	37	30,8	37	30,8	0	0,0		

## IV – METODOLOGÍA

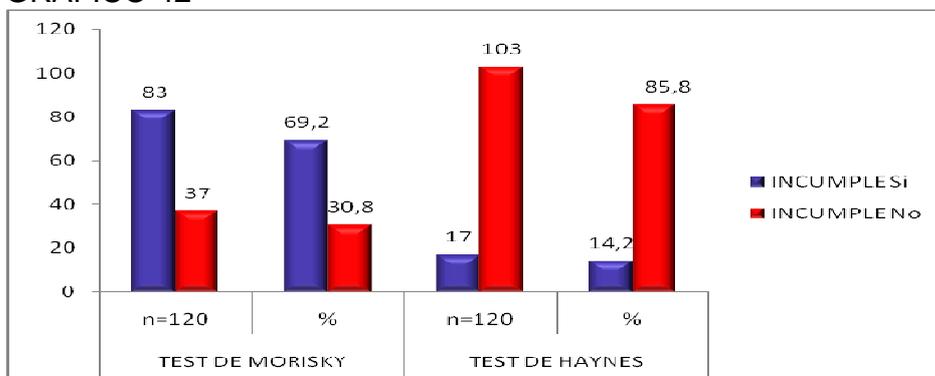
**GRÁFICO 41**



**Tabla.29.- Grado de incumplimiento del tratamiento en función del TEST a que es sometido el paciente.**

Tabla.29		TEST DE MORISKY		TEST DE HAYNES	
		n=120	%	n=120	%
INCUMPLE	Si	83	69,2	17	14,2
	No	37	30,8	103	85,8

**GRÁFICO 42**



## IV – METODOLOGÍA

**Tabla.30.- Intervenciones farmacéuticas realizadas en TMG según género**

Intervención		Total		Hombre		Mujer		$\chi^2$	p
		n=195	%	n=117	%	n=78	%		
Se recuerda la importancia de tomar el fármaco cuando el paciente se olvida	Si	27	13,8	16	8,2	11	5,6	0,364	0,546 (Fisher=0,662)
	No	93	47,7	49	25,1	44	22,6		
Se indica la importancia que tiene la posología cuando incumple el horario	Si	42	21,5	27	13,8	15	7,7	2,665	0,103 (Fisher=0,126)
	No	78	40,0	38	19,5	40	20,5		
Se le explica la trascendencia de acabar el tratamiento ante el abandono del fármaco	Si	54	27,7	33	16,9	21	10,8	1,907	0,167 (Fisher=0,199)
	No	66	33,8	32	16,4	34	17,4		
Se remite el paciente al médico cuando presenta efectos secundarios al fármaco	Si	72	36,9	41	21,0	31	15,9	0,559	0,454 (Fisher=0,462)
	No	48	24,6	24	12,3	24	12,3		

## IV – METODOLOGÍA

---

### IV.7.DISCUSIÓN.

El estudio realizado sobre el grado de incumplimiento del tratamiento almagato-omeprazol a través de las encuestas (Anexo I), se ha llevado a cabo en una oficina de farmacia situada en el centro de la ciudad de Ibiza, en el período del 15 de Octubre al 31 de Octubre del 2009.

Del análisis y estudio de todos los aspectos que han resultado de las pruebas, hemos obtenido una serie de observaciones que discutiremos a lo largo de este apartado.

La utilidad de los fármacos ALMAGATO y OMEPREZOL para reducir la morbimortalidad en trastornos gástricos originados por aumento de las secreciones ácidas es bien conocida. Un mal cumplimiento compromete seriamente su eficacia, causando morbimortalidad evitable, lo que provoca “una considerable carga para el paciente y la administración sanitaria<sup>1,2,3</sup>. Para poder mejorar el cumplimiento terapéutico, el primer paso es identificar qué factores lo condicionan o, al menos, con qué factores se asocia. Como las causas que condicionan el mayor o menor cumplimiento terapéutico pueden tener importantes variaciones dependiendo del país, tiene gran interés contar con datos locales. En general existen pocos datos sobre los factores que determinan el cumplimiento terapéutico en nuestro país, esto es también verdad para el cumplimiento terapéutico en alteraciones gástricas originadas por alteraciones de la acidez.

## IV – METODOLOGÍA

---

### DIFICULTADES OBSERVADAS EN EL ESTUDIO.

Habiendo realizado la hoja de recogida de datos del 15 al 31 Octubre tenemos una población total de 120 pacientes. De este modo por no ser un gran tamaño de muestra resulta difícil obtener relaciones significativas con la variable cumplimiento, ya que el cumplimiento terapéutico depende en gran parte de factores individuales intangibles.

Una de las mayores dificultades para evaluar el cumplimiento fármaco terapéutico es el problema del efecto de sentirse observado, o sea, que siempre que un paciente es consciente de que su cumplimiento está siendo evaluado, mejora el cumplimiento haciendo imposible evaluar con precisión el cumplimiento real en la práctica. Este efecto también tiene influencia sobre el farmacéutico, ya que su actitud se modifica al sentirse observado.

Por otro lado, el cumplimiento medido en los test es el de la práctica farmacéutica ya que está específicamente diseñado para detectarlo. En nuestro estudio, tenemos las dificultades propias de este tipo de estudio, entre las que se cuentan la dificultad para conseguir datos de calidad, la ausencia frecuente de variables importantes de interés.

Pese a la diversidad de variables predictivas que influyen sobre el cumplimiento fármaco terapéutico, sólo una pequeña parte de la variable cumplimiento pudo ser explicada con el modelo. Esto es consistente con la naturaleza del propio cumplimiento, afectado por infinidad de factores de orden psicológico, emocional y

## IV – METODOLOGÍA

---

social que son muy difíciles de cuantificar en un estudio. Este hecho explica también la dificultad para encontrar factores que influyan en el cumplimiento terapéutico con tamaños de muestra pequeños. Además, existen limitaciones propias del método de valoración del cumplimiento, ya que la dispensación no significa necesariamente que el paciente se tome la medicación. Lo cierto es que ningún método de valoración del cumplimiento es perfecto y este método, es valioso, porque la mayoría de los pacientes no intentan engañar a propósito a los farmacéuticos.

Otras limitaciones importantes son que la encuesta no está validada y que no se hace seguimiento del paciente por lo que no medimos la sensibilidad de la prueba de incumplimiento en el tiempo.

Como resultado podemos constatar que la encuesta se ofreció a 120 pacientes que accedieron de bastante buen grado al estudio y cuya receptividad nos dejó gratamente sorprendidos, así mismo, todos ellos fueron finalmente incluidos en el estudio sin necesidad de excluir a ninguno debido a un esmerado trabajo de explicación al paciente por parte de los encuestadores y a su gran meticulosidad en la toma de datos.

### INCUMPLIMIENTO EN LOS FÁRMACOS ESTUDIADOS

Tomando el valor del test de MGL 7 de cada 10 pacientes de la población encuestada incurre en un incumplimiento del tratamiento valor similar a los recogidos en bibliografía<sup>4,5,6,8,9</sup>, no habiendo encontrado diferencia significativa

## IV – METODOLOGÍA

---

entre hombres y mujeres según se desprende de la tabla 6 para ninguno de los dos test, ( $p=0,418$  en Test MGL y  $p=0,677$  en Test Haynes).

En este estudio hemos encuestado personas de más de cinco nacionalidades diferentes (español, inglés, francés, alemán, sudamericano, norteamericano, otros). Esta variedad de nacionalidades es debida a la situación de la farmacia, ubicada en el centro de Ibiza y tener población extranjera residente en la isla, que ha dado como resultado un menor incumplimiento por parte de la población alemana frente una mayor de los españoles y sudamericanos. Estas observaciones pueden ser debidas a que en España y Sudamerica no se han realizado campañas publicitarias para la concienciación y buen uso de los medicamentos en los pacientes hasta hace poco, además el seguimiento de las prescripciones en las oficinas de farmacia comunitarias, por los farmacéuticos está empezando a desarrollarse de una forma mejor organizada y protocolizada. Por esto vemos la necesidad de estrategias e intervenciones en educación, conducta y entorno socio-sanitario que nos permitan proteger adecuadamente a nuestros pacientes<sup>9,10</sup> y que la Atención Farmacéutica es una de las vías más directas para hacer llegar la información a la población pero no hemos de descartar ninguna otra vía informativa para el buen uso de los fármacos, como campañas de concienciación sobre el uso de los fármacos, campañas de revisión de los botiquines,...

## IV – METODOLOGÍA

---

La diferencia de resultados no está relacionada sólo con la nacionalidad del encuestado sino también con otros aspectos, como la edad, donde se observa como tendencia el que los pacientes mayores cumplen mejor a mayor edad según TEST DE MGL sin que  $p=0,137$  sea significativa, con el TEST DE HAYNES se observa un mayor incumplimiento para edades entre 41 y 65 años y tampoco son diferencias significativas pues  $p=0,402$ . Estos datos nos aparecen en contra de otros estudios<sup>5</sup> que pregonizan que el aumento de la edad va acompañado de un deterioro cognitivo que puede constituir un factor de incumplimiento mayor.

En función del entorno familiar no se dan valores estadísticamente significativos en ninguno de los dos test, pero hay una tendencia a que incumpla más el que no vive solo, esto puede ser debido a que la otra persona puede incitar a un incumplimiento sugiriendo tomar un fármaco para encontrarse mejor o abandonar un tratamiento en contra de aquellos que afirman que el aislamiento social puede favorecer el incumplimiento<sup>5</sup>.

El nivel de estudios tampoco influye en un mayor o menor incumplimiento de forma estadísticamente significativa en los dos test realizados. Este factor es controvertido, porque se ha encontrado algún estudio que corrobora una relación inversa entre incumplimiento y nivel cultural<sup>5</sup>.

## IV – METODOLOGÍA

---

### OTROS FACTORES A DESTACAR

Aproximadamente 7 de cada diez usuarios objeto de este estudio en la farmacia comunitaria en que nos encontramos, incumple el tratamiento para alteraciones gástricas que tienen como origen un trastorno de la acidez, siendo de los fármacos estudiados, el omeprazol el principio activo más demandado frente a almagato, esto puede ser debido a que se le reconocen mejores propiedades para su prescripción en patologías crónicas, que son las que en un mayor ratio se nos han presentado 6 de cada 10 frente a 4 de cada 10 en agudos, quizás en el Test de MGL, también por el mayor consumo de omeprazol nos aparece una tendencia no significativa de un mayor incumplimiento entre los que lo utilizan como fármaco de tratamiento para alteraciones gástricas causadas por un aumento de la acidez. Éstos datos han constituido el objetivo principal del trabajo de estudio.

En cuanto al consumo de alcohol existen valores estadísticamente significativos con  $p=0,006$  para el Test de MGL que indica que no existe diferencia para incumplimiento en relación al consumo o no de alcohol, dato que parece confirmar el Test de Haynes aunque este no es significativo ( $p=0,477$ ), esto nos indicaría que aunque el alcohol es un factor agresivo que puede aumentar la incidencia de pirosis según refleja la bibliografía no refrenda un mayor incumplimiento del tratamiento.

Para el consumo de café tenemos una situación idéntica según reflejan ambos Test de forma no significativa, aunque el café por su contenido en cafeína es un

## IV – METODOLOGÍA

---

factor agresivo que puede aumentar la incidencia de pirosis según refleja la bibliografía no refrenda un mayor incumplimiento del tratamiento.

El hábito de consumo de tabaco según el TEST de HAYNES si puede ser estadísticamente significativo ( $p=0,04$ ) diciendo que el grado de incumplimiento en el total de la población es similar entre fumadores 7 de cada 10 y no fumadores 8 de cada 10, pero apreciándose que los no fumadores cumplidores con el tratamiento son aproximadamente el triple respecto de los cumplidores fumadores; si nos fijamos en el Test de MGL los datos no son significativos ( $p=0,084$ ) pero parecen confirmar que los no fumadores cumplidores son en proporción 5 veces más numerosos que los fumadores cumplidores.

Para la prueba analítica de *H.Pylori* tampoco obtenemos valores estadísticamente significativos de incumplimiento entre personas que se hayan realizado la prueba analítica de *H.Pylori* frente a los que no se la han realizado. Si bien se aprecia una tendencia a un mayor cumplimiento en ambos test entre los pacientes que se han realizado la prueba.

Para los pacientes que presentan algún tipo de alergia a medicamentos nos aparece un valor significativo ( $p=0,018$ ) en el test de MGL que nos refleja que incumplen más aquellos pacientes que no tienen ningún tipo de alergia a los medicamentos frente a los que si la tienen.

Respecto al motivo de la consulta no obtenemos diferencias significativas, pero observamos que la demanda de tratamiento es mayor en el caso de Prevención de lesiones gástricas y patologías como Dispepsia Recurrente, Úlcera y Hernia de Hiato, siendo menor en el caso de ERGE, patologías que cursen con *H.Pylori* y

## IV – METODOLOGÍA

---

Gastropatías por AINE, por la prevalencia de las enfermedades en la muestra de población.

Si observamos la incidencia de la patología tenemos que aparece para el TEST de HAYNES un valor de  $p=0,008$  significativo de un mayor incumplimiento en aquellas patologías crónicas, el Test de MGL no es significativo para este valor pero parece confirmar dicha tendencia frente a las patologías agudas<sup>4,15,16,17,18</sup>.

No hay valores significativos de incumplimiento para aquellos pacientes que acuden con o sin prescripción a retirar los fármacos. Como tampoco existen entre aquellos pacientes que acuden con prescripción de médico general o de médico especialista. Por lo que debemos considerar que el incumplimiento se manifiesta por igual en pacientes con receta o sin ella, y entre los que reciben la prescripción del médico general o del especialista.

### DISCUSIÓN SEGÚN EL TEST EMPLEADO

El Test de HAYNES nos ofrece resultados significativos a la pregunta de si el paciente tiene dificultad para tomar el tratamiento ( $p=0,000$ ) puesto que todos aquellos que contestan que si son incumplidores, pero también observamos que hay una mayor cantidad de pacientes que habiendo contestado que no, son incumplidores.

A la segunda pregunta de la prueba de HAYNES nos da ( $p=0,000$ ) un valor significativo donde se aprecian que aquellos que contestan que toman la farmacoterapia todos los días son más cumplidores 7 de cada 10 frente a 3 de

## IV – METODOLOGÍA

---

cada 100 de incumplidores; para los que la toman muchos días hay tantos cumplidores como incumplidores e igual para los que la toman algunos días y pocos días.

A los pacientes que se les formula la 3ª pregunta de la prueba de HAYNES ¿Cómo les va con la farmacoterapia? De una forma significativa ( $p=0,000$ ) también aparece un mayor número de personas que no refieren ninguna dificultad con su tratamiento pero entre ellos aparece un mayor porcentaje de incumplidores que aquellos que refieren alguna dificultad.

Según los resultados obtenidos tras realizar el test de MGL para conocer las causas del incumplimiento aparece ( $p=0,000$ ) como valor significativo de que 5 de cada 10 en la población total incumple el tratamiento aunque no olvida tomar los medicamentos frente a 2 de cada 10 de los que olvidan tomar los medicamentos.

En el Test de MGL a la pregunta de ¿Olvida la hora de toma de los medicamentos? De forma significativa también ( $p=0,000$ ) no existe diferencia de incumplimiento entre los que no olvidan la hora (3 de cada 10 incurren en incumplimiento involuntario) y los que incumplen y que si la olvidan (4 de cada 10 incurren en incumplimiento voluntario), aunque también es evidente que 3 de cada 10 en la población total que cumplen son de los que no olvidan la hora de administración de la farmacoterapia.

A la pregunta de si abandona el tratamiento por mejoría manifiestan los pacientes de forma significativa ( $p=0,000$ ) que en un 5 de cada 10 de la población total si lo

## IV – METODOLOGÍA

---

abandonan (proporción bastante elevada) porque al notar mejoría y no presentar síntomas piensan que ya han erradicado el problema.

De igual manera cuando se les pregunta si abandona el tratamiento cuando le sienta mal un 6 de cada 10 manifiesta que sí (también margen elevadísimo)

### INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Hemos realizado una serie de intervenciones farmacéuticas a los pacientes en el transcurso de la dispensación sobre el total de los incumplidores (83 pacientes), así en la intervención realizada en el TMGL (aunque no existe diferencias entre géneros que sean de significación estadística o lo que es lo mismo hemos tenido que intervenir por igual en ambos sexos). A la pregunta: si alguna vez le sienta mal la medicación ¿deja de tomarla? Ante la respuesta afirmativa hemos aconsejado a 6 de cada diez de los encuestados acudir o ponerse en contacto con el médico para que le solucione el problema en caso de sentarle mal el fármaco, igual que a aquellos que abandona el tratamiento cuando se encuentran mejor. Para los pacientes que se olvidan de tomar el fármaco o que olvidan la hora de la toma hemos recomendado el uso de alarmas y pastilleros que recuerden las tomas, si bien en este caso hay una acusada tendencia al olvido de la hora bastante mayor en hombres que en mujeres casi del doble, aunque no significativa como antes mencionamos.



## **V. CONCLUSIONES**

## V – CONCLUSIONES

---

### **V.CONCLUSIONES.**

1.- En el tratamiento para alteraciones gástricas cuyo origen es un trastorno de la acidez, 7 de cada 10 pacientes del estudio, incumple. De los que usan el ALMAGATO, 6 de 10 son incumplidores y para los de OMEPRAZOL 7 de 10.

2.- Se nos solicitó ALMAGATO por 2 de cada 10 pacientes fundamentalmente para patologías agudas, y OMEPRAZOL por 8 de cada 10 en su mayoría para enfermedades crónicas.

3.- Según el Test de HAYNES, el perfil del paciente incumplidor, ya sea de almagato o de omeprazol, es un fumador, indistintamente de que la patología sea aguda o crónica, con dificultad para tomar su tratamiento, bien porque lo manifiesta directamente el paciente, bien por cumplimiento de la posología o porque el tratamiento no le va de una forma adecuada.

4.- Para el Test de Morisky Green Levine, el perfil del paciente incumplidor del tratamiento con almagato o con omeprazol, es ser de origen español o sudamericano, fumador, sin alergias a medicamentos, que olvida la posología y abandona el fármaco cuando se encuentra bien o cuando le sienta mal.

5.- En nuestro estudio, el Test de Morisky Green Levine, detecta mayor número de incumplimientos, hasta 5 veces más, que cuando se usa el Test de HAYNES. Según nuestros resultados, propondríamos el uso del test de Morisky Green Levine para medir la falta de adherencia en pacientes que utilicen omeprazol o antiácidos desde la farmacia comunitaria. El Test de HAYNES nos parece de una menor sensibilidad al incumplimiento farmacoterapéutico.

6.- En definitiva, algunas Características del Paciente, la Atención Farmacéutica, el Seguimiento del Farmacéutico, el Fármaco y la Simplicidad del tratamiento se relacionan con el cumplimiento. Aunque debe ser mejorado

## V – CONCLUSIONES

---

por la dificultad para conseguir datos de calidad y la ausencia de algunas variables importantes de interés, el diseño de la prueba es adecuado para detectar incumplimiento y puede resultar efectivo en la práctica en Oficina de Farmacia Comunitaria.



## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

### IX.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Helpler CD. Pharmaceutical care in the older patient. Hospital Pharmacy Europe 2002; 6: 55-57.
2. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carne X, Nogue S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. Med Clin (Barc) 2002; 118 (6): 205-10
3. Bhala N., Duggan C., Dhillon S. The Incidence and Nature of Drug Related Admissions to Hospital; Pharm J (2003) 270; 26 de abril: 583-586
4. Haynes R. B., McDonald Heather P., Garg Amit X., Helping Patient Follow Prescribed Treatment; JAMA (2002) 288; N°22 : 2880-2883.
5. Laredo L.M., Vargas E., y Moreno A. Utilización de fármacos en geriatría. En: Velazquez. Farmacología Básica y Clínica. 17ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. 2005; 53 :1115-1119.
6. Genua I., Miró B., Herranz R. et al. Geriatría. Libro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 3ª edición. 2002. Disponible en: [http://sefh.interguias.com/libros/tomo2/Tomo2\\_Cap8.pdf](http://sefh.interguias.com/libros/tomo2/Tomo2_Cap8.pdf) (Vista 30 de octubre de 2006).
7. Piña Mª J., Espada I., Farmacéuticos del Departamento Técnico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Comunicación: LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PACIENTE MAYOR. <http://www.ceoma.org/viii-congreso/pdfs/comunicaciones/Comunicacion-43.pdf> (Vista 30 de octubre de 2007).

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

8. Bofill C et al. Intervención sobre uso racional del medicamento: Experiencia piloto en centros de atención primaria y las farmacias de su entorno *Pharm Care Esp* 2006;8(5):209-217
9. Riera, J. La mayoría de pacientes con depresión realiza un bajo cumplimiento. El boticario debe insistir en la adherencia *Correo Farmacéutico* (España), 4 de diciembre de 2006
10. Beecroft GJ, Generis drug policy in Australia España: Cuatro nuevos estudios sobre el uso de antibióticos Editado por Boletín Fármacos
11. En base a la Nota de Prensa de la Universidad CEU Cardenal Herrera, “La Atención Farmacéutica puede reducir en un 69% la automedicación con antibióticos”, junio de 2007.
12. González J, Orero A., Prieto J y Grupo Urano, Almacenamiento de antibióticos en los hogares españoles, *Rev Esp Quimioterap* 2006;19(3):275-285. (Sociedad Española de Quimioterapia) Disponible en: [www.seq.es/seq/0214-3429/19/3/Original\\_J\\_Gonzalez.pdf](http://www.seq.es/seq/0214-3429/19/3/Original_J_Gonzalez.pdf) (Vista 30 de octubre de 2006).
13. Lázaro E., De Abajo FJ., Informe: Uso de antibióticos en España. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. El informe está disponible en la página de AEMPS a través de este enlace: [www.agemed.es/profHumana/observatorio/docs/Evo\\_uso\\_antibioticos96-06.pdf](http://www.agemed.es/profHumana/observatorio/docs/Evo_uso_antibioticos96-06.pdf) (Vista 30 de octubre de 2007).
14. Díez M<sup>a</sup> A. Tesis: “Ensayo clínico sobre la eficacia de la amoxicilina / ác. clavulánico frente a placebo, en la prevención de infección

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

- postoperatoria, tras la exodoncia de terceros molares inferiores incluidos". El trabajo ha sido publicado en Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology, y en Journal of Dental Research. Los comentarios aquí vertidos sobre el estudio son en base a la nota publicada el 17 de julio de 2007 en el diario El País (España) titulada: "España: Los dentistas usan demasiados antibióticos", a cargo de Mónica L. Ferrado. [http://www.boletinfarmacos.org/search/proxy.pl?terms=incumplimiento%20farmacoterapeutico&url=http%3A%2F%2Fwww.boletinfarmacos.org%2F092007%2FPrescripci%F3n%2C\\_Farmacia\\_y\\_Utilizaci%F3n\\_eur.asp](http://www.boletinfarmacos.org/search/proxy.pl?terms=incumplimiento%20farmacoterapeutico&url=http%3A%2F%2Fwww.boletinfarmacos.org%2F092007%2FPrescripci%F3n%2C_Farmacia_y_Utilizaci%F3n_eur.asp) (Vista 30 de octubre de 2008).
15. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-2427.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo/Asociación Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la hipertensión arterial. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: Idepasa; 1996
17. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002. Hipertensión 2002; 19 ( supl 3, mayo).
18. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. Journal of Hypertension 2003; 21: 1011-1053]

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

19. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7- Complete Version. Hypertension. 2003; 42:1206-1252.
20. Valdivielso P. Perspectivas terapéuticas del ezetimibe y los inhibidores selectivos de la absorción del colesterol. Clin Invest Arterioscl 2004; 16(2): 70-73.
21. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002;360: 7-22.
22. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/texCAPS. JAMA 1998;279:1615-22.
23. Frolkis FP, Pearce GL, Nambi V, Minor S, Sprecher DL. Statins do not meet expectations for lowering low-density lipoprotein cholesterol levels when used in clinical practice. Am J Med 2002;113: 625-629.
24. Riesen WF, Darioli R, Noll G. Lipid lowering therapy: strategies for improving compliance. Curr Med Res Opin 2004; 20(2): 165-173.
25. LaRosa JC, LaRosa JH. Enhancing drug compliance in lipid lowering treatment. Arch Fam Med. 2000; 9: 1169-1175.
26. Piñeiro F, Gil V, Pastor R, Donis M, Torres MT, Merino J. Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. Aten Primaria 1998; 21: 425-430.

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

27. Márquez E, Casado JJ, López M, Corés E, López JM, Moreno JP, et al. Cumplimiento terapéutico de las dislipemias. Ensayo sobre la eficacia de la educación sanitaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 79-84.
28. <http://www.atencionfarmaceutica2009.org/pag/conclusiones.html> (Visto 30 de Octubre de 2009)
29. Andrés JC, Andrés NF, Fornos JA. Estudio sobre cumplimiento en antibioterapia. *Bim Farma* 2004; 48: 6-10.
30. Barbero JA, Quintas AM, Camacho JE. Deshabitación tabáquica desde la farmacia comunitaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 693-696.
31. <http://vihpositivo.com/elcumplimientoterapeutico.htm>. (Vista 30 de octubre de 2008).
32. Morcillo Sánchez, EJ., Cortijo Gimeno, J. Úlcera péptica y otros trastornos gastroesofágicos. Plan Nacional de Formación Continuada en Farmacología y Farmacoterapia. Módulo V: Avances en Farmacología del Aparato Digestivo y Oncología. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España : 63-88.
33. Manual Merck Sharp & Dohme de España, S.A. Madrid, España. 2005; Sección 9; Trastornos gastrointestinales; 101. [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_09/seccion\\_09\\_101.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_09/seccion_09_101.html) (Vista 30 de octubre de 2008).
34. Orsi, M.; Donato Bertoldi, M.. Reflujo gastroesofágico, consulta frecuente que desafía al pediatra. *Conexión Pediátrica*, Norteamérica, 119 05 2008. <http://www.conexionpediatrica.org/index.php/conexion/article/view/64>(Vista 30 de octubre de 2008).

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

35. American Gastroenterological Association. Patient Center. Digestive Conditions. Heartburn/GERD. Medical information from the AGA. <http://www.gastro.org/wmspage.cfm?parm1=849> (Vista 30 de octubre de 2008).
36. Medcyclopedia. Gastroenterología. Síntomas de patologías digestivas. Pirosis. <http://www.iqb.es/digestivo/patologia/s003.htm> (Vista 30 de octubre de 2008).
37. GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE GASTROENTEROLOGÍA. [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gastro/ulcera\\_peptica.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/ulcera_peptica.pdf) (Vista 30 de octubre de 2008).
38. Yriberry S. Dispepsia: desde una definición óptima hasta el correcto tratamiento ¿cuánto se ha progresado? [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades\\_digestivo/v05\\_n4/pdf/dispepsia.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_digestivo/v05_n4/pdf/dispepsia.pdf) (Vista 30 de octubre de 2008).
39. Saucedo R. Temas de Farmacología. Farmacología del aparato digestivo. Control de la secreción ácida. Antihistamínicos H2. Diapositiva 3. <http://www.ugr.es/~rsaucedo/temas/digesti2/sld003.htm> (Vista 30 de octubre de 2008).
40. Lorenzana-Jiménez M., Rojas-Mejía Y., Campos-Sepulveda A.E., Figueroa-Hernández J.L., Mendoza Patiño N., Gijón E., Cortés M<sup>ª</sup>T., Santoyo S. Aprendizaje basado en problemas. Revista Facultad Medicina UNAM Vol.44;1:42-44. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un011k.pdf> (Vista 30 de octubre de 2008).

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

41. Florez J., Armijo J.A., Mediavilla A.. Farmacología humana. Transmisión colinérgica. 2004: 13; 235,237 45;790
42. Salin-Pascual, R. Neurobioquímica y Psicofarmacología de las enfermedades psiquiátricas.. Publicado por Lulu.com, 2008:55, 57
43. Horga JF, Lasso de la Vega M, Zapater P. Medicamentos. Información y evaluación de novedades terapéuticas. Informe nº 12. Unidad de Farmacología Clínica. Hospital General Universitario de Alicante. Dirección General para la Prestación Farmacéutica. Revisión Septiembre 2001. <http://www.san.gva.es/docs/medicamentos/f12.pdf> (Vista 30 de octubre de 2008).
44. Corbacho A. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA DIGESTIVA EN ATENCIÓN FARMACEÚTICA. Publicado en [correofarmaceutico.com](http://correofarmaceutico.com) el 02/02/04; 1:10
45. Recomendaciones sobre el uso del medicamento Selección de medicamentos Medidas preventivas Medidas dietéticas Educación sanitaria: acidez gástrica 50 FARMACIA PROFESIONAL VOL 18 NÚM 3 MARZO 2004; 48-51
46. <http://www.scribd.com/doc/5033292/Manual-Practico-de-Nutricion-en-Pediatria> (Vista 20 de Octubre de 2009)
47. [http://www.doymafarma.com/doymafarma/ctl\\_servlet?\\_f=37&id=1309550](http://www.doymafarma.com/doymafarma/ctl_servlet?_f=37&id=1309550) 7 (Vista 30 de Octubre de 2009)
48. [http://www.medicinageneral.org/revista\\_70/pdf/27\\_30.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_70/pdf/27_30.pdf) (Vista 30 de octubre de 2008).

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

49. Dent J, ElSerag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2005; 54:7107.
50. Chang AB, Lasserion T, Gaffney J, Connor FC, Garske LA. Gastroesophageal reflux treatment for prolonged nonspecific cough in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2):CD004823.
51. Moayyedi P, Delaney B, Forman D. Gastroesophageal reflux disease. *Clinical Evidence*, BMJ Publishing Group. Updated July 2004.
52. Karkos PD, Wilson JA. Empiric treatment of laryngopharyngeal reflux with proton pump inhibitors: A systematic review. *Laryngoscope*. 2006; 116:144-8.
53. Olmos J, Pogorelsky V. Manejo de la dispepsia en adultos en atención primaria. *Evid actual pract ambul* 2005; 8: 79-82.RC
54. Mostafizur Khan, Jose Santana, Clare Donnellan, Cathryn Preston, Paul Moayyedi Tratamientos médicos para el tratamiento a corto plazo de la esofagitis por reflujo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
55. Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. Tratamiento del reflujo ácido para la ronquera (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

## VII – BIBLIOGRAFÍA

---

56. Delaney B, Ford AC, Forman D, Moayyedi P, Qume M Estrategias de tratamiento inicial para la dispepsia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)



## VII – ANEXO

### X.- ANEXOS.

#### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

### ENCUESTA DE INCUMPLIMIENTO FÁRMACO TERAPÉUTICO EN (ALMAGATO Y OMEPRAZOL)

Nacionalidad <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> (África) <input type="checkbox"/> (América Sur) <input type="checkbox"/> (A.Norte) <input type="checkbox"/> Otros				
Edad.....		<input type="checkbox"/> (16-40 años)	<input type="checkbox"/> (40-65 años) <input type="checkbox"/> (>65 años)	
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre			
	<input type="checkbox"/> Mujer	¿Está embarazada o intentando quedarse embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		¿Es madre lactante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Peso.....Kg .				
¿Bebe alcohol?		<input type="checkbox"/> Sí ¿cuánto?	<input type="checkbox"/> No	
¿Bebe café?		<input type="checkbox"/> Sí ¿cuánto?	<input type="checkbox"/> No	
¿Fuma?		<input type="checkbox"/> Sí ¿cuánto?	<input type="checkbox"/> No	
Situación social		<input type="checkbox"/> Sí Vive Solo	<input type="checkbox"/> No	
Nivel cultural: Estudios		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Primarios	<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Secundarios		
		<input type="checkbox"/> Universitarios		
		Pruebas analíticas. <i>Helicobacter pylori</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido alguna vez algún problema de alergia, reacciones o problemas con algún fármaco?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Para qué Patología está tomando el fármaco?		¿Cuál es el Tratamiento?		Actuación Farmacéutica
<input type="checkbox"/> <b>Úlcera gastro-duodenal</b> <input type="checkbox"/> <b>ERGE</b> <input type="checkbox"/> <b>Hernia Hiato</b> <input type="checkbox"/> <b>H.pylori</b> <input type="checkbox"/> <b>Gastropatía AINEs</b> <input type="checkbox"/> <b>Dispepsias Recurrentes</b> <input type="checkbox"/> <b>PREVENTIVO por tratamiento con medicamentos susceptibles de causar daños gástricos</b>	Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Almagato</b>  <input checked="" type="checkbox"/> <b>Omeprazol</b>	<input type="checkbox"/> Prescrito  ¿Por quién? <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Familiares, conocidos  <input type="checkbox"/> No Prescrito	<input type="checkbox"/> Se dispensa <input type="checkbox"/> No se dispensa <input type="checkbox"/> Deriva a médico

## VII – ANEXO

### CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN DEL AUTOCUMPLIMIENTO

<b>Test de Haynes y Sackett</b>					
La mayoría de las personas, por una u otra razón, tienen dificultad para tomar su tratamiento ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?	<input type="checkbox"/> Si  <input type="checkbox"/> No				
Para los que respondan que no tienen dificultad se insiste ¿cómo los toma?	<input type="checkbox"/> Todos los días.... <input type="checkbox"/> Muchos días.... <input type="checkbox"/> Algunos días.... <input type="checkbox"/> Pocos días <input type="checkbox"/> Rara vez				
Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos; ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?	SIN DIFICULTAD CON DIFICULTAD				
Si tiene dificultad en alguna de las preguntas se considera incumplidor.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;">Incumplimiento</td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Incumplimiento	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Incumplimiento	<input type="checkbox"/> Si				
	<input type="checkbox"/> No				

<b>Test de Morisky- Green</b>							
¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su enfermedad?	Incumple:	<input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Si →	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Intervención farmacéutica</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si						
	<input type="checkbox"/> No						
¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	Incumple:	<input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Si →	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Intervención farmacéutica</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si						
	<input type="checkbox"/> No						
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		<input type="checkbox"/> No 0  <input type="checkbox"/> Si →	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Intervención farmacéutica</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si						
	<input type="checkbox"/> No						
Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarlo?	Incumple:	<input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Si →	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Intervención farmacéutica</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Intervención farmacéutica	<input type="checkbox"/> Si						
	<input type="checkbox"/> No						
Según los autores y las validaciones por ellos publicados, se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no adherentes a quienes contestan Si a una o más.		Se considera que el paciente:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Cumple</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No Cumple</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Cumple	<input type="checkbox"/> No Cumple		
<input type="checkbox"/> Cumple							
<input type="checkbox"/> No Cumple							

