

TESIS DOCTORAL
FACULTAD DE FARMACIA



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Adherencia y persistencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2: perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes en el ámbito sanitario español.

Estudio ADHERI2

Elena Labrador Barba

Granada, 2017

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Elena Labrador Barba
ISBN: 978-84-1306-117-7
URI: <http://hdl.handle.net/10481/54917>

Adherencia y persistencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2: perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes en el ámbito sanitario español.

Estudio ADHERI2

Memoria que presenta D^a Elena Labrador Barba

Para aspirar al grado de Dr. en Farmacia

Esta tesis ha sido realizada bajo la dirección de:

María José Faus Dader

AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar, agradecer al **Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada** la oportunidad de haber trabajado con ellos y hacer posible que este trabajo sea hoy una realidad. Especialmente a **Fernando Martínez**, quien me animó a lanzarme a esta aventura y, por supuesto, a **María José Faus** por su ayuda, dirección y su siempre buena respuesta. La agilidad en los trámites y burocracia no habría sido posible sin la inestimable ayuda de **Ana Moreno**, ¡gracias Ana!
- También desde el laboratorio **Mylan** apostaron por esta idea y me dieron la oportunidad de llevarla a cabo, gracias a **Luisa Orera** por apoyarme siempre y a **Laura Dupetit** por creer en mí desde los inicios del proyecto.
- Mi **hermana Pilar** estuvo al inicio del proyecto, durante y al final. Apoyándome y animándome, escuchándome cada día y leyendo y corrigiendo el formato de mis textos. ¡Gracias Pilar!
- A **mis padres** y mi **hermana Laura**, un apoyo constante, la energía y fuerza cuando me cansaba. El apoyo a mis ideas y mi formación siempre.
- A **mi marido**, quien apareció en mi vida a la vez que este proyecto. Mi motivación y empuje en todo momento, quien cree en mí por encima de todo y hace que no me rinda y que esto valga la pena.
- Gracias a los **Drs. Dr. Jose Antonio Hernández Mijares** y al **Dr. Jose Alonso**, que me han ayudado y acompañado durante todo el proyecto.
- Y por supuesto, gracias a **Marta Rodríguez**, mi compañera y amiga. Apoyo constante en este proyecto y en el día a día durante años. Sin ella esto no habría sido posible.

Índice:

1	INTRODUCCIÓN	7
1.1	DIABETES MELLITUS	7
1.1.1	<i>Definición y tipos de diabetes</i>	7
1.1.2	<i>Epidemiología</i>	8
1.1.3	<i>Diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2</i>	8
1.1.4	<i>Clínica de la DM2</i>	9
1.1.5	<i>Complicaciones y enfermedades concomitantes</i>	9
1.2	ADHERENCIA Y PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO	10
1.2.1	<i>Definición</i>	10
1.2.2	<i>Factores determinantes de la adherencia</i>	10
1.2.3	<i>Implicaciones de la no-adherencia terapéutica</i>	11
1.2.4	<i>Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica</i>	13
2	JUSTIFICACIÓN	15
3	OBJETIVOS	16
4	METODOLOGÍA:	17
4.1	DISEÑO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO:	17
4.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO:	17
4.3	PREDETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL:	18
4.4	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:	19
4.5	VARIABLES A RECOGER:	19
4.5.1	<i>Médicos:</i>	20
4.5.2	<i>Farmacéuticos comunitarios:</i>	20
4.5.3	<i>Pacientes:</i>	20
4.6	GESTIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:	21
4.6.1	<i>Gestión y análisis de los datos:</i>	21
4.6.2	<i>Análisis estadístico:</i>	22
4.7	ASPECTOS ÉTICOS:	22
4.8	CONSIDERACIONES PRÁCTICAS:	23
5	RESULTADOS:	24
	MENSAJES CLAVE	24
5.1	PACIENTES:	26
5.1.1	<i>Variables sociodemográficas</i>	26
5.1.2	<i>Variables clínicas</i>	30
5.1.3	<i>Adherencia y persistencia en el tratamiento</i>	34
5.1.4	<i>Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento</i>	34
5.1.5	<i>Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento</i>	40
5.2	MÉDICOS	44
5.2.1	<i>Variables sociodemográficas</i>	44
5.2.2	<i>Adherencia y persistencia en el tratamiento</i>	47
5.2.3	<i>Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento</i>	48
5.2.4	<i>Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento</i>	54
5.3	FARMACÉUTICOS	57
5.3.1	<i>Variables sociodemográficas</i>	57
5.3.2	<i>Adherencia y persistencia en el tratamiento</i>	61
5.3.3	<i>Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento</i>	62
5.3.4	<i>Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento</i>	65

5.4	COMPARACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS DADAS POR LOS DIFERENTES GRUPOS DE PARTICIPANTES.....	70
5.4.1	<i>Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento</i>	70
5.4.2	<i>Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento</i>	90
5.5	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES EXPLICATIVAS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	97
5.5.1	<i>Pacientes</i>	97
5.5.2	<i>Médicos</i>	145
5.5.3	<i>Farmacéuticos</i>	169
6	DISCUSIÓN SOBRE LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO:	187
7.1	OBJETIVO PRINCIPAL:.....	188
7.2	OBJETIVO SECUNDARIO1:.....	191
	OBJETIVO: “IDENTIFICAR SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS TRES GRUPOS DE PARTICIPANTES CONSIDERADOS: MÉDICOS, FARMACÉUTICOS Y PACIENTES.”	191
7.3	OBJETIVO SECUNDARIO 2:	193
7.4	OBJETIVO SECUNDARIO 3:	194
	OBJETIVO: “DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS QUE PUEDEN TENER INFLUENCIA EN SU PERCEPCIÓN EN RELACIÓN A LOS ASPECTOS PLANTEADOS. “	194
8	PUNTOS DESTACABLES DE LA DISCUSION:.....	198
9	CONCLUSIONES	199
10	DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	201
11	ANEXOS.....	203
13.1	CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS – SE INCLUYE EL CRD A FARMACIAS. LOS CRDS A MÉDICOS Y PACIENTES ERAN IGUALES, ADAPTANDO EL LENGUAJE A CADA UNO DE LOS TARGETS.	203
13.2	HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	210
11.3	APROBACIÓN DEL CEIC Y CLASIFICACIÓN AEMPS	213
12	BIBLIOGRAFÍA.....	215
12.	ANEXOS.....	214

ABREVIATURAS (CSR):

AE	Atención especializada
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AP	Atención primaria
CEIC	Comité Ético de Investigación Científica
DE	Desviación estándar
DM	Diabetes mellitus
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
FEDE	Federación de Diabéticos Españoles
FP	Formación profesional
Hb1Ac	Hemoglobina glicosilada
IC95%	Intervalo de confianza al 95 %
IMC	Índice de masa corporal
LI IC95%	Límite inferior del intervalo de confianza al 95 %
LS IC95%	Límite superior del intervalo de confianza al 95 %
MFyC	Medicina Familiar y Comunitaria
OAT	Observatorio de Adherencia al Tratamiento
OR	<i>Odds ratio</i>
Ref	Referencia
SNS	Sistema Nacional de Salud

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Diabetes mellitus

1.1.1 Definición y tipos de diabetes

Según define la IDF ¹ (International Diabetes Federation), la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que ocurre cuando bien el páncreas no es capaz de fabricar la insulina necesaria o bien cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina sintetizada por el páncreas.

La insulina es una hormona que fabrica el páncreas y que permite que la glucosa ingerida con la dieta pase del torrente sanguíneo a las células del cuerpo para producir la energía requerida. Todos los carbohidratos que ingerimos se descomponen en glucosa en la sangre, la insulina va a ayudar a la glucosa a penetrar en las células.

Cuando no se logran los niveles suficientes de insulina en el organismo, se producen niveles elevados de glucosa en sangre (conocido como hiperglucemia). A largo plazo, esta hiperglucemia puede causar daños en órganos y tejidos.

Existen 3 tipos de diabetes:

- Diabetes mellitus tipo 1, generalmente llamada diabetes juvenil. Ocurre cuando el cuerpo deja de producir por completo insulina. Esto va a provocar que la glucosa no pueda entrar en las células y se acumule en el torrente sanguíneo. La causa de este tipo de diabetes es desconocida.
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), llamada comúnmente “no insulina dependiente” o diabetes de adultos, afecta aproximadamente al 90% de los casos. Se caracteriza por resistencia a la insulina, en estos casos el cuerpo no produce suficiente insulina y/o no puede utilizar la insulina adecuadamente, lo que provoca un aumento de la glucosa en sangre.
A menudo se asocia con sobrepeso u obesidad, que por sí misma puede causar resistencia a la insulina y conducir a altos niveles de glucosa en la sangre, así como con antecedentes familiares de diabetes. Las personas con DM2 inicialmente pueden controlar su patología con dieta y ejercicio. Aunque, con el tiempo la mayoría de la gente requerirá medicamentos orales y muchos de ellos también insulina.

- Diabetes gestacional: esta forma de diabetes consiste en niveles elevados de glucosa en sangre durante el embarazo, donde los cambios hormonales pueden provocar el bloqueo de la acción de la insulina. Se desarrolla en 1 de cada 25 embarazos y se asocia con complicaciones para la madre y el feto. Generalmente desaparece después del embarazo.

1.1.2 Epidemiología

La DM es uno de los desórdenes metabólicos más comunes a nivel mundial; su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas². En 2013 se estimó que afectaba a un 8,3% de la población, afectando a 382 millones de personas en todo el mundo³, además, se espera que en 2035 el número de pacientes haya aumentado a 592 millones de personas⁴.

En España, la prevalencia de DM se sitúa en valores cercanos al 13,8%⁵, con un riesgo de mortalidad entre 2,5 y 3 veces mayor que en los individuos con normoglucemia⁶. Al menos un 90% de los casos de diabetes corresponden a diabetes mellitus tipo 2 (DM2)¹.

Entre los factores de riesgo asociados a la DM2 se incluyen:

- Antecedentes familiares de diabetes
- Sobrepeso
- Dieta no saludable
- Elevada presión arterial
- Intolerancia a la glucosa
- Historial de diabetes gestacional
- Mala nutrición durante el embarazo

1.1.3 Diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2

La DM2 puede permanecer sin ser detectada durante muchos años, el diagnóstico se hace a menudo cuando aparece una complicación o se realiza una prueba de glucosa de sangre u orina de rutina, o bien porque el médico solicita una prueba en un paciente de riesgo que acude al médico por algún otro motivo. 1-IDF- y OMS

El diagnóstico se establece mediante la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL)

o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de beber una solución con 75 g de glucosa⁷

1.1.4 Clínica de la DM2

Los síntomas más frecuentes en las personas con diabetes son: tener mucha sed, deseo frecuente de orinar, fatiga extrema inexplicable, visión borrosa, pérdida de peso, irritabilidad, dolor de estómago, náuseas y/o vómitos¹.

El objetivo del tratamiento de la diabetes se basa en disminuir los niveles de glucosa a los valores normales para aliviar signos y síntomas y prevenir o retrasar el desarrollo de otras complicaciones. Generalmente el control de la diabetes requiere tratamiento farmacológico (que suele basarse en uno o una combinación de antidiabéticos orales, e insulina en algunos casos), junto con dieta y ejercicio^{8,9}.

En muchas ocasiones, además del tratamiento para el control de la diabetes, se requiere también tratamiento para otras enfermedades crónicas concomitantes como hipertensión arterial o dislipemia que, como veremos a continuación, son muy prevalentes en los pacientes con DM2. Como resultado de esto, los pacientes diabéticos muchas veces tienen regímenes terapéuticos complejos.

En España es frecuente el mal control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), estando mal controlados un 51,4% de estos pacientes, y siendo la complejidad de la enfermedad y el tratamiento uno de los principales factores asociados a este mal control⁷.

1.1.5 Complicaciones y enfermedades concomitantes

La DM2 se asocia a un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular, siendo entre 2 y 4 veces más elevado el riesgo comparado con la población general; estos pacientes también presentan mayores tasas de mortalidad^{10,11}.

Cuando existe un exceso de glucosa en la sangre se producen una serie de lesiones en los órganos que se clasifican en dos tipos¹²:

- Macrovasculares o lesiones de los vasos sanguíneos más grandes; éstas son las enfermedades cardiovasculares, como por ejemplo los ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores.

- Microvasculares o lesiones de los vasos sanguíneos más pequeños, dentro de las que se encuentran la retinopatía (que desemboca en la ceguera), nefropatía (que acaba en insuficiencia renal), y las lesiones de pie diabético (que puede llevar a la amputación del miembro como consecuencia de infecciones muy graves).

Entre las enfermedades concomitantes a la diabetes, destacan la hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, que son muy prevalentes en los pacientes diabéticos¹³. En España, un estudio reciente, realizado en pacientes con DM2 en tratamiento en el ámbito de la atención primaria, ha estimado que el 75% de esta población presenta, además, hipertensión arterial, el 73% dislipemia, el 43% obesidad (IMC \geq 30), y el 70% obesidad abdominal; un 51% de los pacientes DM2 de este estudio tenían, además, un control deficiente de la DM2¹⁴.

1.2 Adherencia y persistencia al tratamiento

1.2.1 Definición

La OMS define la **adherencia** como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario¹⁵

Además de la adherencia terapéutica, cuando hablamos de enfermedades crónicas como la diabetes, es igual de importante el término de **persistencia** o persistencia terapéutica, definido como el número de días de utilización continua de la medicación durante un periodo específico pautado, es decir, el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento hasta la interrupción¹⁶.

Así pues adherencia y persistencia son igual de importantes tanto para la evolución clínica de la enfermedad como para el gasto sanitario, tan importante es el tiempo que toman la medicación, como que la tomen¹⁶.

1.2.2 Factores determinantes de la adherencia

Existen diversos factores determinantes de la adherencia a los tratamientos de larga duración, a menudo relacionados entre sí^{7,17, 18}:

- Factores relacionados con el paciente: que muchas veces se ve diferenciado de su entorno social debido al cumplimiento terapéutico, o incluso por la propia personalidad del paciente. Por ello, es muy importante que el paciente entienda la repercusión de su enfermedad, los beneficios del tratamiento y las consecuencias de la no-adherencia al mismo. En este punto también debemos incluir la edad y género del paciente, la presencia de otras patologías especialmente psicológicas y los olvidos.
- Factores relacionados con el tratamiento: las reacciones adversas son uno de los principales motivos de la no-adherencia al tratamiento, tanto como en caso contrario la no percepción de los beneficios del tratamiento; otra barrera asociada al tratamiento es el coste económico del mismo, en función de cada paciente. En cuanto al tratamiento farmacológico, también debemos tener en cuenta la complejidad del mismo, el número de medicamentos y su duración, la vía de administración y la pauta posológica.
- Factores relacionados con la propia enfermedad: se ha demostrado que las patologías crónicas presentan mayores tasas de incumplimiento que las agudas. La presencia de síntomas también va a influir en el cumplimiento del paciente.
- Factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria: todos los profesionales sanitarios involucrados en el tratamiento de un paciente deben ser capaces de transmitirle de manera clara y que el paciente sea capaz de entender, la información sobre su enfermedad y la importancia del cumplimiento del tratamiento.

Aunque existe evidencia de la influencia de estos factores, existe una tendencia a centrar en el paciente la causa de falta de adherencia, aun cuando se trata de un problema complejo y multifactorial, que se beneficiaría de un modelo de decisiones compartidas¹⁹.

En el caso de las patologías como la diabetes, se unen otros factores como la irregularidad del curso clínico, la complejidad de los tratamientos, o incluso aspectos socioculturales de estos pacientes que van a ser claves en la falta de adherencia. También el tratamiento no farmacológico asociado, suele implicar cambios en el estilo de vida del paciente que a menudo son una barrera más para la adherencia del paciente²⁰.

1.2.3 Implicaciones de la no-adherencia terapéutica

Una adecuada adherencia al tratamiento es crucial para el control del a diabetes y sus comorbilidades e implica menores complicaciones y mayor calidad de vida y esperanza de vida

de estos pacientes²¹. Sin embargo, en el lado opuesto, se ha visto que la falta de adherencia representa una barrera significativa para alcanzar la respuesta clínica, y se asocia con aumento de la cronicidad de la enfermedad, o incluso un empeoramiento del estado de salud a corto o a largo plazo, aumentando también la morbi-mortalidad^{22,23} y el número de ingresos hospitalarios^{24,25}.

No cabe duda que la falta de adherencia va a desembocar en un aumento del gasto sanitario²⁶, incrementando tanto los costes directos como los indirectos con más hospitalizaciones, visitas a urgencias, mayor número de pruebas y de tratamientos farmacológicos, además del coste de los fármacos no tomados²⁷.

Sin lugar a dudas, actualmente la falta de adherencia es un gran reto para el sistema sanitario, sobre todo si nos fijamos en las enfermedades crónicas. Conscientes de este reto, las Administraciones están tomando diferentes medidas específicas para la distribución del gasto (provocadas en su mayor parte por un notable incremento de la demanda sanitaria, junto a una mayor inclusión de las nuevas tecnologías), con el fin de garantizar el acceso, calidad y sostenibilidad de un sistema sanitario en el que la cronicidad cada vez es mayor.

1.2.3.1 Implicaciones de la no-adherencia en pacientes diabéticos

La falta de adherencia y persistencia en el tratamiento en patologías crónicas, como son la DM2, la hipertensión arterial o la dislipemia, es un problema frecuente que compromete gravemente la efectividad de los tratamientos y la calidad de vida de los pacientes, con consecuencias clínicas y económicas considerables²⁸ que, además, son mayoritariamente evitables. Se estima que en España el 50% de los pacientes no tiene una buena adherencia a su tratamiento²⁹, aunque esta cifra varía en función de las patologías, siendo esta generalmente menor en las patologías crónicas que en las agudas.

Se ha estudiado la falta de adherencia en pacientes con alto riesgo cardiovascular en España en patologías como hipertensión, dislipemia o diabetes, observando que el 22,4% de los pacientes con patología cardiovascular abandonan el tratamiento prescrito por el especialista en el ámbito hospitalario y que hasta un 39,4% de los pacientes, deja de tomar los fármacos prescritos por su médico de atención primaria³⁰. A nivel global, mediante un meta-análisis publicado en 2008, se han estimado datos de falta de adherencia a fármacos antidiabéticos de un 42%, en el caso de antihipertensivos de un 36% y en hipolipemiantes un 49%, y un 37% de

falta de persistencia, similar entre los diferentes tipos de tratamientos³¹. Un estudio realizado en España de publicación más reciente estima cifras de falta de adherencia terapéutica de 36%, 38% y 32%, para antidiabéticos, antihipertensivos y hipolipemiantes, respectivamente³². Viendo estos datos, podemos afirmar que la falta de adherencia está presente en los pacientes DM2 en España.

En esta línea el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT), institución independiente de profesionales de la salud de reconocido prestigio, constituida en 2012 en torno a un grupo multidisciplinar de médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales del sector salud³³, ha creado una serie de modelos farmacoeconómicos para valorar el coste a largo plazo de la no-adherencia. Así, en el modelo creado para los eventos cardiovasculares, concluyen que aumentar en un punto porcentual la adherencia supondría 1.291 muertes menos y permitiría evitar 1.108 eventos cardiovasculares. Este mismo modelo concluye que si la mejora de la adherencia fuera de diez puntos se llegaría a evitar más de 8.700 muertes y hasta 7.650 eventos cardiovasculares, con un gasto sanitario directo evitable de 75 millones de euros a 20 años.³⁴ Hay que destacar que el coste sanitario máximo evitable de este modelo a 20 años, si todos los pacientes fueran adherentes, sería cercano a los 1.316 millones de euros en los 20 años³⁴. Con estos datos, podemos afirmar que el desarrollo de intervenciones para mejorar la adherencia de los pacientes DM2 podría tener un impacto importante en el gasto sanitario y, consecuentemente, en la sostenibilidad del SNS.

Conocido el impacto de la no-adherencia en los pacientes diabético y las posibles causas del mismo, las estrategias de intervención deben actuar sobre los diferentes factores implicados: el paciente, el equipo médico y la figura del farmacéutico. Se ha demostrado que la figura del farmacéutico es efectiva en el incremento de la adherencia en pacientes DM³⁵, destacando su papel como agente de salud motivador de la adherencia, en actuación coordinada con los profesionales sanitarios de forma multidisciplinar¹⁹.

1.2.4 Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

En los últimos años se han puesto en marcha en España distintas estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos a nivel de las Comunidades Autónomas³⁴. A continuación detallo algunos ejemplos de estas acciones:



Imagen tomada de Plan de Adherencia al Tratamiento, Farmaindustria³⁴

En todas estas estrategias, el factor común ha sido la acción coordinada de los diferentes profesionales sanitarios y la relación directa con el paciente, que pasa a ser un pilar básico para mejorar la adherencia.

A pesar de estos modelos creados en las diferentes Comunidades, no existe una estrategia nacional, coordinada por los profesionales sanitarios que asegure su continuidad en el tiempo. Esto ha llevado a la reciente creación del **Plan de Adherencia al Tratamiento**, que nace con el objetivo principal de “definir el marco estratégico para la mejora de la adherencia terapéutica y la promoción del uso responsable del medicamento, y en el que se incluyan los pilares, las iniciativas y las acciones necesarias para ello”³⁴. Este plan cuenta con la participación y apoyo de Farmaindustria, administraciones (Ministerio de Sanidad y Consejerías de Sanidad de las CCAA), Consejos Generales de Colegios Oficiales de médicos, farmacéuticos y enfermeros, Sociedades e Instituciones Científicas y Asociaciones de Pacientes, así como un grupo de expertos en adherencia. Según cita este plan: “es necesario trabajar en la identificación de las oportunidades en el circuito de prescripción, dispensación y seguimiento, favoreciendo así la definición de estrategias que faciliten la mejora del cumplimiento”.

2 *Justificación*

Viendo la importancia de la adherencia y persistencia terapéutica en una patología crónica de elevada prevalencia como es la DM2, así como los costes asociados a la no-adherencia en esta patología, parece clara la necesidad de una intervención efectiva en esta área.

También hemos visto que se han desarrollado diferentes medidas desde la Administración en las CCAA, de igual manera que se está trabajando en un plan de adherencia a nivel nacional. Para poder actuar e implementar medidas eficaces es necesario conocer en detalle la situación actual, con el objetivo de que dichas medidas sean lo más dirigidas y efectivas posible.

Aunque previamente se ha evaluado la adherencia y persistencia en el tratamiento en diferentes muestras de pacientes empleando diversos métodos disponibles¹⁶, desde nuestro conocimiento, en nuestro medio no se ha explorado la percepción sobre estos aspectos en los diferentes agentes implicados, ni sobre los factores causales o sobre la valoración de las medidas habitualmente empleadas para su mejora.

Con el presente estudio se pretende describir la percepción de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes con DM2 en relación a la adherencia y persistencia en el tratamiento, los factores determinantes y las posibles estrategias de mejora de las mismas, en el ámbito sanitario español.

3 OBJETIVOS

El **objetivo principal** de estudio es describir la percepción de médicos de atención primaria (Medicina Familiar y Comunitaria), endocrinólogos, internistas, farmacéuticos comunitarios (titulares, adjuntos y no adscritos) y pacientes que presentan DM2 junto a obesidad, hipertensión arterial y/o dislipemia, en relación a la adherencia y persistencia en el tratamiento de la DM2, así como a los factores determinantes y posibles estrategias de mejora de las mismas, en el ámbito sanitario español.

Como **objetivos secundarios** se plantearon:

- Identificar similitudes y diferencias en la percepción de los tres grupos de participantes considerados: médicos, farmacéuticos y pacientes.
- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con DM2 que pueden tener influencia en su percepción en relación a los aspectos planteados.
- Determinar las características sociodemográficas de médicos y farmacéuticos que pueden tener influencia en su percepción en relación a los aspectos planteados.

4 METODOLOGÍA:

4.1 *Diseño y ámbito del estudio:*

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal, no ligado a fármacos, realizado en una muestra de médicos de atención primaria (Medicina Familiar y Comunitaria), endocrinólogos, internistas, farmacéuticos comunitarios (titulares y adscritos) y pacientes que presentan DM2 junto a obesidad, hipertensión arterial y/o dislipemia, en el ámbito sanitario español.

El estudio ha sido financiado por Mylan.

4.2 *Población de estudio:*

Los criterios de inclusión para la selección de participantes en el estudio fueron:

Médicos: Se seleccionaron médicos de atención primaria (Medicina Familiar y Comunitaria), endocrinólogos, internistas, que cumplieran los siguientes requisitos:

- Llevar, al menos, 5 años ejerciendo su especialidad.
- Su práctica clínica habitual se desarrollará en el ámbito sanitario público español.
- Hubieran otorgado su consentimiento de participación.

Farmacéuticos comunitarios: Se seleccionaron farmacéuticos comunitarios que cumplieran los siguientes requisitos:

- Llevar, al menos, 5 años ejerciendo su especialidad.
- Ser propietarios (titulares únicos) o adjuntos y no adscritos a la farmacia.
- Haber otorgado su consentimiento de participación.

Pacientes: La selección de pacientes con DM2 se llevó a cabo en colaboración con la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE), quien actuó de enlace con dichos pacientes; esto no implica que los pacientes participantes fueran todos ellos miembros de FEDE. Los pacientes participaron en el estudio siempre y cuando cumplieran los siguientes requisitos:

- Tener una edad igual o superior a 18 años.
- Haber sido diagnosticados de DM2 antes de la inclusión en el estudio y presentar además obesidad, hipertensión arterial y/o dislipemia.
- Haber otorgado su consentimiento de participación.
- Comprender y ser capaces de responder adecuadamente a las consignas del estudio.

4.3 Predeterminación del tamaño muestral:

Teniendo en cuenta la población actual española adulta³⁶, en los datos publicados de prevalencia de pacientes con DM2¹⁰, en el número de médicos de atención primaria (Medicina Familiar y Comunitaria) y especialistas (Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna) que ejercen en el ámbito sanitario público español³⁷, y en el número de farmacéuticos comunitarios titulares y adscritos que ejercen en España³⁸, se ha estimado el tamaño de la población de interés.

Tamaño de la población de interés

Población en España	N
Población adulta (≥ 18 años)	38.159.140
Población adulta con DM2	
DM total (13,8 %)	5.265.961
DM2 (90%)	4.739.365
Población de médicos de AP	28.498
Población de médicos de AE	
Endocrinología y Nutrición	879
Medicina Interna	3.357
Farmacéuticos comunitarios titulares	18.628

A partir de estos datos, para estimar el tamaño de la muestra, se aplicó el criterio de máxima variabilidad con un nivel de confianza del 99% y una precisión de 4% para los tres grupos, empleando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- N es el tamaño.
- Z_{α} es el 99% de la distribución normal ($Z_{\alpha} = 2,58$).
- $p = q = 0,5$.
- e es el error de precisión (4%).

Como resultado, la muestra necesaria se estimó en un total de **1.036 pacientes con DM2, 1.005 médicos** (875 de atención primaria; 27 Endocrinología y Nutrición, 103 Medicina Interna), y 982**farmacéuticos comunitarios titulares**.

Aunque la población de pacientes con DM2 a incluir debía presentar, además, hipertensión arterial, dislipemia u obesidad, ante la falta de fuentes recientes con el detalle necesario sobre la proporción concreta de cada combinación de factores de riesgo, se ha asumido la población total de diabéticos tipo 2 como tamaño de población para el cálculo del tamaño muestral, opción más conservadora, ya que el número real de población de interés se presupone menor.

4.4 Instrumentos de investigación:

Para la recogida de información se empleó un cuestionario estructurado electrónico auto-cumplimentado para médicos, uno para farmacéuticos comunitarios y uno para pacientes, que permitía recabar información de naturaleza cualitativa y cuantitativa. Los cuestionarios presentaban los mismos contenidos, adaptando las expresiones a la población diana.

Previamente al diseño del cuestionario, se ha realizado una búsqueda de literatura publicada en los últimos diez años, con el objetivo de recopilar información sobre los aspectos de interés:

- Cuestionarios generales o métodos, validados en población española, que evalúen la adherencia y/o persistencia en el tratamiento de los pacientes. Debido a que se pretendía explorar la adherencia y persistencia en los diversos tratamientos que reciben para las patologías consideradas, no se tendrán en cuenta cuestionarios específicos.
- Estudios previos que incluían información sobre los factores determinantes y posibles medidas de mejora de la adherencia y/o persistencia en el tratamiento para la DM2, o enfermedades crónicas.
- Estudios previos que hubieran valorado la percepción de médicos, farmacéuticos y/o pacientes sobre los aspectos explorados en nuestro medio u otros.

4.5 Variables a recoger:

Se recogieron variables sociodemográficas de cada una de las poblaciones, y clínicas en el caso de los pacientes, tales como:

4.5.1 Médicos:

- Edad.
- Sexo.
- Especialidad médica.
- Tiempo ejerciendo la especialidad.
- Antecedente de DM2.
- Número aproximado de pacientes con DM2 que asisten a su consulta en un mes.
- Provincia en la que ejerce su especialidad.
- Área en la que se encuentra el centro sanitario en el que ejerce su especialidad.

4.5.2 Farmacéuticos comunitarios:

- Edad.
- Sexo.
- Tiempo ejerciendo la especialidad.
- Antecedente de DM2.
- Número aproximado de pacientes con DM2 que atienden en un mes.
- Provincia en la que ejerce su profesión.
- Área en la que se encuentra el lugar de trabajo.

4.5.3 Pacientes:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Nivel máximo de estudios.
- Situación laboral.
- Tabaquismo.
- Tiempo desde el diagnóstico de la DM2.
- Tipo de tratamiento para la DM2 (oral, inyectado, terapia combinada).

- Presencia o no de hipertensión arterial, dislipemia, hipertrigliceridemia u obesidad.
- Tratamiento o no de la hipertensión arterial, dislipemia, hipertrigliceridemia u obesidad.
- Numero de comprimidos diarios que recibe para sus problemas de salud.
- Número aproximado de visitas que realiza al mes a su centro de salud.
- Número aproximado de veces que acude a la farmacia debido a sus problemas de salud.

En segundo lugar, el cuestionario contenía 11 cuestiones comunes a los 3 grupos de participantes, mediante las cuales se recogieron la percepción de los participantes respecto a los siguientes aspectos (en todos los casos, las respuestas dadas corresponderán a la percepción que tenga el médico y el farmacéutico en relación a su población de pacientes con DM2 y a la auto-percepción del propio paciente):

- Adherencia y persistencia en el tratamiento.
- Factores determinantes de la adherencia y persistencia en el tratamiento.
- Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento.

Los cuadernos de recogida de datos para cada una de las poblaciones de estudio se recogen en el ANEXO I

4.6 Gestión y análisis de datos:

4.6.1 Gestión y análisis de los datos:

Se creó una base de datos en la que se incluyeron las variables recogidas en el cuestionario electrónico reflejando toda la información recopilada para su posterior análisis. El diseño de la base de datos seguía el mismo orden en que aparecían los datos en el cuestionario.

Para el análisis de los datos se utilizó SPSS versión 19.0. Para todas las pruebas estadísticas, se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Se tuvieron en cuenta las siguientes fases con sus respectivas acciones:

- Se emplearon tablas de frecuencias para detectar anomalías en la introducción de cada una de las variables del estudio.

- Se emplearon tablas de contingencia para detectar casos repetidos o incongruentes.
- Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias relativas y absolutas para la identificación de posibles errores sistemáticos o posibles sesgos.
- Para las variables cuantitativas se calcularon las medias, desviaciones típicas y la distribución de percentiles para determinar los análisis estadísticos más adecuados a realizar en base a la distribución de los datos y para identificar posibles datos atípicos en cada una de las variables.

4.6.2 Análisis estadístico:

- Se realizó el cálculo de las frecuencias relativas y absolutas en las variables cualitativas en cada uno de los grupos participantes.
- Se realizó el cálculo de la media, desviación estándar, mínimo y máximo en las variables cualitativas de cada grupo de participantes.
- Se calculó, en cada grupo de participantes, las frecuencias relativas y absolutas e intervalos de confianza al 95% en cada una de las preguntas cuya respuesta se puntúe a través de una escala tipo Likert.
- Para conocer los factores que explican el valor otorgado en las respuestas medidas con una escala tipo Likert, y que se consideraron de interés, se realizó un modelo de regresión logística multinomial cuya variable respuesta era la respuesta dada en la escala Likert a la cuestión correspondiente y las variables explicativas serán el conjunto de variables adicionales incluidas en el cuestionario.

4.7 Aspectos éticos:

El estudio se desarrolló de acuerdo con el protocolo, asegurando el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica (BPC), tal como se describe en la Guía Tripartita Armonizada de Buena Práctica Clínica (*International Conference on Harmonisation, ICH, 1996*). De acuerdo con las normas internacionales relativas a la realización de estudios epidemiológicos, recogidas en las *International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies (Council for International Organizations of Medical Sciences, CIOMS, 2009)* y las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología sobre la revisión de los aspectos éticos de la investigación epidemiológica, este tipo de estudios, deben, excepto

en ciertos casos específicos, someterse a revisión por un comité independiente. Por ello, el presente estudio fue clasificado por la AEMPS como “Estudio Postautorización con Otros diseños Diferentes al seguimiento prospectivos”, y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (ANEXO II).

Por su diseño descriptivo y naturalístico, el presente estudio no generó ningún riesgo para el paciente. El beneficio del mismo es futuro y guardará relación con la información derivada de conocer la perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes con DM2 sobre la adherencia y persistencia en el tratamiento, los factores explicativos y posibles estrategias de mejora de las mismas.

Se facilitó una hoja de información y un consentimiento de participación para ser cumplimentado por los participantes (Anexo III).

Para garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos, todas las herramientas electrónicas, así como los documentos impresos empleados fueron codificados y disociados de modo tal que no podían asociarse con ningún participante. La confidencialidad de los datos de cada participante en el estudio se respetó en todo momento siguiendo las regulaciones españolas sobre el manejo de datos computarizados (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

4.8 Consideraciones prácticas:

Contacto con los participantes: Se invitó a participar a médicos vía correo electrónico y farmacéuticos comunitarios vía correo electrónico y/o telefónico. El contacto con los pacientes se estableció de acuerdo con las recomendaciones y procedimientos habituales de la FEDE, siendo también vía correo electrónico y/o telefónico.

5 RESULTADOS:

Mensajes clave

El presente estudio permite conocer la percepción de pacientes diagnosticados de DM2 y otros factores de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial, hipercolesterolemia u obesidad. Los factores analizados se centran en la importancia de determinadas características del paciente y su entorno, de las patologías y su manejo clínico-terapéutico, de la adherencia y persistencia al tratamiento, etc. Asimismo, evalúa las percepciones de los médicos y farmacéuticos sobre todos estos aspectos.

Para este propósito se ha llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo, el cual ha contado con la participación de 963 pacientes, 998 médicos y 419 farmacéuticos de las diversas regiones del territorio español, muestra suficiente y representativa, que permite establecer unas conclusiones válidas para el entorno español.

Los pacientes consideran que sus propias características (conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, sobre las consecuencias de la no adherencia, confianza en la elección o eficacia del tratamiento, decisión compartida con el médico, motivación) y las de la enfermedad (enfermedad crónica, son síntomas, sin complicaciones, coexistencia de diferentes enfermedades) son aspectos que influyen en la adherencia y persistencia en los tratamientos para la DM2. Respecto a las características de la medicación, los datos muestran que los pacientes otorgan mayor importancia a unos aspectos que a otros, destacando las características referentes al tiempo y modo de administración, seguridad del medicamento y coste del mismo, quedando en un segundo lugar las características organolépticas y del envase, las cuales, si bien se consideran importantes, lo son en menor porcentaje.

Para los pacientes, la reducción de la pauta terapéutica influye en la mejora de la adherencia y persistencia, denotando que se debería disminuir la frecuencia de administración o adaptar la toma de medicación a sus actividades cotidianas

Con respecto a la adherencia real de los pacientes participantes, el test de Morisky-Green mostró que un tercio (34,6 %) de ellos no eran adherentes al tratamiento. Los análisis secundarios revelaron que estos pacientes no adherentes son más propensos a considerar la mayoría de características estudiadas como no importantes o indiferentes.

Los médicos participantes otorgaron gran importancia a las características del paciente y de su entorno. Con respecto a la medicación, destacaba la importancia otorgada a la polimedicación, administración compleja y presencia de eventos adversos, las cuales fueron consideradas

como importantes por la práctica totalidad de los médicos. En cuanto a las características referentes a los profesionales, consideraban que influían más las características de ellos mismos o el personal de enfermería (confianza con el médico/personal de enfermería, actitud del médico/personal de enfermería, motivación del médico/personal de enfermería, disponibilidad de instrucciones sencillas por parte del médico/personal de enfermería, coordinación entre médico-farmacéutico/médico-personal de enfermería, facilidad de acceso al centro sanitario) en la adherencia y persistencia al tratamiento de los pacientes diabéticos, que las características referentes a los farmacéuticos.

Casi la totalidad de los médicos encuestados referían la reducción de la pauta terapéutica como una acción necesaria en la mejora de adherencia y persistencia, destacando como principal característica a modificar la disminución de la frecuencia de administración,

Los farmacéuticos otorgaron importancia a todas las características del paciente, salvo a la decisión compartida entre médico y paciente en la elección del tratamiento. En cuanto a las características del tratamiento, restaron importancia al coste o copago del mismo, a sus características organolépticas y a la complejidad y presentación del envase.

Al comparar la importancia otorgada a los distintos factores por sendos grupos, se encontraron diferencias significativas en todos los casos expuestos salvo en la importancia otorgada al recuento de comprimidos por parte del profesional, el cual es valorado similarmente por los grupos participantes, con una importancia cercana al 50 %.

Los análisis comparativos mostraron la falta de similitud en las respuestas dadas por los integrantes de los distintos grupos, lo cual refleja una falta de concordancia entre lo que un paciente considera importante en cuanto a mejorar la adherencia y persistencia de su tratamiento para la DM y la percepción de la importancia de estos factores por parte de los profesionales médicos y farmacéuticos.

Como posibles limitaciones del estudio, se ha de señalar que la falta de uniformidad en la recogida de datos, en cuanto a que no todos los grupos de participantes contestan a las mismas preguntas y que no todas las respuestas se recogen de la misma manera entre grupos, puede incurrir en una menor extracción de información en las comparaciones de los grupos participantes. No obstante, debido a que el tamaño muestral ha sido calculado en base a un intervalo de confianza elevado (99 %) y que, como se ha comentado previamente, los participantes de los distintos grupos son representativos de las distintas regiones del territorio español, los resultados extraídos son extrapolables y de gran fortaleza.

5.1 Pacientes:

El cuestionario fue cumplimentado por 1.013 pacientes. De estos, 50 fueron descartados por no haber recibido nunca ningún tipo de medicación (pacientes naïve). La muestra final incluyó 963 (95,1 %) pacientes.

5.1.1 Variables sociodemográficas

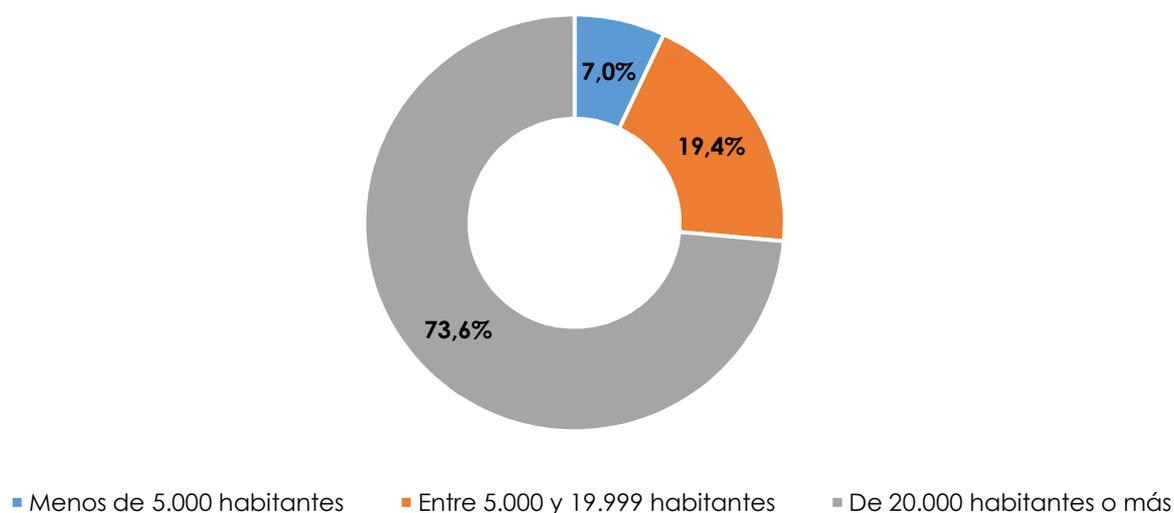
5.1.1.1 Comunidad y área en la que residen

Los pacientes participantes eran procedentes de las 17 Comunidades Autónomas de España (Tabla 1). Casi un tercio de los pacientes [73,6 % (IC95%: 70,8-76,3)] residían en municipios de más de 20.000 habitantes (Figura 1).

Tabla 1. Procedencia de la muestra de pacientes

Comunidad Autónoma	n	%
Castilla – La Mancha	45	4,7
Aragón	21	2,2
Comunidad de Madrid	103	10,7
Región de Murcia	39	4,0
Comunidad Foral de Navarra	9	0,9
Andalucía	183	19,0
Cantabria	10	1,0
Castilla y León	49	5,1
Cataluña	144	15,0
Extremadura	30	3,1
Galicia	74	7,7
La Rioja	6	0,6
Islas Baleares	17	1,8
País Vasco	38	3,9
Islas Canarias	48	5,0
Comunidad Valenciana	122	12,7
Principado de Asturias	25	2,6
Total	963	100

Figura 1. Tamaño del municipio donde residen la muestra de pacientes



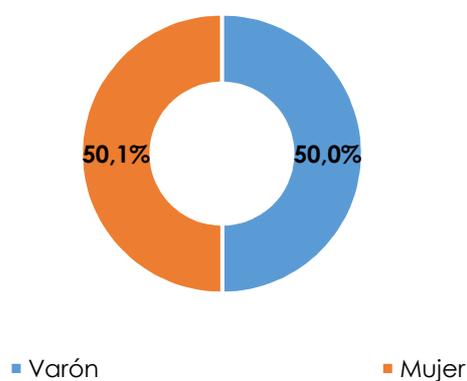
5.1.1.2 Edad y sexo

La edad mediana (P25-P75) de los pacientes participantes era de 65,0 (49,0-72,0) años (Tabla 2), estando distribuidos equitativamente por sexo (Figura 2).

Tabla 2. Distribución por edad de la muestra de pacientes

	Media	DE	Mediana	P25	P75
Edad (años)	60,4	15,5	65,0	49,0	72,0

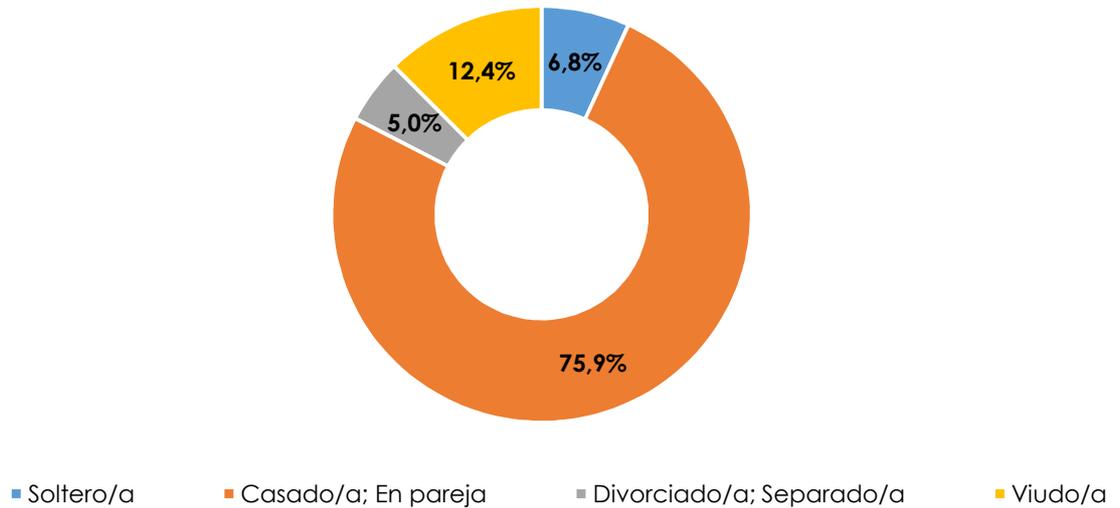
Figura 2. Distribución por sexo de la muestra de pacientes



5.1.1.3 Estado civil

La mayoría de los pacientes que participaron en el estudio estaban casados o en pareja [75,9 % (73,1-78,5)] (Figura 3).

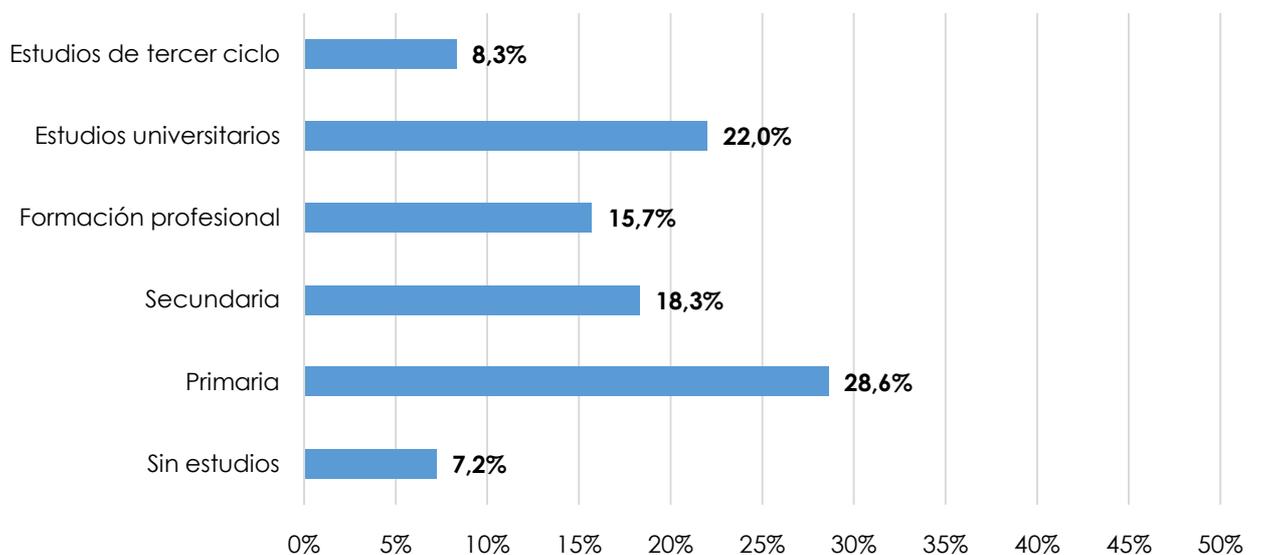
Figura 3. Estado civil



5.1.1.4 Nivel máximo de estudios

La mayoría de los pacientes que participaron del proyecto tenían un nivel de estudios correspondientes a primaria [28,6 % (25,8-31,5)] o titulaciones universitarias [22,0 % (19,5-24,7)] (Figura 4).

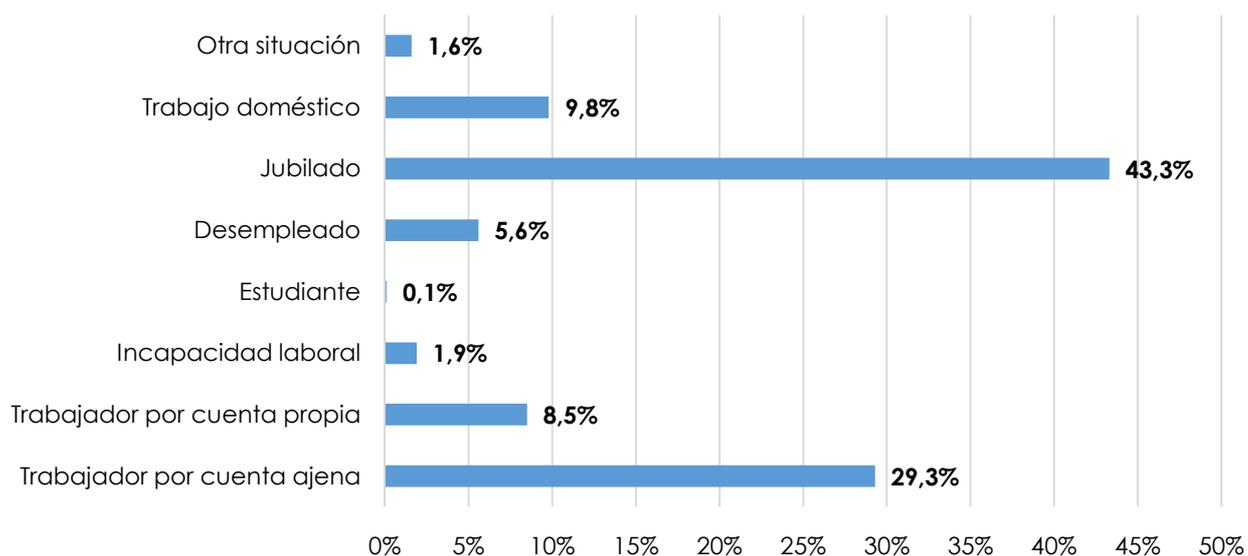
Figura 4. Distribución de la muestra de pacientes según el nivel máximo de estudios



5.1.1.5 Situación laboral

La mayoría de los pacientes que respondieron el cuestionario actualmente se encontraban jubilados [43,3 % (40,2-46,5)] o trabajando por cuenta ajena [29,3 % (26,5-32,2)] (Figura 5).

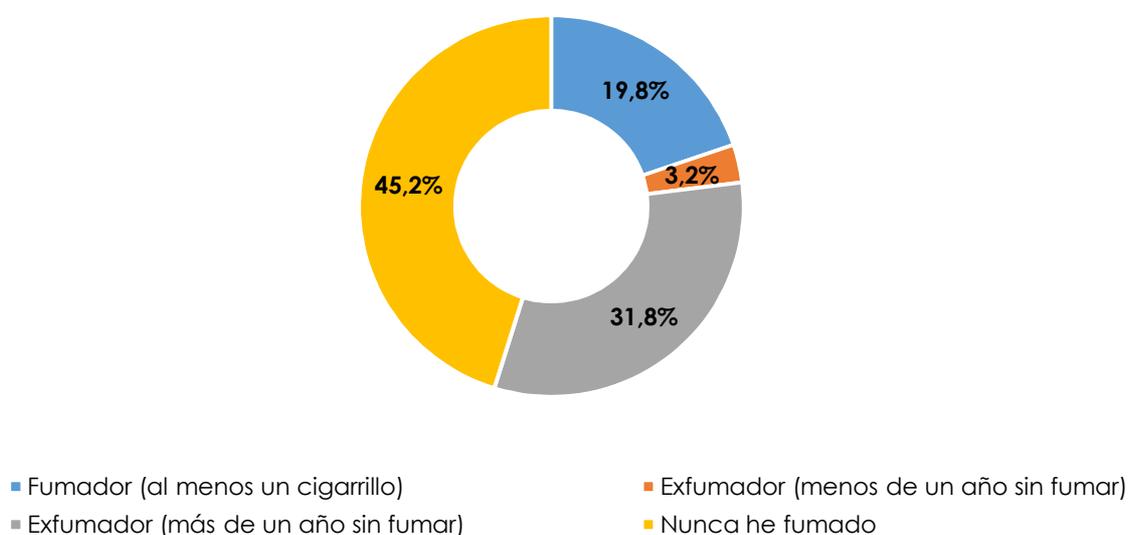
Figura 5. Distribución de la muestra de pacientes según la actividad laboral



5.1.1.6 Tabaquismo

Respecto al hábito tabáquico, la mayor parte de los pacientes describe no haber sido fumador [45,2 % (42,1-48,3)] o haber dejado de fumar hacía más de un año [31,8 % (28,9-34,8)] (Figura 6).

Figura 6. Hábito tabáquico de la muestra de pacientes



5.1.2 Variables clínicas

5.1.2.1 Diabetes mellitus tipo 2

En la muestra de pacientes participantes la DM2 había sido diagnosticada por una mediana de 10,0 (5,0-15,0) años y habían iniciado el tratamiento una mediana de 9,0 (5,0-15,0) años atrás (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra de pacientes según el diagnóstico y duración tratamiento diabetes

	Media	DE	Mediana	P25	P75
Tiempo desde el diagnóstico (años)	11,3	8,9	10,0	5,0	15,0
Tiempo desde el inicio del tratamiento (años)	10,5	8,2	9,0	5,0	15,0

El tipo de tratamiento más habitual en la muestra de pacientes era el oral [88,5 % (86,3-90,3)], generalmente en monoterapia [56,2 % (52,9-59,5)] (

Tabla 4). En aquellos pacientes que recibían tratamiento inyectable [41,3 % (38,3-44,5)] lo más frecuente era recibirlo en terapia combinada con dos o más tratamientos orales [66,6 % (61,8-71,0)] y mediante una única dosis diaria [60,6 % (55,7-65,3)] (Tabla 5).

Tabla 4. Distribución de la muestra de pacientes según el tipo de tratamiento recibido

	n/N	%	LI IC95%	LS IC95%
Tratamiento oral	852/963	88,5	86,3	90,3
Combinada a dosis fija	49/852	5,8	4,4	7,5
Terapia combinada (dos o más orales)	324/852	38,0	34,8	41,3
Monoterapia	479/852	56,2	52,9	59,5
Tratamiento inyectable	398/963	41,3	38,3	44,5
Terapia combinada (inyectable más orales)	265/398	66,6	61,8	71,0
Monoterapia	133/398	33,4	29,0	38,2

Tabla 5. Dosis de tratamiento inyectable recibido por la muestra de pacientes

	n/N	%	LI IC95%	LS IC95%
Una única dosis	241	60,6	55,7	65,3
Múltiples dosis	157	39,5	34,8	44,3
2	61	38,9	31,6	46,7
3	57	36,3	29,2	44,1
4	32	20,4	14,8	27,4
5	6	3,8	1,8	8,1
6	1	0,6	0,1	3,5

5.1.2.2 Otros problemas de salud

Las comorbilidades más comúnmente descritas por la muestra de pacientes y por las que más frecuentemente tenían prescrito algún medicamento fueron hipertensión arterial [diagnóstico: 68,1 % (65,1-71,0); prescripción: 89,2 % (86,6-91,3)] e hipercolesterolemia [diagnóstico: 59,7 % (56,6-62,8); prescripción: 78,4 % (74,9-81,6)] (Tabla 6).

Tabla 6. Comorbilidades descritas por la muestra de pacientes

	n	%	LI IC95%	LS IC95%
Hipertensión arterial	656	68,1	65,1	71,0
Recibe tratamiento	585	89,2	86,6	91,3
Hipercolesterolemia	575	59,7	56,6	62,8
Recibe tratamiento	451	78,4	74,9	81,6
Hipertrigliceridemia	359	37,3	34,3	40,4
Recibe tratamiento	236	65,7	60,7	70,5
Obesidad	354	36,8	33,8	39,9
Recibe tratamiento	57	16,1	12,6	20,3

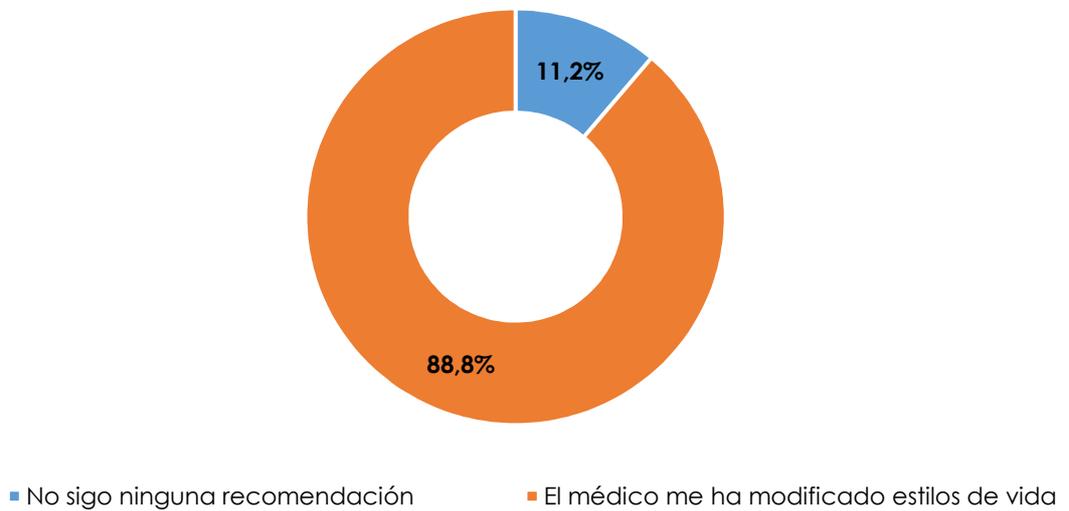
La mediana de tiempo desde el diagnóstico de las distintas comorbilidades y desde el inicio de la toma de medicación para las mismas se situaba entre los 8,0-11,0 años (Tabla 7).

Tabla 7. Diagnóstico de las comorbilidades y duración tratamiento descrito por la muestra de pacientes

		Media	DE	Mediana	P25	P75
Hipertensión arterial	Tiempo desde el diagnóstico (años)	11,4	8,5	10,0	5,0	15,0
	Tiempo desde el inicio del tratamiento (años)	11,0	8,0	10,0	5,0	15,0
Hipercolesterolemia	Tiempo desde el diagnóstico (años)	10,0	7,7	8,0	4,0	15,0
	Tiempo desde el inicio del tratamiento (años)	9,5	7,2	8,0	4,0	14,0
Hipertrigliceridemia	Tiempo desde el diagnóstico (años)	10,1	7,4	8,0	5,0	15,0
	Tiempo desde el inicio del tratamiento (años)	9,3	6,6	8,0	4,0	14,0
Obesidad	Tiempo desde el diagnóstico (años)	13,5	10,7	11,0	5,0	17,0
	Tiempo desde el inicio del tratamiento (años)	10,7	9,1	10,0	5,0	14,0

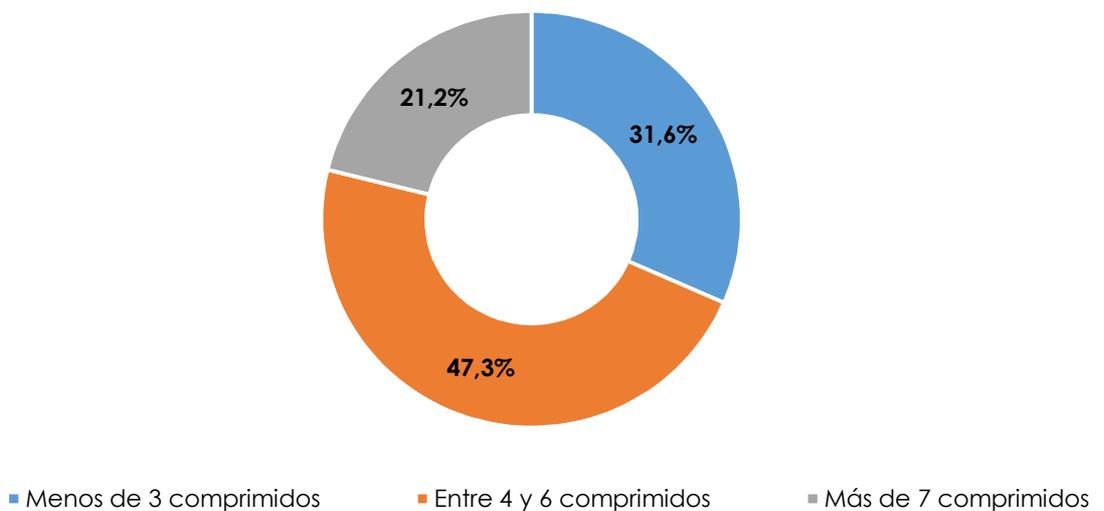
Adicionalmente al tratamiento farmacológico, un 88,8 % (86,6-90,6) de los pacientes habían recibido recomendaciones sobre modificación del estilo de vida por parte de su médico (Figura 7).

Figura 7. Recomendación de modificación de estilo de vida recibida por la muestra de pacientes



En total, considerando las medicaciones para los distintos problemas de salud (diabetes u otras comorbilidades), los pacientes tomaban más frecuentemente entre 4 y 6 comprimidos diarios [47,3 % (44,1-50,4)] (Figura 8).

Figura 8. Número total de comprimidos diarios por problemas de salud indicados por la muestra de pacientes



Los participantes realizaban de mediana 1,0 (1,0-2,0) visitas al mes al centro de salud y 2,0 (1,0-2,0) a la farmacia (Tabla 8).

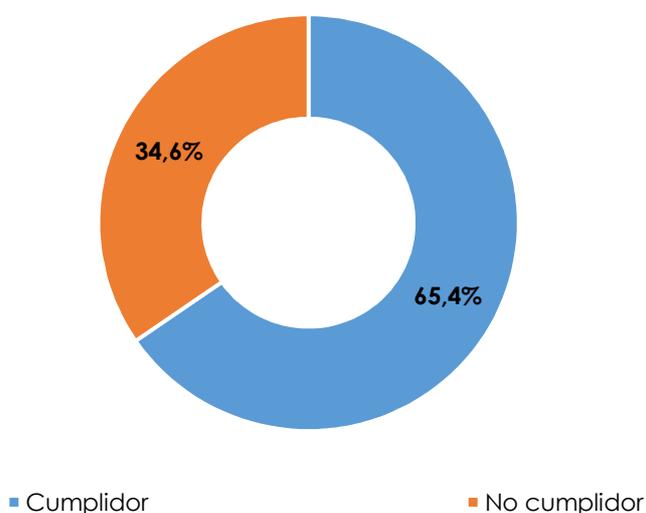
Tabla 8. Visitas médico-farmacéuticas mensuales por problemas de salud referidas por la muestra de pacientes

	Media	DE	Mediana	P25	P75
Centro de salud (visitas/mes)	1,4	1,4	1,0	1,0	2,0
Farmacia (visitas/mes)	2,2	2,0	2,0	1,0	2,0

5.1.3 Adherencia y persistencia en el tratamiento

Con respecto a la adherencia al tratamiento, el test de Morisky-Green mostró que casi un tercio [65,4 % (62,4-68,4)] de los participantes eran adherentes. (Figura 9).

Figura 9. Distribución de la muestra de pacientes según su adherencia al tratamiento (Morisky-Green)



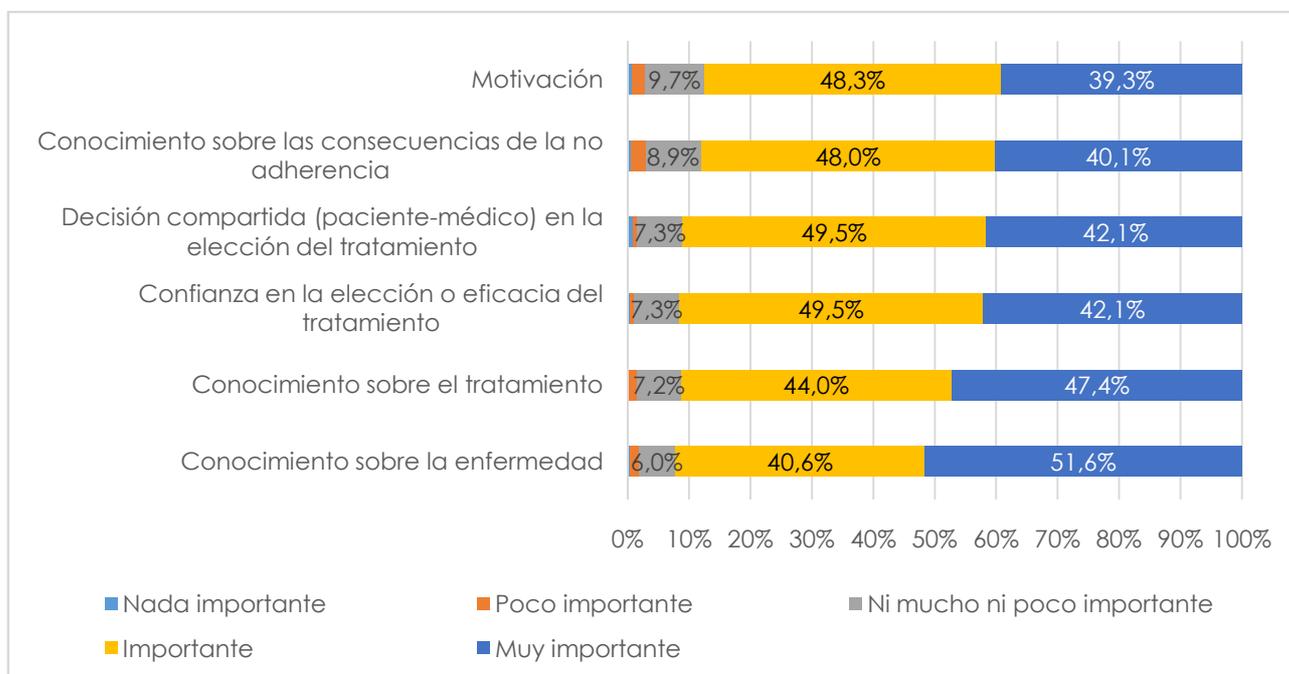
5.1.4 Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento

5.1.4.1 Características del paciente

Respecto a la importancia de las distintas características del paciente sobre la adherencia y persistencia en el tratamiento, se observó que todas las características expuestas (motivación, conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia, decisión compartida, confianza en

la elección o eficacia del tratamiento, conocimiento sobre el tratamiento, conocimiento sobre la enfermedad) eran importante o muy importante para los pacientes (Figura 10).

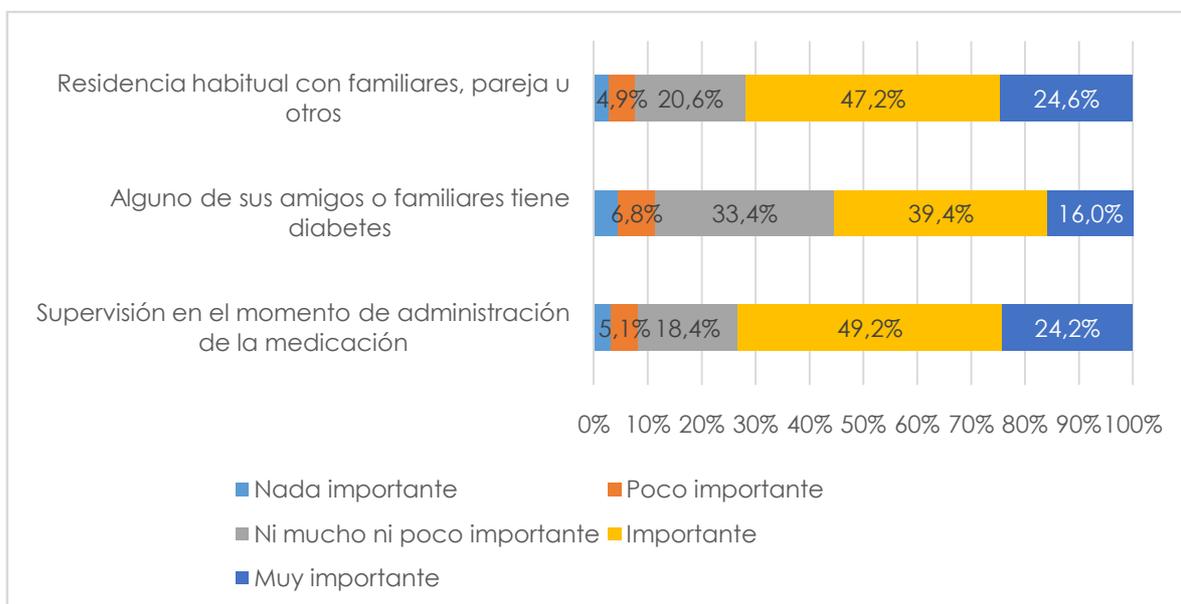
Figura 10. Importancia otorgada por los pacientes a las características de los pacientes (% de respuestas)



5.1.4.2 Características del entorno del paciente

En el caso de la importancia de las características del entorno del paciente en la adherencia y persistencia en el tratamiento, se observó que tanto la residencia habitual con familiares, que alguno de sus amigos o familiares tenga diabetes o la supervisión al momento de la administración de la medicación eran consideradas como importante o muy importante por la mayoría de los pacientes. No obstante, cabe señalar que en el caso de que “alguno de sus amigos o familiares padezca diabetes” solamente el 55,4 % (52,3-58,5) de las preguntas estaban en este rango de importancia y un 33,4 % (30,5-36,4) de respuestas mostraban indiferencia ante la importancia de esta característica (Figura 11).

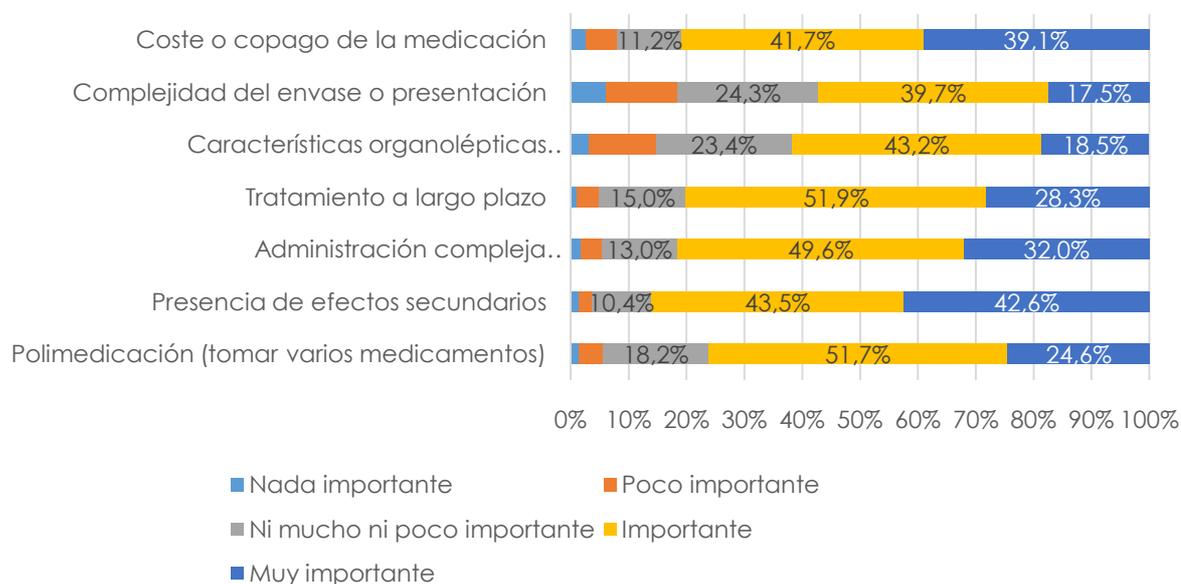
Figura 11. Importancia otorgada por los pacientes a las características de del entorno (% de respuestas)



5.1.4.3 Características de la medicación

En el caso de la importancia que tienen sobre la adherencia y persistencia las características de la medicación, los resultados mostraron que los pacientes consideraban importante o muy importante todas las características expuestas (coste o copago de la medicación, complejidad del envase características organolépticas, tratamiento a largo plazo, administración compleja, presencia de efectos secundarios, polimedicación). Si bien, en el caso de la complejidad del envase o presentación y las características organolépticas el porcentaje de pacientes que puntuaron importante o muy importante fue menor que para otras características [57,2 % (54,0-60,3)] y [61,8 % (58,6-64,8)], respectivamente (Figura 12).

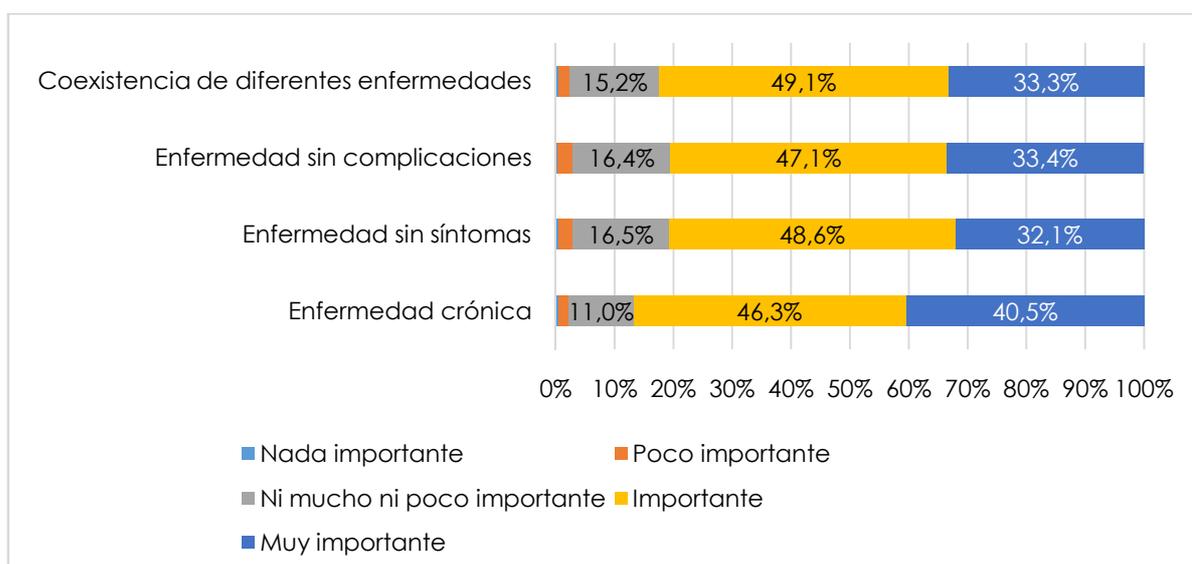
Figura 12. Importancia otorgada por los pacientes a las características de la medicación (% de respuestas)



5.1.4.4 Características de la enfermedad

Al valorar la importancia que daban los pacientes a la coexistencia de diferentes enfermedades, enfermedades sin complicaciones, enfermedad sin síntomas, enfermedad crónica en cuanto a la adherencia y persistencia del tratamiento, se evidenció que todas eran consideradas como importante o muy importante por la mayoría de los pacientes (Figura 13).

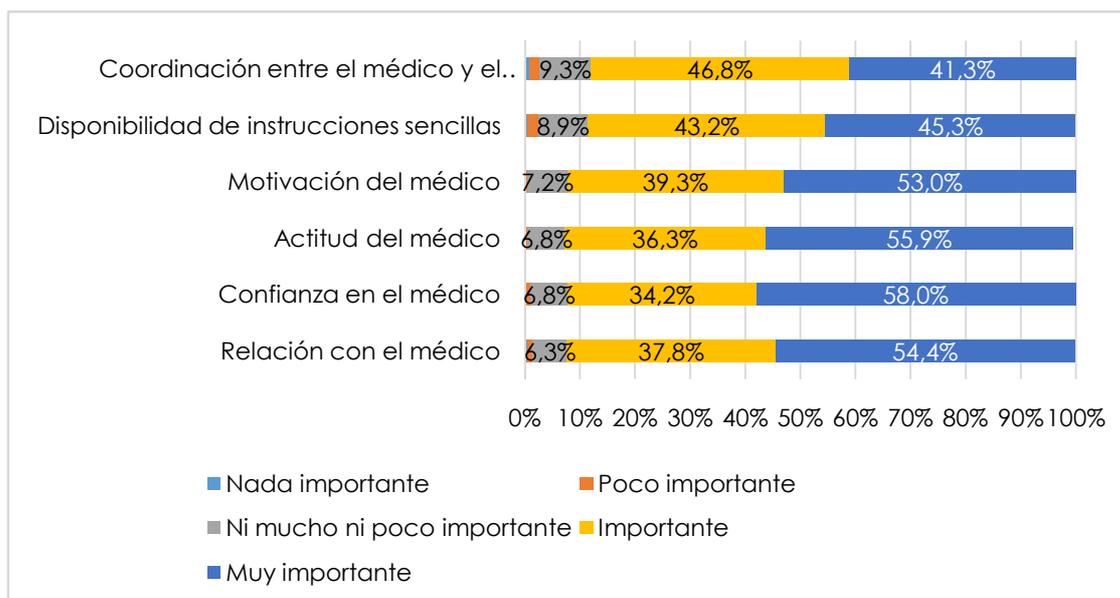
Figura 13. Importancia otorgada por los pacientes a las características de la enfermedad (% de respuestas)



5.1.4.5 Características del profesional

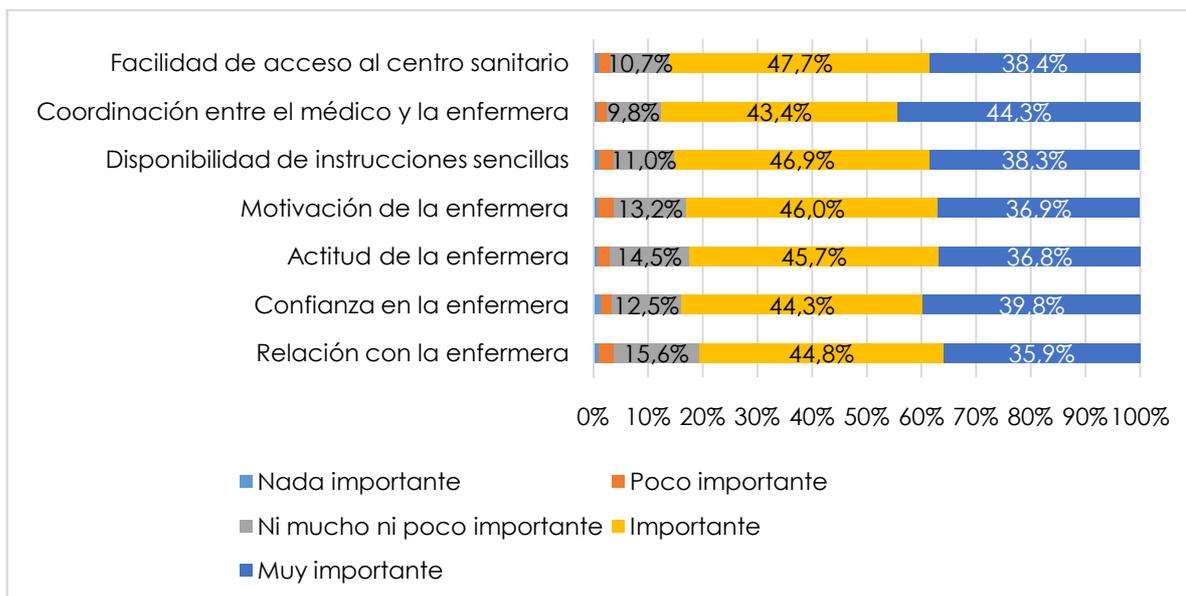
Los pacientes constataron que todas las características relacionadas con el médico (coordinación entre el médico y el farmacéutico, disponibilidad de instrucciones sencillas, motivación del médico, actitud del médico, confianza en el médico, relación con el médico) eran importante o muy importantes en la adherencia y persistencia del tratamiento (Figura 14).

Figura 14. Importancia del profesional médico otorgada por los pacientes (% de respuestas)



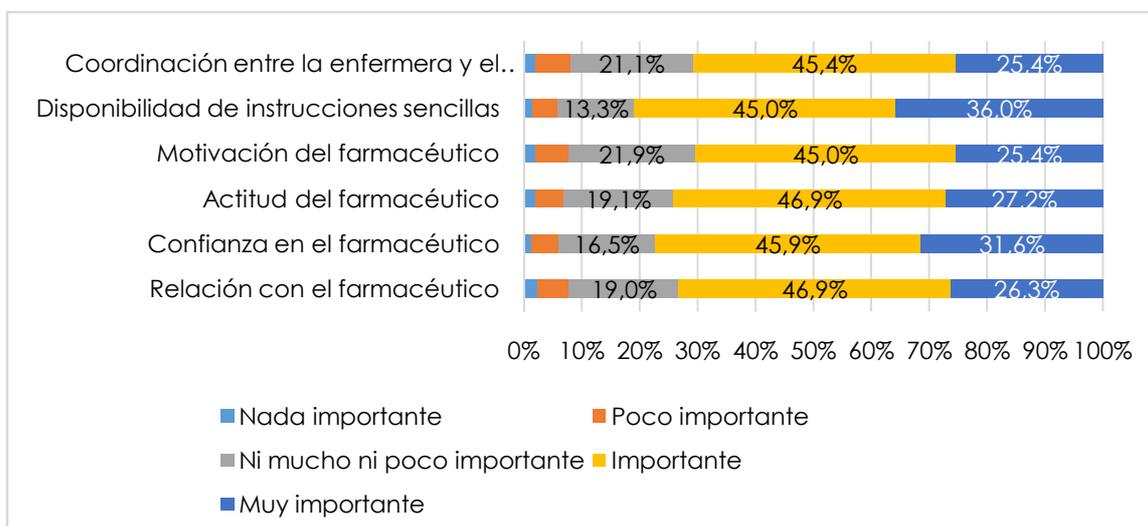
De forma similar, la mayoría de los pacientes contestaron que todas las características del personal de enfermería (facilidad de acceso al centro sanitario, coordinación entre el médico y la enfermera, disponibilidad de instrucciones sencillas, motivación de la enfermera, actitud de la enfermera, confianza en la enfermera, relación con la enfermera) eran, a su juicio, importantes o muy importantes en la adherencia y persistencia en el tratamiento (Figura 15).

Figura 15. Importancia del profesional: personal de enfermería otorgada por los pacientes (% de respuestas)



En cuanto a la importancia de las características del farmacéutico (coordinación entre la enfermera y el farmacéutico, disponibilidad de instrucciones sencillas, motivación del farmacéutico, actitud del farmacéutico, confianza del farmacéutico, relación con el farmacéutico) en relación a la adherencia y persistencia, se observó que si bien todas las características eran consideradas como importantes o muy importantes, los valores de respuestas indiferentes y de no importancia eran más altos que los obtenidos en el profesional médico y personal de enfermería (Figura 16).

Figura 16. Importancia del profesional: farmacéutico otorgada por los pacientes (% de respuestas)

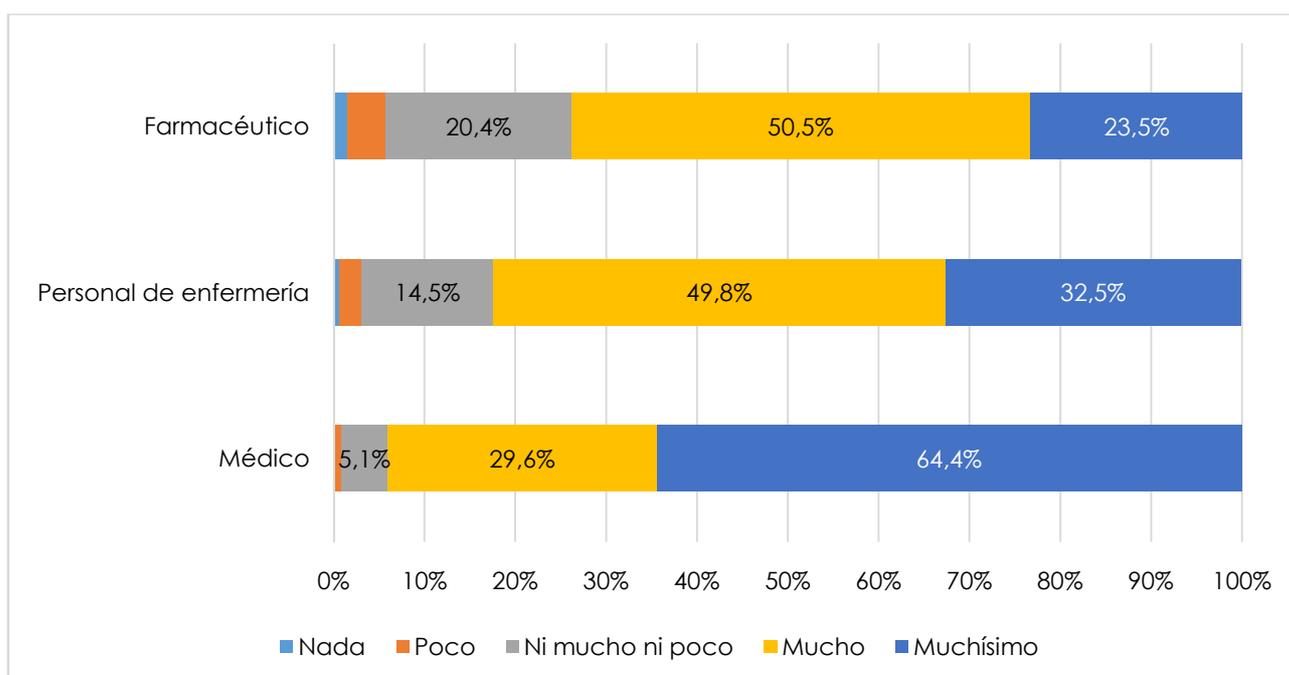


5.1.5 Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.1.5.1 Educación del paciente por parte del profesional

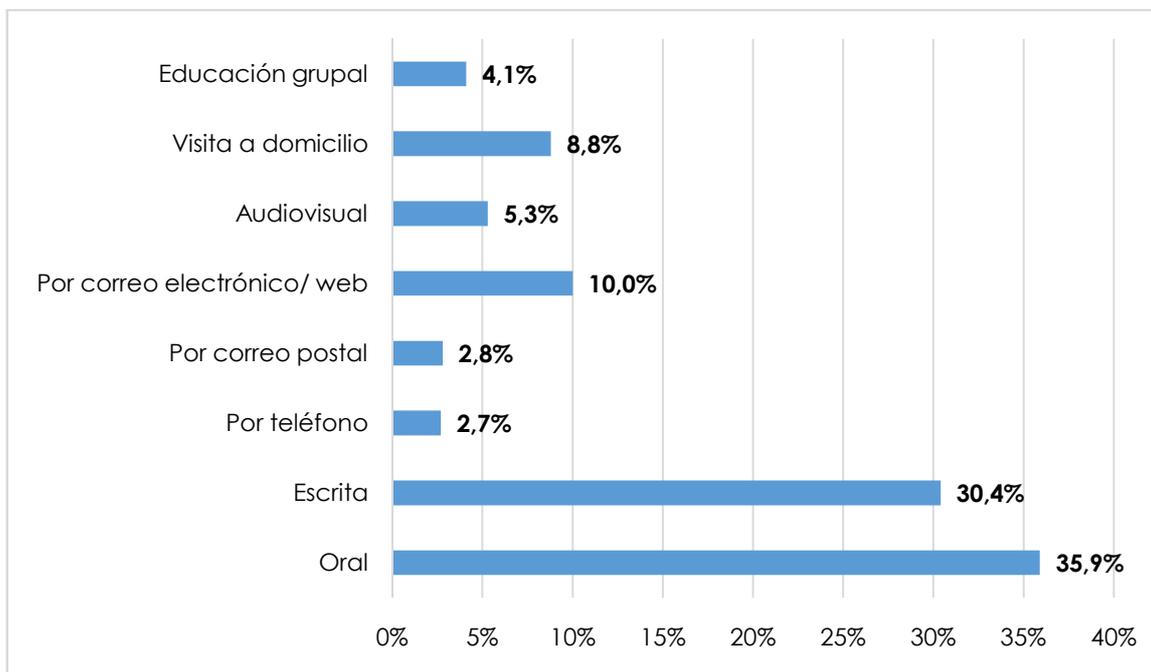
Con respecto a la percepción sobre en qué medida recibir información sobre la enfermedad y/o tratamiento por parte del profesional puede mejorar la adherencia y persistencia al tratamiento, se vio que la mayoría de los pacientes consideraban que en todos los casos podía mejorar mucho o muchísimo. No obstante, existía un mayor porcentaje de pacientes que consideraban indiferente la relación entre recibir información por parte del personal de enfermería o del farmacéutico y la mejora de la adherencia y persistencia al tratamiento, respecto a los médicos (Figura 17).

Figura 17. Percepción de los pacientes sobre la mejora de la adherencia y persistencia en relación con la educación por parte del profesional (% de respuestas)



La mayoría de los pacientes respondió que consideran más adecuada para recibir información, por vía oral [35,9 % (33,0-39,0)] o escrita [30,4 % (27,6-33,4)] (Figura 18).

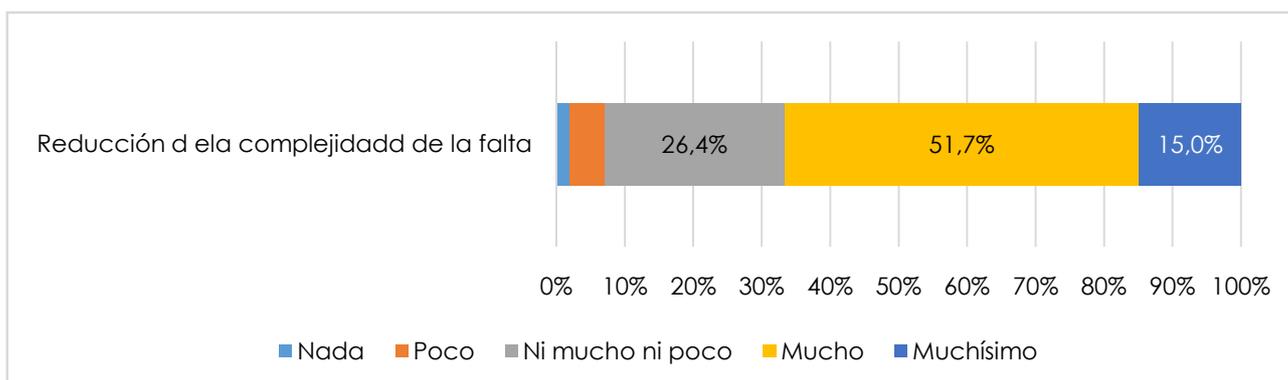
Figura 18. Forma más adecuada de recibir información reportada por los pacientes (% de respuestas)



5.1.5.2 Reducción de la complejidad de la pauta

Casi un tercio de los pacientes [66,7 % (63,6-69,6)] refirieron que la reducción de la complejidad de la pauta terapéutica puede mejorar mucho o muchísimo la adherencia y persistencia en el tratamiento (Figura 19).

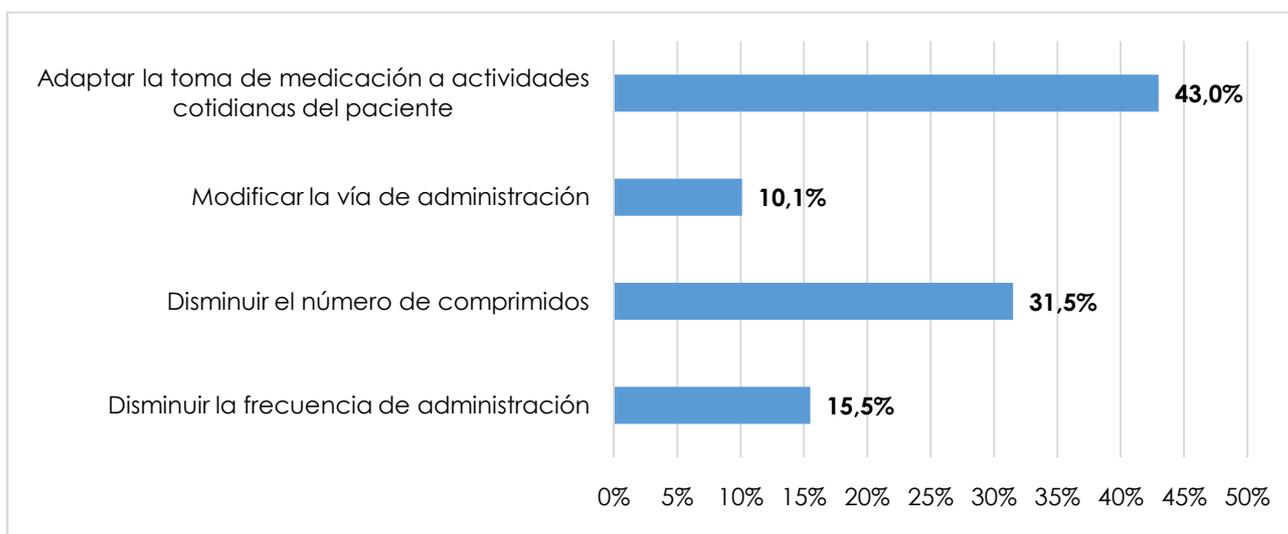
Figura 19. Percepción de los pacientes sobre la relación entre la reducción de la complejidad de la pauta y la mejoría de la adherencia y persistencia (% de respuestas)



De las características de la pauta terapéutica mencionadas (adaptar la toma de medicación a actividades cotidianas del paciente, modificar la vía de administración, disminuir el número de comprimidos, disminuir la frecuencia de administración), un 43,0 % (39,9-46,1) de los

pacientes respondieron que adaptar la toma de medicación a actividades cotidianas del paciente es la principal característica que se debe modificar para mejorar la adherencia y persistencia en el tratamiento, mientras que un 31,5 % (28,6-34,5) opinaron que se debería disminuir el número de comprimidos (Figura 20).

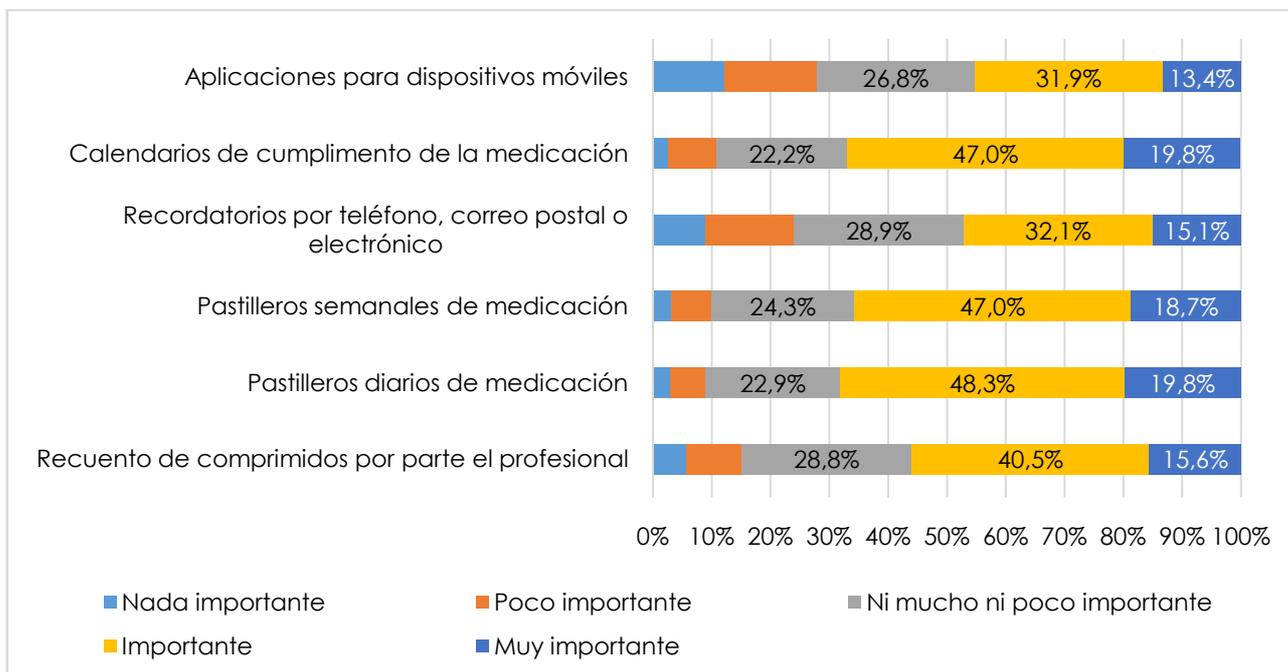
Figura 20. Principal característica de la pauta o régimen de tratamiento considerada por los pacientes que puede modificarse para mejorar la adherencia y persistencia (% de respuestas)



5.1.5.3 Técnicas

La mayoría de los pacientes consideran que los calendarios de cumplimiento de la medicación, los pastilleros semanales, los pastilleros diarios y el recuento de comprimidos son técnicas importantes o muy importantes para mejorar la adherencia y persistencia al tratamiento. No obstante, las aplicaciones para dispositivos móviles y los recordatorios telefónicos, por correo o electrónicos no fueron tan bien valorados: 45,3 % (42,2-48,4) y 47,1 % (44,0-50,3), respectivamente (Figura 21).

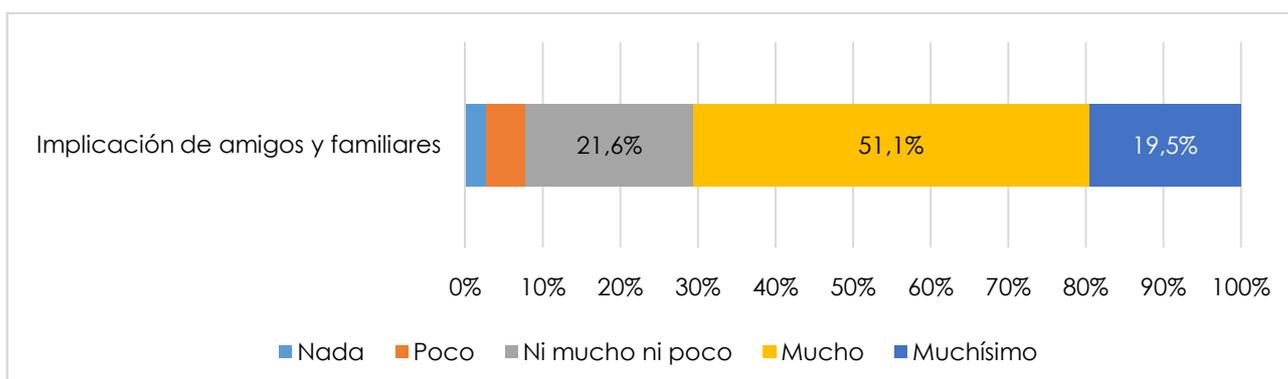
Figura 21. Importancia otorgada por los pacientes a las técnicas para mejorar la adherencia (% de respuestas)



5.1.5.4 Apoyo social

Finalmente, la mayoría de los pacientes, un 70,6 % (67,7-73,4), considera que la implicación de amigos y familiares influye mucho o muchísimo en la mejora de la adherencia y persistencia, (Figura 22).

Figura 22. Perspectiva de los pacientes sobre la implicación de amigos y familiares y la mejora de la adherencia y persistencia (% de respuestas)



5.2 Médicos

El cuestionario fue cumplimentado por 1.019 profesionales, de los cuales 19 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión (tenían un tiempo de ejercicio menor a 5 años) y 2 fueron descartados por ser profesionales duplicados, con lo que la muestra final la conformaron 998 profesionales.

5.2.1 Variables sociodemográficas

5.2.1.1 Comunidad y área en la que ejercen

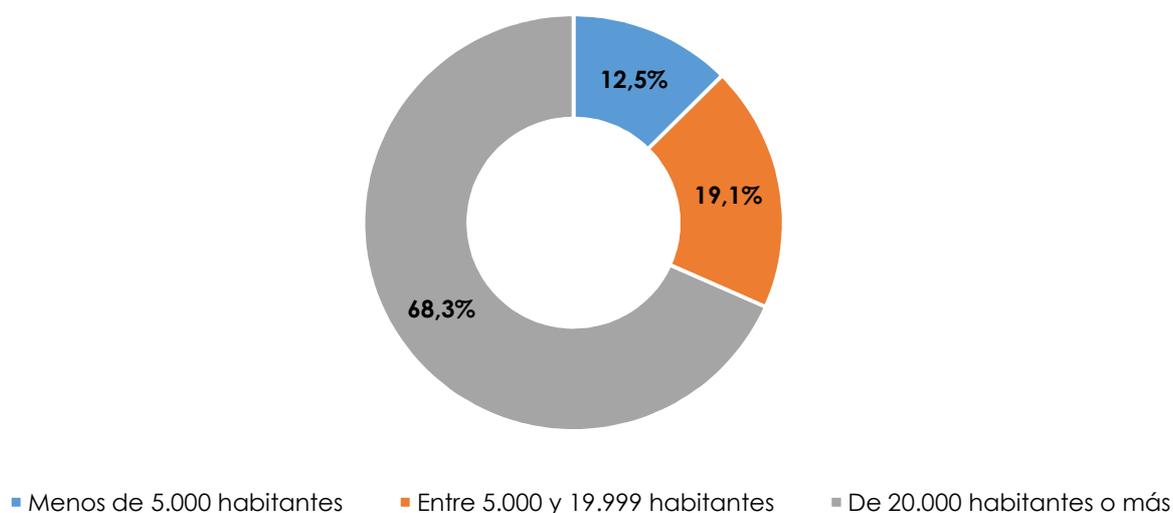
Los médicos participantes procedían de las 17 Comunidades Autónomas de España. La procedencia de los distintos participantes se muestra en la Tabla 9. Un 68,3 % (IC95%: 65,4-71,2) de los médicos participantes residían en municipios de más de 20.000 habitantes (Figura 23).

Tabla 9. Procedencia de la muestra de médicos

Comunidad	n	%
Castilla – La Mancha	52	5,2
Aragón	34	3,4
Comunidad de Madrid	105	10,5
Región de Murcia	55	5,5
Melilla	1	0,1
Comunidad Foral de Navarra	10	1,0
Andalucía	163	16,3
Cantabria	14	1,4
Castilla y León	72	7,2
Cataluña	57	5,7
Extremadura	32	3,2
Galicia	98	9,8
La Rioja	1	0,1
Islas Baleares	8	0,8
País Vasco	44	4,4

Comunidad	n	%
Islas Canarias	60	6,0
Comunidad Valenciana	165	16,5
Principado de Asturias	27	2,7

Figura 23. Tamaño del municipio donde ejercen la muestra de médicos



Edad y sexo

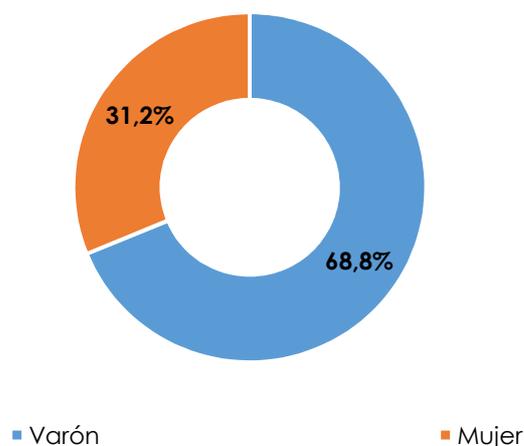
La edad mediana (P25-P75) de los médicos era de 55,0 (47,0-59,0) años (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución por edad de la muestra de médicos

	Media	DE	Mediana	P25	P75
Edad (años)	52,8	7,9	55,0	47,0	59,0

Al analizar el género de los profesionales se encontró un mayor número de varones [68,8 % (65,9-71,6)] que de mujeres [31,2 % (28,4-34,1)] (Figura 24).

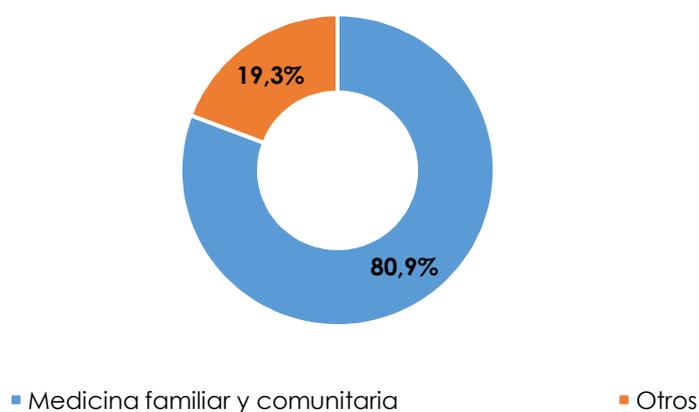
Figura 24. Distribución por sexo de la muestra de médicos



5.2.1.2 Especialidad

La mayoría [80,9 (78,4-93,2)] pertenecían a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Figura 25).

Figura 25. Distribución por especialidad de la muestra de médicos



5.2.1.3 Tiempo ejerciendo y pacientes visitando al mes

Los médicos ejercían su actividad sanitaria por un periodo mediano de 65,0 años (19,0-32,0) y visitaban una mediana de 90,0 pacientes al mes (50,0-150,0) (Tabla 11).

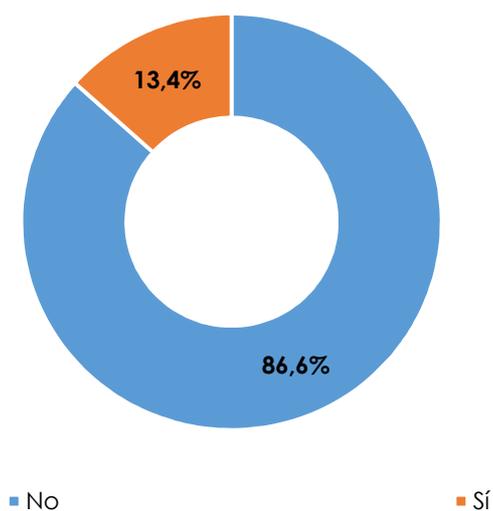
Tabla 11. Tiempo ejerciendo y número de pacientes que visita al mes de la muestra de médicos

	Media	DE	Mediana	P25	P75
Tiempo ejerciendo (años)	24,9	8,6	26,0	19,0	32,0
Número de pacientes al mes	123,3	126,1	90,0	50,0	150,0

5.2.1.4 Antecedentes de diabetes mellitus

Un 86,6 % (84,3-88,6) de los médicos que cumplimentaron el cuestionario declararon no tener antecedentes de diabetes mellitus (Figura 26).

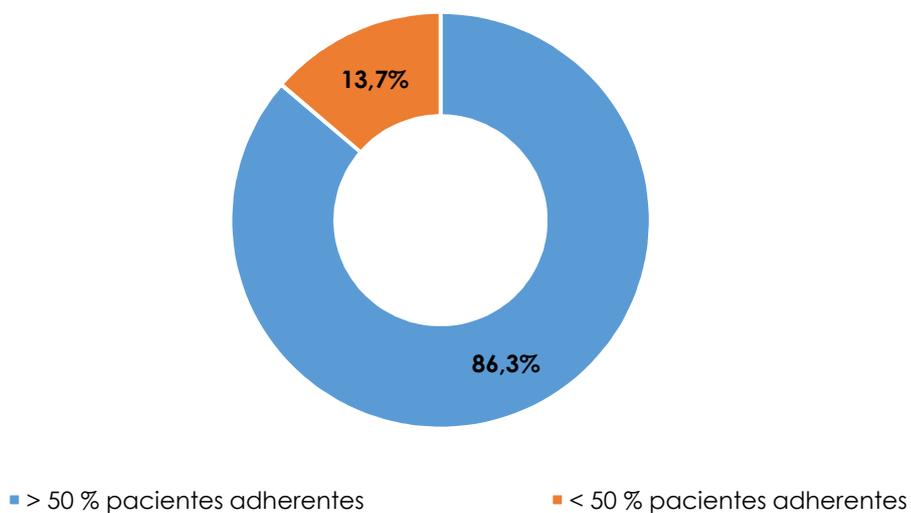
Figura 26. Distribución de la muestra de médicos en función de antecedentes de diabetes mellitus



5.2.2 Adherencia y persistencia en el tratamiento

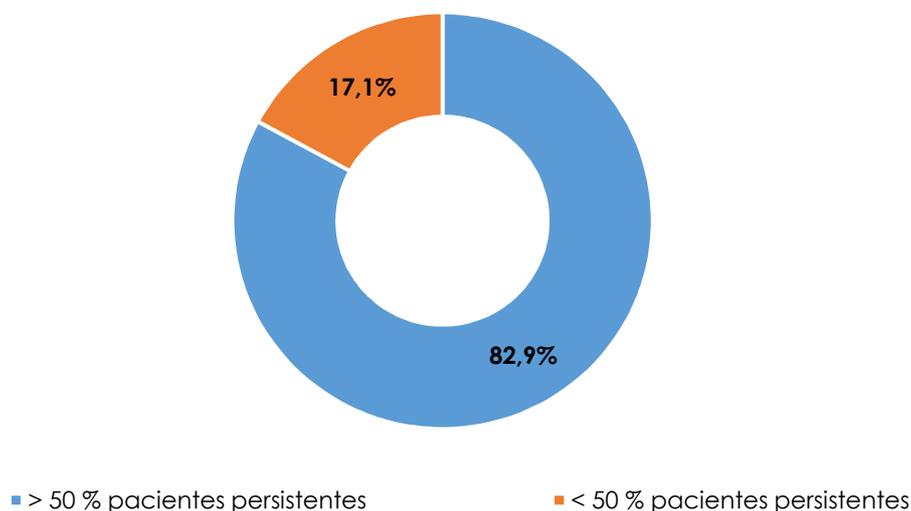
Un 86,3 % (84,0-88,3) de los médicos opinaban que más de la mitad de sus pacientes eran adherentes al tratamiento (Figura 27).

Figura 27. Percepción de la muestra de médicos sobre la adherencia de sus pacientes



Así mismo, la mayoría [82,9 % (80,4-85,1)] opinaba que más del 50 % de sus pacientes era persistente con su tratamiento (Figura 28).

Figura 28. Percepción de la muestra de médicos sobre la persistencia de sus pacientes



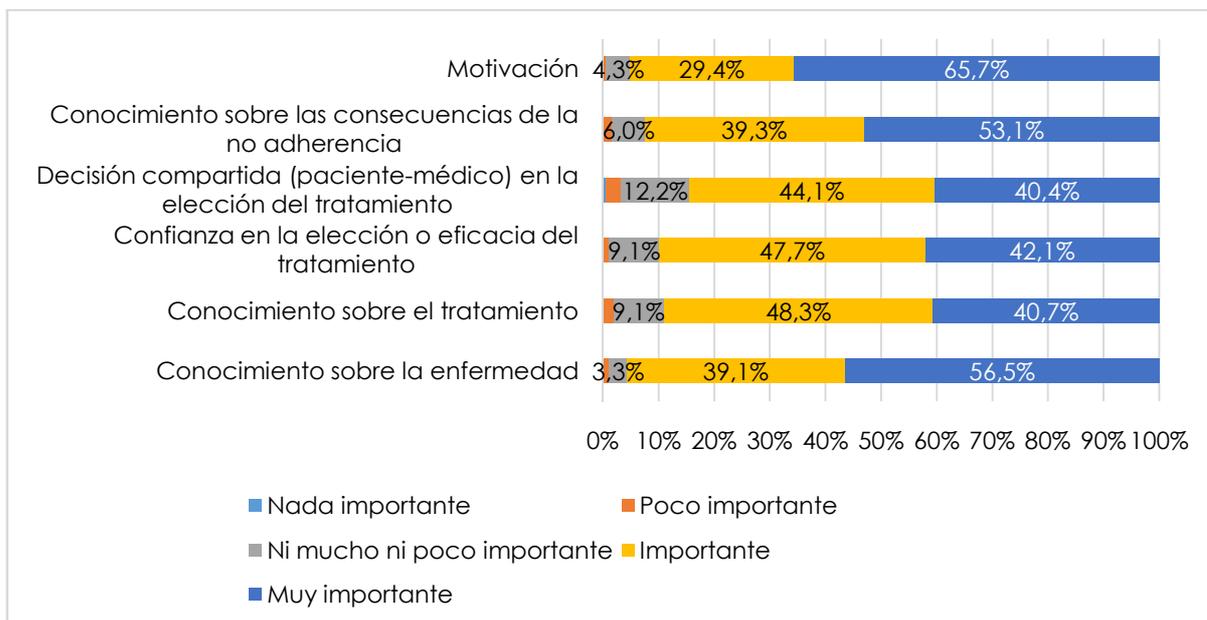
5.2.3 Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento

5.2.3.1 Características del paciente

En referencia a la importancia que los profesionales daban a las distintas características del paciente sobre la adherencia y persistencia en el tratamiento, se observó que todas las características expuestas (motivación, conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia, decisión compartida, confianza en la elección o eficacia del tratamiento, conocimiento sobre el tratamiento, conocimiento sobre la enfermedad) eran consideradas importantes ya que en todos los casos más del 50 % de las respuestas fueron importante o muy importante (Figura 29).

Cabe destacar que para el conocimiento sobre la enfermedad [56,5 % (53,4-59,6)], sobre las consecuencias de la no adherencia [53,1 % (50,0-56,2)] y la motivación [65,7 % (62,7-68,6)], más del 50 % de los médicos le otorgaron una puntuación de muy importante.

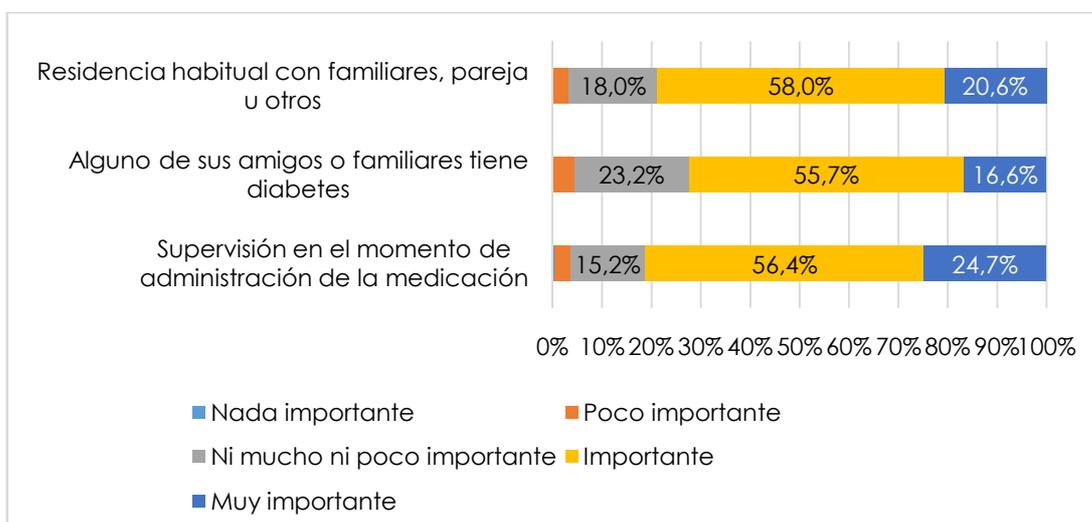
Figura 29. Importancia otorgada por los médicos a las características de los pacientes (% de respuestas)



5.2.3.2 Características del entorno del paciente

Similarmente se observó que las características del entorno del paciente (residencia habitual con familiares, que alguno de sus familiares o amigos tenga diabetes, supervisión en el momento de la administración) eran consideradas como importantes por los distintos médicos participantes (Figura 30). En este caso más de la mitad de los participantes las calificaron como importante y en mucha menor medida como muy importante.

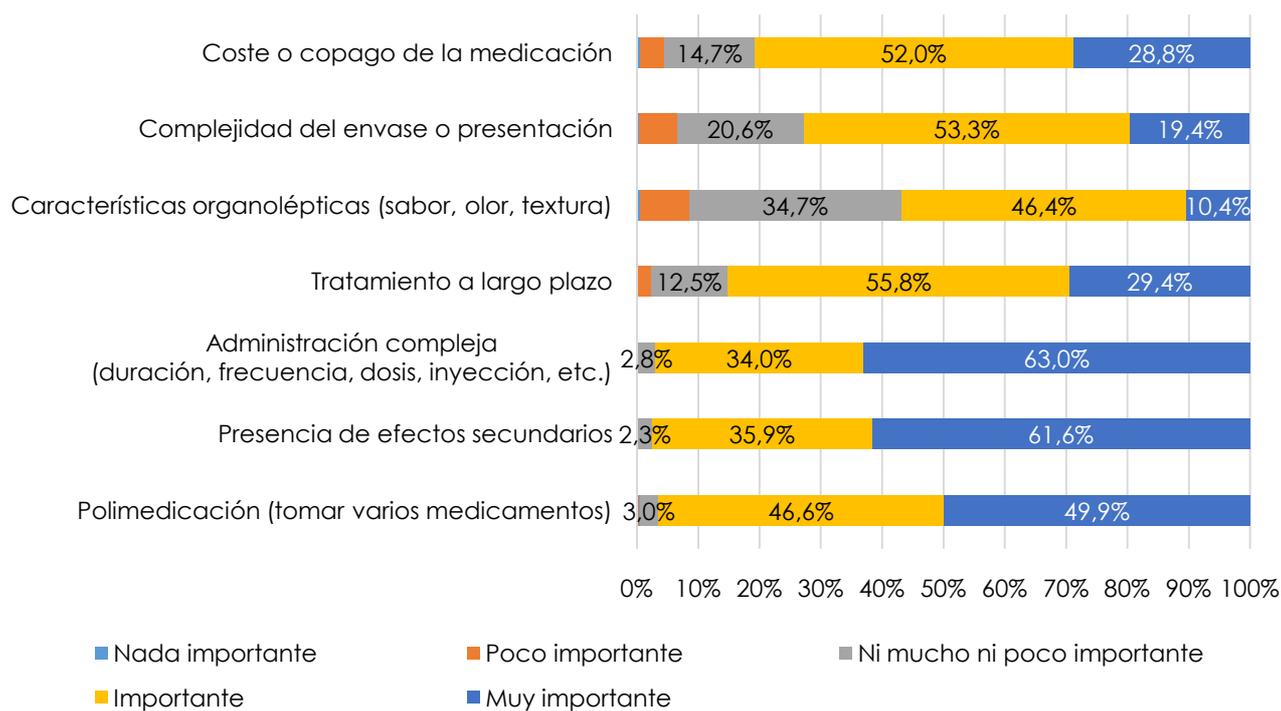
Figura 30. Importancia otorgada por los médicos a las características del entorno del paciente (% de respuestas)



5.2.3.3 Características de la medicación

En el caso de las características de la medicación (coste o copago de la medicación, complejidad del envase, características organolépticas, tratamiento a largo plazo, administración compleja, presencia de efectos secundarios, polimedición), si bien todas las características fueron consideradas en el rango de importancia por más del 50 % de los profesionales, se pudo observar que mientras más del 90 % consideraban de importancia la administración compleja [97,0 % (95,7-97,9)], la presencia de eventos adversos [97,5 % (96,3-98,3)] o la polimedición [96,5 % (95,2-97,5)], únicamente un 56,8 % (53,7-59,8) de los profesionales consideraban que las características organolépticas tenían importancia en la adherencia y persistencia al tratamiento (Figura 31).

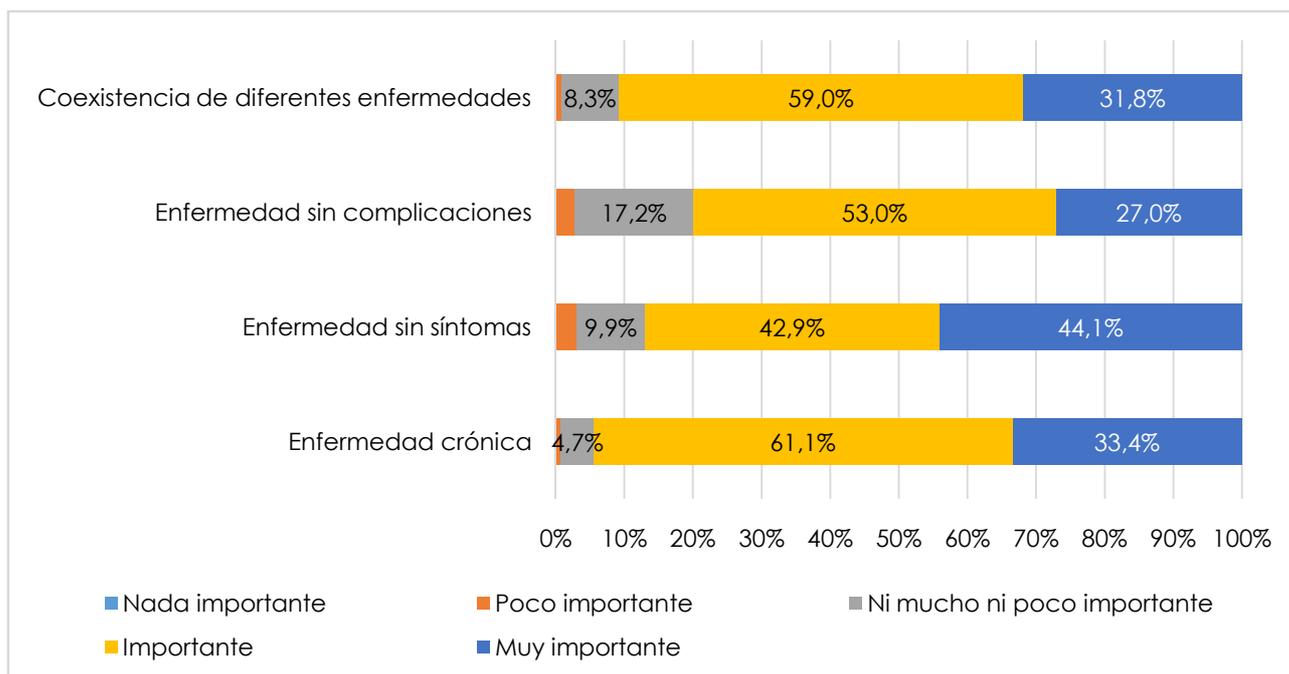
Figura 31. Importancia otorgada por los médicos a las características de la medicación (% de respuestas)



5.2.3.4 Características de la enfermedad

Al valorar la importancia de las características de la enfermedad (coexistencia de diferentes enfermedades, enfermedades sin complicaciones, enfermedad sin síntomas, enfermedad crónica) en la adherencia y persistencia según los profesionales, todas las características a evaluar fueron consideradas como importantes por más del 50 % de los participantes (Figura 32).

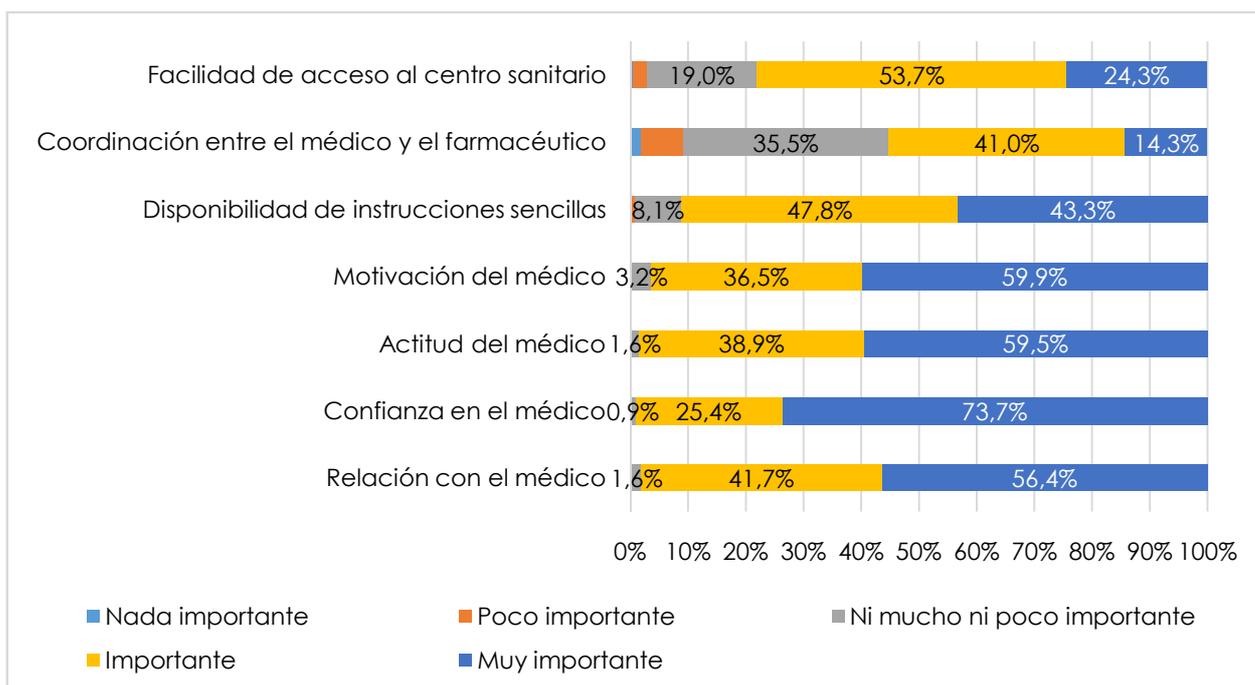
Figura 32. Importancia otorgada por los médicos a las características de la enfermedad (% de respuestas)



5.2.3.5 Características del profesional

Si bien todas las características del profesional médico (facilidad de acceso al centro sanitario, coordinación entre el médico y el farmacéutico, disponibilidad de instrucciones sencillas, motivación del médico, actitud del médico, confianza en el médico, relación con el médico) fueron valoradas como importantes por más de la mitad de los médicos, la facilidad del acceso al centro sanitario [78,1 % (75,4-80,5)] y la coordinación entre el médico y el farmacéutico [55,3 % (52,2-58,4)] fueron valoradas como importantes por menos del 90 % de los respondedores (Figura 33).

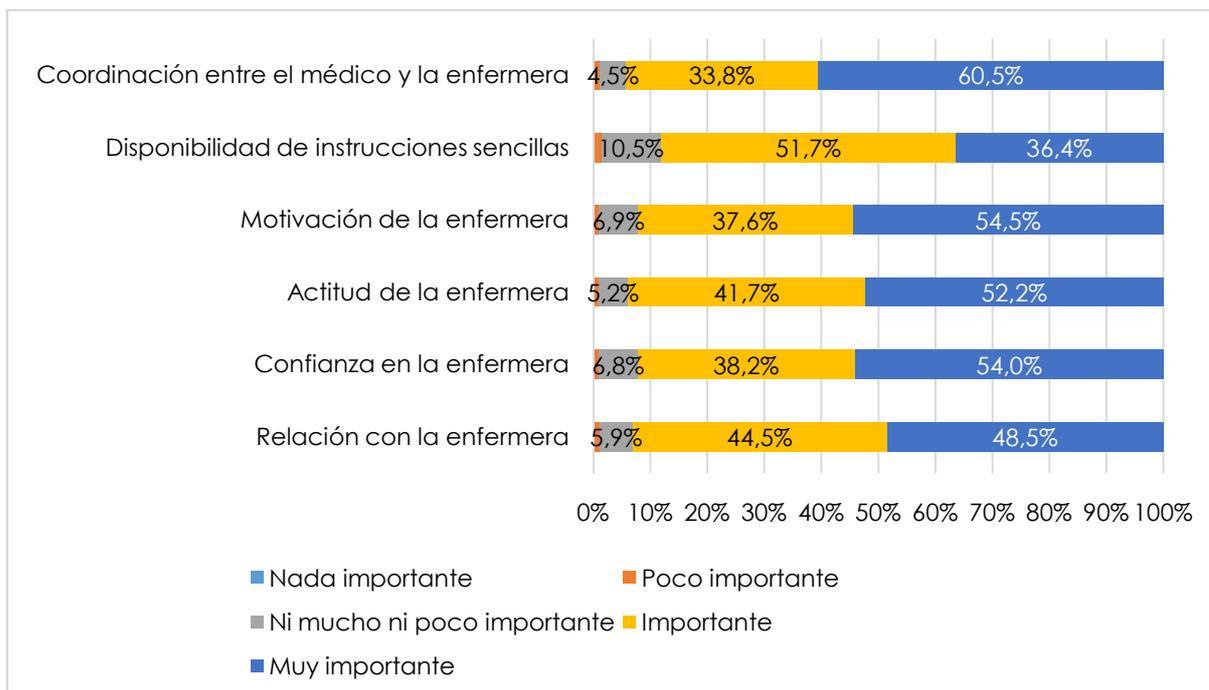
Figura 33. Importancia del profesional: médico, otorgada por lo médicos (% de respuestas)



En el caso de las características referentes al personal de enfermería (coordinación entre el médico y la enfermera, disponibilidad de instrucciones sencillas, motivación de la enfermera, actitud de la enfermera, confianza en la enfermera, relación con la enfermera), todas ellas fueron valoradas como importantes por la gran mayoría de los profesionales (Figura 34).

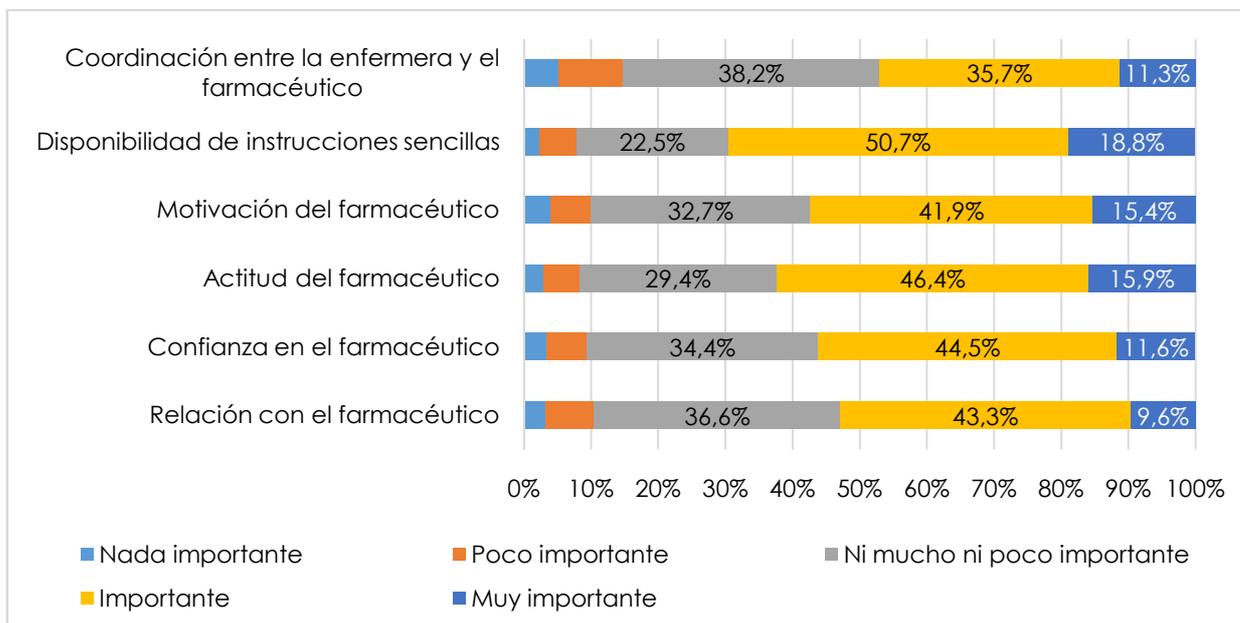
Cabe señalar que, en el caso de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del personal de enfermería, obtuvo en menor porcentaje la máxima puntuación de importancia [muy importante: 36,4 % (33,4-39,4)]ç

Figura 34. Importancia del profesional: personal de enfermería, otorgada por los médicos (% de respuestas)



En la valoración de la importancia de las características del profesional farmacéutico (coordinación entre la enfermera y el farmacéutico, disponibilidad de instrucciones sencillas, motivación del farmacéutico, actitud del farmacéutico, confianza en el farmacéutico, relación con el farmacéutico), se obtuvieron porcentajes menores que en referencia a las características del profesional médico o del personal de enfermería, pese a considerarse importante por más del 50 % de los médicos, salvo en el caso de la coordinación entre el farmacéutico y el personal de enfermería que fue valorado como importante por el 47,0 % (43,9-50,1) (Figura 35).

Figura 35. Importancia del profesional: farmacéutico, otorgada por los médicos (% de respuestas)

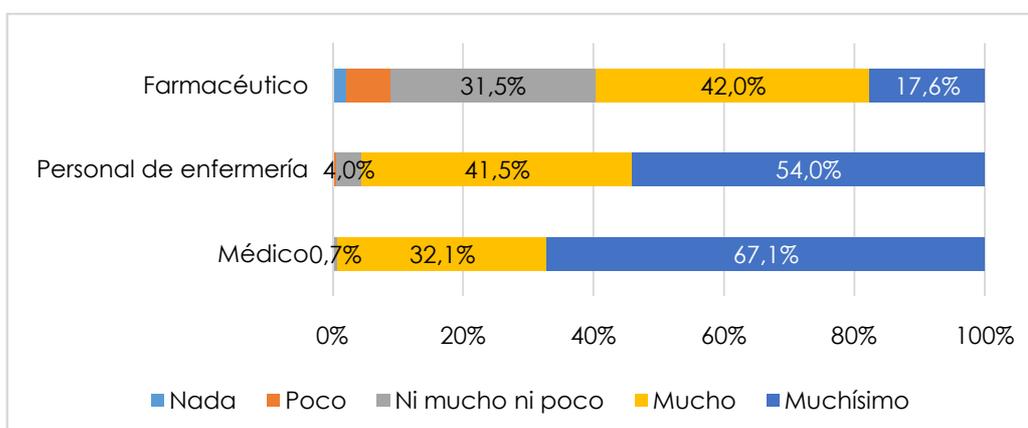


5.2.4 Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.2.4.1 Educación del paciente por parte del profesional

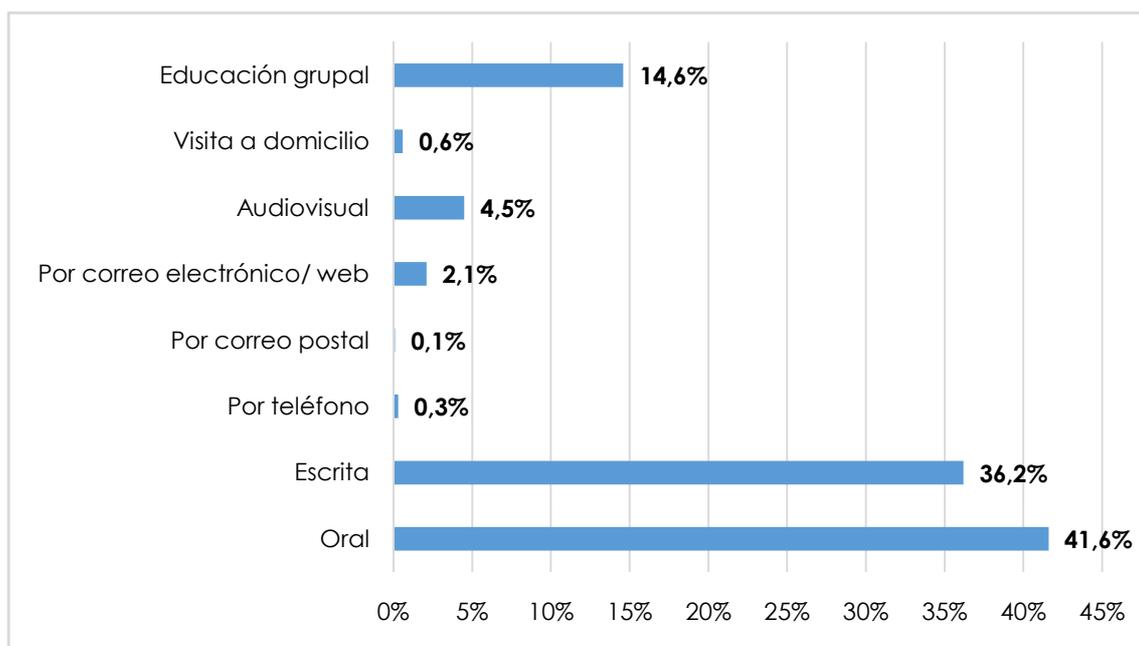
Los profesionales médicos consideraban que era importante la educación del paciente diabético por cualquier profesional sanitario (farmacéutico, enfermera, médico), aunque se vio que en el caso del profesional farmacéutico el porcentaje de respuestas en el rango de importancia era menor [59,6 % (56,5-62,6)] que en el profesional médico [99,2 % (98,4-99,6)] o el personal de enfermería [95,5 % (94,0-96,6)] (Figura 36).

Figura 36. Percepción de los médicos sobre la mejora de la adherencia y persistencia en relación con la educación del paciente por parte del profesional (% de respuestas)



La vía que los profesionales consideraban como más adecuada de todas las presentadas (educación grupal, visita a domicilio, audiovisual, por correo electrónico/web, por correo postal, por teléfono, escrita, oral) para transmitir la información al paciente fueron la vía oral [41,6 % (38,6-44,7)] y la escrita [36,2 % (33,2-39,2)] (Figura 37).

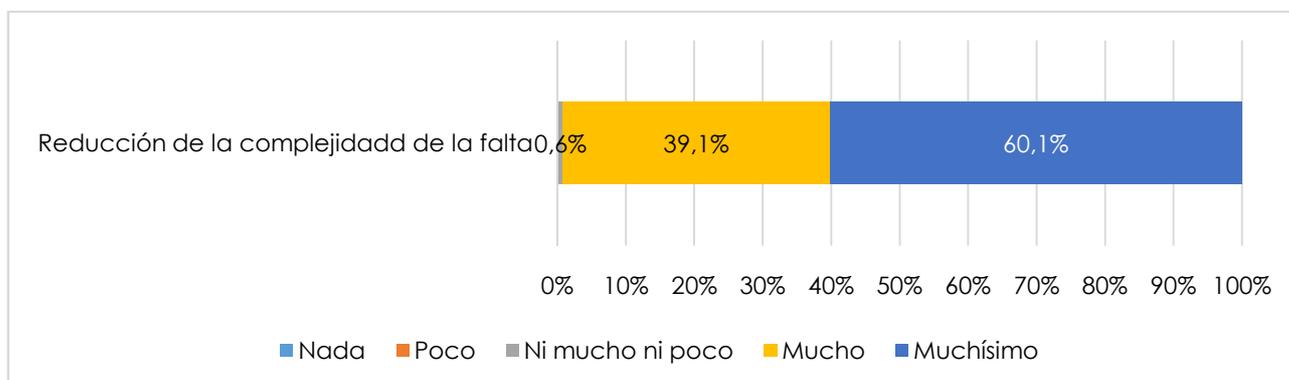
Figura 37. Forma más adecuada de recibir información reportada por los médicos (% de respuestas)



Reducir la complejidad de la pauta

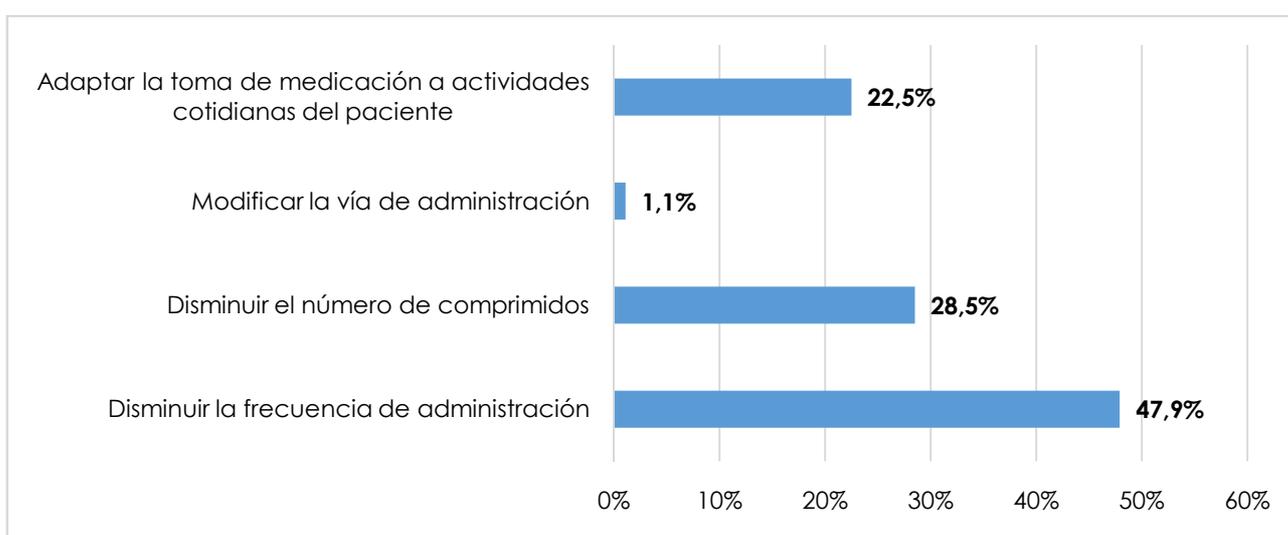
Prácticamente la totalidad [99,2 % (98,4-99,6)] de los médicos opinaron que la reducción de la complejidad de la pauta puede mejorar mucho la adherencia y persistencia del tratamiento (Figura 38).

Figura 38. Percepción de los médicos sobre la relación entre la reducción de la complejidad de la pauta y la mejoría de la adherencia y persistencia (% de respuestas)



Casi la mitad de los profesionales médicos [47,9 % (44,8-51,0)] opinaron que la principal característica de la pauta terapéutica a mejorar para aumentar la adherencia y persistencia por parte del paciente de todas las expuestas (adaptar la toma de medicación a actividades cotidianas del paciente, modificar la vía de administración, disminuir el número de comprimidos, disminuir la frecuencia de administración) era disminuir la frecuencia de administración (Figura 39).

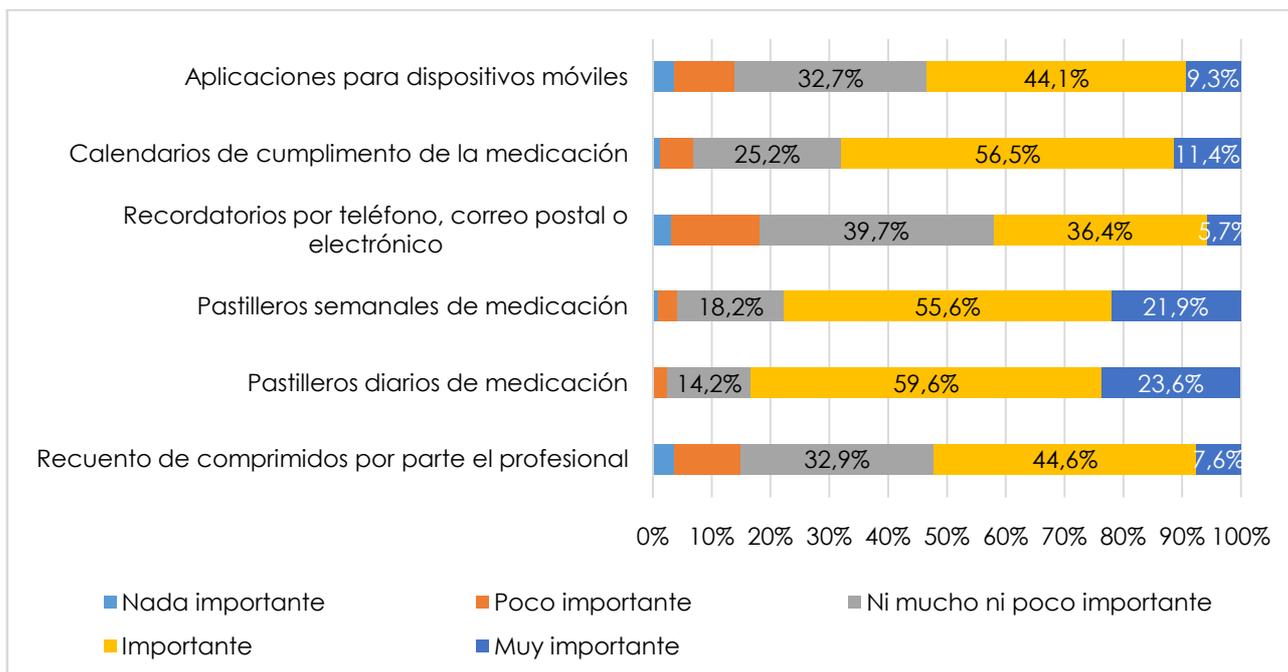
Figura 39. Principal característica de la pauta o régimen de tratamiento considerada por los médicos que puede modificarse para mejorar la adherencia y persistencia (% de respuestas)



5.2.4.2 Técnicas

Las técnicas presentadas (aplicaciones para dispositivos móviles, calendarios de cumplimentación, recordatorios por teléfono, correo postal o electrónico, pastilleros semanales de medicación, pastilleros diarios de medicación, recuento de comprimidos por parte del profesional) mejor valoradas por los profesionales médicos fueron los pastilleros diarios [83,3 % (80,8-85,5)] y semanales [77,6 % (74,9-80,0)] de medicación, siendo peor valorados los recordatorios por teléfono, correo postal o electrónico [42,1 % (39,1-45,2)] que no alcanzaron un 50 % de respuestas valorándolos como importantes (Figura 40).

Figura 40. Importancia otorgada por los médicos a las técnicas para mejorar la adherencia (% de respuestas)



5.2.4.3 Apoyo social

El apoyo social de los pacientes diabéticos fue considerado como importante por un 96,1 % (94,7-97,1) de los médicos encuestados (Figura 41).

Figura 41. Perspectiva de los médicos sobre la implicación de amigos y familiares y la mejora de la adherencia y persistencia (% de respuestas)



5.3 Farmacéuticos

5.3.1 Variables sociodemográficas

El cuestionario fue cumplimentado por 493 farmacéuticos, de los cuales 74 fueron excluidos del análisis por no tener un tiempo de ejercicio mayor o igual a 5 años, conformándose la muestra final de análisis por 419 farmacéuticos.

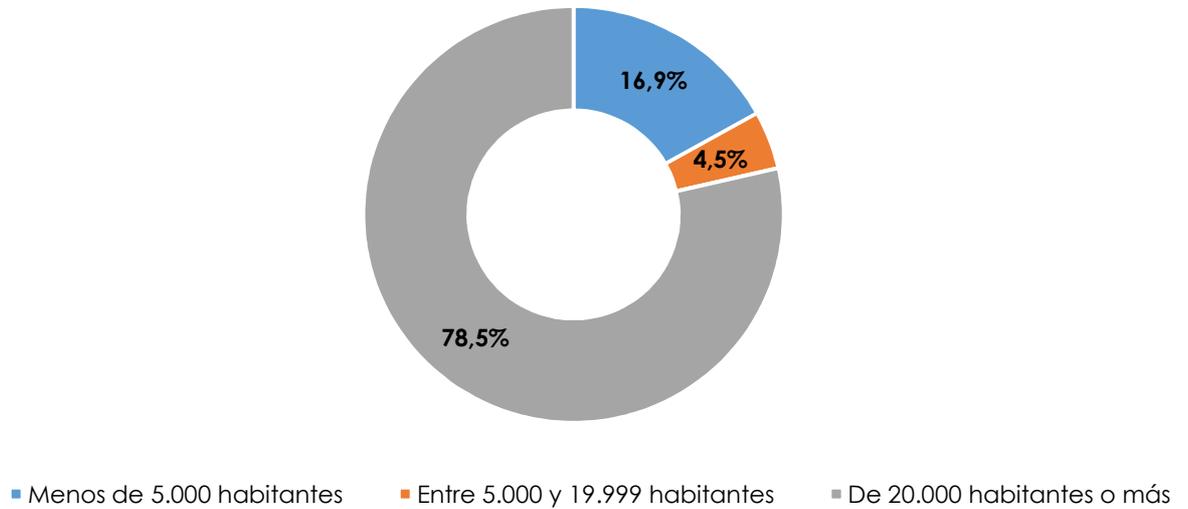
5.3.1.1 Comunidad y área en la que residen

Los farmacéuticos procedían de 15 Comunidades Autónomas de España. La procedencia de los distintos farmacéuticos se muestra en la (Tabla 12). El 75,5% (74,3-82,2) de los encuestados procedían de municipios de 20.000 habitantes o más, lo corresponde a áreas urbanas (Tabla 12) (Figura 42).

Tabla 12. Procedencia de la muestra de farmacéuticos

Comunidad	n	%
Castilla – La Mancha	58	13,8
Aragón	36	8,6
Comunidad de Madrid	22	5,3
Región de Murcia	10	2,4
Andalucía	41	9,8
Cantabria	2	0,5
Castilla y León	21	5,0
Cataluña	130	31,0
Extremadura	9	2,1
Galicia	31	7,4
La Rioja	1	0,2
País Vasco	18	4,3
Islas Canarias	4	1,0
Comunidad Valenciana	35	8,4
Principado de Asturias	1	0,2

Figura 42. Tamaño del municipio donde residen la muestra de farmacéuticos



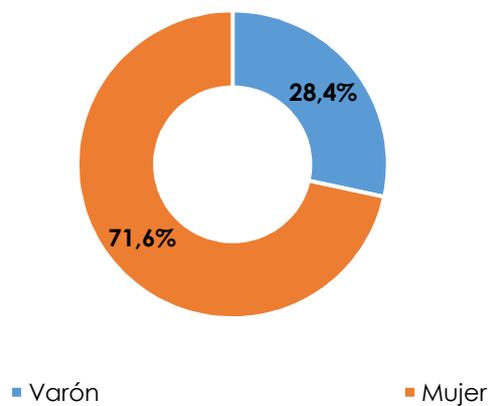
5.3.1.2 Edad y Sexo

La edad mediana ascendía a 42,0 años (36,0-52,0) (Tabla 13). Con respecto al sexo, la mayoría de farmacéuticos eran mujeres [71,6 % (67,1-75,7)] (Figura 43).

Tabla 13. Distribución por edad de la muestra de farmacéuticos

	Media	DE	Mediana	P25	P75
Edad (años)	43,9	9,9	42,0	36,0	52,0

Figura 43. Distribución por sexo de la muestra de farmacéuticos



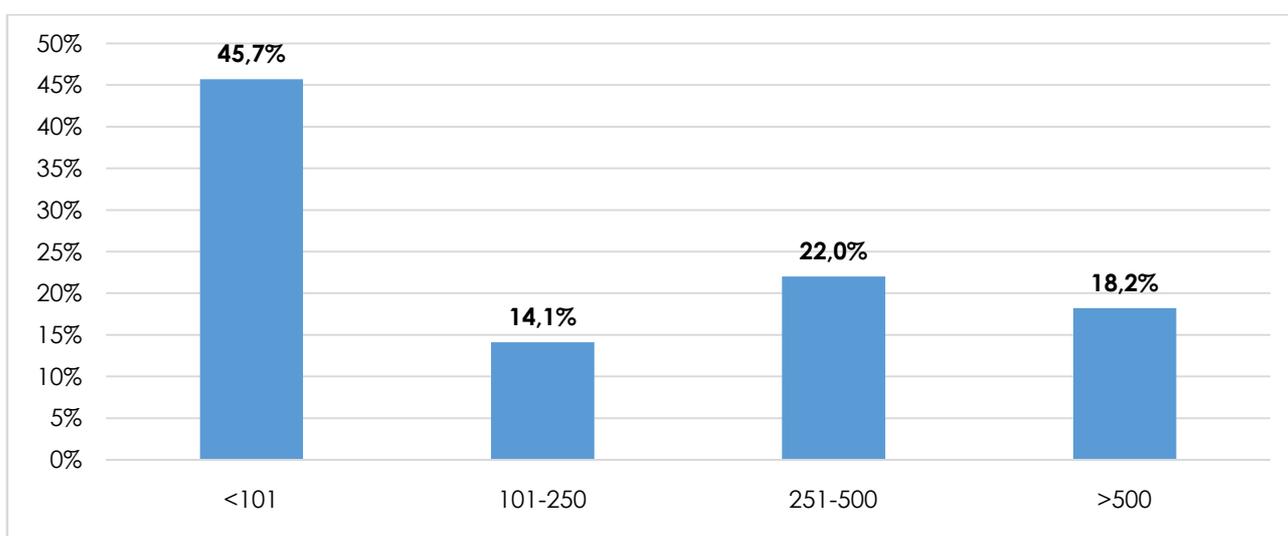
5.3.1.3 Tiempo ejerciendo la profesión y número de pacientes que visita al mes

El tiempo mediano de ejercicio era de 17,0 años (10,0-25,0) (Tabla 14). Casi la mitad de los farmacéuticos [45,7 % (40,9 -50,6)] atendían menos de 101 pacientes al mes (Figura 44).

Tabla 14. Tiempo ejerciendo de la muestra de farmacéuticos

	Media	DE	Mediana	P25	P75
Tiempo ejerciendo (años)	18,5	9,4	17,0	10,0	25,0

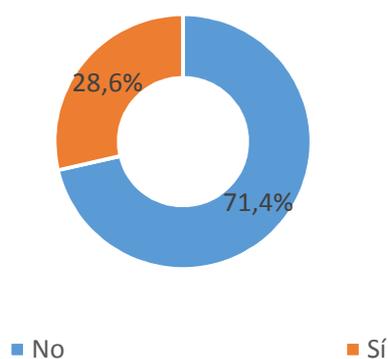
Figura 44. Número de pacientes que visita al mes la muestra de farmacéuticos



5.3.1.4 Antecedentes de diabetes de la muestra

Respecto a la presencia de antecedentes de diabetes mellitus, un 28,6 % (24,5-33,2) reportó padecerlos (Figura 45).

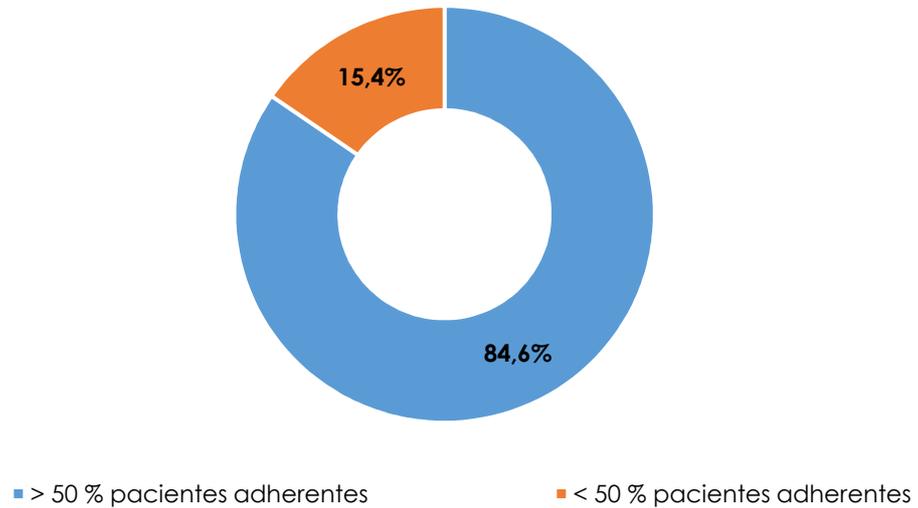
Figura 45. Distribución de la muestra de farmacéuticos en función de antecedentes de diabetes mellitus



5.3.2 Adherencia y persistencia en el tratamiento

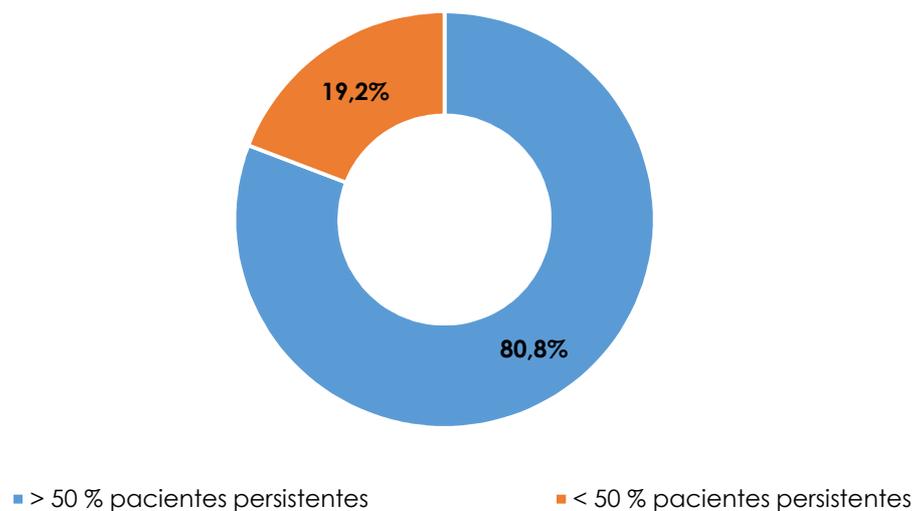
Respecto a sus pacientes, el 84,6 % (80,8-87,8) de los respondedores opinaron que más del 50 % de sus pacientes presentaban una correcta adherencia al tratamiento (Figura 46).

Figura 46. Distribución de la muestra de farmacéuticos según la adherencia de los pacientes



Al preguntarles sobre su opinión en referencia a la persistencia de sus pacientes, el 80,8 % (76,8-84,3) declaró que consideraban que más del 50 % de los pacientes que atendían eran persistentes en su tratamiento (Figura 47).

Figura 47. Distribución de la muestra de farmacéuticos según la persistencia de los pacientes

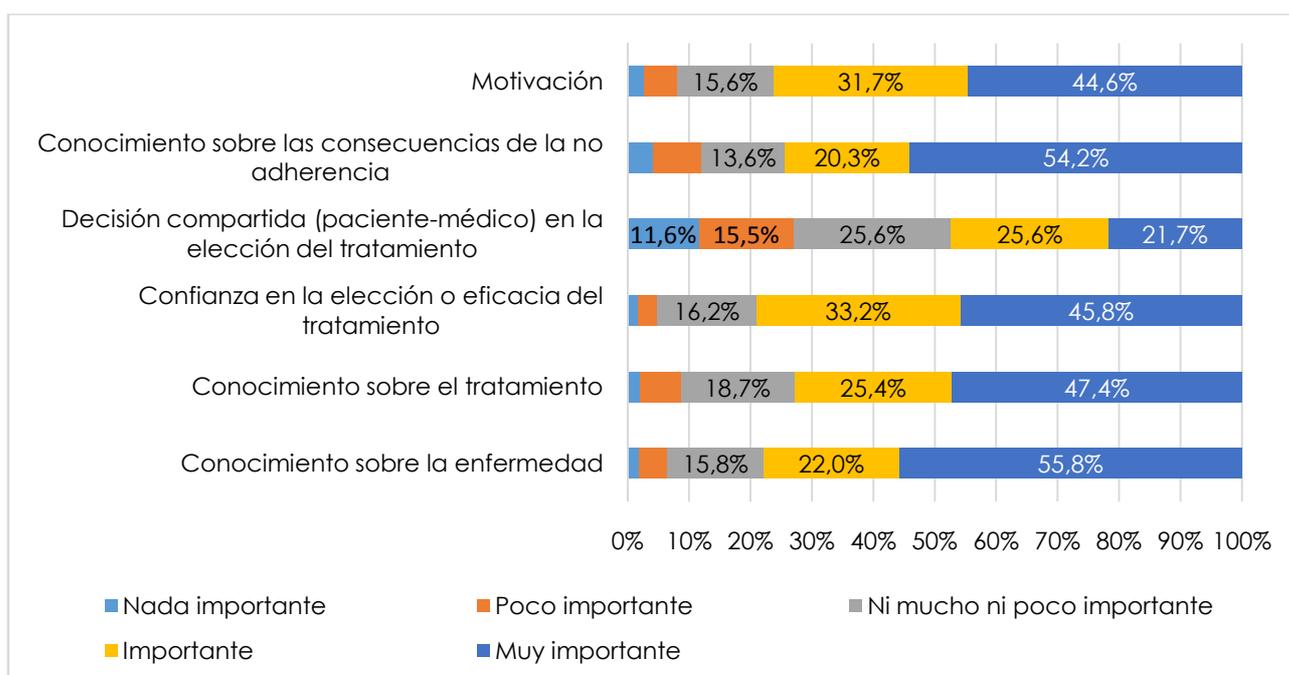


5.3.3 Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento

5.3.3.1 Características del paciente

Con respecto a las distintas características del paciente sobre la adherencia y persistencia en el tratamiento, se observó que la mayoría de las características expuestas eran calificadas en el rango de importancia por más del 50% de los participantes salvo en el caso de la importancia de la decisión compartida del tratamiento entre el paciente y el médico, para la que las respuestas dadas fueron muy variadas: un 47,3 % (42,5-52,1) de los participantes la consideraba importante, un 25,6 % (21,6-30,0) indiferente y un 27,0 % (22,9-31,5) la calificaron como no importante farmacéuticos (Figura 48).

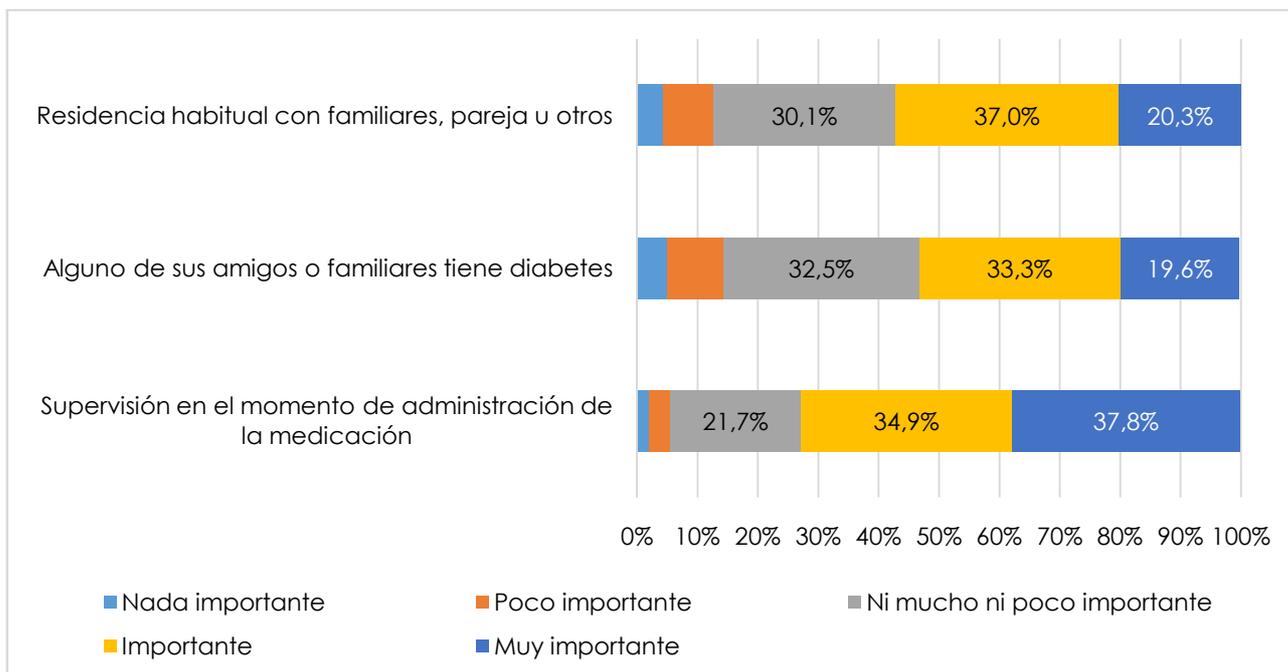
Figura 48. Importancia otorgada por los farmacéuticos a las características de los pacientes (% de respuestas)



5.3.3.2 Características del entorno del paciente

En referencia a las características del entorno de los pacientes, los farmacéuticos dieron mayor importancia a la supervisión en el momento de la administración de la medicación [72,7 % (68,2-76,4)] y ligeramente inferior al hecho de residir habitualmente con familiares, pareja u otros [57,2 % (52,4-61,9)] o de que alguno de los amigos o familiares tenga diabetes [53,1 % (48,2-57,8)] (Figura 49).

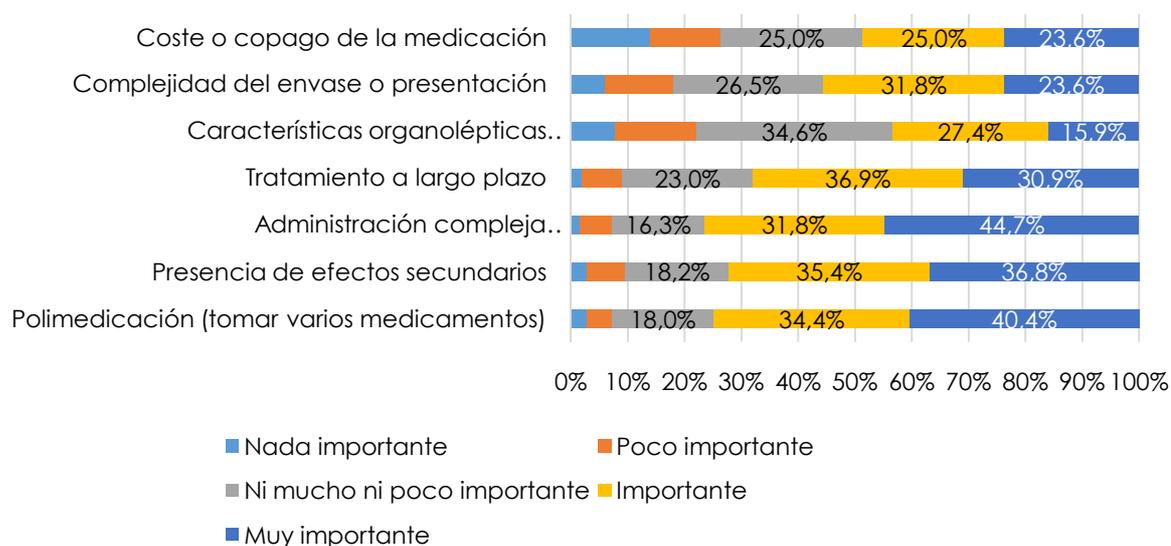
Figura 49. Importancia otorgada por los farmacéuticos a las características del entorno del paciente (% de respuestas)



5.3.3.3 Características de la medicación

Las características de la medicación que los farmacéuticos consideraban más importantes fueron la administración compleja [76,5 % (72,2-80,3)] la polimedicación [74,7 % (70,3-78,7)], la presencia de eventos adversos [72,2 % (67,7-76,3)] y el tratamiento a largo plazo [67,8 % (63,2-72,1)] (Figura 50). Peor valoradas fueron la complejidad del envase o presentación [55,4 % (50,5-60,1)], el coste o copago de la medicación [48,5 % (43,7-53,3)] y especialmente las características organolépticas que fue valorada como importante por menos del 50 % de los participantes [43,2 % (38,5-48,0)].

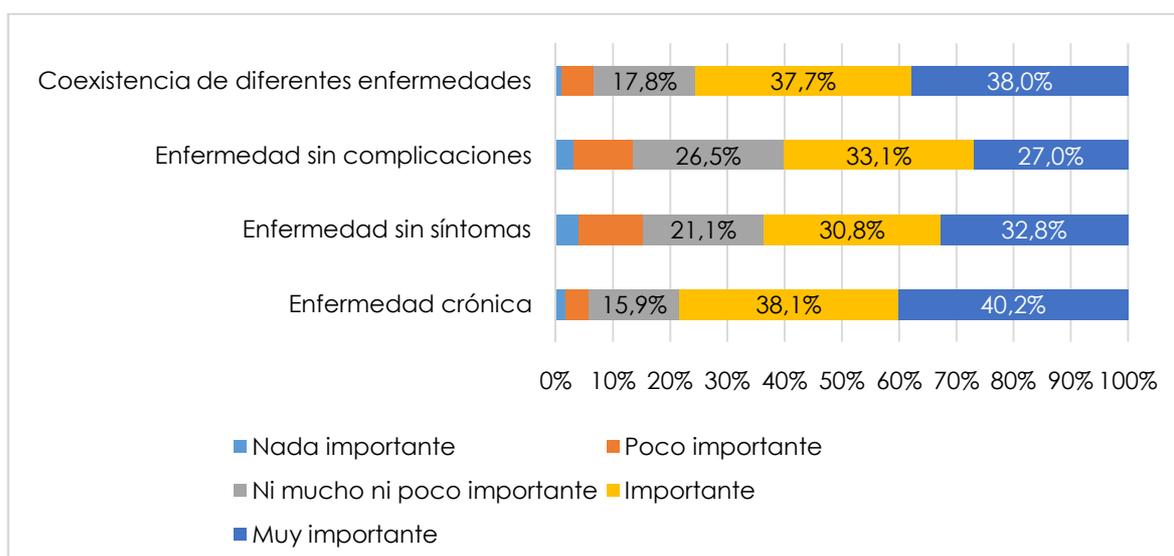
Figura 50. Importancia otorgada por los farmacéuticos a las características de la medicación (% de respuestas)



5.3.3.4 Características de la enfermedad

En referencia a las características de la enfermedad, si bien las 4 características expuestas fueron calificadas como importantes por más del 50 % de los farmacéuticos, fueron valoradas con mayor importancia la enfermedad crónica [78,3 % (74,1-82,0)] y la coexistencia de distintas enfermedades [75,7 (71,3-79,6)] que la enfermedad asintomática [63,6 % (58,8-68,1)] o la enfermedad sin complicaciones [60,1 % (55,3-64,7)] (Figura 51).

Figura 51. Importancia otorgada por los farmacéuticos a las características de la enfermedad (% de respuestas)

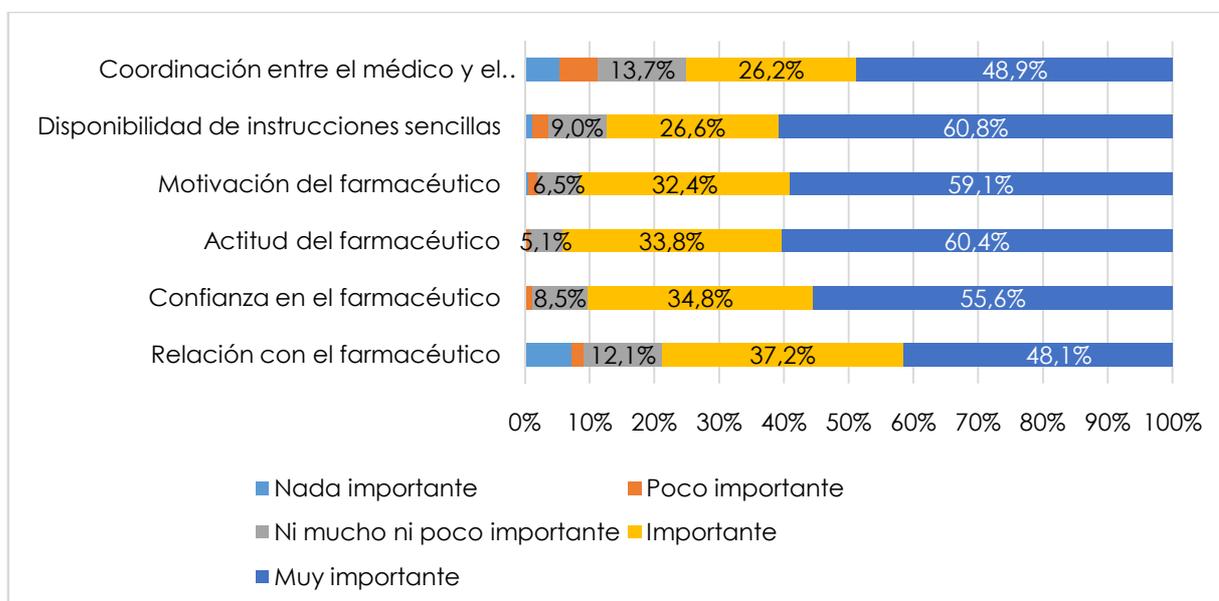


5.3.3.5 Características del profesional

En el caso de los farmacéuticos tan solo se dispone de la valoración de las características referente a ellos mismos, las cuales en todos los casos fueron calificadas como importantes por más del 50 % de los participantes (Figura 52).

En este caso las características mejor valoradas fueron la actitud [94,2 % (91,5-96,1)] y motivación [91,5 % (88,4-93,9)] del farmacéutico, así como la confianza en el farmacéutico [90,3 % (87,1-92,8)], siendo en menor medida valorada como importante la coordinación entre el médico y el farmacéutico [75,1 % (70,6-79,0)].

Figura 52. Importancia del profesional: farmacéutico, otorgada por los farmacéuticos (% de respuestas)

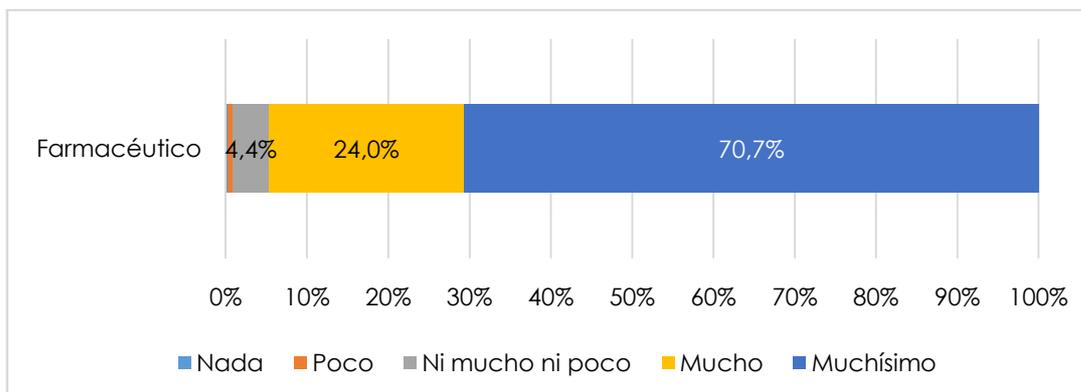


5.3.4 Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.3.4.1 Educación del paciente por parte del profesional

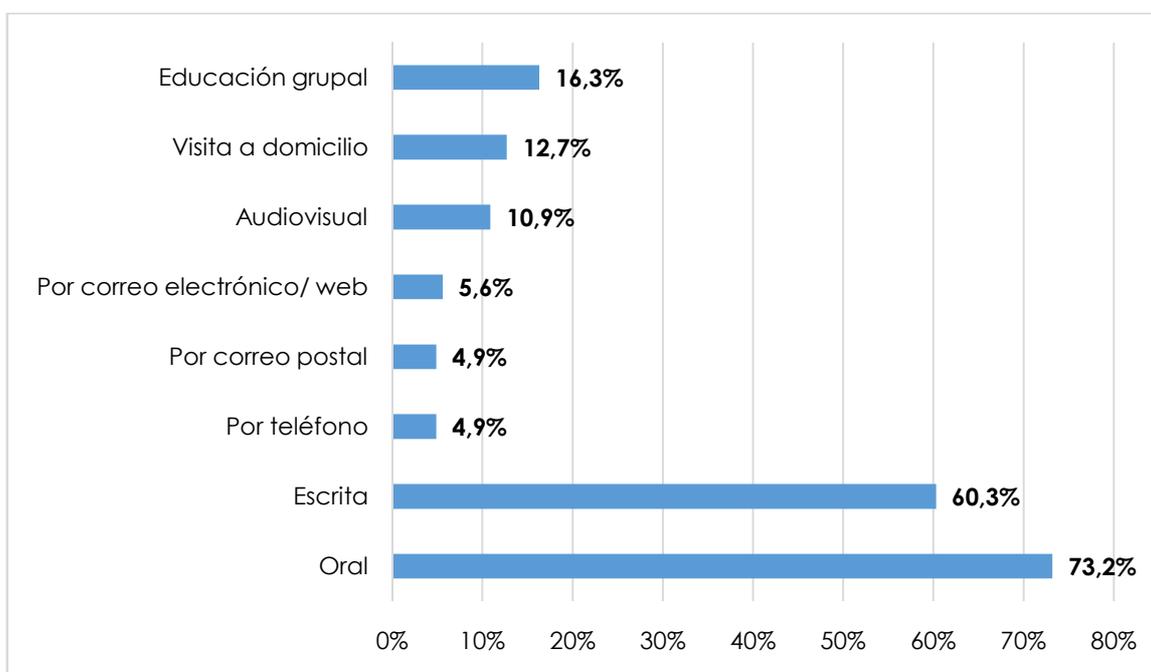
Respecto a la educación del paciente por parte del profesional tan solo se dispone de información referente a la adecuación de la misma por parte del farmacéutico la cual fue considerada como importante por el 94,7 % (92,0-96,5) de los encuestados (Figura 53).

Figura 53. Percepción de los farmacéuticos sobre la educación del paciente por parte del profesional (% de respuestas)



Cabe señalar que la pregunta de cuál consideraban que era la manera más adecuada de recibir información, en el caso concreto de los farmacéuticos era de respuesta múltiple. En este caso, las vías consideradas como más adecuadas fueron la oral [73,2 % (68,7-77,3)] y la escrita [60,3 % (55,5-65,0)], siendo rara vez consideradas la comunicación por correo postal [4,9 % (3,2-7,4)], teléfono [4,9 % (3,2-7,4)] o correo electrónico/web [5,6 % (3,7-8,3)] (Figura 54).

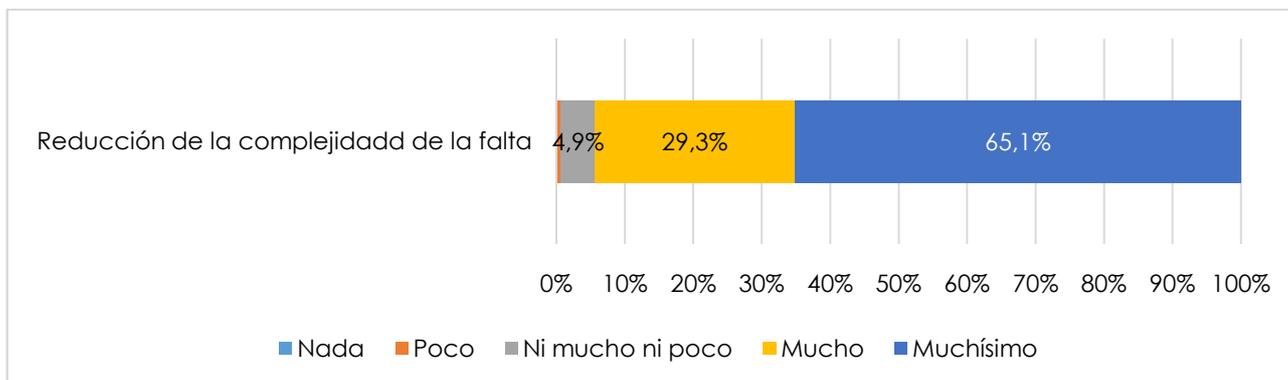
Figura 54. Forma más adecuada de recibir información según los farmacéuticos (% de respuestas)



5.3.4.2 Reducir la complejidad de la pauta

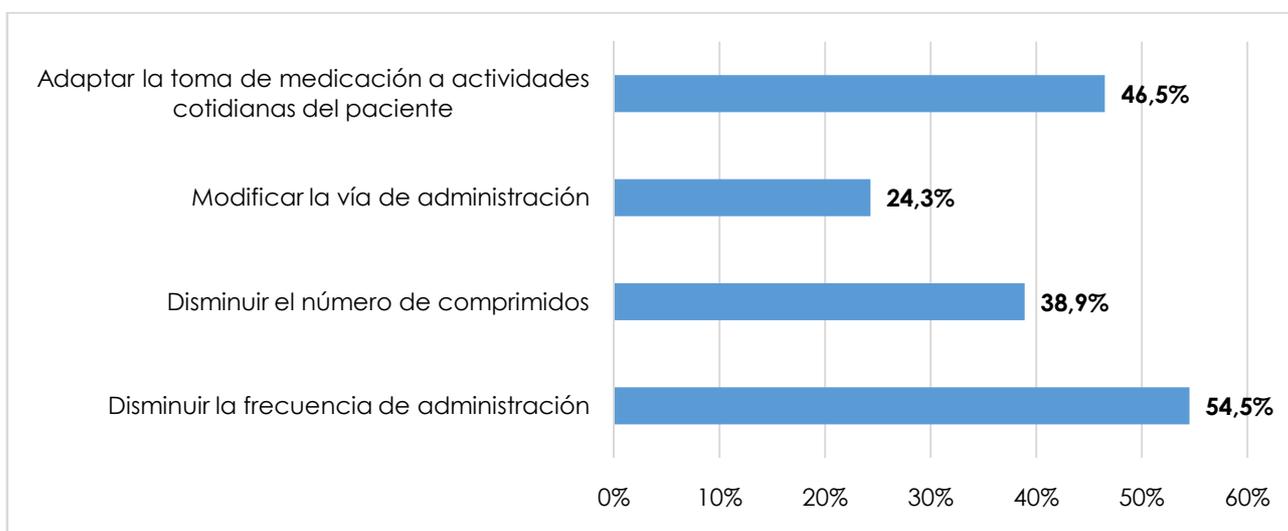
Un 94,4 % (91,7-96,3) de los encuestados opinaron que la reducción de la complejidad de la pauta puede mejorar mucho la adherencia y persistencia del tratamiento (Figura 55).

Figura 55. Percepción de los farmacéuticos sobre la relación entre la reducción de la complejidad de la pauta y la mejoría de la adherencia y persistencia (% de respuestas)



En el caso de los farmacéuticos, la principal característica a modificar de la pauta o régimen terapéutico consistió en una pregunta de respuesta múltiple. Las características más comúnmente valoradas como principales fueron la disminución de la frecuencia de administración [54,5 % (49,6-59,3)] y la adaptación de la toma de medicación a actividades cotidianas del paciente [46,5% (41,7-51,3)]; y en menor medida la disminución del número de comprimidos [38,9 % (34,3-43,8)] o la modificación de la vía de administración [24,3 % (20,4-28,7)] (Figura 56).

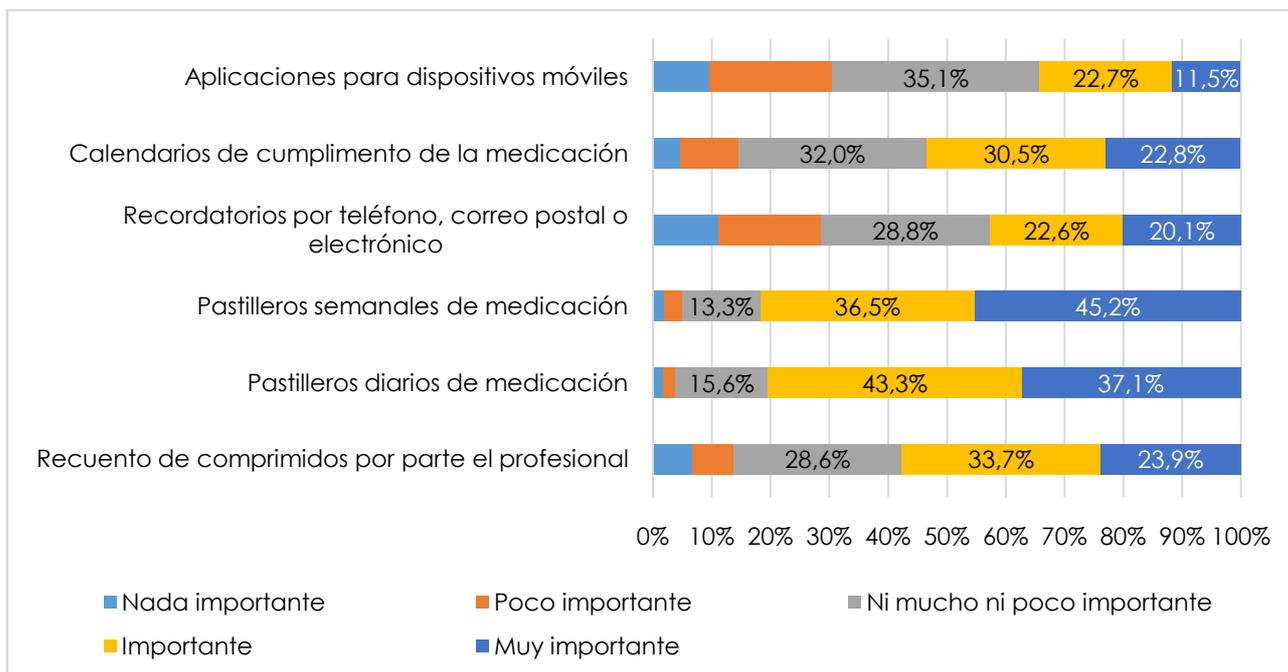
Figura 56. Principal característica de la pauta o régimen de tratamiento considerada por los farmacéuticos que puede modificarse para mejorar la adherencia y persistencia (% de respuestas)



5.3.4.3 Técnicas

Las técnicas con mayor valoración como importantes por parte de los farmacéuticos fueron los pastilleros de medicación, tanto diarios [80,4 % (76,3-84,0)] como semanales [81,7 % (77,6-85,2)] (Figura 57). En menor medida fueron calificados como importantes el recuento de comprimidos por parte del profesional [57,6 % (52,8-62,4)] o los calendarios de cumplimiento de la medicación [53,3 % (48,4-58,2)]. Por último, los recordatorios por teléfono, correo postal o electrónico [42,7 % (37,9-47,6)] y las aplicaciones para dispositivos móviles [34,2 % (29,7-39,0)], obtuvieron valoración de importante por menos del 50 % de los participantes, siendo esta última calificada como indiferente por el 35,2 % (30,6-40,0) de los farmacéuticos y como no importante por el 30,7 % (26,3-35,4) restante.

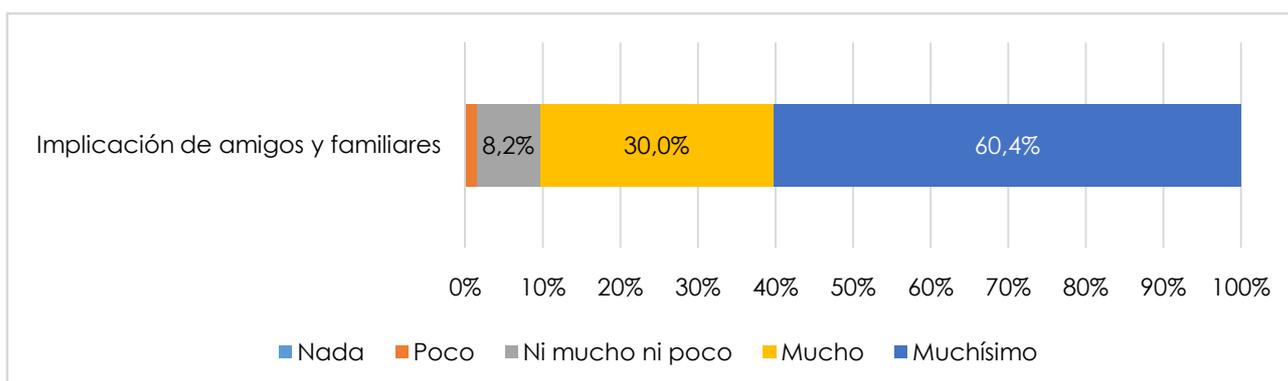
Figura 57. Importancia otorgada por los farmacéuticos a las técnicas para mejorar la adherencia (% de respuestas)



5.3.4.4 Apoyo social

La implicación de amigos y familiares fue valorada como importante por un 90,3 & (87,0-92,9) de los encuestados (Figura 58).

Figura 58. Perspectiva de los farmacéuticos sobre la implicación de amigos y familiares y la mejora de la adherencia y persistencia (% de respuestas)



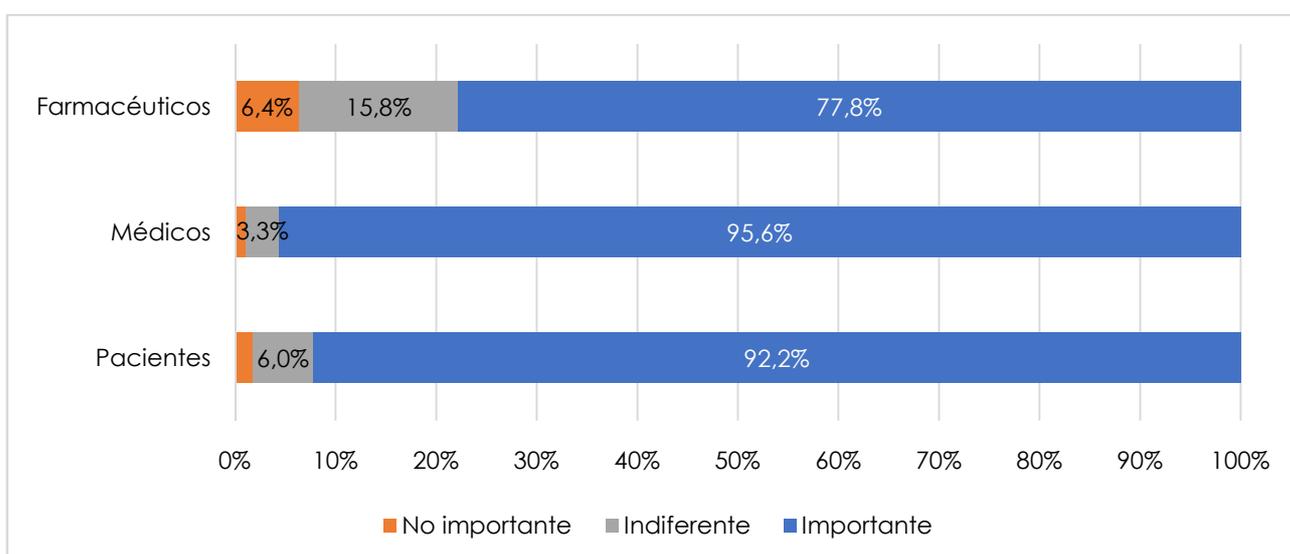
5.4 Comparación entre las respuestas dadas por los diferentes grupos de participantes

5.4.1 Factores determinantes de la adherencia y la persistencia en el tratamiento

5.4.1.1 Características del paciente

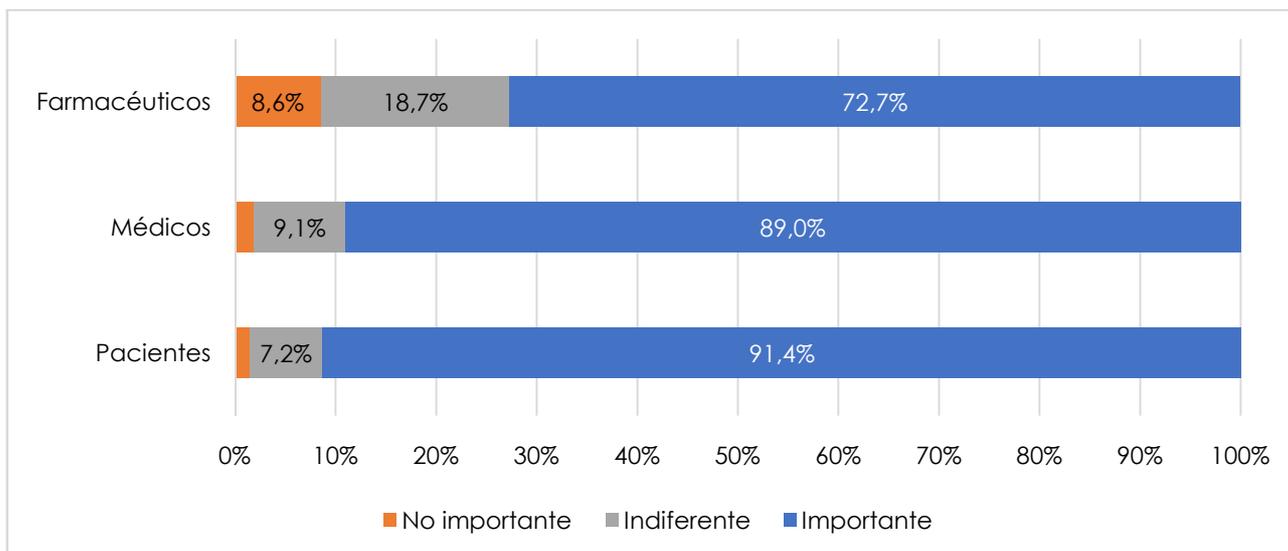
Al valorar la importancia del conocimiento del paciente sobre la enfermedad se observó que mientras la práctica totalidad de pacientes (92,2 %) y médicos (95,6 %) la consideraban como un factor importante, el porcentaje de farmacéuticos que le daba una valoración importante era significativamente inferior (77,8 %) ($p < 0,001$) (Figura 59).

Figura 59. Comparación de la importancia otorgada por los participantes al conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad ($p < 0,001$)



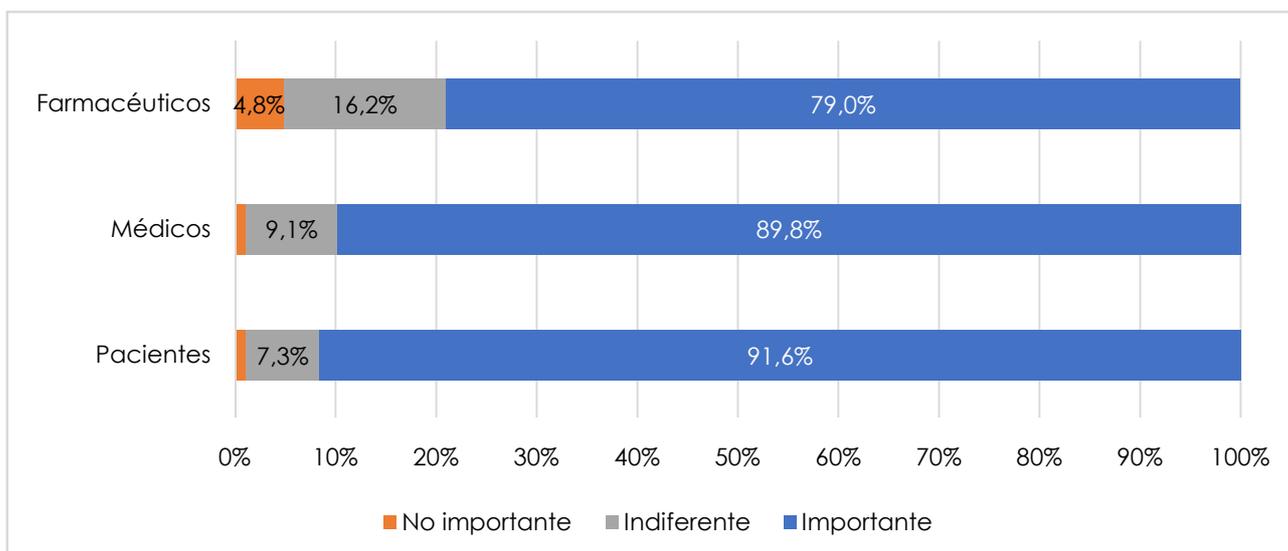
De forma similar, el porcentaje de farmacéuticos (72,7 %) que consideraba importante el conocimiento del paciente sobre el tratamiento era significativamente inferior al de pacientes (91,4 %) y médicos (89,0 %) ($p < 0,001$) (Figura 60).

Figura 60. Comparación de la importancia otorgada por los participantes al conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento ($p < 0,001$)



Con respecto a la importancia otorgada a la confianza del paciente en la elección del tratamiento, los pacientes (91,6 %) y médicos (89,8 %) consideraban este factor como significativamente más importante que los farmacéuticos (79,0 %) ($p < 0,001$) (Figura 61).

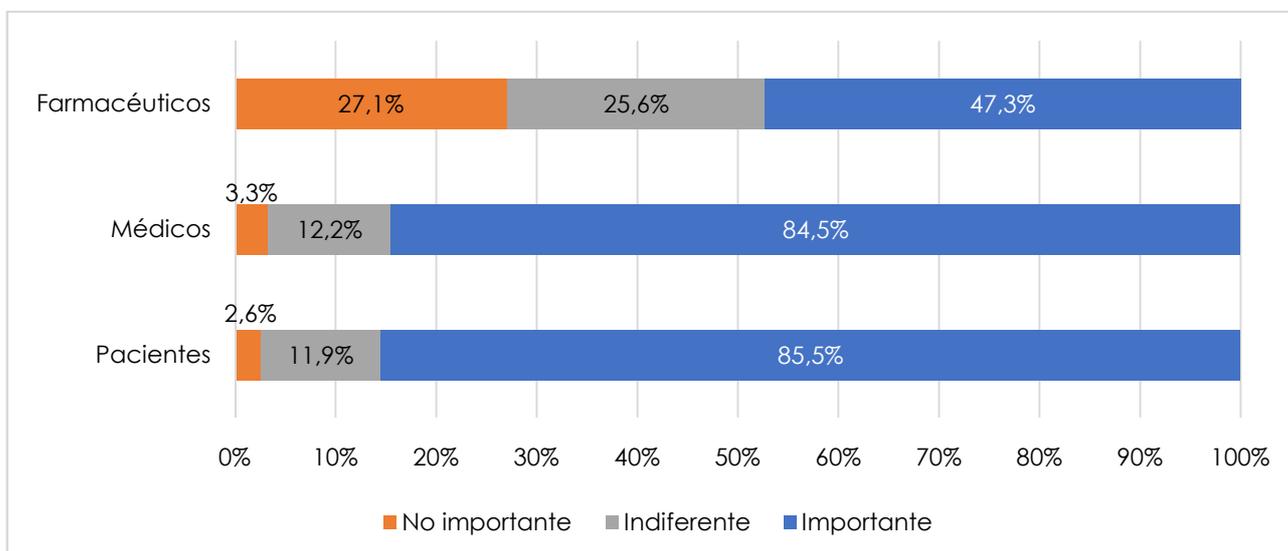
Figura 61. Comparación de la importancia otorgada por los participantes a la confianza del paciente en la elección del tratamiento ($p < 0,001$)



En referencia a la importancia de la decisión compartida entre el médico y el paciente en la elección del tratamiento, la opinión de los farmacéuticos fue significativamente distinta de los

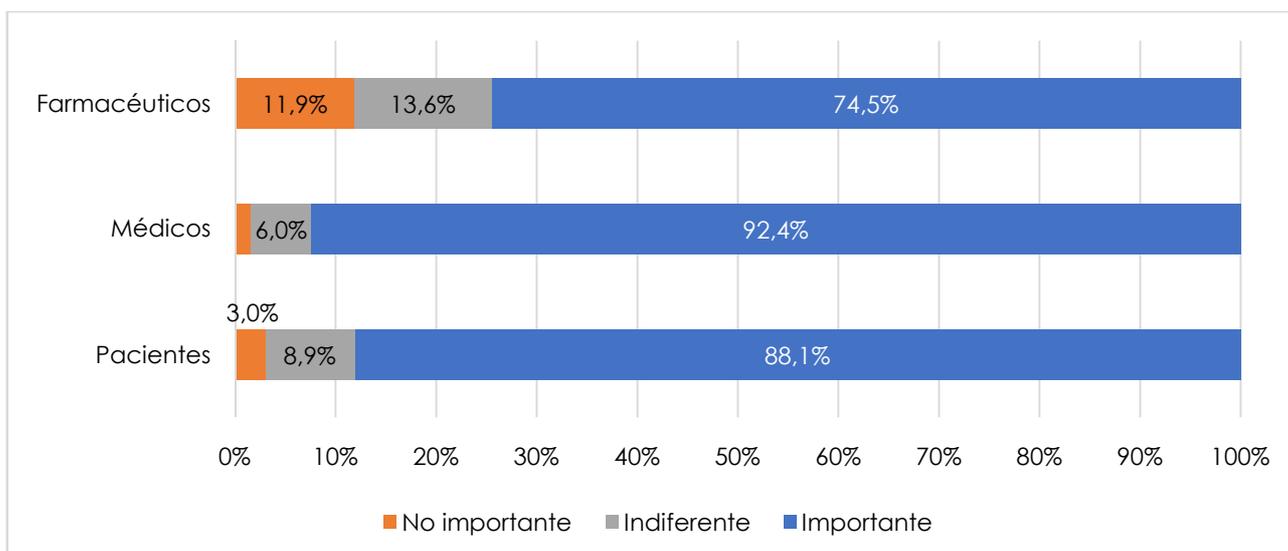
médicos y pacientes. Más de la mitad de los farmacéuticos lo calificaban como no importante o indiferente, mientras que el 85,5 % de los pacientes y el 84,5 % de los médicos, lo consideraban de importancia ($p < 0,001$) (Figura 62).

Figura 62. Comparación de la importancia otorgada por los participantes a la decisión compartida del tratamiento ($p < 0,001$)



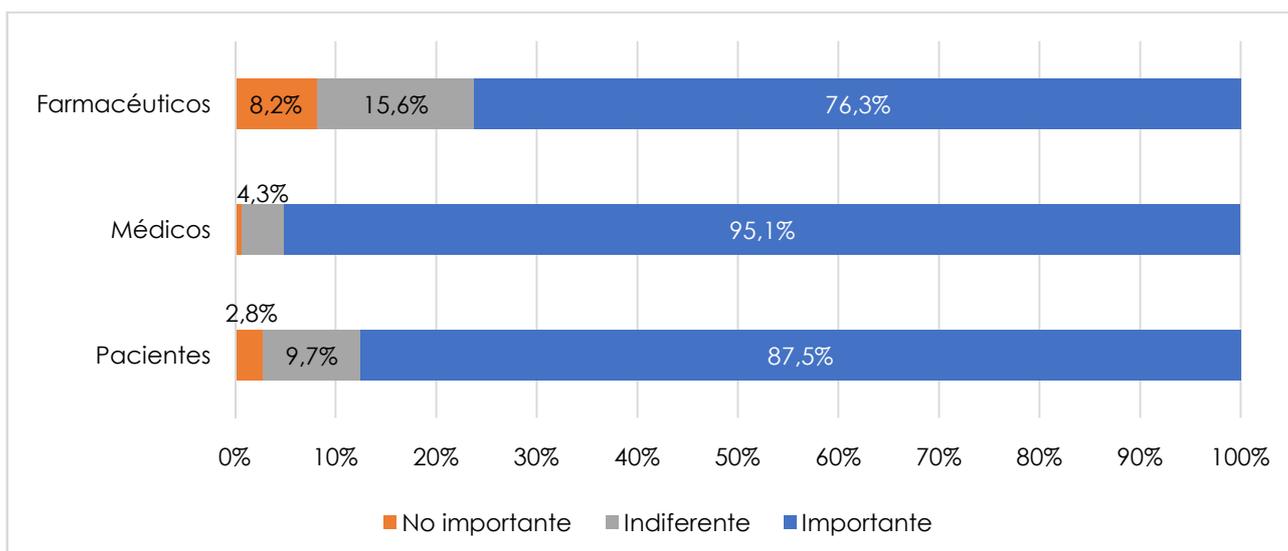
En el caso de la importancia del conocimiento del paciente sobre las consecuencias de la no adherencia, el porcentaje de pacientes (88,1 %) y médicos (92,4 %) que lo consideraban un factor importante era mucho mayor que el de farmacéuticos (74,5 %) ($p < 0,001$) (Figura 63).

Figura 63. Comparación de la importancia otorgada por los participantes sobre el conocimiento de las consecuencias de la no adherencia ($p < 0,001$)



En referencia a la importancia de la motivación del paciente, los médicos (95,1 %) fueron los participantes que más importancia le otorgaron, siendo ligeramente menor la importancia otorgada por pacientes (87,5 %) y mucho menor por parte de los farmacéuticos (76,3 %) ($p < 0,001$) (Figura 64).

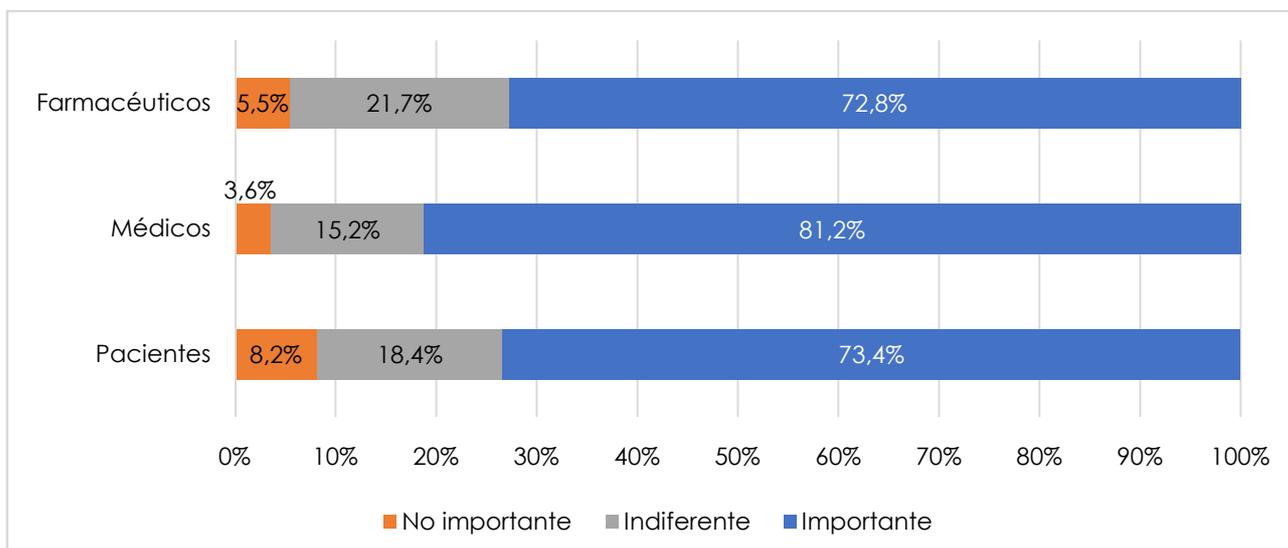
Figura 64. Comparación de la importancia otorgada por los participantes a la motivación ($p < 0,001$)



5.4.1.2 Características del entorno del paciente

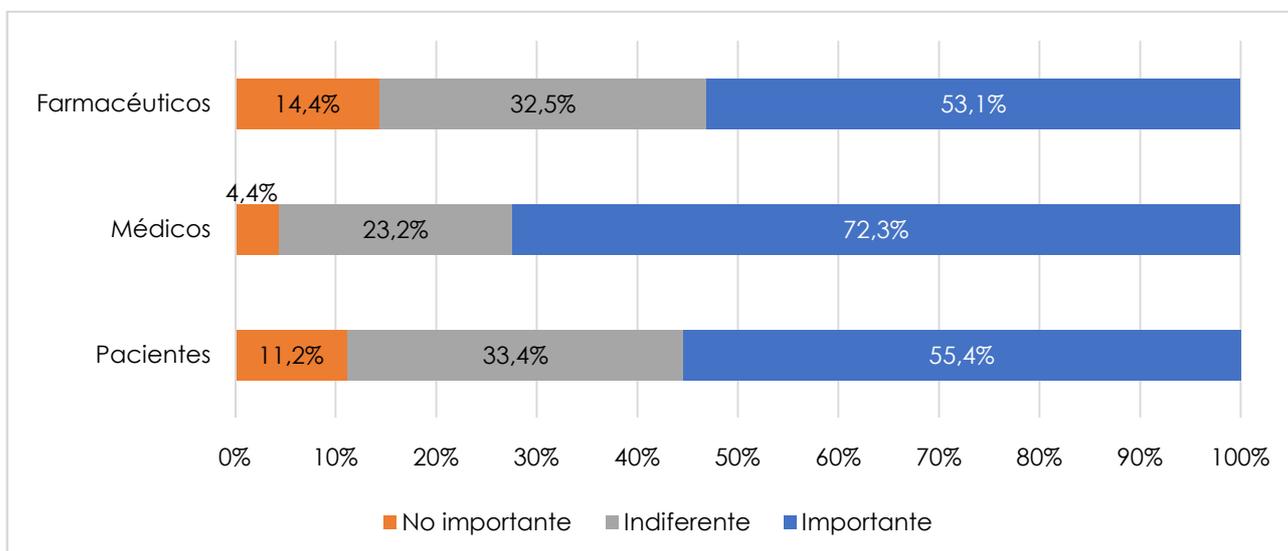
Mientras menos de tres cuartos de los pacientes (73,4 %) y farmacéuticos (72,8 %) consideraban la supervisión en el momento de la administración como una característica importante, un 81,2 % de los médicos la valoró como tal ($p < 0,001$) (Figura 65).

Figura 65. Comparación de la importancia de la supervisión en el momento de la administración ($p < 0,001$)



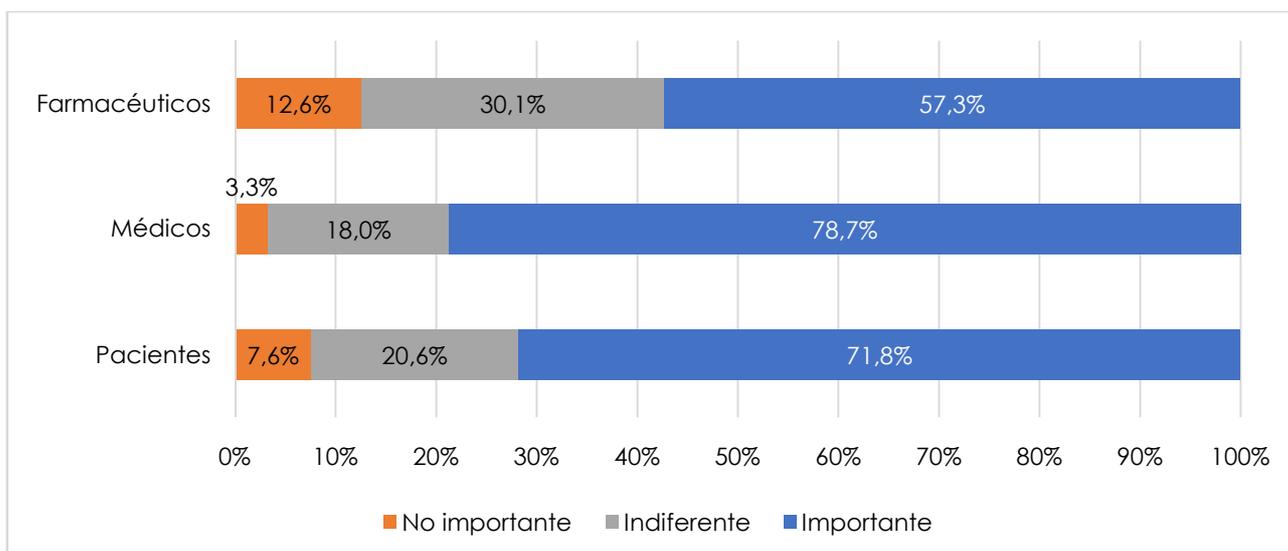
En referencia a la importancia de que alguno de los amigos o familiares tenga diabetes, poco más de la mitad de los pacientes (55,4 %) y farmacéuticos (53,1 %) lo calificaron como importante frente al 72,3 % de los médicos ($p < 0,001$) (Figura 66).

Figura 66. Comparación de la importancia de que alguno de sus amigos o familiares tenga diabetes ($p < 0,001$)



En el caso del hecho de residir habitualmente con familiares, pareja u otros, los pacientes (71,8 %) y médicos (78,7 %) le otorgaban mayor importancia que los farmacéuticos (57,3 %) ($p < 0,001$) (Figura 67).

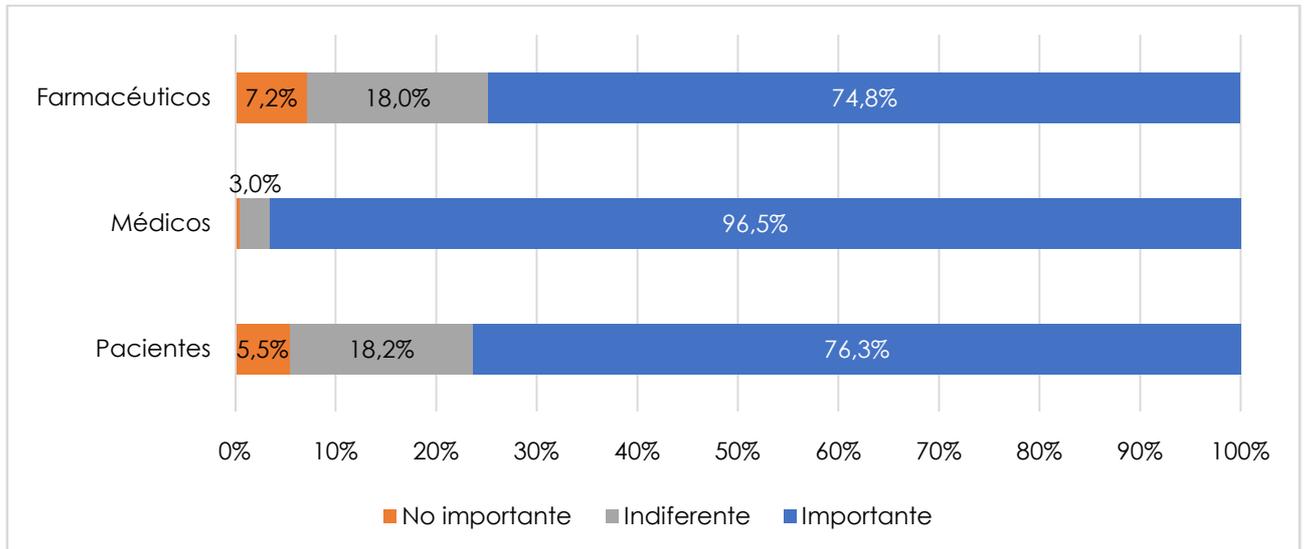
Figura 67. Comparación de la importancia de residir habitualmente con familiares, pareja u otros ($p < 0,001$)



Características de la medicación

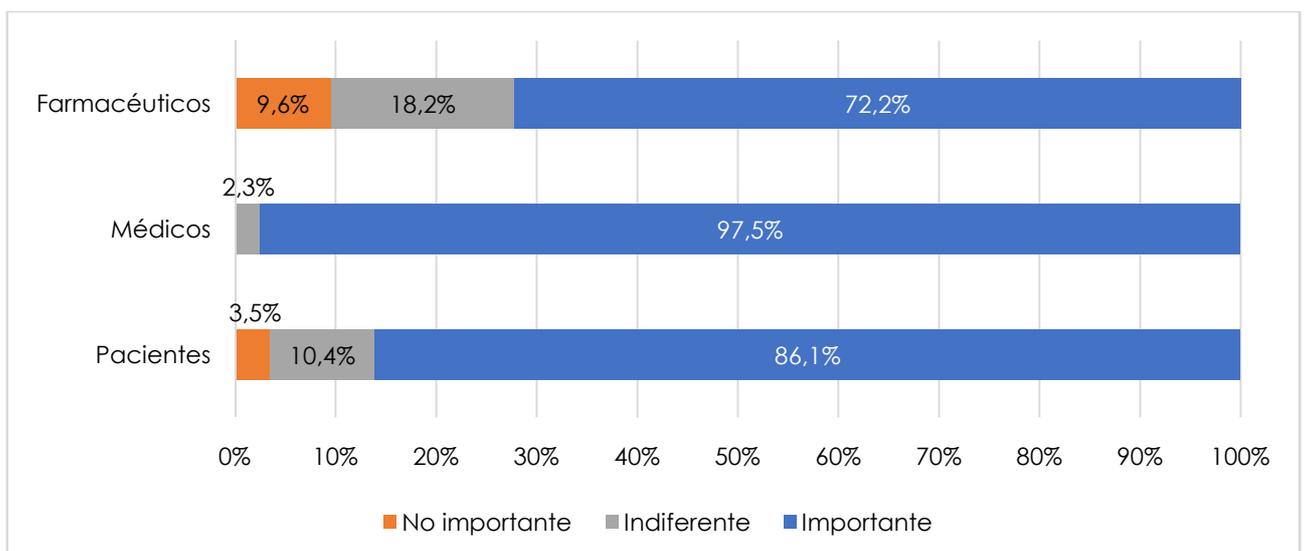
Mientras la práctica totalidad de los médicos (96,5 %) consideraban importante la polimedición, tan solo alrededor del 75 % de los pacientes (76,3 %) y farmacéuticos (74,8 %) lo calificaron como tal ($p < 0,001$) (Figura 68).

Figura 68. Comparación de la importancia de la polimedición ($p < 0,001$)



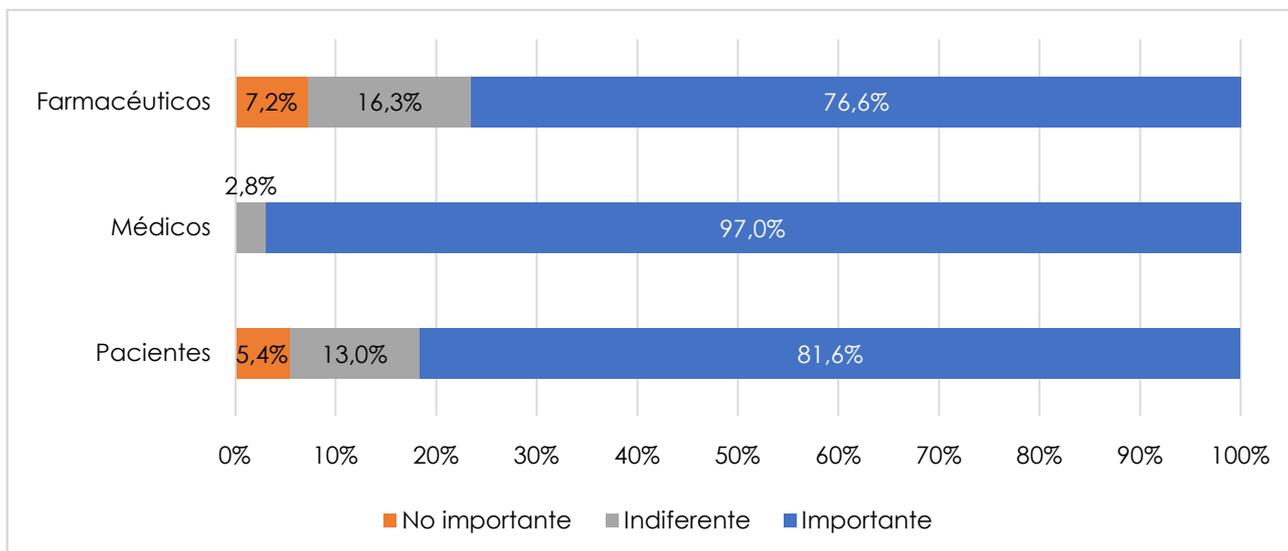
En referencia a la importancia otorgada a la presencia de eventos adversos, los participantes que mayor importancia le otorgaban fueron los médicos (97,5 %) y en menor proporción los pacientes (86,1 %), otorgándole la menor importancia los farmacéuticos (72,2 %) ($p < 0,001$) (Figura 69).

Figura 69. Comparación de la importancia de la presencia de eventos adversos ($p < 0,001$)



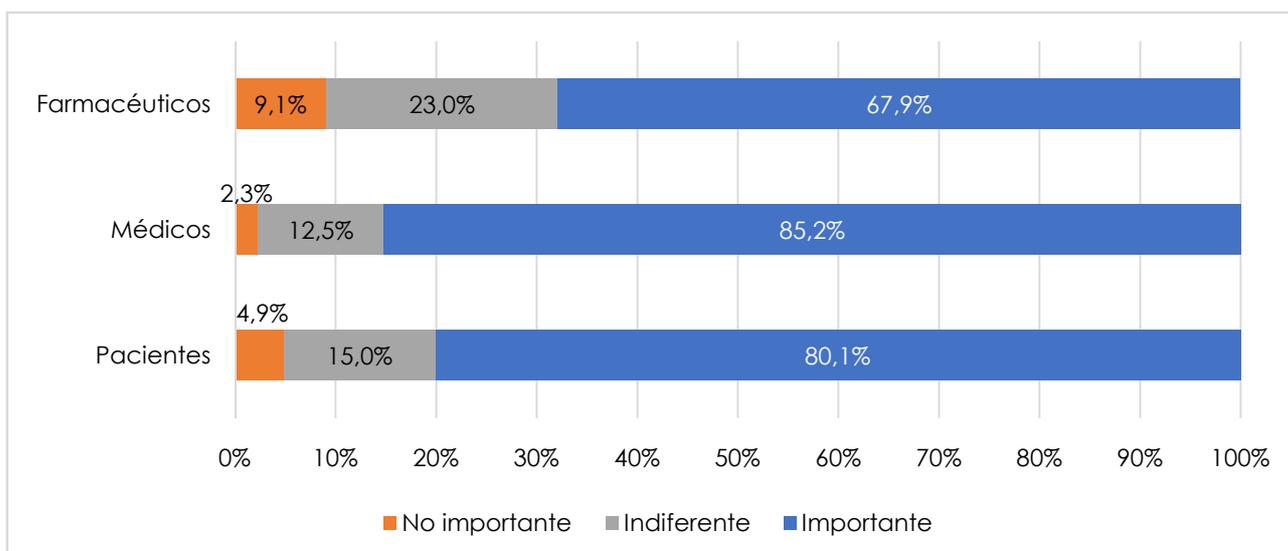
Los médicos (97,0 %) fueron los que mayor importancia otorgaron a la administración compleja y en menor medida pacientes (81,6 %) y farmacéuticos (76,6 %) ($p < 0,001$) (Figura 70).

Figura 70. Comparación de la importancia de la administración compleja ($p < 0,001$)



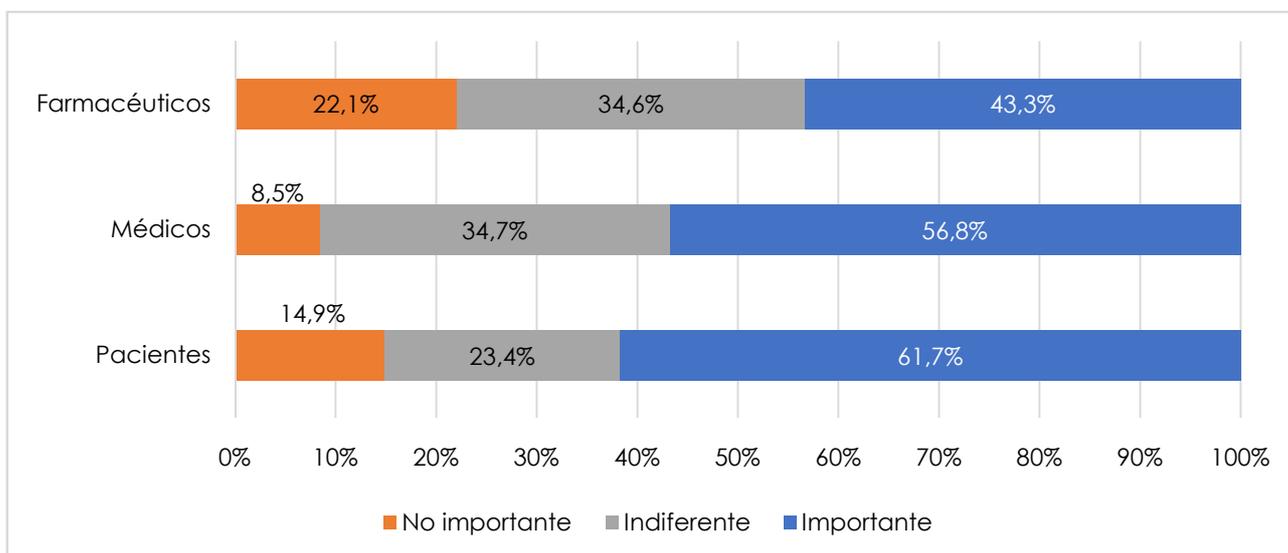
Mientras en torno al 80 % de pacientes (80,1 %) y médicos (85,2 %) consideraban importante el tratamiento a largo plazo, esta característica solo fue calificada como importante por el 67,9 % de los farmacéuticos ($p < 0,001$) (Figura 71).

Figura 71. Comparación de la importancia del tratamiento a largo plazo ($p < 0,001$)



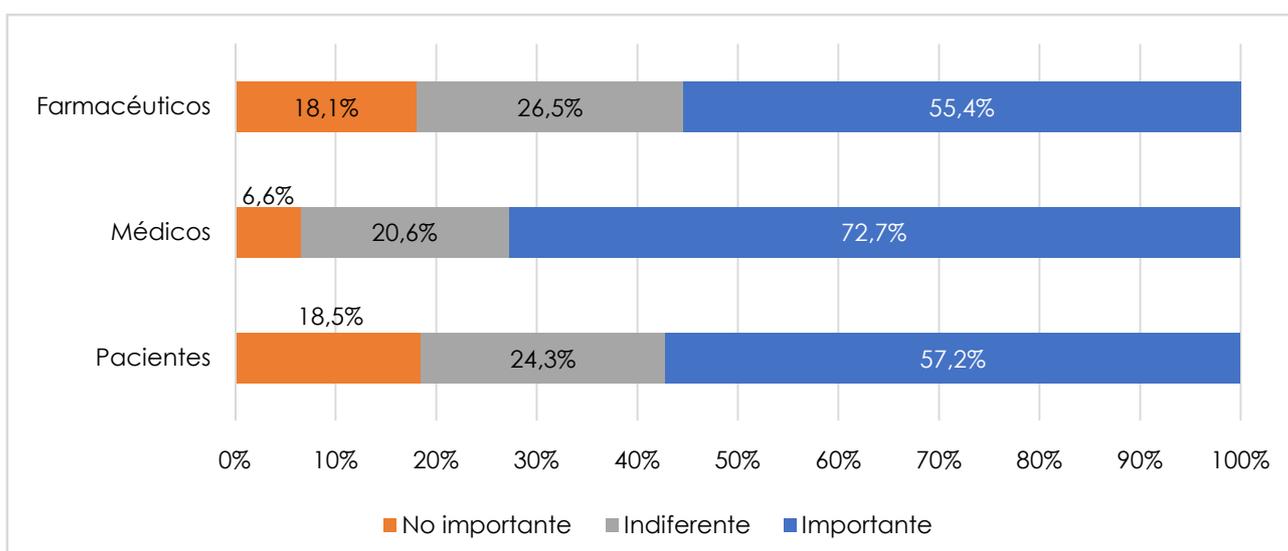
Las características organolépticas fueron consideradas en menor medida importantes por los participantes, siendo más acusado en los farmacéuticos (43,3%) que en pacientes (61,7 %) o médicos (56,8 %) ($p < 0,001$) (Figura 72).

Figura 72. Comparación de la importancia de las características organolépticas ($p < 0,001$)



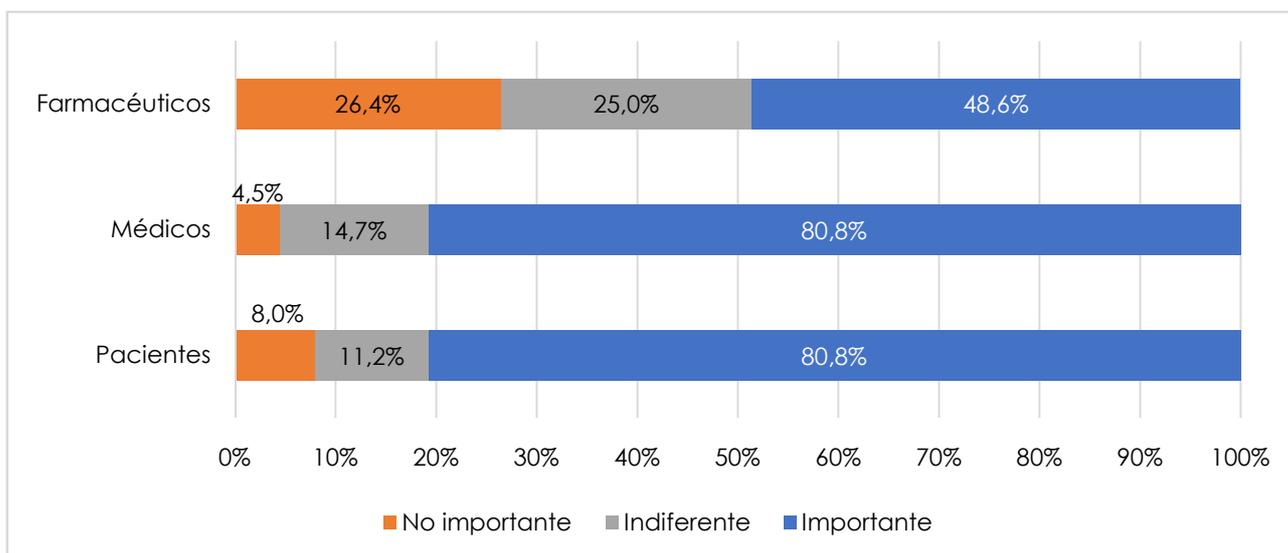
La complejidad del envase fue considerada como más importante por los médicos (72,7 %) que por pacientes (57,2 %) y farmacéuticos (55,4 %) ($p < 0,001$) (Figura 73).

Figura 73. Comparación de la importancia de la complejidad del envase ($p < 0,001$)



Mientras que un 80,8 % de pacientes y profesionales consideraron el coste o copago como un factor importante, tan solo un 48,6 % de los farmacéuticos lo calificaron como tal ($p < 0,001$) (Figura 74).

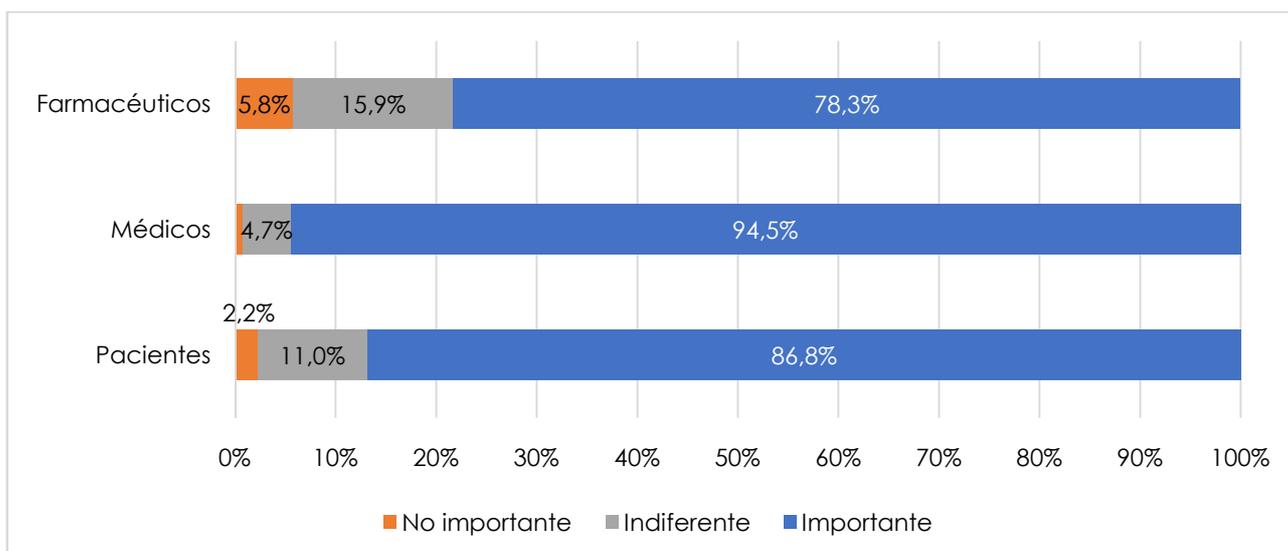
Figura 74. Comparación de la importancia del coste o copago ($p < 0,001$)



5.4.1.3 Características de la enfermedad

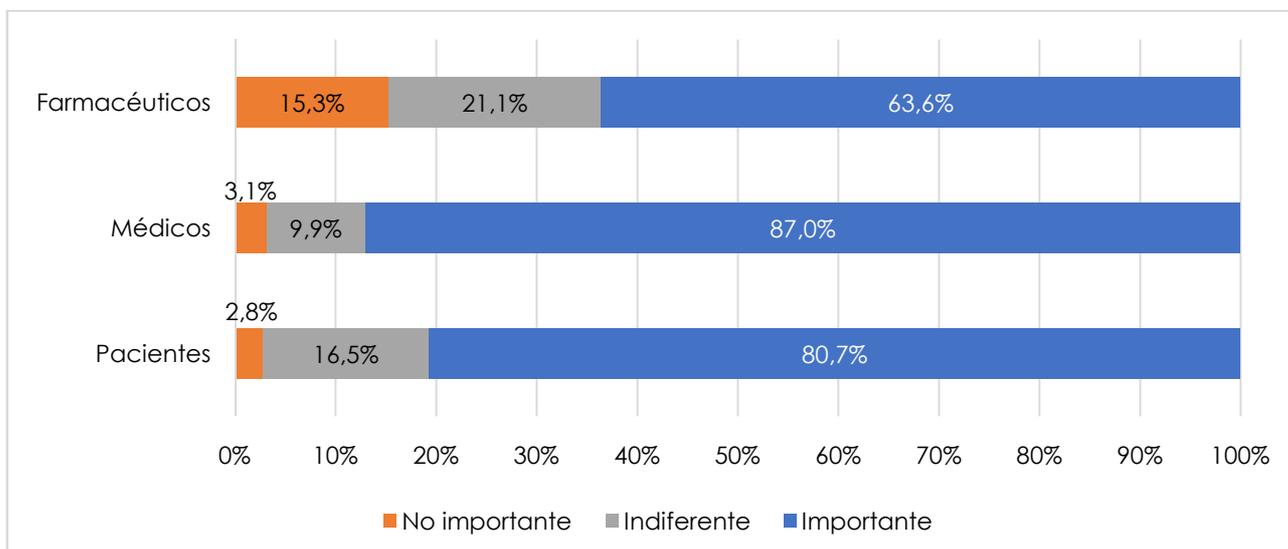
La gran mayoría de los médicos (94,5 %) consideraban como importante la enfermedad crónica, en menor medida los pacientes (86,8 %) y mucho menor los farmacéuticos (78,3 %) ($p < 0,001$) (Figura 75).

Figura 75. Comparación de la importancia de enfermedad crónica ($p < 0,001$)



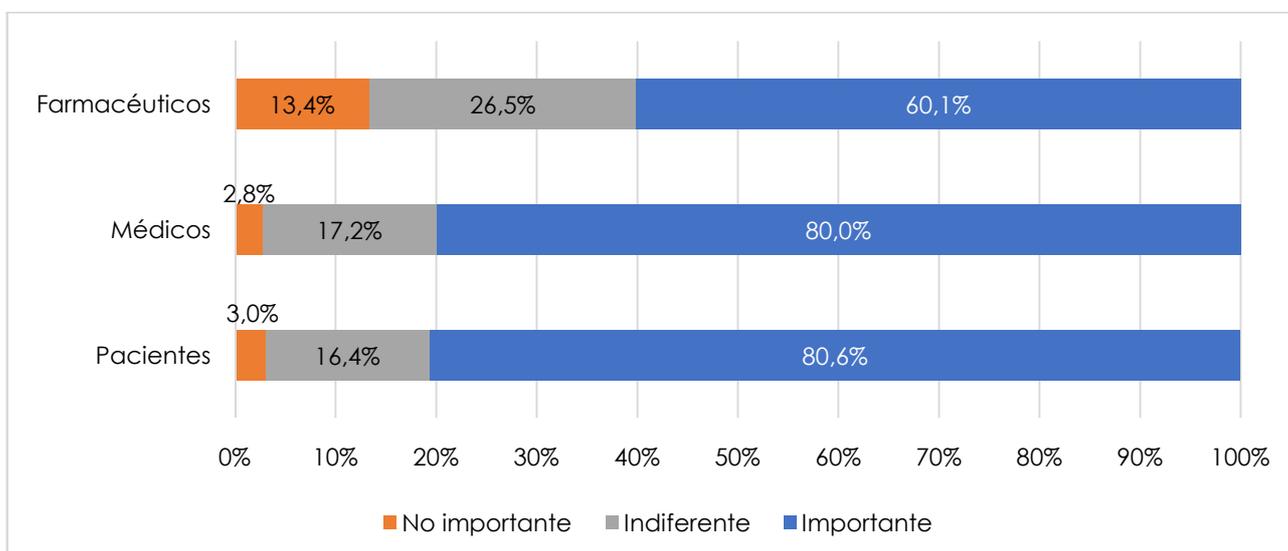
La importancia otorgada a la enfermedad asintomática por los participantes fue mayor en pacientes (80,7 %) y médicos (87,0 %) que en farmacéuticos (63,6 %) ($p < 0,001$) (Figura 76).

Figura 76. Comparación de la importancia de enfermedad asintomática ($p < 0,001$)



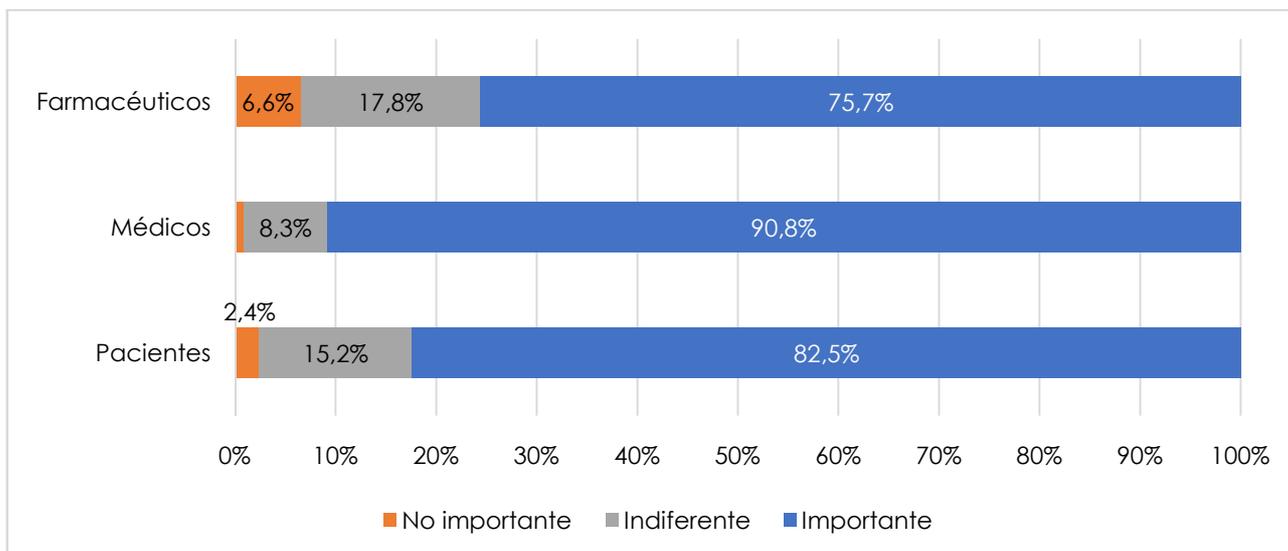
Mientras en torno al 80 % de los pacientes (80,6 %) y médicos (80,0 %) frente al 60,1 % de los farmacéuticos ($p < 0,001$) (Figura 77).

Figura 77. Comparación de la importancia de enfermedad sin complicaciones ($p < 0,001$)



La mayoría de médicos (90,8 %) consideraban la coexistencia de distintas enfermedades como un factor importante frente a 82,5 % de los pacientes y los 75,7 % de los farmacéuticos ($p < 0,001$) (Figura 78).

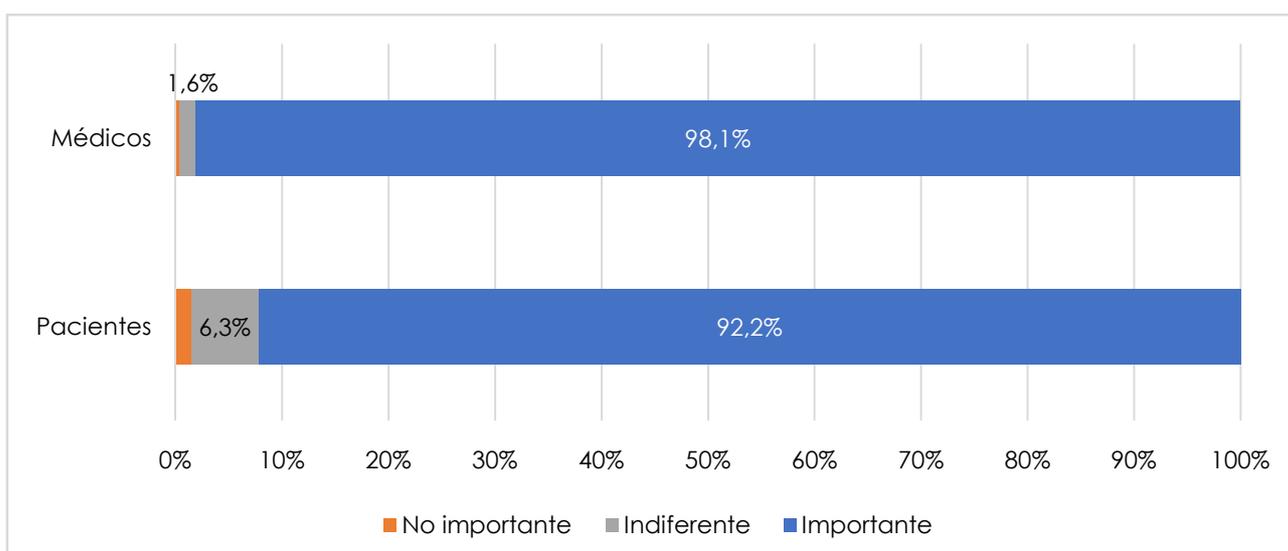
Figura 78. Comparación de la importancia de la coexistencia de distintas enfermedades (p<0,001)



5.4.1.4 Características del profesional

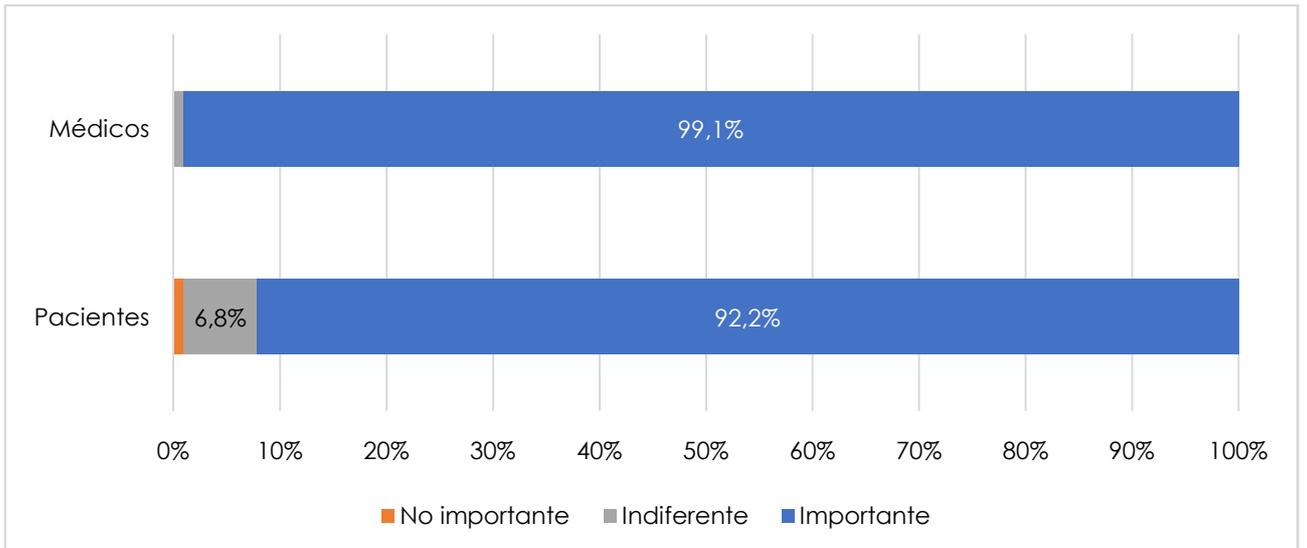
Respecto a la relación con el médico, si bien tanto pacientes (92,2 %) como médicos (98,1 %) lo consideraban de importancia, el porcentaje de respuestas en el rango de importancia fue mayor en este último grupo de participantes (p<0,001) (Figura 79).

Figura 79. Comparación de la importancia de la relación con el médico (p<0,001)



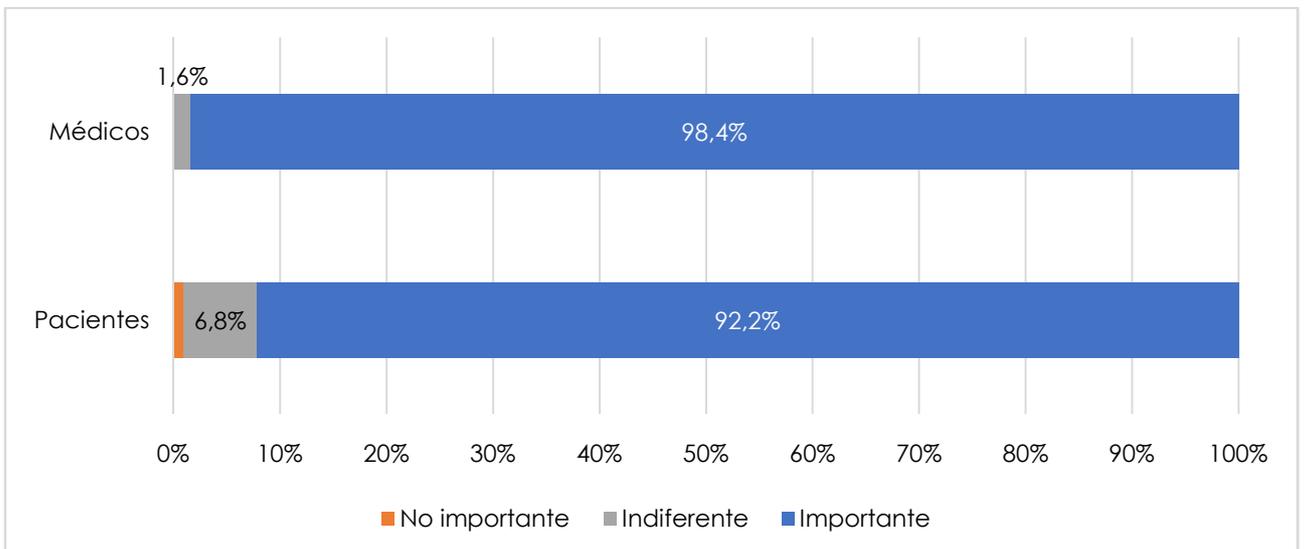
La confianza en el médico fue nuevamente mejor valorada por los médicos (99,1 %) que por los pacientes (92,2 %) (p<0,001) (Figura 80).

Figura 80. Comparación de la importancia de la confianza en el médico ($p < 0,001$)



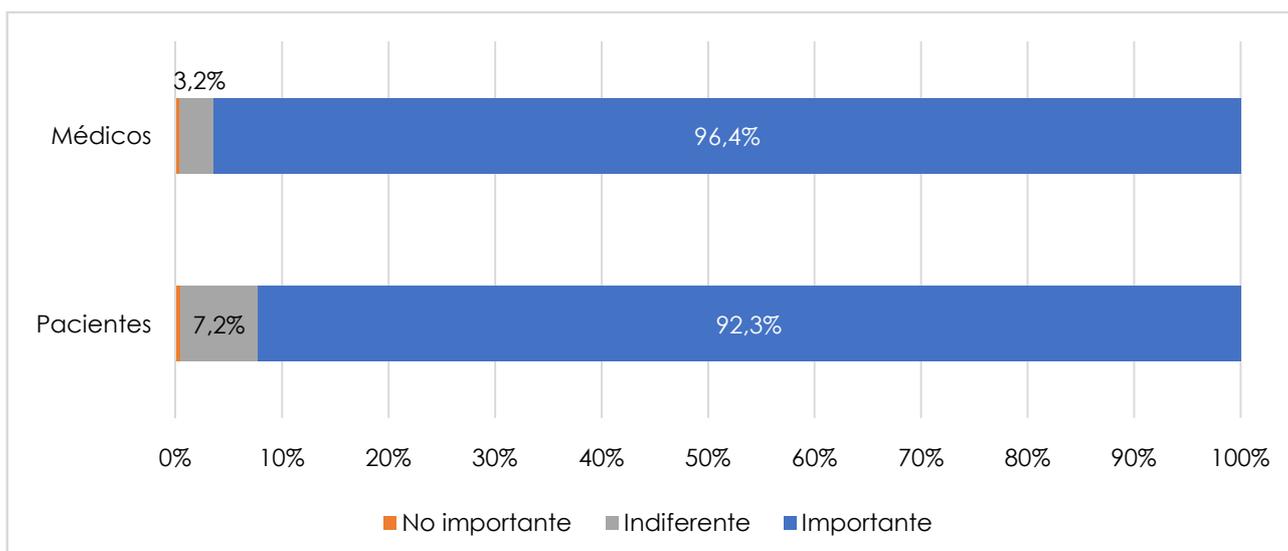
De manera similar ocurría con la actitud del médico, considerada más importante por médicos (98,4 %) que por pacientes (92,2 %) ($p < 0,001$) (Figura 81).

Figura 81. Comparación de la importancia de actitud del médico ($p < 0,001$)



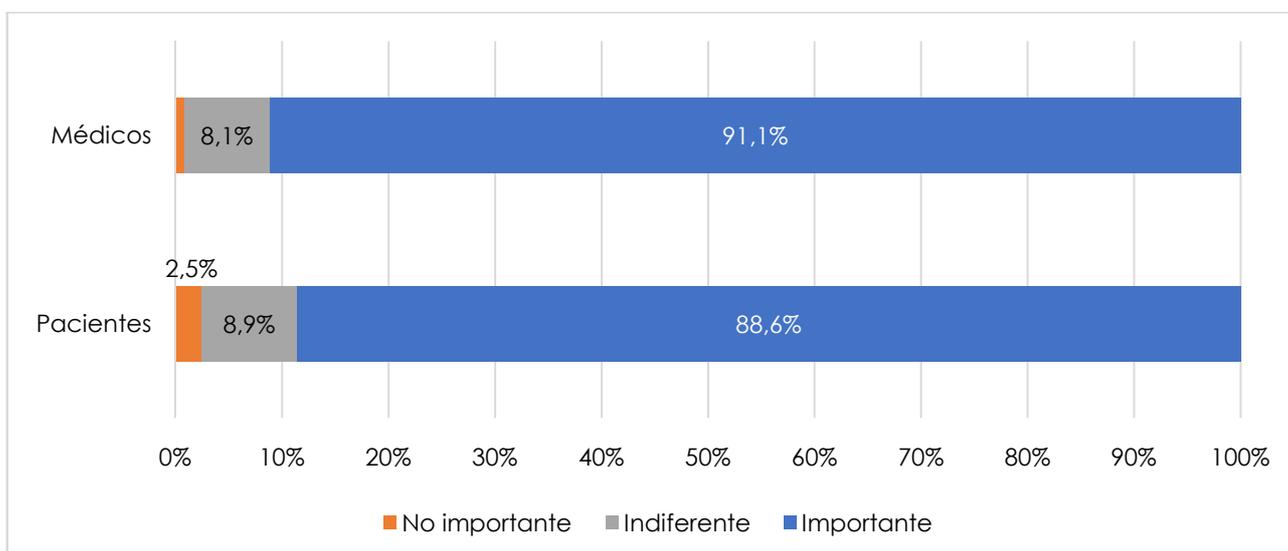
En referencia a la motivación del médico, un 96,4 % de los médicos la consideraba importante frente al 92,3 % de los pacientes encuestados ($p = 0,001$) (Figura 82).

Figura 82. Comparación de la importancia de la motivación del médico ($p < 0,001$)



También se encontraron diferencias significativas ($p = 0,008$) al valorar la importancia otorgada a la disponibilidad de instrucciones sencillas por parte del médico, siendo mayor en médicos (91,1 %) que en pacientes (88,6 %) (Figura 83).

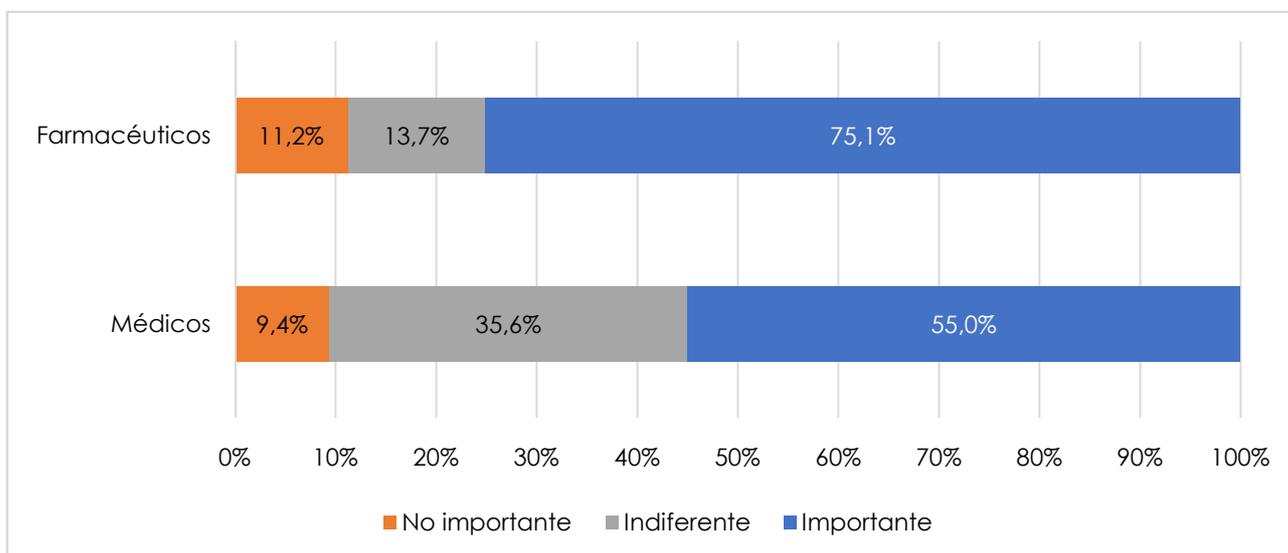
Figura 83. Comparación de la importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del médico ($p = 0,009$)



Los porcentajes de valoración de importancia en la coordinación entre médico y farmacéutico, fue distinta para cada uno de los grupos implicados ($p < 0,001$) (Figura 84). Mientras un 75,1 %

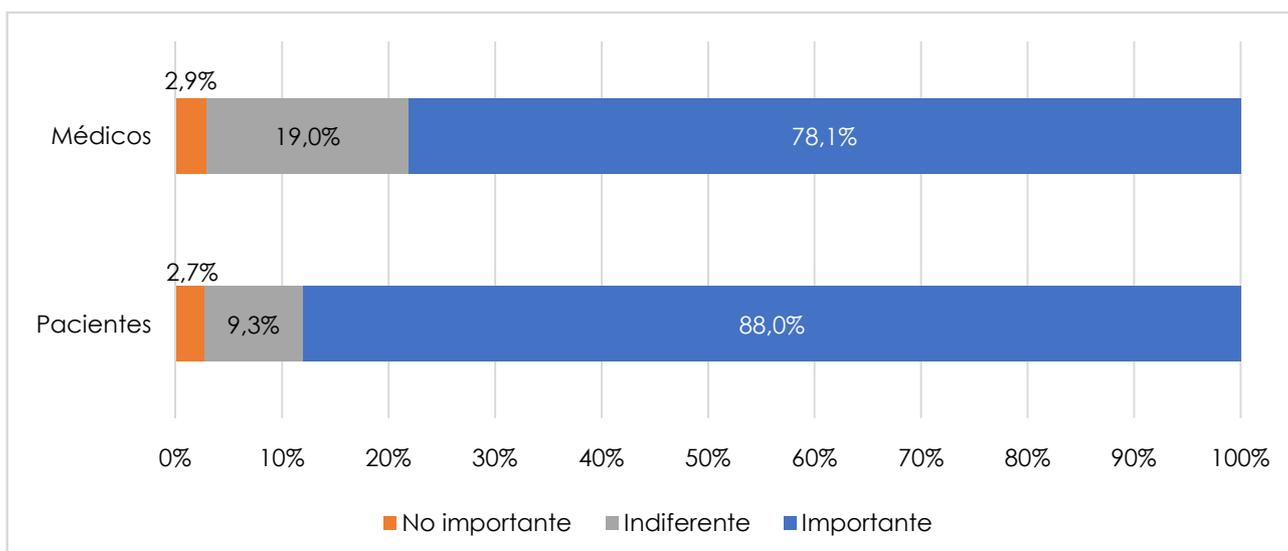
de los farmacéuticos consideraba este factor como importante, tan solo el 55,0 % de los médicos lo consideraba como tal y un 35,6 % como un factor indiferente.

Figura 84. Comparación de la importancia de la coordinación entre el médico y el farmacéutico ($p < 0,001$)



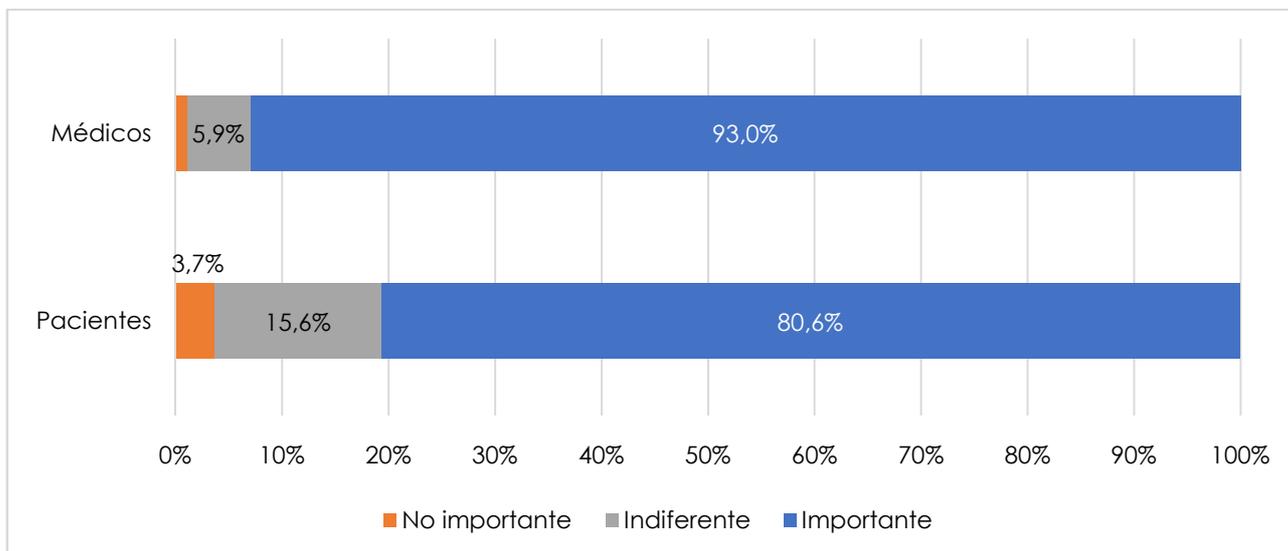
En el caso de la facilidad de acceso al centro sanitario, los pacientes (88,0 %) le otorgaban una mayor importancia que los médicos (78,1 %) ($p < 0,001$) (Figura 85).

Figura 85. Comparación de la importancia de la facilidad de acceso al centro sanitario ($p < 0,001$)



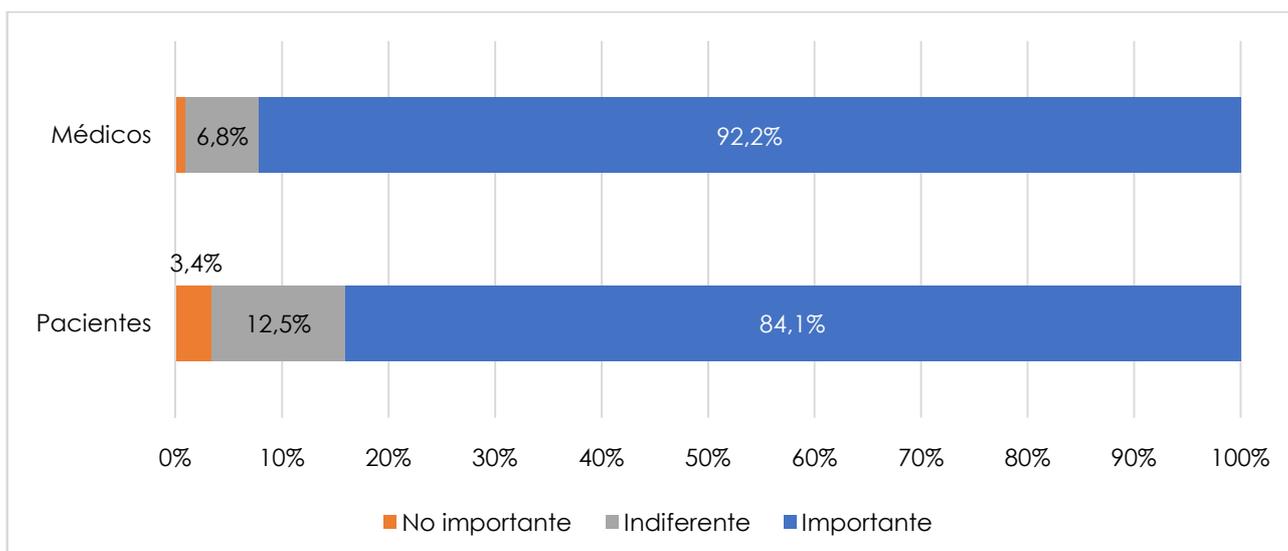
La relación con el personal de enfermería era más comúnmente considerada importante por los médicos (93,0 %) que por los pacientes (80,6 %) ($p < 0,001$) (Figura 86).

Figura 86. Comparación de la importancia de la relación con el personal de enfermería ($p < 0,001$)



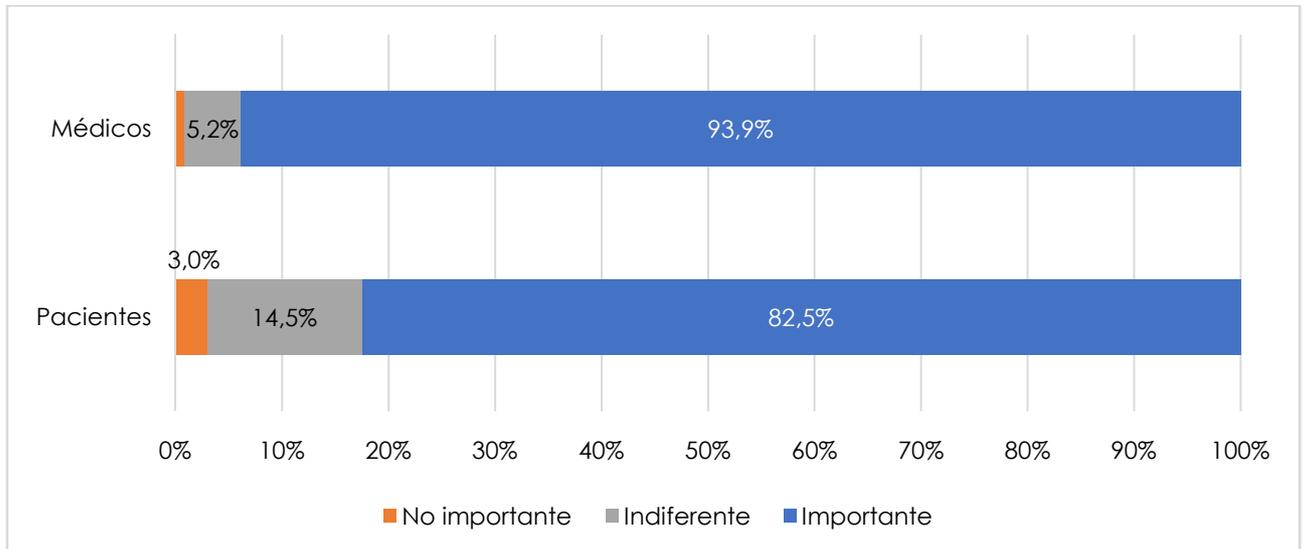
La confianza en el personal de enfermería era calificada como importante por un mayor porcentaje de médicos (92,2 %) que de pacientes (84,1 %) ($p < 0,001$) (Figura 87).

Figura 87. Comparación de la importancia de la confianza en el personal de enfermería ($p < 0,001$)



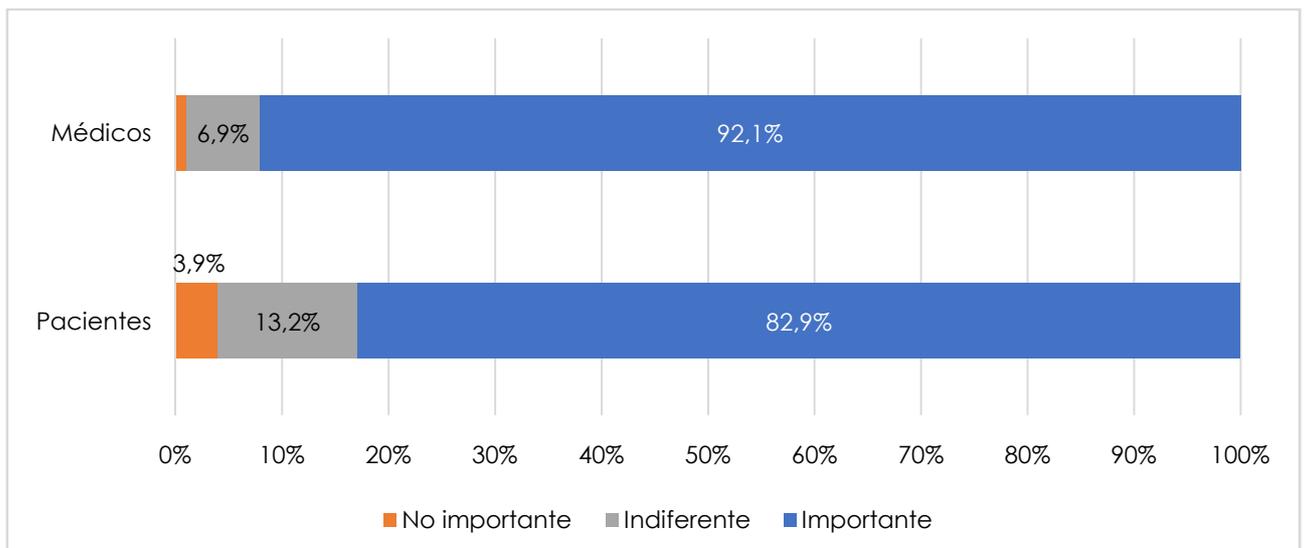
La actitud del personal de enfermería era considerada como importante por un 93,9 % de los médicos encuestados frente al 82,5 % de los pacientes ($p < 0,001$) (Figura 88).

Figura 88. Comparación de la importancia de la actitud del personal de enfermería ($p < 0,001$)



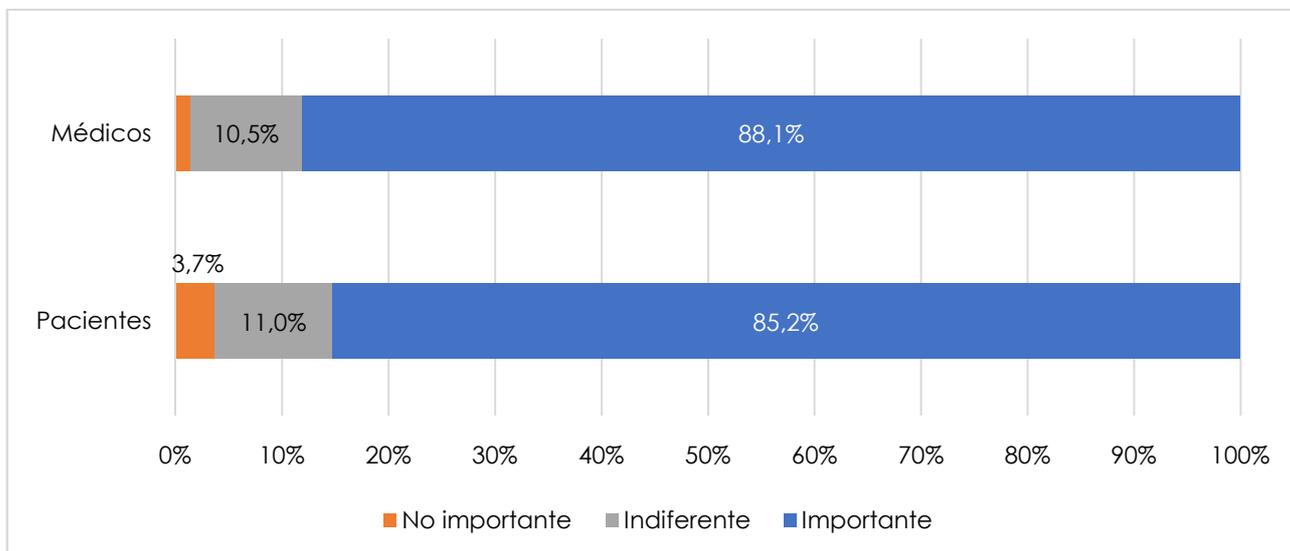
En el caso de la motivación del personal de enfermería se obtuvieron resultados similares, siendo calificada como más importante por los médicos (92,1 %) que por los pacientes (82,9 %) ($p < 0,001$) (Figura 89).

Figura 89. Comparación de la importancia de la motivación del personal de enfermería ($p < 0,001$)



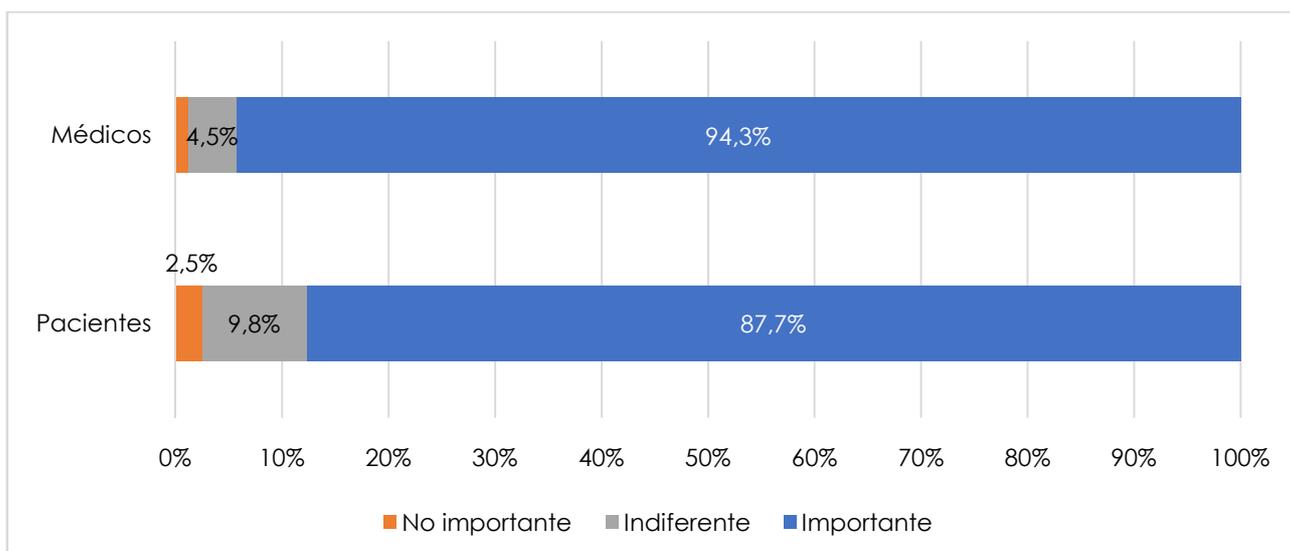
La importancia otorgada a la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del personal de enfermería fue ligeramente mayor en médicos (88,1 %) que en pacientes (85,2 %) ($p=0,005$) (Figura 90).

Figura 90. Comparación de la importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del personal de enfermería ($p=0,004$)



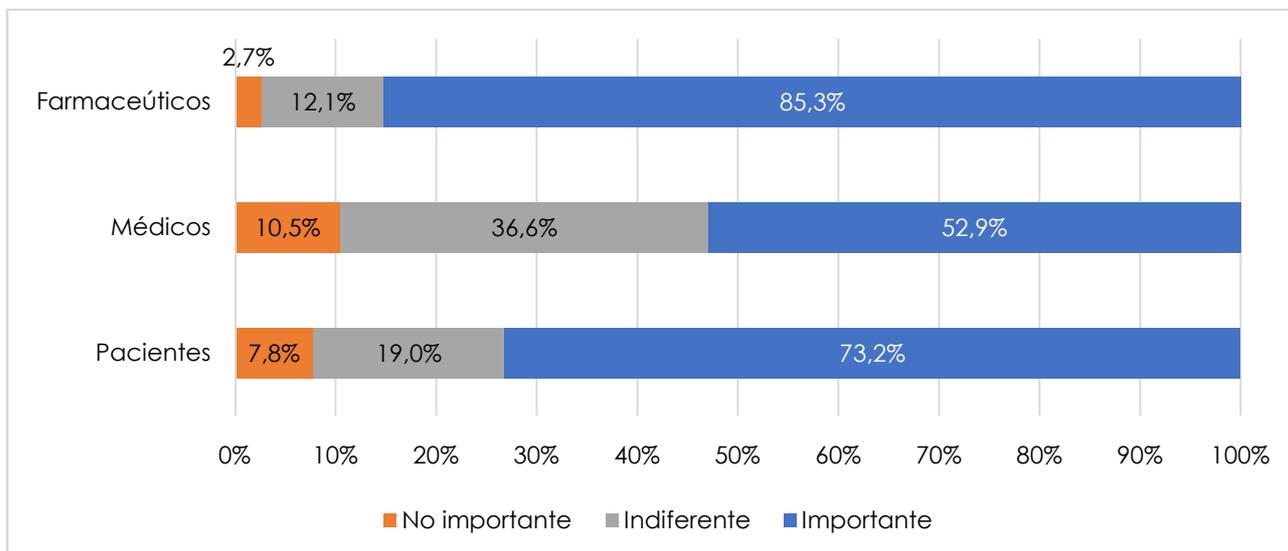
La coordinación entre el personal de enfermería y el médico era considerada importante por un porcentaje mayor de médicos (94,3 %) que de pacientes (87,7 %) ($p<0,001$) (Figura 91).

Figura 91. Comparación de la importancia de la coordinación entre el personal de enfermería y el médico ($p<0,001$)



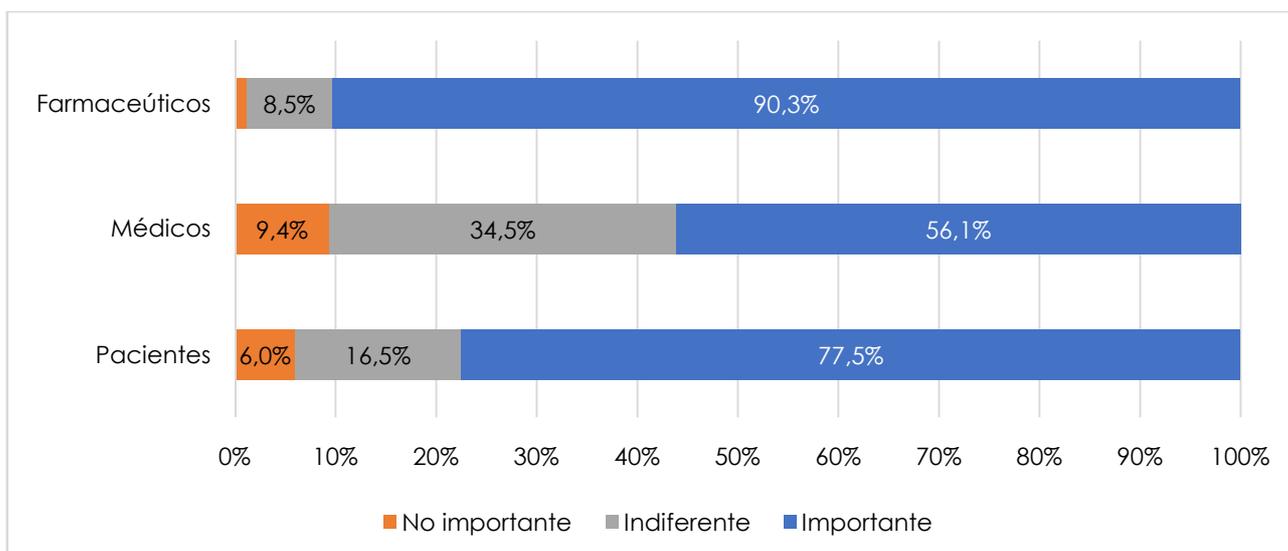
La importancia otorgada a la relación con el farmacéutico variaba bastante entre los grupos de participantes ($p < 0,001$), valorándolo como importante el 85,3 % de los farmacéuticos y el 73,2 % de los pacientes frente al 53,2 % de los médicos que lo consideraban como indiferente en el 36,1 % de los casos (Figura 92).

Figura 92. Comparación de la importancia de la relación con el farmacéutico ($p < 0,001$)



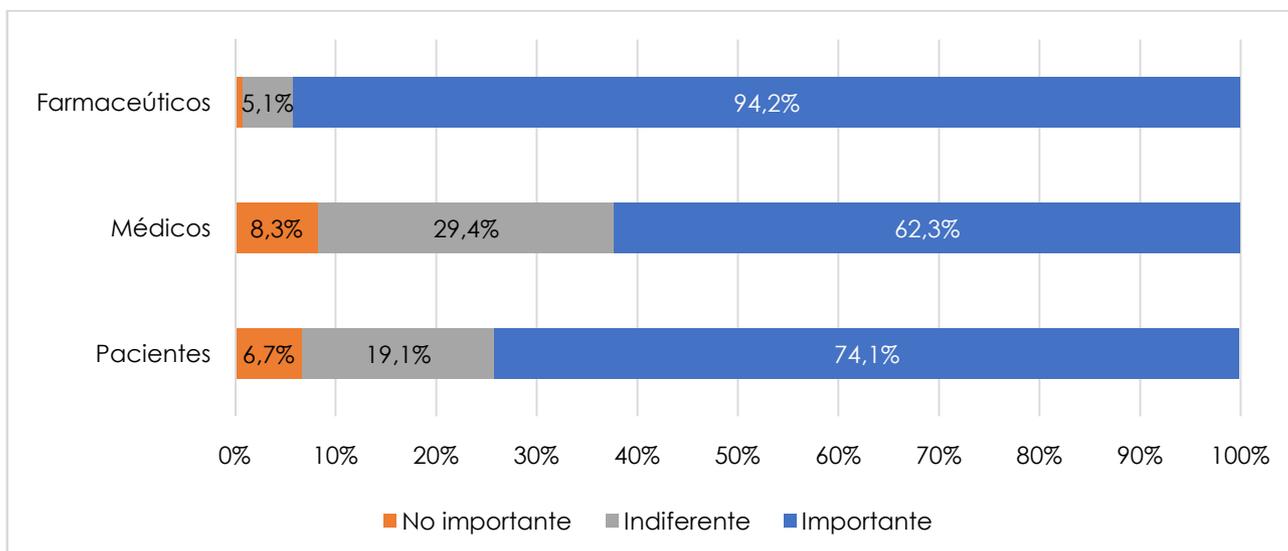
Similarmente sucedió con la confianza en el farmacéutico que fue valorada como importante por la práctica totalidad de los farmacéuticos (90,4 %), por un 77,5 % de los pacientes y por un 56,2 % de los médicos, de los cuales un 34,1 % lo calificaron como un factor indiferente ($p < 0,001$) (Figura 93).

Figura 93. Comparación de la importancia de la confianza en el farmacéutico ($p < 0,001$)



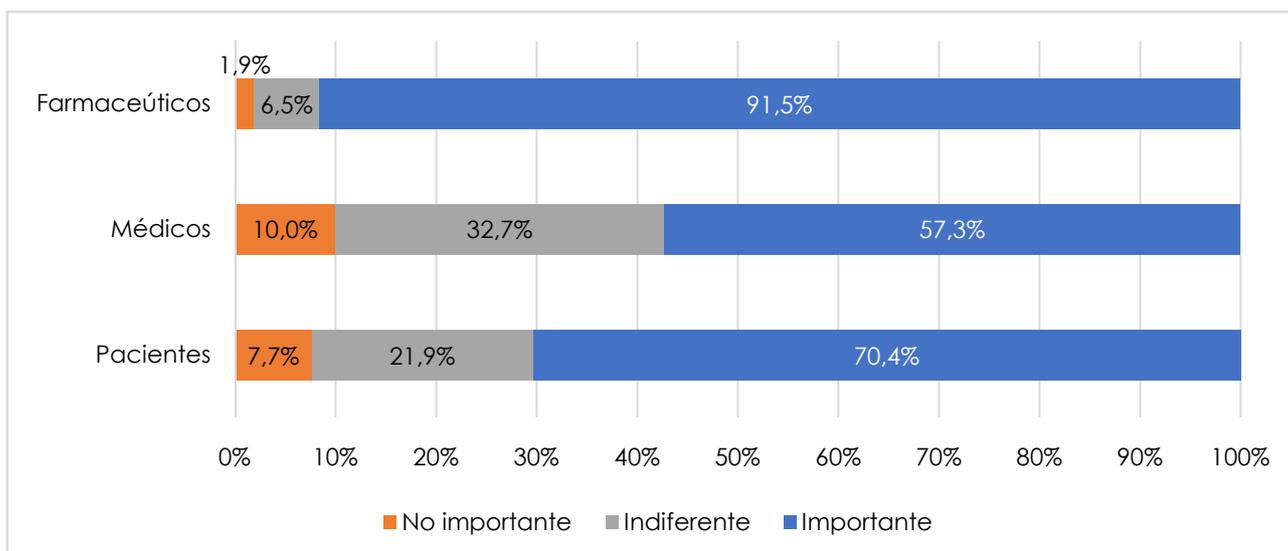
La importancia otorgada a la actitud del farmacéutico fue mayor en farmacéuticos (94,2 %) en comparación a pacientes (74,1 %) o médicos (62,3 %) ($p < 0,001$) (Figura 94).

Figura 94. Comparación de la importancia de la actitud del farmacéutico ($p < 0,001$)



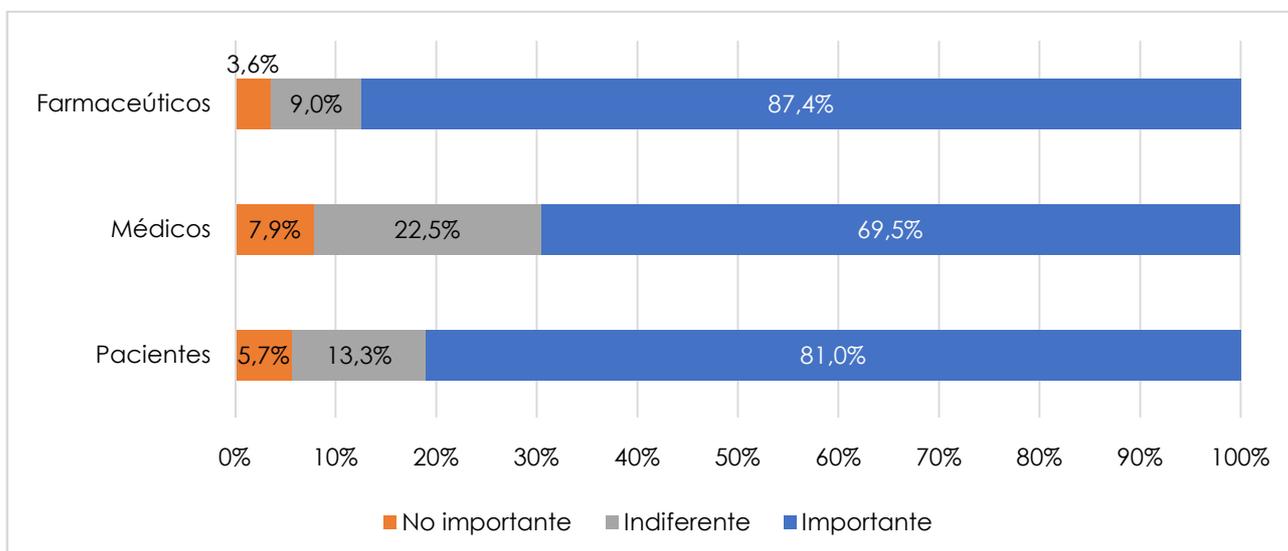
Al igual que en el caso anterior, la importancia otorgada a la motivación del farmacéutico fue mayor en estos mismos (91,5 %) que en pacientes (70,4 %) o médicos (57,3 %) que la consideraron indiferente en el 21,9 % y 32,4 % respectivamente ($p < 0,001$) (Figura 95).

Figura 95. Comparación de la importancia de la motivación del farmacéutico ($p < 0,001$)



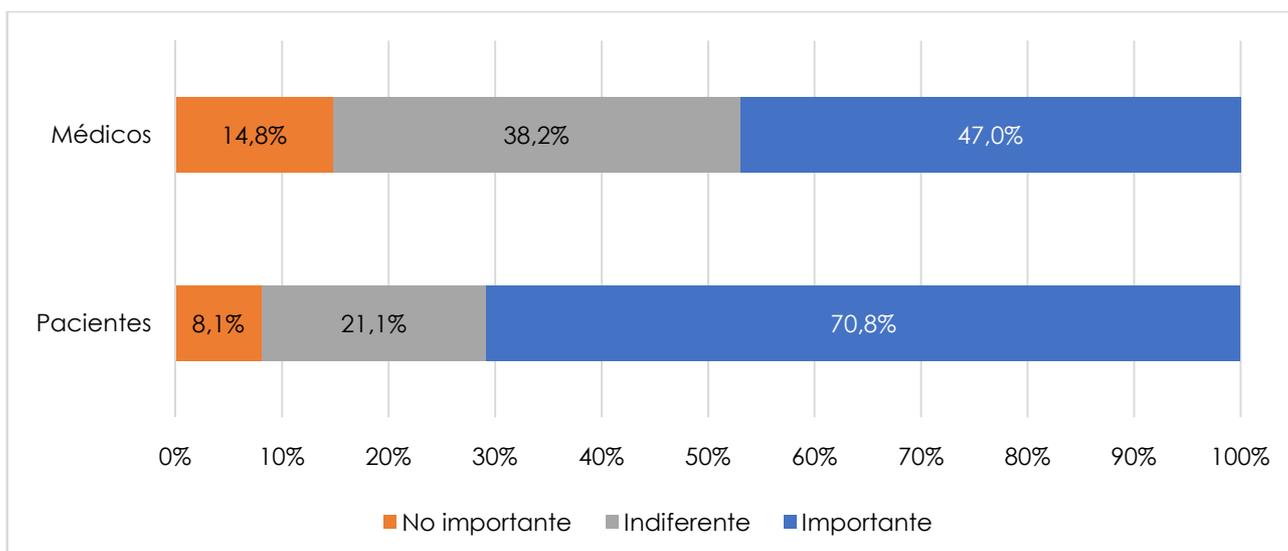
En referencia a la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico, fue valorada como más importante por pacientes (81,0 %) y farmacéuticos (87,4 %) que por los médicos (69,5 %) encuestados ($p < 0,001$) (Figura 96).

Figura 96. Comparación de la importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico ($p < 0,001$)



Respecto a la coordinación entre el personal de enfermería y el farmacéutico, fue valorada como importante por el 70,8 % de los pacientes frente al 47,0 % de los médicos, valorándolo como indiferente el 21,1 % y 38,2 % respectivamente ($p < 0,001$) (Figura 97).

Figura 97. Comparación de la importancia de la coordinación entre el personal de enfermería y el farmacéutico ($p < 0,001$)

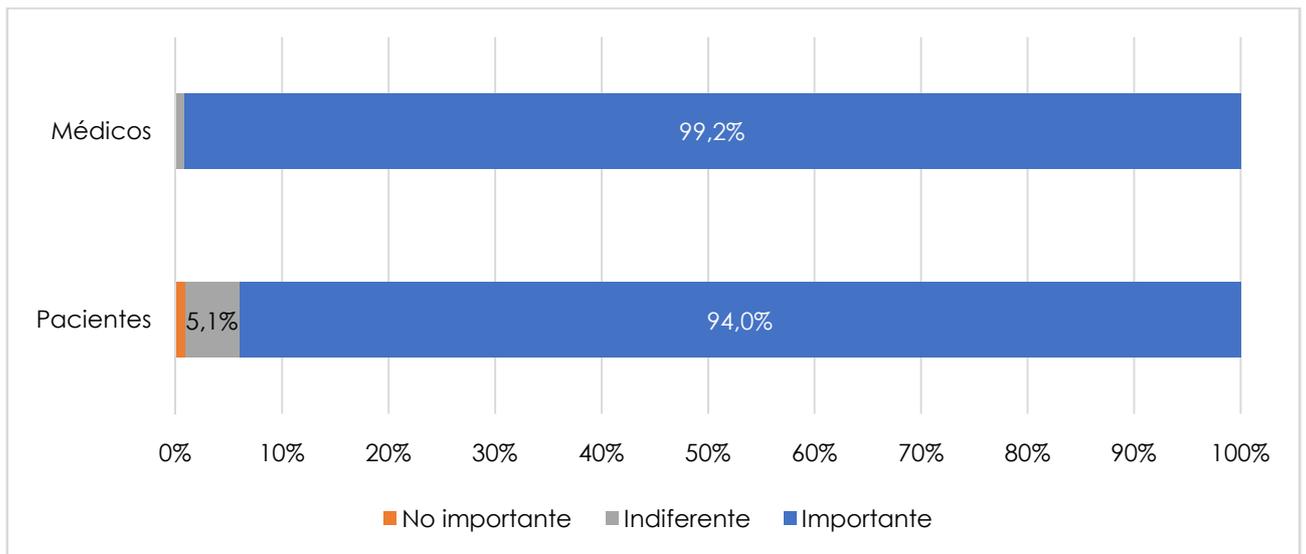


5.4.2 Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.4.2.1 Educación del paciente por parte del profesional

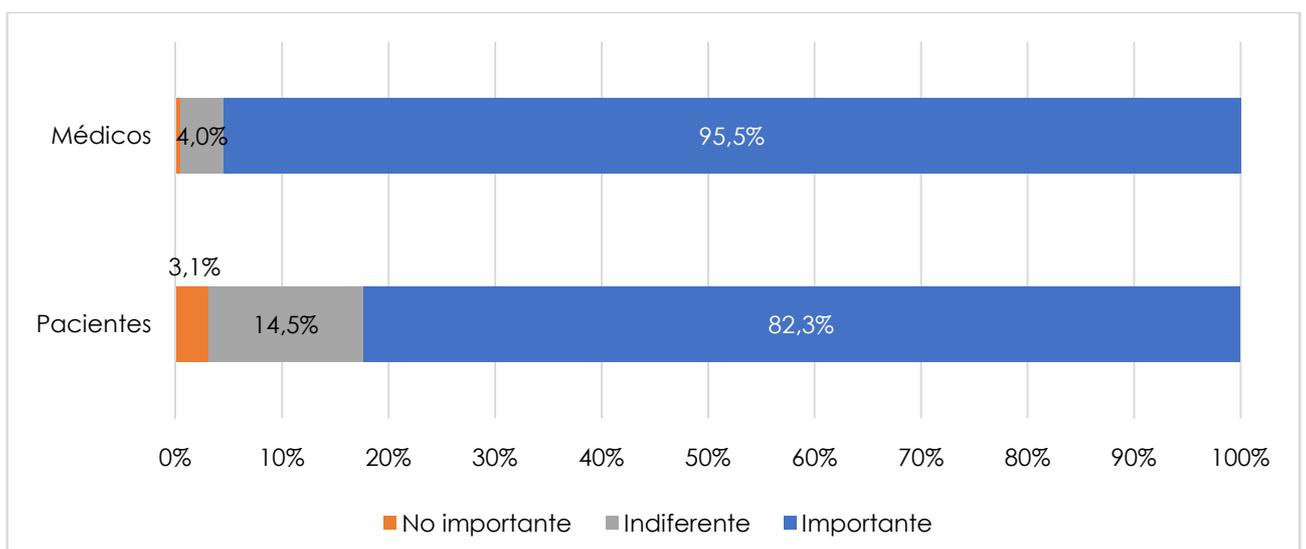
La práctica totalidad de los médicos (99,2%) consideraba la educación por parte del médico como importante, siendo ligeramente inferior la importancia otorgada por los pacientes (94,0 %) ($p < 0,001$) (Figura 98).

Figura 98. Comparación de la importancia de la educación por parte del médico ($p < 0,001$)



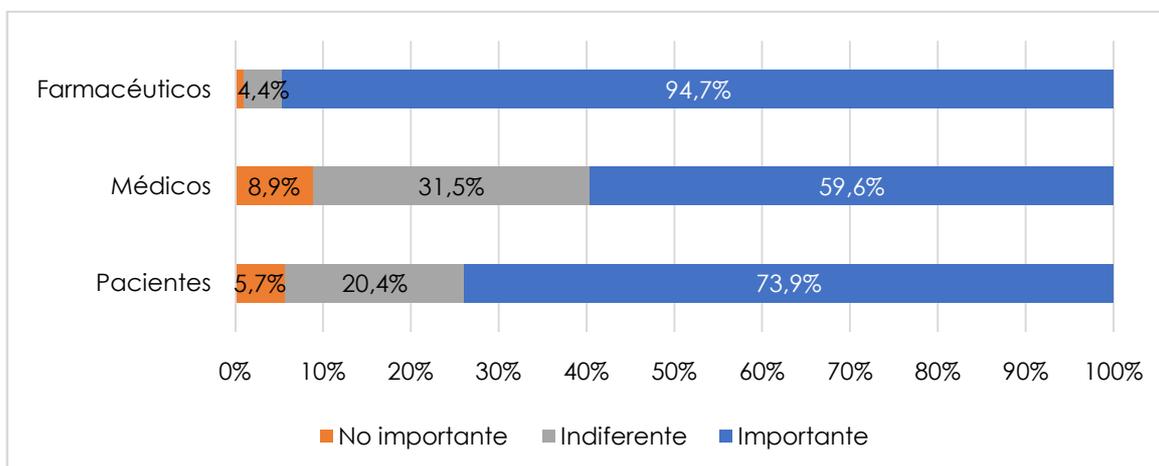
En cuanto a la educación por parte del personal de enfermería, fue calificada como importante por un porcentaje mayor de médicos (95,5 %) que de pacientes (82,3 %) ($p < 0,001$) (Figura 99).

Figura 99. Comparación de la importancia de la educación por parte del personal de enfermería ($p < 0,001$)



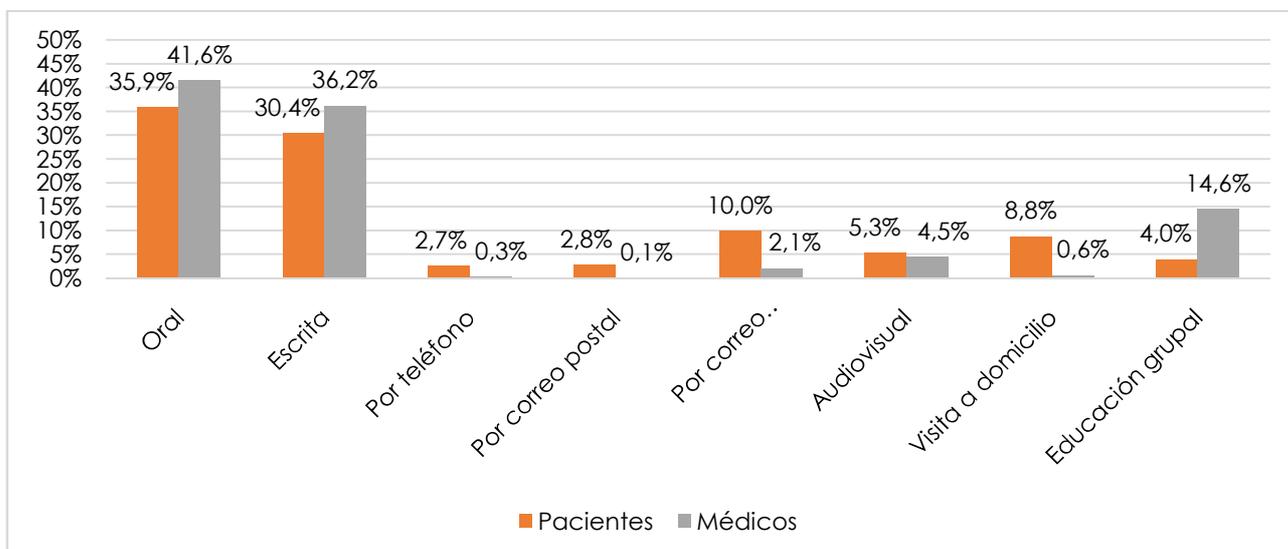
Los farmacéuticos (94,7 %) otorgaban mayor importancia a la educación por parte del farmacéutico en comparación con los pacientes (73,9 %) y especialmente con los médicos (59,6 %) que la consideraban indiferente en el 31,5 % de los casos ($p < 0,001$) (Figura 100).

Figura 100. Comparación de la importancia de la educación por parte del farmacéutico ($p < 0,001$)



Al comparar cual consideraban que era la manera más adecuada de recibir información, se encontraron diferencias entre las respuestas dadas por pacientes y médicos ($p < 0,001$) (Figura 101). Mientras los pacientes consideraban más adecuada la comunicación por teléfono (2,7 % frente a 0,3 %), por correo postal (2,8 % frente a 0,1 %) o electrónico (10,0 % frente a 2,1 %), o mediante visitas a domicilio (8,8 % frente a 0,6 %), los médicos consideraban más adecuada la comunicación vía oral (41,6 % frente a 35,9 %) o escrita (36,2 % frente a 30,4 %), o la educación grupal (14,6 % frente a 4,0 %).

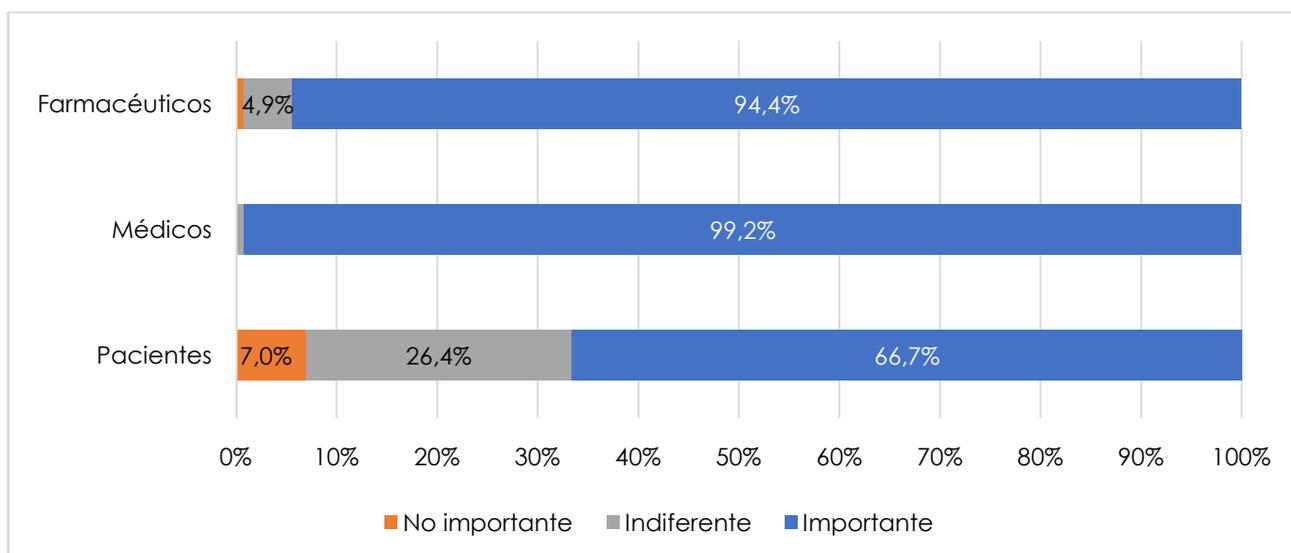
Figura 101. Comparación de la manera más adecuada de recibir información ($p < 0,001$)



5.4.2.2 Reducir la complejidad de la pauta

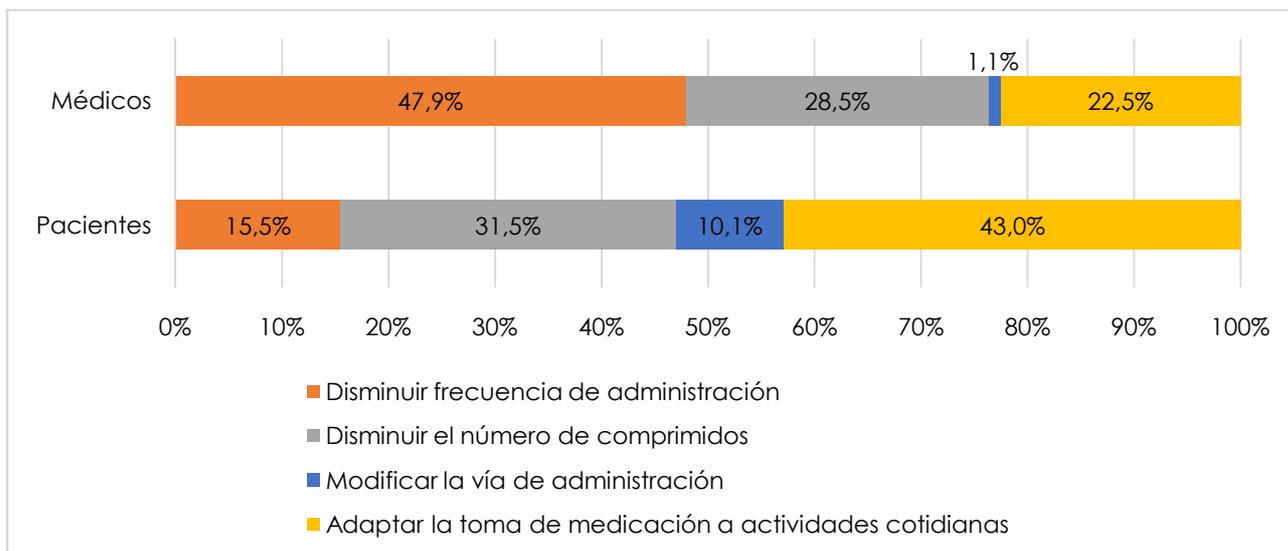
La práctica totalidad de médicos (99,2 %) y farmacéuticos (94,4 %) opinaron que la reducción de la complejidad de la pauta o régimen terapéutico era importante, frente al 66,7 % de los pacientes de los cuales un 26,4 % la calificaron como indiferente ($p < 0,001$) (Figura 102).

Figura 102. Comparación de la importancia de la reducción de la complejidad pauta terapéutica ($p < 0,001$)



Ante la pregunta sobre cual consideraban que era la principal característica a modificar de la pauta o régimen terapéutico, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las opiniones de pacientes y médicos (Figura 103). Mientras que casi la mitad de los médicos (47,9 %) consideraban que se debía disminuir la frecuencia de administración, esta era considerada como la principal característica por el 15,5 % de los pacientes. Por su parte los pacientes consideraban en comparación con los médicos que la principal característica era adaptar la toma de medicación a actividades cotidianas (43,0 % frente a 22,5 %). Adicionalmente, más pacientes (10,1 %) que médicos (1,1 %) consideraban que se debía modificar la vía de administración.

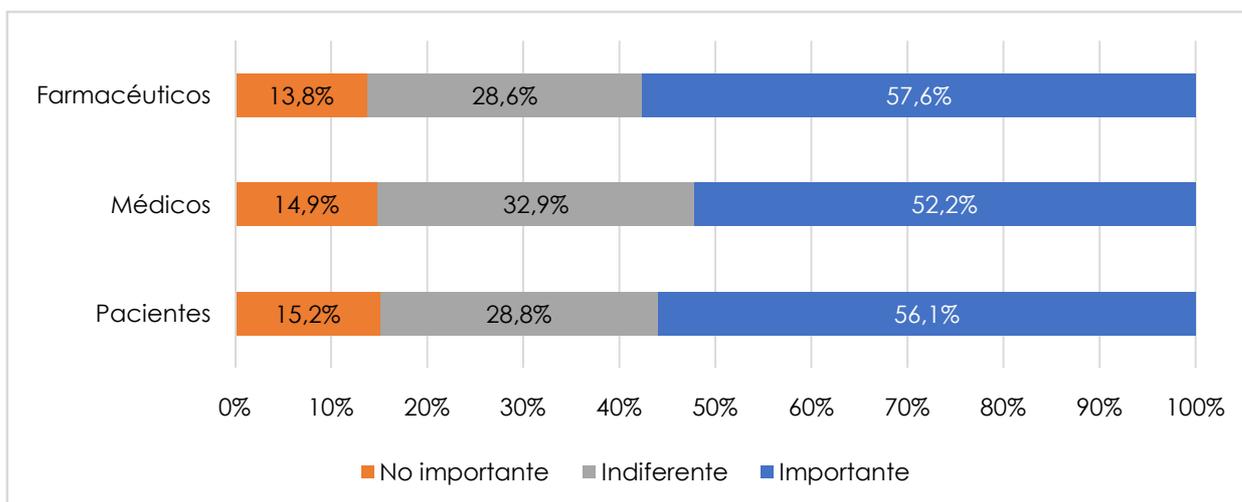
Figura 103. Comparación de la principal característica de la pauta o régimen terapéutico (p<0,001)



5.4.2.3 Técnicas

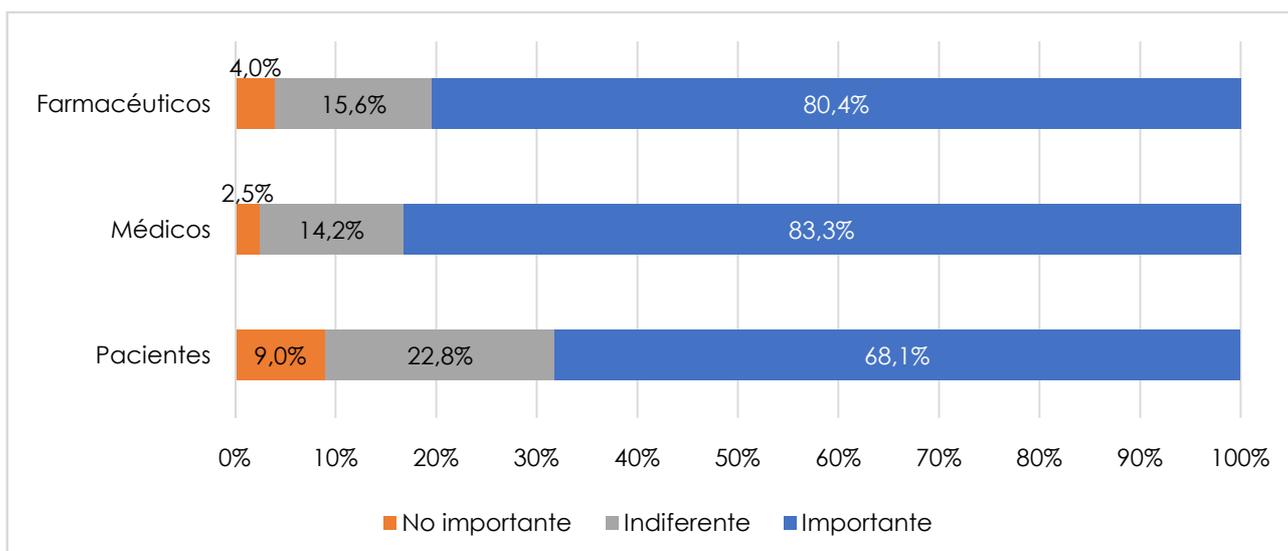
Los distintos grupos de participantes consideraron de manera similar ($p=0,138$) la importancia del recuento de comprimidos por parte del profesional: poco más de la mitad lo consideraron importante y en torno al 30 % como indiferente (Figura 104).

Figura 104. Comparación de la importancia del recuento de comprimidos por parte del profesional (p=0,218)



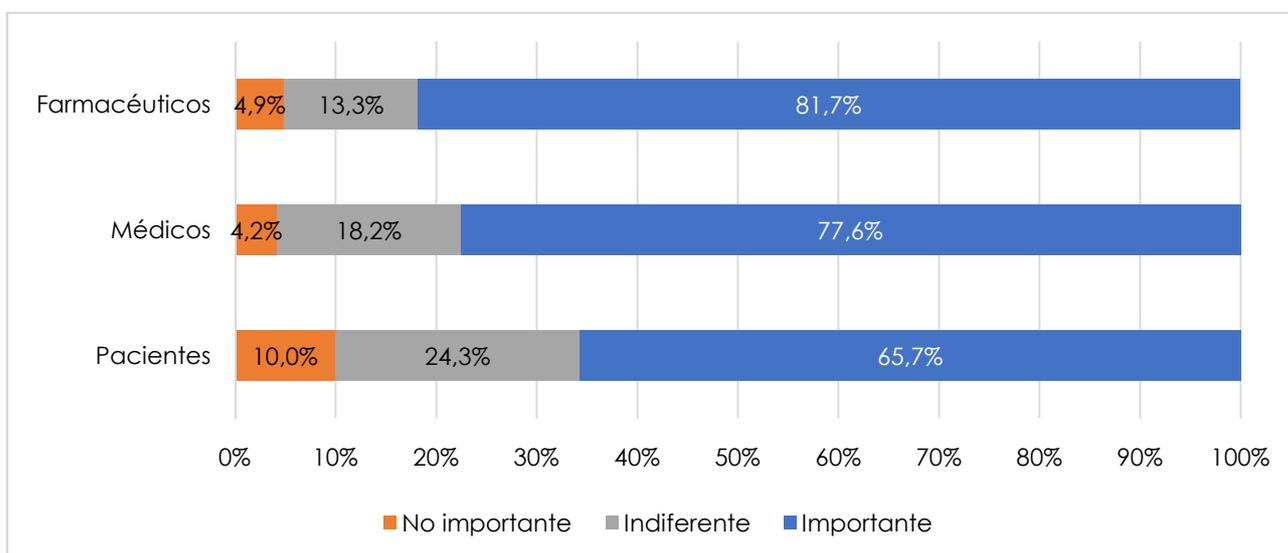
Los médicos (83,3 %) y farmacéuticos (80,4 %) otorgaron mayor importancia a los pastilleros diarios que los pacientes (68,1 %) ($p<0,001$) (Figura 105).

Figura 105. Comparación de la importancia de los pastilleros diarios ($p < 0,001$)



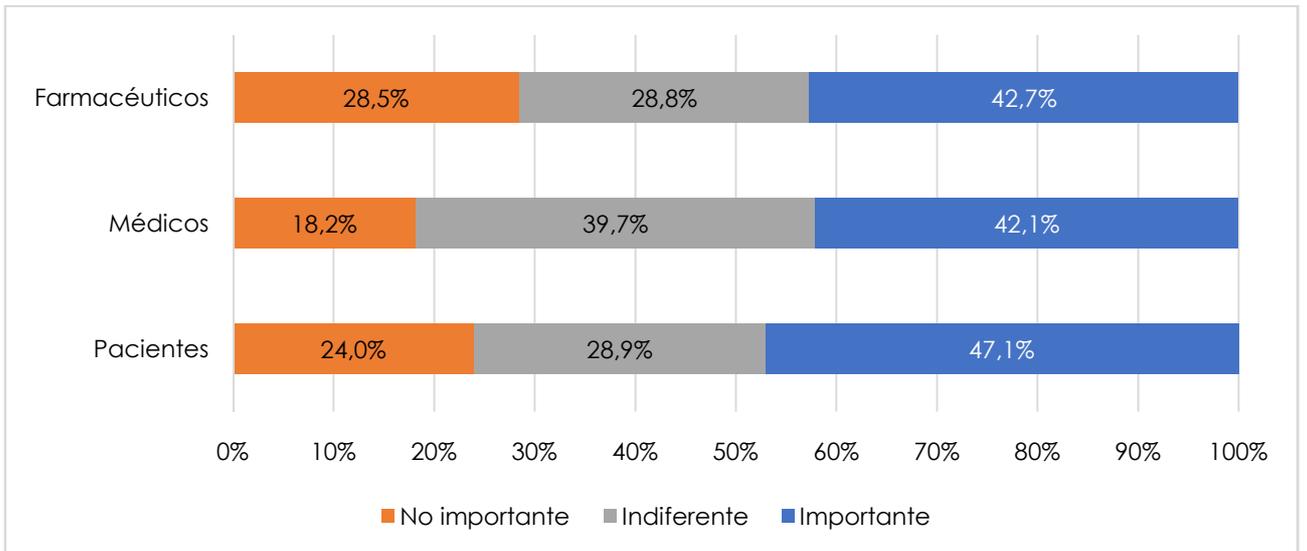
La importancia otorgada a los pastilleros semanales fue mayor en farmacéuticos (81,7 %), seguido de los médicos (77,6 %) y por último los pacientes (65,7 %) ($p < 0,001$) (Figura 106).

Figura 106. Comparación de la importancia de los pastilleros semanales ($p < 0,001$)



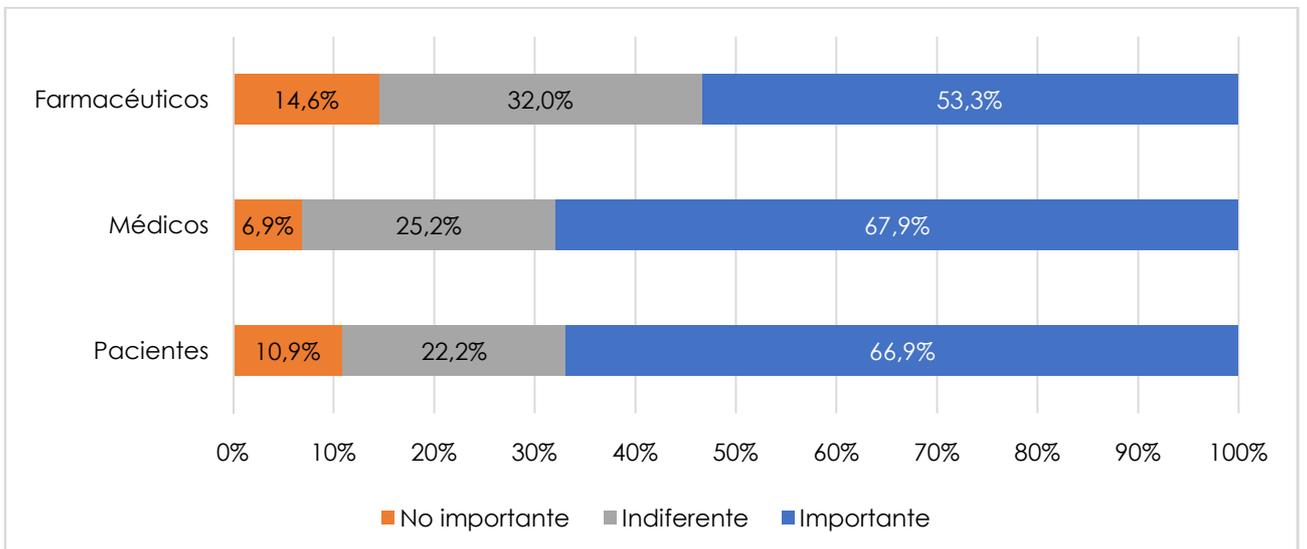
Los médicos (39,7 %) consideraban más comúnmente los recordatorios por teléfono, correo postal o telefónico como indiferente frente a pacientes (28,9 %) y farmacéuticos (28,8 %) ($p < 0,001$) (Figura 107). Estos dos últimos (24,0 % y 28,5 % respectivamente) lo calificaron como no importante en mayor proporción que los médicos (18,2 %).

Figura 107. Comparación de la importancia de los recordatorios por teléfono, correo postal o telefónico ($p < 0,001$)



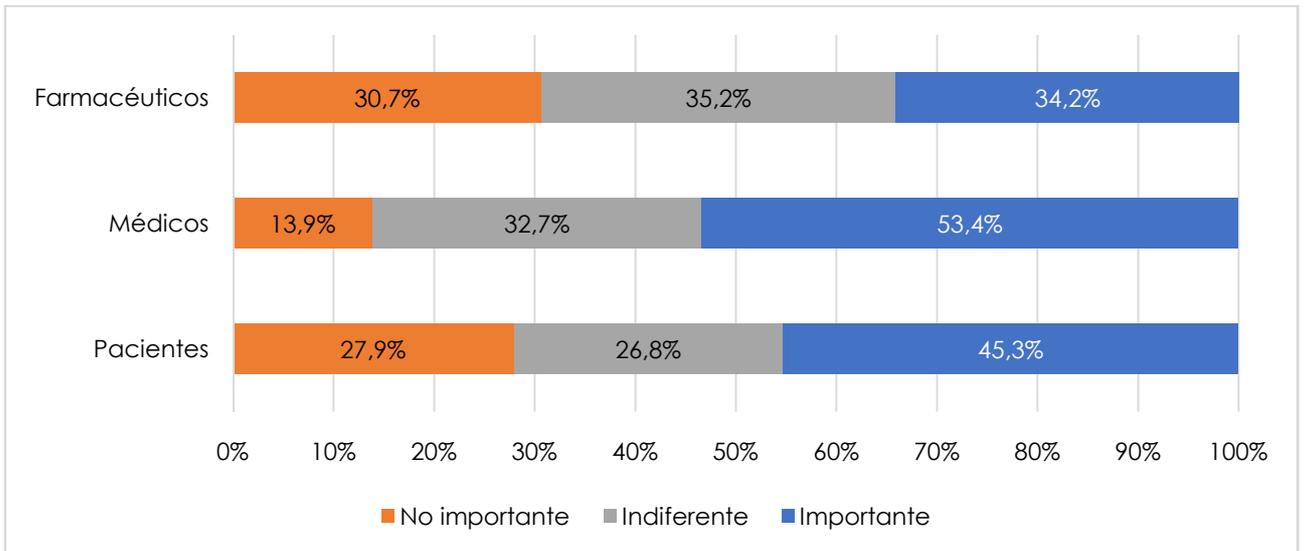
Los pacientes (66,9 %) y médicos (67,9 %) le otorgaban mayor importancia a los calendarios de cumplimentación que los farmacéuticos (53,3 %) ($p < 0,001$) (Figura 108).

Figura 108. Comparación de la importancia de los calendarios de cumplimentación ($p < 0,001$)



Los médicos valoraban con más importancia (53,4 %) las aplicaciones para dispositivos móviles que pacientes (45,3 %) o farmacéuticos (34,2 %) ($p < 0,001$) (Figura 109). Estos últimos (27,9 % y 30,7 % respectivamente) lo calificaron más veces como no importante que los médicos (13,9 %).

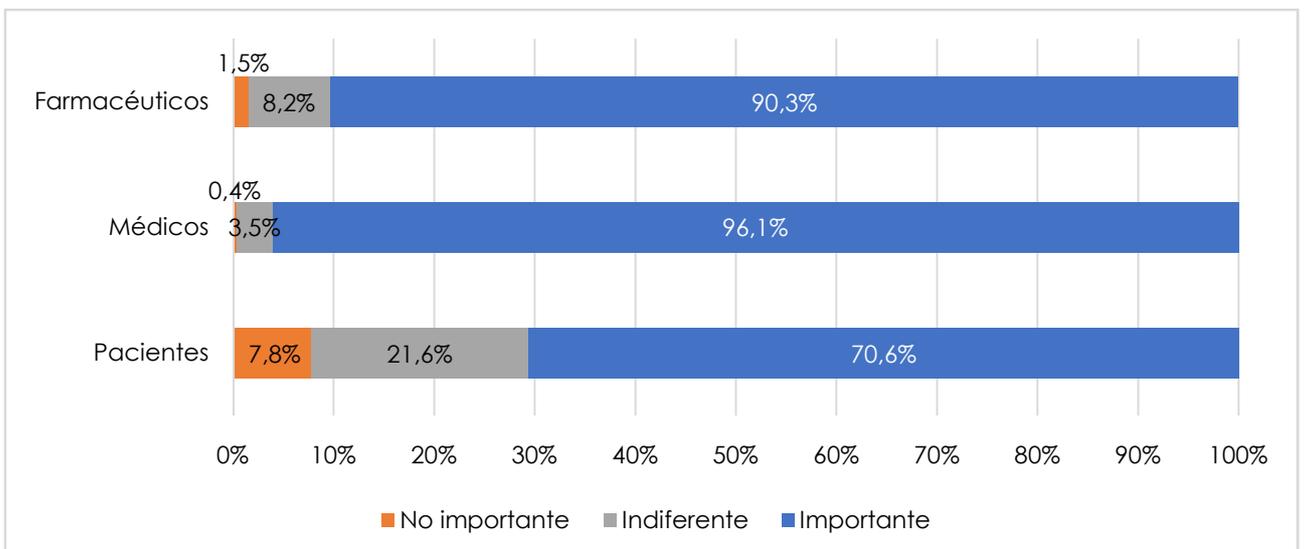
Figura 109. Comparación de la importancia de aplicaciones para dispositivos móviles (p<0,001)



5.4.2.4 Apoyo social

Finalmente, la implicación de amigos y familiares fue considerada como importante por un mayor porcentaje de médicos (96,1 %) y farmacéuticos (90,3 %) que de pacientes (70,6 %) (p<0,001) (Figura 110).

Figura 110. Comparación de la importancia de la implicación de amigos y familiares (p<0,001)



5.5 Análisis de las variables explicativas de la percepción de los participantes

5.5.1 Pacientes

5.5.1.1 Factores determinantes de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.5.1.1.1 Características del paciente

Conocimiento sobre la enfermedad

La importancia que los pacientes otorgan al **conocimiento sobre la enfermedad** en relación a la adherencia y persistencia viene determinada por la **edad**, el **área** en la que reside y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 15). Un paciente otorga mayor importancia al conocimiento sobre la enfermedad cuanto más edad tenga, mientras que los pacientes no adherentes y que habitan en áreas no urbanas tienden a considerarlo un factor indiferente. En el caso de los pacientes no adherentes, consideran el conocimiento de la enfermedad en relación con la adherencia y persistencia como no importante o indiferente.

Tabla 15. Modelo de importancia del conocimiento sobre la enfermedad (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,051	0,950	0,919	0,982	0,003
	Área (Urbana)	No urbana	0,903	2,466	0,899	6,766	0,080
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,904	6,711	1,870	24,081	0,003
Indiferente	Edad (0)		-0,015	0,985	0,968	1,002	0,085
	Área (Urbana)	No urbana	0,787	2,196	1,262	3,821	0,005
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,904	2,469	1,416	4,305	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Conocimiento sobre el tratamiento

La importancia que los pacientes otorgan al **conocimiento sobre el tratamiento** viene determinada por la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 16), donde los pacientes no adherentes tienden a considerar el conocimiento sobre el tratamiento como un factor no importante o indiferente en relación con la adherencia y persistencia a los tratamientos.

Tabla 16. Modelo de importancia del conocimiento sobre el tratamiento (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Actividad laboral (trabajador)	No trabajador	-1,212	0,298	0,082	1,086	0,066
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	2,410	11,129	2,461	50,324	0,002
Indiferente	Actividad laboral (trabajador)	No trabajador	-0,435	0,647	0,91	1,072	0,091
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,900	2,459	1,493	4,049	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Confianza en la elección o eficacia del tratamiento

La importancia que los pacientes otorgan a la **confianza en la elección o eficacia del tratamiento** viene determinada por la **adherencia** según Morisky-Green y por el **número de comorbilidades** descritas por los pacientes (Tabla 17). Cuantas más comorbilidades presenta un paciente, mayor importancia le da a la confianza en la elección o eficacia del tratamiento en relación con la adherencia, mientras que los pacientes no adherentes le dan menos importancia a dicho factor.

Tabla 17. Modelo de importancia de la confianza en la elección o eficacia del tratamiento (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,696	5,454	1,428	20,837	0,013
	Comorbilidades (0)		0,211	1,235	0,711	2,143	0,454

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Indiferente	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,363	3,909	2,346	6,514	<0,001
	Comorbilidades (0)		-0,488	0,614	0,461	0,817	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Decisión compartida (paciente-médico) en la elección del tratamiento

La importancia que los pacientes otorgan a la **decisión compartida** entre ellos y los médicos **en la elección del tratamiento**, viene determinada por el tiempo desde el **diagnóstico de DM**, la **edad**, el **área** en la que reside y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 18). Conforme aumentan los años desde el diagnóstico es más probable que dicho paciente reste importancia a la decisión compartida. En el caso de la edad, conforme más años tiene un paciente mayor importancia le da a este aspecto. Aquellos pacientes que residen en áreas urbanas o son no adherentes, opinan que la decisión compartida es un factor indiferente en la adherencia y persistencia al tratamiento.

Tabla 18. Modelo de importancia de la decisión compartida (paciente médico) en la elección del tratamiento (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tiempo con tratamiento DM (0)		0,061	1,063	1,022	1,107	0,003
	Edad (0)		-0,038	0,963	0,937	0,988	0,005
	Área (Urbana)	No urbana	0,145	1,156	0,467	2,865	0,754
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,805	2,237	0,959	5,222	0,063

Importante)							
	Tiempo con tratamiento DM (0)		-0,003	0,997	0,971	1,024	0,832
Indiferente	Edad (0)		-0,017	0,984	0,971	0,996	0,013
	Área (Urbana)	No urbana	0,731	2,077	1,370	3,150	0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,521	1,684	1,117	2,539	0,013

p ajuste del modelo: <0,001

Conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia

La importancia que los pacientes otorgan al conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia, viene determinada por la edad del paciente y la adherencia según Morisky-Green (Tabla 19).

Los pacientes de mayor edad dan mayor importancia a esta característica y los pacientes no adherentes suelen considerar este factor como no importante o indiferente.

Tabla 19. Modelo de importancia del conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coeficiente	OR	LI OR	LS OR	p
	Edad (0)		-0,045	0,956	0,932	0,980	<0,001
No importante	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,880	2,411	1,093	5,316	0,029
Indiferente	Edad (0)		-0,007	0,993	0,979	1,008	0,346
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,646	1,908	1,204	3,023	0,006

p ajuste del modelo: <0,001

Motivación

La importancia de la motivación según los pacientes, viene determinada por varios factores: el número de tratamientos que toman para las distintas comorbilidades, la edad, el nivel máximo de estudios, el género, el área en la que residen y la adherencia según Morisky-Green (Tabla 20).

Conforme más edad tiene los pacientes y más tratamientos toman para sus distintas patologías, mayor importancia le da a la motivación. Los pacientes varones tienden a considerar este factor como no importante con respecto a las mujeres.

Aquellos pacientes sin estudios consideran este factor más comúnmente como no importante o como indiferente.

Tabla 20. Modelo de importancia de la motivación (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p	
No importante	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,492	0,611	0,393	0,950	0,029	
	Edad (0)		-0,031	0,969	0,938	1,001	0,058	
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	1,620	5,055	1,034	24,719	0,045	
		Primaria	-0,325	0,722	0,164	3,181	0,667	
		Secundaria/FP	-0,418	0,658	0,249	1,738	0,399	
	Género (mujer)	Varón	1,079	2,940	1,185	7,293	0,020	
	Área (urbana)	No urbana	0,559	1,749	0,732	4,177	0,208	
	Morisky-Green (Adherente)	No adherente	1,146	3,144	1,347	7,340	0,008	
	Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p

Indiferente	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,253	0,776	0,616	0,977	0,031
	Edad (0)		-0,026	0,974	0,956	0,993	0,007
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	1,752	5,768	2,257	14,740	<0,001
		Primaria	0,706	2,026	0,949	4,327	0,068
		Secundaria/FP	0,234	1,264	0,693	2,306	0,445
	Género (mujer)	Varón	-0,303	0,739	0,466	1,171	0,198
	Área (urbana)	No urbana	0,818	2,266	1,433	3,583	<0,001
	Morisky-Green (Adherente)	No adherente	0,748	2,112	1,332	3,349	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.1.2 Características del entorno del paciente

Supervisión en el momento de la administración

La importancia que los pacientes otorgan a la **supervisión en el momento de la administración** viene determinada por el **número de tratamientos** que toman para sus distintas comorbilidades, si reciben o no **tratamiento inyectable** para su DM, el nivel máximo de **estudios**, el **género** y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 21).

Cuanto más fármacos toma el paciente para las distintas comorbilidades, es menos probable que considere la supervisión como un factor no importante, al igual que aquellos pacientes cuyo nivel máximo de estudios es primaria. Los varones tienden a dar menor importancia a este aspecto y los pacientes no adherentes tienden a considerarlo como un factor indiferente.

Los pacientes que no reciben tratamiento inyectable tienden a considerarlo mucho menos importante con respecto a aquellos cuya vía de administración del medicamento de DM es inyectable. El tipo de tratamiento inyectable o la dosis no influye en la importancia dada a la supervisión en el momento de la administración.

Tabla 21. Modelo de importancia de la supervisión en el momento de la administración (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p	
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,329	0,719	0,553	0,936	0,014	
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,826	2,284	1,339	3,898	0,002	
	Estudios (universitarios)	No estudios	-1,981	0,138	0,018	1,049	0,056	
		Primaria	-0,830	0,436	0,226	0,843	0,014	
		Secundaria/FP	-0,513	0,599	0,346	1,036	0,067	
	Género (mujer)	Varón	0,918	2,505	1,471	4,265	0,001	
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,211	1,235	0,747	2,043	0,411	
	Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,150	0,861	0,725	1,022	0,087
		Tratamiento inyectable (sí)	No	0,305	1,357	0,958	1,921	0,086
		Estudios (universitarios)	No estudios	0,269	1,309	0,693	2,472	0,406
		Primaria	-0,538	0,584	0,361	0,944	0,028	
		Secundaria/FP	-0,040	0,961	0,641	1,440	0,846	
Género (mujer)		Varón	0,343	1,410	0,996	1,994	0,052	

Morisky- Green (adherente)	No adherente	0,504	1,656	1,171	2,340	0,004
----------------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	--------------

p ajuste del modelo: <0,001

Alguno de sus amigos o familiares tiene diabetes

La importancia que los pacientes otorgan a que **alguno de sus amigos o familiares tenga diabetes** viene determinada por el **número de tratamientos** que toman para las comorbilidades, del **hábito tabáquico**, de los **estudios** y del **género** del paciente (Tabla 22).

Los exfumadores y los varones consideran este factor generalmente como no importante, y las personas sin estudios tienden a considerarlo como indiferente mientras que aquellos con un nivel máximo correspondiente a primaria rara vez lo consideran como no importante.

Cuanto más tratamientos para las distintas comorbilidades toma el paciente, más importancia le da a este factor.

Tabla 22. Modelo de importancia de que algunos de sus familiares o amigos tengan diabetes (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,383	0,682	0,541	0,860	0,001
No importante	Tabaco (No fumador)	Fumador	0,068	1,071	0,563	2,036	0,835
		Exfumador	0,756	2,131	1,259	3,607	0,005
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	-1,254	0,285	0,064	1,270	0,100

	Primaria	-1,008	0,365	0,191	0,697	0,002	
	Secundaria/FP	-0,461	0,631	0,392	1,016	0,058	
Género (mujer)	Varón	0,635	1,888	1,184	3,010	0,008	
Indiferente	Tratamientos comorbilidades (0)	-0,226	0,798	0,692	0,921	0,002	
	Tabaco (No fumador)	Fumador	-0,175	0,839	0,554	1,271	0,408
		Exfumador	0,135	1,145	0,807	1,624	0,448
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	0,617	1,854	1,040	3,304	0,036
		Primaria	0,026	1,026	0,697	1,511	0,895
		Secundaria/FP	-0,206	0,814	0,568	1,167	0,263
	Género (mujer)	Varón	0,287	1,333	0,982	1,808	0,065

p ajuste del modelo: <0,001

Residencia habitual con familiares, pareja u otros

La importancia otorgada por los pacientes al hecho de **residir habitualmente con familiares, pareja u otros**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para las distintas comorbilidades, el nivel máximo de **estudios**, el **género**, el **estado civil**, y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 23).

A mayor número de tratamientos recibe el paciente y aquellos con nivel máximo de estudios equivalentes a primaria, es menos probable que consideren este factor como no importante. En el caso de los varones y las personas no casadas, tienden a considerarlo como no importante más comúnmente. En referencia a la adherencia, aquellos pacientes no adherentes tienden a considerar este factor como indiferente.

Tabla 23. Modelo de importancia de residir habitualmente con familiares, pareja u otros (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,351	0,704	0,537	0,923	0,011
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	-0,924	0,397	0,113	1,402	0,151
		Primaria	-1,358	0,257	0,113	0,58	0,001
		Secundaria/FP	-0,392	0,676	0,390	1,170	0,162
	Género (mujer)	Varón	0,783	2,188	1,271	3,767	0,005

	Estado civil (casado)	No casado	0,798	2,220	1,281	3,848	0,004
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,497	1,644	0,993	2,722	0,053
Indiferente	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,116	0,891	0,758	1,047	0,161
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	0,245	1,278	0,688	2,376	0,438
		Primaria	-0,327	0,721	0,467	1,114	0,140
		Secundaria/FP	-0,242	0,785	0,527	1,169	0,234
	Género (mujer)	Varón	0,221	1,247	0,893	1,741	0,195
	Estado civil (casado)	No casado	0,201	1,223	0,836	1,790	0,300
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,546	1,726	1,241	2,401	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.1.3 Características de la medicación

Polimedicación

La importancia otorgada por los pacientes a la **polimedicación**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para sus distintas comorbilidades y por el **género** (Tabla 24). Cuantos más tratamientos toma un paciente, más importancia le otorga a la polimedicación. En el caso de los pacientes varones, tienden a considerar este factor como no importante.

Tabla 24. Modelo de importancia de la polimedicación (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,383	0,682	0,500	0,930	0,016
	Género (mujer)	Varón	1,046	2,847	1,536	5,275	0,001
Indiferente	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,377	0,686	0,572	0,822	<0,001
	Género (mujer)	Varón	0,334	1,397	1,000	1,952	0,050

p ajuste del modelo: <0,001

Presencia de efectos secundarios

La importancia otorgada por los pacientes a la **presencia de efectos secundarios**, viene determinada por la **edad, género** y número de **comorbilidades** del paciente (Tabla 25).

Los pacientes varones tienden a considerar este aspecto como indiferente. Conforme aumenta la edad del paciente o el número de comorbilidades, resulta menos probable que se considere este factor como indiferente.

Tabla 25. Modelo de importancia de la presencia de efectos secundarios (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,016	0,985	0,963	1,006	0,165
	Género (mujer)	Varón	0,636	1,888	0,918	3,884	0,084
	Comorbilidades (0)		-0,113	0,893	0,630	1,268	0,528
Indiferente	Edad (0)		-0,023	0,977	0,964	0,990	0,001
	Género (mujer)	Varón	0,472	1,602	1,042	2,465	0,032
	Comorbilidades (0)		-0,295	0,744	0,595	0,932	0,010

p ajuste del modelo: <0,001

Administración compleja

La importancia que los pacientes otorgan a una **administración compleja del tratamiento**, viene determinada por el **número de tratamientos** que tomen para sus distintas comorbilidades, **el hábito tabáquico**, el **género** y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 26).

Los pacientes fumadores y exfumadores, tienden a considerar este factor como no importante, al igual que hacen los pacientes varones. Los pacientes no adherentes tienden a considerarlo como indiferente. Al aumentar el número de tratamientos que el paciente recibe por sus distintas comorbilidades, la importancia que le otorgan a este factor es mayor.

Tabla 26. Modelo de importancia de administración compleja (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamientos comorbilidades (0)		-0,361	0,697	0,506	0,960	0,027
	Tabaco (No fumador)	Fumador	1,075	2,929	1,194	7,184	0,019

	Exfumador	1,314	3,721	1,678	8,254	0,001	
Género (mujer)	Varón	0,750	2,117	1,093	4,098	0,026	
Morisky-Green (adherente)	No adherente	-0,209	0,811	0,436	1,509	0,509	
Indiferente	Tratamientos comorbilidades (0)	-0,388	0,679	0,551	0,836	<0,001	
	Tabaco (No fumador)	Fumador	-0,072	0,931	0,541	1,602	0,795
		Exfumador	0,164	1,178	0,750	1,851	0,476
	Género (mujer)	Varón	0,386	1,472	0,977	2,217	0,065
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,538	1,713	1,159	2,531	0,007

p ajuste del modelo: <0,001

Tratamiento a largo plazo

La importancia otorgada por los pacientes al **tratamiento a largo plazo**, viene determinada por el **género** y el **área** en la que residen (Tabla 27). Los pacientes varones son más propensos a considerar este factor como no importante. Los pacientes que residen en áreas urbanas tienden a considerar este factor como indiferente.

Tabla 27. Modelo de importancia de tratamiento a largo plazo (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,070	2,917	1,512	5,627	0,001
	Área (Urbana)	No urbana	0,312	1,366	0,701	2,661	0,360

Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,323	1,381	0,961	1,984	0,081
	Área (Urbana)	No urbana	0,840	2,317	1,594	3,369	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Características organolépticas

La importancia otorgada por los pacientes a las **características organolépticas**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para las distintas comorbilidades, si reciben **tratamiento inyectable, hábito tabáquico**, nivel máximo de **estudios y género** (Tabla 28).

Los pacientes que no reciben tratamiento inyectable, los varones, pacientes sin estudios o aquellos pacientes exfumadores tienden a considerar este factor como no importante. Además, los varones y los pacientes fumadores tienden a considerar este aspecto como indiferente.

A mayor número de tratamientos que reciba un paciente para sus distintas comorbilidades, mayor importancia le otorgan a las características organolépticas. Los pacientes con un nivel máximo de estudios de secundaria o formación profesional, tienden a no considerar este aspecto como indiferente. El tipo y dosis de tratamiento inyectable no influye en la importancia otorgada a las características organolépticas.

Tabla 28. Modelo de importancia de las características organolépticas (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,396	0,673	0,547	0,828	<0,001
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,638	1,893	1,258	2,850	0,002
	Tabaco (no fumador)	Fumador	0,292	1,340	0,747	2,401	0,326
		Exfumador	0,606	1,834	1,150	2,925	0,011
	Estudios (universitarios)	No estudios	0,845	2,328	1,118	4,848	0,024
		Primaria	0,058	1,060	0,626	1,792	0,829
		Secundaria/FP	-0,261	0,770	0,480	1,236	0,279
		Género (mujer)	Varón	0,837	2,308	1,509	3,532
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,244	0,784	0,667	0,921	0,003
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,047	1,048	0,763	1,441	0,771
	Tabaco (no fumador)	Fumador	0,556	1,744	1,124	2,708	0,013
		Exfumador	0,254	1,289	0,870	1,910	0,205
	Estudios (universitarios)	No estudios	-0,354	0,702	0,324	1,521	0,370
		Primaria	-0,017	0,983	0,644	1,501	0,937
		Secundaria/FP	-0,422	0,655	0,446	0,964	0,032
	Género (mujer)	Varón	0,441	1,555	1,110	2,177	0,010

p ajuste del modelo: <0,001

Complejidad del envase o presentación

La importancia otorgada por los pacientes a la **complejidad del envase o presentación**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para sus distintas comorbilidades, si reciben **tratamiento inyectable, hábito tabáquico y género** (Tabla 29).

Los pacientes que no recibían tratamiento inyectable o pacientes exfumadores consideraban más comúnmente este aspecto como no importante. Los varones solían considerar este factor como no importante o indiferente.

A mayor número de tratamientos que recibía el paciente, mayor importancia le otorgaba a estas características. El tipo y dosis de tratamiento inyectable no influye en la importancia otorgada a la complejidad del envase o presentación del mismo.

Tabla 29. Modelo de importancia de la complejidad del envase o presentación (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,418	0,658	0,545	0,795	<0,001
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,562	1,754	1,211	2,541	0,003
	Tabaco (no fumador)	Fumador	0,207	1,230	0,742	2,040	0,423
		Exfumador	0,700	2,015	1,331	3,050	0,001
	Género (mujer)	Varón	0,553	1,739	1,192	2,536	0,004
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,347	0,707	0,601	0,832	<0,001
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,036	1,037	0,756	1,423	0,822
	Tabaco (no fumador)	Fumador	0,291	1,337	0,877	2,040	0,177
		Exfumador	0,312	1,366	0,938	1,990	0,104
	Género (mujer)	Varón	0,446	1,563	1,120	2,179	0,009

p ajuste del modelo: <0,001

Coste o copago de la medicación

La importancia otorgada por los pacientes al **coste o copago de la medicación**, viene determinada por el **número de tratamientos** para las comorbilidades, **hábito tabáquico**, **género** y si reciben **tratamiento oral** (

Tabla 30).

Los pacientes varones o exfumadores tendían a considerarlo como no importante. Aquellos pacientes que no recibían tratamiento oral eran muy reacios a evaluar este aspecto como no importante.

A mayor número de tratamientos que reciben los pacientes, mayor importancia le otorgan al coste o copago de los medicamentos. La dosis de tratamiento oral no influye en la importancia otorgada a este factor.

Tabla 30. Modelo de importancia del coste o copago de la medicación (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,391	0,676	0,518	0,882	0,004
	Tabaco (no fumador)	Fumador	0,492	1,636	0,807	3,315	0,172
		Exfumador	0,807	2,241	1,240	4,051	0,008
	Género (mujer)	Varón	0,737	2,090	1,218	3,586	0,007
	Tratamiento oral (sí)	No	-1,759	0,172	0,041	0,718	0,016
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,407	0,665	0,532	0,833	<0,001
	Tabaco (no fumador)	Fumador	0,454	1,575	0,927	2,675	0,093
		Exfumador	0,092	1,096	0,666	1,806	0,718
	Género (mujer)	Varón	0,361	1,435	0,929	2,216	0,103
	Tratamiento oral (sí)	No	-0,525	0,591	0,287	1,217	0,154

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.1.4 Características de la enfermedad

Enfermedad crónica

La importancia otorgada por los pacientes a que se trate de una **enfermedad crónica**, viene determinada por la **edad** y el **número de comorbilidades** presentes en el paciente (Tabla 31).

Conforme aumenta la edad de los pacientes, mayor importancia le dan a este aspecto. A mayor número de comorbilidades presentes, menos probable resulta que consideren la enfermedad crónica como indiferente.

Tabla 31. Modelo de importancia de enfermedad crónica (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
-----------------------------	----------------	-------	--------------	----	-------	-------	---

No importante	Edad (0)	-0,030	0,970	0,945	0,977	0,027
	Comorbilidades (0)	-0,239	0,788	0,501	1,239	0,302
Indiferente	Edad (0)	-0,021	0,979	0,967	0,992	0,001
	Comorbilidades (0)	-0,277	0,758	0,611	0,940	0,012

p ajuste del modelo: <0,001

Enfermedad sin síntomas

La importancia otorgada por los pacientes a que sea una **enfermedad sin síntomas**, viene determinada por la **edad**, el nivel máximo de **estudios** y el **área** en la que reside (Tabla 32). Conforme más edad tiene el paciente, mayor importancia otorgan a este aspecto. Los pacientes sin estudios o que residen en áreas no urbanas es más probable que consideren esta característica como indiferente.

Tabla 32. Modelo de importancia de enfermedad sin síntomas (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,040	0,961	0,933	0,990	0,008
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	0,306	1,358	0,136	13,507	0,794
		Primaria	-0,405	0,667	0,150	2,961	0,595
		Secundaria/FP	0,224	1,252	0,527	2,974	0,611
	Área (Urbana)	No urbana	0,405	1,500	0,632	3,559	0,358
Indiferente	Edad (0)		-0,020	0,980	0,966	0,994	0,006
	Estudios (universitarios)	Sin estudios	1,442	4,228	2,026	8,822	<0,001
		Primaria	0,371	1,449	0,820	2,562	0,202
		Secundaria/FP	0,086	1,090	0,688	1,726	0,715
	Área (Urbana)	No urbana	0,576	1,778	1,224	2,584	0,003

p ajuste del modelo: <0,001

Enfermedad sin complicaciones

La importancia otorgada por los pacientes al hecho de que sea una **enfermedad sin complicaciones**, viene determinada por la **edad** y por la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 33).

Los pacientes al tener más edad es menos probable que la consideren como no importante. En el caso de los pacientes no adherentes hay una mayor tendencia a considerarlo como un factor indiferente.

Tabla 33. Modelo de importancia de enfermedad sin complicaciones (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,053	0,948	0,925	0,972	<0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,104	1,109	0,509	2,416	0,794
Indiferente	Edad (0)		-0,004	0,996	0,985	1,007	0,477
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,483	1,621	1,132	2,322	0,008

p ajuste del modelo: <0,001

Coexistencia de diferentes comorbilidades

La importancia otorgada por los pacientes a la **coexistencia de diferentes enfermedades**, viene determinada por la **edad**, **género**, **área** en la que reside y **número de comorbilidades** presentes en el paciente (Tabla 34).

Los varones tienden a considerar este aspecto como no importante o como indiferente. En el caso de pacientes que residen en áreas no urbanas, es más probable que consideren este aspecto como indiferente.

A mayor edad tiene un paciente, es menos probable que considere este aspecto como no importante. Adicionalmente, a mayor número de comorbilidades padezca un paciente, menos probable es que considere la coexistencia de distintas enfermedades como un aspecto indiferente.

Tabla 34. Modelo de importancia de coexistencia de diferentes enfermedades (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,058	0,944	0,917	0,971	<0,001
	Género (mujer)	Varón	1,320	3,742	1,348	10,387	0,011
	Área (Urbana)	No urbana	0,806	2,238	0,904	5,538	0,081
	Comorbilidades (0)		0,142	1,153	0,772	1,721	0,486
Indiferente	Edad (0)		-0,010	0,990	0,979	1,001	0,088
	Género (mujer)	Varón	0,524	1,688	1,172	2,433	0,005
	Área (Urbana)	No urbana	0,512	1,669	1,134	2,457	0,009
	Comorbilidades (0)		-0,241	0,786	0,651	0,949	0,012

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.1.5 Características del profesional: Médico

Relación con el médico

La importancia otorgada por los pacientes a la **relación con el médico**, viene determinada por la **edad**, la **adherencia** según Morisky-Green y el **número de comorbilidades** presentes en el paciente (Tabla 35).

A mayor edad tiene un paciente, es menos probable que considere este aspecto como no importante. En el caso de número de comorbilidades, a más comorbilidades padezca un paciente es menos habitual que considere este aspecto como indiferente. Los pacientes que no son adherente, suelen considerar la relación con el médico como un factor indiferente.

Tabla 35. Modelo de importancia de la relación con el médico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,079	0,924	0,888	0,962	<0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,540	1,716	0,568	5,187	0,339
	Comorbilidades (0)		-0,386	0,680	0,384	1,202	0,184

Indiferente	Edad (0)		-0,016	0,985	0,968	1,001	0,070
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,902	2,464	1,431	4,243	0,001
	Comorbilidades (0)		-0,412	0,663	0,495	0,888	0,006

p ajuste del modelo: <0,001

Confianza con el médico

La importancia otorgada por los pacientes a la **confianza con el médico**, viene determinada por la **edad** y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 36). Conforme aumenta la edad, mayor importancia dan los pacientes a este aspecto. En el caso de los pacientes no adherentes, tienden a considerar este factor como indiferente.

Tabla 36. Modelo de importancia de confianza con el médico (pacientes)

Respuesta		Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Importante		Edad (0)		-0,095	0,909	0,861	0,961	0,001
	No importante	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,024	2,785	0,697	11,125	0,147
Indiferente		Edad (0)		-0,031	0,970	0,954	0,986	<0,001
		Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,134	3,108	1,804	5,354	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Actitud del médico

La importancia otorgada por los pacientes a la **actitud del médico**, viene determinada por la **edad**, el **hábito tabáquico**, el **área** en la que reside y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 37).

Cuanta más edad tiene un paciente, menos probable es que considere esta faceta como no importante. En el caso de los pacientes residentes en áreas no urbanas, tienden a considerar este aspecto como no importante.

Los pacientes exfumadores rara vez consideran la actitud del médico como una característica indiferente. Aquellos pacientes que no son adherentes al tratamiento suelen considerar más comúnmente este aspecto como indiferente.

Tabla 37. Modelo de importancia de la actitud del médico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,066	0,936	0,893	0,980	0,005
	Tabaco fumador)	(No Fumador	-0,252	0,777	0,100	6,026	0,810
		Exfumador	0,853	2,346	0,451	12,221	0,311
	Área (Urbana)	No urbana	1,613	5,016	1,365	18,427	0,015
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,990	2,692	0,653	11,094	0,170
Indiferente	Edad (0)		-0,014	0,987	0,970	1,004	0,127
	Tabaco fumador)	(No Fumador	-0,414	0,661	0,330	1,324	0,243
		Exfumador	-0,888	0,412	0,215	0,790	0,008
	Área (Urbana)	No urbana	0,342	1,407	0,811	2,442	0,224
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,849	2,338	1,381	3,960	0,002

p ajuste del modelo: <0,001

Motivación del médico

La importancia otorgada por los pacientes a la **motivación del médico**, viene determinada por el **área** en la que residen, la **adherencia** según Morisky-Green y el **número de comorbilidades** (Tabla 38).

Los pacientes que residen en áreas no urbanas o no adherentes tienden a considerar más a menudo este aspecto como indiferente. Al aumentar el número de comorbilidades presentes en el paciente, menos probables es que consideren esta característica como indiferente.

Tabla 38. Modelo de importancia de motivación del médico (pacientes)

Respuesta							
(Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Área (urbana)	No urbana	0,636	1,888	0,311	11,479	0,490
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,196	3,307	0,545	20,063	0,194
	Comorbilidades (0)		-0,905	0,404	0,110	1,481	0,172
Indiferente	Área (urbana)	No urbana	0,750	2,117	1,274	3,518	0,004
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,887	2,427	1,473	3,998	<0,001
	Comorbilidades (0)		-0,322	0,724	0,554	0,947	0,018

p ajuste del modelo: <0,001

Disponibilidad de instrucciones escritas sencillas (médico)

La importancia otorgada por los pacientes a la **disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del médico**, viene determinada por el **género** (Tabla 39). Los varones tienden a considerar este aspecto como no importante.

Tabla 39. Modelo de importancia de disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del médico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)							
	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,944	2,569	1,055	6,259	0,038
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,385	1,469	0,938	2,302	0,093

p ajuste del modelo: 0.026

Facilidad de acceso al centro sanitario (médico)

La importancia otorgada por los pacientes a la facilidad al acceso sanitario, viene determinada por la edad y el número de comorbilidades presentes en el paciente (Tabla 40).

Conforme aumentan la edad y el número de comorbilidades, menos probable es que los pacientes consideren este aspecto como indiferente.

Tabla 40. Modelo de importancia de facilidad de acceso al centro sanitario (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Importante	Edad (0)		-0,017	0,983	0,959	1,008	0,177
	Comorbilidades (0)		-0,423	0,655	0,420	1,023	0,063
No importante	Edad (0)		-0,028	0,972	0,959	0,986	<0,001
	Comorbilidades (0)		-0,324	0,723	0,571	0,917	0,007
Indiferente	Edad (0)		-0,028	0,972	0,959	0,986	<0,001
	Comorbilidades (0)		-0,324	0,723	0,571	0,917	0,007

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.1.6 Características del profesional: Personal de enfermería

Relación con la enfermera

La importancia otorgada por los pacientes a la **relación con el personal de enfermería**, viene determinada por el nivel máximo de **estudios**, el **área** en la que residen, la **actividad laboral** actual y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 41).

Los pacientes con un nivel de estudios máximos correspondientes a primaria no suelen considerar este aspecto como no importante. Aquellos pacientes sin estudios, que residen en áreas no urbanas o son no adherentes, tienden a considerar más comúnmente este aspecto como indiferente. En el caso de los pacientes que en el momento de la cumplimentación del cuestionario no se encontraban trabajando, es menos probable que consideren este factor como indiferente.

Tabla 41. Modelo de importancia de la relación con la enfermera (pacientes)

Respuesta							
(Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Estudios (universitarios)	No estudios	-1,254	0,285	0,035	2,320	0,241
		Primaria	-1,121	0,326	0,110	0,968	0,044
		Secundaria/FP	-0,427	0,653	0,304	1,400	0,273
	Área (urbana)	No urbana	0,237	1,267	0,576	2,785	0,556
	Actividad laboral (trabajador)	No trabajador	-0,159	0,853	0,408	1,784	0,673
		Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,429	1,536	0,771	3,059
Indiferente	Estudios (universitarios)	No estudios	0,815	2,260	1,157	4,416	0,017
		Primaria	0,092	1,096	0,654	1,836	0,727
		Secundaria/FP	-0,354	0,702	0,437	1,126	0,142
	Área (urbana)	No urbana	0,754	2,125	1,447	3,121	<0,001
	Actividad laboral (trabajador)	No trabajador	-0,647	0,524	0,347	0,790	0,002
		Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,692	1,997	1,379	2,891

p ajuste del modelo: <0,001

Confianza con la enfermera

La importancia otorgada por los pacientes a la **confianza con la enfermera**, viene determinada por la **edad**, el nivel máximo de **estudios**, la **adherencia** según Morisky-Green y el **número de comorbilidades** que presenta el paciente (Tabla 42).

Los pacientes con un nivel de estudios máximo correspondiente a primaria son más reacios a considerar este factor como no importante y más propensos a declararlo como indiferente. Los pacientes sin estudios tienden a considerarlo como indiferente. A mayor edad y número de

comorbilidades, es más raro que consideren este aspecto como indiferente. Los pacientes no adherentes tienden a considerarlo como indiferente.

Tabla 42. Modelo de importancia de la confianza con la enfermera (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,008	0,992	0,965	1,019	0,566
	Estudios (universitarios)	No estudios	-1,098	0,333	0,038	2,910	0,320
		Primaria	-1,023	0,359	0,112	1,154	0,085
		Secundaria/FP	-0,677	0,508	0,223	1,160	0,108
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,302	1,353	0,645	2,835	0,424
	Comorbilidades (0)		-0,315	0,730	0,501	1,064	0,102
Indiferente	Edad (0)		-0,024	0,976	0,960	0,992	0,004
	Estudios (universitarios)	No estudios	1,516	4,556	1,997	10,396	<0,001
		Primaria	0,670	1,954	1,029	3,710	0,041
		Secundaria/FP	-0,03	0,997	0,588	1,689	0,990
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,585	1,795	1,191	2,706	0,005
	Comorbilidades (0)		-0,319	0,727	0,591	0,894	0,003

p ajuste del modelo: <0,001

Actitud con la enfermera

La importancia otorgada por los pacientes a la actitud con la enfermera, viene determinada por la edad, el hábito tabáquico, el nivel máximo de estudios, el área en la que residen, la adherencia según Morisky-Green y el número de comorbilidades (Tabla 43).

Los pacientes con un nivel de estudios máximo correspondiente a primaria rara vez consideran este aspecto como no importante, mientras que los pacientes sin estudios tienden a considerarlo como indiferente.

A mayor edad y número de comorbilidades, así como en pacientes que residen en áreas no urbanas, es menos probable que consideren este factor como indiferente. Los pacientes no adherentes consideran más comúnmente este aspecto como indiferente.

Tabla 43. Modelo de importancia de la actitud con la enfermera (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,002	0,998	0,968	1,029	0,909
	Tabaco (no fumador)	Fumador	-1,822	0,162	0,019	1,341	0,091
		Exfumador	0,745	2,106	0,895	4,958	0,088
	Estudios (universitarios)	No estudios	-0,252	0,777	0,132	4,584	0,791
		Primaria	-1,429	0,240	0,08	0,991	0,049
		Secundaria/FP	-0,505	0,603	0,253	1,437	0,254
	Área (urbana)	No urbana	0,138	1,148	0,468	2,818	0,763
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,475	1,608	0,728	3,555	0,240
	Comorbilidades (0)		-0,125	0,883	0,598	1,302	0,529
	Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR

Indiferente	Edad (0)		-0,022	0,978	0,962	0,994	0,008
	Tabaco (no fumador)	Fumador	-0,362	0,696	0,396	1,224	0,209
		Exfumador	-0,136	0,873	0,557	1,367	0,552
	Estudios (universitarios)	No estudios	1,136	3,113	1,398	6,932	0,005
		Primaria	0,337	1,401	0,760	2,582	0,279
		Secundaria/FP	-0,316	0,729	0,439	1,212	0,223
	Área (urbana)	No urbana	0,884	2,421	1,640	3,574	<0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,563	1,756	1,183	2,606	0,005
	Comorbilidades (0)		-0,245	0,783	0,646	0,948	0,012

p ajuste del modelo: <0,001

Motivación de la enfermera

La importancia otorgada por los pacientes a la motivación de la enfermera viene determinada por el número de tratamientos que le paciente recibe para sus distintas comorbilidades, el género, el área en la que reside y la adherencia según Morisky-Green (Tabla 44).

A mayor número de tratamientos para las distintas comorbilidades recibe un paciente, mayor importancia le otorga a este aspecto. En el caso de los pacientes no adherentes tienden a considerar este factor más comúnmente como no importante o indiferente. Los varones tienden más a considerarlo como no importante y rara vez como indiferente. Los pacientes que residen en áreas no urbanas suelen considerar este aspecto como indiferente.

Tabla 44. Modelo de importancia de la motivación de la enfermera (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,584	0,558	0,376	0,827	0,004
	Género (mujer)	Varón	0,811	2,251	1,086	4,667	0,029
	Área (urbana)	No urbana	0,438	1,550	0,740	3,246	0,246
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,797	2,218	1,135	4,332	0,020
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,215	0,807	0,661	0,984	0,034
	Género (mujer)	Varón	-0,408	0,665	0,450	0,982	0,040
	Área (urbana)	No urbana	0,878	2,407	1,624	3,568	<0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,616	1,852	1,257	2,730	0,002

p ajuste del modelo: <0,001

Disponibilidad de instrucciones escritas sencillas (personal de enfermería)

La importancia otorgada por los pacientes a la **disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del personal de enfermería**, viene determinada por el género y el número de comorbilidades que presenta el paciente en los pacientes a este factor.

Tabla 45). Los varones tienden a considerar este aspecto como no importante. Conforme aumenta el número de comorbilidades, mayor importancia otorgan los pacientes a este factor.

Tabla 45. Modelo de importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del personal de enfermería (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,200	3,322	1,538	7,173	0,002
	Comorbilidades (0)		-0,451	0,637	0,432	0,940	0,023
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,247	1,280	0,851	1,927	0,236
	Comorbilidades (0)		-0,393	0,675	0,538	0,847	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Coordinación médico-enfermera

La importancia otorgada por los pacientes a la **coordinación entre el médico y el personal de enfermería**, viene determinada por el **género**, el **área** en la que residen, la **adherencia** según Morisky-Green y el **número de comorbilidades** (Tabla 46).

Los varones tienden a considerar este factor como no importante y los residentes en áreas no urbanas como indiferente. En el caso de pacientes no adherentes, es más probable que consideren este aspecto como no importante o indiferente. Cuantas más comorbilidades presenta el paciente, menos probable es que considere esta característica como indiferente.

Tabla 46. Modelo de importancia de la coordinación médico-enfermera (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,563	4,772	1,605	14,184	0,005
	Área (urbana)	No urbana	0,138	1,148	0,444	2,973	0,776
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,176	3,243	1,390	7,567	0,007
	Comorbilidades (0)		-0,175	0,840	0,550	1,280	0,417
Indiferente	Género (mujer)	Varón	-0,129	0,879	0,566	1,364	0,565
	Área (urbana)	No urbana	0,850	2,339	1,499	3,651	<0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,510	1,666	1,070	2,593	0,024
	Comorbilidades (0)		-0,452	0,636	0,498	0,814	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.1.7 Características del profesional: Farmacéutico

Relación con el farmacéutico

La importancia otorgada por los pacientes a la **relación con el farmacéutico**, viene determinada por el **número de tratamientos** que le paciente recibe para sus distintas comorbilidades y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 47).

A mayor número de tratamientos reciba, menos probable es que un paciente considere este factor como indiferente. Los pacientes no adherentes tienden más comúnmente a considerar este aspecto como no importante.

Tabla 47. Modelo de importancia de la relación con el farmacéutico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,222	0,801	0,626	1,024	0,077
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,906	2,474	1,528	4,005	<0,001
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,401	0,669	0,560	0,800	<0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,234	1,263	0,895	1,782	0,183

p ajuste del modelo: <0,001

Confianza con el farmacéutico

La importancia otorgada por los pacientes a la **confianza con el farmacéutico**, viene determinada por el **número de tratamientos** que un paciente recibe para sus distintas enfermedades, el **tiempo de tratamiento de DM**, el **género**, el **área** en la que reside, la **actividad laboral** y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 48). No obstante, al valorar la duración del tratamiento para DM2 no se encontraron diferencias significativas entre los niveles alternativos y el de referencia.

Los varones tienden a considerar este aspecto como no importante o como indiferente. Los pacientes no adherentes tienden a considerarlo como no importante.

Los residentes en áreas no urbanas son más reacios a considerar este factor como no importante. En aquellos pacientes trabajadores y conforme aumenta el número de tratamientos que recibe un paciente, es menos común que la confianza con el farmacéutico sea considerada como factor indiferente.

Tabla 48. Modelo de importancia de la confianza con el farmacéutico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,133	0,875	0,667	1,149	0,337
	Duración del tratamiento DM (0)		-0,039	0,962	0,920	1,005	0,082
	Género (mujer)	Varón	0,636	1,889	1,067	3,342	0,029
	Área (urbana)	No urbana	-1,094	0,335	0,140	0,802	0,014
	Actividad laboral (no trabajador)	Trabajador	-0,137	0,872	0,498	1,527	0,631
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,983	2,672	1,532	4,661	0,001
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,310	0,734	0,609	0,885	0,001
	Duración del tratamiento DM (0)		0,015	1,016	0,994	1,037	0,150
	Género (mujer)	Varón	0,422	1,525	1,071	2,170	0,019
	Área (urbana)	No urbana	0,038	1,038	0,698	1,544	0,852
	Actividad laboral (no trabajador)	Trabajador	-0,495	0,610	0,423	0,878	0,008
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,271	1,311	0,910	1,888	0,146

p ajuste del modelo: <0,001

Actitud con el farmacéutico

La importancia otorgada por los pacientes a la **actitud con el farmacéutico**, viene determinada por el **género, la adherencia** según Morisky-Green y el **número de comorbilidades** (Tabla 49).

Los varones valoran este aspecto más comúnmente como no importante o indiferente; y los pacientes no adherentes como no importante. A mayor número de comorbilidades padece un paciente, mayor importancia otorga a esta característica.

Tabla 49. Modelo de importancia de la actitud con el farmacéutico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,697	2,008	1,176	3,430	0,011
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,961	2,615	1,556	4,396	<0,001
	Comorbilidades (0)		-0,290	0,749	0,571	0,981	0,036
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,407	1,502	1,080	2,089	0,016
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,187	1,205	0,854	1,702	0,289
	Comorbilidades (0)		-0,334	0,716	0,601	0,853	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Motivación del farmacéutico

La importancia otorgada por los pacientes a la **motivación del farmacéutico**, viene determinada por el **número de tratamientos** que recibe para sus distintas patologías, si recibe **tratamiento inyectable**, el **género** y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 50).

Los pacientes que no reciben tratamiento inyectable, tienden a considerar este factor como indiferente y los varones y pacientes no adherentes como no importante. A mayor número de tratamientos reciba, el paciente otorga mayor importancia a este aspecto.

Tabla 50. Modelo de importancia de la motivación del farmacéutico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p	
	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,309	0,734	0,567	0,951	0,019	
	No importante	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,310	1,364	0,824	2,258	0,228
		Género (mujer)	Varón	0,811	2,250	1,345	3,765	0,002
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,819	2,269	1,387	3,712	0,001	
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,406	0,666	0,561	0,790	<0,001	
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,485	1,624	1,165	2,263	0,004	
	Género (mujer)	Varón	0,272	1,313	0,957	1,801	0,092	
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,264	1,302	0,934	1,817	0,120	

p ajuste del modelo: <0,001

Disponibilidad de instrucciones sencillas (farmacéutico)

La importancia otorgada por los pacientes a la **disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico**, viene determinada por el **género**, la **adherencia** según Morisky-Green y el **número de patologías** concomitantes (Tabla 51).

Los varones tienden a considerar este aspecto como no importante o indiferente y los pacientes no adherentes como indiferente. A mayor número de comorbilidades padece el paciente, menos probable resulta que considere este aspecto como no importante.

Tabla 51. Modelo de importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,757	2,131	1,197	3,794	0,010
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,271	1,311	0,741	2,319	0,353
	Comorbilidades (0)		-0,387	0,679	0,498	0,925	0,014
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,391	1,478	1,009	2,165	0,045
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,620	1,859	1,269	2,723	0,001
	Comorbilidades (0)		-0,184	0,832	0,686	1,009	0,062

p ajuste del modelo: <0,001

Coordinación entre el personal de enfermería y el farmacéutico

La importancia otorgada por los pacientes a la **coordinación entre el personal de enfermería y el farmacéutico**, viene determinada por si reciben **tratamiento inyectable**, el **género**, la **adherencia** según Morisky-Green y el **número de comorbilidades** (Tabla 52).

Los pacientes que no reciben tratamiento inyectable y aquellos que no son adherentes tienden a considerar este factor como no importante o indiferente. Los varones más comúnmente lo consideran como no importante.

Cuanto más patologías concomitantes padece un paciente, menos probable resulta que declare este factor como indiferente. El tipo y dosis de tratamiento inyectable no influye en la importancia otorgada.

Tabla 52. Modelo de importancia de la coordinación entre la enfermera y el farmacéutico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,675	1,964	1,170	3,297	0,011
	Género (mujer)	Varón	0,867	2,379	1,431	3,956	0,001
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,572	1,771	1,088	2,885	0,022
	Comorbilidades (0)		-0,155	0,857	0,670	1,094	0,215
Indiferente	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,408	1,504	1,080	2,095	0,016
	Género (mujer)	Varón	0,080	1,084	0,788	1,490	0,620
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,540	1,716	1,234	2,387	0,001
	Comorbilidades (0)		-0,222	0,801	0,680	0,943	0,008

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.2 Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.5.1.2.1 Educación del paciente por parte del profesional (médico, personal de enfermería, farmacéutico)

Médico

La importancia otorgada por los pacientes a la **educación por parte del médico**, viene determinada por la **edad**, el nivel máximo de **estudios** y la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 53).

A mayor edad del paciente, mayor importancia otorgan a este aspecto. Los pacientes no adherentes, sin estudios o con un nivel equivalente a primaria, consideran más comúnmente este factor como indiferente.

Tabla 53. Modelo de importancia del médico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coeficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,077	0,925	0,872	0,982	0,011
	Estudios (universitarios)	No estudios	2,597	13,425	0,629	286,306	0,096
		Primaria	0,616	1,851	0,133	25,752	0,647
		Secundaria/FP	0,164	1,178	0,249	5,579	0,836
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,424	1,528	0,390	5,987	0,543
Indiferente	Edad (0)		-0,060	0,942	0,918	0,967	<0,001
	Estudios (universitarios)	No estudios	2,839	17,096	4,735	61,720	<0,001
		Primaria	1,212	3,360	1,127	10,012	0,030
		Secundaria/FP	0,651	1,918	0,901	4,085	0,091
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,761	2,141	1,158	3,957	0,015

p ajuste del modelo: <0,001

Personal de enfermería

La importancia otorgada por los pacientes a la **educación por parte del personal de enfermería**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para sus distintas enfermedades y por la **adherencia** según Morisky-Green (Tabla 54).

A mayor número de tratamientos recibe el paciente, mayor importancia le da a este aspecto. En el caso de los pacientes no adherentes, generalmente consideran este factor como no importante o indiferente.

Tabla 54. Modelo de importancia de la enfermera (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,540	0,583	0,383	0,888	0,012
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,797	2,218	1,064	4,623	0,033
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,280	0,756	0,625	0,915	0,004
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,641	1,899	1,316	2,739	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Farmacéutico

La importancia otorgada por los pacientes a la **educación por parte del farmacéutico**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para las distintas comorbilidades, **edad, género y adherencia** según Morisky-Green (

Tabla 55).

Los pacientes no adherentes más probablemente consideran este aspecto como no importante y los varones como indiferente. A mayor edad y mayor número de tratamientos prescritos,

menos probable es que considere este factor como indiferente.

Tabla 55. Modelo de importancia del farmacéutico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,249	0,779	0,584	1,039	0,090
	Edad (0)		0,002	1,002	0,983	1,020	0,869
	Género (mujer)	Varón	0,191	1,211	0,695	2,110	0,500
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,737	2,089	1,182	3,694	0,011

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,261	0,770	0,651	0,911	0,002
	Edad (0)		-0,016	0,984	0,974	0,995	0,003
	Género (mujer)	Varón	0,470	1,600	1,154	2,219	0,005
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,213	1,237	0,879	1,741	0,223

p ajuste del modelo: <0,001

Forma más adecuada o preferible de recibir información sobre la enfermedad y/o tratamiento

Las preferencias o adecuación sobre **como recibir información referente a la enfermedad o tratamiento**, viene determinada por la **edad**, el **estado civil** y el **número de comorbilidades** presentes en el paciente (Tabla 56). No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre los niveles alternativos y de referencia del estado civil.

Conforme avanza la edad, los pacientes tienen preferencias por una comunicación oral, escrita, vía telefónica o mediante visitas a domicilio, frente a una comunicación por educación grupal.

Cuantas más comorbilidades presenta un paciente, es menos probable que prefiera la comunicación oral sobre la educación grupal.

Tabla 56. Modelo de preferencia sobre formas de recibir información (pacientes)

Respuesta (Ref: educación grupal)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Oral	Edad (0)		0,047	1,048	1,026	1,071	<0,001
	Estado civil (casado)	No casado	0,061	1,063	0,479	2,355	0,881
	Comorbilidades (0)		-0,340	0,712	0,516	0,982	0,038
Escrita	Edad (0)		0,053	1,055	1,032	1,078	<0,001
	Estado civil (casado)	No casado	-0,382	0,683	0,303	1,540	0,358
	Comorbilidades (0)		0,079	1,083	0,785	1,492	0,628
Por teléfono	Edad (0)		0,043	1,044	1,010	1,078	0,011
	Estado civil (casado)	No casado	0,600	1,823	0,608	5,465	0,284
	Comorbilidades (0)		-0,232	0,793	0,483	1,303	0,360
Por correo postal	Edad (0)		0,022	1,023	0,991	1,055	0,158
	Estado civil (casado)	No casado	0,774	2,168	0,740	6,351	0,158
	Comorbilidades (0)		-0,072	0,931	0,580	1,493	0,766
Por correo electrónico / Web	Edad (0)		0,002	1,002	0,979	1,026	0,861
	Estado civil (casado)	No casado	-0,962	0,382	0,142	1,032	0,058
	Comorbilidades (0)		-0,207	0,813	0,569	1,162	0,256
Audiovisual	Edad (0)		-0,003	0,997	0,971	1,024	0,811
	Estado civil (casado)	No casado	0,024	1,025	0,382	2,752	0,962
	Comorbilidades (0)		-0,105	0,900	0,605	1,338	0,602
Visita a domicilio	Edad (0)		0,046	1,047	1,021	1,074	<0,001
	Estado civil (casado)	No casado	0,397	1,487	0,616	3,594	0,378
	Comorbilidades (0)		-0,261	0,771	0,530	1,120	0,172

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.2.2 Reducir la complejidad de la pauta

Reducción de la pauta o régimen de tratamiento

La importancia otorgada por los pacientes a la **reducción de la pauta o régimen terapéutico**, viene determinada por el **número de tratamientos** que el paciente recibe y por la **edad** (Tabla 57).

En ambos casos, conforme aumenta el número de tratamientos prescritos y la edad del paciente, mayor importancia le dan a la reducción de la pauta terapéutica.

Tabla 57. Modelo de importancia de la reducción de la pauta terapéutica (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)	-0,393	0,675	0,513	0,888	0,005	
	Edad (0)	-0,024	0,976	0,961	0,992	0,003	
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)	-0,224	0,799	0,688	0,929	0,004	
	Edad (0)	-0,011	0,989	0,980	0,999	0,028	

p ajuste del modelo: <0,001

Principal característica de la pauta o régimen terapéutico que se considera se ha de modificar

La elección de la **principal característica a modificar en la pauta o régimen terapéutico**, viene determinada por si el paciente recibe **tratamiento inyectable**, el **área** en la que reside, la **adherencia** según Morisky-Green y el **número de comorbilidades** (

Tabla 58).

Los residentes en áreas no urbanas es más probable que consideren de mayor relevancia la disminución de la frecuencia de administración o del número de comprimidos en lugar de la adaptación de la medicación a las actividades cotidianas.

Los pacientes no adherentes consideran más comúnmente que la característica principal es la modificación de la vía de administración.

Cuanto más comorbilidades presenta un paciente mayor probabilidad existe que considere como característica principal la adaptación del tratamiento a la vida cotidiana en lugar de la

modificación de la vía de administración. Los pacientes que no reciben tratamiento inyectable son más reacios a considerar la modificación de la vía de administración como principal característica.

Tabla 58. Modelo de principal característica de la pauta o régimen de tratamiento que se considera se ha de modificar (pacientes)

Respuesta (Ref: Adaptar la toma de medicamento a actividades cotidianas)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Disminuir la frecuencia de administración	Tratamiento inyectable (sí)	No	-0,219	0,803	0,545	1,184	0,268
	Área (urbana)	No urbana	0,605	1,831	1,210	2,770	0,004
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,327	1,387	0,930	2,068	0,108
	Comorbilidades (0)		0,063	1,065	0,886	1,281	0,502
Disminuir el número de comprimidos	Tratamiento inyectable (sí)	No	-0,143	0,866	0,635	1,182	0,365
	Área (urbana)	No urbana	0,472	1,604	1,142	2,252	0,006
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,315	1,371	0,996	1,888	0,053
	Comorbilidades (0)		0,029	1,029	0,888	1,193	0,704
Modificar la vía de administración	Tratamiento inyectable (sí)	No	-1,472	0,230	0,141	0,375	<0,001
	Área (urbana)	No urbana	0,099	1,104	0,640	1,905	0,722
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,825	2,282	1,43	3,636	0,001

Comorbilidades (0)	-0,311	0,733	0,576	0,931	0,011
-----------------------	--------	-------	-------	-------	--------------

p ajuste del modelo: <0,001

Al realizar el subanálisis en función de las características del tratamiento inyectable, se observó que influye la **dosis de tratamiento inyectable**, viéndose que aquellos pacientes que reciben múltiples dosis tienden a considerar como característica principal la disminución de frecuencia de administración o la modificación de la vía de administración en lugar de la adaptación de la toma de medicación a las actividades diarias (Tabla 59).

Tabla 59. Modelo de principal característica de la pauta o régimen de tratamiento que se considera se ha de modificar (sub-análisis tratamiento inyectable) (pacientes)

Respuesta (Ref: Adaptar la toma de medicación a las actividades cotidianas)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
	Área (urbana)	No urbana	0,859	2,361	1,199	4,648	0,013
Disminuir la frecuencia de administración	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,292	3,640	1,896	6,987	<0,001
	Dosis (única dosis)	Múltiple dosis	1,256	3,510	1,852	6,652	<0,001
Disminuir el número de comprimidos	Área (urbana)	No urbana	0,561	1,752	0,997	3,078	0,051
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,926	2,524	1,491	4,274	0,001
	Dosis (única dosis)	Múltiple dosis	0,404	1,497	0,889	2,520	0,129
Modificar la vía de administración	Área (urbana)	No urbana	-0,250	0,779	0,360	1,687	0,526
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	1,361	3,900	2,107	7,217	<0,001
	Dosis (única dosis)	Múltiple dosis	0,644	1,905	1,029	3,525	0,040

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.3 Técnicas

Recuento de comprimidos por parte del profesional

La importancia otorgada por los pacientes al **recuento de comprimidos por parte del profesional**, viene determinada por la **edad**, si reciben **tratamiento inyectable** y el **número de comorbilidades**(Tabla 60).

A mayor edad tenga el paciente, menos probable resulta que lo considere como no importante. Conforme aumentan el número de comorbilidades mayor importancia se le otorga a este aspecto.

Los pacientes que no reciben tratamiento inyectable es más probable que lo consideren como no importante o indiferente.

Tabla 60. Modelo de importancia del recuento de comprimidos por parte del profesional (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,016	1,017	1,003	1,030	0,016
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,664	1,943	1,293	2,920	0,001
	Comorbilidades (0)		-0,284	0,752	0,620	0,913	0,004
Indiferente	Edad (0)		-0,006	0,994	0,984	1,004	0,218
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,346	1,414	1,039	1,924	0,027
	Comorbilidades (0)		-0,275	0,759	0,654	0,881	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Al realizar el subanálisis en función de las características de la terapia inyectable, se observó que influye el **tipo de tratamiento inyectable** que reciben, ya que aquellos pacientes que únicamente recibían terapia inyectable, tendían a considerar este aspecto como indiferente en contraposición a aquellos pacientes tratados con terapia inyectable y oral (Tabla 61).

Tabla 61. Modelo de importancia del recuento de comprimidos por parte del profesional (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
	Edad (0)		0,024	1,024	1,004	1,045	0,020
No importante	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,353	1,423	0,702	2,885	0,327
	Comorbilidades (0)		-0,119	0,888	0,645	1,222	0,465
	Tipo tratamiento (inyectable + oral/es)	Monoterapia inyectable	0,037	1,038	0,515	2,091	0,917
Indiferente	Edad (0)		-0,007	0,994	0,980	1,007	0,357
	Morisky-Green (adherente)	No adherente	0,845	2,327	1,418	3,818	0,001
	Comorbilidades (0)		-0,558	0,572	0,445	0,736	<0,001
	Tipo tratamiento (inyectable + oral/es)	Monoterapia inyectable	0,688	1,989	1,165	3,396	0,012

p ajuste del modelo: <0,001

Pastilleros diarios de medicación

La importancia otorgada por los pacientes a los **pastilleros diarios de medicación**, viene determinada por el **número de comorbilidades** que presenta el paciente (Tabla 62). A mayor número de comorbilidades resulta menos probable que consideren este aspecto como no importante.

Tabla 62. Modelo de importancia de los pastilleros diarios de medicación (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Comorbilidades (0)		-0,359	0,698	0,546	0,893	0,004
Indiferente	Comorbilidades (0)		-0,102	0,903	0,775	1,051	0,187

p ajuste del modelo: 0,008

Pastilleros semanales de medicación

La importancia otorgada por los pacientes a los **pastilleros semanales de medicación**, viene determinada por el **número de comorbilidades** (Tabla 63). A mayor número de patologías presentes en el paciente, mayor importancia se le otorga a este factor.

Tabla 63. Modelo de importancia de los pastilleros semanales de medicación (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Comorbilidades (0)		-0,364	0,695	0,550	0,878	0,002
Indiferente	Comorbilidades (0)		-0,175	0,839	0,722	0,977	0,023

p ajuste del modelo: 0,001

Recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico

La importancia otorgada a los **recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para sus distintas patologías, la **edad**, si reciben **tratamiento inyectable** y el **número de comorbilidades** (Tabla 64).

A mayor edad y aquellos pacientes que no recibían tratamiento inyectable, tienden a considerar este aspecto como no importante. A mayor número de comorbilidades menos probable resulta que lo consideren como no importante y a mayor número de tratamientos menos probablemente lo considerarán como indiferente. La dosis y tipo de tratamiento inyectable no influyen en este factor.

Tabla 64. Modelo de importancia de recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		0,087	1,091	0,835	1,425	0,523
	Edad (0)		0,047	1,048	1,035	1,062	<0,001
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,515	1,673	1,175	2,382	0,004
	Comorbilidades (0)		-0,320	0,726	0,558	0,945	0,017
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,226	0,798	0,643	0,991	0,041
	Edad (0)		0,007	1,007	0,997	1,017	0,180
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,244	1,276	0,932	1,746	0,128
	Comorbilidades (0)		-0,030	0,970	0,785	1,199	0,779

p ajuste del modelo: <0,001

Calendarios de cumplimentación de la medicación

La importancia otorgada por los pacientes a los **calendarios de cumplimentación de la medicación**, viene determinada por la **edad**, si reciben **tratamiento inyectable**, el **área** en la que residen y el **número de comorbilidades** (Tabla 65).

A mayor edad tiene el paciente más probable resulta que lo consideren como no importante. Al aumentar el número de comorbilidades, mayor importancia se le otorga a este aspecto. Aquellos pacientes que no reciben tratamiento inyectable o que residen en áreas no urbanas, tienden a considerar este factor como indiferente. El tipo y dosis de tratamiento inyectable no influyen en la importancia otorgada a esta característica.

Tabla 65. Modelo de importancia de calendarios de cumplimiento de la medicación (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,028	1,028	1,012	1,044	<0,001
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,308	1,360	0,872	2,122	0,175
	Área (urbana)	No urbana	0,432	1,541	0,981	2,421	0,061
	Comorbilidades (0)		-0,267	0,766	0,614	0,955	0,018
Indiferente	Edad (0)		0,004	1,004	0,993	1,015	0,470
	Tratamiento inyectable (sí)	No	0,427	1,532	1,097	2,140	0,012
	Área (urbana)	No urbana	0,356	1,428	1,010	2,018	0,044
	Comorbilidades (0)		-0,204	0,815	0,695	0,957	0,012

p ajuste del modelo: <0,001

Aplicaciones para dispositivos móviles

La importancia otorgada por los pacientes a las aplicaciones para dispositivos móviles, viene determinada por la **edad**, el nivel máximo de **estudios**, el **estado civil** y el **número de comorbilidades** (Tabla 66).

Conforme aumenta la edad, más probable es que consideren este aspecto como no importante. Las personas con estudios de primaria tienden a considerarlo como no importante y los pacientes sin estudios como no importante o indiferente. Los pacientes que no están casados tienden a considerar este aspecto como indiferente frente a los casados. Cuantas más comorbilidades presente el paciente mayor importancia dará a este aspecto.

Tabla 66. Modelo de importancia de las aplicaciones para dispositivos móviles (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,059	1,061	1,044	1,078	<0,001
	Estudios (universitarios)	No estudios	1,471	4,356	1,926	9,850	<0,001
		Primaria	0,904	2,469	1,452	4,198	0,001
		Secundaria/FP	0,380	1,462	0,900	2,373	0,125
	Estado civil (casado)	No casado	0,512	1,669	1,115	2,500	0,013
	Comorbilidades (0)		-0,242	0,785	0,662	0,931	0,005
Indiferente	Edad (0)		0,006	1,006	0,994	1,019	0,327
	Estudios (universitarios)	No estudios	0,736	2,088	0,868	5,018	0,100
		Primaria	0,483	1,621	0,993	2,644	0,053
		Secundaria/FP	0,127	1,135	0,775	1,662	0,515
	Estado civil (casado)	No casado	0,601	1,825	1,252	2,659	0,002
	Comorbilidades (0)		-0,261	0,770	0,658	0,903	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.1.3.1 Apoyo social

Implicación de los familiares o amigos

La importancia otorgada por los pacientes a la **implicación de los familiares o amigos**, viene determinada por el **número de tratamientos** que reciben para las distintas patologías, el nivel máximo de **estudios** y el **estado civil** (

Tabla 67).

A mayor número de tratamientos, mayor importancia se le da a este aspecto. Los pacientes solteros consideran este aspecto más comúnmente como no importante o indiferente. Los pacientes con nivel de estudios correspondiente a primaria otorgan mayor importancia a este

aspecto, aquellos sin estudios rara vez lo consideran como no importante y aquellos con estudios de secundaria o formación profesional son reacios a considerarlo como indiferente.

Tabla 67. Modelo de importancia de la implicación de los familiares o amigos (pacientes)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,282	0,755	0,582	0,978	0,033
	Estudios (universitarios)	No estudios	-2,540	0,079	0,010	0,600	0,014
		Primaria	-1,175	0,309	0,156	0,613	0,001
		Secundaria/FP	-0,482	0,617	0,357	1,069	0,085
Estado civil (casado)	No casado	1,008	2,740	1,630	4,606	<0,001	
Indiferente	Tratamiento comorbilidades (0)		-0,213	0,808	0,687	0,950	0,010
	Estudios (universitarios)	No estudios	-0,396	0,673	0,355	1,274	0,224
		Primaria	-0,552	0,576	0,381	0,870	0,009
		Secundaria/FP	-0,398	0,672	0,456	0,989	0,044
Estado civil (casado)	No casado	0,448	1,565	1,089	2,251	0,016	

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.2 Médicos

5.5.2.1 Factores determinantes de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.5.2.1.1 Características del paciente

Conocimiento sobre la enfermedad

La importancia que los médicos otorgan al **conocimiento sobre la enfermedad** en relación a la adherencia y persistencia viene determinada por el **número de pacientes** que visitan mensualmente (Tabla 68). No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre los valores alternativos y el de referencia.

Tabla 68. Modelo de importancia del conocimiento sobre la enfermedad (médicos)

Respuesta Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coeficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	0,999	1,002	0,349
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,002	0,062

p ajuste del modelo: 0,044

Conocimiento sobre el tratamiento

La importancia que los médicos otorgan al **conocimiento sobre el tratamiento** viene determinada por el **número de pacientes** que visitan al mes (Tabla 69). A mayor número de pacientes atiende al mes un profesional más reacio es a considerar este aspecto como indiferente.

Tabla 69. Modelo de importancia del conocimiento sobre el tratamiento (médicos)

Respuesta Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coeficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,003	0,111
Indiferente	Pacientes al mes (0)		-0,003	0,997	0,995	1,000	0,026

p ajuste del modelo: 0,001

Confianza en la elección o eficacia del tratamiento

La importancia que los médicos otorgan a la **confianza en la elección o eficacia del tratamiento** viene determinada por el **número de pacientes** que atiende mensualmente (Tabla 70). No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre los valores alternativos y el de referencia.

Tabla 70. Modelo de importancia de la confianza en la elección o eficacia del tratamiento (médicos)

Respuesta Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		-0,005	0,995	0,987	1,004	0,290
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,002	0,084

p ajuste del modelo: 0,040

Decisión compartida (paciente-médico) en la elección del tratamiento

La importancia que los médicos otorgan a la **decisión compartida** entre ellos y los pacientes en **la elección del tratamiento**, viene determinada por la **especialidad** que ejercen y el **tiempo** que llevan ejerciendo (Tabla 71).

Los especialistas pertenecientes a especialidades distintas a Medicina Familiar y Comunitaria y conforme aumenta el tiempo que lleva ejerciendo un profesional tienden a considerar más comúnmente este factor como indiferente.

Tabla 71. Modelo de importancia de la decisión compartida (paciente-médico) en la elección del tratamiento (médicos)

Respuesta Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Especialidad (MFyC)	Otras	0,113	1,120	0,438	2,864	0,813
	Tiempo ejerciendo (0)		0,011	1,011	0,968	1,055	0,621
Indiferente	Especialidad (MFyC)	Otras	0,902	2,465	1,573	3,864	<0,001
	Tiempo ejerciendo (0)		0,031	1,032	1,007	1,056	0,011

p ajuste del modelo: 0,002

Conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia

La importancia que los médicos otorgan al **conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia**, viene determinada por el **número de pacientes** que reciben al mes y la **edad** (Tabla 72).

A mayor número de pacientes al mes, menos probable resulta que consideren este factor como indiferente y más probable que lo consideren como no importante. Cuanta más edad tiene el profesional más probable resulta que considere este aspecto como no importante.

Tabla 72. Modelo de importancia del conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,002	0,005
	Edad (0)		0,116	1,123	1,038	1,216	0,004
Indiferente	Pacientes al mes (0)		-0,004	0,996	0,992	0,999	0,019
	Edad (0)		0,036	1,037	0,999	1,076	0,057

p ajuste del modelo: <0,001

Motivación

La importancia de la **motivación** según los médicos, viene determinada por el **número de pacientes** al mes y la **edad** (Tabla 73). A más edad tenga el profesional y más pacientes visite al mes, más probable es que considere este factor como no importante.

Tabla 73. Modelo de importancia de la motivación (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		-0,011	0,989	0,972	1,006	0,207
	Edad (0)		0,040	1,041	0,927	1,169	0,494
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,002	1,002	1,000	1,003	0,043
	Edad (0)		0,056	1,058	1,012	1,106	0,013

p ajuste del modelo: 0,001

5.5.2.1.2 Características del entorno del paciente

Supervisión en el momento de la administración

La importancia que los médicos otorgan a la **supervisión en el momento de la administración** viene determinada por la **edad** (Tabla 74). A más edad tienen los profesionales, mayor importancia le dan a este aspecto.

Tabla 74. Modelo de importancia de la supervisión en el momento de la administración (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		-0,048	0,953	0,916	0,991	0,015
Indiferente	Edad (0)		-0,022	0,978	0,957	0,999	0,041

p ajuste del modelo: 0,011

Alguno de sus amigos o familiares tiene diabetes

La importancia que los médicos otorgan a que alguno de los amigos o familiares del paciente tenga diabetes **viene determinada por la especialidad médica**(Tabla 75). Los profesionales especializados en áreas distintas a la Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este aspecto como no importante o indiferente.

Tabla 75. Modelo de importancia de que algunos de sus familiares o amigos tengan diabetes (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Especialidad (MFyC)	Otras	1,164	3,203	1,677	6,118	<0,001
Indiferente	Especialidad (MFyC)	Otras	0,786	2,195	1,544	3,120	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Residencia habitual con familiares, pareja u otros

La importancia otorgada por los médicos al hecho de **residir habitualmente con familiares, pareja u otros**, es **independiente** de las características sociodemográficas de los profesionales.

5.5.2.1.3 Características de la medicación

Polimedicación

La importancia otorgada por los médicos a la **polimedicación**, viene determinada por el **número de pacientes** que atiende mensualmente y la **edad** (Tabla 76). A más pacientes visite el profesional o mayor edad tenga, más probable es que considere este aspecto como indiferente.

Tabla 76. Modelo de importancia de la polimedicación (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		-0,008	0,992	0,977	1,008	0,337
	Edad (0)		0,033	1,033	0,912	1,170	0,607
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,002	0,015
	Edad (0)		0,075	1,078	1,020	1,140	0,008

p ajuste del modelo: 0,006

Presencia de efectos secundarios

La importancia otorgada por los médicos a la **presencia de efectos secundarios**, viene determinada por el **número de pacientes** que visite al mes (Tabla 77). A más pacientes atienda, más comúnmente considerará este aspecto como no importante o indiferente.

Tabla 77. Modelo de importancia de la presencia de efectos secundarios (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,003	1,003	1,001	1,006	0,014
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,002	1,002	1,000	1,004	0,043

p ajuste del modelo: <0,001

Administración compleja

La importancia que los médicos otorgan a una **administración compleja del tratamiento**, viene determinada por el **número de pacientes** que visita mensualmente (Tabla 78). No obstante no se encontraron diferencias significativas entre los valores alternativos y el de referencia.

Tabla 78. Modelo de importancia de administración compleja (médicos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,003	0,116
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,003	0,103

p ajuste del modelo: 0,021

Tratamiento a largo plazo

La importancia otorgada por los médicos al **tratamiento a largo plazo**, es **independiente** de las características de los profesionales.

Características organolépticas

La importancia otorgada por los médicos a las **características organolépticas**, viene determinada por el **género** (Tabla 79). Los médicos varones tienden a considerar este aspecto como no importante o indiferente.

Tabla 79. Modelo de importancia de las características organolépticas (médicos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,744	2,104	1,202	3,682	0,009
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,326	1,385	1,034	1,855	0,029

p ajuste del modelo: 0,005

Complejidad del envase o presentación

La importancia otorgada por los médicos a la **complejidad del envase o presentación**, viene determinada por el **número de pacientes mensuales**, el **género** y la **especialidad** que ejercen (Tabla 80). No obstante, para la variable de número de pacientes mensuales, no se encontraron diferencias significativas entre los valores alternativos y de referencia.

Los médicos varones tienden a considerarlo como indiferente. Los médicos que ejercen especialidades distintas a Medicina Familiar y Comunitaria son más propensos a considerarlo como no importante o indiferente.

Tabla 80. Modelo de importancia de la complejidad del envase o presentación (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		-0,003	0,997	0,994	1,000	0,052
	Género (mujer)	Varón	0,585	1,795	0,984	3,275	0,056
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,875	2,399	1,361	4,229	0,002
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,000	1,000	1,000	1,001	0,301
	Género (mujer)	Varón	0,681	1,975	1,366	2,855	<0,001
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,585	1,795	1,233	2,614	0,002

p ajuste del modelo: <0,001

Coste o copago de la medicación

La importancia otorgada por los médicos al **coste o copago de la medicación**, viene determinado por el **género** (Tabla 81). Los médicos varones tienden a considerar este factor como no importante.

Tabla 81. Modelo de importancia del coste o copago de la medicación (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,783	2,188	1,003	4,773	0,049
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,297	1,346	0,907	1,998	0,140

p ajuste del modelo: 0,045

5.5.2.1.4 Características de la enfermedad

Enfermedad crónica

La importancia otorgada por los médicos a que se trate de una **enfermedad crónica**, es **independiente** de las características sociodemográficas del profesional.

Enfermedad sin síntomas

La importancia otorgada por los médicos a que sea una **enfermedad sin síntomas**, viene determinada por el **número de pacientes** que visita al mes (

). Npo obstante no se encontraron diferencias significativas entre el valor de referencia y los alternativos.

la 82. Modelo de importancia de enfermedad sin síntomas (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,003	0,109
Indiferente	Pacientes al mes (0)		-0,001	0,999	0,998	1,001	0,513

p ajuste del modelo: 0,014

Enfermedad sin complicaciones

La importancia otorgada por los médicos al hecho de que sea una **enfermedad sin complicaciones**, viene determinada por la **edad** (Tabla 83). A mayor edad, más probable resulta que consideren este aspecto como no importante.

Tabla 83. Modelo de importancia de la enfermedad sin complicaciones (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,063	1,065	1,007	1,126	0,027
Indiferente	Edad (0)		0,011	1,011	0,990	1,032	0,320

p ajuste del modelo: 0,047

Coexistencia de diferentes comorbilidades

La importancia otorgada por los médicos a la **coexistencia de diferentes enfermedades**, viene determinada por el **género** (Tabla 84). Los varones tienden a considerar este aspecto como indiferente.

Tabla 84. Modelo de importancia de coexistencia de diferentes enfermedades (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	-0,515	0,597	0,159	2,241	0,445
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,857	2,355	1,304	4,254	0,005

p ajuste del modelo: 0,006

5.5.2.1.5 Características del profesional: Médico

Relación con el médico

La importancia otorgada por los médicos a la **relación con el médico**, viene determinada por el **número de pacientes** que vistan mensualmente (Tabla 85). A mayor número de pacientes recibe un profesional al mes, más probable es que considere este aspecto como indiferente.

Tabla 85. Modelo de importancia de la relación con el médico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		-0,008	0,992	0,971	1,012	0,428
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,002	0,049

p ajuste del modelo: 0,014

Confianza con el médico

La importancia otorgada por los médicos a la **confianza con el médico**, viene determinada por el **número de pacientes** que atiende al mes (Tabla 86). En este caso cabe destacar que el modelo solo puede ser aplicado a las respuestas de indiferente o importante ya que ninguno

de los participantes consideró este aspecto como no importante. Cuantos más pacientes visita un profesional al mes, más probable es que considere este aspecto como indiferente.

Tabla 86. Modelo de importancia de confianza con el médico (médicos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,004	1,004	1,001	1,006	0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Actitud del médico

La importancia otorgada por los médicos a la **actitud del médico**, es **independiente** de las características del profesional.

Motivación del médico

La importancia otorgada por los médicos a la **motivación del médico**, viene determinada por el **número de pacientes** que recibe al mes (Tabla 87). No obstante, la comparación entre el nivel de referencia y los valores alternativos no arrojó diferencias significativas.

Tabla 87. Modelo de importancia de motivación del médico (médicos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		-0,027	0,974	0,941	1,008	0,135
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	1,000	1,002	0,058

p ajuste del modelo: 0,004

Disponibilidad de instrucciones escritas sencillas (médico)

La importancia otorgada por los médicos a la **disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del médico**, es **independiente** de las características de los profesionales participantes.

Coordinación médico-personal de enfermería

La importancia que los médicos otorgan a la **coordinación entre el médico y el personal de enfermería**, viene determinada por el **género** (Tabla 88).

Los varones tienden a considerarlo como un factor indiferente o no importante.

Tabla 88. Modelo de importancia de coordinación médico-personal de enfermería (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,600	1,823	1,086	3,058	0,023
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,363	1,438	1,073	1,926	0,015

p ajuste del modelo: 0.009

Facilidad de acceso al centro sanitario (médico)

La importancia otorgada por los médicos a la **facilidad al acceso sanitario**, viene determinada por el **género** (Tabla 89). Los varones más comúnmente lo consideran como indiferente.

Tabla 89. Modelo de importancia de facilidad de acceso al centro sanitario (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,875	2,400	0,905	6,363	0,078
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,441	1,554	1,080	2,237	0,018

p ajuste del modelo: 0,012

5.5.2.1.6 Características del profesional: Personal de enfermería

Relación con la enfermera

La importancia otorgada por los médicos a la **relación con el personal de enfermería**, viene determinada por la **especialidad** (Tabla 90). Los profesionales con especialidad distinta de Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este factor como indiferente.

Tabla 90. Modelo de importancia de la relación con la enfermera (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Especialidad (MFyC)	Otras	1,028	2,795	0,809	9,663	0,104
	Especialidad (MFyC)	Otras	1,554	4,729	2,760	8,102	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Confianza con la enfermera

La importancia otorgada por los médicos a la **confianza con la enfermera**, viene determinada por el **número de pacientes** que visitan al mes y la **especialidad** (Tabla 91). No obstante, el número de pacientes al mes y el género, no mostraron diferencias significativas entre el valor de referencia y los alternativos. Los especialistas distintos a Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este aspecto más comúnmente como indiferente.

Tabla 91. Modelo de importancia de la confianza con la enfermera (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,002	1,002	0,999	1,004	0,172
	Especialidad (MFyC)	Otras	1,284	3,610	0,940	13,858	0,061
Indiferente	Pacientes al mes (0)		-0,002	0,998	0,996	1,001	0,214
	Especialidad (MFyC)	Otras	1,234	3,435	2,055	5,741	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Actitud con la enfermera

La importancia otorgada por los médicos a la **actitud con la enfermera**, viene determinada por la **especialidad** (Tabla 92). Los especialistas que no pertenecen a Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este aspecto como no importante o indiferente.

Tabla 92. Modelo de importancia de la actitud con la enfermera (médicos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Especialidad (MFyC)	Otras	1,777	5,913	1,571	22,257	0,009
	Especialidad (MFyC)	Otras	1,244	3,469	1,951	6,167	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Motivación de la enfermera

La importancia otorgada por los médicos a la **motivación de la enfermera** viene determinada por el **género** y la **especialidad** (Tabla 93). Aquellos médicos con especialidad distinta a Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este aspecto como no importante o indiferente. Los médicos varones consideran más comúnmente este aspecto como indiferente.

Tabla 93. Modelo de importancia de la motivación de la enfermera (médicos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,701	2,017	0,423	9,609	0,379
	Especialidad (MFyC)	Otras	1,628	5,096	1,455	17,846	0,011
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,868	2,381	1,246	4,550	0,009
	Especialidad (MFyC)	Otras	1,487	4,425	2,663	7,352	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Disponibilidad de instrucciones escritas sencillas (personal de enfermería)

La importancia otorgada por los médicos a la **disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del personal de enfermería**, viene determinada por el **género** y la **especialidad** (Tabla 94). Los varones o los profesionales con especialidad distinta a Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este aspecto como indiferente.

Tabla 94. Modelo de importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del personal de enfermería (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,902	6,701	0,871	51,545	0,068
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,985	2,679	0,882	8,140	0,082
Indiferente	Género (mujer)	Varón	1,043	2,839	1,634	4,931	<0,001
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,646	1,908	1,201	3,030	0,006

p ajuste del modelo: <0,001

Coordinación médico-enfermera

La importancia otorgada por los médicos a la **coordinación entre el médico y el personal de enfermería**, viene determinada por el **género** y la **especialidad** (Tabla 95). No se encontraron diferencias significativas entre el valor alternativo y el de referencia en el género. Los especialistas no pertenecientes a Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerarlo como indiferente.

Tabla 95. Modelo de importancia de la coordinación médico-enfermera (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,651	5,212	0,670	40,568	0,115
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,448	1,565	0,418	5,859	0,506
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,656	1,928	0,912	4,075	0,086
	Especialidad (MFyC)	Otras	1,221	3,392	1,831	6,282	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.2.1.7 Características del profesional: Farmacéutico

Relación con el farmacéutico

La importancia otorgada por los médicos a la **relación con el farmacéutico**, viene determinada por el **género** (Tabla 96). Los varones más comúnmente consideran este aspecto como no importante.

Tabla 96. Modelo de importancia de la relación con el farmacéutico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,899	2,458	1,434	4,213	0,001
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,100	1,106	0,831	1,471	0,490

p ajuste del modelo: 0,002

Confianza con el farmacéutico

La importancia otorgada por los médicos a la **confianza con el farmacéutico**, viene determinada por el **género** (Tabla 97). Los varones suelen considerar este factor como no importante.

Tabla 97. Modelo de importancia de la confianza con el farmacéutico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,418	4,129	2,150	7,929	<0,001
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,261	1,298	0,972	1,734	0,077

p ajuste del modelo: <0,001

Actitud con el farmacéutico

La importancia otorgada por los médicos a la **actitud con el farmacéutico**, viene determinada por el **género** y la **especialidad** (Tabla 98). Los varones valoran este aspecto más comúnmente

como indiferente. Los médicos con especialidad distinta a Medicina Familiar y Comunitaria más comúnmente lo consideran no importante o indiferente.

Tabla 98. Modelo de importancia de la actitud con el farmacéutico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,038	2,823	1,524	5,230	0,001
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,709	2,033	1,196	3,455	0,009
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,227	1,255	0,927	1,698	0,142
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,437	1,547	1,093	2,190	0,014

p ajuste del modelo: <0,001

Motivación del farmacéutico

La importancia otorgada por los médicos a la **motivación del farmacéutico**, viene determinada por el **género** y la **especialidad** (Tabla 99). Los varones o profesionales que no pertenecen a Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar esta característica como no importante.

Tabla 99. Modelo de importancia de la motivación del farmacéutico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,106	3,024	1,695	5,394	<0,001
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,920	2,509	1,550	4,060	<0,001
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,170	1,185	0,885	1,588	0,255
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,280	1,323	0,932	1,879	0,118

p ajuste del modelo: <0,001

Disponibilidad de instrucciones sencillas (farmacéutico)

La importancia otorgada por los médicos a la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico, viene determinada por el género (Tabla 100). Los varones tienden a considerar este aspecto como no importante.

Tabla 100. Modelo de importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,849	6,351	2,723	14,816	<0,001
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,208	1,231	0,889	1,706	0,211

p ajuste del modelo: <0,001

Coordinación entre el personal de enfermería y el farmacéutico

La importancia otorgada por los médicos a la coordinación entre el personal de enfermería y el farmacéutico, viene determinada por el género (Tabla 101). Los varones tienden a considerar este aspecto como no importante.

Tabla 101. Modelo de importancia de la coordinación entre la enfermera y el farmacéutico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,769	2,157	1,370	3,396	0,001
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,018	1,018	0,764	1,357	0,901

p ajuste del modelo: 0,001

5.5.2.2 Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.5.2.2.1 Educación del paciente por parte del profesional (médico, personal de enfermería, farmacéutico)

Médico

La importancia otorgada por los médicos a la **educación por parte del médico**, viene determinada por el **número de pacientes** que visitan al mes (Tabla 102). No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre el valor de referencia y los alternativos.

Tabla 102. Modelo de importancia del médico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,002	1,002	0,999	1,006	0,164
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,003	1,003	1,000	1,005	0,072

p ajuste del modelo: <0,001

Personal de enfermería

La importancia otorgada por los médicos a la **educación por parte del personal de enfermería**, viene determinada por el **número de pacientes** al mes y por la **especialidad** (Tabla 103). A más pacientes visita un médico, más probable resulta que considere este factor como no importante. Los profesionales con especialidades distintas a Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este aspecto como no importante o indiferente.

Tabla 103. Modelo de importancia de la enfermera (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,003	1,003	1,001	1,006	0,019
	Especialidad (MFyC) Otras	2,425	2,425	11,306	1,103	115,930	0,041
Indiferente	Pacientes al mes (0)		0,001	1,001	0,999	1,003	0,410
	Especialidad (MFyC) Otras	1,327	1,327	3,769	1,976	7,192	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Farmacéutico

La importancia otorgada por los médicos a la **educación por parte del farmacéutico**, viene determinada por el **género** y la **especialidad** (Tabla 104). Los varones o los profesionales que no ejercen en el área de la Medicina Familiar y Comunitaria tienden a considerar este aspecto como no importante.

Tabla 104. Modelo de importancia del farmacéutico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,999	2,716	1,494	4,940	0,001
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,819	2,269	1,368	3,762	0,002
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,085	1,089	0,812	1,461	0,569
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,308	1,361	0,961	1,928	0,083

p ajuste del modelo: <0,001

Forma más adecuada o preferible de recibir información sobre la enfermedad y/o tratamiento

Las preferencias o adecuación sobre **como recibir información referente a la enfermedad o tratamiento**, viene determinada por el **tiempo** que el médico lleva **ejerciendo** (Tabla 105). Cuanto más tiempo lleva ejerciendo un médico, menos probable resulta que considere más adecuada como vía de comunicación el correo electrónico o información web que la educación grupal.

Tabla 105. Modelo de preferencia sobre formas de recibir información (médicos)

Respuesta (Ref: educación grupal)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Oral	Tiempo ejerciendo (0)		0,007	1,007	0,985	1,030	0,543
Escrita	Tiempo ejerciendo (0)		-0,003	0,997	0,975	1,020	0,806
Por teléfono	Tiempo ejerciendo (0)		-0,109	0,896	0,780	1,030	0,124
Por correo postal	Tiempo ejerciendo		-0,422	0,656	0,335	1,282	0,217

(0)									
Respuesta (Ref: educación grupal)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p		
Por correo electrónico / Web	Tiempo ejerciendo (0)		-0,071	0,931	0,883	0,981	0,008		
Audiovisual	Tiempo ejerciendo (0)		-0,009	0,991	0,954	1,031	0,661		
Visita a domicilio	Tiempo ejerciendo (0)		0,025	1,025	0,926	1,13	0,634		

p ajuste del modelo: 0,014

5.5.2.2.2 Reducir la complejidad de la pauta

Reducción de la pauta o régimen de tratamiento

La importancia otorgada por los médicos a la **reducción de la pauta o régimen terapéutico**, viene determinada por la **edad** (Tabla 106). A mayor edad tiene el médico, más probable es que considere este aspecto como no importante.

Tabla 106. Modelo de importancia de la reducción de la pauta terapéutica (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p		
No importante	Edad (0)		0,166	1,180	1,011	1,378	0,036		
Indiferente	Edad (0)		-0,088	0,916	0,837	1,002	0,055		

p ajuste del modelo: 0,034

Principal característica de la pauta o régimen terapéutico que se considera se ha de modificar

La elección de la **principal característica a modificar en la pauta o régimen terapéutico**, viene determinada por la **especialidad** y de si el médico tiene **antecedentes de diabetes** (Tabla 107). Los médicos pertenecientes a especialidades distintas de Medicina Familiar y Comunitaria o aquellos que no tienen antecedentes de diabetes, consideran más comúnmente que la principal característica es la reducción del número de comprimidos en contraposición a la elección de la adaptación de la toma del medicamento a las actividades cotidianas como principal característica.

Tabla 107. Modelo de principal característica de la pauta o régimen de tratamiento que se considera se ha de modificar (médicos)

Respuesta (Ref: Adaptar la toma de medicamento a actividades cotidianas)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
Disminuir la frecuencia de administración	Antecedentes diabetes (sí)	No	0,402	1,495	0,970	2,303	0,068
	Especialidad (MFyC)	Otras	-0,046	0,955	0,619	1,473	0,835
Disminuir el número de comprimidos	Antecedentes diabetes (sí)	No	0,737	2,090	1,246	3,505	0,005
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,661	1,936	1,242	3,017	0,004
Modificar la vía de administración	Antecedentes diabetes (sí)	No	-0,039	0,962	0,195	7,737	0,962
	Especialidad (MFyC)	Otras	0,770	2,159	0,530	8,790	0,283

p ajuste del modelo: 0,001

5.5.2.2.3 Técnicas

Recuento de comprimidos por parte del profesional

La importancia otorgada por los médicos al recuento de comprimidos por parte del profesional, viene determinada por la edad y el número de pacientes al mes (Tabla 108). No obstante, los valores alternativos y de referencia de la edad no mostraron diferencias significativas. En el caso de pacientes al mes, a mayor número menos probable resulta que considere este aspecto como indiferente.

Tabla 108. Modelo de importancia del recuento de comprimidos por parte del profesional (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (0)		0,000	1,000	0,999	1,001	0,722
	Edad (0)		0,021	1,021	0,997	1,047	0,089
Indiferente	Pacientes al mes (0)		-0,001	0,999	0,997	1,000	0,034
	Edad (0)		-0,016	0,984	0,967	1,002	0,079

p ajuste del modelo: 0,009

Pastilleros diarios de medicación

La importancia otorgada por los médicos a los **pastilleros diarios de medicación**, es **independiente** de sus características sociodemográficas.

Pastilleros semanales de medicación

La importancia otorgada por los médicos a los **pastilleros semanales de medicación**, viene determinada por el **género** y la existencia de **antecedentes de diabetes** (Tabla 109). Los médicos que tienen antecedentes de diabetes son más reacios a considerar esta técnica como no importante. Los varones tienden a considerar esta aproximación como indiferente.

Tabla 109. Modelo de importancia de los pastilleros semanales de medicación (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Antecedentes diabetes (sí)	No	-0,971	0,379	0,187	0,768	0,007
	Género (mujer)	Varón	0,549	1,732	0,812	3,694	0,155
Indiferente	Antecedentes diabetes (sí)	No	0,239	1,270	0,762	2,118	0,359
	Género (mujer)	Varón	0,564	1,758	1,204	2,568	0,004

p ajuste del modelo: 0,001

Recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico

La importancia otorgada a los **recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico**, viene determinada por la **edad** (Tabla 110). A mayor edad, más probable resulta que el médico considere esta técnica como no importante.

Tabla 110. Modelo de importancia de recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,033	1,033	1,010	1,057	0,006
Indiferente	Edad (0)		0,013	1,013	0,996	1,031	0,131

p ajuste del modelo: 0,017

Calendarios de cumplimentación de la medicación

La importancia otorgada por los médicos a los **calendarios de cumplimentación de la medicación**, viene determinada por la **edad** y el **tiempo ejerciendo** (Tabla 111). A mayor edad tiene el médico menos probable resulta que lo consideren como indiferente. Cuanto mayor tiempo lleva ejerciendo, mayor probabilidad hay de que valore este aspecto como indiferente.

Tabla 111. Modelo de importancia de calendarios de cumplimiento de la medicación (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,024	1,024	0,957	1,095	0,488
	Tiempo ejerciendo (0)		0,019	1,019	0,959	1,083	0,537
Indiferente	Edad (0)		-0,051	0,950	0,911	0,991	0,017
	Tiempo ejerciendo (0)		0,049	1,051	1,010	1,093	0,013

p ajuste del modelo: 0,011

Aplicaciones para dispositivos móviles

La importancia otorgada por los médicos a las aplicaciones para dispositivos móviles, viene determinada por la **edad** y el **área** en la que ejercen su especialidad (Tabla 112). Cuanta más edad tiene el médico o si ejerce su actividad laboral en un área no urbana, más probable es que considere esta aproximación como no importante.

Tabla 112. Modelo de importancia de las aplicaciones para dispositivos móviles (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,050	1,051	1,024	1,080	<0,001
	Área (urbana)	No urbana	0,475	1,609	1,091	2,372	0,016
Indiferente	Edad (0)		0,000	1,000	0,983	1,018	0,982
	Área (urbana)	No urbana	-0,073	0,929	0,686	1,259	0,635

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.2.2.4 Apoyo social

Implicación de los familiares o amigos

La importancia otorgada por los médicos a la **implicación de los familiares o amigos**, viene determinada por el **género** (Tabla 113).

Los varones tienden más comúnmente a considerar el apoyo social como un factor indiferente.

Tabla 113. Modelo de importancia de la implicación de los familiares o amigos (médicos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	-0,768	0,464	0,065	3,310	0,444
Indiferente	Género (mujer)	Varón	1,024	2,784	1,070	7,246	0,036

p ajuste del modelo: 0,044

5.5.3 Farmacéuticos

5.5.3.1 Factores determinantes de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.5.3.1.1 Características del paciente

Conocimiento sobre la enfermedad

La importancia otorgada al **conocimiento sobre la enfermedad** en relación a la adherencia y persistencia por parte de los farmacéuticos viene determinada por el **número de pacientes** que visitan mensualmente (Tabla 114).

Los farmacéuticos que visitan menos de 101 pacientes al mes, tienden a considerar este aspecto como no importante o indiferente. Aquellos que visitan entre 101-250 o 251-500 lo califican más comúnmente como indiferente.

Tabla 114. Modelo de importancia del conocimiento sobre la enfermedad (farmacéuticos)

Respuesta Importante)	(Ref:	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante		Pacientes al mes (>500)	<101	1,611	5,008	1,128	22,226	0,034
			101-250	0,496	1,643	0,223	12,105	0,626
			251-500	0,961	2,614	0,490	13,942	0,261
Indiferente		Pacientes al mes (>500)	<101	2,969	19,476	2,611	145,273	0,004
			101-250	2,894	18,071	2,251	145,050	0,006
			251-500	2,817	16,727	2,157	129,712	0,007

p ajuste del modelo: <0,001

Conocimiento sobre el tratamiento

La importancia que los farmacéuticos otorgan al **conocimiento sobre el tratamiento** viene determinada por el **número de pacientes** que visitan al mes y la edad (Tabla 115). Así, los farmacéuticos que atienden menos de 101 pacientes al mes, tienen mayor probabilidad de considerar este aspecto como no importante o indiferente; y aquellos que atienden entre 101-250 o 251-500 como indiferente.

Tabla 115. Modelo de importancia del conocimiento sobre el tratamiento (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (>500)	<101	1,806	6,088	1,390	26,660	0,017
		101-250	0,885	2,423	0,387	15,154	0,344
		251-500	1,302	3,675	0,734	18,399	0,113
Indiferente	Pacientes al mes (>500)	<101	0,944	2,571	1,078	6,131	0,033
		101-250	1,099	3,000	1,102	8,170	0,032
		251-500	1,099	3,000	1,183	7,607	0,021

p ajuste del modelo: 0,013

Confianza en la elección o eficacia del tratamiento

La importancia que los farmacéuticos otorgan a la **confianza en la elección o eficacia del tratamiento** viene determinada por el **tiempo** que lleva ejerciendo (Tabla 116). No obstante, esta variable no mostró diferencias significativas entre el nivel de referencia y los valores alternativos.

Tabla 116. Modelo de importancia de la confianza en la elección o eficacia del tratamiento (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Tiempo ejerciendo (0)		-0,047	0,954	0,901	1,010	0,104
Indiferente	Tiempo ejerciendo (0)		0,026	1,026	0,999	1,054	0,058

p ajuste del modelo: 0,001

Decisión compartida (paciente-médico) en la elección del tratamiento

La importancia que los farmacéuticos otorgan a la **decisión compartida** entre el médico y los pacientes **en la elección del tratamiento** es **independiente** de las características del farmacéutico.

Conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia

La importancia que los farmacéuticos otorgan al **conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia**, viene determinada por la el **área** en la que ejercen (Tabla 117). No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre el valor de referencia y los alternativos.

Tabla 117. Modelo de importancia del conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Área (urbana)	No urbana	0,498	1,645	0,841	3,218	0,146
Indiferente	Área (urbana)	No urbana	-0,751	0,472	0,193	1,156	0,100

p ajuste del modelo: 0,050

Motivación

La importancia de la **motivación** según los farmacéuticos, es **independiente** de las características sociodemográficas de los mismos.

5.5.3.1.2 Características del entorno del paciente

Supervisión en el momento de la administración

La importancia que los farmacéuticos otorgan a la **supervisión en el momento de la administración**, es **independiente** de sus características sociodemográficas.

Alguno de sus amigos o familiares tiene diabetes

La importancia que los farmacéuticos otorgan a que **alguno de los amigos o familiares del paciente tenga diabetes**, es **independiente** de las características de los mismos.

Residencia habitual con familiares, pareja u otros

La importancia otorgada por los farmacéuticos al hecho de **residir habitualmente con familiares, pareja u otros**, es **independiente** de las características sociodemográficas de los farmacéuticos

5.5.3.1.3 Características de la medicación

Polimedicación

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **polimedicación**, es **independiente** de las variables sociodemográficas de los farmacéuticos.

Presencia de efectos secundarios

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **presencia de efectos secundarios**, es **independiente** de las características de los mismos.

Administración compleja

La importancia que los farmacéuticos otorgan a una **administración compleja del tratamiento**, viene determinada por la **edad** (Tabla 118). A mayor edad tenga un farmacéutico, más probable resulta que califique este aspecto como indiferente.

Tabla 118. Modelo de importancia de administración compleja (farmacéuticos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coeficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,018	1,018	0,980	1,057	0,361
Indiferente	Edad (0)		0,041	1,042	1,013	1,072	0,005

p ajuste del modelo: 0,020

Tratamiento a largo plazo

La importancia otorgada los farmacéuticos al **tratamiento a largo plazo**, es **independiente** de las características sociodemográficas de los mismos.

Características organolépticas

La importancia otorgada por los farmacéuticos a las **características organolépticas**, es **independiente** de sus características.

Complejidad del envase o presentación

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **complejidad del envase o presentación**, es **independiente** de las variables sociodemográficas de los farmacéuticos.

Coste o copago de la medicación

La importancia otorgada por los farmacéuticos al **coste o copago de la medicación**, viene determinada por el **área** en la que ejercen su profesión (Tabla 119). No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre el valor de referencia y los alternativos.

Tabla 119. Modelo de importancia del coste o copago de la medicación (farmacéuticos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Área (urbana)	No urbana	0,406	1,501	0,864	2,608	0,150
Indiferente	Área (urbana)	No urbana	-0,605	0,546	0,278	1,074	0,080

p ajuste del modelo: 0,019

5.5.3.1.4 Características de la enfermedad

Enfermedad crónica

La importancia otorgada por los farmacéuticos a que se trate de una **enfermedad crónica**, viene determinada por la **edad** (Tabla 120). A mayor edad, mayor tendencia a considerar este aspecto como indiferente.

Tabla 120. Modelo de importancia de la enfermedad crónica (farmacéuticos)

Respuesta (Importante)	(Ref: Variable (Ref))	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,039	1,040	0,997	1,084	0,067
Indiferente	Edad (0)		0,039	1,040	1,011	1,069	0,006

p ajuste del modelo: 0,022

Enfermedad sin síntomas

La importancia otorgada por los farmacéuticos a que sea una **enfermedad sin síntomas**, viene determinada por el **número de pacientes** que visita al mes (Tabla 121). Aquellos pacientes que atienden a menos de 501 pacientes al mes, independientemente del rango de pacientes que atiendan, tienden a considerar este aspecto como no importante.

Tabla 121. Modelo de importancia de enfermedad sin síntomas (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (>500)	<101	2,993	19,941	2,663	149,303	0,004
		101-250	2,902	18,219	2,245	147,830	0,007
		251-500	2,308	10,502	1,255	80,517	0,030
Indiferente	Pacientes al mes (>500)	<101	0,020	1,020	0,528	1,971	0,952
		101-250	-0,083	0,920	0,378	2,238	0,854
		251-500	-0,090	0,914	0,431	1,938	0,814

p ajuste del modelo: <0,001

Enfermedad sin complicaciones

La importancia otorgada por los farmacéuticos al hecho de que sea una **enfermedad sin complicaciones**, viene determinada por el **número de pacientes** que atienden al mes (Tabla 122). Así, los farmacéuticos que visitan menos de 101 pacientes al mes o en un rango entre 101-250, más comúnmente valoran este aspecto como no importante.

Tabla 122. Modelo de importancia de enfermedad sin complicaciones (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Pacientes al mes (>500)	<101	2,049	7,758	1,784	33,725	0,006
		101-250	2,223	9,231	1,880	45,330	0,006
		251-500	1,455	4,286	0,895	20,525	0,069
Indiferente	Pacientes al mes (>500)	<101	-0,007	0,993	0,531	1,855	0,982
		101-250	0,402	1,495	0,673	3,319	0,324
		251-500	-0,154	0,857	0,418	1,756	0,674

p ajuste del modelo: 0,012

Coexistencia de diferentes comorbilidades

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la coexistencia de diferentes enfermedades, viene determinada por el número de pacientes mensuales y la edad (Tabla 123). Conforme aumenta la edad del farmacéutico o aquellos que atienden menos de 101 pacientes al mes, tienden a considerar esta característica como no importante.

Tabla 123. Modelo de importancia de diferentes enfermedades (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	0,718	2,051	0,888	4,738	0,093
	Pacientes al mes (>500)	<101	2,164	8,702	1,130	67,009	0,038
		101-250	1,976	7,216	0,810	64,273	0,077
		251-500	0,487	1,627	0,143	18,455	0,694
Indiferente	Género (mujer)	Varón	0,614	1,847	1,051	3,248	0,033
	Pacientes al mes (>500)	<101	0,700	2,015	0,908	4,469	0,085
		101-250	0,123	1,131	0,388	3,295	0,821
		251-500	0,247	1,280	0,515	3,181	0,595

p ajuste del modelo: 0,003

5.5.3.1.5 Características del profesional: Farmacéutico

Relación con el farmacéutico

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **relación con el farmacéutico**, es **independiente** de las características sociodemográficas de los mismos.

Confianza con el farmacéutico

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **confianza con el farmacéutico**, viene determinada por la **edad** (Tabla 124). A mayor edad tiene un farmacéutico más probable resulta que considere este aspecto como no importante.

Tabla 124. Modelo de importancia de la confianza en el farmacéutico (farmacéuticos)

Respuesta Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,110	1,117	1,015	1,228	0,023
Indiferente	Edad (0)		0,025	1,025	0,989	1,063	0,169

p ajuste del modelo: 0,022

Actitud con el farmacéutico

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **actitud con el farmacéutico**, es **independiente** de las características de los mismos.

Motivación del farmacéutico

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **motivación del farmacéutico**, viene determinada por el **género** (Tabla 125). Los varones tienden más comúnmente a considerar este aspecto como no importante o indiferente.

Tabla 125. Modelo de importancia de la motivación del farmacéutico (farmacéuticos)

Respuesta Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,550	4,713	1,105	20,108	0,036
Indiferente	Género (mujer)	Varón	1,040	2,828	1,187	6,740	0,019

p ajuste del modelo: 0,020

Disponibilidad de instrucciones sencillas (farmacéutico)

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico**, viene determinada por el **género** (

Tabla 126). Los varones más probablemente consideran este factor como no importante o indiferente.

Tabla 126. Modelo de importancia de la disponibilidad de instrucciones escritas sencillas por parte del farmacéutico (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Género (mujer)	Varón	1,544	4,683	1,618	13,551	0,004
Indiferente	Género (mujer)	Varón	1,321	3,746	1,807	7,766	<0,001

p ajuste del modelo: <0,001

Coordinación entre el médico y el farmacéutico

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **coordinación entre el médico y el farmacéutico**, viene determinada por el **tiempo** ejerciendo, el **género** y el **número de pacientes** mensuales (Tabla 127). A mayor tiempo ejerciendo, menos probable resulta que consideren este aspecto como no importante. Los farmacéuticos varones tienden a considerar este factor como no importante o indiferente. Los farmacéuticos que atienden menos de 101 pacientes al mes, más comúnmente califican esta característica como no importante o indiferente.

Tabla 127. Modelo de importancia de la coordinación entre el médico y el farmacéutico (farmacéuticos)

Respuesta Importante)	(Ref:	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante		Tiempo ejerciendo (0)		-0,051	0,951	0,914	0,989	0,013
		Género (mujer)	Varón	0,718	2,050	1,004	4,185	0,049
		Pacientes al mes (>500)	<101	2,176	8,811	2,012	38,578	0,004
			101- 250	1,064	2,897	0,504	16,653	0,233
			251- 500	1,271	3,563	0,706	17,971	0,124
Indiferente		Tiempo ejerciendo (0)		-0,017	0,983	0,951	1,016	0,314
		Género (mujer)	Varón	0,823	2,278	1,215	4,270	0,010
		Pacientes al mes (>500)	<101	1,081	2,948	1,069	8,131	0,037
			101- 250	0,697	2,008	0,593	6,797	0,263
			251- 500	0,900	2,460	0,822	7,367	0,108

p ajuste del modelo: 0,001

5.5.3.2 Estrategias de mejora de la adherencia y persistencia en el tratamiento

5.5.3.2.1 Educación del paciente por parte del profesional (médico, personal de enfermería, farmacéutico)

Farmacéutico

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **educación por parte del farmacéutico**, es **independiente** de las variables sociodemográficas de los mismos.

Forma más adecuada o preferible de recibir información sobre la enfermedad y/o tratamiento

La consideración como adecuada o no de **recibir información** vía **oral** y por **correo electrónico/web**, es **independiente** de las características sociodemográficas de los farmacéuticos.

En el caso de la **vía escrita**, depende de si el farmacéutico tiene o no **antecedentes de DM**, en cuyo caso es más reacio a considerar esta vía como no adecuada (Tabla 128).

Tabla 128. Modelo de adecuación sobre como recibir información: escrita (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Antecedentes de DM (sí)	No	-0,640	0,527	0,338	0,823	0,005

p ajuste del modelo: <0,001

Cuando se considera la **vía telefónica**, se ve que viene determinada por el **número de pacientes** que atiende al mes, siendo más propensos aquellos con menos de 101 pacientes mensuales a considerar este aspecto como no adecuado (Tabla 129).

Tabla 129. Modelo de adecuación sobre como recibir información: teléfono (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Pacientes al mes (>500)	<101	1,815	6,138	1,541	24,457	0,010
		101-250	1,030	2,800	0,558	14,053	0,211
		251-500	0,182	1,200	0,400	3,598	0,745

p ajuste del modelo: 0,022

En el caso de la adecuación del **correo postal**, viene determinada por el **número de pacientes** que visitan al mes, considerando más comúnmente este factor como no adecuado aquellos farmacéuticos con menos de 101 pacientes al mes (Tabla 130).

Tabla 130. Modelo de adecuación sobre como recibir información: correo postal (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coeficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Pacientes al mes (>500)	<101	1,521	4,577	1,297	16,156	0,018
		101-250	1,742	5,708	0,681	47,860	0,108
		251-500	0,182	1,200	0,400	3,598	0,745

p ajuste del modelo: 0,029

La adecuación de la información **audiovisual** viene determinada por el **número de pacientes** que atiende mensualmente (Tabla 131). Así, en farmacéuticos que visitan menos de 101 pacientes al mes, hay mayor probabilidad de considerar esta vía como no adecuada.

Tabla 131. Modelo de adecuación sobre como recibir información: audiovisual (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coeficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Pacientes al mes (>500)	<101	1,361	3,900	1,693	8,983	0,001
		101-250	0,414	1,513	0,590	3,881	0,389
		251-500	0,680	1,974	0,826	4,716	0,126

p ajuste del modelo: 0,012

La adecuación de las **visitas a domicilio** también viene determinada por el **número de pacientes** al mes, considerándolo más comúnmente como no adecuado aquellos que visitan menos de 101 pacientes al mes o entre 101-250 (Tabla 132).

Tabla 132. Modelo de adecuación sobre como recibir información: visitas a domicilio (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Pacientes al mes (>500)	<101	1,771	5,879	2,574	13,429	<0,001
		101-250	1,054	2,868	1,058	7,776	0,038
		251-500	0,436	1,546	0,726	3,290	0,258

p ajuste del modelo: <0,001

La adecuación de la **educación grupal** viene determinada por el **número de pacientes mensuales**, en cuyo caso los farmacéuticos con menos de 101 pacientes al mes o entre 101-250, independientemente de la cantidad, tienden a considerar esta vía como no adecuada (Tabla 133).

Tabla 133. Modelo de adecuación sobre como recibir información: educación grupal (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Pacientes al mes (>500)	<101	1,760	2,813	2,742	12,325	<0,001
		101-250	0,993	2,699	1,098	6,635	0,031
		251-500	0,558	1,747	0,852	3,584	0,128

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.3.2.2 Reducir la complejidad de la pauta

Reducción de la pauta o régimen de tratamiento

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **reducción de la pauta o régimen terapéutico**, es **independiente** de las características de los farmacéuticos.

Principal característica de la pauta o régimen terapéutico que se considera se ha de modificar

La adecuación de la **principal característica a modificar en la pauta o régimen terapéutico**, en el caso de la **disminución del número de comprimidos**, es **independiente** de las características

sociodemográficas de los farmacéuticos. En el caso de la **disminución de la frecuencia de administración**, viene determinada por el **área** en la que ejerce su profesión y el **número de pacientes** al mes (Tabla 134).

Aquellos farmacéuticos que ejercen en áreas no urbanas son más reacios a considerar esta modificación como no adecuada. Los farmacéuticos que atienden menos de 101 pacientes al mes más comúnmente califican este aspecto como no adecuado.

Tabla 134. Modelo de adecuación de modificación de característica de la pauta o régimen terapéutico: disminuir la frecuencia de administración (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Área (urbana)	No urbana	-0,569	0,566	0,336	0,954	0,033
	Pacientes al mes (>500)	<101	0,676	1,966	1,112	3,476	0,020
		101-250	-0,192	0,825	0,396	1,723	0,609
		251-500	-0,196	0,822	0,431	1,568	0,552

p ajuste del modelo: 0,002

La elección de **modificación de vía de administración**, viene determinada por el **género** (Tabla 135). Los varones son más reacios a considerarla como no adecuada.

Tabla 135. Modelo de adecuación de modificación de característica de la pauta o régimen terapéutico: modificar la vía de administración (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Género (mujer)	Varón	-0,532	0,587	0,359	0,962	0,035

p ajuste del modelo: 0,037

Con respecto a la **adaptación de la toma de medicación a actividades cotidianas** del paciente, viene determinada por el **número de pacientes** mensuales (Tabla 136). Los farmacéuticos que atienden entre 251-500 pacientes al mes, más comúnmente consideran esta aproximación como no adecuada.

Tabla 136. Modelo de adecuación de modificación de característica de la pauta o régimen terapéutico: adaptar la toma de medicación a actividades cotidianas del paciente (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Adecuada)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No adecuada	Pacientes al mes (>500)	<101	0,155	1,168	0,673	2,027	0,580
		101-250	0,167	1,182	0,583	2,396	0,643
		251-500	0,895	2,448	1,282	4,674	0,007

p ajuste del modelo: 0,020

5.5.3.2.3 Técnicas

Recuento de comprimidos por parte del profesional

La importancia otorgada por los farmacéuticos al **recuento de comprimidos por parte del profesional**, viene determinada por la **edad** (Tabla 137). A mayor edad, mayor probabilidad de considerar esta técnica como no importante o indiferente.

Tabla 137. Modelo de importancia del recuento de comprimidos por parte del profesional (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	Variable (Ref)	Valor	Coficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Edad (0)		0,037	1,037	1,006	1,070	0,021
Indiferente	Edad (0)		0,025	1,025	1,001	1,049	0,040

p ajuste del modelo: 0,030

Pastilleros diarios de medicación

La importancia otorgada por los farmacéuticos a los **pastilleros diarios de medicación**, es **independiente** de las variables sociodemográficas de los farmacéuticos.

Pastilleros semanales de medicación

La importancia otorgada por los farmacéuticos a los **pastilleros semanales de medicación**, es **independiente** de sus características sociodemográficas.

Recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico

La importancia otorgada a los **recordatorios por teléfono, correo postal o correo electrónico**, es **independiente** de las características de los farmacéuticos.

Calendarios de cumplimentación de la medicación

La importancia otorgada por los farmacéuticos a los **calendarios de cumplimentación de la medicación**, es **independiente** de las variables sociodemográficas de los mismos.

Aplicaciones para dispositivos móviles

La importancia otorgada por los farmacéuticos a las **aplicaciones para dispositivos móviles**, viene determinada el **área** en la que ejercen y por la **edad** (Tabla 138). Los farmacéuticos que ejercen en áreas no urbanas y cuanto más edad tienen, tienden a considerar este aspecto como no importante.

Tabla 138. Modelo de importancia de las aplicaciones para dispositivos móviles (farmacéuticos)

Respuesta (Ref: Importante)	(Ref: Variable (Ref)	Valor	Coefficiente	OR	LI OR	LS OR	p
No importante	Área (urbana)	No urbana	0,785	2,193	1,205	3,989	0,010
	Edad (0)		0,035	1,035	1,008	1,063	0,010
Indiferente	Área (urbana)	No	-0,420	0,657	0,334	1,293	0,224

	urbana					
	Edad (0)	0,023	1,023	0,998	1,049	0,077

p ajuste del modelo: <0,001

5.5.3.2.4 Apoyo social

Implicación de los familiares o amigos

La importancia otorgada por los farmacéuticos a la **implicación de los familiares o amigos**, es **independiente** de las características sociodemográficas de los farmacéuticos.

6 DISCUSIÓN SOBRE LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

El presente estudio recoge las opiniones de los pacientes, médicos y farmacéuticos sobre los factores y estrategias que puedan mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes y enfermedades crónicas concomitantes. Las opiniones de estos 3 grupos eran coherentes en algunos aspectos, pero se han identificado diferencias en otros factores.

Como posibles limitaciones del estudio, se ha de señalar que la falta de uniformidad en la recogida de datos, en cuanto a que no todos los grupos de participantes contestan a las mismas preguntas y que no todas las respuestas se recogen de la misma manera entre grupos, puede incurrir en una menor extracción de información en las comparaciones de los grupos participantes. No obstante, debido a que el tamaño muestral ha sido calculado en base a un intervalo de confianza elevado (99 %) y que, como se ha comentado previamente, los participantes de los distintos grupos son representativos de las distintas regiones del territorio español, los resultados extraídos son extrapolables y de gran fortaleza.

Existen otras limitaciones, inherentes al diseño observacional e incluyendo su susceptibilidad y el sesgo de confusión, su incapacidad para definir la causalidad³⁹ y la falta de resultados objetivos (como el control de la glucemia).

Estudios adicionales, que incluyan datos de registros médicos como el control de la glucemia y las variables de peso, podrían revelar si la diabetes puede ser bien tratada. Además, en este estudio se incluyeron profesionales con al menos 5 años de experiencia, ya que se quería reflejar la perspectiva de médicos y farmacéuticos con suficiente experiencia en el control de pacientes diabéticos.

Aunque el tamaño muestral se calculó para ser representativo de todos los grupos y el reclutamiento se realizó con el apoyo de organizaciones independientes (Federación Española de Pacientes Diabéticos y RedGDPs en el caso de los médicos), hay que tener precaución al generalizar los resultados ya que pueden no ser representativos de toda la población de pacientes DM2, médicos y farmacéuticos. Por último, considerando que el cuestionario administrado no estaba validado, hay que interpretar los datos con precaución. No se puede descartar que algunas percepciones diferentes se deban a una mala interpretación de algunas preguntas.

A pesar de las limitaciones descritas, el estudio tiene importantes fortalezas como el gran tamaño muestral de médicos, pacientes DM2 y farmacéuticos incluidos, que permiten obtener información relevante sobre las percepciones de cada grupo y sus puntos de vista heterogéneos en la práctica clínica.

7 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR OBJETIVOS:

7.1 *Objetivo principal:*

Describir la **percepción** de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes que presentan DM2 junto a obesidad, hipertensión arterial y/o dislipemia, en relación a la adherencia y persistencia en el tratamiento de la DM2, así como a los **factores determinantes y posibles estrategias** de mejora de las mismas, en el ámbito sanitario español.

Médicos: percepción, factores determinantes y posibles estrategias de mejora

La no adherencia en España en pacientes diabéticos está entre un 30% y 50% de los pacientes que toman tratamiento oral⁴⁰. En nuestro estudio un 83% de los médicos, opinaban que más de la mitad de sus pacientes eran adherentes al tratamiento. Esto nos lleva a pensar que la mayoría de los médicos conocen la no-adherencia de sus pacientes.

Aunque para el médico todas las características de los pacientes eran importantes para la adherencia (ej. motivación, eficacia del tratamiento...), destacan el conocimiento sobre la enfermedad, sobre las consecuencias de la no-adherencia y la motivación, que fueron las consideradas 'muy importantes' para la mayoría de los médicos; estos motivos coinciden con las características a las que llegaron a un resultados del Consenso sobre el abordaje de la adherencia en pacientes DM2 en España, publicado el pasado año por Orozco-Beltran et al⁴¹.

Este mismo Consenso sobre las intervenciones que mejoran la adherencia del paciente con DM2⁴¹, incluye trabajar los aspectos motivacionales del paciente, aumentar la educación para la salud, simplificar tratamientos y fomentar el papel activo de los distintos profesionales sanitarios; algunas de ellas coinciden con nuestros resultados, pero otras como fomentar el papel activo de los distintos profesionales, no fue considerada entre las más importantes.

En relación a la formación del paciente, ya en 2015 Vermeire et al.⁴² en una revisión de 21 estudios en pacientes con DM2, que tenía como objetivo evaluar los efectos de las intervenciones educativas para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento en personas con diabetes, observaron que el mayor efecto se producía cuando la intervención la realizaban educadores, mientras que cuando la realizaban los farmacéuticos y las enfermeras el efecto era menor. Así, si bien está claro que la colaboración de los distintos

profesionales sanitarios es importante para la mejor formación del paciente y consecuentemente, mejor adherencia, lo que no está claro aún es qué colectivo de profesionales sanitarios tiene mayor efecto sobre los pacientes.

Existen evidencias del éxito del papel de enfermería conjuntamente con el médico de familia en la mejora del control de los factores de RCV ⁴³, en esta misma línea en nuestro estudio un elevado porcentaje de médicos afirmó que una de las estrategias para mejorar la adherencia y persistencia al tratamiento del paciente diabético, es la educación por parte del profesional sanitario, otorgando mayor importancia al médico y enfermería que al farmacéutico, y a la formación oral o escrita en consulta que a correo/web, audiovisual, etc. Sin embargo, es conveniente que la comunicación del profesional sanitario al paciente sea tanto oral como escrita, combinando ambos métodos, puesto que los pacientes recuerdan solo la mitad o incluso menos de la información verbal recibida, mientras que si lo reciben por escrito el recuerdo es mayor⁴⁴.

Otras de las herramientas útiles desde el punto de vista de los médicos son la formación del paciente y reducir la complejidad de la pauta, así como los pastilleros de medicación. Estas estrategias se coinciden con 3 de los 5 pilares del Plan Nacional de Farmaindustria para mejorar la adherencia³⁴, mientras que los otros dos pilares de este plan “Incrementar la autogestión y el empoderamiento del paciente” e “Implementar un sistema de información del cumplimiento terapéutico” no se recogen en el estudio.

Farmacéuticos: percepción, factores determinantes y posibles estrategias de mejora

Una elevada proporción de farmacéuticos consideraron que más de la mitad de los pacientes son adherentes a su tratamiento; con lo cual, al igual que los médicos, los farmacéuticos son conscientes de la no-adherencia de sus pacientes.

En estudios previos se ha observado cómo el SPD (sistema personalizado de dosificación) incrementa el cumplimiento terapéutico⁴⁵, especialmente en ancianos polimedicados; acorde a estos resultados, los farmacéuticos participantes en el estudio consideran ‘los pastilleros’ una de las estrategias más importante para mejorar la adherencia. En esta línea los diferentes Colegios de Farmacéuticos en España están implantando cursos de SPD⁴⁶ a sus colegiados para

que puedan ofrecer el servicio a sus pacientes, actuando directamente sobre esta estrategia de mejora de adherencia.

Pacientes: percepción, factores determinantes y posibles estrategias de mejora

Casi dos tercios de los pacientes con DM2 participantes en el estudio, reportaron una buena adherencia a su tratamiento. La no-adherencia reportada en el estudio (34,6%), fue similar a los datos publicados en un estudio previo realizado en España⁴⁰.

Al estudiar las características del paciente que influyen en la adherencia, llama la atención una respuesta muy variada en la decisión compartida médico-paciente; por lo demás, destacan el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y las consecuencias de la no adherencia. Pero el factor que la mayoría de los pacientes consideró más importante para mejorar su adherencia al tratamiento fue “tener conocimiento de su enfermedad”. Una vez más este resultado soporta el plan de adherencia creado recientemente por farmaindustria³⁴, donde se considera que el objetivo no debe ser supervisar a los pacientes, sino formarles para mejorar su adherencia y establecer las estrategias de mejora oportunas. Así, el cuarto pilar de este plan es: *“Incrementar la autogestión y el empoderamiento del paciente”*, para lo que proponen acciones formativas a los pacientes.

Los resultados del estudio señalan que tanto la relación con el médico como su implicación a la hora de seleccionar el tratamiento, son factores cruciales para el paciente. En esta línea, un reciente estudio demostró que la adherencia a la insulina está directamente relacionada con la atención del médico y la participación del paciente en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento⁴⁷. Estos resultados destacan la necesidad de integrar a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de aumentar su implicación y, consecuentemente su adherencia al tratamiento⁴⁸.

Aunque la reducción de la complejidad de la pauta posológica fue una de las estrategias mejor consideradas por los pacientes para mejorar su adherencia, llama la atención que un 43% de los pacientes indicaron que adaptar la toma de la medicación a sus actividades cotidianas es la principal característica para mejorar su adherencia y persistencia al tratamiento. En un estudio publicado en 2015⁴⁹, los pacientes diabéticos percibían que el médico les prescribía teniendo en cuenta sus preferencias en bastante medida y mucho más elevada que la percibida por los

médicos; esto afianza nuestros resultados y como esta adaptación de la medicación a sus actividades es realmente importante para los pacientes.

El Plan nacional de adherencia de Farmaindustria³⁴ consciente de esto, dentro de su pilar nº 3 “Reducir la complejidad del régimen terapéutico”, tiene como iniciativa “Poner en valor las preferencias del paciente en el circuito de prescripción y dispensación” para lo que propone acciones como evaluar la inclusión en la prestación farmacéutica del SNS de medicamentos y dispositivos que mejoren la adherencia, que el farmacéutico comunitario dispensara siempre la misma presentación al paciente para lo cual sería muy útil:

- que el farmacéutico pudiera conocer la denominación que le fue dispensada en la anterior ocasión, ó
- facilitar sistemas personalizados de dosificación (SPD) a los pacientes que lo soliciten.

7.2 Objetivo Secundario 1:

Objetivo: *“Identificar similitudes y diferencias en la percepción de los tres grupos de participantes considerados: médicos, farmacéuticos y pacientes.”*

Si bien una de las similitudes evidenciadas en nuestro estudio es que tanto médicos como farmacéuticos son capaces de estimar bien la adherencia de sus pacientes⁴⁰, según los hallazgos de este estudio, acordes a publicaciones previas⁵⁰, la opinión de médicos y pacientes en cuanto a la adherencia del paciente DM2 difieren en algunos aspectos. Así, si nos fijamos en las estrategias para mejorar la adherencia, para casi la mitad de los pacientes el ajustar el régimen terapéutico a las actividades de su vida diaria es la mejor estrategia para reducir la complejidad del tratamiento, mientras que, para los médicos, la estrategia más eficaz es reducir el número de fármacos y la frecuencia de la administración de los mismos.

Estos hallazgos también son consistentes con publicaciones previas, donde la mayoría de los médicos de atención primaria y especialistas destacaron la importancia de simplificar el tratamiento para mejorar la adherencia, respuesta clínica y calidad de vida⁵¹; mientras que los pacientes con DM2 consideraron esencial el ajustar la medicación a su día a día⁵², indicando que un régimen de tratamiento más flexible, que pudiera adaptarse a ellos sería la mejor vía para mejorar la adherencia al tratamiento.

Desde nuestro conocimiento, este es el primer estudio en el que no se comparan sólo las perspectivas de médicos y pacientes en cuanto a la adherencia del paciente diabético, sino que también incluye la percepción del farmacéutico, lo que proporciona una visión más completa de la adherencia en los pacientes DM2. En este punto, los resultados muestran una perspectiva diferente de este grupo de profesionales sanitarios versus pacientes y médicos. Llama la atención, que se han encontrado más similitudes entre médicos y pacientes DM2 en cuanto a la adherencia, mientras que el punto de vista del farmacéutico sobre su papel en la adherencia del paciente DM2 difiere del reportado por médicos y pacientes. Como ejemplo, un menor porcentaje de farmacéuticos consideró que las características específicas de la enfermedad y la medicación eran importantes para la adherencia a la medicación, en comparación con los pacientes y los médicos.

Estos resultados son sorprendentes, ya que los farmacéuticos son más cercanos a los pacientes que el médico, y son a quien el paciente generalmente le reporta los eventos adversos y las comorbilidades⁵³. Además, los resultados muestran que una mayor proporción de farmacéuticos piensa que su papel en la adherencia del paciente diabético es importante, en comparación con los pacientes y médicos. Recientemente el presidente de SEFAC (Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios) afirmaba en esta misma línea, que *“el farmacéutico comunitario es un profesional que, por sus conocimientos sobre el medicamento, su accesibilidad y sus fuertes vínculos con los pacientes y sus cuidadores, puede y debe desempeñar un rol de gran relevancia en la adherencia terapéutica”*⁵⁴. No olvidemos que el farmacéuticocomunitario es, además, en muchas ocasiones, la vía de entrada al sistema sanitario, así como el último profesional sanitario con el que se encuentra el paciente antes de tomar su medicación.

Es cierto que estudios previos han mostrado una visión más positiva de los pacientes sobre los farmacéuticos, en el sentido de que los pacientes creían que un enfoque multidisciplinario incluyendo a los farmacéuticos como actores principales junto con los médicos, podría mejorar el manejo de la diabetes, especialmente en casos de complejidad clínica, co-morbilidades y polimedicación⁵⁵. Se ha demostrado que intervenciones multicomponentes realizadas por farmacéuticos junto con los envases recordatorios, mostraron un mayor efecto en los descensos de Hb1Ac en los pacientes diabéticos^{56,57}. El recientemente publicado Consenso

Español sobre el abordaje de la adherencia en pacientes DM2 en España⁴¹, soporta nuestros datos y afirma que, aunque las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la DM2 deben ser multidisciplinarias, en la práctica suelen estar a cargo principalmente del médico de atención primaria y equipo de enfermería, y reconocen que sería importante la implicación por parte del farmacéutico.

7.3 *Objetivo Secundario 2:*

Objetivo: “Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con DM2 que pueden tener influencia en su percepción en relación a los aspectos planteados”

Según la clasificación de los pacientes crónicos en función de su perfil socio-demográfico y su nivel de adherencia, los pacientes modélicos son aquellos adherentes al tratamiento, que desean gestionar su propio proceso, no delegan, pero colaboran con el médico y son rigurosos y constantes³⁴. Estos pacientes son las mujeres de 45, con buen hábito de salud, 4 personas en el hogar y estudios superiores³⁴. Nuestros resultados no concuerdan en todos estos factores. En nuestro caso la importancia que los pacientes otorgan al conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento en relación a la adherencia y persistencia viene determinada por la edad, el área en la que reside y la adherencia según Morisky-Green; así, en nuestro estudio un paciente otorga mayor importancia al conocimiento sobre la enfermedad cuanto más edad tenga.

Se ha demostrado una clara influencia sobre la adherencia de factores como es el escaso grado de conocimiento de la enfermedad, desconfianza en la eficacia del tratamiento, o desconocimiento de las consecuencias⁴⁴. Nuestros hallazgos ratifican estos factores; en nuestro estudio, para la mayoría de los pacientes eran muy importantes los factores asociados a la enfermedad como la cronicidad, la presencia de comorbilidades o las complicaciones. Estos hallazgos indican que la mayoría de los pacientes con DM2 participantes en el estudio entienden la importancia de tomar la medicación, y paralelamente, son conscientes de la importancia de estar bien informados sobre su enfermedad, comorbilidades y beneficios de su tratamiento.

En el caso de los pacientes no adherentes, nuestro estudio soporta resultados previos de estudios realizados en España sobre la adherencia en pacientes con DM2, donde se concluyó que la falta de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento, las recomendaciones de autogestión, el carecer de apoyo social, o la comorbilidad con depresión o deterioro cognitivo, son algunos de los factores que pueden predecir el incumplimiento en los pacientes DM2⁴¹; los

pacientes de nuestro estudio marcaron todos estos parámetros como “no importante” o “indiferente”, lo que nos lleva a concluir que, definitivamente, la formación del paciente está directamente relacionada con su adherencia y persistencia al tratamiento.

Acorde a los resultados del metaanálisis publicado por Han y cols⁵⁸, en el que concluyeron que una adherencia más alta al tratar a pacientes con DM2 con terapias combinadas a dosis fijas frente a la administración conjunta de doble terapia, en nuestro estudio los pacientes no adherentes tendieron a considerar la administración compleja como indiferente (al igual que los varones y los fumadores y exfumadores), lo que nos lleva a concluir que una simplificación de la pauta posológica ayudará a mejorar la adherencia a la medicación; en esta misma línea la adaptación española de las Guías Europeas para la prevención de enfermedad cardiovascular⁵⁹, ya recoge que la baja adherencia exige simplificar el régimen terapéutico e identificar y combatir sus causas.

Hay controversia en si la edad es un factor que influye en la adherencia a la medicación⁴¹, factor en el que un grupo de médicos españoles expertos en DM2 no han llegado a un consenso; si bien en nuestro estudio observamos que cuanto más edad tiene el paciente, mayor importancia otorgan a la enfermedad sin síntomas y consecuentemente a la adherencia al tratamiento, también es cierto que el olvido, los efectos adversos, apreciar falta de necesidad del tratamiento o la falta de información acerca de la administración apropiada, porque perciben que toman demasiados medicamentos, hacen que el anciano polimedcado no sea adherente al tratamiento⁶⁰. Así, son necesarios más estudios para confirmar hasta qué punto influye y cómo influye la edad en la adherencia al tratamiento del paciente anciano DM2.

7.4 Objetivo Secundario 3:

*Objetivo: “Determinar las **características sociodemográficas de médicos y farmacéuticos** que pueden tener influencia en su percepción en relación a los aspectos planteados. “*

Características sociodemográficas de los médicos:

Según se desprende de las respuestas de los médicos, sorprende la relación entre el número de pacientes que ven al mes y la importancia que éstos dan al conocimiento del paciente sobre su enfermedad y a la presencia de eventos secundarios, dando menor importancia a estos

factores según aumenta el número de pacientes que ven. El número de pacientes visitados por el médico mensualmente, junto con la edad del médico, influyen también en la importancia del conocimiento del paciente sobre las consecuencias de la no adherencia, el conocimiento de su tratamiento o la motivación del paciente. Actualmente en España hay médicos que, debido a su elevada carga asistencial, tienen menos tiempo del adecuado para atender a cada paciente, según la Organización Médica Colegial “Cuando hay mucho volumen o sustituciones, la agenda es disparatada y el médico llega a tener varios pacientes en el mismo minuto”⁶¹, lo que claramente no es suficiente para atender correctamente a algunos pacientes; así, aunque estamos hablando de número de pacientes atendidos al mes y no tiempo dedicado a ellos, sabemos que esto está directamente relacionado y, por tanto, nuestros resultados corroboran la importancia del tiempo suficiente para atender a cada paciente.

El que, a mayor edad del médico, este otorgue menos importancia a factores tan importantes como la supervisión en la administración, las complicaciones, la relación y confianza del paciente con el médico, reducir la complejidad de la pauta posológica, recuento de comprimidos por parte del profesional sanitario, pastilleros semanales o recordatorios por teléfono o correo, es sin duda una potencial área de mejora. Estos son parte clave de los pilares en los que se trabaja hoy día para mejorar la adherencia del paciente³⁴, y es relevante que los médicos de más edad no les otorgan la importancia requerida. La formación sobre la importancia de estos factores a los médicos de mayor edad es algo en lo que probablemente haya que trabajar.

Existe un consenso general acerca de la importancia que tiene una buena relación paciente-profesional sanitario en la adherencia al tratamiento⁴⁴. Se ha señalado que el cumplimiento terapéutico no depende exclusivamente del paciente o del profesional sanitario, sino que es una responsabilidad compartida por los dos y por lo tanto, requiere una comunicación bidireccional. Esta relación deberá de estar basada en la confianza, la honestidad, la profesionalidad y el correcto trato mutuo⁴⁴. En nuestro estudio, la importancia de esta relación desde el punto de vista del médico viene marcada por la especialidad y el tiempo que llevan ejerciendo, considerándolo menos importante los médicos no pertenecientes a Medicina Familiar y Comunitaria que llevan más tiempo ejerciendo. Podemos explicar que este factor sea más importante para Medicina Familiar y Comunitaria, ya que son los que hacen un seguimiento más cercano del paciente y están más próximos a él. El tema de

que a mayor edad lo consideren menos importante, hay que evaluarlo en nuevos estudios, ya que sorprende, y en mi conocimiento, no se ha estudiado previamente.

Está claramente demostrada la importancia de una buena y fluida comunicación médico-farmacéutico, tanto para poder comentar los incumplimientos detectados como los eventuales cambios en la pauta de administración⁴⁴. De hecho, se ha señalado que la escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico comunitario, es un importante factor que estimula el mal cumplimiento de los tratamientos⁴⁴. En nuestro estudio esta relación médico – farmacéutico viene marcada por la especialidad médica, dando más importancia a ésta los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria que los especialistas. Esta diferencia es lógica, puesto que en el actual Sistema Nacional de Salud el médico que está más próximo al farmacéutico es el de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta misma influencia se ha observado en nuestro estudio con la importancia que dan los médicos a la relación con enfermería, pudiendo explicarse de la misma manera que acabamos de ver con los farmacéuticos.

Otro aspecto relevante observado, es que los médicos con antecedentes de diabetes dan mayor importancia a ajustar la pauta posológica a las actividades diarias del paciente, tal y como indican los propios pacientes; mientras que, para el resto de médicos, lo importante para una mejor adherencia es reducir el número de comprimidos. Estudios previos ya han demostrado que para los pacientes y de cara a su mejor adherencia, es más importante el ajustar la pauta posológica a sus actividades cotidianas que el reducir el número de comprimidos⁴⁹

También se observaron factores definidos por el género, así para los hombres no es importante ni el coste ni características organolépticas, y tienden a considerar como menos importante el apoyo social al paciente. Tanto el coste de los medicamentos como el apoyo social del paciente, fueron aspectos clave en la adherencia en un consenso sobre el manejo de la adherencia de pacientes DM2, publicado recientemente⁴¹, en el que no se analizó la edad de los médicos.

Características sociodemográficas de los farmacéuticos:

Llama la atención que el número de pacientes que ve el farmacéutico al mes, influye en la importancia que da el farmacéutico al conocimiento de la enfermedad y tratamiento por parte del paciente, a la enfermedad sin síntomas y sin complicaciones, donde, a mayor número de pacientes mensual, menos importancia otorgan a estas características. Podría explicarse porque a mayor número de pacientes que ve al mes, el farmacéutico tiene menos tiempo a dedicar a cada uno de sus pacientes, y no es consciente de la importancia de estas características para mejorar la adherencia de sus pacientes. No obstante, habría que estudiar esto con mayor detalle, puesto que no se ha encontrado ninguna referencia que valide o explique estos hallazgos.

Por el contrario, no sorprende ver que tanto a mayor número de años ejerciendo como a mayor número de pacientes atendidos al mes, más importancia dan a la coordinación médico-paciente. Los farmacéuticos varones tienden a considerar este factor como no importante o indiferente.

La importancia de una administración compleja viene dada por la edad del farmacéutico, quien a mayor edad da menos importancia a estos factores para la adherencia del paciente. En el segundo caso podríamos interpretar que el farmacéutico a mayor edad y más experiencia ha entendido que lo importante no es una administración más o menos compleja, sino adaptarla a la vida cotidiana del paciente, tal y como nos han enseñado los pacientes en ese mismo estudio.

En cuanto a la confianza del paciente con el farmacéutico, es muy importante el papel que puede desempeñar aquí el farmacéutico comunitario, ya que su consejo acompaña a la dispensación de la medicación, siendo éste el último profesional que está en contacto con el paciente antes de que éste comience a tomar su medicación⁴⁴. Además, a través de su actuación profesional, también podrá subsanar cualquier deficiencia o anomalía en la correcta comprensión o interpretación de las instrucciones aportadas por el médico. En nuestro estudio, sorprendentemente el único factor que influía en esta confianza con el paciente es la edad, donde a mayor edad del farmacéutico, menos importancia le da. Si asociamos edad con experiencia del farmacéutico, tendríamos que ver qué es lo que ha ocurrido en nuestro estudio, pues los resultados esperados tendrían que opuestos. También podemos verlo en cuanto a que la adherencia es un factor que está cobrando fuerza en los últimos años. Así, el

farmacéutico más joven estaría más concienciado sobre la importancia de la adherencia y conocería mejor cuáles son factores clave en cuanto a ésta.

El resto de factores determinantes de la percepción de los farmacéuticos sobre la adherencia de sus pacientes y estrategias de mejora, fueron independientes de las características sociodemográficas de los mismos.

8 PUNTOS DESTACABLES DE LA DISCUSION:

La no adherencia en España en pacientes diabéticos está entre un 30% y 50% de los pacientes que toman tratamiento oral⁶². En nuestro estudio vemos que tanto médicos como farmacéuticos son conscientes de esto, al igual que los propios pacientes, quienes reconocen esta no adherencia.

Al estudiar cuáles son las mejores estrategias para mejorar estas cifras y lograr una mejor adherencia los pacientes, los resultados fueron:

- Para los médicos participantes en el estudio, la formación del paciente y reducir la complejidad de la pauta, así como los pastilleros de medicación son herramientas útiles para la mejora de la adherencia.
- En esta línea, para los farmacéuticos participantes, una de las estrategias más importante para mejorar la adherencia son 'los pastilleros', línea en la que trabaja desde los diferentes Colegios de Farmacéuticos en España, quienes están implantando cursos de SPD⁶³ a sus farmacias.
- En cuanto a los pacientes, destacan la relación con el médico y su implicación a la hora de seleccionar el tratamiento como factores cruciales para la mejora de la adherencia. Como mejor estrategia para mejorar la adherencia, señalan reducir la complejidad del tratamiento, para lo que creen que el ajustar el régimen terapéutico a las actividades de su vida diaria es la mejor estrategia.

Queda clara la necesidad de integrar a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de aumentar su implicación y, consecuentemente su adherencia al tratamiento⁶⁴, así como que la colaboración de los distintos profesionales sanitarios es importante para la mejor formación del paciente y consecuentemente, mejor adherencia, lo que no está claro aún es qué colectivo de profesionales sanitarios tiene mayor efecto sobre los pacientes.

Desde nuestro conocimiento, este es el primer estudio en el que no se comparan sólo las perspectivas de médicos y pacientes en cuanto a la adherencia del paciente diabético, sino que también incluye la percepción del farmacéutico.

Los hallazgos muestran más similitudes entre médicos y pacientes DM2 en cuanto a la adherencia, mientras que el punto de vista del farmacéutico sobre su papel en la adherencia del paciente DM2 difiere del reportado por médicos y pacientes; publicaciones previas⁴¹, soportan estos datos y reconocen que sería importante la implicación por parte del farmacéutico.

9 CONCLUSIONES

1. Nuestros resultados muestran una falta de concordancia general en las respuestas dadas por los tres grupos analizados: pacientes, médicos y farmacéuticos.

2. A pesar de esa falta de concordancia, tanto médicos como farmacéuticos son conscientes de la falta de adherencia al tratamiento de sus pacientes, además, los propios pacientes también reconocen la no-adherencia según Morisky-Green.

3. También uno de los factores comunes a médicos y farmacéuticos es la edad: la edad es un factor que influye tanto en la percepción de ambos sobre la adherencia y persistencia de sus pacientes, como en las estrategias para mejorar estas. Así, a mayor edad de ambos grupos profesionales, menor importancia dan a estos factores.

4. Se observa que los pacientes no adherentes son más propensos a considerar la mayoría de características estudiadas como no importantes o indiferentes.

5. Estrategias como el Plan de Adherencia al tratamiento recientemente creado por Farmaindustria junto con el Ministerio de Sanidad, Consejerías, Sociedades científicas, Asociaciones de pacientes y expertos en adherencia, son totalmente acordes a nuestros hallazgos y, según los mismos, ayudarán a mejorar la adherencia y persistencia de los pacientes. Además, deben implementarse acciones formativas en médicos y farmacéuticos, poniendo especial foco en los de mayor edad.

6. Nuestros hallazgos sugieren que los profesionales sanitarios deberían tener más en cuenta la opinión y preferencias de los pacientes en las estrategias terapéuticas, ajustando la pauta posológica al día a día del paciente y facilitando herramientas útiles, para mejorar su adherencia.

7. Nuestros resultados destacan la necesidad de que el farmacéutico construya una relación más fuerte con médicos y pacientes, para poder involucrarse más en la implementación y seguimiento de los planes terapéuticos de los pacientes y mejorar su adherencia, especialmente en pacientes diabéticos complejos, con co-morbilidades y polimedicados.

8. Debido al elevado tamaño muestral, a la participación de médicos, farmacéuticos y pacientes, así como a la dispersión geográfica de la muestra por todo el territorio español, consideramos que los resultados obtenidos son extrapolables y de gran fortaleza.

9. En resumen, este estudio nos da información útil respecto a la adherencia a la medicación, por parte de pacientes DM2, médicos y farmacéuticos, proporcionando información valiosa sobre aspectos que pueden influir en la toma de decisiones médicas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

10 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta tesis doctoral han dado lugar a la presentación de los siguientes trabajos:

- Abstract: 205/13: Adherencia en tratamiento del paciente diabético. Estudio Adheri2. Elena Labrador Barba, Francisco Javier Alonso Moreno, M^a José Faus Dader, Marta Rodríguez De Miguel, M^a Luisa Orera Peña, Antonio Hernández Mijares. **4 Jornadas Nacionales Diabetes SEMERGEN** 15-16 de abril de 2016, Oviedo.
- Abstract: Factores determinantes de la adherencia en el tratamiento del paciente diabético: perspectiva del farmacéutico comunitario. Estudio ADHERI2. Hernandez-Mijares A, Alonso-Moreno J, Faus-Dader MJ, Rodriguez-De Miguel M, Orera Peña ML, Labrador-Barba E. **VII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios** (SEFAC 2016), 26-28 de mayo de 2016, Zaragoza. Farmacéuticos Comunitarios. 2016 May 26; 8(Suplemento 1).
- Abstract: EAS16-1041 Factors determining and strategies for improving treatment adherence in patients with type 2 diabetes meliitus: doctor, community pharmacist and patient perspectives. ADHERI2 study. Aantonio Hernandez Mijares, Marta Rodriguez de Miguel, María José Faus Dader, Elena Labrador Barba, María Luisa Orera Peña, F. Javier Alonso Moreno. **84th European Atherosclerosis Society Congress**, May 29th -June 1st 2016, at Innsbruck (Austria).
- Abstract: Factores determinantes en la adherencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2: perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes. Estudio ADHERI2. Elena Labrador Barba · F. Javier Alonso Moreno · Marta Rodriguez de Miguel · M^a Luisa Orera Peña · Antonio Hernandez Mijares. **36 Congreso semFYC 2016**. 9-11 de junio de 2016, Santiago de Compostela (Comunicación Oral). ISSN: 2339-9333 Disponible en: <http://www.comunicacionescongresosemfyc.com/>.
- Abstract: Factores determinantes en la adherencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2: perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes. Estudio ADHERI2. Elena Labrador, María José Faus, Javier Alonso Moreno, Marta Rodriguez de Miguel, M^a Luisa Orera Peña, Antonio Hernandez Mijares.

Congreso SIMPODADER Internacional, 23-25 de Junio de 2016, Granada. *Ars. Pharm.* 2016; 57 (Suppl. 1): 78-79.

- Abstract: Medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus (t2dm): patient's perspective in the Spanish health care system. Labrador Barba E, Hernandez Mijares A, Alonso Moreno FJ, Rodriguez de Miguel M, Orera Peña ML, Aceituno Mata S, Perez L, Faus Dader MJ. Podium Presentation at **ISPOR 19th Annual European Congress**, October 29th-November 2nd 2016. Viena (Austria). *Value in Health* 19 (2016) A351.

- Artículo: Medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus: perspectives of patients, physicians and pharmacists on the Spanish health care system. Elena Labrador Barba, Marta Rodríguez de Miguel, Antonio Hernández-Mijares, Francisco Javier Alonso-Moreno, Maria Luisa Orera Peña, Susana Aceituno, María José Faus Dader. **Patient Preference and Adherence**, 2017;11 707–718

11 ANEXOS

13.1 Cuaderno de recogida de datos – se incluye el CRD a farmacias. Los CRDs a médicos y pacientes eran iguales, adaptando el lenguaje a cada uno de los targets.

ESTUDIO ADHERI2. CUESTIONARIO - Versión final (V.04)

CUESTIONARIO DEL PROFESIONAL FARMACEUTICO

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIO Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

(Se incluirá un resumen del protocolo del estudio. Una vez leído el contenido, el participante deberá asegurar que ha leído y comprendido la información referida al estudio y que consiente de manera voluntaria participar en el mismo, marcando una casilla destinada a tal fin)

2. INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

Por favor, marque en cada cuestión la opción que más se ajuste a su opinión. En algunas preguntas tendrá que escribir un número en las casillas correspondientes.

Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que responda con total sinceridad lo que usted considere sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

1. VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad : _____ años
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Tiempo ejerciendo la especialidad: _____ años
Antecedentes personales de diabetes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número aproximado de pacientes con DM2, y uno o más de los factores de riesgo hipertensión arterial, dislipemia u obesidad, que atiende en un mes: _____
Provincia en la que ejerce su profesión : _____
Área en la que se encuentra la farmacia en el que ejerce su profesión: <input type="checkbox"/> Área rural (<5.000 habitantes) <input type="checkbox"/> Área semiurbana (5.000-19.999 habitantes) <input type="checkbox"/> Área urbana (≥20.000 habitantes)

2. CUESTIONARIO

A. ADHERENCIA Y PERSISTENCIA EN EL TRATAMIENTO

Cuestión	SI	NO
Indique si considera que más del 50% de los pacientes con DM2 (y uno o más de los factores de riesgo hipertensión arterial, dislipemia y obesidad) presentan adherencia* en el tratamiento		
Indique si considera que más del 50% de los pacientes con DM2 (y uno o más de los factores de riesgo hipertensión arterial, dislipemia y obesidad) presentan persistencia† en el tratamiento		

B. FACTORES DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA Y PERSISTENCIA EN EL TRATAMIENTO

A continuación encontrará una serie de factores que pueden afectar a la adherencia y/o persistencia en el tratamiento.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

1. ¿Qué importancia considera usted que tienen los siguientes aspectos, relacionados con el paciente, en la adherencia y persistencia en el tratamiento?

	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Conocimiento sobre la enfermedad	1	2	3	4	5
Conocimiento sobre el tratamiento	1	2	3	4	5
Confianza en la elección o eficacia del tratamiento	1	2	3	4	5

* Adherencia definida como "grado en que un paciente actúa de acuerdo con el intervalo y dosis prescritos de un régimen de tratamiento" [Value Health 2008; 11(1)].

† Persistencia definida como "periodo de tiempo desde que el paciente inicia el tratamiento hasta que lo finaliza" [Value Health 2008; 11(1)].

	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Decisión compartida (paciente-médico) en la elección de tratamiento.	1	2	3	4	5
Conocimiento sobre las consecuencias de la no adherencia*	1	2	3	4	5
Motivación	1	2	3	4	5

CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO DEL PACIENTE

2. ¿Qué importancia considera usted que tienen los siguientes aspectos, relacionados con el entorno del paciente, en la adherencia* y persistencia[†] en el tratamiento?

	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Supervisión en el momento de administración de la medicación	1	2	3	4	5
Presencia de la enfermedad del paciente en familiares o amigos	1	2	3	4	5
Residencia habitual con familiares, pareja u otros	1	2	3	4	5

CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICACIÓN

3. ¿Qué importancia considera usted que tienen los siguientes aspectos, relacionados con la medicación, en la adherencia* y persistencia[†] en el tratamiento?

	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Polimedición	1	2	3	4	5
Presencia de efectos secundarios	1	2	3	4	5
Administración compleja (duración, frecuencia, dosis, necesidad de inyección, etc.)	1	2	3	4	5
Tratamiento a largo plazo	1	2	3	4	5
Características organolépticas (sabor, olor, textura)	1	2	3	4	5
Complejidad del envases o presentación	1	2	3	4	5
Coste o copago de la medicación	1	2	3	4	5

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

4. ¿Qué importancia considera usted que tienen los siguientes aspectos, relacionados con la enfermedad, en la adherencia* y persistencia† en el tratamiento?

	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Enfermedad crónica	1	2	3	4	5
Enfermedad sin síntomas	1	2	3	4	5
Enfermedad sin complicaciones	1	2	3	4	5
Coexistencia de diferentes enfermedades	1	2	3	4	5

CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL: MÉDICO, ENFERMERA Y/O FARMACÉUTICO

5. ¿Qué importancia considera usted que tienen los siguientes aspectos, relacionados con el profesional y centro sanitario, en la adherencia y persistencia en el tratamiento?

FARMACEUTICO	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Relación con el farmacéutico	1	2	3	4	5
Confianza en el farmacéutico	1	2	3	4	5
Actitud del farmacéutico	1	2	3	4	5
Motivación del farmacéutico	1	2	3	4	5
Disponibilidad de instrucciones escritas sencillas	1	2	3	4	5
Coordinación entre el médico y el farmacéutico	1	2	3	4	5

* Adherencia definida como "grado en que un paciente actúa de acuerdo con el intervalo y dosis prescritos de un régimen de tratamiento" [Value Health 2008; 11(1)].

† Persistencia definida como "período de tiempo desde que el paciente inicia el tratamiento hasta que lo finaliza" [Value Health 2008; 11(1)].

FARMACEUTICO	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante

MEDICO	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Relación con el médico	1	2	3	4	5
Confianza en el médico	1	2	3	4	5
Actitud del médico	1	2	3	4	5
Motivación del médico	1	2	3	4	5
Disponibilidad de instrucciones escritas sencillas	1	2	3	4	5
Facilidad de acceso al centro sanitario	1	2	3	4	5

ENFERMERIA	Nada importante	Poco importante	Ni mucho ni poco importante	Importante	Muy importante
Relación con la enfermera	1	2	3	4	5
Confianza en la enfermera	1	2	3	4	5
Actitud de la enfermera	1	2	3	4	5
Motivación de la enfermera	1	2	3	4	5
Disponibilidad de instrucciones escritas sencillas	1	2	3	4	5
Coordinación entre la enfermera y el farmacéutico	1	2	3	4	5
Facilidad de acceso al centro sanitario	1	2	3	4	5

C. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA ADHERENCIA Y PERSISTENCIA EN EL TRATAMIENTO

A continuación encontrará una serie de estrategias o acciones que pueden ayudar a la mejora de la adherencia* y/o persistencia† en el tratamiento.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DEL PROFESIONAL (MÉDICO, ENFERMERA, FARMACÉUTICO)

1. ¿En qué medida considera que recibir información sobre la enfermedad y/o tratamiento por parte del profesional (médico, enfermera, farmacéutico) puede mejorar la adherencia* y persistencia†?

MEDICO

Nada	Poco	Ni mucho ni poco	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5

ENFERMERA

Nada	Poco	Ni mucho ni poco	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5

FARMACEUTICO

Nada	Poco	Ni mucho ni poco	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5

2. Indique la forma más adecuada o preferible para recibir la información sobre la enfermedad y/o el tratamiento con el objetivo de mejorar la adherencia* y persistencia† en el tratamiento (marcar una opción):

- Oral
- Escrita
- Por teléfono
- Por correo postal
- Por correo electrónico/ web
- Audiovisual
- Visita a domicilio
- Educación grupal

REDUCIR LA COMPLEJIDAD DE LA PAUTA

3. ¿En qué medida considera que reducir la complejidad de la pauta o régimen de tratamiento puede mejorar la adherencia* y persistencia†?

Nada	Poco	Ni mucho ni poco	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5

4. Indique la principal característica de la pauta o régimen de tratamiento que considera se debe modificar para mejorar la adherencia* y persistencia† (marcar una opción):

- Disminuir la frecuencia de administración
- Disminuir el número de comprimidos
- Modificar la vía de administración
- Adaptar la toma de medicación a actividades cotidianas del paciente (comida, etc.)

* Adherencia definida como "grado en que un paciente actúa de acuerdo con el intervalo y dosis prescritos de un régimen de tratamiento" [Value Health 2008; 11(1)].

† Persistencia definida como "periodo de tiempo desde que el paciente inicia el tratamiento hasta que lo finaliza" [Value Health 2008; 11(1)].

13.2 Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio

Adherencia y persistencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2: perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes en el ámbito sanitario español. ESTUDIO ADHERI2.

CÓDIGO DEL ESTUDIO: ABB-DIA-2015-01

PROMOTOR: BGP Product Operations, S.L. Compañía perteneciente al grupo Mylan

Usted ha sido invitado/a participar en un estudio sobre la diabetes, por lo que antes de confirmar su participación en esta investigación, es importante que entienda en qué consiste.

La información que reciba sobre el estudio, su consentimiento de participación, en el caso de que así lo decida, y las respuestas que otorgue, serán grabadas, de forma que queden documentadas y atestiguadas formalmente (este apartado se incluirá únicamente en el caso de los pacientes que participen por vía telefónica).

¿Por qué llevamos a cabo este estudio y qué objetivo nos proponemos?

En las enfermedades crónicas, como la diabetes, muchos pacientes tienen dificultades para tomar la medicación en el momento del día, la dosis y la frecuencia que le ha indicado su médico (adherencia) y durante el tiempo que le ha indicado su médico (persistencia). Este es un problema frecuente que afecta a la eficacia del tratamiento y a la calidad de vida de los pacientes.

Las causas de esta falta de adherencia y persistencia, están relacionadas con el paciente, con la diabetes, con la medicación pero también con los profesionales que prescriben los medicamentos y dan las instrucciones de como tomarlos. Por ello, con este estudio pretendemos conocer la opinión de los médicos, de los farmacéuticos y de los pacientes con diabetes, sobre la adherencia y persistencia, sobre sus posibles causas y sobre las medidas que pueden ayudar a solucionar el problema.

¿Cuál es su participación en el estudio?

Se prevé la participación de aproximadamente 1.000 pacientes con diabetes en España. Su participación en el estudio consistirá en la cumplimentación de un cuestionario compuesto por 11 cuestiones relacionadas con el objetivo del estudio. Las preguntas son sencillas y sólo tendrá que marcar o indicar la respuesta que mejor describa su opinión o experiencia.

¿Cómo es su participación en el estudio?

Su participación en este estudio es **ABSOLUTAMENTE VOLUNTARIA**. Usted puede retirarse, o desistir de participar en él, en cualquier momento que lo desee sin tener que dar ninguna explicación al respecto. Participar o no en el proyecto **NO AFECTARÁ EN ABSOLUTO** su tratamiento ni cambiará el trato que recibe por su equipo médico habitual.

¿Existen riesgos derivados de su participación?

No existe ningún riesgo asociado a su participación en este estudio, puesto que está basado en la cumplimentación de un cuestionario y no se realizarán pruebas clínicas ni cambios en su tratamiento por motivo de este estudio.

¿Cuáles son los beneficios?

No se puede asegurar que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. Mediante su colaboración, se espera obtener un mayor conocimiento sobre las opiniones de los médicos, farmacéuticos y pacientes con diabetes respecto a la adherencia y persistencia por parte de la comunidad médica.

Confidencialidad de los datos

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a: Mylan EPD (Teléfono: 913344081).

Sus datos personales recogidos, así como las respuestas que ofrezca en el cuestionario, serán disociados, de modo que será imposible identificarle.

¿A quién contactar en caso de necesitar más información?

Si tiene alguna duda, o si necesita información adicional sobre este estudio, por favor contacte con: Outcomes'10, S.L.U. (Teléfono: 964831998).

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

- He leído la hoja de información.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera.
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma y fecha*

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN.

* La firma consistirá en la marcación de una casilla, en el caso de acceso al cuestionario vía web, o de aceptación verbal, en el caso de acceso al cuestionario vía telefónica.

11.3 Aprobación del CEIC y Clasificación AEMPS



Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda

Comunidad de Madrid

Outcomes'10
a/a: Maribel Tribaldos

Majadahonda, a 25 de mayo de 2015

Le comunicamos que en la reunión del C.E.I.C. del pasado día 25 de mayo de 2015 (Acta nº 310), ha sido evaluada la Enmienda relevante por cambio de promotor, del estudio titulado: "ADHERENCIA Y PERSISTENCIA EN EL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: PERSPECTIVA DE MÉDICOS, FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS Y PACIENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO ESPAÑOL. ESTUDIO ADHERI2.", Código promotor: ABB-DÍA-2015-01 - Código H.U.P.H.: 34/15, del que es Vd. representante del promotor, considerándose:

Se considera correcta y se aprueba la Enmienda relevante por cambio de promotor: cambio del anterior promotor Abbott Laboratories, por el nuevo promotor BGP Producto Operations S.L. del grupo Mylan.

A continuación se relacionan los miembros del CEIC que asistieron a la precitada reunión:

PRESIDENTA

Dra. Avendaño Solá (Farmacología Clínica)

VICEPRESIDENTA

Dra. Blasco Lobo (Cardiología)

SECRETARIA

D^a. R. Layunta (Enfermera)

VOCALES

Dra. Muro Brussi (Pediatria)

Dr. García Marco (Hematología)

Dr. Rodríguez Reina (Urología) (C. Ética Asistencial)

Dr. Sánchez Ruiz (Oncología Médica)

Dr. Mulero Mendoza (Reumatología)

Dra. Paloma Martín Acosta (Anatomía Patológica)

(Comité Científico del IIS Puerta de Hierro)

Dra. Rodríguez Marrodán (Farmacia Hospitalaria)

D^a. S. Herrero (Farmacéutica Área VI Dirección Asistencial Noroeste)

D. J. Moreno (Abogado) (Miembro ajeno al centro)

D^a. Paz Maese (Periodista, Unidad de Comunicación)

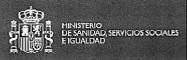
Atentamente,

Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda
Comité Ético de Investigación
Clínica

Fdo.: Dra. Avendaño Solá
Presidenta del CEIC

ZONA NOROESTE
C/ Joaquín Rodrigo, 2
28222 Majadahonda / Madrid

Red
H s H
Madrid

  <p>DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO</p> <p>DESTINATARIO:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>D^a EVA MARTÍNEZ JUÁREZ OUTCOMES 10 UNIVERSITAT JAUME I PARC CIENTÍFIC TECNOLÒGIC I EMPRESARIAL EDIFICIO ESPATTEC 2 AVD. VICENTE SOS BAYNAT S/N 12071 – CASTELLÓN DE LA PLANA</p> </div> <p>Fecha: 26 de enero de 2015</p> <p>REFERENCIA: ESTUDIO ADHERIZ</p> <p>ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO</p> <p>Adjunto se remite propuesta de resolución de clasificación sobre el estudio titulado "Adherencia y persistencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2; perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes en el ámbito sanitario español. ESTUDIO ADHERIZ." con código ABB-DIA-2015-01</p>  <p>MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD REGISTRO NACIONAL DE AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS SALUDA N. de registro: 1703 / 00 2005 Fecha: 22/01/2015 12:38:34</p>	  <p>DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO</p> <p>ASUNTO: PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO</p> <p>DESTINATARIO: D^a EVA MARTINEZ JUAREZ</p> <p>Vista la solicitud-propuesta formulada con fecha 22 de enero de 2015, por D^a EVA MARTINEZ JUAREZ, en representación de OUTCOMES 10, para la clasificación del estudio titulado: "Adherencia y persistencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2; perspectiva de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes en el ámbito sanitario español. ESTUDIO ADHERIZ." con código ABB-DIA-2015-01 y cuyo promotor es ABBOTT LABORATORIES, se emite propuesta de resolución.</p> <p>El Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, ⁽¹⁾ propone clasificar el estudio citado anteriormente como "Estudio Posautorización con Otros Diseños diferentes al de seguimiento prospectivo" (abreviado como EPA-OD).</p> <p>Para el inicio del estudio no se requiere la autorización previa de ninguna autoridad competente (AEMPS o CCAA)⁽²⁾. No obstante, salvo que haya sido presentada para la clasificación del estudio, el promotor deberá remitir a la AEMPS ⁽³⁾ la siguiente documentación antes del inicio del estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo completo (una copia en papel y otra en formato electrónico), incluidos los anexos, y donde conste el número de pacientes que se pretenden incluir en España, desglosado por Comunidad Autónoma • Dictamen favorable del estudio por un CEIC acreditado en España.
---	---




DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

A todos los efectos, se le notifica la propuesta de resolución del procedimiento de clasificación de estudio clínico o epidemiológico, y se le comunica que dispone de un plazo de quince días para presentar alegaciones y cuantos documentos estime necesarios o los que a su derecho convenga.

Madrid, a 26 de enero de 2015
 La Jefe de División de Farmacovigilancia y Farmacoepidemiología



María Dolores Montero Corominas

¹ Son de aplicación al presente procedimiento la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; la Ley 12/2002, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios; el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos; el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia Estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto; el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la Orden SAS/3470/2005, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

² De acuerdo con la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre

³ Los documentos se enviarán a la siguiente dirección postal: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia.. Parque Empresarial "Los Morcados", Edificio B. C/ Campezo, 1. 28022 Madrid.

12 BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ International Diabetes Federation. Disponible en: <http://www.idf.org/about-diabetes?language=es> Último acceso Diciembre 2016.
- ² Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;94(3):311-21.
- ³ International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas 6th Edition.* 2013. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas>. Último acceso Diciembre 2016.
- ⁴ Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;103(2):137-49.
- ⁵ Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia.* 2012; 55(1):88-93.
- ⁶ Valdés S, Botas P, Delgado E, Días Cadórniga F. Riesgo de mortalidad en diabetes diagnosticada, diabetes no diagnosticada y prediabetes en la población adulta española. Estudio Asturias 1998-2004. *Rev Esp Cardiol* 2009; 62(5):528-34.
- ⁷ World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action.* 2003.
- ⁸ King DE, Mainous AG, Carnemolla M, Everett CJ. Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988-2006. *Am J Med.* 2009;122(6):528-34.
- ⁹ Association AD. Standards of medical care in diabetes--2013. *Diabetes Care.* 2013;36 Suppl 1:S11-66.
- ¹⁰ The DECODE Study Group. Is the current definition for diabetes relevant to mortality risk from all causes and cardiovascular and noncardiovascular diseases? *Diabetes Care.* 2003;26:688-96.
- ¹¹ Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc).* 2007; 129(9):352-5.
- ¹² OMS, Diabetes. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html Último acceso Diciembre 2016.

-
- ¹³ Alegría E, Castellano JM, Alegría A. Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:752-64
- ¹⁴ Pérez A, Mediavilla JJ, Miñambres I, González-Segura D. Glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain. *Rev Clin Esp*. 2014;214:429-36.
- ¹⁵ Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf> . Último acceso Diciembre 2016.
- ¹⁶ Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value Heal* [Internet]. 2008;11(1):44–7. Disponible en: https://www.ispor.org/workpaper/research_practices/Cramer.pdf. Último acceso Diciembre 2016.
- ¹⁷ OMS, O.M. de la S., 2003. Informe sobre la salud en el mundo. Disponible en <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/> Ultimo acceso Dic. 2016
- ¹⁸ NICE, N.I. for H. and C.E., 2009. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76.
- ¹⁹ Pisano MM, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2014;24:59-66.
- ²⁰ Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al tratamiento. Adherencia al tratamiento en la Comunidad de Madrid. Análisis mediante encuesta poblacional. Extracto de resultados [Internet]. España: Observatorio de la Adherencia al tratamiento; 2012. Disponible en: <http://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2015/10/Resumen-resultados-Estudio-Adherencia-Madrid.pdf> .Último acceso Diciembre 2016
- ²¹ Bailey CJ, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *Int J Clin Pract*. 2011;65(3):314-22.
- ²² Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1836-41.
- ²³ Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL, Poole CD, Jenkins-Jones S, Rubin RR, et al. The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(6):1279-84.

²⁴ Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005;43(6):521-30.

²⁵ Egede LE, Gebregziabher M, Dismuke CE, Lynch CP, Axon RN, Zhao Y, et al. Medication nonadherence in diabetes: longitudinal effects on costs and potential cost savings from improvement. *Diabetes Care*. 2012;35(12):2533-9.

²⁶ Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, Johansson CM, Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2014;19(2):159–67.

²⁷ Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2014;214(6):336–44. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271> Último acceso Diciembre 2016.

²⁸ World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. 2003.

²⁹ Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. España; 2016.

³⁰ Conthe P, Márquez Contreras E. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro [Internet]. España; 2012. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/documento_consensu_2.pdf Último acceso Diciembre 2016.

³¹ Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Keskinaslan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *Int J Clin Pract*. 2008;62:76-87.

³² López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:377-84.

³³ Observatorio de Adherencia al Tratamiento. Disponible en: <http://www.oatobservatorio.com/> . Último acceso Diciembre 2016

-
- ³⁴ Plan de Adherencia al Tratamiento, Farmaindustria. Disponible en: <http://www.farmaindustria.es/adherencia/> Último acceso Diciembre 2016.
- ³⁵ Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Treatment compliance in chronic illness: Current situation and future perspectives. *Rev Clin Esp.* 2014;214:336-44.
- ³⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Estimaciones de la población actual de España a 1 de enero de 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe260&file=inebase&L=0> . Último Acceso Diciembre 2016.
- ³⁷ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Informe sobre oferta y necesidad de especialistas médicos en España. 2010-2025. Disponible en: http://www.msps.es/novedades/docs/OfYneceEspMedicos_ESP_2010_2025_03.pdf. Último Acceso Diciembre 2016.
- ³⁸ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2013. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/infoestadistica/Paginas/listado.aspx> Último Acceso Diciembre 2016.
- ³⁹ Yang W, Zilov A, Soewondo P, Bech OM, Sekkal F, Home PD. Observational studies: going beyond the boundaries of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;88 Suppl 1:S3-9.
- ⁴⁰ López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. [Inertia and treatment compliance in patients with type 2 diabetes in primary care]. *Med Clin (Barc).* 2012;138(9):377-84.
- ⁴¹ Orozco-Beltrán D. et al. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones Aten Primaria. 2016;48 (6):406---420.
- ⁴² Vermeire, E. et al., 2005. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), p.CD003638
- ⁴³ Royo-Bordonada MÁ, et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.007>

⁴⁴Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico Pharm Care Esp 1999; 1: 97-106

⁴⁵Mateu Serra-Prata, et al. Eficacia de un sistema personalizado de dosificación (SPD) en la mejoría del cumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados Aten Primaria. 2006;37(9): 524-526

⁴⁶Proyectos de los COF relacionados con el Plande Futuro de la Farmacia. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria/Documents/Proyectos_COF_Plan_Futuro_Farmacia.pdf. Consultado Abril 2017.

⁴⁷ Linetzky B, Jiang D, Funnell MM, Curtis BH, Polonsky WH. Exploring the role of the patient-physician relationship on insulin adherence and clinical outcomes in type 2 diabetes: insights from the MOSAIC study. J Diabetes. 2016. Jul 1. doi: 10.1111/1753-0407.12443.

⁴⁸ Thomas J, Iyer NN, Collins WB. Associations between perceived chronic care quality, perceived patient centeredness, and illness representations among persons with diabetes. J Healthc Qual. 2014;36(5):50-9.

⁴⁹. Franch Nadal j, Labrador Barba E, Gomez García C, Buil-Cosiales P, Millaruelo JM, Orera Peña ML. Patient-reported outcomes in type 2 diabetes mellitus: patients and primary care physicians perspective in the Spanish healthcare system Patient Preference and Adherence 2015; 9:1413

⁵⁰ Liguori Y, Murase K, Hamamura M. Differences between patient and physician opinions on adherence to medication for hypertension and diabetes mellitus. Curr Med Res Opin. 2016:1-7.

⁵¹ Piercy J, Milligan G, Davies MJ, Detournay B, Orozco Beltran D, Chubb B, et al. The Relationship Between Glucose-Lowering Medications, Adherence, and Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. Value Health. 2015;18(7):A343.

⁵² McSharry J, McGowan L, Farmer AJ, French DP. Perceptions and experiences of taking oral medications for the treatment of Type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Diabet Med. 2016.

⁵³ Pousinho S, Morgado M, Falcão A, Alves G. Pharmacist Interventions in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Manag Care Spec Pharm. 2016;22(5):493-515.

⁵⁴ Gómez JC. Adherencia terapéutica: solos no se puede [Editorial]. Farmacéuticos Comunitarios. 2016 Dec. 30; 8(4):3-4. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2016/Vol8).004.01

⁵⁵ McCann LM, Haughey SL, Parsons C, Lloyd F, Crealey G, Gormley GJ, et al. A patient perspective of pharmacist prescribing: 'crossing the specialisms-crossing the illnesses'. *Health Expect*. 2015;18(1):58-68.

⁵⁶ Collins, C. et al. Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 2011; 92(2), pp.145–52.

⁵⁷Mahtani, K.R. et al., 2011. Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 9(9), p.CD005025.

⁵⁸ Han S, Iglay K, Davies MJ, Zhang Q, Radican L. Glycemic effectiveness and medication adherence with fixed-dose combination or coadministered dual therapy of antihyperglycemic regimens: a meta-analysis. *Curr Med Res Opin*. 2012 Jun;28(6):969-77

⁵⁹ Royo-Bordonada MÁ, Armario P, Lobos Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar Alvarez F, Elosua R, et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;Vol.90: 24 de noviembre: e1-e24

⁶⁰ Palop Larrea V y Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 113-12

⁶¹Médicos y pacientes.com. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-40-de-los-medicos-de-ap-tienen-mas-de-40-consultas-diarias> . Consultado mayo 2017

⁶²López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. [Inertia and treatment compliance in patients with type 2 diabetes in primary care]. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(9):377-84.

⁶³Proyectos de los COF relacionados con el Plande Futuro de la Farmacia. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria/Documents/Proyectos_COF_Plan_Futuro_Farmacia.pdf. Consultado Abril 2017.

⁶⁴ Thomas J, Iyer NN, Collins WB. Associations between perceived chronic care quality, perceived patient centeredness, and illness representations among persons with diabetes. *J Healthc Qual*. 2014;36(5):50-9.