

Artículo Original/ Original Article

Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa

Gladys Mabel Maidana^I, Gladys Lugo^I, Zully Vera^I, Patricia Acosta^I, Macarena Morinigo^I, Dionisio Isasi^I, Patricia Mastroianni^{II}.

I Facultad de Ciencias Químicas, UNA, Paraguay.

II Universidad Nacional del Estado de Sao Paulo.

**Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:**

Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasi D, Mastroianni P. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):70-77

RESUMEN

La falta de adherencia al tratamiento es muy frecuente y es un problema global, que impide que la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas pueda ser evitada. El objetivo del estudio fue describir los factores que influyen en la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos. Se realizó un estudio prospectivo observacional, descriptivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes diabéticos atendidos en el Programa Nacional de Diabetes, utilizando un cuestionario diseñado para el estudio que incluía información sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, además de los valores de glicemia y hemoglobina glicosilada. Fueron incluidos en el estudio 127 pacientes, de los cuales el 65% era del sexo femenino, la edad promedio fue de 53 años, y tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 11 años, el 51,2% tenía grado de instrucción primaria, 60% vivía en pareja, y 28% de los pacientes tenía la hemoglobina glicosilada $\leq 6,5\%$. El 13,4% de los pacientes reportó no cumplir, a veces cumplir o no recordar las indicaciones dadas por los prescriptores, siendo los motivos más frecuentes de la falta de cumplimiento: el olvido 58,8%, la utilización de muchos medicamentos 29,4% y la falta de disponibilidad en el programa 29,4%. El olvido y la polimedición fueron los factores más frecuentes por los cuales los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico. Esta información permitirá la toma de decisiones para ayudar a los pacientes a mejorar su adherencia al tratamiento farmacológico.

Palabras claves: Adherencia, Factores, Diabetes Mellitus.

Factors determining non-compliance with drug therapy on diabetes patients

ABSTRACT

Non-compliance with therapy is very frequent in patients and constitutes a global issue. It prevents the possibility of avoiding the morbidity and mortality associated with chronic diseases. The aim of this study was to describe the factors that influence the pharmacological treatment compliance of diabetic patients. A prospective descriptive observational study was performed interviewing diabetic patients attending the National Diabetes Program. A questionnaire designed for the study included information about compliance with pharmacological treatment besides glycemia and glycosylated hemoglobin values. The number of patients was 127; 65% was female, their average age was 53 years old, the average evolution time of the disease was 11 years, 51.2% had primary school level, 60% lived together and 28% of the patients showed glycosylated hemoglobin values of $\leq 6,5\%$. Thirteen point four percent reported not complying, complying sometimes or not remembering the instructions given by the professionals being the most frequent reasons for not complying: forget in 58.8%, use of several medications 29.4%, and lack of drug availability 29.4%. Oblivion and multi-medication were the most frequent causes of non-

Fecha de recepción: enero 2016. Fecha de aceptación: marzo 2016

Autor correspondiente: Gladys Mabel Maidana. Facultad de Ciencias Químicas Universidad Nacional de Asunción.

E-mail: glamaida73@gmail.com

compliance with pharmacological treatment. These findings will allow decision making in order to help patients to improve compliance with drug therapy.

Keywords: Compliance, Factors, Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población y los estilos de vida no saludables vienen acompañados de una gran prevalencia de enfermedades de carácter crónico, lo que conlleva a un aumento en la necesidad de utilización de medicamentos, con terapias farmacológicas continuas y complejas, con el objetivo de controlarlas o de mejorar sus síntomas (1-3).

La Diabetes Mellitus es una patología metabólica crónica caracterizada por el aumento de los valores de glicemia por encima de lo normal, que se acompaña con complicaciones tardías derivadas del daño progresivo en riñón, retina, vasos, corazón y sistema nervioso (4). Es una enfermedad prevalente, con un alto costo y asociada a una considerable morbilidad y mortalidad, por lo tanto, es un problema de salud pública grave (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes (6). Aproximadamente el 15% de la población paraguaya, entre los 45 y más años de edad, sufre de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) (7,8).

Actualmente es una de las causas principales de muerte. En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes (6)

El tratamiento, está basado en la dieta alimenticia, el ejercicio físico, el autocontrol de los niveles de azúcar, una educación para la salud en diabetes, y el tratamiento medicamentoso a base de antidiabéticos orales, o insulina (9,10).

En los países desarrollados la adherencia a los tratamientos a largo plazo alcanza sólo el 50% (11), siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo. El estudio demostró que sólo uno de cada tres pacientes sigue de manera correcta las indicaciones de su médico, con adherencias diferentes para cada componente, mayores para la toma de medicamentos, aun en casos de polifarmacia y menores para ejercicio y dieta (12).

La adherencia es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida (11). Las causas de falta de adherencia terapéutica son múltiples, siendo fundamental su conocimiento a la hora de establecer estrategias para mejorar el cumplimiento de los pacientes (10).

El profesional que tiene el conocimiento necesario para colaborar en la correcta utilización del tratamiento farmacológico prescrito por el médico y optimizar la adhesión del paciente es el farmacéutico (13). Su inclusión como profesional sanitario y especialista en medicamentos es recomendada también en otros documentos (14,15).

El objetivo principal del estudio fue describir los factores que influyen en la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos, lo que permitirá proponer medidas que permitan fortalecer aquellos factores que son más decisivos para el paciente en el momento del cumplimiento de la terapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios del Programa Nacional de Diabetes (PND) del Centro de Salud Nº 9 utilizando un cuestionario diseñado para el estudio para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y además, se registraron los valores de glicemia y hemoglobina glicosilada. La propuesta fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción (CEI-99/14).

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años, con tratamiento farmacológico para la DM2, cuya glicemia fuese ≥ 126 mg/dl en ayunas o la hemoglobina glicosilada $\geq 6,4\%$, registrados en un informe de análisis en sangre y con capacidad para leer y entender el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

Se realizó un muestreo de conveniencia y la incorporación de pacientes al estudio se llevó a cabo en los consultorios del Centro de Salud Nº 9, donde fueron invitados a participar.

Luego de la aceptación, previa firma del consentimiento informado, contestaron en forma anónima los datos solicitados por los investigadores.

Los datos solicitados fueron tipo de medicamento, la frecuencia e indicación del consumo de medicamentos, y si el paciente se consideraba un cumplidor de la farmacoterapia. Además, se solicitó a los mismos citar las razones por las cuales no cumplían con la farmacoterapia.

Posteriormente, se procedió al registro de los parámetros de laboratorio: glicemia: mg/dL, hemoglobina glicosilada: %, que los pacientes tenían registrados en un informe de laboratorio de análisis clínicos.

Se consideraron parámetros no adecuados a valores de glicemia ≥ 126 mg/dL en ayunas y la hemoglobina glicosilada $\geq 6,4\%$ (9).

Análisis estadístico

Estimación del tamaño de la muestra

Se estimó un tamaño de muestra de 75 pacientes para estudio descriptivo de una variable dicotómica para una población finita, con nivel de confianza 95%. Estimando que pudiera haber datos incompletos se aplicó el cuestionario a 127 pacientes siendo el periodo de estudio de abril a mayo del 2014.

Datos	Merhi et al
Población accesible	349
Proporción esperada de la falta de adherencia(p)	0,44
Diferencia (q)	0,56
Nivel de confianza (z)	95% (z=1,96)
Amplitud (w) (0,05 para arriba y 0,05 para abajo)	0,1
Tamaño de muestra estimada	75

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS v.17. Para el análisis se utilizó el test Kolmogórov-Smirnov para conocer la normalidad de las variables.

Las variables cuantitativas se presentaron como media, desviación estándar, intervalo de confianza al 95% mínimo y máximo, mientras que las que no presentaron distribución normal se presentaron en mediana. Las variables cualitativas se presentaron como frecuencia absoluta y relativa porcentual. Para comparar las medias de las variables con distribución normal se utilizó la prueba test t de Student y para aquellas que no tenían distribución normal la prueba de Mann-Whitney. Para determinar una posible asociación entre las variables se empleó la prueba Chi cuadrado (X^2), considerándose significativo un valor de $p < 0,05$. Los cuadros y gráficos fueron elaborados en el programa Excel 2007.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 1; 65% era del sexo femenino; 71% de los pacientes informó que hablan español y guaraní, el 60% vivía en pareja y el 51,2% tenía grado de instrucción primaria.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes diabéticos. n=127

Características sociodemográficas		n	%
Sexo	Femenino	83	65
	Masculino	44	35
Idiomas	Español	27	21,3
	Guaraní	7	5,5
	Ambos	91	71,7
	No responde	2	1,6
Estado civil	Soltero	41	32,3
	Casado/ Unión civil	76	60
	Viudo	8	6,3
	Separado/ Divorciado	2	1,4
Escolaridad	Primaria	65	51,2
	Secundaria	47	37,0
	Universitaria	11	8,7
	No responde	4	3,1

La edad promedio fue de 53 años con un tiempo de evolución de la enfermedad de 11 años. Al comparar los valores de los parámetros clínicos de la glicemia y la hemoglobina glicosilada, se observó que los niveles de hemoglobina glicosilada en los pacientes fue en promedio 7,4% (Tabla 2). Al momento del estudio solo 35 pacientes tenían la hemoglobina glicosilada $\leq 6,5\%$, parámetro aceptable dentro del control clínico por el PND (9).

Tabla 2. Datos cuantitativos sociodemográficos y clínicos. n=127

Datos cuantitativos	Promedio	DE	IC95%		Mínimo	Máximo
			LI	LS		
Edad (años)	53	16	50	56	4	99
Edad de diagnóstico (años)	44	17	41	47	1	99
Tiempo de evolución de la enfermedad (años)	11	12	9	13	0	99
Glicemia	151	70	138	163	61	530
Hemoglobina glicosilada	7,4	1,9	7,1	7,7	4,0	15,0

IC95%: Intervalo de confianza al 95%. LI: Límite inferior/ LS: Límite superior

El 99% de los pacientes refirió cumplir con la frecuencia de uso de sus medicamentos, el 97% señaló que recibieron indicación sobre como tomar sus medicamentos, el 87 declaró cumplir las indicaciones recibidas. El 13,4% de los pacientes o no cumplía, a veces cumplía o no recordaba las indicaciones (no sabía) dadas por los prescriptores (Tabla 3).

Tabla 3. Cumplimiento en el uso de medicamentos. n=127

Cumplimiento en el uso de medicamentos				n	%
Frecuencia de consumo de medicamentos	Todos los días			126	99,2
	No recuerda			1	0,8
Le indicaron como tomar sus medicamentos	No			1	0,8
	Si			124	97,6
	No recuerda			2	1,6
Recuerda las indicaciones en cuanto a horario	No			10	7,9
	Si			116	91,3
	No recuerda Sin datos			1	0,8
Cumple con las indicaciones dadas en cuanto al medicamento	No			1	0,8
	Si			110	86,6
	A veces			13	10,2
	No recuerda			3	2,4

En la Tabla 4, se muestran en frecuencias los motivos que refieren los pacientes por los cuales no cumplen con la terapia farmacológica prescrita, los más frecuentes fueron el olvido 77%, en orden siguiente la utilización de muchos medicamentos 5% y la falta de disponibilidad en el programa 5%.

Tabla 4. Motivos del no cumplimiento en el uso de medicamentos. n=17

Motivos del no cumplimiento*	n	%
Olvido	10	58,8
Polimedicado	5	29,4
Falta de disponibilidad en el programa	5	29,4
No le baja el nivel de azúcar	2	11,8
No entendió las indicaciones	1	5,9
Tuvo reacción adversa	1	5,9
Costo	1	5,9
Otro motivo diferente	1	5,9

*Pacientes que refirieron no cumplir, cumplir a veces o no recordar las indicaciones. Las respuestas podrían ser más de 1 por paciente.

DISCUSIÓN

En este estudio la frecuencia de adherencia al tratamiento medicamentoso fue de 90%, lo cual es mucho menor a otros estudios realizados en nuestro país, donde se encontraron tasas de adherencia entre 56 y 63%. Sin embargo, no podemos llegar a una conclusión clara ya que estos estudios no utilizaron la misma metodología (8,16). Las tasas de adherencia para los cambios de vida vinculados a enfermedades crónicas están alrededor de un 50%. En particular, los pacientes con DM2 son especialmente propensos a presentar problemas de adherencia (17).

El tiempo de evolución de la DM2, en el total de los pacientes fue 11 años, existiendo pacientes con 9 años de diagnóstico y otros con 13 años, lo que coincide con un estudio que establece que existe una directa relación entre el tiempo de diagnóstico de la diabetes y la aparición de complicaciones crónicas como la retinopatía diabética, pues a medida que pasa el tiempo el paciente tiende a dejar de cumplir con su farmacoterapia (18).

Muchos pacientes tienen dificultades para controlar bien sus niveles de glucosa, con los consiguientes efectos adversos para su salud, así como controlar sus hábitos de riesgo asociados: el sedentarismo y la dieta inadecuada. La adherencia al tratamiento y a las recomendaciones aparece como un problema relevante en el manejo de la diabetes (17).

Los datos demuestran que el olvido (10/127) y la polimedicación (5/127) son los factores más frecuentes por los cuales los pacientes no se adhirieron al tratamiento farmacológico.

En el Programa Nacional de Diabetes, los pacientes reciben sus medicamentos para la diabetes en forma gratuita. Sin embargo, suelen haber espacios de tiempo donde faltan medicamentos periodos en los cuales el paciente debe adquirir su medicina lo cual puede influir en la adherencia.

Como vemos en los diversos estudios, la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global; es justamente la baja adherencia a terapias en enfermedades crónicas, lo que origina la morbi-mortalidad que podría ser evitada.

En la diabetes, que es, con seguridad, la enfermedad crónica que más necesita de la educación del paciente, la intervención educativa del farmacéutico, tanto a nivel individual como a nivel grupal, estructurada, mejora la situación clínica del paciente diabético (19-22), su satisfacción y su calidad de vida (23,24).

Según algunos estudios, el grado de conocimiento sobre la enfermedad y la medicación por parte de los pacientes favorece el cumplimiento (19,25-29), además de influir en su calidad de vida y grado de satisfacción (30).

Está demostrado que un mayor conocimiento por parte del paciente sobre su tratamiento farmacológico favorece el cumplimiento terapéutico (25,31).

Para favorecer la adherencia es importante que el paciente tome el menor número de medicamentos posibles, número de formas farmacéuticas y con el mayor intervalo terapéutico posible. Algunas de las estrategias son utilizar fármacos de liberación sostenida o formas farmacéuticas con varios principios activos asociados (32).

La falta de adherencia conlleva consecuencias como: recurrencia de enfermedades, aumento de ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias, riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas y aumento de costos tanto individuales como sociales.

Permitir que los/as pacientes participen en las decisiones basadas en la información en un modelo de decisión médica compartida es una estrategia que se está intentando en otros países en la que un componente importante de la decisión es el respeto de valores y preferencias de los pacientes (33), pero su eficacia aún no ha sido demostrada en investigaciones científicas.

Weymiller *et al.* demostraron en un estudio en diabéticos que utilizando tarjetas de decisión y recordatorios mejoraba la adherencia en tres meses (34), sin embargo, un estudio similar realizado por Mann *et al.* en población latina no fue satisfactorio (35).

En conclusión, los datos de ese estudio muestran que el olvido y la polimedicación son los factores más frecuentes por los cuales los pacientes no se adhirieron al tratamiento farmacológico, esta información permitirá la toma de decisiones para ayudar a los pacientes en el cumplimiento de su farmacoterapia y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido financiado por la Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Nacional de Asunción y está registrado en el Catalogo de Trabajos de Investigación de la UNA. Este tipo de estudio fue realizado por primera vez en nuestro país, con el equipo de profesores y estudiantes involucrados en las materias profesionales de la carrera de Farmacia 9º Nivel, destacando la dedicación y el trabajo en equipo interdisciplinario realizado durante la ejecución del mismo.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Cresswell KM, Fernando B, McKinstry B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. *Br Med Bull.* 2007;83:259-74.
2. Luo X, Cappelleri J, Frush K. A systematic review on the application of pharmaco-epidemiology in assessing prescription drug-related adverse events in pediatrics. *Curr Med Res Opin.* 2007;23(5):1015-24.
3. Beglinger C. Ethics related to drug therapy in the elderly. *Dig Dis.* 2008;26(1):28-31.
4. Barceló A, Aedo C, Raipathk S, Roble S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* 2003;81(1):19-27.
5. Dualibi P, Valente F, Dib S. Cómo diagnosticar e tratar Diabetes mellitus do tipo 2 e do tipo 1. *Revista Brasileira de Medicina.*

- 2009;66(12):60-7. Indexado en Lilacs Virtual sob nº LLXP: S0034-72642009003000007.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. NOTA DESCRIPTIVA OMS Nº 312, Septiembre 2012 datos de la situación mundial de la Diabetes. Consultado en línea 17/12/2013. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html
 7. Cañete F. Atención y prevención diabéticas paso a paso en Paraguay. En 19th World Diabetes Congress. 2006.
 8. Maciel O. Análisis Costo - Efectividad del Cumplimiento de la Farmacoterapia Hipoglucemiante en Pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. (Tesis Doctoral). San Lorenzo: Universidad Nacional de Asunción. 2012.
 9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. 2011. Guía práctica para el tratamiento de la diabetes mellitus. Programa Nacional de Diabetes. Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay. p 50.
 10. Sotoca JM, Codina C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. *Jano*. 2006;1605:39-40.
 11. Bimbela JL. El counseling en atención primaria. *Jano*. 2002; 63(1453):54-60.
 12. Alayon A, Mosquera M. A treatment-adherence study based on diabetic patients' behaviour in Cartagena, Colombia. *Rev salud publica*. 2008;10(5):777-87. [Internet]. Consultado el 23/09/10. DOI: 10.1590/S0124-00642008000500010.
 13. Martínez F, Fernández F, Gastelurrutia M, Parras M, Faus M. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico: resultados de la fase piloto. *Ars Pharm*, 2001;42(1-2):53-65
 14. Rodríguez de Bittner. Pharmacy's participation in medicare: Diabetes self-management education. NACDS. Conference 2001.
 15. Cranor C, Christensen D. The Asheville Project: short-term outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2003;43(2):149-59.
 16. Maidana GM, Lugo G, Vera Z, Perez S, Mastroianni P. Evaluación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Pharm Care Esp*. 2016;18(1):3-15.
 17. Delamater AM. Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes*. 2006;24(2):71-7. doi: 10.2337/diaclin.24.2.71
 18. Murillo MD, Fernández F, Tuneu L. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre diabetes. Impresión: Espai Gràfic Anagrafic, S.L. ISBN: 84-609-0502-0. Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/33081> Consultado el 23 de octubre 2013.
 19. Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Guerra MM, Egea B. A Pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. *Pharm World Sci*. 2006;28(2):65-72.
 20. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother*, 2007;41(10): 1566-82.
 21. Clifford RM, Davis W, Batty K, Davis T, Fremantle Diabetes Study. Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes: The Fremantle diabetes study. *Diabetes Care* 2005; 28(4):771-6.
 22. Cranor CW, Christensen D. The Asheville project: factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc*. 2003;43(2):160-72. doi: 10.1331/108658003321480704
 23. Fornos JA, Fernández M, García P, García D, Andrés JC, Andrés NF. Analysis of the use of medication for diabetic patients in the province of Pontevedra. *Av Diabetol* 2010;26(1):47-52.
 24. Fornos JA, García G, Fernández M, González D, Floro N, Andrés J. Evaluación del conocimiento, el cumplimiento y la satisfacción del tratamiento en pacientes diabéticos en la oficina de farmacia. *Av Diabetol*. 2008;24(5):399-406.
 25. Baena MI, Fajardo P, Martínez J, Martínez F, Moreno P, Calleja M *et al*. Cumplimiento, conocimiento, y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm*. 2005;46(4):365-81.
 26. Pace AE, Ochoa igo K, Larcher M, Morais A. El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(5): 728-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500014>
 27. Fornos JA, Andrés N, Guerra M. Diseño y validación de un cuestionario de conocimiento sobre diabetes en pacientes de farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2003;5(6):268-74.
 28. Whitley HP, Fermo J, Ragucci K, Chumney EC. Assessment of patient knowledge of diabetic goals, self-reported medication adherence and goal attainment. *Pharmacy Practice*. 2006;4(4):183-90.
 29. Andrés NF, Fornos JA, Andrés IC. Valoración del conocimiento/cumplimiento en un programa de seguimiento farmacoterapéutico en diabéticos tipo 2 en farmacia comunitaria: estudio aleatorizado. *Pharm Care Esp*. 2007;9(1):2-9.
 30. Testa MA. Mejorar la terapia de diabetes: aumentar la satisfacción. *Diabetes Voice* 2003;48(4):5.
 31. OMS: La adherencia a tratamientos a largo plazo: Evidencia para la acción. *Mundo Salud*; 2003.

32. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28(5):113-20.
33. Málaga G, Sánchez Mejía A. Medicina basada en evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación. *Rev Med Hered.* 2009;20(2):103-9.
34. Weymiller AJ, Montori V, Jones L. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med* 2007;167(10):1076-82.
35. Mann DM, Ponieman D, Montori V, Arciniega J, Mcginn T. The Statin Choice decision aid in primary care: A randomized trial. *Patient Educ Couns* 2010;80(1):138-40.