ADHERENCIA EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

TAMAR BLANCA SERRANO

Palmito Books

Título: Adherencia en la atención farmacéutica

© Tamar Blanca Serrano, 2022

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books

Publicado en formato digital: CD-ROM

1ª edición: diciembre 2022

ISBN: 978-84-19533-54-8

Depósito Legal: D.L. MU 1282-2022

DEDICATORIA

Libro dedicado a mi madre por haberla dejado sola cuando investigaba en el otro lado del mundo.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN 5

CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN y OBJETIVO 13

CAPÍTULO 3. MÉTODO 15

CAPÍTULO 4. RESULTADOS 23

CAPÍTULO 5. CONCLUSIÓN 45

REFERENCIAS 49

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La Atención Farmacéutica, según el consenso sobre atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo, se define por la participación activa del farmacéutico para la asistencia del paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento fármaco-terapéutico, cooperando con otros profesionales sanitarios como puede ser el médico para conseguir que mejore la calidad de vida del paciente.

Los errores de medicación se encuentran entre las 10 principales causas de muerte en el mundo. Los farmacéuticos comunitarios pueden contribuir desde su oficina de farmacia en reducir errores de la medicación y crear adherencia en su tratamiento. Por lo que se realiza una revision sistemática sobre la adherencia en la atención farmacéutica desde la farmacia comunitaria.

NO ADHERENCIA

La falta de adherencia al tratamiento constituye un problema prioritario para la Organización Mundial de la Salud ya que provoca un peor control de la enfermedad dando lugar a un incremento en el riesgo de morbimortalidad, una reducción de la calidad de vida del paciente y un incremento del gasto sanitario

(1), por tanto abandonar el tratamiento o simplemente tomarlo mal puede llevar al fracaso fármaco-terapéutico.

Se considera que la falta de adherencia puede ser debido a diferentes causas como son, creer que el tratamiento no funcionará, no querer mejorar, ganancias secundarias de la enfermedad, no sentirse auto-eficaz, vergüenza de la enfermedad, no sentirse enfermo, sentirse mejor, no entender la enfermedad o las instrucciones, efectos secundarios, olvidarse, otro tipo de trastornos como son los trastornos mentales no tratados, déficit cognitivos, aislamiento social, abusos de sustancias y demás alteraciones psíquicas. (2) Por tanto la no adherencia además de deberse al fallo en la toma de medicación, también es debido al retardo en la búsqueda del cuidado médico, no cumplir con las citas, terminación prematura del tratamiento, no tomar medidas preventivas e incluso sustituir el régimen médico/farmacéutico por uno alternativo (3). Por ello existen dos tipos de no adherencia, la voluntaria cuando los pacientes deciden no tomar el tratamiento, porque se sienten mejor, porque consideran que deben reducirse la dosis o simplemente porque quieren usar métodos alternativos científicamente no probados. Y la no adherencia involuntaria es cuando el paciente pese a que quiere cumplir con

el tratamiento no pueden hacerlo por razones de olvido, confusión o simplemente por no entender el prospecto (4).

La falta de adherencia a la medicación es común entre los pacientes tratados por enfermedades crónicas aproximadamente el 30-50% no toman su medicación según lo prescrito. Esto puede tener consecuencias negativas importantes clínicas y económicas (5) por lo que es un obstáculo para la eficacia y para el coste en el cuidado de la salud (6) ya que afecta al riesgo de recaída, y provoca un aumento de reingresos hospitalarios y, en general, el uso de otros servicios de salud. (7) De un tercio a dos tercios de todos los ingresos hospitalarios relacionados con la medicación se atribuyen a la falta de adherencia del medicamento (8) por ejemplo en pacientes con esquizofrenia el riesgo de ingreso hospitalario es casi cuatro veces mayor entre los pacientes que no son adherentes que aquellos que son adherentes (9). Estas son buenas razones para tratar de mejorar el tratamiento con la adherencia a los medicamentos prescritos ya que las estimaciones indican que el 28% de las nuevas recetas están sin cubrir (no adherencia primaria) (10) y entre los que adquieren los medicamentos, las tasas de adherencia son a menudo inferiores al 50% (11) por lo que hay que ser responsable en la toma de medicamentos, hay que tener cumplimiento y constancia para obtener resultados positivos en salud. Los pacientes a menudo tienen dificultad para

seguir las pautas prescritas pero los farmacéuticos pueden ser capaces de mejorar el cumplimiento y los resultados de los pacientes mediante la participación en actividades de cuidado farmacéutico (12).

ADHERENCIA

La adherencia es el cumplimiento del paciente a las recomendaciones dadas por los diferentes profesionales de salud por lo que la adherencia a los medicamentos es de gran interés para aumentar la eficacia al tratamiento, cubriendo grandes expectativas y mejorando la calidad de vida. Presenta gran implicación en el cuidado sanitario y a nivel económico ya que provoca una menor tasa de hospitalizaciones y por ello menor coste por paciente (13).

Hay que informar sobre la adherencia al tratamiento ya que la motivación es una parte fundamental en la destreza del comportamiento adherente y ello provocaría un resultado positivo (14). La adherencia es más que recordar las tomas de la medicación, es hacer cumplir las citas con los diferentes profesionales sanitarios, tomar decisiones que requieren tiempo y compromiso, realizar visitas de seguimiento, además hay factores que aumenta la adherencia como que el paciente considere que su enfermedad es de importancia, expectativas del

paciente, apoyo familiar y de amigos, supervisión de la medicación y satisfacción del paciente (15).

La adherencia es considerada como uno de los principales factores para el éxito del tratamiento de muchas enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima una tasa de adhesión del 50 por ciento para las terapias a largo plazo para las enfermedades crónicas en los países desarrollados (16).

Múltiples meta-análisis han demostrado que las intervenciones de promoción de la adherencia mejoran los resultados del paciente incluyendo el comportamiento de auto-gestión y la gravedad de la enfermedad entre los niños y adolescentes con una condición médica crónica (17-19). A medida que las intervenciones reducen la falta de adherencia entre los adultos también dan lugar a mejoras en la calidad de vida (20) Y la reducción de utilización de asistencia sanitaria (21,22), intervenciones de promoción de la adherencia pediátricos eficaz puede también tienen el potencial de mejorar los resultados médicos, psicológicos y económicos fundamentales para lograr el 'Triple Objetivo' (23).

Es importante destacar que, durante los últimos años, el papel de los farmacéuticos se ha expandido de la dispensación de recetas para prestar otros servicios a los pacientes. Los pacientes a menudo tienen varios médicos, pero con

frecuencia pertenecen a una sola farmacia (24); y los farmacéuticos son a menudo los últimos profesionales de la salud que los pacientes ven antes de tomar sus medicamentos (12) por lo que la intervención del farmacéutico puede mejorar la gestión y los resultados de las diferentes enfermedades de los pacientes como son las enfermedades cardiovasculares (25), la hipertensión (26), la diabetes mellitus (27), y el asma (28). Hay estudios que han demostrado que aumentar la adherencia con antidepresivos con ayuda del farmacéutico mejora los resultados de salud y reduce los costos de tratamiento a largo plazo (29).

CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN y OBJETIVO

Se evalúa el impacto de las intervenciones para la mejora de adherencia con los indicadores clínicos, económicos y humanísticos pero nuestra revisión se centró en los indicadores económicos y humanísticos porque hay una revisión sistemática reciente y de calidad en Cochrane donde analiza los indicadores clínicos en profundidad.

Por lo que el objetivo de nuestra revisión sistemática es elaborar un listado con los indicadores de impacto más frecuentes en las intervenciones de profesionales sanitarios para la adherencia del tratamiento a partir de diferentes revisiones sistemáticas

CAPÍTULO 3. MÉTODO

Diseño

Se realizó una revisión sistemática de revisiones sistemáticas, siguiendo la metodología propuesta por Cochrane y los principios establecidos en la declaración PRISMA (30).

Estrategia de Búsqueda y Bases de datos

La búsqueda bibliográfica abarcó hasta octubre de 2015. Para la estrategia de búsqueda empleamos PubMed con una búsqueda automática que incluyó los siguientes términos descriptores:

#1 Add

Search (("patient compliance" AND "drug therapy") OR "medication adherence")

#2 Add

Search ((systematic review [ti] OR meta-analysis [pt] OR meta-analysis [ti] OR systematic literature review [ti] OR this systematic review [tw] OR (systematic review [tiab] AND review [pt]) OR meta synthesis [ti] OR meta synthesis [ti] OR integrative review [tw] OR integrative research review [tw] OR rapid review [tw] OR consensus development conference [pt] OR practice guideline [pt] OR cochrane database syst rev [ta] OR acp journal club [ta] OR health technol as es [ta] OR evid rep technol as es summ [ta] OR drug clas reviews [ti]) OR (clinical guideline)

[tw] AND management [tw]) OR ((evidence based[ti] OR evidence-based medicine [mh] OR best practice* [ti] OR evidence synthesis [tiab]) AND (review [pt] OR diseases category[mh] OR behavior and behavior mechanisms [mh] OR therapeutics [mh] OR evaluation studies[pt] OR validation studies[pt] OR guideline [pt] OR pmcbook)) OR ((systematic [tw] OR systematically [tw] OR critical [tiab] OR (study selection [tw]) OR (predetermined [tw] OR inclusion [tw] AND criteri* [tw]) OR exclusion criteri* [tw] OR main outcome measures [tw] OR standard of care [tw] OR standards of care [tw]) AND (survey [tiab] OR surveys [tiab] OR overview* [tw] OR review [tiab] OR reviews [tiab] OR search* [tw] OR handsearch [tw] OR analysis [ti] OR critique [tiab] OR appraisal [tw] OR (reduction [tw]AND (risk [mh] OR risk [tw]) AND (death OR recurrence))) AND (literature [tiab] OR articles [tiab] OR publications [tiab] OR publication [tiab] OR bibliography [tiab] OR bibliographies [tiab] OR published [tiab] OR unpublished [tw] OR citation [tw] OR citations [tw] OR database [tiab] OR internet [tiab] OR textbooks [tiab] OR references [tw] OR scales [tw] OR papers [tw] OR datasets [tw] OR trials [tiab] OR meta-analy* [tw] OR (clinical [tiab] AND studies [tiab]) OR treatment outcome [mh] OR treatment outcome [tw] OR pmcbook)) NOT (letter [pt] OR newspaper article [pt]))

#3 Add

Search (#1 AND #2)

De forma complementaria se realizó una búsqueda manual entre las referencias de las publicaciones seleccionadas.

Selección de estudios

Criterios de inclusión

- Pacientes patológicos de cualquier rango de edad y con cualquier tipo de patología.
- Intervención: cualquier intervención destinada a la mejora de la adherencia del tratamiento.
- Diseños de los estudios: otras revisiones sistemáticas o meta-análisis que realicen intervenciones de adherencia además que presenten estructura en PICO (pacientes, intervenciones, controles, resultados y diseño del estudio) con bases de datos usadas específicamente, cuyos estudios fueses experimentales y como principal objetivo del estudio el aumento de la adherencia, presentando los indicadores específicos.

Criterios de exclusión

Aquellos artículos que no fuesen revisión sistemática. Si declaran en el título que es revisión sistemática y/o meta-análisis lo son, independientemente de la calidad. Cuando las revisiones no están centradas en evaluar intervenciones para la mejora de la adherencia como objetivo principal, el objetivo del estudio tiene que mencionar la palabra adherencia y/o cumplimiento.

Criterios de exclusión lectura texto completo

Si en el título no aparece la palabra "revisión sistemática" o "meta-análisis", cumplen las siguientes condiciones de la declaración PRISMA: No se especifica claramente la pregunta de investigación y no presenta la estructura PICO. No se especifican las bases de datos utilizadas para realizar las búsquedas ni el periodo de tiempo utilizado. Descripción del proceso de selección de los artículos explicando el número de artículos incluidos y excluidos en cada paso lo que se denomina modelo PRISMA.

Diseños de los estudios: Los estudios incluidos no son estudios experimentales.

Intervención adherencia: Las intervenciones realizadas no están enfocadas a la mejora de la adherencia como objetivo principal de la misma.

Indicadores de impacto: No se especifican los indicadores clínicos o económicos o humanísticos utilizados para evaluar el impacto de las intervenciones diseñadas.

Se excluyeron aquellos estudios publicados en un idioma diferente al inglés o español.

Métodos de extracción de datos

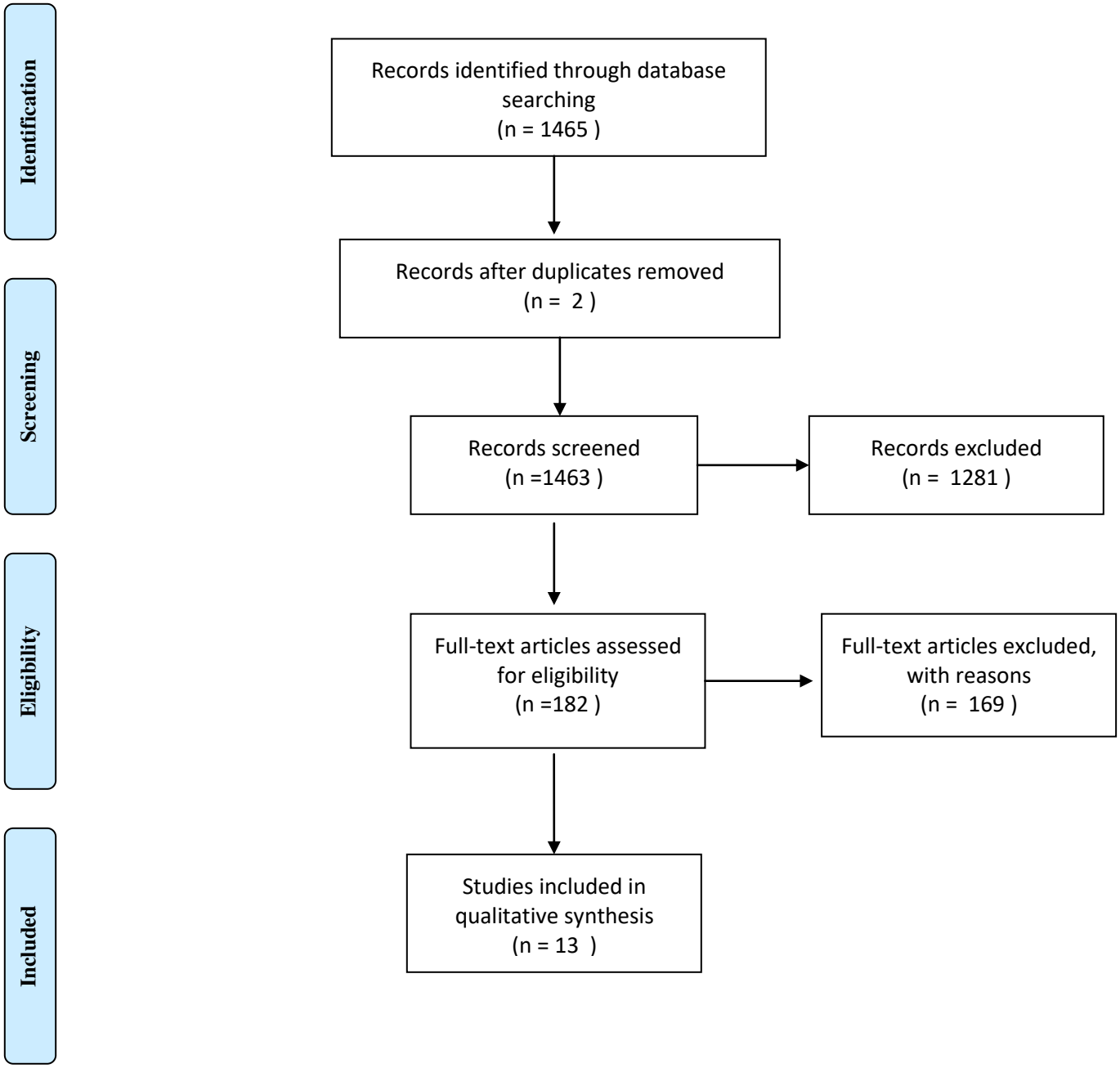
Un investigador empleó un formulario de extracción de datos donde registró la información relativa a las características de las revisiones sistemáticas incluidas como nombre del artículo, año y país de publicación, objetivo, diseño del estudio, fecha del estudio, bases de datos utilizadas, estrategias de búsqueda, sistema de calidad del estudio, número de estudios incluidos, idioma empleado, tipo de estudio, criterios de inclusión y exclusión, intervenciones realizadas, resultados, tipo de indicadores empleados además del método de medida y el resultado del estudio.

Medidas de resumen y tratamiento estadístico

Dada la heterogeneidad de las intervenciones ensayadas y de los indicadores, los métodos empleados en la medida, expresión de los resultados y la duplicidad de los ensayos en artículos incluidos en más de una revisión sistemática no se

consideró adecuada la combinación estadística y análisis inferencial de las tasas de eficacia calculadas para cada revisión. Por ello recogemos los indicadores de impacto de las revisiones sistemáticas incluidas en este trabajo en un listado.

Figura 1. Esquema general del estudio, modelo PRISMA



CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Números de artículos totales

Como resultado en la búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas se localizaron un total de 1465 referencias, 2 de las cuales fueron excluidas por encontrarse duplicadas. Tras la eliminación de los duplicados, el número final de referencias cribadas fue de 1463 referencias. Una primera lectura por título y resumen permitió descartar 1281 referencias que no cumplían los criterios de inclusión establecidos para la revisión sistemática.

Tras el cribado inicial se identificaron 182 artículos potencialmente elegibles, que fueron revisados posteriormente a texto completo. Finalmente, se seleccionaron 13 de estos 182 artículos (31-43).

Características de las revisiones incluidas

La tabla 2 detalla las principales características de las revisiones incluidas, en ella se recoge el autor, año, país, objetivo del estudio y el número de artículos incluidos en la revisión. En común presentan nuestros criterios de inclusión, todas son revisiones sistemáticas, en todas se realiza una intervención y el objetivo principal del estudio es medir la adherencia al tratamiento usando un indicador.

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados

Autor (año) Referencia	**País**	**Objetivo**	**Números de artículos incluidos**
McGrady ME (2015) (31)	USA	El propósito de este estudio fue realizar una revisión sistemática y meta-análisis de los efectos a nivel micro, meso-nivel y macro-nivel de las intervenciones que mejoran la adherencia entre los niños y adolescentes con una condición médica crónica	28
Zhong H (2014) (32)	China	El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la influencia de la atención farmacéutica sobre los resultados de salud, los resultados humanísticos (por ejemplo, la calidad de vida,	14

		cumplimiento de la medicación, y la satisfacción del paciente), y la utilización de asistencia sanitaria en pacientes con EPOC.	
Mikyas Y (2014) (33)	US	El objetivo de esta revisión sistemática fue identificar y sintetizar los conocimientos actuales relacionados con la adherencia a la medicación en osteoporosis en la población masculina, las posibles implicaciones de la falta de adherencia a la medicación, y el coste médico de fracturas relacionadas con la osteoporosis y utilización de recursos sanitarios en hombres.	18 publicaciones específicas sobre adherencia 37 publicaciones específicas sobre coste
Oberje EJ (2013)	Países	El objetivo fue examinar la	14

(34)	Bajos	rentabilidad de las intervenciones para mejorar la adherencia en comparación con la atención habitual en los ensayos controlados aleatorios, y para evaluar la calidad metodológica de las evaluaciones económicas.	
Mathes T (2013) (35)	Alemania	El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar la relación coste-efectividad de las diferentes intervenciones de adherencia, así como los factores que influyen para HAART en pacientes infectados por el VIH en los países desarrollados.	4
Waterman H (2013) (36)	UK	El objetivo es resumir los efectos de las intervenciones para	16

		mejorar la adherencia a la terapia hipotensora ocular en personas con glaucoma.	
Laba TL (2013) (37)	Australia	Esta revisión sistemática tiene como objetivo determinar los efectos de las estrategias para mejorar la adherencia a los medicamentos prescritos para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares en los grupos en desventaja socioeconómica y para identificar las características de las estrategias que parecen ser efectivos.	14
Petry NM (2012) (38)	Farmington	El objetivo de la investigación publicada mide los refuerzos financieros para mejorar la adherencia a la medicación, y un	21

		meta-análisis determinó la magnitud del efecto de estas intervenciones.	
Al-Jumah KA (2012) (39)	Arabia Saudí	El objetivo de esta investigación fue examinar sistemáticamente la literatura publicada para explorar diferentes tipos de intervenciones farmacéuticas utilizadas con el fin de mejorar la adherencia de los pacientes a los medicamentos antidepresivos	12
Wakefield BJ (2013) (40)	US	El propósito principal de este estudio fue describir y cuantificar las intervenciones individuales que se utilizan en los programas de gestión de pacientes ambulatorios multi-componente. Se utilizó un meta-análisis para	43

		evaluar los efectos de los programas multi-componentes sobre los resultados de las readmisiones, servicio de urgencias, visitas, utilización clínica / consultorio médico, informe de costes, mortalidad, calidad de vida específica y genérica, la satisfacción con la atención, el estado de ánimo, la adherencia, el conocimiento, la auto-eficacia, y los síntomas.	
Garcia-Perez L (2011) (41)	España	El objetivo de este estudio fue explorar la relación coste-efectividad de las intervenciones para mejorar la adherencia a las terapias de medicamentos en pacientes psiquiátricos mediante la revisión de la literatura internacional.	6

Lai P (2010) (42)	Malasia	Una revisión sistemática de los estudios publicados sobre las intervenciones no farmacológicas por los profesionales de la salud para mejorar los resultados en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis.	24
Gray TA (2009) (43)	UK	EL objetivo es resumir los efectos de las intervenciones para mejorar la adherencia a la terapia hipotensora ocular en personas con glaucoma	8

Resumen de resultados por tipo de impacto

Indicadores de resultado

Evaluamos el impacto humanístico y económico en las diferentes revisiones.

Si analizamos el impacto en nuestras 13 revisiones sistemáticas podemos comprobar que sólo 9 revisiones estudian el impacto humanístico (31,32,34,36,39-43) donde destaca como indicador la calidad de vida, tanto con instrumentos genéricos como específicos y la satisfacción del paciente. Para cuantificar los indicadores emplean diferentes cuestionarios específicos (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de resultado humanístico

Autor (año) Referencia	**Indicador**	**Método de medida**
McGrady ME (2015) (31)	Calidad de vida	• Quality of life Questionarie • PedsQL™ (Pediatric quality of life inventory 4.0) • Diabetes Quality of life scale for youth • Pediatric asthma quality of life questionnaire

Zhong H (2014) (32)	Calidad de vida Satisfacción del paciente	• Questionnaire La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale • Validated 4-item global measure • The Omnibus Survey
Mikyas Y (2014) (33)		
Oberje EJ (2013) (34)	Calidad de vida	• Calidad de vida ajustado por años • Calidad de vida ajustado por meses
Mathes T (2013) (35)		
Waterman H (2013) (36)	Calidad de vida	Cuestionarios: • MOS SF36 • IPQ-R • VFQ-25

		• COMTol
Laba TL (2013) (37)		
Petry NM (2012) (38)		
Al-Jumah KA (2012) (39)	Calidad de vida Satisfacción del paciente	• Frecuencia de visita clínica • Síntomas depresivos • Cuestionarios
Wakefield BJ (2013) (40)	Calidad de vida	• Calidad de vida específica • Calidad de vida genérica • Estado anímico • Satisfacción • Síntomas
Garcia-Perez L	Calidad de vida	• EQ-5D cuestionario

(2011) (41)		• AVAC (años de vida ajustados por la calidad)
Lai P (2010) (42)	Calidad de vida-QOL (uso de instrumentos genéricos) Calidad de vida-HRQOL (uso de instrumentos específicos)	Cuestionarios: • QUALEFFO Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis • RAND 36 generic health survey • SF 12 medical outcomes study 12-item Short Form Questionnaire (generic) • SF 36 medical outcomes study 36-item Short Form Questionnaire (generic)

		• EQ-5D generic health-related European quality of life questionnaire • JOQOL Japanese Osteoporosis Quality of Life Questionnaire • OQLQ Osteoporosis Quality of Life Questionnaire WHOQOL-BREF World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) generic instrument • Generic QOL questionnaire designed by the authors, but not

		validated
Gray TA (2009) (43)	Calidad de vida	Cuestionarios: • MOS SF36 • IPQ-R • VFQ-25

Indicadores de resultado económico

Si analizamos el impacto en nuestras 13 revisiones sistemáticas podemos comprobar que sólo 8 revisiones estudian el impacto económico (32-35,37,38,40,41) donde destaca como indicador los costes, concretamente se analizan principalmente los costes directos e indirectos en las diferentes revisiones además de su relación con la eficacia, utilidad, beneficio, calidad y efectividad. En cada caso se emplea un método de medida diferente como es el coste de la medicación, coste de las visitas a especialistas, coste de urgencias, coste de hospitalización, coste de transporte y demás costes relacionados con el paciente (Tabla 4).

Tabla 4. Indicadores de resultado económico

Autor (año) Referencia	**Indicador**	**Método de medida**
McGrady ME (2015) (31)		
Zhong H (2014) (32)	El coste correspondiente a los estudios	• El coste se calculó en base a la utilización de la atención (es decir, utilizan los recursos de salud, el tratamiento con medicamentos, la educación del paciente). • Informó el coste medio (€) del tratamiento farmacológico en el hospital, visitas a urgencias, atención primaria y consultas a especialistas, y el

		tratamiento de atención primaria en detalle, pero sin coste total
Mikyas Y (2014) (33)	Costes directos Costes indirectos	• Coste directo (Costes de la osteoporosis, el coste de utilización de los recursos, incluido el coste de la atención / largo plazo hospitalización, rehabilitación / cuidados de enfermería a domicilio, terapia de drogas fractura-preventiva, otros costes directos relacionados con la osteoporosis • Costes indirectos (pérdida de productividad debido a la mortalidad, la jubilación

		anticipada, y el absentismo)
Oberje EJ (2013)(34)	Coste y efecto de las intervenciones	• Programa de salud de medida para expresar los costes y efectos de las intervenciones: costes de salud, pérdidas y ganancias. • Se usaron CEACs que son curvas de coste-efectividad de aceptabilidad se utilizaron para evaluar la incertidumbre estadística en relación con la disposición a pagar.
Mathes T (2013) (35)	Coste-Utilidad Coste-Calidad Coste-Efectividad	• Costes del paciente por tiempo en consulta • Tiempo de profesionales

	Costes directos	de salud
Waterman H (2013) (36)		
Laba TL (2013) (37)	Costes directos Costes Indirectos	• El análisis comparativo de costes y las pruebas de laboratorio de patología
Petry NM (2012) (38)	Coste-Eficacia Coste-Beneficio	• Dinero de consulta • Visitas al hospital
Al-Jumah KA (2012) (39)		
Wakefield BJ (2013) (40)	Costes	• Visitas a urgencias • Readmisión en hospital • Mortalidad
Garcia-Perez L (2011) (41)	Costes directos Costes Indirectos Eficacia y Coste	• Costes directos que se incluyen médicos y no médicos: especialistas,

	efectividad	enfermeras y psicoterapia visitas, atención hospitalaria, medicamentos, atención comunitaria, gastos de justicia penal (detenciones, abogado… • Costes indirectos, como son la pérdida de productividad y absentismo • Incentivos financieros para prueba de la adherencia (FIAT) Se evaluará su eficacia y coste-efectividad de un incentivo financiero para cada inyección de depósito.

Lai P (2010) (42)		
Gray TA (2009) (43)		

CAPÍTULO 5. CONCLUSIÓN

Tras estudiar las diferentes revisiones que forman parte de nuestro estudio, podemos concluir que tras una intervención mejora la calidad de vida del paciente además de los indicadores clínicos y en cambio los indicadores económicos no se sabe qué impacto provocarían debido a que la gran cantidad de intervenciones múltiples y realizadas por diferentes miembros del sistema sanitario, nos provoca que no tengamos una forma general para medir el resultado económico de nuestro estudio, lo que hace que necesitemos realizar un posterior estudio con condiciones más sensibles y de calidad realizadas por los farmacéuticos para ver realmente qué pasa. Además de poder existir gran competencia en la implantación de las intervenciones entre los diferentes profesionales sanitarios.

Para mejorar la adherencia al tratamiento es necesario actuar y analizar el impacto en diferentes dimensiones: profesional sanitario, tratamiento, enfermedad, paciente y vertiente socioeconómica. Mejorar el proceso de adherencia terapéutica es un reto multidisciplinar en el que resulta esencial la coordinación entre todos los profesionales sanitarios y la implicación decidida de los pacientes. Sería interesante homogeneizar los métodos de medición y evaluación de la adherencia terapéutica para poder intervenir de forma más eficiente en los principales factores de falta de cumplimiento.

La ausencia de publicaciones similares impide evaluar la coherencia de nuestros resultados con otros autores. Posiblemente, la principal fortaleza del presente trabajo resida en su propia metodología, dado que no consta la existencia de publicaciones de naturaleza similar.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Gonzalez-Bueno J, Vega-Coca MD, Rodriguez-Perez A, Toscano-Guzman MD, Perez-Guerrero C, Santos-Ramos B. [Interventions for improving adherence to treatment in patients with multiple pathologies: overview of systematic reviews]. Aten Primaria. 2016 Feb;48(2):121-30.

2. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. Arch Intern Med. 2007 Mar 26;167(6):540-50.

3. Moullec G, Gour-Provencal G, Bacon SL, Campbell TS, Lavoie KL. Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: impact of using components of the chronic care model. Respir Med. 2012 Sep;106(9):1211-25.

4. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Objectively measured, but not self-reported, medication adherence independently predicts event-free survival in patients with heart failure. J Card Fail. 2008 Apr;14(3):203-10

5. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. Med Care. 2002 Sep;40(9):794-811.

6. Julius RJ, Novitsky MA, Jr., Dubin WR. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. J Psychiatr Pract. 2009 Jan;15(1):34-44.

7. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. Psychiatr Serv. 2004 Aug;55(8):886-91.

8. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005 Aug 4;353(5):487-97.

9. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophr Bull. 1997;23(4):637-51.

10. Fischer MA, Stedman MR, Lii J, Vogeli C, Shrank WH, Brookhart MA, et al. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. J Gen Intern Med. 2010 Apr;25(4):284-90.

11. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA. 2002 Dec 11;288(22):2880-3.

12. Weinberger M, Murray MD, Marrero DG, Brewer N, Lykens M, Harris LE, et al. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: a randomized controlled trial. JAMA. 2002 Oct 2;288(13):1594-602.

13. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care. 2004 Mar;42(3):200-9.

14. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. Ann Intern Med. 2012 Dec 4;157(11):785-95.

15. Jarab AS, Alqudah SG, Khdour M, Shamssain M, Mukattash TL. Impact of pharmaceutical care on health outcomes in patients with COPD. Int J Clin Pharm. 2012 Feb;34(1):53-62.

16. De Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Eur J Cardiovasc Nurs. 2003 Dec;2(4):323.

17. Kahana S, Drotar D, Frazier T. Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. J Pediatr Psychol. 2008 Jul;33(6):590-611.

18. Graves MM, Roberts MC, Rapoff M, Boyer A. The efficacy of adherence interventions for chronically ill children: a meta-analytic review. J Pediatr Psychol. 2010 May;35(4):368-82.

19. Pai AL, McGrady M. Systematic review and meta-analysis of psychological interventions to promote treatment adherence in children, adolescents, and young adults with chronic illness. J Pediatr Psychol. 2014 Sep;39(8):918-31.

20. Goeman D, Jenkins C, Crane M, Paul E, Douglass J. Educational intervention for older people with asthma: a randomised controlled trial. Patient Educ Couns. 2013 Dec;93(3):586-95.

21. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur D, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. Int J Ment Health Nurs. 2013 Jun;22(3):256-71.

22. Denford S, Taylor RS, Campbell JL, Greaves CJ. Effective behavior change techniques in asthma self-care interventions: systematic review and meta-regression. Health Psychol. 2014 Jul;33(7):577-87.

23. Pai AL, Drotar D. Treatment adherence impact: the systematic assessment and quantification of the impact of treatment adherence on pediatric medical and psychological outcomes. J Pediatr Psychol. 2010 May;35(4):383-93.

24. Arya V, Pinto S, Singer J. Understanding awareness of pharmacist-led medication therapy management among primary care physicians in New York City, Part II: Findings and implications. J Med Pract Manage. 2013 Nov-Dec;29(3):187-94.

25. Santschi V, Chiolero A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Arch Intern Med. 2011 Sep 12;171(16):1441-53.

26. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. Arch Intern Med. 2009 Oct 26;169(19):1748-55.

27. Collins C, Limone BL, Scholle JM, Coleman CI. Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2011 May;92(2):145-52.

28. Benavides S, Rodriguez JC, Maniscalco-Feichtl M. Pharmacist involvement in improving asthma outcomes in various healthcare settings: 1997 to present. Ann Pharmacother. 2009 Jan;43(1):85-97.

29. Revicki DA, Simon GE, Chan K, Katon W, Heiligenstein J. Depression, health-related quality of life, and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment. J Fam Pract. 1998 Dec;47(6):446-52.

30. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Int J Surg. 2010;8(5):336-41.

31. McGrady ME, Ryan JL, Gutierrez-Colina AM, Fredericks EM, Towner EK, Pai AL. The impact of effective paediatric adherence promotion interventions: systematic review and meta-analysis. Child Care Health Dev. 2015 Nov;41(6):789-802.

32. Zhong H, Ni XJ, Cui M, Liu XY. Evaluation of pharmacist care for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pharm. 2014 Dec;36(6):1230-40.

33. Mikyas Y, Agodoa I, Yurgin N. A systematic review of osteoporosis medication adherence and osteoporosis-related fracture costs in men. Appl Health Econ Health Policy. 2014 Jun;12(3):267-77.

34. Oberje EJ, de Kinderen RJ, Evers SM, van Woerkum CM, de Bruin M. Cost effectiveness of medication adherence-enhancing interventions: a systematic review of trial-based economic evaluations. Pharmacoeconomics. 2013 Dec;31(12):1155-68.

35. Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. Cost-effectiveness of adherence interventions for highly active antiretroviral therapy: a systematic review. Int J Technol Assess Health Care. 2013 Jul;29(3):227-33.

36. Waterman H, Evans JR, Gray TA, Henson D, Harper R. Interventions for improving adherence to ocular hypotensive therapy. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4:CD006132.

37. Laba TL, Bleasel J, Brien JA, Cass A, Howard K, Peiris D, et al. Strategies to improve adherence to medications for cardiovascular diseases in socioeconomically disadvantaged populations: a systematic review. Int J Cardiol. 2013 Sep 10;167(6):2430-40

38. Petry NM, Rash CJ, Byrne S, Ashraf S, White WB. Financial reinforcers for improving medication adherence: findings from a meta-analysis. Am J Med. 2012 Sep;125(9):888-96.

39. Al-Jumah KA, Qureshi NA. Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. Patient Prefer Adherence. 2012;6:87-100.

40. Wakefield BJ, Boren SA, Groves PS, Conn VS. Heart failure care management programs: a review of study interventions and meta-analysis of outcomes. J Cardiovasc Nurs. 2013 Jan-Feb;28(1):8-19.

41. Garcia-Perez L, Serrano-Aguilar P. Cost-effectiveness of interventions to enhance medication adherence in psychiatric patients: a systematic review. Curr Clin Pharmacol. 2011 May;6(2):115-24.

42. Lai P, Chua SS, Chan SP. A systematic review of interventions by healthcare professionals on community-dwelling postmenopausal women with osteoporosis. Osteoporos Int. 2010 Oct;21(10):1637-56.

43. Gray TA, Orton LC, Henson D, Harper R, Waterman H. Interventions for improving adherence to ocular hypotensive therapy. Cochrane Database Syst Rev. 2009(2):CD006132.