

## Editorial

### Experiències dels proveïdors

Atenció farmacèutica i seguiment de l'adherència en pacients amb patologia crònica

Abordatge multidisciplinari de l'hepatitis C com a model de millora de l'adherència al tractament

### Opinió dels professionals

Les APP com a eines per millorar l'adherència al tractament farmacològic

### Actualització farmacoterapèutica

# Editorial

L'adherència als tractaments farmacològics, un repte

L'OMS estima que fins a un 50% dels pacients amb malalties cròniques presenten una adherència deficient al tractament, que provoca una reducció de l'efectivitat i de la seguretat dels pacients, que es tradueix en un augment dels costos sanitaris<sup>1</sup>.

Si el medicament no es pren, no funciona. Però llavors, per què es produeix la manca d'adherència? Diferents estudis qualitius mostren que les raons són variades i múltiples, i que depenen de factors relacionats amb els diferents pacients. El fet de no percebre la gravetat de la malaltia o no acceptar-la pot donar lloc a rebutjar prendre la medicació<sup>1</sup>. També hi poden haver oblitats puntuals o deliberats (no adherència de cap de setmana o de vacances)<sup>2,3</sup>. Alguns pacients no entenen les indicacions que els professionals els donen o no goson preguntar el que no entenen, o bé tenen problemes de comprensió dels prospectes<sup>4</sup>. El nombre de medicaments a prendre, els règims posològics complexos, o el canvi d'aspecte de la medicació també poden donar lloc a confusió i a no prendre correctament el tractament prescrit<sup>5</sup>.

Hi ha diferents mètodes per mesurar l'adherència, ja que no n'hi ha cap que per si sol sigui l'ideal. Els professionals sanitaris haurien d'avaluar individualment els riscos de la no adherència al llarg del temps, així com la persistència del tractament<sup>6</sup>. També haurien de fomentar actituds i habilitats, i facilitar els coneixements necessaris per promoure l'autocura (entre elles la gestió de la pròpia medicació), avaluar l'adherència i simplificar els tractaments al màxim<sup>7</sup>. Un estudi recent mostra els beneficis de la desprescripció sobre la millora de l'adherència als tractaments<sup>8</sup>. Les accions de millora a prendre són multidimensionals i també multidisciplinàries.

En el primer número del butlletí e-farma de l'RSB (setembre 2007) es va publicar un estudi de coordinació amb oficines de farmàcia i l'ús de sistemes personalitzats de dosificació (SPD). En aquest número s'actualitza el tema, amb la presentació de dues experiències d'atenció farmacèutica centrades en pacients crònics complexos, pacients amb antiretrovirals i pacients amb triple teràpia per l'hepatitis C, un repte terapèutic molt recent. A més, les noves tecnologies de la informació estan produint un canvi de paradigma en la mesura i seguiment de l'adherència, i els professionals sanitaris han de conèixer les eines per poder-les avaluar i recomanar als seus pacients.

El Pla de salut de Catalunya estableix la prioritat de millorar la utilització racional dels medicaments, a través de les intervencions en la revisió, la conciliació i la millora de l'adherència. Aquestes estratègies són inversions per millorar els resultats en salut i la seguretat dels pacients, necessàries en qualsevol sistema de salut que vulgui ser més eficient.

1. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. Disponible a: <http://bit.ly/1wuqysB>.
2. Vervloet M, Spreeuwenberg P, Bouvy ML, et al. Lazy Sunday afternoons: the negative impact of interruptions in patients' daily routine on adherence to oral antidiabetic medication. A multilevel analysis of electronic monitoring data. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;(69):8:1599-606.
3. Julious SA, Campbell MJ, Bianchi SM, et al. Seasonality of medical contacts in school-aged children with asthma: association with school holidays. *Public Health.* 2011;125(11):769-76.
4. Zang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother.* 2014;48(6):741-51.
5. Kesselheim AS, Bykov K, Avorn J, et al. Burden of changes in pill appearance for patients receiving generic cardiovascular medications after myocardial infarction: cohort and nested case-control studies. *Ann Intern Med.* 2014;161(2):96-103.
6. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health.* 2008;11(1):44-7.
7. American College of Preventive Medicine. Medication adherence time tool: improving health outcomes. 2011. Disponible a: [http://www.acpm.org/?MedAdherTT\\_ClinRef](http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef).
8. Reeve E, Wiese MD. Benefits of deprescribing on patients' adherence to medications. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(1):26-9.

#### Comitè editorial

Àssun Àlvarez, Teresa Arranz, Manel Borrell, David Clusa, Joan Carles Contel, Joan Costa, Cristina Ibáñez, Marta Roig Izquierdo, Marta Roig Martínez, Domingo Ruiz i Corinne Zara

#### Comitè de redacció

Àngels Anton, Anna Coma, M. Antònia Gelabert, Cristina Ibáñez, Jordi Peláez, Rita Puig, M. Eugènia Rey, Mercè Rodríguez, Lourdes Tamarit i Corinne Zara

#### Coordinació editorial

Corinne Zara i Cristina Ibáñez

Secretaria tècnica  
Hermi González

El butlletí  
e-farma RSB  
és membre de



# Experiències dels proveïdors

## Atenció farmacèutica i seguiment de l'adherència en pacients amb patologia crònica

### 1. Introducció

Sens dubte un dels factors més importants dins de la farmacoteràpia dels pacients crònics és l'adherència terapèutica. En general, per assolir un bon resultat terapèutic es considera acceptable una adherència superior al 80%, si bé en el cas de la teràpia antiretroviral aquest percentatge hauria de ser superior al 95%<sup>1</sup>. En oncologia-hematologia, concretament en la teràpia dirigida oral amb antineoplàstics, cal establir adherències de pràcticament del 100% per tal de garantir l'èxit terapèutic<sup>2</sup>. L'evidència clínica mostra que els pacients que segueixen tractaments crònics presenten graus baixos d'adherència a aquests<sup>3,4</sup>, que s'associen a diferents factors (taula 1).

Taula 1. Principals factors de risc associats a la no adherència<sup>5,6,7</sup>

- Malalties cròniques.
- Deteriorament cognitiu.
- Tractaments complexos (múltiples fàrmacs) o prolongats.
- Múltiples dosis diàries.
- Preocupació o por per part del pacient pels efectes que pot produir la medicació.
- Comunicació deficient entre el pacient i el personal sanitari.
- Malaltia psiquiàtrica.

Alguns dels factors associats a una baixa adherència són no modificables o difícilment modificables com, per exemple, la naturalesa de la malaltia a tractar. En canvi, d'altres factors com la comunicació deficient o la preocupació del pacient pels efectes del tractament<sup>8</sup>, sí que es poden modificar si es fa una intervenció educativa correcta. Aquesta intervenció ha de detectar problemes d'adherència, els motius i dur a terme la intervenció necessària en cada cas. A més, és necessari realitzar un bon seguiment dels pacients per avaluar l'impacte d'aquestes intervencions.

La manca d'adherència suposa un potencial problema sanitari en molts aspectes: empitjorament de les patologies cròniques per ineficàcia, reingressos, consultes a urgències, sobreprescripció, etc. Per tant, la implementació de programes de seguiment de l'adherència és clau per millorar l'eficiència dels tractaments i disminuir tant els riscos com els costos associats a la seva utilització inadequada<sup>9</sup>.

### 2. Metodologia

En el nostre centre disposem d'un programa de seguiment de l'adherència i d'informació al pacient, focalitzat en tres tipus de pacients ambulatoris:

#### a) Pacients amb insuficiència cardíaca (IC)

En aquests pacients les visites de farmàcia es centren en la valoració de l'adherència al tractament i de l'autoconeixement dels fàrmacs per part del pacient. El metge responsable de la Unitat d'IC de l'hospital deriva al servei de farmàcia,

mitjançant interconsulta, aquells pacients en què detecta problemes d'adherència i/o comprensió del tractament.

Quan el pacient va a la visita de farmàcia, es fa una entrevista centrada en 4 aspectes clau:

- Grau de compliment de les mesures higiènicodietètiques relacionades amb la malaltia.
- Grau d'adherència al tractament farmacològic (Qüestionari de Morinsky-Green-Levine).
- Grau d'autoconeixement dels fàrmacs que pren (nombre de fàrmacs dels quals el pacient coneix la dosi, la freqüència i la indicació, respecte el total de fàrmacs que pren).
- Recomanacions relacionades amb el tractament (condicions d'administració del fàrmac, medicaments contraindicats/no recomanats en IC, etc.).

En funció de la valoració global d'aquests aspectes, es torna a citar el pacient al servei de farmàcia després d'un, dos o tres mesos de la intervenció. El pacient és donat d'alta quan es considera que ha assolit un coneixement correcte del seu tractament i és adherent; però el metge pot tornar a fer la consulta a farmàcia en el cas que es consideri necessari algun reforç.



La informació referent a la visita d'atenció farmacèutica es registra al curs clínic per tal que estigui disponible per a altres professionals sanitaris que atenen aquests pacients.

#### b) Pacients crònics complexos (PCC)

L'activitat d'atenció farmacèutica en pacients amb IC s'ha ampliat i reorientat a un altre tipus de pacients crònics dins el Programa del pacient crònic complex. En aquest grup de pacients es realitzen visites farmacèutiques de seguiment a l'hospital de dia, en procés d'implementació.

Les visites a l'hospital de dia estan centrades en la realització d'una anamnesi farmacològica exhaustiva de la medicació que pren el PCC, com la pren i per a què la pren. En aquesta visita, a més de valorar el grau d'adherència, es poden detectar duplicitats, efectes secundaris de fàrmacs i altres problemes relacionats amb els medicaments. Totes les incidències detectades es registren al curs clínic informatitzat per tal que el metge, quan vegi el pacient, després de la visita del servei de farmàcia, tingui tota la informació necessària per fer els canvis pertinents.

Les variables de seguiment que es registren són les següents:

- Nombre de medicaments prescrits per pacient.
- Pacient adherent o no adherent (Qüestionari de Morinsky-Green-Levine).
- Pacient que coneix la dosi, la freqüència i la indicació de més del 80% dels fàrmacs que pren: Sí/No.
- Problemes relacionats amb els medicaments detectats i tipus.

## c) Pacients amb tractament antiretroviral

En aquest tipus de pacients, les visites de seguiment de farmàcia tenen diferents graus d'intervenció:

- Visites de dispensació: cada cop que el pacient va a buscar medicació es revisa el registre de dispensacions. Si es detecten problemes d'adherència, es realitza el qüestionari d'adherència SMAQ semiquantitatiu per corroborar-ho, i es fa el reforç corresponent.

- Visites d'inici/canvi de tractament: són visites que el metge responsable del pacient sol·licita a farmàcia quan es produeix un canvi en la prescripció del tractament antiretroviral. El farmacèutic revisa amb el pacient la nova pauta (restriccions alimentàries i horàries, interaccions amb la seva medicació habitual, etc.) i li dona informació oral i escrita dels efectes adversos més freqüents, especialment d'aquells que requereixen consulta.

- Visites successives: poden ser a sol·licitud del metge per tal que es revisi algun aspecte del tractament del pacient o bé són a petició del pacient perquè té algun dubte sobre el tractament. En aquestes visites també es revisa l'adherència de la mateixa manera que en les visites de dispensació.

Es considera que el pacient presenta una adherència òptima al tractament antiretroviral quan l'SMAQ semiquantitatiu és superior al 95%.

Pel que fa al registre de dispensacions, a més de la supervisió durant les visites de dispensació, a final d'any es fa una valoració del percentatge de pacients que presenten una adherència superior al 90% per registre (nombre de dispensacions reals sobre el total de dispensacions teòriques). Aquesta dada és sol·licitada per l'Agència de Salut Pública de Catalunya per a l'elaboració anual de la memòria assistencial de VIH.

## 3. Resultats

Entre l'any 2012 i 2013, un total de 31 pacients amb IC van entrar a formar part del programa de seguiment. La mitjana d'edat dels pacients visitats va ser de 83 anys, i la mitjana de medicaments prescrits per pacient va ser de 10. A la primera visita, només el 49% (n=15) dels pacients eren adherents al tractament (Morinsky-Green-Levine). Al final de les visites de seguiment el 77% (n=24) dels pacients era adherent, diferència estadísticament significativa (McNemar, p=0,0126). La mitjana de visites de farmàcia realitzades per pacient va ser de 3 (interval 2-5). Del total de pacients amb IC visitats a farmàcia, només un 13% (n=4) tenia un grau de coneixement dels fàrmacs superior al 80% en la visita d'inici. Al final del seguiment, aquest percentatge va augmentar fins al 45% (n=14), diferència estadísticament significativa (McNemar, p=0,0124).

El programa de seguiment farmacoterapèutic del PCC és un procés de recent implementació, motiu pel qual no podem encara avançar-ne dades.

Pel que fa als pacients amb tractament antiretroviral, l'any 2013 es va fer el seguiment de l'adherència a un total de 61 pacients. En el període de seguiment, es van realitzar 640 visites de dispensació, 19 visites d'inici/canvi de tractament i 42 visites de seguiment; en totes elles es va fer la valoració de l'adherència independentment del motiu de consulta.

Un 79% (n=48) dels pacients valorats era adherent al tractament (SMAQ semiquantitatiu >95%). Segons la revisió del registre de dispensacions, un 85% (n=52) dels pacients presentava una adherència superior al 90%. Les diferències entre els mètodes de valoració es donen perquè cada mètode detecta aspectes diferents: el registre de dispensacions proporciona una dada objectiva (data de recollida de medicació) però no permet detectar oblit puntual de dosis, mentre que el qüestionari SMAQ es basa en dades subjectives (respostes del propi pacient) però permet detectar oblit puntual. Quan s'identifiquen problemes d'adherència en un pacient (en qualsevol dels dos mètodes o en els dos), l'entrevista clínica és l'eina que permet detectar els aspectes que predisposen a l'incompliment terapèutic, per poder corregir-los.

## 4. Conclusions

L'atenció farmacèutica en pacients amb malalties cròniques aconsegueix millorar l'adherència a mitjà/llarg termini quan aquesta atenció es realitza de forma periòdica i continuada. El coneixement de la malaltia i del propi tractament és el primer pas per millorar l'adherència. Per tant, els professionals sanitaris som responsables de proporcionar informació als pacients, tant oral com escrita, adequant-la a les seves necessitats i demandes.

En el seguiment de l'adherència de pacients amb tractament antiretroviral cal utilitzar mètodes complementaris (registre de dispensacions, SMAQ, entrevista clínica) per tal de detectar els punts crítics que donen lloc a la manca d'adherència i intentar corregir-los.

És necessari que el seguiment farmacoterapèutic dels pacients s'individualitzi ja que els objectius a assolir poden ser diferents entre col·lectius de pacients i, fins i tot, dins un mateix col·lectiu.

Anna Murgadella i Maite Barrera  
Farmacèutiques  
Hospital Dos de Maig de Barcelona

## Bibliografia

1. Panel of Experts of GESIDA and Spanish Secretariat for the National Plan on AIDS. Documento de Consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31(9):604-13.
2. Gater A, Heron L, Abetz-Webb L, et al. Adherence to oral tyrosine kinase inhibitor therapies in chronic myeloid leukemia. *Leuk Res.* 2012 Jul;36(7):817-25.
3. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD000011.
4. Sackett DL, Haynes RN, Gibson ES, et al. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Couns Health Educ.* 1978;1(1):18-21.
5. Nichols-English G, Poirier S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 2000;40(4):475-85.
6. Partridge AH, Wang PS, Winer EP, Avorn J. Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *J Clin Oncol.* 2003;21(4):602-6.
7. Marin D, Bazeos A, Mahon FX, et al. Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol.* 2010;28(14):2381-8.
8. Chan FW, Wong FY, So WY, et al. How much do elders with chronic conditions know about their medications? *BMC Geriatr.* 2013;13:59.
9. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J.* 2011;26(3):155-9.



# Abordatge multidisciplinari de l'hepatitis C com a model de millora de l'adherència al tractament

## Introducció

La International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), Medication Compliance and Persistence Workgroup defineix l'adherència o compliment com el grau en què el pacient pren la medicació, quant a dosi i interval posològic, segons li ha estat prescrita. Aquest organisme introdueix el terme "persistència" referint-se a la continuació del tractament durant el temps prescrit. Per tant, diferencia entre una adherència "qualitativa" (com de bé es pren la medicació el pacient) d'una adherència "quantitativa" (durant quant de temps se la pren)<sup>1</sup>.

Per què els pacients no prenen correctament la medicació?

Hi ha evidència que els pacients prenen decisions sobre el seu tractament en base no només als coneixements que tenen sobre la seva patologia i el seu possible tractament, sinó també en base a la percepció de la necessitat de prendre la medicació i a les preocupacions sobre aquesta. Aquest comportament complex cal tenir-lo en compte i és per això que la guia NICE Medicines Adherence<sup>2</sup> considera important sensibilitzar els professionals sanitaris en diferents qüestions que seran útils per discutir amb els pacients; per exemple, el desig de minimitzar la quantitat de medicació a prendre, inquietuds sobre efectes adversos, el risc de dependència o com incorporar la medicació a la rutina diària del pacient.

La manca d'adherència és, doncs, un problema complex, influenciat per múltiples factors. Per abordar-lo cal identificar quins són aquests factors i dissenyar estratègies individuals que permetin corregir-lo i evitar conseqüències greus. L'optimització del tractament passa, doncs, per establir estratègies multidisciplinàries on participin tots els professionals sanitaris implicats<sup>3</sup>.

## Tractament de l'hepatitis C

La combinació de peginterferó i ribavirina ha estat l'única opció terapèutica disponible per al tractament de l'hepatitis C en la darrera dècada. Desafortunadament, només la meitat dels pacients portadors del genotip 1 han pogut eliminar el virus<sup>4,5</sup>. La comercialització dels nous agents antivirals directes (AAD) ha revolucionat el tractament de l'hepatitis C. L'addició dels inhibidors de la proteasa, boceprevir i telaprevir al tractament amb peginterferó i ribavirina ha incrementat les taxes de curació en el pacient naïf<sup>6,7</sup> i en el pacient pretractat<sup>8,9</sup>, tant en els estudis de registre com en la pràctica clínica diària<sup>10</sup>. De fet, totes les guies de tractament de l'hepatitis C, tant de societats nacionals com internacionals<sup>11</sup>, recomanen la triple teràpia com a primera línia de tractament en els pacients amb genotip 1, amb una evidència de nivell 1 i grau de recomanació A.

L'augment en les taxes de curació però ha anat paral·lel a un increment en la complexitat del tractament, no només en la prescripció i selecció dels pacients candidats sinó també en l'ús apropiat d'aquests medicaments: en dosis (nombre de comprimits diaris, freqüència d'administració, limitacions alimentàries, interaccions) i en temps (criteris d'indicació i regles de parada o stopping rules).

De tots és conegut que el nombre de comprimits al dia que un pacient ha de prendre es relaciona de forma inversament proporcional a la probabilitat d'obtenir l'èxit terapèutic<sup>12</sup>.

La inclusió dels AAD en el tractament de l'hepatitis C ha suposat un increment considerable en el nombre de comprimits diaris d'entre un 100-200%, passant d'un màxim de 6 a 12-18 comp./dia segons l'AAD escollit.

Una altra de les principals barreres dels nous AAD són els efectes adversos (EA). L'anèmia, el rash cutani i les alteracions gastrointestinals que ja es produïen amb la biteràpia ara amb la triple teràpia s'han incrementat en freqüència i intensitat; s'ha reduït la qualitat de vida dels pacients i s'ha incidit de forma negativa en l'adherència òptima al tractament<sup>10,13</sup>.

## Experiència al Parc Taulí

Al nostre centre, des de l'any 2007, es treballa de forma multidisciplinària en el tractament i seguiment farmacoterapèutic dels pacients amb hepatitis C crònica. L'equip inclou hepatòlegs, psiquiatres, dermatòlegs, farmacèutics i infermeria.

Prèviament a l'inici de tractament amb els nous AAD es va consensuar un protocol de tractament per seleccionar adequadament els pacients candidats, basant-se en si havien fet o no tractament anteriorment i en la resposta obtinguda, i per fer un ús adequat de la medicació quant a dosi i durada (aplicació de les regles de parada). També es va elaborar una guia clínica de diagnòstic i tractament de l'hepatitis crònica per virus C, com a ajuda per als professionals de la nostra institució, en base als coneixements científicotècnics existents i els recursos actuals del centre.

Aquesta col·laboració ens permet oferir una atenció individualitzada als pacients: programació de les visites i/o analítiques dels diferents professionals sanitaris en un mateix dia; accés directe a l'hospital de dia de digestiu i a farmàcia; gestió de les interconsultes a dermatologia en el mateix dia, i a psiquiatria en menys d'una setmana.

A nivell de farmàcia, es validen les prescripcions, es monitora la medicació concomitant, es detecten factors de riscs de baixa adherència, s'optimitza la dosificació dels medicaments en funció del pes i de la resposta prèvia a tractaments anteriors, i s'avalua l'adherència amb els registres de dispensació i la taxa d'abandonaments del tractament, en base a la regla 80/80/80: administració del 80% de les dosis d'interferó i ribavirina durant el 80% de la durada del tractament.

Per a l'educació i informació al pacient, s'ha creat una consulta monogràfica d'atenció farmacèutica en la qual, de forma consensuada i estandarditzada amb infermeria i hepatologia, es fa el seguiment sobre l'administració, conservació i possibles efectes secundaris de la medicació, alhora que es donen pautes per al maneig dels efectes secundaris i es duu a terme un control estricte de la dispensació dels medicaments i de l'aplicació de les regles de parada, per tal de no aturar prematurament els tractaments ni perllongar-los de forma innecessària, amb les conseqüències clíniques i econòmiques que això suposaria.



La comunicació entre els diferents serveis és fluïda i mensualment es realitzen reunions on es comenten els pacients i s'estableixen estratègies d'actuació conjuntes, per acompanyar i motivar els pacients.

## Resultats

El nombre d'abandonaments del tractament per EA ha anat disminuint: la taxa d'abandonament en el període anterior a la creació del grup multidisciplinari (2001-2005) era de l'11% (24/219)<sup>14</sup>, mentre que l'any 2010, moment en què es va fer una anàlisi de resultats del grup multidisciplinari, la taxa d'abandonament es va reduir a un 7,9% (6/76)<sup>15</sup>. En ambdues avaluacions, el percentatge d'abandonaments és inferior als publicats en estudis similars<sup>16,17</sup>. La mitjana de l'adherència obtinguda l'any 2010 va ser del 96,3% (IC95%: 93,99-98,62) i, aplicant la regla del 80/80/80, el 95% dels pacients va ser exposat al fàrmac. No es van observar diferències estadísticament significatives en la resposta viral sostinguda (RVS) entre els pacients amb alteracions neuropsiquiàtriques i els que no les van presentar (39,1% vs 52,2% p>0,05).

I ja en l'era dels inhibidors de la proteasa (boceprevir/telaprevir), la persistència al tractament ha estat elevadíssima: dels 102 pacients que han iniciat tractament amb triple teràpia només hi ha hagut 1 abandonament (0,98%) i 4 retirades de tractament per EA (3,9%).

L'estratègia de seguiment del pacient de forma individual i alhora multidisciplinària ha permès aturar tractaments, aplicant les regles de parada, en 26 casos, reduint EA i despeses innecessàries. Les nostres dades d'eficàcia encara són provisionals, ja que no tots els pacients l'han finalitzat, però es troben al voltant del 70% d'RVS (dades no publicades).

## Conclusions

L'èxit de la triple teràpia recau en l'adequada selecció dels pacients però també, i de forma ineludible, en la realització d'un seguiment farmacoterapèutic individualitzat que assegurï la correcta adherència al tractament, així com la identificació, prevenció i maneig dels efectes adversos.

Nuria Rudi  
Farmacèutica  
Corporació Sanitària Parc Taulí

## Bibliografia

1. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value Health*. 2008;11:44-7.
2. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg76/chapter/guidance>.
3. Carrion JA, Gonzalez-Colominas E, Garcia-Retortillo M, et al. A multidisciplinary support programme increases the efficiency of pegylated interferon alfa-2a and ribavirin in hepatitis C. *J of Hepatol* 2013; 59: 926-33.
4. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med*. 2002;347:975-82.
5. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet*. 2001;358:958-65
6. Poordad F, McCone J, Bacon BR, et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med*. 2011;364:1195-206.
7. Jacobson IM, McHutchison J, Dusheiko G, et al. Telaprevir for treatment-naïve patients with chronic hepatitis C infection. *N Engl J Med*. 2011;364:2405-16.
8. Bacon BR, Gordon SC, Lawitz E, et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med*. 2011;364:1207-17.
9. Zeuzem S, Andreone P, Pol S, et al. Telaprevir for retreatment of HCV infection. *N Engl J Med*. 2011;364:2417-28.
10. Hézode C, Fontaine H, Dorival C, et al. Triple therapy in treatment-experienced patients with HCV-cirrhosis in a multicentre cohort of the French Early Access Programme (ANRS CO20-CUPIC)- NCT01514890. 2013;59:434-41.
11. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2014;60(2):392-420.
12. Bartlett JA, DeMasi R, Quinn J, et al. Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naïve HIV-1 infected adults. *AIDS*. 2001;15:1369-77.
13. Ruiz J, Lorente L, Gil I, et al. Análisis de las causas de suspensión de tratamiento con triple terapia antiviral en pacientes con hepatitis C. *Farm Hosp*. 2014;38:223-6.
14. Vergara V, Gallach M, Dalmau B, et al. Resultados del tratamiento con interferon pegilado y ribavirina para la hepatitis crónica por el virus C en la práctica clínica. Experiencia de 5 años. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:274-9.
15. Cabre M, Rudi N, Pontes C, et al. Abordaje Multidisciplinar como modelo de detección y seguimiento de la morbilidad psiquiátrica en pacientes en tratamiento con interferón y ribavirina. *Farm Hosp*. 2014;38:162-8.
16. Gaeta GB, Precone DF, Felaco FM, et al. Premature discontinuation of interferon plus ribavirin for adverse effects: a multicentre survey in "real world" patients with chronic hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16:1633-9.
17. Lee SS, Bain VG, Peltekian K, et al. Treating chronic hepatitis C with pegylated interferon alfa-2a (40 kD) and ribavirin in clinical practice. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23:397-408.

## Opinió dels professionals

### Les APP com a eines per millorar l'adherència al tractament farmacològic

La cerca de l'eficiència en els sistemes sanitaris, entre altres escenaris, ha potenciat el que es coneix com la tecnologia mòbil de salut o mobile Health (mHealth) – és a dir, l'assistència sanitària amb el suport de les tecnologies de comunicació mòbils– que ha experimentat un creixement exponencial en els últims anys.

Aquestes noves tecnologies mòbils poden ajudar al fet que l'assistència sanitària sigui més accessible i assequible per a tots. D'aquesta manera s'ha demostrat que poden oferir serveis relacionats amb la salut per a poblacions de pacients, especialment per als joves –per la major facilitat d'accés i coneixement a aquestes tecnologies– i per a aquells que es troben lluny dels centres sanitaris de referència<sup>1</sup>.

L'mHealth inclou una aplicació mòbil (o App), que no és més que un software biomèdic adaptat al dispositiu mòbil, que es descarrega a partir de diferents portals publicats a Internet amb o sense cost depenent de l'editor, versatilitat i altres aspectes tècnics i de contingut. Algunes estadístiques xifren fins a unes 40.000 aplicacions biomèdiques disponibles a Internet, en els seus diferents portals. S'ha de considerar que no són només els professionals sinó també els pacients els que utilitzen aquestes aplicacions.

Un estudi recent mostra que un 19% dels usuaris d'smartphones tenen almenys una aplicació de salut<sup>2</sup>. Així doncs, els professionals de la salut i els pacients utilitzen cada cop més aquestes aplicacions fins i tot en la pràctica clínica habitual<sup>3</sup>.

Un aspecte important a destacar és que tot i que la utilització d'aquestes aplicacions pot oferir avantatges, aquest creixement extremadament ràpid també presenta limitacions, ja que moltes d'elles no han tingut una avaluació completa i una validació que garanteixi una mínima qualitat. S'han descrit alguns casos en què s'ha demostrat la falta de base científica en certes recomanacions terapèutiques i de diagnòstic per part d'algunes aplicacions biomèdiques<sup>4</sup>, cosa que ha generat dubtes en referència als continguts, la seguretat i la privadesa de les dades compartides en l'aplicació utilitzada. Algunes organitzacions sanitàries han intentat establir directrius per tal que professionals i pacients puguin conèixer quines són les aplicacions que poden complir criteris de qualitat.

En el nostre medi destaca l'Agència de Qualitat Sanitària d'Andalusia que ha elaborat recentment una sèrie de recomanacions o directrius dirigides a tots els professionals implicats, i també per al pacient o ciutadà<sup>5</sup>. Les recomanacions s'han classificat en quatre grups (disseny i pertinència, qualitat i seguretat de la informació, prestació de serveis, confidencialitat i privacitat), que inclouen un total de 31 recomanacions que es poden consultar íntegrament a la seva pàgina web: <http://www.calidadappsalud.com/listado-completo-recomendaciones-app-salud/>.

Aquesta organització proposa atorgar la icona o distintiu d'AppSaludable a les aplicacions biomèdiques que compleixin els requisits establerts. Cal destacar que tot i que la iniciativa és molt interessant, fins al moment són poques les aplicacions que inclouen aquest distintiu, segurament perquè la iniciativa és molt recent.



D'aquesta manera resulta necessari que els professionals tinguin uns criteris mínims per identificar les aplicacions de qualitat i que puguin ser útils també per als pacients que, com s'ha dit anteriorment, són grans consumidors d'aquestes eines.

De manera general es pot indicar que el fet que les aplicacions incloguin autors professionals identificats, bibliografia, escassa publicitat, es puguin descarregar des de portals acreditats o simplement presentin l'aval d'alguna organització sanitària, són algunes de les premisses senzilles que cal comunicar al pacient per informar-lo de quina pot ser l'aplicació de qualitat mínima.

#### Experiències en adherència

La manca d'adherència a la teràpia farmacològica és un problema especialment freqüent i rellevant en la pràctica clínica, especialment en el tractament de malalties cròniques. S'estima que un 20-50% dels pacients no pren els seus medicaments de la manera com estan prescrits, tot i que la taxa d'incompliment varia significativament en funció de la patologia<sup>6</sup>. El constant augment de malalties cròniques està agreujant aquest problema, amb les conseqüents repercussions a nivell clínic i econòmic.

Alguns autors han establert que la utilització d'aplicacions instal·lades en smartphones pot ser útil per millorar el compliment i l'adherència del pacient, ja que permet una accessibilitat ràpida al pla de tractament, implica activament el pacient, i pot proporcionar dades de les preses i informació dels fàrmacs prescrits<sup>7</sup>.



El nombre d'aplicacions destinades a l'adherència està en ple creixement, igual que la resta d'aplicacions biomèdiques, a través dels portals i de les plataformes de telefonia mòbil dominants. Actualment, les característiques bàsiques de les aplicacions d'adherència inclouen: recordatori per establir les preses, registre de les dosis, possibilitat de descarrega de les dades incloses per part del pacient o de l'organització sanitària que presta l'atenció, informació dels medicaments (dosis, efectes adversos), inclusió de notes i altres. També es poden incloure calendaris electrònics amb alarmes de recordatori i, fins i tot, informació específica introduïda per l'oficina de farmàcia que dispensa el fàrmac. Alguns autors suggereixen la possibilitat d'integrar les aplicacions d'aquestes característiques en algun tipus de software compatible dels centres proveïdors de serveis de salut, o facilitar informació



directament al metge responsable. Cal destacar que l'evidència de l'eficàcia de les aplicacions com una ajuda per facilitar l'adherència als pacients és pràcticament nul·la fins al moment. Per contra, sí que s'han publicat estudis on es mostra una millora en l'adherència mitjançant la utilització de missatges de text breus (SMS) com a eines recordatòries en l'administració de medicaments, o l'enviament d'imatges del medicament a prendre<sup>8,9</sup>.

Amb la finalitat que el professional pugui conèixer la qualitat i recomanar alguna aplicació d'adherència, a la taula 1 es proposa un conjunt de característiques aportades per alguns experts i adaptades al nostre medi pels autors, per poder seleccionar les noves aplicacions que es puguin editar o publicar. A la taula 2 es mostren alguns exemples d'aquestes aplicacions.

Com a conclusió, no hi ha cap dubte que la manca d'adherència representa un repte fonamental en el maneig de la salut. Les aplicacions orientades a aquesta finalitat poden presentar avantatges importants respecte a altres tecnologies, per la facilitat amb la qual qualsevol usuari hi pot accedir sempre que disposi d'un dispositiu mòbil, i pel baix cost que normalment suposa l'adquisició d'una aplicació d'aquest tipus. Tot i que no hi ha prou evidència sobre la seva eficàcia, podrien ser considerades com una possible estratègia per tal que els professionals les recomanin als pacients no adherents i es puguin incorporar com a eines de suport en el tractament i la seva adherència.

En un futur pràcticament immediat, i fruit de la investigació en aquest camp, es podrà establir si les aplicacions contribueixen a millorar l'adherència juntament amb altres estratègies sanitàries, i relacionar-ho amb els resultats terapèutics obtinguts en malalties agudes i cròniques. D'aquesta manera, és possible que conjuntament amb la prescripció del medicament s'inclougui la prescripció d'una aplicació en salut.

Joan Carles Juárez i Maria Roch  
Farmacèutics  
Hospital Universitari Vall d'Hebron

## Bibliografia

- West D. How mobile devices are transforming healthcare. *Issues Technol Innov* 2012; 1-14.
- Pew: 19 percent of smartphone users have health apps. *Pew Internet* [En línia]. <http://mobihealthnews.com/18965/pew-19-percent-of-smartphone-users-have-health-apps/> [darrer accés juliol 2014].
- Ozdalga E, Ozdalga A, Ahuja N. *J Med Internet Res*. 2012;14(5):e128.
- Wolf JA, Moreau JF, Akilov O, et al. Diagnostic inaccuracy of smartphone applications for melanoma detection. *JAMA Dermatol*. 2013;149(4):4226-6.
- Recomendaciones. Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud [En línia] <http://www.calidadappsalud.com> [darrer accés juliol 2014].
- Iihara N, Tsukamoto T, Morita S, et al. Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. *J Clin Pharm Ther*. 2004;29(5):417-24.
- Dayer L, Heldenbrand S, Anderson P, et al. Smartphone medication adherence apps: potential benefits to patients and providers. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2013;53(2):172-81.
- Vervloet M, Linn AJ, van Weert JC, et al. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *J Am Med Inform Assoc*. 2012;19(5):696-704.
- Galloway GP, Coyle JR, Guillen JE, et al. A simple, novel method for assessing medication adherence: capsule photographs taken with cellular telephones. *J Addict Med*. 2011;5(3):170-4.

Taula 1. Característiques desitjables d'una aplicació (App) per millorar-ne l'adherència\*

Característica	Valor	Descripció
Entrada de dades Online	+++	L'App té una pàgina web que permet al malalt l'entrada de dades de compliment des de l'ordinador
Capacitat de programar pautes d'administració complexes	+++	L'App permet programar pautes complexes, mensuals, diàries, cada 15 dies i altres
Emmagatzematge de dades al núvol	+++	Les dades introduïdes no queden només a l'aplicatiu sinó que també es guarden en un sistema segur d'emmagatzematge al núvol
Base de dades de medicaments	+++	Base de dades de medicaments general que permet seleccionar medicaments prescrits en qualsevol moment
Capacitat de sincronització, exportació i/o impressió de dades	+++	L'App inclou la possibilitat d'importar les dades de compliment o les pautes de medicació per part del pacient, prescriptor o del sistema sanitari
Registre de dosis perdudes i dosis preses	+++	L'App permet recordar als pacients l'administració del fàrmac i recopilar les dosis oblidades i que pot ser utilitzada per calcular el percentatge d'adherència
Adquisició i modificació de les dades per part del proveïdor	+++	El proveïdor per interactuar amb l'App i mantenir les dades i incloure o modificar les pautes de medicació del pacient
Multiplataforma	+++	App compatible amb diverses plataformes (iOS, Android i Blackberry)
Acreditada per una organització sanitària i/o distintiu App saludable	+++	L'App ha sigut avaluada per alguna organització sanitària de prestigi amb la inclusió del distintiu
Gratuita	++	App sense cost, incloses les noves versions i/o actualitzacions
Alertes de preses de medicació sense connexió a Internet	++	L'App no necessita la connexió 3G/4G/LTE o Wifi per poder activar els sistemes de alarma o recordatori de les administracions dels medicaments
Capacitat multiús	++	L'App permet controlar l'administració de diferents medicaments per diversos individus (per exemple una família)
Multilingüe	+	Versions compatible amb diversos idiomes

\*Adaptat pels autors a partir de Dayer L, et al<sup>7</sup>

Taula 2. Exemples d'algunes aplicacions comercialitzades per millorar l'adherència al tractament farmacològic

Aplicació (App)	Cost	Idioma	Editor desenvolupador Web de descàrrega	Versions	Característiques generals
 <p><i>ExpertSalud</i></p>	Gratuït	Espanyol	Laboratoris Dr Esteve iTunes	Android / iPhone	App que ajuda el pacient a l'adherència al tractament. Permet gestionar la presa de medicaments, establir recordatoris o realitzar el seguiment de variables, com pes i glicèmia. Conté un codi "Expert" que serveix perquè el metge tingui accés, prèvia autorització del pacient, a les dades i a l'evolució de l'autogestió de la salut del seu pacient a temps real.
 <p><i>My medications</i></p>	\$0.99	Anglès	American Medical Association iTunes	iPhone	App que permet al pacient tenir un registre del seu historial clínic centrat en els medicaments. Permet introduir quins són els fàrmacs que utilitza o que ha utilitzat, al·lèrgies, vacunes, informació a tenir en compte en cas d'emergència i també es pot indicar quin és el seu doctor o equip mèdic de referència. Disponible només en anglès.
 <p><i>Medisafe</i></p>	Gratuït	Català, espanyol, anglès, francès, alemany, italià, àrab, xinès, japonès, i d'altres	MediSafe Project iTunes / Google Play	Android / iPhone	App de gestió dels fàrmacs. És un sistema d'alarmes que s'utilitza de manera simple, creant diferents recordatoris sobre quin medicament s'ha de prendre en quins horaris i durant quants dies. També permet anotar el nom del fàrmac en qüestió, dosis i característiques com el color. En el cas d'oblidar una presa, MediSafe avisa un contacte definit de l'usuari mitjançant SMS, e-mail o trucada.
 <p><i>Meds on Time</i></p>	Gratuït	Espanyol, anglès	Medicative iTunes / Google Play	Android / iPhone	App que permet introduir el nom del medicament o medicaments que prendrà l'usuari i guardar imatges del medicament en qüestió. A partir d'aquí es registra al sistema la freqüència i el nombre de preses que es necessiten per al tractament. El dispositiu envia a l'usuari un avís-recordatori cada vegada que aquest ha de prendre la seva medicació. Aquests avisos hauran de ser validats per l'usuari, així el sistema recorda que aquesta presa ja ha estat realitzada correctament.
 <p><i>RecuerdaMed</i></p>	Gratuït	Espanyol, anglès	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía iTunes i Google Play	Android / iPhone	App que permet portar un control exhaustiu de la medicació que el pacient pren. A part de programar alarmes per a les preses de cada fàrmac, es poden afegir fotos dels medicaments i notes per poder especificar per a què es pren el fàrmac en qüestió, així com les al·lèrgies que presenti el pacient.
 <p><i>PastiMed</i></p>	Versió lite: Gratuïta Versió pro: 1,79€	Espanyol, alemany, català, francès, anglès	Mediaexpander iTunes	iPhone	App de seguiment mèdic que facilita l'administració del fàrmac al pacient. És una aplicació senzilla i fàcil d'utilitzar que avisa quan toca prendre's el medicament. Presenta la possibilitat d'adjuntar una foto del medicament en qüestió, un historial dels tractaments del pacient i un localitzador de farmàcies properes. Presenta una versió gratuïta i una de pagament amb més funcionalitats.



# Actualització farmacoterapèutica

Breu resum dels mètodes d'avaluació de l'adherència disponibles

## Adherència terapèutica

Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. *Pharm Care Esp.* 2012;14(4):162-7

Primerament es clarifiquen els conceptes d'adherència i compliment, d'acord amb les definicions de l'OMS, ja que el concepte d'adherència implica una col·laboració activa i voluntària del pacient en el pla terapèutic i incorpora les creences i actituds del pacient com a factors rellevants a considerar.

El nivell d'adherència varia segons el tipus de tractament, els nivells més baixos s'observen en malalties cròniques amb poca simptomatologia o que requereixen canvis d'estil de vida. No obstant això, a la pràctica diària no sempre s'incorpora l'anàlisi de la manca d'adherència com a causa de baixa efectivitat, i sovint porta a proves innecessàries o tractaments en cascada.

L'incompliment es pot classificar en parcial o esporàdic (sovint per oblit), en descans farmacològic (no es pren per vacances, cap de setmana, o uns dies fins que reapareixen símptomes), en compliment de bata blanca (només prenen la medicació uns dies abans i uns dies després de la visita mèdica), o incompliment absolut (abandonament indefinit del tractament). Cap estratègia de mesura de l'adherència utilitzada de forma única s'ha descrit com a òptima, sinó que sovint cal recórrer a la combinació de diferents mètodes, en funció de les possibilitats. Els mètodes directes són els més objectius, determinen fàrmac, metabòlits o marcadors biològics en sang o orina del pacient. Aquestes determinacions també tenen biaixos i no sempre són possibles.

Dins dels mètodes indirectes trobem el recompte de medicació sobrant, ja sigui portant la medicació a la consulta o farmàcia, o bé amb sistemes electrònics, analitzant la medicació retirada de la farmàcia o controlant els resultats terapèutics, per exemple, amb la mesura de la càrrega viral indetectable de pacients tractats amb antiretrovirals (Navarro J, et al. *AIDS Patient Care STDS.* 2014); tanmateix, no es detecta si el pacient pren bé la medicació. Altres mètodes indirectes però subjectius són els qüestionaris validats (Morisky-Green, Haynes-Sackett i d'altres), l'entrevista amb el pacient i l'estimació de l'adherència per part del pacient.

Ja sigui a priori o després de detectar problemes en l'adherència, cal reforçar la informació i educació sanitàries que es faciliten al pacient, per tal que conegui què, com, quan i quant temps s'ha de prendre la medicació, i per quins motius és necessari que prengui correctament el tractament, ja que tot això es traduirà en millors resultats en salut.

Els canvis en la forma i el color d'un medicament prescrit fan convenient aplicar accions per millorar-ne l'adherència

## Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of nonadherence

Kesselheim AS, Misono AS, Shrank WH, et al. *JAMA Intern Med.* 2013;173(3):202-8

Els autors analitzen si els canvis de forma i color dels medicaments antiepileptics (AE) orals influeixen en la persistència al tractament, en un estudi realitzat als Estats Units d'Amèrica en el període 2001-2006. Els pacients amb persistència incompleta (definida en aquest estudi com la no retirada del tractament en els 5 dies consecutius a la data en la qual s'havien de prendre la medicació) es van classificar com a casos, i es van aparellar amb controls similars. Per cada cas i control es van analitzar les dues darreres retirades de medicació de la farmàcia i es va relacionar amb la concordança o no de color i forma entre els medicaments dispensats.

Es van identificar 60.741 pacients amb prescripció d'AE de més de 6 mesos, dels quals 11.472 van presentar episodi de no persistència. La mitjana d'edat era de 43 (59,8% dones) i un 22,5% (2.579) presentaven diagnòstic d'epilèpsia. Es van identificar 37 colors diferents i 4 formes diferents per aquestes pastilles, tot i que la variació era diferent segons el principi actiu. Tot i que el percentatge de discordança va ser baix (1,20% en casos i 0,97% en controls), el canvi en el color es va associar amb un 27% més de risc de no persistència (OR: 1,27; IC95% 1,04-1,55). En el subgrup de pacients amb epilèpsia, el risc augmentava (OR: 1,53; IC95% 1,07-2,18). La discordança de formes no es va associar de forma significativa amb l'adherència, tot i que la tendència és que l'impacte pugui ser superior al del canvi de color.

Un estudi similar (Kesselheim AS, et al. *Ann Intern Med.* 2014;161:96-103) analitza la no persistència al tractament en els pacients que inicien tractament amb medicaments genèrics de blocadors beta, estatines, IECA o ARA-II després d'un infart agut de miocardi entre 2006 i 2011. La no persistència es va definir com més de 31 dies des del darrer dia de tractament cobert. Es van identificar 11.513 pacients (56 anys de mitjana i 71% homes), amb una mitjana de 10 dispensacions anuals a la farmàcia. Un 28,5% (3.286) van patir un canvi de color o forma no relacionat amb la variació de dosi en el primer any posthospitalització. El canvi de color o forma va provocar un 50% més de risc de no persistència (OR: 1,49 IC95% 1,31-1,71), un 6,8% en els casos respecte un 4,6% en els controls. Aquests estudis posen de manifest que els canvis d'aparença poden impactar en l'adherència als tractaments, ja sigui medicaments de marca com genèrics. Altres estudis no han identificat un impacte negatiu de la substitució de genèrics sobre l'adherència al tractament de pacients grans polimedicats (Olesen C, et al. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013;22(10):1093-8).

Cal més investigació sobre aquest tema, però els professionals sanitaris haurien d'informar els pacients que l'aspecte de la medicació pot variar sense que això afecti la seva eficàcia, i els farmacèutics tenen un paper molt actiu en aquesta qüestió. A més, les autoritats reguladores també estan cridades a prendre'n mesures. A final de 2013, l'FDA va publicar una guia de recomanacions adreçada a la indústria, on es reconeixia que aquests canvis poden afectar el compliment i l'acceptabilitat dels tractaments o conduir a errors de medicació (podeu consultar-la a <http://1.usa.gov/1bwhmuO>).

L'entrevista motivacional ajuda a millorar l'adherència als tractaments en diferents contextos

Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication

Kaplan JE, Keeley RD, Engel M, et al. *JABFM*. 2013;26(4):409-20

L'entrevista motivacional (EM) és un estil de comunicació col·laborativa mitjançant una entrevista semiestructurada centrada en el pacient. Utilitza un conjunt de tècniques que permeten que el pacient explori i resolgui els possibles dubtes o ambivalències i resistències al canvi, i promou unes accions orientades a facilitar l'adquisició i manteniment de conductes basades en objectius concrets. L'inici de l'EM es remunta al 1983 en el tractament d'addiccions alcohòliques i, posteriorment, s'ha ampliat a molts altres entorns farmacològics i d'estil de vida.

Aquest estudi s'integra dins d'un assaig clínic per avaluar l'efecte de l'entrenament en EM a metges de família d'un entorn urbà respecte al tractament amb antidepressius (AD). Es van incloure 20 metges de família (65% dones, mitjana d'edat 41) sense coneixements d'EM, assignats aleatòriament al 50% a rebre EM en 3 sessions de 8-16h; tots els metges van rebre, a més, les recomanacions de tractament de l'Associació de Psiquiatria Americana (APA). Les decisions en relació amb tot el tractament van ser el resultat del procés de discussió metge-pacient, no dirigits pel protocol de l'estudi.

Els investigadors van analitzar a cegues les gravacions de les visites inicials dels pacients i de les de seguiment (als 2 mesos), en aquells als quals es va prescriure un AD, independent de l'assignació al grup d'intervenció o control, on s'avaluava el llenguatge de metge i de pacient d'acord amb un sistema de codificació específic. A més, es va identificar quins pacients retiraven l'AD de l'oficina de farmàcia; l'adherència primària es va definir com la retirada de la medicació en els 30 dies posteriors a la prescripció mèdica. També es va calcular el percentatge de dies de tractament coberts en un període de 180 dies (durada mínima de tractament, segons l'APA).

Dels 160 pacients inclosos a l'assaig clínic, 63 van rebre AD (73% dones, 50 anys de mitjana). A excepció d'una major puntuació en l'escala de símptomes PHQ-9 en el grup d'AD, la resta de característiques eren similars entre els grups. El 56% (35) dels pacients amb AD pertanyia al grup d'intervenció d'EM. El 88,9% (56/63) dels pacients va presentar adherència primària, amb un percentatge mitjà de cobertura del 45,2% (0-100%) en els 180 dies. El 76,2% (48) dels pacients que van rebre AD van manifestar voluntat de canvi per tal de millorar l'adherència al tractament amb AD; a més edat més resistència al canvi. Els percentatge de dies de tractament coberts augmentava amb el nombre d'afirmacions de canvi que els pacients expressaven (39% si cap afirmació, 65% si 3 o més afirmacions). Les afirmacions sobre adherència basades en l'EM i l'empatia del metge van ser els factors que més positivament es van associar al procés de canvi verbalitzat.

Els autors conclouen que els metges haurien d'aprendre diferents tipus de tècniques d'empatia per tal d'afavorir canvis en els seus pacients i així poder influir en l'adherència al tractament amb AD. Un altre estudi suís mostra la utilitat d'incorporar la formació en capacitat comunicativa i en EM dels estudiants de medicina (Daepfen JB, et al. *PEC*. 2012;87(3):313-8). Si voleu aprofundir en el tema de l'EM, podeu consultar [www.getem.org](http://www.getem.org) i [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org).

La reducció dels costos de la medicació pot ajudar a augmentar l'adherència al tractament

Evaluation of increased adherence and cost savings of an employer value-based benefits program targeting generic antihyperlipidemic and antidiabetic medications

Clark BC, DuChane J, Hou J, et al. *JMCP*. 2014;20(2):141-50

En aquest estudi nord-americà s'analitza l'impacte que té sobre l'adherència al tractament passar voluntàriament d'un sistema de copagament a un programa de copagament zero (ZCP) en antidiabètics i hipolipemians. EL ZCP incentiva els pacients a canviar de medicament de marca a genèric (EFG) o a continuar utilitzant l'EFG; a més, els pacients del ZCP comencen un programa educatiu específic per a la patologia de base i d'estils de vida. Els autors analitzen de forma retrospectiva els pacients abans i després del canvi al ZCP; les variables considerades són el grau d'adherència (proporció de dies coberts de medicació retirada de la farmàcia, referit a un any) i l'impacte econòmic (cost per pacient i any).

Es van identificar 5.274 pacients tractats amb antidiabètics i 10.355 amb hipolipemians, dels quals un 17% (891) i un 14,0% (1.449) es van passar al ZCP. Després d'aparellar-los amb controls, la mostra final fou de 870 parelles de pacients amb antidiabètics (56 anys de mitjana, 50% homes) i de 1.428 parelles amb hipolipemians (57 anys de mitjana, 50% homes). Els pacients que van passar al ZCP mantenien el grau d'adherència observada abans del canvi (81,8% en antidiabètics i 77,7% en hipolipemians), mentre que l'adherència dequeia en els pacients que optaven per mantenir el copagament inicial (-8,8% i -6,8% respectivament). Els costos anuals per pacient van augmentar en el grup d'intervenció i control després d'implementar el programa, però l'increment va ser menor en el ZCP. El cost anual dels pacients en ZCP sempre era menor, abans i després de la intervenció, possiblement relacionat amb l'adherència i l'ús d'EFG.

Malgrat les limitacions de l'estudi, els autors conclouen que la reducció d'aquests copagaments haurien resultat un incentiu per evitar la disminució de l'adherència i per mantenir la persistència al tractament, però és sorprenent que només un màxim del 17% de pacients passés de forma voluntària al programa de copagament zero.

Una recent revisió sistemàtica analitza l'impacte de diferents estratègies de copagament en l'adherència i en resultats en salut de pacients crònics (Mann BS et al. *PLoS One*. 2014;9(3):e89169). Els resultats no són consistents; en alguns estudis el copagament pot influir als pacients amb un nivell socioeconòmic més baix, però altres estudis no fan evident canvis en l'adherència malgrat augmentar de forma moderada el copagament. Un altre estudi islandès (Linnet K, et al. *Fam Pract*. 2013;30(1):69-75) tampoc va poder associar el tipus de copagament per grups de medicaments amb el grau d'adherència.

Segurament, és necessari investigar més en el nostre entorn l'efecte dels incentius econòmics i dels copagaments sobre el comportament dels pacients respecte l'adherència als tractaments, tot garantint la justícia i l'equitat. També cal reforçar les activitats d'educació i conscienciació, i considerar més els aspectes d'eficiència en la prescripció ja que poden repercutir en un augment de costos per al pacient.