

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE DIÁLISIS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor principal:

JUDIT
CENIT
GARCÍA

Segundo co-autor:

ROSARIO MARÍA
CARRILLO
SÁNCHEZ

[Hacerse pasar por Rosarito74](#)

Tercer co-autor:

JUAN MANUEL
GARCÍA
JIMÉNEZ

[Hacerse pasar por juanmagarcia](#)

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el Área de Enfermería Médica

Palabra clave 1:

Cumplimiento de la Medicación

Palabra clave 2:

Diálisis

Palabra clave 3:

Encuestas y Cuestionarios

Palabra clave 4:

Cooperación del Paciente

Resumen:

Objetivo: examinar prevalencia, predictores, escalas y cuestionarios de valoración de la adherencia al tratamiento en diálisis. Metodología: De Pubmed, Medline y Cochrane Library se escogieron 15 artículos que reunían los criterios de inclusión. La calidad de los estudios se evaluó de forma independiente por tres revisores. Resultados: Las tasas de no adherencia variaron entre los estudios: 2,6-53% asistencia a sesión de diálisis, 3,9 a 85% de la medicación, y 14,4 a 84% para las restricciones de dieta/fluidos. Los factores con significación fueron menor edad, menor calidad de vida percibida, creencias, tiempo en diálisis, hospitalización recurrente, síntomas depresivos, diabetes, hipertensión y la complejidad del régimen de medicación. Las escalas y cuestionarios para determinar la adhesión fueron Morisky-Green, SMAQ, Horne y Weinman y otros elaborados ad hoc para cada estudio. Los sesgos de autoadministración pueden corregirse con parámetros bioquímicos como fósforo y potasio. Discusión: Las diferencias metodológicas en la medición y definición de la no adhesión subyacen a la variación en los resultados. No obstante la literatura revela que la falta de adherencia al tratamiento tiene una

elevada prevalencia en diálisis. La realización de cuestionarios completos y adaptados a diálisis ayudaría a detectar e intervenir en el problema. La falta de adherencia en procedimiento de diálisis, restricciones dietéticas y medicación requieren intervenciones basadas en investigaciones de calidad que faciliten la adherencia.

Antecedentes/Objetivos:

El término cumplimiento ha sido criticado por que implica autoridad médica y un paciente receptor pasivo de atención. La adherencia, sin embargo reconoce el derecho a elegir y la participación activa de los pacientes en su régimen terapéutico. Consecuencia de ello es preciso distinguir entre el hecho intencional y no intencional de adhesión. La no adherencia es no intencional cuando se debe a falta de conocimiento, memoria o comunicación con los profesionales de salud. Intencionada, por el contrario, es cuando los pacientes eligen activamente no seguir las recomendaciones de tratamiento. En esta revisión se adoptará el término adherencia, que se define como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar la medicación, seguir una dieta y / o la ejecución de los cambios de estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un profesional de la salud (1). En general, la adhesión entre los pacientes con enfermedades crónicas es decepcionantemente baja con tasas estimadas en 24,8%(1,5). La adherencia al tratamiento en diálisis es de suma importancia porque significa determina el riesgo de mortalidad y hospitalización(3). Las investigaciones ha documentado numerosos problemas de adherencia en los pacientes en tratamiento con diálisis (1,2,3,4,5) lo que hace pertinente revisar la bibliografía disponible para dimensional el problema y los factores que intervienen e identificar recursos útiles para detectarlo.

Descripción del problema - Material y método:

Para la presente revisión bibliográfica las fuentes documentales fueron Pubmed, Medline y Cochrane Library de donde se escogieron 15 artículos que reunían los criterios de inclusión. Se utilizaron combinaciones de términos MeSH: dialysis; adheren*; complian*; medication*; diet*; fluid*; session*; y se seleccionaron aquellos artículos en inglés o español, publicados desde 2012, que versaran sobre prevalencia o predictores de adherencia en pacientes sometidos a diálisis siempre que el estudio incluyese escala, cuestionario o formulario ad hoc para evaluar la adherencia terapéutica. Se extrajeron los datos pertinentes sobre características de los pacientes, medidas, factores y escalas asociados con la falta de adherencia. La calidad de los estudios se evaluó de forma independiente por tres revisores.

Resultados y discusión:

La prevalencia del incumplimiento varía del 12,5% al 98,6%; 2,6-53% en asistencia y duración de la sesión de diálisis, 3,9 a 85% en la medicación, y 14,4 a 84% en restricción hídrica y control dietético, con una heterogeneidad muy extendida en las medidas y las definiciones empleadas. Las asociaciones más significativas con la falta de adherencia fueron: menor edad, menor calidad de vida percibida y creencias sobre la medicación. Del mismo modo, los factores relacionados con la enfermedad incluyen la longevidad de la hemodiálisis, hospitalización recurrente, síntomas depresivos y enfermedades concomitantes como la diabetes y la hipertensión. Relacionados con la medicación se detectaron factores como el recuento diario, el número de quelantes de fosfato prescrito y la complejidad del régimen de medicación.

Las escalas y cuestionarios (Morisky- Green, SMAQ,) usadas para evaluación de la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas fueron predominantes en la mayoría de estudios.

Aunque podemos considerar estos cuestionarios validados para evaluar adherencia respecto a la toma de medicación, consideramos que no son insuficientes para determinar el grado de adherencia al tratamiento en diálisis que debe incluir el control dietético (que en estudios recientes alcanza un incumplimiento del 78%) y la asistencia a las sesiones de diálisis (en España 1-2% otros países 16%). Sólo en uno de los estudios se usó la escala Horne y Weinman (adaptada) para diálisis, medicación, dieta e intencionalidad de incumplimiento(3). Este y otros estudios(4), para eliminar el sesgo que lleva implícito un cuestionario autoadministrado, incorporaron parámetros bioquímicos que objetivan el incumplimiento declarado o no, mediante la determinación de niveles de fósforo, potasio y albúmina. La consideración de no adherencia provenía de marcadores bioquímicos fuera de los objetivos clínicos; el potasio (indicativo de la no adherencia dietética), fosfato (falta de adherencia a la dieta y/o la ingesta de aglutinantes de fosfato). Y albúmina de destino (que sugiere dieta inadecuada y malnutrición). En los últimos estudios se incorpora la variable intencionalidad, siendo intencional la falta de adherencia más frecuente para no acudir o reducir la diálisis y la no intencional para medicación. Para el control dietético los resultados fueron similares.

Discusión:

Las tasas de falta de adherencia son elevadas. La variación en las tasas observadas pueden explicarse por la falta de consenso sobre las medidas y los criterios utilizados para definir la no adherencia, limitaciones conceptuales y metodológicas relacionadas con el uso de los índices unidimensionales compuestos, biomarcadores poco fiables, y la inclusión de fórmulas de diálisis distintas como diálisis peritoneal, hemodiálisis o diálisis domiciliaria. Es preciso por ello la validación de un cuestionario sensible a la adherencia terapéutica en diálisis asociado a parámetros bioquímicos que contribuyan a disminuir el sesgo de autoadministración de cuestionario.

Conclusiones:

Como la falta de adherencia puede reducir la eficacia del tratamiento y aumentar el riesgo de mortalidad, hospitalización y peritonitis, es necesario realizar estudios exhaustivos en nuestro país para explorar la falta de adherencia y los factores que pueden estar asociados a ella. La identificación de los factores de riesgo podría también facilitar la detección precoz y contribuir al diseño de futuras intervenciones.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Los resultados del estudio tienen implicaciones para la práctica clínica en cuanto a la seguridad del paciente, dado que la falta de adherencia incrementa la morbimortalidad asociada a estos pacientes. El presente estudio revela la necesidad de detectar y reconocer falta de adherencia y creencias negativas, así como de la puesta en práctica de estrategias para librar los obstáculos. En pocas ocasiones los pacientes expresan espontáneamente la falta de adhesión por lo que es importante que los profesionales de enfermería reflexionen y participen activamente en la puesta en marcha de intervenciones destinadas a mitigar este problema.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

En pocas ocasiones los pacientes expresan espontáneamente la falta de adhesión por lo que es importante que los profesionales de enfermería reflexionen y participen activamente en la puesta en marcha de intervenciones destinadas a mitigar este problema. Las investigaciones que se proponen son:

Realización de estudio cualitativo en pacientes con baja adherencia manifestada por marcadores bioquímicos para explicar en su complejidad los factores y dimensiones que influyen en ésta.

Validación de un cuestionario específico sobre adherencia en diálisis que incluya sesiones de diálisis, medicación y control de ingesta de líquidos y dietético
Observacional descriptivo para determinar prevalencia y caracterización de pacientes con baja adherencia al tratamiento dialítico
Realización de estudio multicéntrico acerca de factores de riesgo y protectores para la adherencia en diálisis peritoneal y hemodiálisis
Estudio experimental mediante intervención en pacientes en diálisis para disminuir la falta de adherencia al tratamiento.

Bibliografía:

1. Lam LW, Twinn SF, Chan SW. Self-reported adherence to a therapeutic regimen among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Adv Nurs*. 2010 [revista en internet];66(4): 763–73. [Consultado el 1 Abril 2016]. Disponible en: doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05235.x
 2. Garcia-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema*. 2013 [artículo online];25(1): 79–86. doi: [Consultado el 1 Abril 2016]. Disponible en: 10.7334/psicothema2012.96
 3. Yu ZL, Lee VY, Kang AW, Chan S, Foo M, Chan CM, Griva K. Rates of Intentional and Unintentional Nonadherence to Peritoneal Dialysis Regimes and Associated Factors. *PLoS One*. 2016 [revista en Internet]; 11(2): e0149784. [Consultado el 1 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769138>
 4. Arenas MD, Pérez-García R, Bennouna M, Blanco A, Mauricio-Reatiga O, Prados MD et al . Mejoría del cumplimiento terapéutico en pacientes en hemodiálisis con mal control del fósforo y mala adherencia al tratamiento con captoreos: Estudio COMQUELFOS. *Nefrología* [revista en Internet] 2013 [consultado el 1 Abril 2016]; 33(2): 196-203. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Oct.11726>.
 5. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol* [revista en Internet] 2013[consultado el 1 Abril 2016] 4: 91 Disponible en: doi: 10.3389/fphar.2013.00091
-