



ROSA D. RAVENTÓS TORNER

Profesora del Departamento de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Graduada en Enfermería, Máster en Nutrición y alimentación, Máster en Cuidados enfermeros en Atención Primaria, Máster en Investigación. Doctora. Tarragona.

✉ rosadolores.raventos@urv.cat

ANA BORRUEL LLOVERA

Profesora Asociada del Departamento de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Doctora. Tarragona.

LAIA RAIGAL ARA

Profesora del Departamento de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Graduada en Enfermería. Máster en investigación. Doctora. Tarragona.

EDUARDO BORREGUERO GUERRERO

Responsable de la Unitat Territorial d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat Alt Penedès-Garraf, Barcelona. Diplomado Universitario en Enfermería. Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Especialista Universitario en Nutrición y Salud; Máster en Cuidados Paliativos. Barcelona.

MARÍA ASCENSIÓN CASADO MARTÍNEZ

Adjunta a la Dirección de Atención Primaria Penedés Rural. Institut Català de la Salut. Barcelona. Graduada en Enfermería, Máster en Nutrición y Alimentación, Máster en Cuidados Enfermeros en la Atención Primaria, Máster en Gestión Integral de Servicios en Atención Primaria, Sociales y Hospitalarios. Vilafranca del Penedès, Barcelona.

CARME FERRÉ GRAU

Coordinadora del Programa de Doctorando de Enfermería y Salud en la Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Graduada en Enfermería y Psicología. Doctora. Tarragona.



MANUSCRITO



Fecha recepción:
24/09/2019



Fecha aceptación:
29/02/2020



La adherencia al tratamiento farmacológico en las consultas enfermeras de atención primaria: observar y comprender

Adherence to pharmacological treatment in nurses primary care consultations: observe and understand



Ariadna Creus y Ángel García | Banc d'Imatges Infermeres.

Resumen

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Las enfermeras de Atención Primaria tienen un papel importante en la identificación del cumplimiento terapéutico y la detección de las dificultades del paciente, así como para evitar fracasos terapéuticos y tasas de hospitalización, disminuir costes sanitarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El objetivo general del estudio es describir las situaciones y dificultades observadas en las consultas enfermeras de atención primaria en el abordaje del tratamiento farmacológico en el paciente crónico, con la finalidad de elaborar una guía y un protocolo de actuación.

MÉTODOS. Estudio cualitativo mediante la técnica de observación participante realizado en 2018, en cinco consultas enfermeras de tres Áreas Básicas de Salud del Alt Penedès (Barcelona). El análisis de los datos se realizó con el programa WeftQda versión 1.0.1.

RESULTADOS. Surgieron tres dimensiones y siete subdimensiones: adherencia al tratamiento farmacológico, educación para la salud y gestión del tiempo en las consultas.

CONCLUSIONES. Se identificaron diferentes predictores que interfieren en la adherencia al tratamiento farmacológico; entre ellos, la gestión de medicamentos genéricos, la dificultad de seguir el tratamiento farmacológico a largo plazo y la complejidad de muchos tratamientos crónicos. Cabe destacar la dificultad de comprensión del tratamiento y la dificultad del registro. Uno de los puntos fuertes de las enfermeras de atención primaria es la proximidad con el paciente.

PALABRAS CLAVE: CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO; ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA; ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO; COMORBILIDAD; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Summary

The lack of adherence to drug treatment is a prevalent problem in clinical practice, especially in the treatment of chronic diseases. Primary Care nurses have an important role in identifying therapeutic compliance and in detecting patient difficulties, avoiding therapeutic failures, hospitalization rates, reducing healthcare costs and improving patients' quality of life. The general objective of the study is to describe the situations and difficulties observed in the nurses consultations of primary care in the approach of the pharmacological treatment in the chronic patient; the purpose is to be able to elaborate a guide and an action protocol.

METHODOLOGY. Qualitative study using the participant observation technique carried out in 2018, in 5 nurses consultations of three Basic Health Areas of Alt Penedès (Barcelona). The data analysis was performed with the WeftQda program version 1.0.1.

RESULTS. Three dimensions and seven subdimensions emerged: adherence to drug treatment, health education and time management in the consultations.

CONCLUSIONS. Different predictors have been identified that interfere with adherence to pharmacological treatment, including the management of generic medications, the difficulty of following long-term pharmacological treatment and the complexity of many chronic treatments. Note the difficulty of understanding the treatment and the difficulty of registration. One of the strengths of primary care nurses is the proximity to the patient, which gives them better patient knowledge and facilitates the approach to treatment adherence.

KEYWORDS: TREATMENT ADHERENCE AND COMPLIANCE ; COMMUNITY HEALTH NURSING; MEDICATION THERAPY MANAGEMENT; COMORBIDITY; PRIMARY HEALTH CARE.

Introducción

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Las enfermedades se han constituido en procesos crónicos y degenerativos, de carácter complejo y multifactorial y difíciles de tratar, lo que provoca un impacto importante en las poblaciones más vulnerables y limita la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las sufren^{1,2}.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas constituyeron en 2005 la causa de más del 60 % de las muertes en el mundo, motivaron el 80 % de las consultas de Atención Primaria, el 60 % de los ingresos hospitalarios y el 70 % del gasto sanitario³.

Aunque podemos dar un valor positivo al aumento de la esperanza de vida y al control de las enfermedades mediante medicamentos, el incremento de la prescripción de fármacos y el control de las enfermedades crónicas implican el manejo de tratamientos de gran complejidad que afectan a la adherencia farmacológica y la dificultad para gestionarla^{4,5}. En las consultas de Atención Primaria se puede constatar que el hecho de no seguir correctamente un tratamiento farmacológico puede derivar en efectos secundarios y descompensaciones de la enfermedad, lo que aumenta las tasas de morbi-mortalidad y, por tanto, el consumo de los recursos sanitarios destinados al tratamiento de estos pacientes, principalmente como consecuencia del incremento de la tasa de ingresos hospitalarios^{6,7}.

La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos tiene un coste económico estimado de 125.000 millones de euros anuales para los gobiernos de la Unión Europea y contribuye a la muerte

prematura de aproximadamente 200.000 ciudadanos europeos cada año. En España, este problema genera un gasto de 11.250 millones de euros anuales y una cifra de 18.400 muertes relacionadas con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico^{8,9}.

Estas cifras justifican sobradamente la necesidad de trabajos de investigación orientados a conocer con más detalle, y en zonas territoriales más específicas, el cómo y el porqué de este problema social, económico y sanitario.

Aunque en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de estudios relacionados con este tema, estos son sobre todo estudios farmacéuticos, médicos o psicológicos, pero falta investigación desde la perspectiva de las enfermeras.

El objetivo general de este estudio es describir las situaciones y dificultades observadas en las consultas enfermeras de atención primaria en cuanto al abordaje del tratamiento farmacológico en el paciente crónico, con la finalidad de elaborar una guía y protocolo de actuación.

La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos tiene un coste económico estimado de 125.000 millones de euros anuales para los gobiernos de la Unión Europea y contribuye a la muerte prematura de aproximadamente 200.000 ciudadanos europeos cada año

Material y métodos

Se realizó un estudio con diseño y metodología cualitativa y se ha utilizado como técnica la observación participante abierta, que proporcionó la posibilidad de acceder al lugar del fenómeno. Tras contrastar diferentes opciones, en este estudio se ha aplicado el enfoque basado en la teoría fundamentada, porque engloba metodología y método, que permitió comprender el fenómeno y el proceso social en toda su complejidad¹⁰. El estudio se desarrolló en las consultas de tres Áreas Básicas de Salud del Alt Penedés (Barcelona), en cinco consultas enfermeras de Atención Primaria, durante tres meses en el año 2017. Se realizó la observación participante de lunes a viernes, durante 4 horas diarias, con un total 264 horas.

En el diseño del estudio se tuvo en cuenta que las consultas en las que se iba a realizar la observación fueran atendidas por enfermeras que llevaran más de cinco años trabajando en atención primaria y, como criterio de exclusión, el hecho de no querer participar en el estudio. Las consultas en las que se realizó la observación participante fueron seleccionadas por la dirección de las diferentes ABS. Durante el periodo de observación, se informó a los pacientes de la presencia del investigador y del estudio que se estaba llevando a cabo, de la confidencialidad de los datos y del derecho a no ser observados.

Se valoró llevar a cabo la observación participante abierta porque permitía observar las conductas, estrategias, habilidades, actitudes, relación del paciente con el profesional y estrategias utilizadas en relación con la adherencia al tratamiento farmacológico en el momento en que pasaba, y también se tuvieron en cuenta limitaciones como el hecho de que el registro debía ser rápido, preciso y objetivo, porque el suceso pasa en cualquier momento, y no siempre se podría producir¹¹. En cuanto a las limitaciones del investigador, cabe

destacar la dificultad de mantenerse al margen del suceso, que la descripción de los aspectos exactos del suceso podría llevar a un registro subjetivo y que su presencia como observador podría influir en los profesionales y los pacientes.

El método de recolección de datos consistió en la toma de notas y la elaboración de un diario de campo, recogidas durante la observación en las consultas de atención primaria. Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación del Instituto Universitario para Investigación en Atención Primaria de Salud (IDIAP) Jordi Gol (código P17/126). Los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki se mantuvieron a lo largo del estudio y en todo momento.

Los datos han sido salvaguardados, cumpliendo con la protección de datos, conforme a la garantía de confidencialidad de la información según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Para el análisis de los datos, se recogieron las ideas principales y los temas que emergían del registro de la información obtenida, teniendo en cuenta las limitaciones, la subjetividad del observador y su relación con los hechos observados. Se definieron diferentes categorías y subcategorías, las más importantes de las cuales se codificaron mediante un programa similar a un procesador de textos, llamado WeftQDA 1.0.1. Este programa nos facilitó la tarea de guardar los datos recogidos por el investigador de manera organizada y organizarlos en categorías y subcategorías analíticas. Además, ayudó a establecer relaciones entre los datos, mediante varias búsquedas y su visualización en forma de textos.

Resultados

Los resultados obtenidos a partir de las 264 horas de observación participante han permitido dar visibilidad al trabajo diario de las enfermeras en las consultas de Atención Primaria,

VARIABLES	SEXO	VISITAS	TOTAL
Horas de observación			264 horas
Enfermeras			
Hombres	2		
Mujeres	3		5 enfermeras
Tipo de visita			
Programada		792	
Espontánea		330	
Urgente		132	
Telefónica		264	
		1.518 visitas	

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES
1. Adherencia al tratamiento farmacológico	1.1 Dificultad para gestionar el tratamiento
	1.2 Conciliación del tratamiento
	1.3 Comunicación
	1.4 Retroacción entre las enfermeras y el paciente
2. Educación para la salud	2.1 Registro
3. Gestión del tiempo	3.1 Visitas complejas
	3.2 Trabajo multidisciplinar

focalizado en los aspectos de adherencia al tratamiento farmacológico, actividades que llevan a cabo, manejo de conocimientos, cuidados y situaciones complejas (tabla 1). Del análisis surgieron tres dimensiones y siete subdimensiones, obtenidas durante la observación y analizadas posteriormente. En el registro se han utilizado las abreviaturas ENF y P para identificar a las enfermeras y los pacientes, respectivamente (tabla 2).

Dimensiones y subdimensiones que emergen del estudio

1. Adherencia al tratamiento farmacológico

Existen múltiples definiciones de la adherencia al tratamiento farmacológico, pero la podemos considerar como el grado en que el comportamiento de una persona (toma el

medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones que se han acordado con un prestador de asistencia sanitaria.

1.1. Dificultad para gestionar el tratamiento

La preocupación y la angustia frente a los tratamientos farmacológicos emergen en muchas ocasiones durante la observación, sin preguntar, con un asomo de demanda de ayuda por parte del paciente. Una de las dificultades detectadas en las consultas enfermeras es el manejo de los medicamentos genéricos, debido a que un mismo fármaco puede tener diferente envase, forma, textura y color de pastilla, lo que genera confusión al paciente, errores de tomas e inseguridad, que repercu- >

ten en los controles, descompensaciones y complicaciones en el paciente.

ENF/P «... tengo un lío con la medicación: con tantos cambios de envase y de color de las pastillas, muchas veces ya no sé qué tomo...» (at point 2868)

1.2. Conciliación del tratamiento

En todas las visitas del paciente, familiar o llamadas telefónicas, después de una transición asistencial (primaria, hospitalaria, centro sociosanitario, visitas a los especialistas, etc.) surge la consulta sobre el tratamiento farmacológico. Al revisarlo, las enfermeras detectan errores como prescripción incompleta, cambios de tratamiento, cambio de nombre del medicamento, falta de actualización de la receta (donde no aparecen fármacos anteriores, pautas horarias incorrectas), o simplemente por no entender cómo realizar el tratamiento. Son consultas largas donde la conciliación del tratamiento es muy importante, ya que afecta a la seguridad del paciente.

ENF/P «... llamada telefónica... ha salido de alta del hospital. ENF le pregunta qué dificultad tiene para seguir la medicación; ella le comenta que no se aclara, que un médico le dice una cosa y, otro, algo diferente... o sea, que ella, según cómo se encuentra, se toma la medicación o no...» (at point 44406)

ENF/P «... el hijo ha llevado los informes de la madre, que ha salido del hospital. La ENF mira la hoja de medicación y los informes del hospital, revisan el tratamiento y le explica cómo debe hacerlo y, sobre todo, le dice que no deje la medicación.» (at point 44627)

1.3. Comunicación

Desde la proximidad, algunos de los problemas de efectividad de la comunicación a los que se enfren-

tan las enfermeras en el día a día radican en la forma de conversar y relacionarse con los demás. Los pacientes explican muchas situaciones en poco tiempo; las enfermeras intentan dirigir hacia la visita que se ha concertado. La comunicación a veces se vuelve como un ir y venir de preguntas, respuestas, consideraciones y consejos. Hay muchas personas que sufren la dificultad de expresarse y, asimismo, la dificultad de ser escuchados, por lo que las enfermeras aprovechan la relación de confianza y conocimiento para obtener los objetivos marcados en las visitas.

ENF/P «... es la primera visita que hace al consultorio... hace poco que ha venido a vivir en el pueblo... ya ha empezado a ir al centro cívico del pueblo, para relacionarse... Explica que es hipertensa, que tiene azúcar en la sangre y dice: "tomo demasiada medicación"... y dice que fuma...» (at point 6255).

1.4. Retroacción entre las enfermeras y el paciente

Obtener una respuesta y, al mismo tiempo, darla al paciente, requiere conocimientos y habilidades como la escucha activa, la empatía, la negociación, la resolución de conflictos, el lenguaje verbal y no verbal, el respeto, la persuasión y la credibilidad del mensaje. Esto es importante en todo tipo de pacientes, pero los pacientes con problemas de salud mental y deterioro cognitivo leve son más sensibles a la necesidad de respuestas que permitan abordar su situación y precisan de pactos, apoyos y pautas para seguir el tratamiento. Es por ello que las enfermeras intentan trabajar con el paciente y, si no es posible, recurren a la familia o al cuidador, para dar respuesta a las demandas y al control del tratamiento.

ENF/P «... señora de 68 años con trastorno bipolar, viene acompañada de su marido, para hacerse



un control de TA. Le pregunta si se toma la medicación y ella le dice que sí. Sin embargo, la TA es alta... le pregunta cuándo se toma la pastilla de la TA y la paciente responde que últimamente sólo toma media... y que piensa que con media ya tiene bastante... La señora insiste en que está angustiada...» (at point 42178)

2. Educación para la salud

La educación para la salud es una herramienta fundamental que permite transmitir los conocimientos y habilidades necesarios para que las personas puedan conservar, restablecer o potenciar su salud, además de mejorar su calidad de vida.

2.1. Registro

Las enfermeras registran en la historia clínica del paciente toda la actividad llevada a cabo en las consultas, pero muchas actividades quedan por registrar, pues muchas veces se priorizan las actividades que ya están sistematizadas por las guías de práctica clínica y protocolizadas por patologías o situaciones de salud. Aspectos importantes como la



escucha activa, la educación sanitaria sobre cómo preparar la medicación, cómo gestionarla, quién la prepara, las dificultades del paciente, las excepciones o simplemente por qué no la toma, no quedan reflejados. Anotar requiere tiempo y es por ello que se priorizan los aspectos sistematizados. En este sentido, las enfermeras actúan igual que los médicos, lo que conlleva que no se registren metódicamente los aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico.

ENF/P «... la enfermera abre la hoja de medicación y revisa el tratamiento. Van mirando uno por uno los medicamentos, pero él no sabe el nombre... sabe para qué sirven y los colores... si no la quieres tomar, debes consultar... no es la primera vez que te pasa... Él no dice nada, pero le hace un comentario: "¿cómo lo tengo que hacer cuando sea la época del ramadán?"...» (at point 4217)

3. Gestión del tiempo

Los profesionales perciben la gestión del tiempo en las visitas como un problema: las quejas son constantes,

falta tiempo para la visita; las visitas de pacientes crónicos que realizan varias demandas a la vez, las visitas que no estaban programadas, las visitas urgentes, etc.

3.1 Visitas complejas

Aunque muchas veces los pacientes acuden para una visita concreta, se acaban realizando actividades diferentes derivadas de sus múltiples demandas. El paciente crónico requiere en muchas ocasiones que se adapten las intervenciones a la situación, debido a que existe mayor riesgo de descompensación. Son pacientes complejos, en los cuales el tratamiento farmacológico requiere mucho control y seguimiento, por lo que la familia adquiere un papel relevante y, como consecuencia, pueden surgir otros conflictos que se tendrán que abordar. La complejidad la plantea el problema de salud unido a otros problemas adyacentes al paciente y que son difíciles de abordar.

ENF/P «... entra un señor de 88 años con su hijo, para una cura... La ENF le pregunta si estos días le ha dolido y si se ha tomado los

calmantes... él dice que sí... el hijo dice que no... el hijo está enfadado, dice que su padre hace lo que quiere y el padre le responde "tú también haces lo que quieres"... la enfermera sale de la consulta para pedir ayuda al médico, la visita se ha vuelto insostenible, mientras están solos en la consulta ellos discuten... entran en la consulta la enfermera y el médico e intentan calmar la situación...» (at point 23169)

3.2 Trabajo multidisciplinar

El trabajo en las consultas se realiza de forma individual, pero a veces se precisa de la ayuda de otros profesionales para poder abordar mejor la situación. Muchos pacientes requieren cuidados especiales debido a que es fácil que se descompensen. Por ello, en estas visitas se trabaja de forma multidisciplinar y los profesionales necesarios se implican para una mejor resolución de las visitas.

ENF/P «... señora mayor de 91 años, viene sola para el control de la insuficiencia cardiaca y para hacerse un electrocardiograma. La enfermera le mira la TA y la estira en la camilla para hacerle el electrocardiograma. Tiene una lesión en la pierna... dice que hace días... el aspecto es feo... presenta edemas... el tobillo enrojecido... la cura... revisa el tratamiento que está tomando... ella no lo recuerda... llama al médico... se le pautan antibiótico y pomada... mientras llama a la hija... escribe el tratamiento en un papel para que se lo enseñe a la hija. Se le da hora para nueva visita.» (at point 26605)

Discusión

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico se da en todo tipo de pacientes y cabe destacar que la responsabilidad no puede recaer exclusivamente en ellos, ya que tenemos que aceptar que es necesario que la persona disponga de una >

información de calidad para adoptar cualquier determinación en relación con su salud¹²⁻¹⁴.

El problema de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico surge en cualquier tipo de situaciones en las que se prescriben fármacos, pero sobre todo en procesos crónicos, en tratamientos a largo plazo y en pacientes con deterioro cognitivo y problemas de salud mental, en los cuales la gestión del tratamiento es más difícil y el paciente muestra desconfianza e inseguridad debido a la falta de comprensión de su enfermedad y la necesidad de seguir un tratamiento a largo plazo^{15,16}. Las enfermeras deben trabajar para que el paciente se sienta el centro de los cuidados, agente y protagonista de la resolución de sus problemas, escuchado y tenido en cuenta, y es por ello que se precisan pautas y conocimientos para conseguirlo^{17,18}.

Es importante compartir las decisiones con los pacientes y, si es necesario, con la familia o con los cuidadores, así como conocer sus creencias, los hábitos y las circunstancias de su vida, ya que esto ayuda a mejorar la comunicación y transmitir un mensaje adaptado a sus necesidades^{19,20}. A partir de la observación en las consultas enfermeras, cabe destacar que la confianza, el conocimiento, la retroacción y una buena comunicación entre las enfermeras y el paciente, al mismo tiempo que la implicación de los cuidadores formales o informales, son básicos para el abordaje integral del paciente^{21,22}.

Uno de los problemas detectados en las consultas es el incremento de medicamentos, sobre todo de los medicamentos genéricos, lo que, debido al cambio de formato, forma y envase, provoca malestar y confusión en el paciente, familia y cuidadores y, ciertamente, preocupa a los profesionales por el riesgo de incumplimiento y errores de medicación^{23,24}.

Otra de estas dificultades son las transiciones que realizan muchos pacientes por el sistema sanitario (altas hospitalarias, sociosanitarios), diferentes especialistas y algunas visitas privadas, en las que la pauta de medicación cambia, las recetas electrónicas no están bien completadas y algunas veces no se puede acceder al registro, sobre todo en los pacientes con problemas de salud mental^{25,27}. En tales casos debería disponerse de actividades sistemáticas y coordinadas de conciliación del tratamiento farmacológico, para evitar errores de medicación y el empeoramiento del paciente²⁸.

Aunque puede parecer que el seguimiento del tratamiento farmacológico es una actividad que ha de llevar a cabo el médico, como único prescriptor del tratamiento, en la práctica son las enfermeras las más cercanas al paciente, y las responsables de llevar a cabo la revisión de la medicación, la conciliación del tratamiento, la detección de efectos adversos y la educación sanitaria sobre la medicación y seguimiento^{29,30}.

Cabe destacar en este estudio la importancia del trabajo multidisciplinar según la valoración y las necesidades del paciente, ya que con ello se genera un mejor abordaje y resolución del problema del paciente. Las visitas requieren un buen registro y la adherencia al tratamiento precisa de un registro homogéneo, sistematizado y protocolizado, que permita agilizar la actividad y facilitar el trabajo de seguimiento, para paliar la falta de tiempo de los profesionales y poder realizarlo correctamente³¹.

Como líneas futuras derivadas de este estudio destacamos la elaboración de una guía y protocolo de actuación utilizando los datos obtenidos, con el consenso de todos los profesionales, para mejorar el registro, el abordaje, el trabajo mul-

tidisciplinar y con ello la seguridad del paciente en la adherencia al tratamiento farmacológico, y evitar efectos adversos, reducir ingresos hospitalarios y repercutir al mismo tiempo en el gasto sanitario.

Conclusiones

En el estudio se identifican diferentes predictores que interfieren en la adherencia al tratamiento farmacológico, como son la gestión de medicamentos genéricos, la dificultad de seguir el tratamiento farmacológico a largo plazo, la complejidad de muchos tratamientos crónicos, los cambios continuos de formato y envase, y la dificultad de manejo de los fármacos debido al tamaño de las pastillas o dispositivos que se deben utilizar. Cabe destacar la dificultad de comprensión del tratamiento al alta hospitalaria o sociosanitaria, o durante las transiciones que realizan los pacientes por diferentes visitas privadas o a especialistas, en las cuales el cambio de tratamiento es continuo y muchas veces no queda reflejado en el plan de medicación.

Se identifica la dificultad del registro de las actividades de la adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que no está sistematizado, ni protocolizado y no se realiza igual en todas las consultas enfermeras, lo que dificulta saber el motivo por el que no se realiza el tratamiento, la gestión del tiempo, el seguimiento del paciente y el trabajo multidisciplinar.

Uno de los puntos fuertes de las enfermeras de atención primaria es la proximidad con el paciente; esta les confiere un conocimiento, no solo del paciente, sino también de su entorno, familia o cuidadores, lo que fortalece la confianza y facilita el abordaje del problema, aspectos básicos para la atención integral del paciente. ▀

Agradecimientos

A todos los profesionales participantes en este estudio, por su tiempo y colaboración.

Bibliografía

- Walckiers D, Van der Heyden J, Tafforeau J. Factors associated with excessive polypharmacy in older people. *Arch Public Health*. 2015; 73: 50. Doi:10.1186/s13690-015-0095-7.
- Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cub Salud Pública*. 2011; 37: 488-99.
- Santos Ramos B, Otero López MJ, Galván Banqueri M, Alfaro Lara ER, Vega Coca M.D, Nieto Martín M.D., et al. Health care models for patients with multiple chronic conditions and the role of the hospital pharmacy/the hospital pharmacist. *Farm Hosp*. 2012; 36: 506-517. Doi:10.7399/FH.2012.36.6.52.
- Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pinab MT, Martínez Crespo J. Patients on multiple medication: do they know the right doses? Do they take their medications correctly? *Aten Primaria*. 2004; 33: 451-56.
- Gellad WF, Grenard Marcum ZA. Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2001; 9: 11-23. Doi:10.1016/j.amjopharm.2011.02.004.
- Wimmer BC, Bell JS, Fastborn J, Wiese MD, Johnell K. Medication Regimen Complexity and Polypharmacy as Factors Associated With All-Cause Mortality in Older People. *Ann Pharmacother*. 2016; 50: 89-95. Doi: 10.1177/1060028015621071.
- Wimmer BC, Bell JS, Fastborn J, Wiese MD, Johnell K. Medication Regimen Complexity and Number of Medications as Factors Associated With Unplanned Hospitalizations in Older People: A Population-based Cohort Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016; 71: 831-7. Doi: 10.1093/gerona/glv219.
- Unidad de Bioindustrias y Farmacia. Antares Consulting. Impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos. Antares BioFarma Flash Track. [citado 2013 febrero 3]. Disponible en: https://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/79/apartado/B/idUnidad/1
- Hovstadius B, Petterson G. Non-adherence to drug therapy and drug acquisition costs in a national population - a patient-based register study. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 326. doi: 10.1186/1472-6963-11-326.
- Byrne M. Grounded theory as a qualitative research methodology. *AORN Journal*. 2001; 73: 1155-6.
- Vitorelli Diniz Lima Fagundes K, Almeida Magalhães AD, dos Santos Campos CC, Garcia Lopes Alves C, Mônica Ribeiro P, Mendes MA. Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. *Index Enferm*. 2014; 23: 75-9. Doi: 10.4321/S1132-12962014000100016.
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008; 11: 44-47. Doi: <https://10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
- Costa Alcaraza AM, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordoval Casaurránd R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria*. 2008; 40: 97-9. Doi: 10.1157/13116157.
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008; 11: 44-7. Doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x
- Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41: 241-48. Doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031.
- Tamblyn R, Eguale T, Huang A, Winslade N, Doran P. The Incidence and Determinants of Primary Nonadherence With Prescribed Medication in Primary Care: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2014; 160: 441-5.
- Adhikari R, Tocher J, Smith P, Corcoran J, MacArthur J. A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Education Today*. 2014; 34: 185-90. Doi: 10.1016/j.nedt.2013.10.008.
- Wagner E H. The role of patient care teams in chronic disease management. *Bmj*. 2000; 320: 569-572. Doi: 10.1136/bmj.320.7234.569.
- González Aller C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2014; 2: 82-92.
- Heyworth L, Clark J, Marcello TB, Paquin AM, Stewart M, Archambeault C et al. Aligning medication reconciliation and secure messaging: qualitative study of primary care providers perspectives. *J Med Internet Res*. 2013; 2: e264. doi: 10.2196/jmir.2793.
- Young SD, Oppenheimer DM. Different methods of presenting risk information and their influence on medication compliance intentions: results of three studies. *Clin Ther*. 2006; 28: 129-139. Doi:10.1016/j.clinthera.2006.01.013.
- Zullig LL, Peterson ED, Bosworth HB. Ingredients of successful interventions to improve medication adherence. *JAMA*. 2013; 310: 2611-12. Doi:10.1001/jama.2013.282818.
- García Arieta A, Hernández García C, Avendaño Solá C. Regulación de los medicamentos genéricos: evidencias y mitos. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2010; 34: 71-82.
- Smeulders M, Onderwater AT, Zwieten MC, Vermeulen H. Nurses experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. *J Nurs Manag*. 2014; 22: 276-85. Doi: 10.1111/jonm.12225.
- Toles M, Barroso J, Colón Emeric C, Corazzini K, McConnell E, Anderson RA. Staff Interaction Strategies that Optimize Delivery of Transitional Care in a Skilled Nursing Facility: a Multiple Case Study. *Fam Community Health*. 2012;35: 334-44. Doi: 10.1097/FCH.0b013e31826666eb.
- Jódar Solà G, Cadena Andreu A, Parellada Esquius N, Martínez Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria*. 2005; 36: 558-62. Doi: 10.1016/s0212-6567(05)70566-7.
- Rattray NA, Sico JJ, Cox LM, Russ AL, Matthia MS, Frankel RM. Crossing the Communication Chasm: Challenges and Opportunities in Transitions of Care from the Hospital to the Primary Care Clinic. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2017; 43: 127-37. Doi: 10.1016/j.jcjq.2016.11.007.
- Valverde E, Mendizabal A, Ariz C, Mitxelena I, Pérez A, Igea V. Conciliación de la medicación: desde el ingreso hasta la atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2016; 31: 62-5. Doi: 10.1016/j.cali.2016.01.005.
- Rodríguez-Chamorro MA, Pérez-Merino E M, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro A, Martínez-Martínez F, Faus-Dader MJ. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharmaceutical Care España*. 2014; 16:110-20.
- Lumillo Gutiérrez I, Urpí Fernández AM. Intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia a la medicación crónica. *Enferm Clin*. 2013; 23:133-34. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.03.003
- Romero Ventosa EY, Samartín Ucha M, Martín Vila A, Martínez Sánchez ML, Gómez Serranillos IR, Pineiro Corrales G. Multidisciplinary teams involved: detection of drug-related problems through continuity of care. *Farm Hosp*. 2016; 40: 529-43. Doi: 10.7399/fh.2016.40.6.10506.