

Adherència al tractament
farmacològic en el pacient
crònic a l'Alt Penedès
Funció i reptes de la infermeria

Rosa D. Raventós Torner

La col·lecció CUM LAUDE té com a objectiu editar les millors tesis doctorals en llengua catalana de la Universitat Rovira i Virgili. S'emmarca dins del Pla de política lingüística i pretén estimular l'ús de la llengua catalana en la redacció de les tesis, i prestigiar el català com a llengua de ciència i de recerca.

Aquesta col·lecció neix de la convocatòria d'edició de tesis doctorals en llengua catalana impulsada per la Comissió de Política Lingüística de la Universitat Rovira i Virgili.

¶ Aquesta editorial és membre de la Xarxa Vives i de l'UNE, fet que garanteix la difusió i comercialització de les seves publicacions a escala estatal i internacional.

Adherència al tractament farmacològic en el pacient crònic a l'Alt Penedès

Funció i reptes de la infermeria

Rosa D. Raventós Torner



Tarragona, 2018

Aquesta tesi doctoral, dirigida per la Dra. Ana Borrueu Llovera i la Dra. Carme Ferré Grau, va ser presentada al Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili el 2017 i va obtenir la menció de *cum laude*.

Edita:
Publicacions URV

1a edició: desembre de 2018
ISBN: 978-84-8424-717-3
Dipòsit legal: T 1605-2018

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat

Aquesta edició ha estat possible gràcies a un ajut del Comissionat per a Universitats i Recerca de la Generalitat de Catalunya.

Aquesta edició està subjecta a una llicència Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Per veure'n una còpia, visiteu <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envieu una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

«Res és verí, tot és verí: la diferència està en la dosi.»

Theophrastus Bombast von Hohenheim (Paracels)



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486

E-mail: sdinfern@urv.cat

La Dra. Anna Borruel Llovera i la Dra. Carme Ferré Grau Professores del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

CERTIFIQUEN:

Que aquest treball de recerca titulat " Adherència al Tractament Farmacològic en el Pacient Crònic a l'Alt Penedès. Funció i reptes de la infermeria " que presenta la Sra. Rosa D. Raventós Torner per a l'obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta Universitat i que compleix els requeriments per a la seva presentació pública.

Tarragona , 26 de maig de 2017

Dra. Anna Borruel Llovera

Dra. Carme Ferré Grau

Per a les persones més importants de la meua vida: els meus fills, en Víctor i en Guillem, que han estat sempre al meu costat i han estat el motor per tirar endavant, i en Pere, qui va ser capaç que tornés a viure, que ha estat l'impulsor dels meus somnis, que m'ha acompanyat en tot moment, que no ha permès que defallís, i a qui dono les gràcies per ser com és, especial i únic.

A tots ells, espero poder compensar-los tots els moments que hem deixat de compartir durant aquest temps.

Índex

ÍNDIX DE FIGURES	11
ÍNDIX DE GRÀFICS	12
ÍNDIX DE TAULES	13
LLISTA D'ABREVIATURES	15
RESUM	17
ABSTRACT	19
RECONeixEMENTS I AGRAïMENTS	21
INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ	25
CAPÍTOL I. MARC TEÒRIC	33
2.1 Factors relacionats amb l'adherència al tractament farmacològic	51
2.1.1 Factors relacionats amb el pacient	52
2.1.2 Factors socioeconòmics i demogràfics	52
2.1.3 Factors relacionats amb l'equip o el sistema sanitari	53
2.1.4 Factors relacionats amb la malaltia	53
2.1.5 Factors relacionats amb el tractament	54
4.1 Educació sanitària	69
4.2 L'adherència a l'autocura: abordatge des del model de Dorothea Orem	74
CAPÍTOL II. MARC METODOLÒGIC	83
2.1 Objectiu general quantitatiu	87
2.2 Objectius específics quantitatius	87
2.3 Objectiu general qualitatiu	87
2.4 Objectius específics qualitatius	88
4.1 Estudi quantitatiu	95
4.2 Estudi qualitatiu	100
4.2.1 Tècnica de l'observació participant	103
4.2.2 Tècnica del grup focal	108
CAPÍTOL III. ANÀLISI I DISCUSSIÓ DELS RESULTATS DE LES DADES	115
1.1 Anàlisi dels resultats de les característiques de la població estudiada	116

1.2 Anàlisi de les característiques sociodemogràfiques que poden influir en l'adherència al tractament farmacològic	119
1.3 Avaluació del grau d'adherència al tractament farmacològic segons la malaltia	125
1.4 Resultats de les respostes obtingudes en el test de Morisky-Green	126
1.5 Resultats de les prevalences de les malalties.	127
1.6 Discussió	130
2.1 Anàlisi i discussió dels resultats de l'observació participant . .	136
I. Adherència al tractament farmacològic	139
II. Relació entre pacients i professionals d'infermeria	151
III. Educació per a la salut	153
IV. Gestió del temps	158
2.2 Anàlisi i discussió dels resultats del grup focal	161
F1) Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic	162
F2. Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic segons la implicació: professionals d'infermeria, metges, pacient, família, cuidadors i farmacèutics	171
CAPÍTOL IV. LIMITACIONS I LÍNIES D'INVESTIGACIÓ FUTURES	187
CAPÍTOL V. CONCLUSIONS	189
ARTICLES, COMUNICACIONS I PONÈNCIES DERIVADES D'AQUESTA TESI	197
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	199
ANNEXOS	229
Annex 1. Evolució de la població de l'Alt Penedès	230
Annex 2. Enquesta quantitativa	234
Annex 3. Guió del grup focal	235
Annex 4. Sol·licitud de permís a les direccions de les tres ABS de l'Alt Penedès	236
Annex 5. Full d'informació al pacient	238
Annex 6. Consentiment informat del pacient	240
Annex 7. Full d'informació al participant en el grup focal	241
Annex 8. Consentiment informat del participant en el grup focal	242
Annex 9. Informe del Comitè Ètic d'Investigació Clínica	243

Índex de figures

Figura 1. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015.....	36
Figura 2. Dos perfils de pacients.....	37
Figura 3. Model d'atenció al pacient crònic d'Ed Wagner. Chronic Care Model (CCM).....	41
Figura 4. Piràmide de Kaiser Permanente.....	42
Figura 5. Piràmide definida al King's Fund.	45
Figura 6. Factors relacionats amb l'adherència als tractaments a llarg termini.	52
Figura 7. Nota informativa.	63
Figura 8. Atenció compartida de gestió de casos.....	68
Figura 9. Metaparadigma segons Dorothea Orem.....	76
Figura 10. Teoria del dèficit d'autocura de Dorothea Orem.....	78
Figura 11. Situació geogràfica de l'Alt Penedès.	89
Figura 12. Àrees bàsiques d'atenció primària (AP) de l'Alt Penedès gestionades per l'ICS (Institut Català de la Salut) 2014.	90
Figura 13. Test de Morisky-Green.	98
Figura 14. Esquema de la recollida d'enquestes.....	100
Figura 15. Disseny de l'estudi qualitatiu.....	103
Figura 16. Disseny de l'observació participant.....	106
Figura 17. Procés d'anàlisi del grup focal.	112

Índex de gràfics

Gràfic 1. Piràmides de població de l'Alt Penedès 2000-2013	92
Gràfic 2. Distribució de l'edat segons el sexe i la zona de residència.	117
Gràfic 3. Adherència al tractament farmacològic segons el CRG6/ CRG7.	118
Gràfic 4. Distribució de l'edat en funció de l'adherència dels pacients al tractament farmacològic (test de Morisky-Green).	120
Gràfic 5. Prevalences de les malalties.	128

Índex de taules

Taula 1. Estratificació de riscos: piràmide de Kaiser	44
Taula 2. Factors relacionats amb l'adherència al tractament	55
Taula 3. Mètodes de mesura de l'adherència al tractament farmacològic.....	57
Taula 4. D'un model centrat en el professional a un model centrat en el pacient/client	73
Taula 5. Pacients amb un registre CRG6 o CRG7, amb data 30 d'abril de 2013	95
Taula 6. Grups de classificació Clinical Risk Group (CRG).....	96
Taula 7. Avantatges i limitacions de l'observació participant en l'adherència al tractament farmacològic	105
Taula 8. Modalitat de l'observació participant segons el grau de participació de l'investigador a les consultes d'atenció primària de l'Alt Penedès.....	107
Taula 9. Avantatges i limitacions del grup focal.....	109
Taula 10. Professionals participants en el grup focal	110
Taula 11. Distribució de les enquestes obtingudes per zona i sexe ..	116
Taula 12. Percentatge dels pacients adherents al tractament farmacològic en funció del CRG6/CRG7	118
Taula 13. Adherència al tractament farmacològic segons la zona de residència	120
Taula 14. Adherència al tractament farmacològic segons el sexe....	121
Taula 15. Adherència al tractament farmacològic segons si el pacient viu sol o no.....	121
Taula 16. Adherència al tractament farmacològic segons la claredat de les indicacions posològiques donades pels professionals sanitaris	122
Taula 17. Adherència al tractament farmacològic segons l'efecte del canvi de format de presentació dels medicaments	123
Taula 18. Adherència al tractament farmacològic segons l'efecte del copagament	123

Taula 20. Adherència al tractament farmacològic segons la identitat del preparador de la medicació.	125
Taula 21. Adherència al tractament farmacològic segons la malaltia	126
Taula 22. Distribució de les respostes errònies	127
Taula 23. Distribució de les respostes en l'anàlisi global	127
Taula 24. Comparatiu de les prevalences de cada una de les malalties segons el CRG	128
Taula 25. Comparatiu de les prevalences de cada una de les malalties segons la zona de residència	129
Taula 26. Comparatiu de les prevalences de cada una de les malalties segons el sexe.	130
Taula 28. Fenomen de l'adherència al tractament farmacològic.	162
Taula 29. Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic.	177
Taula 30. Factors relacionats amb el pacient	178
Taula 31. Factors relacionats amb el sistema sanitari	179
Taula 32. Factors relacionats amb els medicaments	180
Taula 33. Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic segons la implicació: professionals d'infermeria, metges, pacient, família, cuidadors i farmacèutics.	182
Taula 35. Factors relacionats amb el registre	184
Taula 36. Factors relacionats amb la formació.	185

Llista d'abreviatures

- ABS: Àrea bàsica de salut
AC*FA: Arrítmia cardíaca per fibril·lació auricular
AP: Atenció primària
APS: Atenció primària de salut
APEAS: Estudi d'efectes adversos en atenció primària
ATDOM: Programa d'Atenció Domiciliària
ATS: Ajudant tècnic sanitari
AVC: Accident vascular cerebral
AVD: Activitats de la vida diària
ABVD: Activitats bàsiques de la vida diària
GF: Grup focal
CCM: Chronic Care Model
CSM: Centre de salut mental
Cedimcat: Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya
CRG: Clinical Risk Group
CAP: Centre d'atenció primària
CIE: Consell Internacional d'Infermeria
DE: Desviació estàndard
DM: Diabetis mellitus
e-CAP: Estació clínica d'atenció primària
EAP: Equip d'atenció primària
ECG: Electrocardiograma
EpS: Educació per a la salut
DUI: Diplomant universitari en Infermeria
HTA: Hipertensió arterial
HC: Història clínica
HCE: Història clínica electrònica

IC: Interval de confiança

ICC: Insuficiència cardíaca

ICS: Institut Català de la Salut

IR: Insuficiència renal

INE: Institut Nacional d'Estadística

INF: Infermeria

MACA: Malaltia crònica avançada

MEAP: Motiu, exploració, anàlisi i planificació

MPOC: Malaltia pulmonar obstructiva crònica

OAT: Observatori de l'adherència al tractament

OMS: Organització Mundial de la Salut

PA: Pressió arterial

PAD: Planificació anticipada de les decisions

PAPPS: Programa d'Activitats Preventives i Promoció de la Salut

PCC: Pacient crònic complex

PPAC: Programa de Promoció i Atenció a la Cronicitat

TA: Tensió arterial

TEDA: Teoria d'infermeria del dèficit d'autocura

TF: Teoria fonamentada

TIC: Tecnologies de la informació i la comunicació

UBA: Unitat bàsica d'atenció

Resum

La manca d'adherència al tractament farmacològic és un problema prevalent i rellevant en la pràctica clínica, especialment en el tractament de malalties cròniques. L'OMS la considera un tema prioritari de salut pública a causa de les seves conseqüències negatives: fracassos terapèutics, taxes d'hospitalització més altes i augment dels costos sanitaris. Pel que fa a aquest problema, els estudis publicats són unànimes a l'hora de considerar que la incidència de la conducta dels pacients en l'incompliment del tractament farmacològic és alta i que aquest darrer està associat a diferents factors.

La infermeria d'atenció primària té un paper rellevant en la identificació del compliment terapèutic i en la detecció de les dificultats del pacient per seguir el tractament, i també a l'hora d'aconseguir resultats favorables que puguin repercutir en un augment de l'adherència al tractament farmacològic, el seu seguiment, la millora de la qualitat de vida dels pacients i el control de la despesa sanitària.

L'objectiu principal d'aquesta tesi és profunditzar en la comprensió del fenomen, dels pacients com dels professionals d'infermeria, i intentar identificar i descriure els factors associats a l'adherència al tractament farmacològic i les variables relacionades.

Aquest treball d'investigació es fonamenta en un mètode mixt que consisteix, per una banda, en un estudi quantitatiu amb disseny multicèntric descriptiu de tall transversal dels pacients de l'àrea de l'Alt Penedès (Catalunya, Espanya), mitjançant l'ús del test de Morisky-Green i dades demogràfiques i, per l'altra, s'ha complementat amb dos estudis qualitius de caràcter exploratori, per mitjà de la teoria fonamentada i de la tècnica de l'observació participant, a més d'un grup focal, els quals han permès analitzar i identificar creences, actituds i inquietuds que els professionals d'infermeria manifesten en relació amb el tractament farmacològic.

El resultat més important ha estat que el percentatge d'adherència al tractament farmacològic de la població estudiada és del 66,67%, una xifra superior a l'observada en altres estudis. A més, tots tres estudis coincideixen a assenyalar que hi ha manca d'adherència al tractament

farmacològic, que l'ús de genèrics es presenta com un problema rellevant i que el factor econòmic afecta l'adquisició de medicaments.

A partir dels resultats obtinguts en els diferents estudis s'ha proposat un seguit de recomanacions, amb l'objectiu d'aportar elements que contribueixin al disseny d'intervencions i estratègies que permetin un abordatge multidisciplinari d'aquest problema i millorar, així, l'adherència al tractament farmacològic.

La infermeria esdevé un actor fonamental en aquest escenari, entre altres raons per la seva relació de proximitat amb els pacients, les competències professionals que l'avalen i el paper que té dins l'equip multidisciplinari.

Paraules clau: adherència, medicament, infermeria, pacient, comorbiditat, atenció primària

Abstract

Lack of adherence to drug therapy is a problem prevalent and relevant in clinical practice, especially in the treatment of chronic diseases. WHO considers that it is priority for public health because of its negative consequences: therapeutic failures, higher rates of hospitalization and increased healthcare costs. On that subject, the studies are unanimous considering that the incidence of patients behavior in drug's treatment failure is high and that is associated with several factors.

The nurse of Primary Care has an important role in the identification of treatment compliance and to detect difficulties for patient to continue with the treatment, as well as in achieving favorable results that can affect an increase in adherence to drug treatment, its monitoring, improving the quality of life of patients and control health spending.

The main objective of this thesis is to deepen in the meaning of the phenomenon by both the patients and the nurses, and try to identify and describe the factors associated with adherence to drug treatment and associated variables.

This research is based on a mixed method which consists, on one hand, of a cross-sectional quantitative study with multicenter descriptive design in patients from the Alt Penedès area (Catalonia, Spain), using the Morisky-Green test and demographics data, and on the other hand, it is complemented with two qualitative exploratory studies, using grounded theory and technique of participant observation, in addition to a focal group, which have allowed us to analyze and identify the beliefs, attitudes and concerns that nurses expressed regarding drug treatment.

The most important result was that the percentage of adherence to drug treatment was 66.67%, higher than that observed in other studies. In addition, all three studies agree that there is a lack of adherence to drug treatment, the use of generic drugs is presented as a significant problem and the economic factor affecting the purchase of medicines.

Based on the results obtained in different studies it was proposed a series of recommendations with the aim of providing elements that contribute to the design of interventions and strategies for a

multidisciplinary approach to this problem and improve the adherence with the pharmacological treatment.

Nursing has become fundamental in this scenario, among other reasons, for its close relationship with patients, professional skills and the support role within the multidisciplinary team.

Keywords: adherence, drug, nursing, patient, comorbidity, primary health care

Reconeixements i agraïments

Sé que potser hauria de començar per altres agraïments, però durant aquest anys han desaparegut de la meva vida moltes persones, joves i no tan joves, i que ara ja no hi són, en especial el meu pare, que estaria molt orgullós de veure com ha acabat aquesta aventura.

Vull dedicar, especialment, aquesta tesi a les meves tutores, la Dra. Ana Borruel i la Dra. Carme Ferré, ja que sense elles no hauria estat possible.

Fa quatre anys, la Dra. Ana Borruel va entrar a formar part de la meva vida i de la meva família. La van designar tutora del meu treball de fi de màster i, des del dia que la vaig conèixer, crec que vaig fer un procés d'adopció, si es pot dir així. Vam compartir un procés curt, però intens, i la seva professionalitat, saviesa, prestància i el seu optimisme van fer que, quan vaig començar aquest projecte de doctorat, tingués clar qui volia que em dirigís la tesi. I ella hi va acceptar. Gràcies per estar sempre al meu costat, per encoratjar-me, per transmetre'm els teus coneixements i per compartir els aspectes professionals i els moments personals que no podré oblidar.

I he de donar, de manera especial, les gràcies a la Dra. Carme Ferré per acompanyar-me en aquest projecte, per la seva dedicació, els seus consells, el seu rigor científic i el seu entusiasme, i per saber entendre l'essència d'aquesta tesi i encoratjar-me a seguir. També li agraeixo el suport i l'amistat que m'ha ofert, que m'han ajudat a créixer com a professional i m'han permès aprendre molt més del que he pogut aprendre amb aquesta tesi.

Voldria expressar el meu agraïment a les direccions de les tres àrees bàsiques de Salut de l'Alt Penedès per donar-me suport, ajudar-me i facilitar el treball d'investigació.

També incloc en els agraïments els meus companys i les meves companyes infermers/eres de l'Alt Penedès que, malgrat tota la feina que tenen en el seu dia a dia, em van ajudar amb la recollida de les enquestes, que és una part importantíssima d'aquesta tesi. Gràcies pel seu professionalisme i per la seva col·laboració. I, com no, als pacients que, tot i ser ànoms, no puc oblidar.

Els infermers/eres que em van rebre a les consultes, on vam passar força hores, mentre la feina avançava i ells no sabien exactament què estava fent, i que van ser allà sense condicions.

Els infermers/eres participants del grup focal, pel temps que hi han dedicat, per l'entusiasme que van transmetre i per totes les aportacions que van fer i que han estat una part molt important d'aquesta tesi.

La resta de companys de feina, perquè molts d'ells m'han encoratjat a seguir endavant i, com no, la meva companya Vero, a qui respecto i admiro. Gràcies a ella vaig poder començar el meu projecte.

Tampoc no puc oblidar les infermeres gestores de casos, la Rosa, la Dulce i la Montse, i la nostra referent, la Pilar, perquè aquests dos últims anys he tingut la sort de treballar amb elles i he pogut aprendre a saber estar i fer amb els pacients, la implicació i el treball en equip. Gràcies pel vostre suport durant tot aquest últim temps, que ha estat un procés estressant per a mi, estrès que espero no haver-vos transmès.

Els meus companys de la Unitat de Cronicitat i, en especial, l'Alba, que ha estat la meva companya, amiga i còmplice en el nostre dia a dia, que comporta un treball braç a braç per cuidar els pacients.

Els meus amics estimats, la Reyes, el Sergi i la Sandra, amb qui vaig començar l'aventura de la infermeria, he compartit el creixement personal i professional i he gaudit de grans moments i d'altres no tan bons, però que seguim entusiasmats per aquesta nostra professió d'infermeria.

I no puc oblidar qui es va incorporar a la meva vida ja fa quatre anys, en Ruben, una persona especial, d'una sensibilitat i professionalitat infermera extrema, de qui segur que sentirem a parlar i amb qui espero seguir compartint tots els moments que ell i la seva família desitgin.

Tampoc no puc oblidar l'Ascen, que, amb la seva perseverança i constància, ha aconseguit el que altres persones no han pogut. No podré oblidar mai el dia que et vaig conèixer. Gràcies per estar amb mi, per acompanyar-me, encoratjar-me i compartir els moments personals i els professionals.

I, per acabar, dono les gràcies a tots aquells que, d'una manera o altra, heu estat al meu costat i m'heu donat el vostre suport: la Universitat Rovira i Virgili, per acceptar la meva tesi i donar-me suport logístic en la cerca bibliogràfica i les revisions. I no puc oblidar el Marià, que ha fet les correccions d'aquesta tesi, i hi ha manifestat el seu interès i saber fer, i perquè m'ha ajudat a aprendre algunes coses de la nostra llengua.

Introducció i justificació

Si la no-adherència a la medicació fos una malaltia,
estariem davant una epidèmia.

Anònim

Una de les preocupacions principals de l'ésser humà ha estat sempre la salut. S'han destinat nombrosos recursos al desenvolupament científic i tecnològic i a l'aparició de nous medicaments, els quals, juntament amb la millora dels sistemes sanitaris i la bona qualitat assistencial, han contribuït a l'augment de l'esperança de vida de la població (Fernández-Fernández & Vaquera-Mosquero, 2012; Hüther *et alii*, 2013) i han ajudat a fer que, als països desenvolupats, moltes malalties hagin passat de pandèmies devastadores a condicions cròniques (Aranda-Reneo, 2014).

Actualment, les malalties s'han constituït en processos crònics i degeneratius, de caràcter complex i multifactorial i difícils de tractar, cosa que provoca un impacte important en les poblacions més vulnerables i limita la qualitat de vida i l'estat funcional de les persones que les pateixen. Així mateix, no es pot obviar que són una font important de discapacitat i mort a tot el món (Walckiers, Van der Heyden & Tafforeau, 2015), fet que representa un veritable repte des del punt de vista econòmic, polític i social (Ledón-Llanes, 2011).

Tot i que podem donar un valor positiu a l'augment de l'esperança de vida i al control de les malalties mitjançant els medicaments, hem de tenir en compte que l'increment de la prescripció de fàrmacs i el control de les malalties cròniques han implicat l'ús de tractaments

de gran complexitat que afecten l'adherència farmacològica i la dificultat per gestionar-la (Leal-Hernández, Abellán-Alemán, Casa-Pina & Martínez-Crespo, 2004; Gellad, Grenard & Marcum, 2001). Per a la majoria dels pacients, especialment aquells d'edat avançada, la complexitat d'aquests tractaments en dificulta el compliment, malgrat que no és l'únic factor que cal tenir en compte.

Aquest treball d'investigació sorgeix com a resultat de la pròpia experiència en el meu dia a dia de treball a les consultes d'atenció primària, on es detecten els problemes a l'hora de conjugar l'autonomia del pacient amb el compliment de la prescripció farmacològica del metge, i s'evidencia la importància dels professionals d'infermeria a l'hora de millorar l'adherència al tractament farmacològic dels nostres pacients. Factors com ara una bona comunicació, la retroacció o una relació de confiança personal entre el professional sanitari i el pacient resulten eines del tot imprescindibles. Ara bé, sense el treball en equip i la implicació de tots els agents de salut de les àrees bàsiques de Salut, aquests objectius difícilment s'assoliran (Jimeno-Demuth, Manso-Rodríguez, González-Iglesias, Ordóñez-Fernández & Salgueiro-Vázquez, 2012; Zapico-Yáñez, 2005).

En el dia a dia, a les consultes d'atenció primària es pot constatar que no seguir correctament un tractament farmacològic pot derivar en efectes secundaris i descompensacions de la malaltia, cosa que augmenta les taxes de morbiditat i mortalitat i, per tant, el consum dels recursos sanitaris destinats al tractament d'aquests pacients, principalment com a conseqüència de l'increment de la taxa d'ingressos hospitalaris (Wimmer, 2015). Tampoc no podem ignorar el deteriorament de la salut del pacient, l'empitjorament de la seva malaltia, les repercussions negatives en l'evolució d'aquesta ni les conseqüències sociofamiliars que se'n deriven (De Ridder, Geenen, Kuijter & van Middendorp, 2008).

La manca d'adherència al tractament farmacològic en les malalties cròniques és un problema de gran importància al qual, durant anys, no s'ha donat la rellevància suficient, especialment als països desenvolupats, on aquest tipus de malalties ha augmentat, exponencialment, amb l'increment de l'esperança de vida.

Així doncs, no es pot obviar que la manca d'adherència als tractaments farmacològics té un cost econòmic estimat de 125.000¹ milions d'euros anuals per als governs de la Unió Europea i que contribueix a la mort prematura d'aproximadament 200.000 ciutadans europeus cada any (Bhattacharya & Kuotsu, 2014). A Espanya, aquest problema genera una despesa d'11.250 milions d'euros anuals i una xifra de 18.400 morts relacionades amb la manca d'adherència al tractament farmacològic (Antares Consulting, 2013; Hovstadius & Petersson, 2011). Aquestes xifres justifiquen, sobradament, la necessitat de treballs d'investigació orientats a conèixer amb més detall, i en zones territorials més específiques, el com i el perquè d'aquest problema social, econòmic i sanitari.

Encara que en els últims anys hi ha hagut un augment important del nombre d'estudis relacionats amb aquest tema, aquests són, sobretot, estudis farmacèutics, mèdics o psicològics que no tenen la perspectiva dels professionals d'infermeria. Tenint en compte el paper fonamental d'aquests professionals com a agents de salut, s'ha considerat necessari dur a terme aquest treball d'investigació que ens permetrà conèixer no solament l'adherència farmacològica d'un sector de població en un indret geogràfic concret, sinó també la visió infermera davant les intervencions que efectuen i els problemes que han d'afrontar per aconseguir el compromís terapèutic dels seus pacients. Només si som coneixedors d'aquesta realitat, podrem dissenyar i establir línies estratègiques que ens permetin conjugar l'autonomia del pacient amb el compliment de la prescripció farmacològica.

Hem de ser conscients que assolir aquests objectius no és una tasca fàcil, però no podem posar en dubte que la implicació dels professionals d'infermeria i el treball multidisciplinari dels equips d'atenció primària són fonamentals en aquestes consultes per obtenir resultats satisfactoris. Una bona relació entre el pacient i el professional sanitari, una comunicació efectiva i l'educació sanitària són factors determinants per millorar l'adherència al tractament i aconseguir que les pautes terapèutiques es compleixin correctament (Crespillo-García, Rivas-Ruiz, Contreras-Fernández, Castellano-Muñoz, Suárez-Alemán & Pérez-Trueba, 2013a).

¹ Encuesta sobre adherencia terapéutica en España (2016). Madrid: Sociología y Comunicación. Recuperat de: <www.farmaindustria.es/.../2016/.../farmaindustria-plan-de-ad>.

Tenir cura o preocupar-se de les persones, reforçar-ne les capacitats, permetre que recobrin l'autonomia, donar-los suport perquè assoleixin els seus objectius i promocionar-ne les possibilitats internes són actes que, moltes vegades, no es fan de manera visible. Huercanos (2010) exposa en un article que l'exercici infermer segueix estant molt poc reconegut i que l'estatus de la infermeria segueix subordinat al de la medicina. Els motius pels quals aquestes cures romanen invisibles tenen a veure, entre altres causes, amb el paper que el sistema adjudica als professionals d'infermeria i la manca d'exhaustivitat en els registres infermers, en els quals s'omet una gran quantitat de cures professionals, fent-les invisibles.

Aquesta realitat és la que permet evidenciar la necessitat de desenvolupar noves estratègies que donin al col·lectiu infermer el reconeixement i el protagonisme que necessitem per poder exercir la nostra tasca més enllà d'un paper delegat, per donar rellevància i visibilitat al treball d'infermeria a l'hora d'aconseguir resultats favorables en l'augment de l'adherència al tractament, el seu seguiment i la millora de la qualitat de vida dels pacients, així com per col·laborar en el control de la despesa sanitària (Servicio Madrileño de la Salud, 2009; Castellano-Muñoz, Miranda-Ruiz, Sojo-González, Perea-Milla, García-Alegria & Santos-Rubio, 2008).

No puc deixar d'esmentar en aquest treball d'investigació el sentit i la importància que l'educació per a la salut (EpS) pren en l'atenció primària, com una eina fonamental del procés de formació dirigit a millorar la qualitat de vida dels pacients, mitjançant la prevenció, la promoció i la intervenció en la malaltia, i que representa una part important de l'activitat a les consultes d'infermeria d'atenció primària (Lecea, Pérez-Pérez, Pina-Gadea, Astier-Peña, Labarta-Mancho & Marcos-Calvo, 2010; Frenk *et alii*, 2011).

Com s'ha dit, hi ha molts estudis sobre l'adherència al tractament farmacològic, però, majoritàriament, només avaluen el pacient o els seus cuidadors; n'hi ha relativament pocs que examinin i donin a conèixer el treball dels professionals d'infermeria quant a la seva implicació, estratègies o dificultats a l'hora de treballar juntament amb els seus pacients per aconseguir que aquests s'adhereixin al tractament (Cobalea-González, *et alii*, 2014).

Els professionals d'infermeria, pel rol significatiu que ens atorguen les nostres competències, hem de poder avaluar, de manera clara i transparent, l'impacte de les cures que portem a terme en les persones, com per exemple amb el grau d'autocura i d'adherència al tractament farmacològic, i fer visible la nostra aportació a la salut de la població (Sánchez-Gómez, Duarte-Clímets, Aguirre-Jaime, Sierra-López, Arias-Rodríguez & De Armas-Felipe, 2012).

Els últims anys hem estat capaços d'anar evolucionant en perfecta sintonia amb els múltiples canvis socials, conjunturals, professionals i formatius, i adaptar-nos a les noves situacions, assumint nous reptes i analitzant els problemes que estan aflorant en la nostra societat, amb l'objectiu de canalitzar els coneixements cap als nous horitzons que tenim al davant (Moreno-Monsiváis, Garza-Fernández & Interrial-Guzmán, 2013).

Des d'aquesta perspectiva, s'ha col·laborat intensament en el desenvolupament de nous programes per atendre pacients crònics i amb malaltia avançada; s'ha promogut un nou paper infermer, com és el de la gestora de casos i les infermeres d'enllaç, o s'ha creat el paper de la infermera en pràctica clínica avançada. A més, en tots els casos, s'ha promogut un abordatge proactiu amb l'objectiu de millorar els resultats clínics, els de qualitat de vida del pacient i els d'eficàcia i eficiència del cost sanitari. S'ha treballat, i es continua fent-ho, per assolir unes cures infermeres integrals i un treball coordinat amb els diferents professionals i els diferents nivells assistencials sanitaris, i donar un pes rellevant al seguiment farmacològic, la seva revisió i l'avaluació en les diferents transicions entre centres hospitalaris, sociosanitaris i d'atenció primària (Toles, Barroso, Colón-Emeric, Corazzini, McConnell & Anderson, 2012; Contel, Esgueva, Espelt, Fabrellas, López & Marichal, 2010). Malgrat tot, encara queden molts aspectes que cal treballar. I, si bé és important que les institucions reconeguin el paper dels professionals d'infermeria — en aquest cas, la seva tasca en l'adherència al tractament farmacològic, el seguiment i la millora del pacient —, vull ressaltar la importància que sigui el mateix professional d'infermeria qui, en primer lloc, cregui en les seves habilitats i els seus coneixements per abordar aquest tipus de situacions tan complexes (Jódar-Solà, Cadena-Andreu, Parellada-Esquius & Martínez-Roldán, 2005).

Convé destacar que les infermeres i els infermers som el punt de contacte més freqüent amb la població, en la majoria dels entorns de salut, i, a més, tenim un paper important en la detecció precoç d'esdeveniments adversos dels medicaments i en la mitigació dels seus efectes. Escoltar la nostra veu és clau per augmentar la implicació en l'àmbit assistencial i en la investigació en el camp de l'adherència al tractament farmacològic per donar a conèixer allò que pensem i fem (Pérez-Vico Díaz de Rada, Sánchez-Gómez, Duarte-Clíments, Ruymán-Brito & Rufino-Delgado, 2012; Lumillo-Gutiérrez & Urpí-Fernández, 2013).

L'objectiu inicial d'aquesta tesi és descriure la situació del problema de l'adherència al tractament farmacològic dels pacients crònics al nostre territori de l'Alt Penedès i donar-hi visibilitat. També, es vol continuar amb la identificació i la descripció dels factors associats a les funcions que duen a terme els professionals d'infermeria i les estratègies que s'usen per al seu abordatge, a fi de, posteriorment, conèixer la realitat del problema i donar veu als professionals d'infermeria perquè identifiquin els factors que hi influeixen i que poden constituir una referència per elaborar estratègies que millorin l'adherència al tractament farmacològic al nostre territori.

Capítol I: Es presenta el marc teòric en el qual s'aborda el procés de la cronicitat i les malalties cròniques, la relació amb l'adherència al tractament farmacològic i els factors relacionats, els conceptes, l'evolució del consum de medicaments, la situació actual i la magnitud del problema, i es defineixen els mètodes de mesura. Es desenvolupa el paper d'infermeria d'atenció primària, de la infermeria gestora de casos i de l'atenció al pacient crònic, a més del paper de l'educació sanitària a l'Alt Penedès. Finalment, es tracta l'abordatge de l'adherència a l'autocura amb l'aplicació del model de Dorothea Orem.

Capítol II: S'aborda el marc metodològic, començant per la història d'una pregunta, i es dona a conèixer la motivació personal i professional per seguir aquesta línia d'investigació. Es plantegen els objectius generals i específics. Es descriu la metodologia utilitzada, l'àmbit de l'estudi, la població objecte d'estudi, les variables,

els instruments i els procediments per a la recollida de dades i els aspectes ètics.

Capítol III: Es mostren els resultats, l'anàlisi i la discussió de les dades obtingudes de l'estudi quantitatiu i qualitatiu.

Capítol IV: Es plantegen les limitacions de l'estudi i les futures línies d'investigació que es proposen per continuar aquesta línia de treball.

Capítol V: Es presenten les conclusions finals que donen resposta als objectius plantejats. Es recullen les implicacions per a la pràctica i la difusió de la investigació.

S'adjunten les referències bibliogràfiques utilitzades en la investigació i els annexos, a tall de documentació necessària per a l'elaboració de la tesi.

Capítol I. Marc teòric

... el metge lliure, que generalment té cura d'homes lliures, tracta les seves malalties abans de res mitjançant una conscienciosa discussió amb el pacient i els seus amics. [...] Per tant, el metge no prescriu la medicació fins que hagi convençut el pacient; l'objectiu del metge és una recuperació completa de la salut mitjançant el convenciment del pacient per complir la seva teràpia.

Les lleis, Plató

Moltes vegades s'ha dit que la malaltia crònica representa un estrès intens, que dura tant com la vida del malalt i que, a més, al llarg del temps no presenta relacions lineals i constants amb el patiment, sinó que aquestes fluctuen segons la situació en què es trobi el procés de la malaltia.

Les malalties cròniques són de llarga durada i, en general, la seva progressió és lenta, el que produeix un deteriorament gradual i progressiu del pacient, incideix en la comorbiditat clínica i limita l'autonomia del pacient, per la qual cosa el seu abordatge representa un repte sanitari i social (Melguizo-Jiménez, 2011).

Donar resposta a aquest tipus de malalts crònics requereix una reorientació del model tradicional d'atenció curativa i el replantejament dels requeriments dels tractaments mèdics, tractaments farmacològics que moltes vegades són molt complexos, i de les cures integrals segons les necessitats detectades.

El perfil del pacient crònic actual es dibuixa des de la comorbiditat, l'edat avançada, la fragilitat clínica i l'autonomia limitada. En aquest context, és important donar als pacients una resposta de qualitat i satisfactòria, els costos de la qual siguin assumibles per al sistema sanitari.

Sense renunciar a la gestió dels processos i les malalties agudes, l'adequació dels serveis sanitaris a la nova realitat de la cronicitat suposa un important procés de canvi que exigirà tant una adequada direcció estratègica dels òrgans gestors com una implicació dels professionals, poc acostumats a integrar en les activitats el treball multidisciplinari i la comunicació entre els diferents estaments assistencials: atenció primària, hospitalària, sociosanitària, salut mental, treball social i xarxa familiar (Espallargues *et alii*, 2016).

Tenint en compte el pacient com a eix central, per abordar el procés crònic, cal treballar amb un diagnòstic integral que inclogui el context social i familiar del pacient i el seu grau de funcionalitat a fi de detectar necessitats i preferències i, a partir d'aquestes, desenvolupar plans d'atenció integrals i compartits amb els pacients i, en cas que aquests no puguin decidir, amb la família o els cuidadors (Nuño-Solinís, 2008; Romero-Ventosa, Samartín-Ucha, Martín-Vila, Martínez-Sánchez, Gómez-Serranillos & Pineiro-Corrales, 2016).

1. Cronicitat

Considerant que l'increment de l'esperança de vida ha comportat un augment de les malalties cròniques, les quals es caracteritzen per una progressió lenta i contínua, a més de requerir controls estrictes i continuats del pacient i dels professionals sanitaris, podem entendre el fet que, actualment, representin una part important de la demanda d'atenció sanitària.

Segons un informe de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), les malalties cròniques van constituir, el 2005, la causa de més del 60% de les morts al món, van motivar el 80% de les consultes d'atenció primària, el 60% dels ingressos hospitalaris i el 70% de la despesa sanitària (Santos-Ramos, 2012). Aquestes xifres, que, com hem dit, es preveuen creixents ens els pròxims anys, justifiquen àmpliament qualsevol actuació que pugui tenir impacte positiu en la seva disminució.

Segons dades de l'Enquesta Nacional de Salut, aproximadament 16,5 milions d'espanyols declaren patir algun tipus de malaltia crònica i, gairebé, 26 milions han consumit algun medicament en el període de les dues últimes setmanes. A més, «l'evolució d'alguns dels principals trastorns crònics i factors de risc mostra una tendència ascendent. La hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia i la diabetis, tots ells factors de risc cardiovascular, continuen la seva tendència ascendent. Així, des de 1993, la hipertensió ha passat de l'11,2% al 18,5%; la diabetis, del 4,1% al 7,0%, i la hipercolesterolèmia, del 8,2% al 16,4%» (Institut Nacional d'Estadística, 2013).

A més, les previsions de futur en el nostre entorn indiquen que el problema pot créixer els pròxims anys a causa de l'envelliment de la població. A Espanya, el 18% de la població té més de 65 anys i es preveu que, l'any 2050, aquest percentatge hagi augmentat fins al 33% (Muñoz-Arribas *et alii*, 2014). Encara que predir l'impacte d'aquest fenomen demogràfic pot ser difícil, i fins i tot agosarat, és un esforç que ens situa davant una realitat ben actual, com és la de la població de pacients amb condicions de multimorbiditat, amb dues o més malalties concomitants i, generalment, cròniques, que a Catalunya representa un 46,8% de la població (Foguet-Boreu *et alii*, 2014). Aquest fet és tot un desafiament per als serveis de salut, ja que està afectant la població actual i —com ja hem dit— anirà creixent en els pròxims anys (Gibbons, Kenning, Coventry, Bee, Bundy, Fisher & Bowert, 2013).

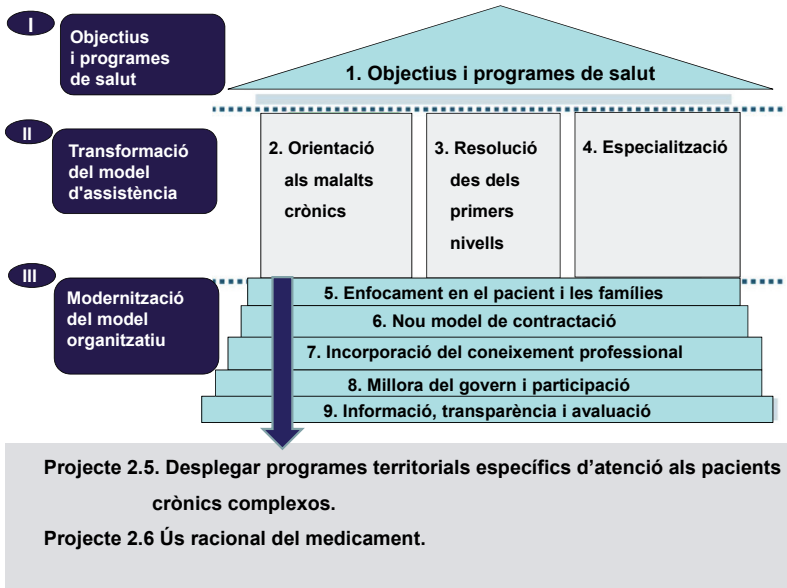
A Catalunya, amb l'objectiu de millorar l'atenció sanitària a la població, s'estan aplicant noves línies estratègiques d'actuació per abordar, directament, el problema de l'adherència al tractament farmacològic, el qual repercuteix, entre d'altres, en un augment de la despesa sanitària, sigui en ingressos hospitalaris o en tractaments farmacològics (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya 2011-2014, 2015).

El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 s'estructurava en tres eixos de transformació, 9 grans línies d'actuació i 32 projectes estratègics que formaven el full de ruta del sistema sanitari fins al 2015. La línia d'actuació 2 estava orientada al pacient crònic, ja que les malalties cròniques representaven el 80% de la mortalitat i un consum del 50% dels recursos del sistema sanitari. Dins aquesta línia s'hi van anar desplegant diferents programes territorials específics d'atenció als pacients crònics

complexos i s'hi van atribuir 6 projectes estratègics en el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) de Catalunya (Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, 2012).

El Projecte 2.6 feia referència a l'ús racional del medicament i els seus objectius eren millorar el seguiment i la revisió de la medicació, implantar filtres de prescripció (seguretat, qualitat i eficiència), instaurar processos de conciliació i desenvolupar programes de millora del compliment.

Figura 1. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015.



Font: Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Adaptació¹.

Fig. 1 I. Objectius/i programes/de salut
4. Especialització

L'any 2011, el territori de l'Alt Penedès va ser escollit territori de referència per començar a desenvolupar els programes adreçats als pacients crònics complexos (PCC), i es van dedicar molts esforços a la coordinació entre els diferents nivells assistencials amb l'objectiu de millorar, de manera proactiva, els serveis sanitaris que s'hi presten. Aquests

¹ Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/plan_de_salud_catalunya_es.pdf>

pacients, per la seves característiques, utilitzen molts recursos sanitaris i es poden beneficiar d'estratègies d'atenció col·laborativa (Proposta del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, 2016).

Figura 2. Dos perfils de pacients.

PCC	MACA
<ul style="list-style-type: none">• Pacient amb multimorbiditat o malaltia o condició única que comporta gestió clínica difícil	<ul style="list-style-type: none">• Pronòstic de vida limitat, altes necessitats, orientació pal·liativa, planificació de decisions anticipades

Font: Elaboració a partir de: Figuerola, Isnard, Ríos, Ordorica, Urrutia & de la Fuente, 2014.

El pacient crònic complex és un terme emergent que s'ha usat durant els últims anys i que està definit per un determinat perfil de pacient dins la cronicitat, que acostuma a estar associat a la presència de malalties cròniques concomitants, la sobreutilització de recursos sanitaris, la polimediació i altres problemes com el deteriorament funcional o problemes sociofamiliars (Zamora, 2015).

Les organitzacions sanitàries dels països desenvolupats estan orientant la seva atenció a aquests pacients de manera proactiva. A Espanya, les comunitats autònomes també estan introduint estratègies per a l'atenció a aquestes persones. En el model català d'atenció a la cronicitat hi apareix un nou subgrup de pacients amb malaltia crònica avançada (MACA), els quals tenen un perfil clínic equivalent als PCC, encara que amb una afectació clínica més greu, un pronòstic de vida més limitat (12-18 mesos) i, per tant, una orientació molt més dirigida a l'atenció pal·liativa, fet que no exclou opcions curatives i preventives i que exigeix la planificació anticipada de les decisions (PAD) (Límón, Blay & Ledesma, 2015; Molina, Piñeiro, Roca, Freixedas, Martínez-Fillola & García-Jordán, 2014; Orueta, Mateos-del Pino, Barrio-Beraza, Nuño-Solinís, Cuadrado-Zubizarreta & Sola-Sarabia, 2013).

Ni els pacients PCC ni els MACA no són condicions clíniques per se, sinó identificacions funcionals que reflecteixen una determinada situació en l'estat de salut.

En el nou projecte del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, en la mateixa línia d'actuació 2 del Pla anterior, l'objectiu per al 2020 és continuar desenvolupant les estratègies i els programes de foment de l'autoresponsabilitat, de l'autocura i de l'impuls a la presa de decisions compartides en els aspectes relacionats amb la salut, però el punt 2.1 pren una rellevància important i s'hi fa ressaltar que «la implicació de les persones en el procés salut-malaltia requereix el foment de l'autoresponsabilització i l'autocura i això permet aconseguir més autonomia i un grau més elevat de compliment, alhora que facilita la presa de decisions compartides. Aquest és un projecte que dona continuïtat a diverses iniciatives del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015».

Segons el document *Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones*, del Ministeri de Sanitat i Política Social (2009), la multimorbiditat ve donada per la coexistència de dues o més malalties cròniques que comporten l'aparició de reaguditzacions i malalties interrelacionades que condicionen una especial fragilitat clínica que afecta el pacient amb un deteriorament progressiu i una disminució gradual de la seva autonomia i capacitat funcional. Això genera una demanda freqüent d'atenció en diferents àmbits assistencials (atenció primària, atenció especialitzada i serveis socials), demanda que, a més, la majoria de les vegades serà impossible programar. En l'atenció primària, fins al 40% dels pacients amb comorbiditat presenten tres o més malalties cròniques i el 94% estan polimedicats (Ministeri de Sanitat i Política Social, 2009; Martín-Lesende, 2013; Gavilán-Moral & Villafaina-Barroso, 2011).

Actualment, hi ha un ampli consens que subratlla la necessitat de nous models per gestionar els pacients crònics de manera més eficient i per donar-los resposta de manera integral. Per aquest motiu, en els últims anys s'han desenvolupat nous marcs conceptuals basats en intervencions que han demostrat resultats millors en l'atenció als pacients amb malaltia crònica.

Els nous models d'atenció als pacients crònics estan plantejant noves exigències a tots els professionals de la salut, ja que l'únic abordatge que es preveu és multiprofessional, cooperatiu, integral i centrat en el pacient, el qual duu a terme un treball cooperatiu amb els professionals de la salut —metges, infermeres, farmacèutics i treballadors socials, de l'hospital i d'atenció primària—, amb una atenció centrada en el pa-

cient i donant continuïtat a les cures que necessitin (Corrales-Nevaldo, Alonso-Babarro & Rodríguez-Lozano, 2012).

Al nostre país es va optar per agrupar les malalties cròniques en diverses categories clíniques segons les necessitats assistencials. Aquestes categories es basen en el dany a l'òrgan diana i la repercussió que això hi genera, i es pretén identificar els pacients que tenen una fragilitat clínica especial i que necessiten una atenció integral coordinada i donar-los resposta assistencial (Contel, Muntané & Camp, 2012).

Els diferents models d'actuació que s'han desenvolupat tenen en comú la posada en marxa de diverses estratègies d'actuació per afavorir el contínuum assistencial, fomentar l'autocura, reforçar la coordinació entre nivells assistencials i incorporar els recursos comunitaris i l'ús de noves tecnologies (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009).

Les malalties cròniques, per definició, no es curen. Per aquest motiu, és important treballar des de la prevenció i la gestió de les malalties. Així, la participació activa del pacient, del cuidador i de l'entorn social i familiar amb autonomia per intervenir en l'aplicació de cures, a més del desenvolupament d'activitats preventives i rehabilitadores per evitar la progressió de les malalties cròniques, constitueix una peça més de l'atenció a aquests pacients, més que no pas els esforços difícils en la recerca d'actituds curatives.

Però un obstacle que cal tenir en compte són les divisions tradicionals: per una banda, entre l'atenció sanitària i la social, i, per l'altra, entre l'atenció sanitària del nivell bàsic (o atenció primària) i la del nivell especialitzat (que abraça l'àmbit hospitalari). Això representa un problema greu d'integració de la pràctica clínica.

Han sorgit diferents models conceptuals de gestió de malalties cròniques, i en són referents essencials el model d'atenció a malalties cròniques Chronic Care Model (CCM) i el model de bones pràctiques en gestió sanitària de Kaiser Permanente.

El model d'atenció a la cronicitat d'Ed Wagner (Chronic Care Model, CCM), o model d'atenció a malalties cròniques, desenvolupat fa vint anys per Ed Wagner i associats al MacColl Center for Healthcare Innovation de Seattle (EUA), és el referent principal dels models assistencials als Estats Units. Aquest model va ser el resultat de diverses temptatives per millorar la gestió de malalties cròniques en sistemes de

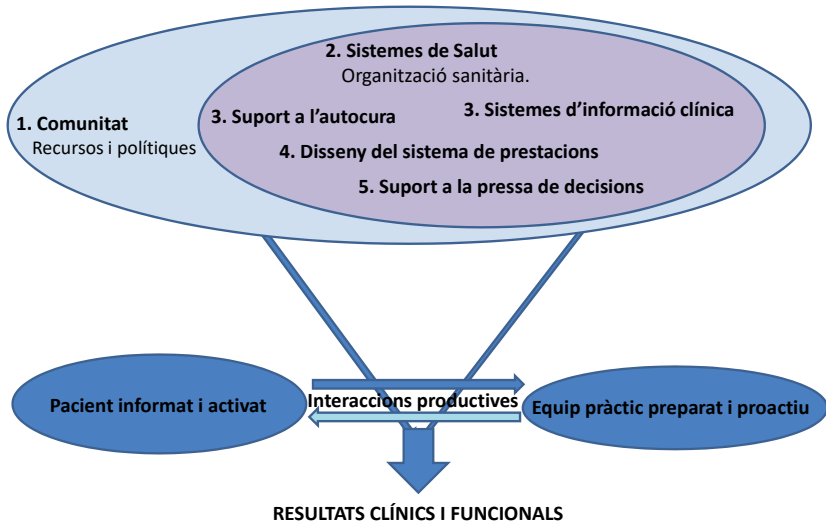
proveïdors integrats, com ara el Group Health Cooperative and Lovelace Health System dels Estats Units, i la seva aplicació implica repensar i redissenyar la pràctica clínica, principalment en l'àmbit de l'atenció primària (Barr, Robinson, Marin-Link, Underhill, Dotts, Ravensdale & Salivaras, 2003).

Aquest model es va desenvolupar a partir de revisions sistemàtiques de la bibliografia mèdica i de les aportacions d'experts, amb especial atenció a la importància de replantejar i redissenyar la pràctica clínica a escala comunitària (Nuño-Solinís & Piñera, 2010).

El Chronic Care Model (CCM) planteja que la gestió de les malalties cròniques és el resultat de les interaccions de tres elements que se superposen: a) el conjunt de la comunitat, amb les seves polítiques i els diferents recursos públics i privats; b) el sistema de salut, amb les seves organitzacions proveïdores i esquemes d'assegurament, i c) el nivell de la pràctica clínica que facilita l'acció per mitjà d'un marc multidimensional, que permet estructurar i analitzar la millora de l'atenció en relació amb sis àrees claus. Aquestes àrees són la comunitat i la utilització de recursos comunitaris, el lideratge de polítiques i estratègies del sistema sanitari, el foment de l'autocura del pacient, el disseny i la implementació de nous sistemes de prestació de serveis, la introducció d'un sistema de suport a la presa decisions clíniques i l'ús de sistemes d'informació clínica com les TIC, amb «C» de comunicació (Vallejo-Maroto & Fernández-Moyano, 2012).

El propòsit d'aquest model és aconseguir un entorn propici perquè hi hagi interaccions productives entre un pacient informat i proactiu i un equip de professionals proactiu, amb les capacitats i habilitats necessàries. El resultat hauria de ser una atenció de gran qualitat, amb un grau de satisfacció alt i resultats millorats (Nuño-Solinís, 2016).

Figura 3. Model d'atenció al pacient crònic d'Ed Wagner.
Chronic Care Model (CCM).



Font: (Wagner, 1998)².

1. i polítiques

Un altre dels referents és el model de bones pràctiques en gestió sanitària de Kaiser Permanente, que permet mesurar la intervenció en funció d'aquest i amb un ús més racional dels recursos. El model va sorgir l'any 1945 als Estats Units i ha constituït un model paradigmàtic i d'excel·lència en la innovació i configuració d'una organització que s'estableix des del punt de vista de la integració clínica, i amb una clara orientació a l'atenció al pacient crònic (Feachem, Sekhri & White, 2002).

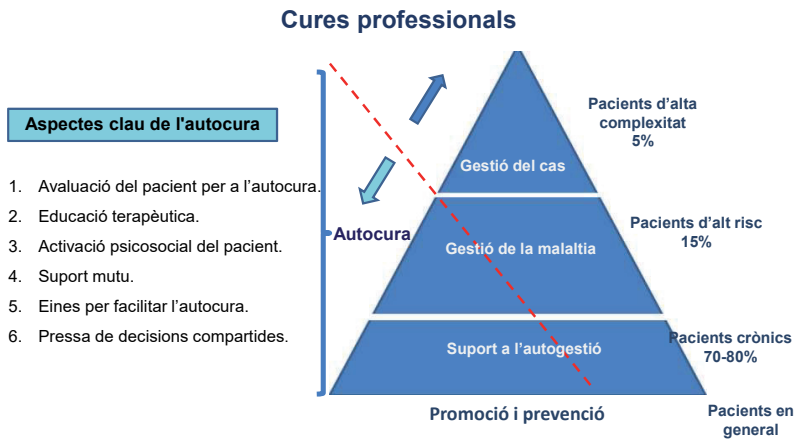
La tècnica d'estratificació es va crear per raons econòmiques: les asseguradores l'usaven per a diferents productes, d'acord amb el perfil de risc dels seus clients. En els sistemes sanitaris nacionals, l'ajust i estratificació de riscos permet l'assignació diferencial de serveis i activitats sanitàries (preventiva, correctora o compensatòria) i recursos per evitar una sobrecàrrega greu del sistema. Com a resum, els models d'estratificació de riscos permeten la identificació i la gestió de les persones que necessiten les actuacions més intenses, com ara persones grans

² *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?*

amb diverses afeccions complexes (Von Korff, Gruman, Schaefer, Curry & Wagner, 1997). A més, pretenen evitar els ingressos hospitalaris no programats, optimitzar l'assignació de recursos, promoure l'autocura del pacient, prioritzar la intensitat d'intervencions en tots els entorns i, fins i tot, permeten seleccionar participants en assaigs clínics (Nuño-Solinís, 2015).

L'estratificació també està promovent un interès creixent per la gestió de casos, un concepte que sorgeix als anys cinquanta als Estats Units, i que té l'origen en la cura de casos psiquiàtrics no ingressats. La gestió de casos és una intervenció complexa, de la qual s'encarrega, generalment, personal d'infermeria, amb la promoció d'intervencions com la identificació del pacient, l'avaluació dels seus problemes i les seves necessitats, la planificació de la cura d'acord amb aquestes necessitats, la coordinació de serveis i la revisió, supervisió i adaptació del pla de cura (Perteguer-Huerta, 2014a; Levina-Vitalievna, 2015).

Figura 4. Piràmide de Kaiser Permanente.



Font: Improving Chronic Disease Management³. Adaptació.
1 Avaluació del pacient per a l'autocura

³ Department of Health. Improving Chronic Disease Management. 2004 <<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/>>, <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf>

El model de Kaiser Permanente es basa en els fets que totes les persones amb problemes de salut crònics són iguals i tenen les mateixes necessitats, i en l'anàlisi, la segmentació i l'estratificació de la població amb malalties cròniques segons la complexitat i les necessitats d'atenció (Nuño-Solinís, 2007).

És un model piramidal en què es poden distingir diferents segments de població, en els quals es duen a terme abordatges diferenciats. El model estratifica i classifica els pacients crònics segons el grau de complexitat del pacient per adequar les cures a les necessitats de cada nivell.

Les característiques que defineixen l'èxit de la gestió de Kaiser Permanente són el seu model d'atenció integrada, en el qual es potencia al màxim la capacitat resolutiva en l'atenció primària, a més de la cura domiciliària i l'autocura. També hi destaca l'atenció especial per minimitzar les hospitalitzacions i reduir les estades a l'hospital per mitjà d'una gestió activa dels pacients (Epping-Jordan, Pruitt, Bengoa & Wagner, 2004).

Una crítica al model és que la classificació per estrats obeeix a criteris clínics de malaltia i cost, però obvia la complexitat de les cures que cada pacient pot necessitar, sense tenir-ne en compte la classificació.

L'estratificació de riscos significa la classificació de les persones en categories, d'acord amb la probabilitat que pateixin un deteriorament de la seva salut.

Taula 1. Estratificació de riscos: piràmide de Kaiser

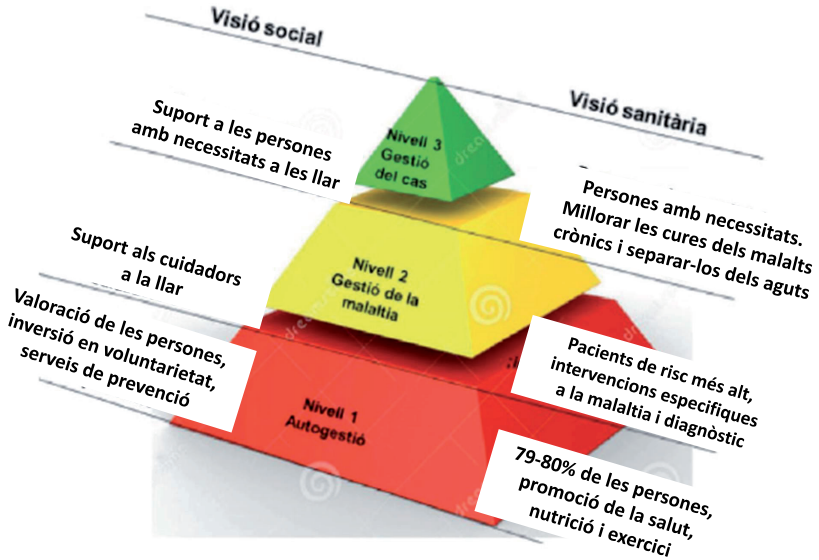
Nivell 0: Pacients en general	<ul style="list-style-type: none"> • Pacients sans, amb factors de risc o sense. • La principal estratègia són les activitats preventives i de promoció de la salut. • En aquest nivell, els professionals d'infermeria tenen un paper fonamental en el lideratge de l'educació per a la salut, individual i grupal, i en la promoció d'estils de vida saludable.
Nivell 1: Pacients crònics	<ul style="list-style-type: none"> • Comprèn la majoria dels pacients crònics. • La finalitat és el foment de l'autocura, l'administració apropiada de medicaments i l'educació en aspectes sanitaris. • La principal estratègia és el suport per a la seva autogestió.
Nivell 2: Pacients d'alt risc	<ul style="list-style-type: none"> • Pacients amb comorbiditat o multimorbiditat (presència de 3-4 malalties cròniques). • Són pacients d'alt risc, però de menys complexitat. • La principal estratègia és la gestió de la malaltia, combinant cures professionals amb suport a l'autogestió. • El més important en aquest nivell és l'autonomia del pacient i la presa de decisions.
Nivell 3: Pacients d'alta complexitat	<ul style="list-style-type: none"> • Són pacients complexos, amb més càrrega de fragilitat. • La prioritat és la gestió integral del cas, amb cures fonamentalment professionals, continuades i, si pot ser, amb suport de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).

Font: Improving Chronic Disease Management. Adaptació.

Una de les adaptacions més interessants de la piràmide de Kaiser Permanente que s'ha posat en marxa és la piràmide definida al King's Fund, al Regne Unit. En aquesta adaptació, destaca la combinació de les

visions sanitària i social com dues parts integrades de l'atenció que una persona necessita (Curry, Billings, Darin, Dixon, Williams & Wennberg, 2005).

Figura 5. Piràmide definida al King's Fund.



Font: (Curry, Billings, Darin, Dixon, Williams & Wennberg, 2005). Adaptació.

Però, situant-nos en el context de la cronicitat i la complexitat, no hem d'oblidar que els pacients són majoritàriament grans, amb multimorbiditat, dependència per a les activitats de la vida diària i disminució del grau d'autonomia personal. Per aquest motiu, s'ha de plantejar la cura de les persones no solament com una activitat, sinó com una actitud de responsabilitat professional, prenent consciència de la realitat per donar respostes d'acord amb les necessitats individuals dels pacients, per respectar l'autodeterminació i tenir en compte els principis bioètics a fi de «no fer als altres allò que no vols que et facin a tu», i potenciant el respecte mutu, entre professionals i pacients, per ajudar a establir una aliança terapèutica (Did-Núñez, 2000; Falcó, 2005).

En l'article d'Aguayo, Echávarri, Beistegui, Jiménez, Elorza & Viñuela (2009), els autors manifesten:

Igual que la cura, també l'enfocament en l'ensenyament ha variat, passant del tradicional al socràtic, que es basa en possibilitar un canvi de perspectiva en l'abordatge dels problemes, de manera que l'individu sigui capaç de prendre consciència de la seva realitat, s'obri a plantejaments diversos, sigui capaç de deliberar i decidir, per poder aconseguir una transformació i un canvi en el qual apareguin noves actituds i formes de vida, deixant de ser la mera adquisició de coneixements...

Perquè el pacient pugui prendre les seves decisions, els professionals han de treballar de manera proactiva i han de donar suport a la seva autonomia, deixant de costat l'actitud paternalista i evolucionant cap una perspectiva holística. El principi d'autonomia es basa en la convicció que l'ésser humà ha de ser lliure de tot control exterior i ha de ser respectat en les seves decisions vitals bàsiques. Això significa el reconeixement que l'ésser humà, també el malalt, és un subjecte i no un objecte (Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària, 2015).

Quan parlem d'*autonomia* no significa automàticament que el pacient faci o triï el que vulgui, sinó que el pacient ha de ser informat correctament de la seva situació i de les possibles alternatives de tractament, i que cal respectar les seves decisions després de rebre la informació adequada perquè pugui obtenir la competència suficient per prendre decisions.

En la complexitat de les malalties, es reflecteix la dificultat de gestió del pacient i dels tractaments farmacològics, i hi podem considerar dos aspectes concrets: el comportament del pacient pel que fa al compliment d'una determinada estratègia dirigida a millorar el seu estil de vida i l'adherència al tractament farmacològic que se li ha prescrit. Les dues variables es refereixen a com el pacient gestiona la seva malaltia i la seva autoresponsabilitat, un aspecte que és cada cop més important a mesura que augmenta la prevalença d'afeccions cròniques i la durada de les estratègies terapèutiques (Puyol, 2014; Fulton & Riley Allen, 2005).

La responsabilitat no pot recaure exclusivament en els pacients, emparant-nos en la pròpia autonomia i responsabilitat a l'hora de prendre decisions relatives a la seva salut, ja que hem d'acceptar que és necessari que la persona disposi d'una informació de qualitat per adoptar qualsevol determinació en relació amb la seva salut. Tampoc no es poden obviar els col·lectius que, per una o altra raó, no disposen de la

capacitat o autonomia suficients per decidir com són els pacients amb malalties degeneratives o mentals (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001). És dins aquest paradigma on el concepte de *decisions compartides* adquireix la rellevància suficient perquè els professionals de la salut adquireixin compromís i protagonisme (Britten, Stevenson, Barry, Barber & Bradley, 2000).

La Nova Carta de Drets i Deures⁴ de la Ciutadania en relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària considera i situa les persones com a element central de la salut, amb els principis de llibertat i autonomia, d'igualtat i dignitat de les persones, d'accés a la informació i de compromís cívic com a eixos vertebradors en els quals s'inclou l'increment de l'apoderament de les persones i la participació activa en la seva salut.

Els pacients amb malaltia crònica tenen dret a participar activament en el seu procés de salut, a poder decidir lliurement i a rebre ajut en cas que les seves capacitats estiguin disminuïdes.

A causa dels gran avenços tècnics i farmacològics ocorreguts durant les últimes dècades, molts dels tractaments terapèutics i farmacològics han esdevingut realment complexos i difícils d'assumir pels pacients. Els professionals han de tenir en compte que el pacient té l'opció de renunciar als tractaments mèdics, a les cures infermeres i a les actuacions sanitàries proposades, i encara que el professional no estigui d'acord amb la decisió presa pel pacient l'ha de respectar.

Tot i que els pacients poden considerar el dret a rebutjar un tractament, els professionals també tenen dret a deixar constància del rebuig al tractament per decisió del pacient (Palacio, 2005).

4 Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària. 2015. Recuperat el 03 de Març del 2015: <http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/drets_ideures/destacats/carta-drets-deures.pdf> [Accés 5 de maig de 2016]

2. Adherència del malalt crònic al tractament farmacològic

Són molts els estudis sobre l'adherència al tractament farmacològic i, en aquests, les formes de referir-s'hi són molt variades, com per exemple: adherència, adhesió, compliment, col·laboració, observança i persistència. De manera semblant, el vocabulari anglosaxó també disposa de diferents termes relacionats amb aquest concepte: *drug defaulter*, *noncompliance therapy*, *nonadherence*, *patient drop*, etc.

Aquest ampli ventall de paraules per a un mateix concepte es pot atribuir al fet que, durant molt de temps, els termes *adherència* i *compliment terapèutic* han estat polèmics per la concreció d'un i altre, motiu pel qual, com hem vist, hi podem trobar diverses definicions i acceptacions segons les repercussions i el seguiment. No obstant això, sembla que cada vegada més es prefereix emprar el terme *adherència al tractament* per referir-se al comportament del pacient, que es defineix com una conducta complexa que consta d'aspectes pròpiament conductuals, units a d'altres relacionals i volitius que condueixen a la participació i la comprensió del tractament pel pacient i del sistema de compliment elaborat juntament amb el professional sanitari per aconseguir els resultats esperats (Bertoldo, Ascar, Campana, Martín, Moretti & Tiscornia, 2013).

Les definicions del concepte *adherència al tractament* també són nombroses, però una de les més acceptades és la de Haynes i Sackett (1976), que el defineixen com la mesura en què la conducta del pacient en relació amb la presa de medicació, el seguiment d'una dieta o la modificació del seu estil de vida coincideix amb les indicacions donades pels professionals sanitaris (Rodríguez-Chamorro, 2009). Per tant, la no-adherència és el grau en què no es compleixen aquestes indicacions. A la pràctica, aquest concepte s'acostuma a utilitzar per a la presa de medicaments (Cramer, Roy, Burrell, Fairchild, Fuldeore, Ollendorf & Wong, 2008).

Encara que aquesta definició és la més acceptada, hem de constatar que té moltes limitacions. Una de les més rellevants és el fet que es tracta d'una definició molt centrada en el professional sanitari i en un model autoritari, que fa referència a l'obediència del pacient a seguir les instruccions i les recomanacions del professional, i en el qual el pacient assumeix un paper passiu, incapaç de prendre les seves decisions a l'ho-

ra de seguir les recomanacions que li proposen (Basterra-Gabarró, 1999; Orueta-Sánchez, 2005).

L'any 1982 hi ha un punt d'inflexió amb la definició de DiMatteo i DiNicola, que es manifesta com un avenç important, en definir l'adherència com «una implicació activa i voluntària del pacient en un curs de comportament acceptat de mutu acord a fi de produir un resultat terapèutic desitjat» (Martín-Alfonso & Grau-Abalo, 2004).

L'any 2001, l'OMS defineix el *compliment* o *l'adherència terapèutica* com la magnitud amb què el pacient segueix les instruccions mèdiques. Tot i ser un bon punt de partida, encara semblava insuficient, i el 2003 es defineix *l'adherència* com el grau en què el comportament d'una persona (pren el medicament, segueix un regim alimentari i executa canvis d'estil de vida) es correspon amb les recomanacions que s'han acordat amb un prestador d'assistència sanitària (Davy, Bleasel, Liu, Tchan, Ponniah & Brown, 2015).

Paral·lelament a la forma de referir-se i definir el concepte, s'ha de fer esment a l'augment de la prescripció de medicaments i com això ha influït en la manca d'adherència dels pacients al tractament farmacològic, la poca persistència i constància a l'hora de complir les pautes dels medicaments receptats pels metges, amb els efectes secundaris conseqüents i, com a resultat, un empitjorament de la qualitat de vida dels pacients (Clyne *et alii*, 2011; DiMatteo, Giordani, Lepper & Croghan, 2002).

L'evolució històrica dels medicaments ha estat contínua al llarg del temps, però el punt àlgid es pot situar vers l'any 1940, quan la indústria farmacèutica va començar a produir medicaments en gran quantitat (Puig-Raposo, 2001), cosa que en va comportar un augment progressiu del consum.

L'any 2002, en referència a l'ús racional dels medicaments, l'OMS indica que «els pacients han de rebre els medicaments adequats a les seves necessitats, en les dosis apropiades segons els seus requeriments individuals, per un període adequat i amb el cost més baix possible per a ells i per a la seva comunitat» (OMS, 2002).

En l'*Enquesta de salut de Catalunya 2014*, un dels indicadors valorats és el consum de medicaments. Segons aquest indicador, l'any 1994, el percentatge d'homes que havien pres medicaments durant els últims dos dies era del 38,4% i, el de dones, del 55,8%. Aquests percentatges

van augmentar progressivament fins al 2010, any en què es va arribar al 55,5% en homes i al 76,3% en dones. Finalment, el 2014 es va observar una lleugera disminució del consum de medicaments, amb un percentatge del 52,3% en homes i del 68,8% en dones.

El 1997, l'estudi de Hanlon *et alii* va demostrar que el 35% de les persones grans polimedicades presentava algun efecte advers (Amado-Guirado & Martín-Cantera, 2013), i en l'estudi sobre la seguretat dels pacients en atenció primària de salut (APEAS 2014) s'estimava que el 48,2% dels efectes adversos estan causats per la medicació i que el 59,1% es poden prevenir.

Actualment, les persones polimedicades ja són una realitat i aquesta es fa palesa quan apareixen les malalties cròniques, perquè a aquests pacients els cal prendre diversos medicaments durant un temps continuat i perllongat. No s'ha arribat a cap consens a l'hora d'establir el límit a partir del qual estariem parlant de *polimedicació*. Alguns estudis es refereixen a la presa de 5 o més medicaments durant almenys 6 mesos; altres autors parlen de 5 a 10 medicaments, i, quan es fa referència a *polimedicació excessiva*, les xifres arriben a l'ús regular de 9 o 10 fàrmacs. Segons Diz-Lois-Martínez, Fernández-Álvarez & Pérez-Vázquez (2012), a Espanya, la freqüència de polimedicació en persones de més de 65 anys no institucionalitzades és de $2,6 \pm 2$ medicaments per pacient (és a dir, entre 1 i 5) i la freqüència de polimedicats augmenta quan els pacients estan institucionalitzats (Villafaina-Barroso & Gavilán-Moral, 2011).

Com a resultat important de la revisió bibliogràfica que s'ha dut a terme per a aquest treball d'investigació, cal esmentar que diferents autors coincideixen a afirmar que el problema de la manca d'adherència al tractament farmacològic en pacients amb malalties cròniques arriba a un 50%, tot i que aquest percentatge varia molt en funció de la malaltia. L'incompliment arriba a ser del 75% en pacients amb malalties psiquiàtriques, del 70% en pacients asmàtics, del 50% en pacients amb HTA, colesterol o diabetis i pot disminuir fins al 30% en pacients amb malalties agudes (Clavel-Rojo, 2013). La irregularitat del curs clínic i la concepció cultural de la malaltia expliquen el fet que, en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica, l'adherència sigui baixa, aproximadament del 41% (Rodríguez-Fumaz, 2009), mentre que en malalties com la sida, i gràcies als avenços recents, el grau d'adherència actual

dels pacients és excepcionalment bo, amb valors propers al 80%. En qualsevol cas, aquests percentatges presenten uns intervals de variabilitat molt grans, que depenen de l'estadi, la gravetat o el tipus de pacient (Carpenter, Hogan & DeVellis, 2013; Brown & Bussell, 2011; De Geest & Sabaté, 2003).

Volem ressaltar que, en la població general dels països desenvolupats, l'adherència al tractament a llarg termini és d'aproximadament un 50%, molt superior a la dels països no desenvolupats, com per exemple la Xina, Gambia o les illes Seychelles, on solament el 43%, el 27% i el 26%, respectivament, dels pacients amb hipertensió s'adhereixen al tractament (Tamblyn, Eguale, Huang, Winslade & Doran, 2014).

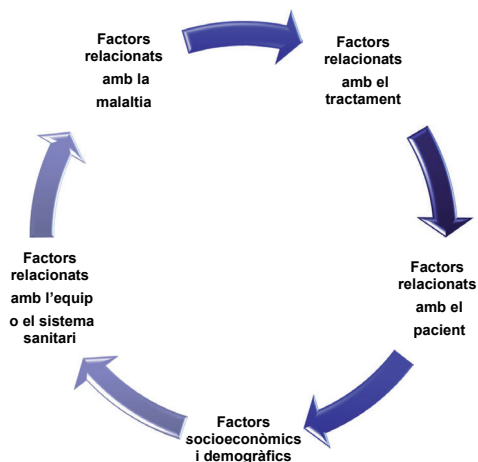
Recentment, han aparegut nous factors que interfereixen en el maneig del tractament farmacològic i que provoquen malestar i confusió en el pacient, com ara la situació socioeconòmica (que ha ocasionat canvis en l'adequació o, fins i tot, l'abandó del tractament), l'increment en l'ús de medicaments genèrics (que ha provocat rebuig en algun sector de la població) o el canvi de format i envàs (que pot provocar confusió i error) (Méndez, 2010).

L'adherència al tractament s'ha intentat explicar amb diverses teories, com les característiques de la personalitat i variables sociodemogràfiques. Actualment, es tendeix a explicar l'adherència per mitjà de diverses variables que hi estan implicades. Sackett i Haynes van arribar a esmentar més de 200 variables que es podien relacionar amb l'adherència, les quals tenen a veure amb la persona, el tractament, la família, l'entorn, el personal sanitari i les interrelacions entre ells (DiMatteo, Giordani, Lepper & Croghan, 2002; DiMatteo, Haskard & Williams, 2007).

2.1 Factors relacionats amb l'adherència al tractament farmacològic

Segons l'OMS (2004), l'adherència al tractament farmacològic a llarg termini està determinada per l'acció recíproca de cinc tipus de factors (Ortiz & Ortiz, 2007).

Figura 6. Factors relacionats amb l'adherència als tractaments a llarg termini.



Font: Adaptació (OMS, 2004). Factors relacionats amb l'equip o el sistema sanitari

Diferents estudis consideren que la manca d'adherència al tractament és un fenomen multidimensional que està determinat per un conjunt de factors que s'associen a un augment de la medicació (poli-medicació) (Salinas-Cruz & Nava-Galán, 2012; Silva, Galeano & Correa, 2005).

2.1.1 Factors relacionats amb el pacient

Hi ha molts factors relacionats amb el pacient que influeixen en l'adherència terapèutica. La percepció de la necessitat personal, els coneixements sobre la malaltia i la percepció del risc influeixen en el comportament del pacient, i això, juntament amb les seves creences sobre l'efectivitat i la desmotivació, fa que prengui les seves decisions.

2.1.2 Factors socioeconòmics i demogràfics

Encara que no es pot afirmar que el factor socioeconòmic sigui un factor predictiu de l'adherència, sí que es pot considerar que està relacionat amb diversos factors socials, com el fet de viure sol i tenir un nivell educatiu i socioeconòmic baix.

La part econòmica pren un pes important en el consum de medicaments, ja que, a vegades, en entorns amb un nivell econòmic baix, els pacients han de prioritzar altres necessitats i els medicaments passen a ser quelcom secundari.

També hi tenen un pes important els factors demogràfics, atès que la cultura de la salut i el patró d'utilització dels serveis sanitaris varien no solament en funció de les necessitats de cada persona, sinó també segons les zones de residència dels habitants que formen una comunitat.

2.1.3 Factors relacionats amb l'equip o el sistema sanitari

La comunicació és imprescindible per interactuar amb el pacient, per informar-lo de la seva malaltia i per a la prescripció i dispensació de fàrmacs (Ramos-Morales, 2015). Un dels problemes actuals vinculat al sistema sanitari és que, sovint, els pacients no disposen d'un mateix professional de referència, i l'accessibilitat a una visita mèdica pot tardar dies. També s'ha de tenir en compte que els pacients crònics necessiten diversos serveis en diferents nivells assistencials, el que fa que efectuin diverses transicions pel sistema sanitari, juntament amb visites a diferents especialistes, els quals prescriuen diferents fàrmacs, el que pot provocar errors i discrepàncies en el tractament.

2.1.4 Factors relacionats amb la malaltia

Alguns processos crònics que requereixen tractaments a llarg termini i moltes malalties cròniques no presenten símptomes, o de vegades el pacient s'hi adapta i deixa de prendre els medicaments, o bé augmenta la seva autoconfiança i s'adapta a les necessitats segons percep la seva salut.

L'adherència al tractament és més difícil en pacients amb problemes de salut mental o amb problemes cognitius i, moltes vegades, cal un cuidador i la col·laboració del pacient per complir correctament amb el tractament (Barroso & Moral, 2011).

2.1.5 Factors relacionats amb el tractament

L'adherència al tractament farmacològic és més alta si aquest és a curt termini, per un temps limitat o en fases agudes de la malaltia, i disminueix quan és un tractament a llarg termini.

Un factor que cal tenir en compte és la percepció que té el pacient dels efectes que produeix el medicament i si aquest pot interferir en la seva vida diària i les tasques que ha de fer, sobretot en el cas dels sedants i antidepressius (Martín-Alfonso, 2007; Moral, Barroso & de Gracia, 2012).

És important tenir en compte la percepció que les persones tenen de la malaltia, ja que això permet predir els comportaments de salut, tot i que no hi ha proves que les intervencions dissenyades per modificar la percepció de la malaltia puguin millorar els resultats de salut en els pacients (Peralta & Carbajal, 2008).

Taula 2. Factors relacionats amb l'adherència al tractament				
Factors relacionats amb el pacient	Factors socioeconòmics/demogràfics	Factors relacionats amb l'equip o el sistema sanitari	Factors relacionats amb el tractament	Factors relacionats amb la malaltia
<ul style="list-style-type: none"> • L'oblit • L'estrès psicosocial • L'angoixa pels possibles efectes adversos • La baixa motivació • El coneixement i l'habilitat inadequats per controlar els símptomes de la malaltia i el tractament • La manca de percepció de la necessitat de tractament • La manca d'efecte percebut del tractament • Les creences negatives pel que fa a l'eficàcia del tractament • La no-acceptació de la malaltia • La incredulitat en el diagnòstic • La manca de percepció del risc per a la salut relacionat amb la malaltia. La comprensió errònia de les instruccions de tractament • La manca d'acceptació del monitoratge • Les baixes expectatives de tractament • El comportament • La desesperança • Els sentiments negatius • La frustració amb el personal assistencial • La por de la dependència • L'ansietat per la complexitat del règim medicamentós • El sentiment d'estigmatització per la malaltia 	<ul style="list-style-type: none"> • La disfunció familiar • La pobresa • L'analfabetisme • El baix nivell educatiu • La desocupació • La manca de xarxes efectives de suport social • Les condicions de vida inestables • L'alt cost de la medicació • Les situacions ambientals canviants • La cultura • Les creences populars sobre la malaltia i el tractament • L'edat com a factor que influeix en l'adherència terapèutica, però de manera irregular • La llunyania del centre de tractament • L'alt cost del transport • Les poblacions més envellides 	<ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilitat • Les diverses transicions que els pacients fan pel sistema sanitari • La prescripció de medicaments que fan diferents professionals • La comunicació • El treball en equip • La vinculació amb l'equip 	<ul style="list-style-type: none"> • Els processos crònics • La polimediació • Sovint, la prescripció i les dosis són complicades d'autogestionar • La via d'administració (oral, injectable, rectal, inhaladors) • Els efectes secundaris provocats pel medicament (impotència, sensació de cansament, apatia, etc.) • Els medicaments genèrics • L'incompliment del tractament tal com s'ha prescrit • L'abandonament del tractament sense consulta prèvia • El no-inici del tractament • La duplicació de la dosi • Prendre el tractament a hores no indicades • L'automedicació • El consum de begudes o aliments que no estan indicats, juntament amb el tractament • L'acumulació de medicaments que poden estar caducats o en un lloc no adequat • En el cas dels inhaladors, l'ús incorrecte dels dispositius 	<ul style="list-style-type: none"> • Les malalties cròniques necessiten tractaments a llarg termini • Les malalties mentals • Els processos degeneratius • Els problemes de visió

Font: Elaboració pròpia adaptada desde dades de l'article de (Silva, Galeano & Correa, 2005).

3. Mètodes de mesura de l'adherència al tractament farmacològic

Hi ha diversos mètodes de mesura i tests que es poden aplicar a l'estudi de l'adherència al tractament farmacològic, els quals donen fiabilitat a l'estudi. Ara bé, es tracta d'un problema complex i, dels mètodes i tests utilitzats, cap no n'està exempt de limitacions. No disposem de cap mètode estàndard que ens permeti mesurar el problema amb les garanties necessàries, atesos els nombrosos factors que intervenen en l'adherència al tractament farmacològic (López-Romero, Romero-Guevara, Parra & Rojas-Sánchez, 2016).

A l'hora d'escollir el mètode més adequat per mesurar l'adherència al tractament farmacològic, s'han de tenir en compte diverses variables demogràfiques com ara l'edat, el sexe, l'estat civil, el nombre de persones a la llar, la classe social i els diversos factors que hi poden incidir, com els socioeconòmics, els culturals, la mateixa malaltia, els trastorns psiquiàtrics, els relacionats amb el tractament (la durada, el nombre de medicaments prescrits, el cost o la freqüència de dosificació), el grau de discapacitat del pacient, els efectes secundaris provocats pel fàrmac, etc., perquè, sens dubte, tot influeixen en l'adherència al tractament (García & Fuentes, 2016; Val-Jiménez, Amorós-Ballester, Martínez-Visa, Fernández-Ferré & León-Sanromà, 1992).

Sabent que són molts els factors que intervenen en el fenomen de l'adherència al tractament farmacològic i que hi poden interferir a l'hora de mesurar-la, hem de tenir en compte que es poden fer servir diferents mètodes de mesura i que, per tant, hem d'escollir el més adequat per al tipus d'estudi que es vol efectuar. Aquests mètodes es poden classificar en directes i indirectes.

Taula 3. Mètodes de mesura de l'adherència al tractament farmacològic			
Mètodes	Objectiu	Avantatges	Inconvenients
1. Mètodes objectius directes Tècniques de laboratori	Mesurar concentracions de fàrmacs o metabòlits en mostres d'orina o sang	<ul style="list-style-type: none"> • Molta precisió • Objectius específics 	<ul style="list-style-type: none"> • Poden donar falsos positius, ja que no es pot saber el fàrmac que el pacient ha ingerit. • Podem estar davant un compliment. • S'obté un índex d'incompliment més alt. • Són cars. • Calen infraestructures tècniques per dur a terme les proves.
	2. Mètodes indirectes A) <i>Objectius indirectes</i> S'intenta conèixer l'adherència al tractament farmacològic a partir de la informació del pacient		
B) <i>Subjectius indirectes</i> Donen informació de les causes	Fer qüestionaris	<ul style="list-style-type: none"> • És un mètode fiable quan el pacient diu que no compleix • Són barats i fàcils d'efectuar 	<ul style="list-style-type: none"> • Moltes vegades, el pacient no diu la veritat. • Se sobreestima el compliment
	Preparar tècniques d'entrevista		

Font: Elaboració pròpia.

Els *mètodes directes* es basen en la determinació de la concentració del fàrmac, sigui en sang, orina o en qualsevol altre fluid. Són mètodes molt precisos, però la seva utilització en la pràctica clínica està limitada pel seu cost i la seva laboriositat.

Els *mètodes indirectes* es classifiquen en *mètodes objectius indirectes*, que intenten conèixer l'adherència al tractament farmacològic per mitjà de la informació del pacient, i en *mètodes subjectius indirectes*, que ho fan amb qüestionaris, tècniques d'entrevista, el judici del metge o del professional d'infermeria i el curs clínic del pacient. L'avantatge és que són mètodes barats, fàcils d'efectuar i fiables quan el pacient diu que no compleix (Rodríguez-Chamorro, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez-Chamorro & Faus, 2008).

L'avaluació del tractament farmacològic hauria de servir com a eina per definir les recomanacions que cal donar als pacients.

Un dels problemes principals per avaluar l'adherència al tractament farmacològic és que, actualment, no es disposa d'un mètode únic homogeni, ni d'una metodologia de referència, i d'aquí la importància d'utilitzar el més adequat en cada situació.

4. Atenció d'infermeria als malalts crònics en l'àmbit de l'atenció primària

Com ja hem plantejat, les malalties cròniques han augmentat a causa del canvi d'estructura de la població, un canvi de dimensions mundials que evidencia l'augment de l'esperança de vida de les persones i la disminució de la població jove.

Cal constatar el deteriorament de les persones que pateixen malalties cròniques i s'enfronten a una situació, moltes vegades, de desesperança de recuperació de la salut i de la seva condició d'ésser humà i social, la qual cosa deixa seqüeles psicofísiques que redueixen la seva qualitat de vida (Moreno-Garriga, Palmero-Tomé & González-Suárez, 2013).

Per donar significat a la cura dels pacients crònics, la infermeria hi té un paper clau amb l'ús de tecnologia, la capacitat per prevenir complicacions i les conductes de suport, a més de la relació entre els professionals d'infermeria i els pacients, que es caracteritza per com-

portaments entre els quals hi ha percepcions, sentiments, pensaments i actituds (Mejía-Lopera, 2008).

Per situar-nos en el paper d'infermeria i de l'atenció primària, en concret a la zona de l'Alt Penedès, on s'ha dut a terme aquest treball d'investigació, farem una introducció de l'evolució de la infermeria en l'atenció primària al territori i de les cures que s'hi han practicat.

La investigació històrica de la infermeria d'atenció primària a l'Alt Penedès i la seva evolució no consisteix tan sols en una recopilació d'esdeveniments passats, sinó també en la relació que es dona entre l'evidència disponible i la interpretació que se'n pot fer.

Aquest repte comença en una posició teòrica, que en aquest estudi s'inicia amb un discurs clar dels professionals d'infermeria, i va acompanyat de la rellevància de les posicions polítiques i de la gestió del sistema sanitari en la dinamització de les cures en salut i la malaltia de la societat.

L'evolució de la població va lligada a la transformació en l'àmbit sanitari i, en aquest cas, al desenvolupament de l'atenció primària i dels professionals d'infermeria al nostre territori, el qual va estar marcat pels canvis que anaven sorgint durant els anys setanta fins a arribar als nostres dies.

La transformació de les escoles d'ATS en escoles universitàries d'infermeria es va produir com a resultat de l'aprovació del Reial decret 2128/1977, de 23 de juliol, referent a la integració a la universitat de les escoles d'ajudants tècnics sanitaris com a escoles universitàries d'infermeria (BOE núm. 200, de 22 agost de 1977).

Aquest decret estava precedit per les experiències d'altres països, que tractaven



d'incloure-hi aspectes que capacitessin la infermera per a un paper ampliat en les cures de salut, de tal manera que poguéssin iniciar un camí d'autonomia professional i de definició del propi camp disciplinari.

Pel Reial decret de 23 de juliol de 1977 es van suprimir les escoles d'ajudants tècnics sanitaris al Penedès, amb una pròrroga que va durar fins l'any 1980 i que, d'acord amb el decret, no permetia iniciar cap més curs d'ATS. A Espanya hi havia, aproximadament, 300 escoles d'ATS i una d'aquestes era l'escola d'ATS ubicada a l'Hospital Comarcal de Vilafranca del Penedès (capital de comarca de l'Alt Penedès), la qual, en bona mesura, era font de mà d'obra per a l'hospital i la resta de serveis sanitaris de la comarca (Tothom, 1978).

Però els primers canvis en l'AP van venir més tard, després de la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut, reunida a Alma-Ata, a l'antiga Unió Soviètica, el 12 de setembre de 1978, on es va posar de manifest la necessitat d'una acció urgent de tots els governs, del personal sanitari, de les agències de desenvolupament i de la comunitat mundial per protegir i promoure la salut de tots els pobles del món, amb el lema «Salut per a tothom l'any 2000» (Alma-Ata, OMS, 1978).

L'Alt Penedès també va experimentar tots aquests canvis, els quals anaven lligats a tota una reforma sanitària de l'AP.

L'any 1978, l'atenció primària no s'havia instaurat ni al nostre país ni a pràcticament cap zona del nostre entorn. Aquell mateix any es van dictar les directrius per elaborar el nou Pla d'Estudis de les Escoles Universitàries d'Infermeria, el qual ajudaria a ampliar la funció tradicional d'aquests treballadors vers una de més professional i autònoma (BOE núm. 283, de 26 de novembre de 1977).

Com he dit abans, els canvis no es van produir espontàniament, sinó que encara quedava un llarg camí per recórrer, però en aquests esdeveniments marcava un punt d'inflexió que, amb l'aval del Reial decret 111/1980, d'11 de gener, sobre l'homologació del títol d'ATS amb el de diplomad en infermeria (BOE núm. 20, de 23 de gener de 1980), permetia, no sense esforç, l'homologació del títol d'ATS amb el de DUI.

No va ser fins l'any 1984, amb l'entrada en vigor del Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut (BOE núm. 27), que es van definir la zona bàsica de salut, les estructures organitza-

tives i funcionals dels centres de salut, la composició dels equips, el paper del coordinador, les funcions de l'equip d'atenció primària (EAP), la jornada de treball i la coordinació entre nivells (Martínez-Riera, 2012), amb la qual cosa es va iniciar un nou model d'atenció que va quedar, definitivament, establert amb la Llei general de sanitat del 1986, la qual va assentar les bases legislatives per a la reforma de l'atenció primària (De la Cuesta-Benjumea, 1986).

Fins aleshores, els professionals d'infermeria treballaven com a practicants, amb dues hores de consulta i atenció domiciliària, amb un horari similar al dels metges; o bé com a infermers/eres de consultori adscrits a una consulta, per on, cada dues hores i mitja, passava un metge diferent. Les seves tasques eren, gairebé exclusivament, burocràtiques i d'ajuda al metge per dur a terme algunes tècniques (Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos & Pastor-Sánchez, 2005).

Però els canvis anaven avançant i, en aquells moments, a l'Alt Penedès els professionals d'infermeria es formaven amb cursos de formació continuada, dels quals es van fer tres edicions durant els anys 1984, 1985 i 1986.

Cal remarcar que en aquest període es va publicar el Reial decret 992/1987, de 3 de juliol, pel qual es regulava l'obtenció del títol d'Infermer Especialista (BOE núm. 183, d'1 d'agost de 1987), i també hi havia el d'Infermeria Comunitària, però mai no es va arribar a desenvolupar i les expectatives inicialment generades van quedar frustrades.

El 26 d'abril de 1991 es publicava l'inici de la reforma sanitària i es posava en funcionament l'àrea bàsica de salut (ABS) Penedès Rural. La seu dels principals equipaments polítics, administratius i sanitaris de la nova ABS es va ubicar a l'ambulatori de Vilafranca del Penedès, ja que l'estructura de la comarca i la dispersió del territori permetia una millor comunicació amb tots els pobles de la comarca i els seus consultoris. A fi de reorganitzar completament el sistema d'assistència mèdica, que fins aleshores es duia a terme en diferents municipis, els objectius es van basar en els criteris d'optimització i racionalització dels recursos humans i materials.

Això va permetre la primera delimitació sanitària d'una zona a l'Alt Penedès, per mitjà de la qual diversos municipis configuraven una sola unitat. El col·lectiu d'infermeria va tenir un paper molt important

en tots aquests i es va definir un càrrec de cap d'Infermeria del sector i una infermera coordinadora.

L'entrada en funcionament de l'ABS Penedès Rural significava un canvi profund de concepte, i es passava d'una actitud purament curativa a una concepció més global de la medicina, que incloïa la promoció de la salut a l'atenció psicosocial o la rehabilitació i l'aprofundiment de la relació entre els professionals sanitaris i la comunitat.

Fins aleshores, els professionals del sector mèdic i d'infermeria treballaven de manera individual, sense mantenir cap mena de relació amb els altres professionals de la zona. Amb aquest canvi, es pretenia millorar la coordinació i el contacte entre els diferents professionals per afrontar globalment els problemes sanitaris de la zona i detectar els camps on hi havia deficiències o que presentaven necessitats per a la població.

Això va permetre implantar-hi una sèrie de recursos que ara veiem normals, però que llavors no es tenien, com un servei de valisa interna per portar documents, resultats de proves analítiques i radiografies, i el transport dels tubs d'analítiques al laboratori que llavors estava ubicat a l'ambulatori de Vilafranca del Penedès per evitar el trasllat dels pacients.

La implicació dels ajuntaments, del Consell Comarcal de l'Alt Penedès i de la Generalitat va ser fonamental per reformar els consultoris i construir-ne de nous. S'augmentaven les hores de consultori i s'organitzaven les consultes allà on abans les visites eren a demanda, que passaven a ser visites programades i amb cita prèvia, tant per a metges com per a infermeria.

Era el primer pas per a la promoció dels professionals d'infermeria en l'estructura assistencial, en la qual passaven d'estar relegats a un paper subsidiari com el de l'execució de tasques administratives o l'aplicació dels injectables a un nou model assistencial, en el qual s'ampliaven les seves atribucions i la seva capacitat d'actuació, i se'ls facultava per a la pràctica de la formació i el control sanitari de la població, especialment en el cas dels malalts crònics o invàlids (Juvert, 1991). En la figura 7 hi podem trobar un apunt sobre les tasques que exercia la infermeria en el control de medicació, base de la meua tesi (*El Martinet. Butlletí Local de Sant Martí Sarroca*, 1991).

Tradicionalment infrautilitzats, els representants dels professionals d'infermeria creien que el seu potencial de coneixements estava destinat a tenir un paper important en el nou sistema sanitari.

Els objectius que es van marcar van ser l'elaboració d'un diagnòstic de salut de la població de l'Alt Penedès per mitjà de l'anàlisi dels factors que influeixen en l'estat de salut de la població.



Infermera: Horari

- Control medicació i renovació receptes «crònics»
- dilluns, dimecres i divendres de 9 a 9'30
- Visites programades i cita prèvia
- dilluns, dimecres, dijous i divendres: 9'30 a 10'30
- dimarts: 10 a 10'45.
- anàlisis clíniques/extraccions: dimarts (pròximament): de 9 a 9'30.
- Visites a demanda: diària de 10'30 a 11 h. ...

Figura 7. Nota informativa.

A la resta del territori de l'Alt Penedès se seguia lentament amb la reforma sanitària, i no va ser fins al 17 de juny de 1997 que es va inaugurar el CAP de Sant Sadurní d'Anoia. Posteriorment, el dia 15 de setembre del mateix any, es va posar en marxa l'àrea bàsica de salut de Vilafranca del Penedès (en marxa l'àrea bàsica de Vilafranca, 1997), amb la qual cosa van quedar conformades les tres ABS de l'Alt Penedès: ABS Penedès Rural, ABS Vilafranca urbana i ABS Sant Sadurní d'Anoia, tal com les coneixem en l'actualitat.

El col·lectiu d'infermeria seguia treballant i ho feia, també, juntament amb els professionals d'infermeria de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, amb l'organització de jornades d'infermeria que tenien l'objectiu de facilitar la coordinació, la comunicació i l'intercanvi d'experiències entre els infermers i les infermeres de l'Institut Català de la Salut i de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.

Es van mantenir petits contactes entre els diferents professionals, en els quals es tenia en compte que les tasques estaven adreçades als mateixos usuaris. En aquells moments, les estades dels usuaris a l'hospital començaven a ser cada vegada més curtes i, cada cop més, els pacients marxaven abans a casa. Així va ser com es va detectar la necessitat d'aquesta continuïtat professional de la infermeria d'atenció primària, amb la qual el malalt sortia beneficiat. El projecte era engrescador i representava un primer pas vers el nou model d'atenció.

Val a dir que, ja durant aquells anys, l'interès per l'augment de la prescripció de medicaments i l'ús que en feien els usuaris va fer que es posés en marxa un taller pràctic sobre medicaments, amb la col·

laboració d'una metgessa i una infermera, per parlar dels medicaments que els pacients tenien a casa i què s'hi havia de fer quan no s'utilitzaven. Als assistents se'ls demanava que portessin els medicaments que prenien i, en una altra bossa, els que tenien a casa.

El 2006 es va posar en marxa a Catalunya la prova pilot de la implementació de la recepta electrònica, un sistema centrat en el pacient per integrar els processos de prescripció i dispensació, i que estava orientat a afavorir l'ús racional dels medicaments (Amado, Catalán, Gilabert, López & Pons, 2014). Alhora es va aprovar la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, que posava en marxa l'ús de medicaments genèrics definits com a productes d'eficàcia clínica demostrada, que asseguraven idèntiques condicions de qualitat, seguretat i eficàcia amb un preu més baix (Vallès, Barreiro, Cereza, Ferrod, Martínez, Cucurull & Barceló, 2002). L'entrada en vigor dels medicaments genèrics significava una preocupació important per als pacients, i així es va obrir un període de canvi de medicaments que molts pacients no estaven disposats a fer.

Aquesta Llei no tenia en compte els professionals d'infermeria en la tasca de prescripció de medicaments, perquè aquesta era una competència del personal mèdic, com a únics prescriptors de medicaments. De moment, els professionals d'infermeria no poden prescriure ni fer cap modificació del tractament, si no és amb un mètode de col·laboració que molts metges no estan disposats a compartir.

L'any 2010, amb la publicació de l'Ordre SAS/1729/2010, de 17 de juny, per la qual s'aprova i publica el programa formatiu de l'especialitat d'Infermeria Familiar i Comunitària (BOE núm. 157, de 29 de juny de 2010), i de l'Ordre SAS/2447/2010, de 15 de setembre, en què es publica la convocatòria de prova selectiva 2010 per a l'accés, l'any 2011, a places de formació sanitària especialitzada per a graduats/diplomats en Infermeria (BOE núm. 230, de 22 de setembre de 2010) i la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (BOE núm. 280, de 22 de novembre) i per a la reestructuració dels estudis universitaris, amb la implantació del grau i el postgrau (màster i doctorat), la formació acadèmica i investigadora va seguir creixent, cosa que va permetre desenvolupar el cos propi de coneixements i avançar com a professió vers un futur amb les seves pròpies competències.

Actualment, la infermeria d'atenció primària ha evolucionat cap a un paper més autònom en el qual la seva activitat és fonamental per dur a terme les cures integrals dels pacients i de la població, basada en tecnologia i mètodes pràctics, científicament sòlids i socialment acceptables, que estiguin posats a l'abast de totes les persones i famílies de la comunitat mitjançant la seva plena participació, i amb un cost que la comunitat i el país puguin pagar.

Aquestes cures inclouen el diagnòstic i el tractament de les malalties i les lesions, i comprenen també altres elements com la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. Un dels seus principals aspectes positius en l'atenció primària, com a primera porta d'accés, és tenir en compte la participació dels ciutadans en la identificació de les necessitats, en la prestació dels serveis i en la situació d'aquests serveis tan a prop de les persones com sigui possible (González, 2016; Peya-Gascons, 2009).

El Consell Internacional d'Infermeria (CIE), l'organització professional internacional més antiga, ha classificat les funcions fonamentals de la infermeria d'atenció primària en quatre àrees: promoure la salut, prevenir la malaltia, restaurar la salut i alleujar el sofriment. Aquesta organització apolítica reuneix persones de diferents països, amb un interès professional i un propòsit comú de desenvolupament de la infermeria a escala internacional (Zabalegui-Yárnoz, 2003).

Tot això ha comportat una evolució substancial de les funcions de la infermera d'atenció primària (Argomaniz-Alutiz, Cidoncha-Moreno & Martín-Bezós, 2003) en els àmbits següents:

- a) *Clinicoassistencial*: promoció de cures, atencions en prevenció i cures en rehabilitació.
- b) *Formació*: pregrau, postgrau i continuada.
- c) *Recerca*
- d) *Gestió i organització*

Altres factors, com l'envelliment de la població i la preocupació pels pacients amb malalties cròniques i terminals, imposen demandes creixents als serveis de salut d'atenció primària i socials. Davant aquesta realitat social, la infermeria d'atenció primària té la responsabilitat de

disposar de la metodologia apropiada, augmentar el grau d'autocura i de cura dependent dels ciutadans o compensar-ne la deficiència, entenent autocura com totes les accions que permeten a la persona mantenir la vida, la salut i el benestar, és a dir, tot allò que la persona fa per i per a ella mateixa.

Un altre gran repte al qual s'ha d'enfrontar la infermeria és la continuïtat de les cures en l'atenció hospitalària i als centres sociosanitaris, mitjançant informes d'altres i coordinacions dels professionals del centre per dur a terme les cures pautades i fer-les operatives, cosa que fa que la infermeria augmenti la comunicació entre els nivells assistencials i els seus professionals. És un canvi de paradigma que s'està duent a terme a poc a poc i que representa un gran repte per a la infermeria d'atenció primària a l'hora d'afrontar un treball coordinat i donar continuïtat a les cures establertes.

Actualment, la cronicitat d'alguns processos, les malalties mentals i altres situacions són susceptibles d'un grau de dependència temporal o permanent que fa que sigui necessari donar-hi resposta. L'any 2007 es va crear a l'Alt Penedès la figura de la infermeria gestora de casos (formada per quatre gestores de casos), com a element aglutinador de les necessitats de la persona i de coordinació dels recursos mitjançant la planificació i la gestió de cures adequades. El 2012 es defineix la Unitat de Gestió de Casos i el 2014 es crea la Unitat de Cronicitat de l'Alt Penedès, en la qual la infermeria té un pes important en la gestió dels pacients crònics.

El model de gestió de casos és una de les diverses maneres de fer avançar i millorar l'atenció integrada, coordinada i continuada, centrada en la responsabilitat compartida de coordinar cures, recursos, serveis i professionals. Es perfila com un agent de canvi en la gestió i el lideratge dins el sistema sanitari per tenir una visió integral orientada a cobrir les necessitats i fomentar l'autocura, i amb competències en la valoració i planificació de les cures (Valverde-Jiménez & Hernández-Corominas, 2012; Peya-Gascons, 2009).

Les funcions que duu a terme són atenció i provisió de cures a la persona i al cuidador/a, planificació, coordinació i activació de recursos, suport, facilitació i promoció, participació, formació, informació i educació per a la salut, investigació i avaluació.

En l'article de Fraile-Bravo (2015) s'hi enumeren les competències que defineixen, exactament, la formació que ha de tenir una gestora de casos:

- Habilitats d'intervenció i avaluació: identificació de pacients crònics amb alt risc de complicacions i necessitats.
- Capacitat d'ús de metodologia infermera: valoració integral del pacient, del cuidador i de l'entorn, i elaboració de plans de cures d'acord amb la situació i la complexitat del pacient.
- Habilitats de conciliació de la medicació.
- Desenvolupament de pràctica clínica avançada que permeti identificar i intervenir en les crisis i exacerbacions reals o potencials.
- Habilitats de comunicació.
- Destresa en l'ús dels sistemes i les tecnologies de la informació.
- Habilitats de pensament crític.
- Capacitat per identificar i aplicar la millor evidència científica disponible.
- Habilitats gestores i directives per a la identificació i la gestió dels recursos sanitaris, sociosanitaris i comunitaris que millor s'adaptin a les necessitats dels pacients i dels cuidadors.
- Habilitats de lideratge amb capacitat per coordinar, de manera contínua, l'atenció dels diferents sistemes i nivells assistencials.
- Habilitats docents i investigadores.
- Habilitats d'integració del coneixement.

Un aspecte important que cal tenir en compte des de la gestió de casos és que l'atenció s'ha de compartir entre els diferents nivells assistencials i els recursos d'atenció social i sanitària i que el nucli i la responsabilitat de l'atenció del pacient recau en els equips d'atenció primària: metges i infermeres.

Figura 8. Atenció compartida de gestió de casos.



Font: Elaboració pròpia.
Atenció primària Treball social

El treball multidisciplinari i en equip és fonamental per garantir la continuïtat assistencial i, en el cas de l'atenció als pacients crònics, l'equip d'atenció primària és clau. Així, des de gestió de casos, és fonamental donar suport als professionals en aquelles situacions especialment complexes d'atenció i valoració conjunta (Perteguer-Huerta, 2014b).

Cada professional té la seva funció. El metge de família és responsable del lideratge clínic del tractament. Així doncs, els professionals d'infermeria d'atenció primària lideren la prestació i la coordinació de les cures als pacients crònics, exerceixen funcions educatives i clíniques en el seguiment i potencien l'autocura i el suport als cuidadors i treballadors socials, en els aspectes psicosocials de la persona, per mitjà de l'estudi, el diagnòstic i el tractament dels factors socials que concorren en el manteniment de la salut i en l'aparició de la malaltia de les persones, els grups i les comunitats.

4.1 Educació sanitària

Ajudar a fer que les persones mantinguin per elles mateixes accions d'autocura, es recuperin de la seva malaltia i n'afrontin les conseqüències requereix que els professionals tinguin unes habilitats que han de desenvolupar segons les necessitats que detectin que han d'atendre, des d'una perspectiva holística que permeti individualitzar les cures i adequar-les a cada persona i el seu entorn (Wagner, 2000).

L'autocura és un procés voluntari, en el qual la responsabilitat de la persona és important, està lligada a les experiències de la vida quotidiana i se sustenta en un sistema de salut formal que disposa dels recursos dels professionals i del suport social o informal que aporta el pacient mateix i el seu entorn. Quan un pacient es compromet en la seva autocura, és capaç d'obtenir beneficis protectors per a la seva salut, per tant el seu compromís personal és imprescindible per obtenir els resultats desitjats (Agnoletti, 2012).

La dificultat de l'adherència al tractament farmacològic fa que als pacients els calgui un procés planificat si realment es vol aconseguir millorar els resultats. Per aquest motiu, és necessari treballar amb metodologia científica, establint clarament els objectius que es volen aconseguir davant d'una situació que pot ser un risc potencial o real, fer un seguiment i una avaluació periòdica dels resultats obtinguts amb la finalitat de veure'n l'eficàcia o, si escau, cercar o modular les estratègies que hem utilitzat (Frenk *et alii*, 2011).

La promoció de la salut potencia el desenvolupament d'habilitats per a la presa de decisions que permeti als pacients mantenir una vida saludable, sigui en el procés de salut o en el de malaltia, i aporta accions dirigides a apoderar les persones perquè tinguin més possibilitats de decisió individual, i també als professionals, per fomentar la participació responsable dels ciutadans en activitats comunitàries encaminades a protegir el dret a la salut (Uribe, 1999).

La promoció de la salut és el procés que permet a les persones incrementar el seu control sobre els determinants de la salut i, en conseqüència, millorar-la. Un dels instruments usats per assolir els objectius de promoció de salut és l'educació per a la salut (EpS) (Acosta-González, Debs-Pérez, de la Noval-García & Dueñas-Herrera, 2005), que proporciona eines al professional i al pacient per afrontar les situacions, tenint en

compte que, com a professionals d'infermeria, hem d'actuar fent d'eina facilitadora per als pacients; hem de negociar amb ells els objectius i donar-los un paper més proactiu i participatiu; hem d'aportar els recursos necessaris per gestionar la seva malaltia i ajudar-los a prendre les seves decisions; hem d'abandonar el tradicional paper paternalista, ja caduc, que no afavoreix en absolut l'autonomia del pacient, i hem de posar-los com a eix central en la presa de decisions (Yera-Casas, del Olmo, Ferrero-Lobo & Páez-Gutiérrez, 2009; Salazar, Benjumea & Amariles, 2012).

La promoció de la salut enforteix les capacitats de les persones perquè els dona eines que els permeten augmentar-ne les habilitats, no tan sols per fer front a situacions de salut, sinó també per superar millor les condicions socials i econòmiques. Un dels aspectes importants que cal tenir en compte és que va dirigida a fer que els esforços que ha invertit la persona repercutixin en els resultats obtinguts.

Tot i que diem que els pacients han de ser els actors principals de les seves decisions, els obstacles que hi troben són molts: la comunicació inefectiva o complicada amb els professionals o el desconeixement (unes vegades premeditat i, d'altres, no) de qüestions importants, com ara la naturalesa de la pròpia malaltia i les conseqüències i l'abast dels tractaments (Rodríguez-García & Castillo-Arévalo, 2011; Velandia-Arias & Rivera-Álvarez, 2009; Alfaro-Lara, Vega-Coca, Galván-Banqueri, Nieto-Martín, Pérez-Guerrero & Santos-Ramos, 2014).

Com a professionals, és important tenir en compte que una comunicació efectiva és el producte d'una interacció en la qual les recomanacions dels professionals s'ajusten a les característiques del malalt. Aquesta relació permet el coneixement de les seves necessitats i vivències personals, i del seu context social, cultural i econòmic, cosa que augmenta la seva capacitat de prendre decisions en funció de la informació i l'acompanyament que rep.

Cal establir qualitats de caràcter personal que incrementin l'efectivitat del procés de comunicació en l'educació per a la salut, com l'empatia, la cordialitat, el compromís personal i l'esforç per comprendre; una bona expressió oral, clara, precisa i sense ambigüitats, i l'habilitat comunicativa per saber orientar de manera ràpida i encertada, amb un abordatge que faci que el protagonisme recaigui en l'equip assistencial dels centres de salut, on el paper dels infermers serà fonamental, en-

tre altres coses perquè una de les tasques implícites de la infermeria és l'educació sanitària.

En l'actualitat, una educació per a la salut efectiva no es concep si no s'hi inclouen processos d'autoregulació de la conducta. Per aquest motiu, cal propiciar l'autoregulació de la conducta per mitjà de la participació activa de les persones que integren els grups vulnerables de la població, però sense oblidar la defensa de les premisses econòmicosocials per a la salut pública, fomentant en els pacients l'autocura i l'adherència al tractament. La seva avaluació, prevenció i abordatge és una responsabilitat clau per al tractament correcte de les malalties cròniques i l'abordatge del tractament farmacològic (Gérvas & Madrid, 2014; Olmos-Salamanca, Madrid-Murcia, Mejía-Liñan & Narváez-Martínez, 2016). Per aquest motiu, el treball coordinat i continuat de metges, professionals d'infermeria, farmacèutics i treballadors socials, amb la participació del pacient o del cuidador (informal o formal), assegura un bon compliment, el qual, acompanyat d'unes bones estratègies, pot mitigar el problema de l'incompliment i la manca d'adherència al tractament farmacològic, i per tant millorar la salut dels pacients i evitar estades hospitalàries (Ladhani, Stevens & Scherpbier, 2014).

En les diferents estratègies i models per afrontar el fenomen de la cronicitat, el canvi en el paper del pacient apareix com un dels elements clau per aconseguir una atenció òptima. Aquest ha d'abandonar la passivitat clàssica per adoptar un paper actiu, amb un bon grau d'autocura i autogestió del seu procés de salut i de malaltia, que l'ha de fer participar en la presa de decisions i comprometre's amb la seva salut.

Aquest paper més actiu es pot aconseguir amb l'apoderament per a la salut, amb el qual les persones adquireixen un grau de control més alt de les decisions i les accions que afecten la seva salut.

Perquè es produeixi el compromís en l'autocura, la informació i les habilitats no són suficients, per si mateixes, per incorporar canvis reals en les conductes i estils de vida. S'ha de disposar de coneixements, capacitats i consciència crítica, i cal tenir les capacitats per valorar les alternatives, ser capaç de prendre decisions i disposar dels recursos per aconseguir aquestes habilitats. Els professionals són, en part, els qui proporcionen aquests elements als pacients, ja que assumeixen un rol facilitador i els ajuden a enfortir-ne les capacitats personals i la confi-

ança, a més de fer-los desenvolupar el protagonisme dins el grup social al qual pertanyen, amb la finalitat d'impulsar canvis positius en la seva situació actual (Puigvert-Vilalta, 2015).

Per tant, el paper del professional sanitari i del sistema és desplegar un model assistencial orientat a impulsar l'apoderament de les persones amb problemes de salut, i ensenyar-los, educar-los i donar-los suport per aconseguir motivar-los (Puigvert-Vilalta, 2016a).

Un dels mètodes que es poden utilitzar per aconseguir aquests objectius és el *coaching* en salut, que consisteix a acompanyar, instruir i entrenar una persona o un grup d'elles amb l'objectiu de complir metes o desenvolupar habilitats específiques, i, a més, obre altres perspectives en la promoció i l'educació per a la salut en l'atenció primària.

Per integrar el model d'entrenament en salut, primer cal haver format i entrenat els professionals. Un bon entrenador és algú que escolta la persona i que és capaç d'entendre la seva situació. Una de les coses més difícils per ser un bon *coach* és la presència i l'escolta activa, ser capaç de tenir aquesta disposició d'ajuda, sense oferir el consell fàcil (Palmer, Tubbs & Whybrow, 2003).

En l'efectivitat del *coaching* hi influeix el tipus de relació que estableix amb el pacient, per això cal que aquesta estigui basada en la confiança entre els dos participants. Així mateix, el *coach* ha de tenir la voluntat de comunicar, ha de desitjar compartir la informació amb la persona a qui entrena i ha de ser capaç de fer-ho, i, finalment, ha d'estar disposat a trobar el temps que aquest esforç requereix.

Bennett planteja que la persona que actua com a *coach* de salut ha d'aportar un paradigma col·laboratiu, i proposa cinc funcions específiques del *coaching* en salut en l'atenció primària (Bonal-Ruiz, Almenares-Camps & Marzán-Delís, 2012).

- a) Donar suport al pacient per a l'autocontrol de la malaltia crònica, fet que inclou informar, ensenyar habilitats específiques de la malaltia, promoure conductes saludables, impartir habilitats per a la solució del problema i ajudar-lo amb l'impacte emocional de la malaltia crònica.
- b) Superar l'esclatxa entre professionals i malalts, vetllar perquè la persona malalta entengui el pla de tractament i hi estigui d'acord.

Això inclou entendre les prescripcions i adequar el llenguatge mèdic al nivell cultural de la persona.

- c) Oferir suport emocional.
- d) Ajudar el pacient a moure's en el sistema de salut, sobretot si es tracta d'una persona gran, discapacitada o en situació de desavantatge social. Això comporta localitzar recursos comunitaris d'ajuda, advocar pels drets del pacient i canalitzar les seves necessitats.
- e) Fer el seguiment del malalt i facilitar-li confiança, familiaritat i disponibilitat.

El *coaching* consisteix en la col·laboració amb la persona, fonamentada la presa de decisions compartides i no es basa en l'enfocament dirigit, informatiu i centrat en l'autoritarisme del professional sanitari.

Taula 4. D'un model centrat en el professional a un model centrat en el pacient/client

Model tradicional en salut	Model de <i>coaching</i> en salut
El professional sanitari és l'expert.	El client és l'expert en la seva vida.
Es diu al client què ha de fer.	S'ajuda el client a trobar les seves decisions.
S'ignoren les barreres per al canvi.	Es defineixen i es verbalitzen les barreres per al canvi.

Font: *Coaching en salut: enfermeras y usuarios. Una nueva actitud* (Ferré-Grau & Albarca-Riobó, 2016).

Quant a la relació de grup, una de les intervencions que s'estan duent a terme en l'àmbit de l'atenció primària a l'Institut Català de la Salut és el programa de formació que potencia l'autocura de malalties cròniques, l'Expert Patients Programme del National Health Service del Regne Unit (Rogers *et alii*, 2008). El seu objectiu és oferir suport per a l'autocura mitjançant el desenvolupament d'habilitats d'autocura de les persones, la confiança i la motivació per tenir un control més efectiu del seu estat a llarg termini, gràcies al suport que es rep d'altres pacients, dels familiars i del creixent personal en valors (Wilson, Kendall & Brooks, 2007).

Per això cal una política de reorientació del procés infermer, clara i potent, que consisteixi en l'aptitud i l'actitud necessàries per dur a terme aquests canvis i millorar les estratègies per oferir una educació sanitària eficaç, efectiva i eficient.

El paper que ha de tenir el professional d'infermeria, coneixedor de la farmacologia i perfectament capacitat i preparat per seguir el compliment terapèutic dels pacients, fa que, sens dubte, aquest professional sigui un dels agents de salut més adequats i formats per millorar l'adherència farmacològica dels pacients, entre d'altres motius, a causa de la relació de confiança i complicitat que s'estableix entre ambdós al llarg del procés de malaltia. La inclusió i la implicació d'aquests professionals sanitaris fa que hi aflorin perfils innovadors i rols que poden ajudar a trobar noves estructures i formes rendibles per donar resposta a les necessitats dels pacients i millorar, en última instància, la seva qualitat de vida (Gallardo, 2011; Kyanko, Franklin & Angell, 2013).

4.2 L'adherència a l'autocura: abordatge des del model de Dorothea Orem

En els últims anys, la professió infermera ha evolucionat a causa dels molts canvis que s'han produït, entre els quals destaquen els relacionats amb el desenvolupament de la professió i les competències, que consideren que la resposta a les demandes d'atenció i cura requereixen la implicació dels professionals amb la persona i la seva salut (López-Parra *et alii*, 2006).

L'ús d'una teoria en el treball d'investigació proporciona una base científica que ajuda a descriure, explicar, predir, analitzar els fets i plantejar reptes, i crea bases que fonamenten el treball.

Orem defineix l'autocura com una contribució constant de la persona a la seva existència: «l'autocura és una activitat apresada pels individus, orientada cap a un objectiu. És una conducta que existeix en situacions concretes de la vida, dirigida per les persones sobre elles mateixes, cap als altres o cap a l'entorn, per regular els factors que afecten el propi desenvolupament i funcionament en benefici de la seva vida, salut o benestar» (Pereda-Acosta, 2011).

Van ser realment moltes les teòriques d'infermeria que es van dedicar a crear i estudiar models d'atenció d'infermeria amb una convic-

ció naturalista⁵. Moltes van aconseguir identificar necessitats humanes i d'altres, com Dorothea Orem, van crear models d'autocura amb tendència de suplència⁶ i ajuda per garantir l'atenció al pacient (Gast, Denyes, Campbell, Hartweg, Schott-Baer & Isenberg, 1989).

Orem va desenvolupar una estructura teòrica que li permetia organitzar els seus coneixements i va reestructurar la teoria segons les necessitats de les persones, en cada moment i en cada situació, en relació amb la seva salut (Bastidas-Sánchez, 2007).

Les persones que pateixen malalties cròniques sovint necessiten tractaments farmacològics complexos, els quals són difícils de gestionar. Hi sorgeixen situacions en les quals els cal ajuda i, moltes vegades, són inherents al seu entorn, la seva capacitat i la seva salut. Els professionals d'infermeria tenen un paper molt important a l'hora de detectar aquestes necessitats i el moment en què es troba el pacient, a fi de donar suport, proporcionar educació sanitària i ajudar les persones segons les necessitats.

Orem va definir els conceptes metaparadigmàtics⁷ següents basats en els de Jacqueline Fawcett (Fawcett, 1992).

1. Persona. Orem la defineix com un ésser que té funcions biològiques, simbòliques i socials, i amb potencial per aprendre i desenvolupar-se. És important que, quan el pacient s'enfronta a un tractament farmacològic, tingui la capacitat d'autoconeixement de la situació i sigui capaç de prendre decisions i seguir-lo correctament. Si això no fos possible, cal demanar ajuda a altres persones perquè l'hi proporcionin.

Tot i que Orem no defineix l'entorn, s'hi refereix com un factor inherent a la persona i, com a tal, el reconeix com el conjunt de factors externs que influeixen en la persona o que poden afectar-la.

⁵ *Tendència naturalista.* Hi ha models que consideren que el paper d'infermeria és posar la persona en les millors condicions possibles perquè la naturalesa hi actuï (Florence Nightingale).

⁶ *Tendència de suplència i ajuda.* Són models que reflecteixen la funció d'infermeria com la missió de substituir la persona, alhora que l'ajuda a aconseguir un grau d'independència tan alt com sigui possible (Virginia Henderson i Dorothea Orem).

⁷ *Metaparadigma.* Perspectiva de conjunt de la infermeria que implica la selecció, la definició i la relació dels fenòmens rellevants d'aquesta disciplina.

TERMCAT. <<http://www.termcat.cat/ca/Cercaterm>>

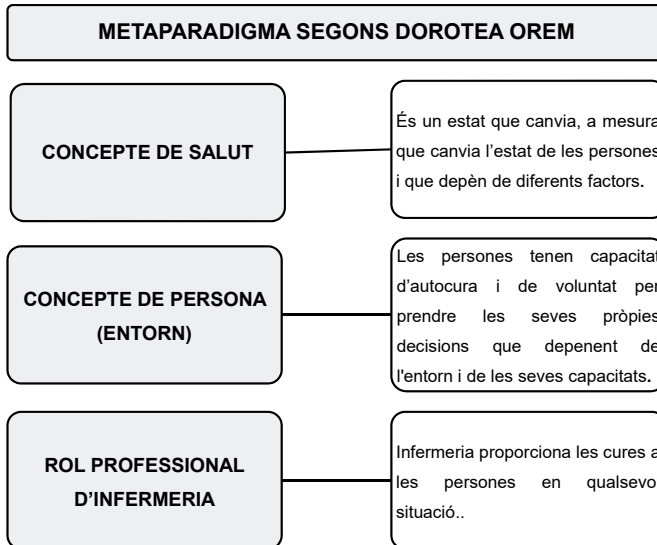
Aquests factors poden ser físics, químics, biològics o socials, i poden influir en les decisions i en la seva capacitat per dur a terme la seva autocura.

2. *Salut*. Definida com la percepció que cada persona té del seu estat, físic, psíquic i social, i relacionada amb l'absència de malalties i dolor i amb la voluntat d'optimització del potencial personal. El tractament farmacològic hi emergeix com a mesura de tractament de les malalties.

Moltes de les malalties cròniques no causen dolor i, per aquest motiu, la percepció de la malaltia i l'absència de dolor poden interferir en la presa de la medicació.

3. *Rol professional d'infermeria*. En aquest sentit, es requereix la participació d'infermeria com a servei humà que satisfà els requeriments de la persona en qualsevol situació i segons les necessitats que tingui en aquell moment.

Figura 9. Metaparadigma segons Dorothea Orem.



[...] per prendre les seves pròpies decisions, que depenen de l'entorn i les seves capacitats. [...] a les persones en qualsevol situació

Font: Elaboració pròpia.

A partir de la seva experiència i reflexió sobre les situacions de la pràctica infermera, Orem va presentar la seva teoria d'infermeria del dèficit d'autocura com una teoria general composta per tres teories relacionades, que es poden aplicar en el treball d'investigació. L'aplicació d'aquests conceptes pot ajudar a identificar les necessitats, elaborar un pla de treball i dur a terme les activitats adients amb la situació en què es troba la persona (Espino, Paula & Tizón-Bouza, 2013; Olivella-Fernández, Bastidas-Sánchez & Castiblanco-Amaya, 2012; Álvarez, 2006).

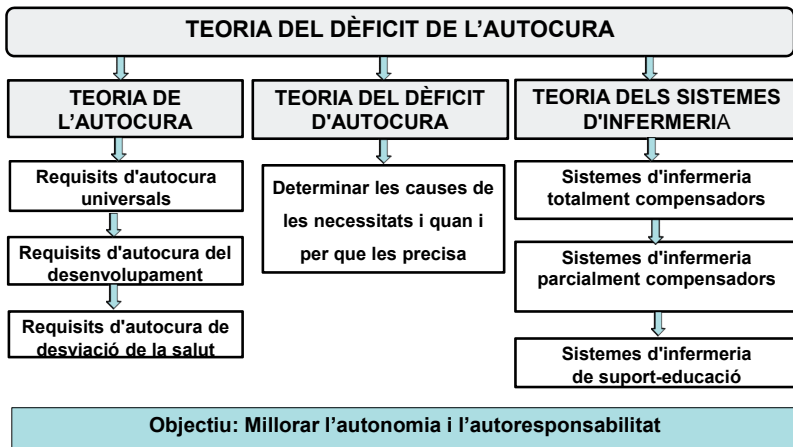
- *La teoria de l'autocura* descriu el perquè i com les persones tenen cura d'elles mateixes. L'autocura s'ha d'aprendre i s'ha de desenvolupar de manera deliberada i contínua, segons els requisits reguladors de cada persona.

A més, es defineixen tres requisits d'autocura per valorar la situació en què es troba la persona. Aquests són:

- a) Requisits d'autocura universals:* Són iguals per a tothom i inclouen la conservació de l'aire i de l'aigua, l'eliminació, l'activitat i el descans, la solitud i la interacció social, la prevenció de riscos i la interacció de l'activitat humana.
 - b) Requisits d'autocura del desenvolupament:* Promouen les condicions necessàries per a la vida i la maduració i prevenir l'aparició de situacions adverses o mitigar-ne els efectes en els diferents moments del procés evolutiu o del desenvolupament de l'ésser humà: infància, adolescència, edat adulta i vellesa.
 - c) Requisits d'autocura de desviació de la salut:* S'originen en els processos de malaltia, diagnòstic o tractament mèdic. Quan es produeix un canvi en la salut de la persona i aquesta passa de ser agent d'autocura a receptor de les cures, això provoca una situació de dependència.
- La teoria del dèficit d'autocura, sobre com la infermera pot ajudar les persones. Descriu i explica les causes que poden provocar aquest dèficit, quan els individus sotmesos a limitacions a causa de la seva salut, o que hi estan relacionades, no poden assumir l'autocura o la cura es torna dependent i es determina quan i per què es necessita la intervenció de la infermera.

- La teoria dels sistemes d'infermeria detalla les relacions que el professional d'infermeria ha de mantenir i les accions que ha de fer per satisfer les necessitats d'autocura.
 - a) *Sistemes d'infermeria totalment compensadors*: El professional d'infermeria supleix la persona.
 - b) *Sistemes d'infermeria parcialment compensadors*: El professional d'infermeria proporciona autocures.
 - c) *Sistemes d'infermeria de suport-educació*: El professional d'infermeria ajuda les persones perquè siguin capaces de dur a terme les activitats d'autocura, les quals no podrien fer sense aquesta ajuda.

Figura 10. Teoria del dèficit d'autocura de Dorothea Orem.



[...] i quan i per què les precisa
 Font: Elaboració pròpia.

La valoració infermera per mitjà de la teoria de l'autocura permet que el professional d'infermeria tingui una visió integral de les demandes del pacient i de les necessitats de cures.

La manca d'adherència al tractament és, sens dubte, un dels factors importants que cal tenir en compte en el tractament farmacològic dels

pacients crònics. Així, és important treballar perquè aquests pacients siguin independents per gestionar el seu tractament i, si això no és possible, segons Orem, l'objectiu d'infermeria consisteix a «ajudar l'individu a dur a terme i mantenir per ell mateix accions d'autocura per conservar la salut i la vida, recuperar-se de la malaltia i afrontar les conseqüències d'aquesta malaltia». En un estudi de Prado-Solar, González-Reguera, Paz-Gómez & Romero (2014), els autors plantegen els passos que s'han de seguir per aplicar la teoria d'Orem:

- Examinar els factors, els problemes de salut i els dèficits d'autocura.
- Recollir dades sobre els problemes i la valoració del coneixement, habilitats, motivació i orientació del client.
- Analitzar les dades per descobrir qualsevol dèficit d'autocura, que servirà de base per al procés d'intervenció d'infermeria.
- Dissenyar i planificar la manera de capacitar i animar la persona perquè participi, activament, en les decisions d'autocura de la seva salut.
- Posar el sistema d'infermeria en acció i assumir un paper de cuidador o orientador, segons les necessitats del pacient i comptant amb la seva participació i, si aquest no pot, amb la de la persona que durà a terme les cures.

Perquè la persona sigui capaç de satisfer aquestes necessitats, cal que prengui decisions i faci accions prèviament reflexionades per adquirir un compromís amb la seva autocura. Però, des de la visió dels professionals, cal valorar les capacitats de la persona, ja que aquestes són fonamentals per determinar l'ajuda que s'haurà d'oferir. Els professionals hem de considerar les sensacions, la percepció, la memòria i l'orientació, i també l'habilitat de la persona per comprometre's, alhora que valorem l'energia i els coneixements necessaris per elaborar els processos de raonament i presa de decisions reflexionades i compartides amb la persona (Puigvert-Vilalta, 2016b).

Segons Orem, l'autocura no és innata, sinó que es va aprenent amb el creixement com a persona, bàsicament per mitjà de relacions interpersonals i de la comunicació (amb la família, l'escola, la comunitat, els amics, etc.). Aquest és un procés evolutiu que s'anirà adquirint durant la vida. Per tant, s'ha de tenir en compte que l'autocura és una conduc-

ta adquirida, i que no es dona ni en nens, ni en persones dependents (Navarro-Peña & Castro-Salas, 2010).

L'adherència al tractament farmacològic està relacionada amb la capacitat que té la persona d'actuar sobre la seva salut, amb la responsabilitat com a forma de prevenció i amb l'autocura. Orem parla d'aquesta capacitat que involucra la persona en un procés dinàmic i d'acció. El tractament farmacològic prescrit pel metge en un moment de malaltia porta la persona a replantejar-se diversos aspectes en relació amb una part important de la seva vida, a preguntar-se si la medicació serà per sempre, cosa que deixa entreveure que l'autocura d'un mateix comporta una responsabilitat i que, moltes vegades, l'assumpció d'aquesta realitat és difícil de mantenir (Roldán-Merino, 2011).

Diversos estudis corroboren el problema de l'adherència al tractament farmacològic (Manzini & Simonetti, 2009), i els factors són diversos: el desconeixement de la medicació, l'edat, la polimediació o, simplement, la manca de responsabilitat, en un moment en què les persones topen amb una realitat terrible; i la necessitat de fer front a la medicació i gestionar-la. Orem, en la seva teoria dels sistemes d'infermeria, explica que els professionals són capaços, amb una seqüència de situacions pràctiques, d'ajudar les persones a evitar conductes de risc i millorar el seguiment de la presa de medicació, a més d'ajudar-los a establir un pacte de responsabilitat amb la seva salut (Ruiz & Dolores, 2014).

Cuidar i ser cuidat són funcions naturals indispensables per a la vida de les persones i la societat. Per tant, tenir cura consisteix en un conjunt d'actes de vida que tenen per objectiu desenvolupar i mantenir l'autocura. A més, és un acte individual que cada persona es dona a ella mateixa quan esdevé autònoma, i és també un acte de reciprocitat (professional/cuidador) que se sol oferir a qualsevol persona que, de manera temporal o definitiva, no sigui capaç d'assumir les seves necessitats vitals i necessiti ajuda (Fawcett, Newman & McAllister, 2004).

Segons Orem, la pràctica d'activitats que les persones inicien i duen a terme per al manteniment de la seva vida, salut i benestar, i les accions que han de fer per dur-les a terme, no neixen amb l'individu, sinó que s'han d'aprendre i depenen de les creences, la cultura, els hàbits i els costums de la família i les pràctiques habituals del grup al qual es pertany (Vilaplana, Piñol & Ballesté, 2007).

Orem deixa ben clar com és d'important el creixement i el desenvolupament professional, que en la infermeria es tradueixen en qualitat de les cures, cosa que representa un desafiament important en el context de la prevenció, especialment quan es tracta de malalties de llarga durada amb tractaments complexos i símptomes poc aparents que requereixen un tractament farmacològic complex (Fuster, 2012; Conthe & Tejerina, 2007).

Capítol II. Marc metodològic

Cada frase que pronuncio no es pot considerar com una afirmació,
sinó com una pregunta.

Niels Bohr

1. Història d'una pregunta

Com a infermera, són moltes les preguntes que em faig cada dia, molts els moments en què dubto i moltes les coses que em queden per aprendre i descobrir. Però la meua inquietud vers les dificultats i les estratègies d'administració i adherència al tractament farmacològic dels malalts crònics va sorgir arran d'una experiència personal.

Havia plegat de treballar. Eren quasi les quatre de la tarda quan arribava a casa amb el meu cotxe i, com moltes altres vegades, el meu pare m'esperava assegut al costat de la porta del garatge, com de costum. Però aquell dia no es va aixecar quan vaig sortir del cotxe. Quan m'hi vaig acostar, me'l vaig mirar i, mentre ell s'anava aixecant els pantalons, jo, amb ulls de sorpresa, vaig veure unes cames inflades plenes de líquid que sortia per la pell, i em va dir: «No sé què em passa. I tinc tant dolor que quasi no puc caminar.»

Feia dues setmanes que havia tingut un accident vascular transitori sense cap efecte secundari extern. Li havien diagnosticat una insuficiència cardíaca. S'havia recuperat molt bé, el seu estat d'ànim era molt positiu i el retorn a casa va ser tranquil. Havia tornat a treballar a l'hort i a caminar per les muntanyes cada dia, tornava a conduir i semblava que tot anava bé.

Però la meva sorpresa va ser que, mentre el curava, em va dir que potser havien estat les pastilles les que li havien provocat el problema. Un llum d'alerta es va encendre i, quan li vaig preguntar si se les prenia com li havia indicat el metge, es va enutjar.

Va ser en aquest moment quan em van sorgir molts interrogants: es prenia la medicació correctament?, com se la prenia?, hi tenia dubtes?, sabia gestionar-la?, sabia per què servia?, havia entès les explicacions que li havien donat? o havia decidit, pel seu compte, què volia fer?

Aquestes preguntes sense resposta van fer que m'adonés de la magnitud del problema de l'adherència al tractament farmacològic, els múltiples factors relacionats i els seus efectes secundaris. Un problema complex del qual es parlava poc, i de gran magnitud, tal com vaig poder anar descobrint al llarg d'aquest treball d'investigació.

L'adherència al tractament farmacològic és un fenomen tan antic que Hipòcrates de Cos, considerat el pare de la medicina, ja l'havia observat al segle iv a. de C. Posteriorment, ha anat prenent més importància, a mesura que l'esperança de vida ha augmentat, i paral·lelament al consum de medicaments.

La meva mirada vers la medicació, el tractament farmacològic i els pacients va canviar, i alhora l'observació del fenomen i la meva implicació. No ha passat, i no passa dia, que no deixi de sorprendre'm dels pocs pacients que hi ha que prenguin correctament la medicació i com és de difícil complir els tractaments, atesa la gran quantitat de fàrmacs prescrits i la dificultat per gestionar-los. Em desconcerta com poden arribar a angoixar les persones que els prenen o els cuidadors que els gestionen.

Quan parlo amb els pacients sobre la medicació, sovint em diuen, d'entrada, que prenen els fàrmacs, però quan comencem a revisar-los, moltes vegades no en coneixen els noms. Parlen de colors que canvien; de mides i formes de les pastilles, les «petites», les «grans», les «rodones» i les «llargues»; de com costa trencar-les; de com cauen i no les veuen; de la dificultat per empassar-se-les, i també parlen de caps que s'assemblen, tot i correspondre a medicaments diferents. Em sorprèn com el sistema sanitari, malgrat que duu a terme estratègies d'adequació i conciliació del tractament, obvia les dificultats relacionades amb els canvis de format dels medicaments i els errors de medicació que hi comporten.

Pel que fa als malalts amb problemes respiratoris crònics, l'ús dels inhaladors representa un problema. Quan demanes a aquests pacients si els fan servir correctament, tot sovint et responen que sempre ho fan bé, però, quan te'n fan una demostració, penses que és impossible que aquest tractament doni bons resultats, llavors ets conscient de com arriba a ser de difícil agafar la càmera per fer les inhalacions i t'adones que no poden aspirar més perquè no tenen força. Quant als pacients diabètics, tot es complica en el moment d'administrar-se la insulina, ja que no és gens fàcil manipular l'aparell per mesurar la glicèmia ni el bolígraf per punxar-se. Si observes com tremolen les mans del pacient i la manca d'agilitat dels seus dits, descobreixes que les seves cares mostren intranquil·litat i inquietud, perquè no saben si ho fan bé.

Sovint, els pacients arriben a les consultes amb les bosses plenes de caps de medicaments, tal com se'ls ha demanat, i els deixen caure sobre la taula i hi apareixen tot tipus de medicaments: els que prenen, d'altres que han deixat de prendre, medicaments naturals, pomades i xarops, i fins i tot medicaments caducats. I llavors, quan els preguntes per què els guarden, si ja no els utilitzen, et diuen que «per si de cas».

L'adherència al tractament farmacològic afecta persones de totes les edats, i també els pacients joves que han de seguir tractaments crònics. Aquest és, per exemple, el cas del Joan, un pacient de quaranta anys que prenia un fàrmac per a la tensió arterial i que, sempre que venia a fer-se un control, mai no li sortia bé i continuava amb la tensió arterial alta. Si li canviava el fàrmac, quan hi tornava i seguia sense anar bé, revisava amb ell la dieta i l'exercici, i el metge en canviava la dosi. Però un dia, malgrat que en totes les visites anteriors li havia demanat si prenia la medicació, va dir que no se la prenia perquè li causava problemes en les relacions sexuals per culpa dels efectes secundaris.

Per posar-hi un altre exemple, el cas d'un senyor gran per al qual s'ha registrat l'ús correcte d'inhaladors i fàrmacs i que, de sobte, t'explica que no els pren perquè no els pot pagar, i diu que intenta prendre'n el mínim i que ell en decideix la dosi.

Sense oblidar l'existència d'un altre món, un món particular i íntim, com són els domicilis, on els medicaments poden ser en un calaix, amb les pastilles fora de la capsula, un trosset de pastilla blanca, una de vermella, una altra de groga... I els pacients et diuen que ja saben quines

són, i intenten explicar-t'ho. O les pastilles que són a la fruitera de la casa, que serveix de farmaciola, o a la capsa de les sabates; amb armaris plens de medicaments... I els pacients que fan servir tota mena de medicaments, com ara medicaments naturals, pomades, xarops, herbes naturals i, si necessiten material per fer-se cures, hi tenen tot un reguitzell d'apòsits, venes i malles.

Donar visibilitat al fenomen i ser-ne conscients, com a professionals sanitaris, ajuda a estar implicats i treballar en qualsevol situació en què el pacient es pugui trobar. Un dels problemes importants en el cas dels pacients crònics són les altes hospitalàries i el retorn a casa. Tot sovint, el pacient, el familiar o el cuidador miren l'informe d'alta i el full de medicació i no l'entenen, o els medicaments pautats no coincideixen amb els que prenia el pacient. Llavors pensen que no són correctes i decideixen que no se'ls han de prendre fins que vagin a la visita amb el seu metge (cosa que, de vegades, significa que hi poden passar molts dies).

Altres exemples de situacions en les quals es detecta manca d'adherència al tractament farmacològic tenen a veure amb la recepta electrònica, la qual hauria de ser un facilitador del tractament, però de vegades els pacients van a la farmàcia i no funciona: s'ha desactivat com per art de màgia. Un altre cas és el del pacient que ve a la consulta a demanar gotes per als ulls quan encara no toca, i explica que en gasta més perquè li tremolen les mans quan se les posa i li cauen més del compte. Llavors ha d'esperar fins que li toqui demanar-les o ha de tornar a demanar hora perquè les hi receptin.

Una de les ajudes que han aparegut els últims anys són els blisters que preparen a les farmàcies. Per a molts pacients, però, aquest envàs és difícil d'usar, perquè s'hi veuen poc o perquè els comencen pel dia que no toca o a l'inrevés. Tot i així, et diuen que ja saben com va, però, quan hi ha canvis de medicació i s'hi ha d'afegir una pastilla més, l'envàs no es pot obrir per ficar-la-hi, o quan cal canviar la dosi de la pastilla de l'anticoagulant a mitja setmana, etc.

La medicació ha estat un gran avenç en la nostra societat i ja no podem viure sense els fàrmacs. Tots nosaltres, en algun moment de les nostres vides, en prendrem, i, si arribem a grans, molts serem consumidors de més d'un fàrmac.

Com a infermera gestora de casos, em preocupa la implicació dels professionals en l'adherència al tractament farmacològic, la importància que hi donem, la necessitat de prendre consciència que no hem de donar per descomptat que tot va bé i que siguem capaços de poder-ho comprovar i d'aplicar estratègies adequades que ajudin a millorar-ne l'adherència i a donar visibilitat, per mitjà d'un registre acurat, al treball del col·lectiu d'infermeria per millorar la qualitat de vida dels pacients.

Davant la complexitat del fenomen, som plenament conscients de les limitacions d'aquest treball d'investigació, però pretenem aportar-hi coneixements i posar en relleu els factors i les dificultats per a l'abordatge de l'adherència al tractament farmacològic, des de la perspectiva dels professionals d'infermeria, per millorar la qualitat de vida dels pacients.

2. Objectius

2.1 Objectiu general quantitatiu

- Avaluar l'adherència al tractament farmacològic dels pacients amb CRG6 (dues malalties) i CRG7 (tres o més malalties) a l'àrea de l'Alt Penedès.

2.2 Objectius específics quantitatius

1. Analitzar les característiques sociodemogràfiques que poden influir en l'adherència al tractament i altres factors.
2. Analitzar les característiques de la manca d'adherència al tractament farmacològic segons el test de Morisky-Green.
3. Determinar la prevalença de les malalties en els pacients amb CRG6 i CRG7.

2.3 Objectiu general qualitatiu

- Identificar els factors i les estratègies relacionades amb l'adherència al tractament farmacològic dels professionals d'infermeria.

2.4 Objectius específics qualitius

1. Donar a conèixer les diferents situacions i les dificultats observades a les consultes d'infermeria en l'abordatge del tractament farmacològic en el pacient crònic.
2. Observar l'abordatge del pacient crònic a les consultes d'infermeria.
3. Descriure els factors i les estratègies relacionats amb l'adherència al tractament farmacològic a les consultes d'infermeria d'atenció primària.
4. Descriure la percepció d'infermeria vers el fenomen de l'adherència al tractament farmacològic.

3. Metodologia de la investigació

L'adherència al tractament farmacològic representa un problema complex en el qual intervenen molts factors. Per aquest motiu, el repte ha estat fer un estudi amb una bona base metodològica per assolir els objectius plantejats. La principal motivació com a investigadora és transformar aquest projecte en una realitat que ajudi a aprofundir en els aspectes que intervenen en el fenomen de l'adherència al tractament farmacològic, amb l'objectiu de generar resultats que ens aportin eines per elaborar estratègies per a l'abordatge a l'adherència al tractament.

Per poder treballar el fenomen de l'adherència al tractament farmacològic a l'Alt Penedès, és important situar-nos al territori, conèixer la seva evolució demogràfica, l'estructura de la població i els serveis de salut que hi ha (Peña, Perdomo & Cuartas, 2013).

L'Alt Penedès és una comarca de l'interior de Catalunya (Espanya), situada a la província de Barcelona, amb una extensió de 592,41 km² i constituïda per 25 municipis dispersos, amb bones comunicacions entre si. La plana del Penedès s'estén entre les serralades Litoral i Prelitoral, i limita amb les comarques de l'Anoia, al nord; el Baix Llobregat, a l'est; el Garraf, al sud, i el Baix Penedès i l'Alt Camp, a l'oest.

Per tant, es pot considerar que és una comarca amb una posició estratègica pel que fa a les comunicacions i, històricament, és reconeguda com un eix de pas entre el sud peninsular i Europa. És a, aproxima-

Al territori de cada àrea bàsica de salut hi ha un centre d'atenció primària (CAP), format per equips d'atenció primària (EAP), els quals, als nuclis més grans, estan formats per metges generals, pediatres, odontòlegs, professionals i auxiliars d'infermeria, treballadors socials i personal no sanitari, que en l'àmbit rural s'anomenen consultoris locals i estan formats per un metge/essa, un infermer/a i un administratiu/iva (Martín-Zurro, Ledesma-Castelltort & Sans-Miret, 2000).

Pel que fa a l'atenció primària, el mapa territorial de salut queda establert en tres ABS: l'ABS Penedès Rural, que atén una població rural en 25 consultoris; l'ABS de Sant Sadurní d'Anoia, amb una població urbana i rural, i l'ABS Vilafranca del Penedès, amb població urbana.

Figura 12. Àrees bàsiques d'atenció primària (AP) de l'Alt Penedès gestionades per l'ICS (Institut Català de la Salut) 2014.



Font: <<http://www.csap.cat/informacio-corporativa/sector-sanitari-alt-penedes/recursos-sanitaris.html>>

A l'hora de definir la nostra població i la seva evolució demogràfica, comencem a partir dels anys setanta, moment en què tot un seguit de canvis socioeconòmics van conferir un espai comú de debat i transformació que va afectar l'evolució de la població i les funcions de la infermeria, cosa que per a aquest col·lectiu professional va comportar canvis significatius en l'atenció dels pacients. Per la seva transcendència, és important remarcar l'augment de l'esperança de vida de la població i, paral·lelament, l'increment del consum de fàrmacs.

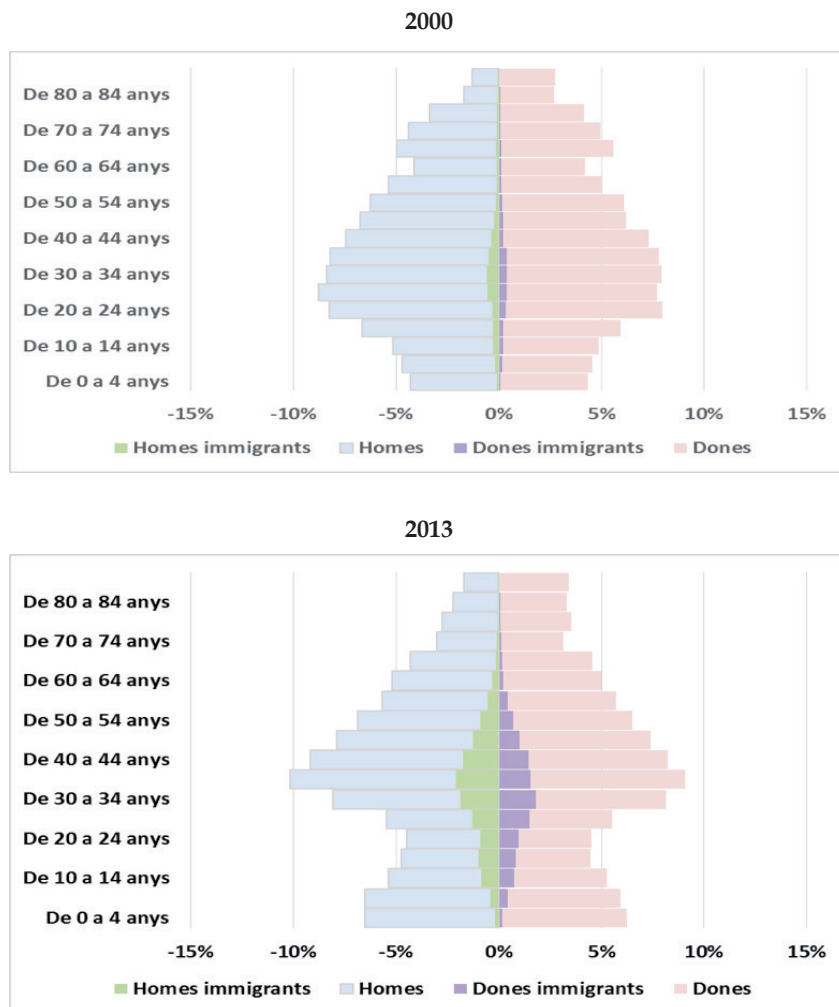
Quant a la població general de Catalunya, el nombre d'habitants es va estabilitzar a partir de l'any 1991, amb un ritme de creixement molt minso, malgrat que en determinades parts del territori català hi ha haver un lleuger augment de la població. Aquest fou el cas de l'Alt Penedès, on, entre els anys 1991 i 2001, es va experimentar un creixement de la població del 14,10%, superior al de la resta de Catalunya (4,97%), causat, principalment, per la immigració interior procedent, sobretot, de les àrees metropolitanes de Barcelona (Institut d'Informació Sanitària, 2010).

A partir de l'any 2000, la immigració estrangera comença a tenir un pes important i s'estableix, especialment, als dos grans nuclis urbans: a Vilafranca del Penedès (on el percentatge de població d'origen estranger passa del 3,15%, l'any 2000, al 18,04%, l'any 2014) i a Sant Sadurní d'Anoia (on en aquest mateix període passa del 2,91% al 9,62%). Alhora, continua augmentat la immigració interior, fins a estabilitzar-se l'any 2009. Des d'aquest any, i fins al 2014, no hi ha moviments migratoris significatius, però sí que s'hi constata un creixement vegetatiu de la població (Cabrè-Pla & Domingo-Valls, 2007), tal com es pot veure a l'annex 1.

L'estructura de la nostra població ens ve donada per les fonts demogràfiques ja referenciades que fan que puguem profunditzar en els fenòmens que ens permeten veure les tendències⁸. L'Alt Penedès ha estat una zona on la immigració interior del territori i la d'altres països, juntament amb la població ja existent, han transformat la seva evolució demogràfica natural.

⁸ Font: IDESCAT. Padró municipal d'habitants. Institut d'Estadística de Catalunya. <<http://www.idescat.cat/>>

Gràfic 1. Piràmides de població de l'Alt Penedès 2000-2013
[20 de juny de 2015].



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'IDESCAT.

En les dues piràmides, es mostra l'estructura de la població de l'Alt Penedès per sexe, edat, població autòctona i població immigrant. En la primera piràmide, corresponent a l'any 2000, es pot observar que hi ha

una disminució del nombre de naixements, amb totes les característiques d'una piràmide regressiva⁹. En la piràmide de l'any 2013, hi ha un canvi de tendència, a causa d'un increment del nombre de naixements i un augment de la població activa immigrant.

En comparar les piràmides de població dels anys 2000 i 2013, podem observar que la població estrangera que s'ha assentat al territori correspon als grups d'edat activa. També hi podem observar un increment del nombre de naixements, cosa que ha convertit la base de la piràmide regressiva en una piràmide expansiva¹⁰.

Quant a l'envelliment de la població, continua la tendència d'un increment del nombre de persones d'edat avançada. Així, de l'any 2000 al 2013, el nombre de persones de més de 65 anys a l'Alt Penedès va passar de 13.900 a 16.938.

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), actualment, el percentatge de població de més de 65 anys és del 18,2%; el 2029 serà del 24,9% i, el 2064, del 38,7% (Institut Nacional de Estadística, 2014).

En el seu estudi, Bermúdez, Blay & Guillem (2008) afirmen que «el pas dels anys i l'aparició progressiva d'alteracions i malalties cròniques provoquen dificultats a l'hora de realitzar certes activitats quotidianes. Això, unit a un progressiu envelliment de la població, com a conseqüència d'un increment de l'esperança de vida i una baixa taxa de fecunditat, està provocant més preocupació en la majoria de països davant el fenomen de la dependència».

En aquest treball d'investigació és fonamental tenir en compte l'evolució de la població i les perspectives de futur, ja que es pot considerar que el consum de fàrmacs va lligat a les malalties cròniques, a l'envelliment de la població i també a la dependència, per la qual cosa podem dir que, actualment, l'adherència al tractament farmacològic es presenta com un problema i que, en el futur, s'ha d'insistir per afrontar-lo.

⁹ La *piràmide de població regressiva* és un tipus de piràmide de població o demogràfica que s'observa, majoritàriament, als països desenvolupats i en aquells on la major part de la població és adulta o gent gran (països envellits), per diferents raons, com ara un èxode massiu dels joves, una alta mortalitat dels joves o una baixa natalitat, entre d'altres.

¹⁰ La *piràmide expansiva* indica una estructura de població eminentment jove i amb perspectives de creixement. Aquesta piràmide correspon, normalment, a països subdesenvolupats, a causa de les altes taxes de mortalitat i a una natalitat alta i descontrolada.

4. Disseny de l'estudi

S'ha triat treballar amb metodologia mixta, quantitativa i qualitativa, perquè, tot i que són dos paradigmes diferents, considerem que són dues perspectives que ens ajudaran a donar resposta a allò que volem explicar, relacionar i predir.

Segons Sale, Lohfeld & Brazil (2002), hi ha bons arguments per donar suport a la combinació dels dos mètodes, atès que comparteixen el propòsit d'entendre millor els fenòmens que es produeixen, ja que les dues formes d'investigació cerquen millorar el benestar de l'ésser humà, aconseguir coneixements, donar-los a conèixer, mantenir el rigor científic i facilitar que els professionals d'infermeria investiguin un fenomen tan complex com l'adherència al tractament farmacològic, perquè va acompanyat d'una resposta humana, i les respostes que s'esperen per dur a terme estratègies necessiten un espectre i una aproximació amplis.

«La combinació d'aquests tipus d'estudis està legitimada perquè ajuda a aconseguir resultats complementaris i usa el potencial d'un mètode per millorar les troballes del segon, entenent així les dues formes d'aproximació com interdependents» (Morgan, 1998) (Rodríguez-Salvador, Portero-Salmeron, Martínez-Díaz, Rodríguez-Camero, Rodríguez-Díaz & Ferré-Pérez, 2008. p. 20).

L'estudi quantitatiu ens ajudarà a determinar les millors variables de predicció de l'adherència al tractament farmacològic en els pacients amb malaltia crònica i a objectivar si la manca d'adherència al tractament farmacològic és un problema real al nostre territori, quines malalties determinen que els pacients prenguin fàrmacs i si realment se'ls prenen (Cabrero-García & Richard-Martínez, 1996).

A fi d'abordar aspectes més vivencials, actitudinals i de percepció dels professionals d'infermeria en relació amb l'adherència al tractament farmacològic, s'ha escollit com a opció un estudi qualitatiu basat en la teoria fonamentada (en anglès, Grounded Theory) (Monje-Álvarez, 2011) i la tècnica d'observació, en les quals ha participat un grup focal, que ens ajudarà a identificar les creences, les actituds i les inquietuds que manifesten els professionals d'infermeria en relació amb el tractament farmacològic, per determinar si és necessari elaborar estratègies per al seu abordatge.

Els dos mètodes ofereixen elements importants que permeten complementar el coneixement, l'explicació i la realitat del fenomen.

4.1 Estudi quantitatiu

S'ha dissenyat un estudi multicèntric descriptiu de tall transversal dels pacients de l'àrea de l'Alt Penedès i, com a mesura de classificació, es va fer servir el Clinical Risk Group (CRG) per mesurar l'adherència al tractament farmacològic (Hughes, 2004).

La població objecte de l'estudi està formada per totes les persones de les tres àrees bàsiques de salut del territori de l'Alt Penedès que tenien registrat un CRG6 o CRG7 en la seva història clínica (HC) informatitzada d'atenció primària (e-CAP) (Torres, Fabrellas, Sola, Rubio-Mercinán, Camañes-García & Berlanga, 2015), amb data 30 d'abril de 2013, amb una xifra final de 14.684 pacients.

Taula 5. Pacients amb un registre CRG6 o CRG7, amb data 30 d'abril de 2013	
ABS rural	5.044 pacients
ABS Vilafranca del Penedès	5.672 pacients
ABS Sant Sadurní d'Anoia	3.958 pacients

La població accessible correspon al nombre de pacients que es van visitar, amb cita prèvia, a les consultes d'atenció primària d'aquestes àrees bàsiques durant el període d'estudi (de l'1 de maig de 2013 al 30 de juny de 2013).

Per a l'anàlisi estadística de l'estudi, es va definir un nivell de confiança del 95% i un marge d'error del 7%, amb la qual cosa es va calcular que, perquè els resultats fossin significatius per a aquesta població d'estudi, la grandària de la mostra havia de ser $n = 193$.

El Clinical Risk Group que s'ha fet servir com a mesura de classificació dels pacients és un sistema que l'empresa 3M va desenvolupar l'any 1999 als Estats Units, com una eina de gestió poblacional que permet conèixer el perfil de salut de la població assignada, avaluar els costos de la seva atenció sanitària i preveure despeses futures en funció de la morbiditat i la previsió de l'evolució clínica.

També facilita la integració de l'atenció primària i l'especialitzada i, per tant, és un aliat valuós en la gestió dels pacients crònics, entre d'altres, perquè permet l'aplicació de mesures preventives que minimitzin la despesa associada, alhora que es millora la qualitat de les cures i la satisfacció del pacient. La seva utilitat ha estat comprovada en organitzacions sanitàries públiques i privades des de fa diversos anys (Inoriza, Coderch, Carreras, Vall-Ilosera, García-Goñi, Lisbona, & Ibern, 2009).

El disseny del sistema permet agrupar la morbiditat per pacient. Així doncs, en funció d'un algorisme informàtic, es revisen els diagnòstics de cada pacient enregistrats a la història clínica informatitzada en el període d'un any i, segons les combinacions de morbiditat, es classifiquen en grups (Inoriza-Belzunce, 2014). Hi ha nou grups CRG de classificació de l'estat de salut, els quals es mostren en la **taula 4** ordenats per ordre ascendent de gravetat.

Taula 6. Grups de classificació Clinical Risk Group (CRG)	
CRG 1: Població sana	CRG 6: Malaltia crònica significativa en dos òrgans
CRG 2: Patologia aguda	CRG 7: Malaltia crònica significativa entre tres o més òrgans
CRG 3: Malaltia crònica menor	CRG 8: Neoplàsies
CRG 4: Múltiples malalties cròniques	CRG 9: Condicions Catastròfiques
CRG 5: Malaltia crònica significativa	

En aquest estudi, ens centrem a avaluar l'adherència al tractament farmacològic dels pacients amb una classificació del risc CRG6 (dues malalties) i CRG7 (tres o més malalties).

Com a criteris d'inclusió dels pacients en l'estudi, s'hi van incorporar els pacients de les tres àrees bàsiques de l'Alt Penedès, amb un CRG6 o CRG7 registrat en la seva HC i que havien acudit a les consultes d'infermeria d'atenció primària en el període determinat per a la recollida de dades, tenint en compte la voluntarietat dels pacients per participar en l'estudi (prèviament informats de l'objectiu pel professional d'infermeria) i la confidencialitat de les dades. Quant als professionals d'infermeria, es va determinar que havien de portar més de cinc anys treballant en una consulta de crònics d'atenció primària, i es va tenir

en compte la voluntarietat per participar en l'estudi (informats, prèviament, del tipus d'estudi, de les enquestes que durien a terme i de la recollida de les dades).

Es van excloure de l'estudi els pacients ingressats en una residència, els diagnosticats de demència, els residents fora de la comarca, els que havien rebutjat participar en l'estudi, els que passen revisió habitualment en consultes privades i els visitats a urgències.

a) Procediment i instruments de recollida de dades

Per obtenir resultats de l'adherència al tractament farmacològic dels pacients, es va dur a terme una cerca bibliogràfica exhaustiva, a fi de construir el qüestionari i escollir el test que permetés assolir els objectius del treball d'investigació (Lozano-Vidal *et alii*, 2014; Rattray & Jones, 2007).

Es va elaborar un qüestionari que consta de dues parts (vegeu l'annex 2): la primera se centra en les variables independents, com ara les dades demogràfiques (sexe, edat, codi postal, el fet viure sol, CRG i les malalties amb més prevalença), i a la segona hi ha les variables dicotòmiques independents, amb les quatre primeres preguntes que corresponen al test de Morisky-Green (figura 13) i la resta, que són més significatives i necessàries per al desenvolupament de la investigació: «Són clares les indicacions per prendre els medicaments?», «Els canvis de format de la capsula dificulten el seguiment del tractament?», «El copagament li dificulta la compra de la medicació?», «Fa servir un pastiller?» i «En cas que no faci servir cap pastiller, qui li prepara la medicació?»

El test de Morisky-Green, desenvolupat originalment l'any 1986 per Morisky, Green i Levine (Rodríguez-Cahamorro, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez-Cahamorro & Faus, 2008; García-Pérez, Leiva-Fernández, Martos-Crespo, García-Ruiz, Prados-Torres & Sánchez de la Cuesta-Alarcón, 2000), amb el propòsit de valorar l'adherència dels pacients amb hipertensió arterial (HTA) a la medicació, es va validar posteriorment per a estudis en pacients amb diferents malalties.

Posteriorment, l'any 1992, el qüestionari va ser validat per Val Jiménez i cols. en versió espanyola (Val-Jiménez, Amorós-Ballester, Martínez-Visa, Fernández-Ferré & León-Sanromà, 1992). És un test senzill i fàcil d'usar i, malgrat la seva simplicitat aparent, ens permet valorar actituds i les causes de la manca d'adherència del tractament farma-

cològic (Sanahuja, Villagrasa & Martínez-Romero, 2012; Jornada-Ben, Rolim-Neumann & Serrate-Mengue, 2012).

L'ús del test de Morisky-Green s'ha considerat oportú perquè és el mètode subjectiu indirecte més utilitzat, és fàcil d'administrar i els professionals i els pacients el consideren breu i molt fàcil d'aplicar. El test presenta una especificitat alta, una fiabilitat alta (61%), un valor predictiu positiu alt, amb pocs requisits de tipus sociocultural per a la seva comprensió, i, a més, és econòmic. Valora les actituds del malalt respecte del tractament i un dels seus avantatges és que proporciona informació sobre les causes de l'incompliment, tot i que també presenta algun desavantatge, com ara subestimar el bon complidor i sobreestimar la manca de compliment, una sensibilitat baixa i un valor predictiu negatiu baix (Rodríguez-Xamorro, 2008).

Un altre avantatge que s'ha tingut en compte és que, a les àrees bàsiques de salut de l'Alt Penedès, el test de Morisky-Green està present en el programa informàtic e-CAP.

Aquest test consisteix en quatre preguntes amb resposta dicotòmica (Sí/No) que reflecteixen la conducta de la persona respecte de l'adherència al tractament farmacològic. L'objectiu del test és valorar si el pacient adopta actituds correctes en relació amb el tractament per a la seva malaltia o si les actituds manifestades pel pacient són incorrectes. Si respon incorrectament a alguna de les preguntes, es considera que el pacient és incomplidor (Nogués-Solán, Sorli-Redó & Villar-García, 2007).

Figura 13. Test de Morisky-Green.

S'oblida alguna vegada de prendre els medicaments?	SÍ	NO
Pren els fàrmacs a l'hora indicada?	SÍ	NO
Quan es troba bé, deixa alguna vegada de prendre'ls?	SÍ	NO
Si alguna vegada li senten malament, deixa de prendre la medicació?	SÍ	NO

Un bon complidor és aquell pacient que respon correctament a les quatre preguntes (és a dir, NO/SÍ/NO/NO), mentre que només cal una resposta incorrecta per considerar-lo incomplidor.

Com a prova pilot es va elaborar un qüestionari, el qual es va avaluar en 25 pacients amb malaltia crònica que havien anat a la consulta d'AP i que complien els requisits, amb la finalitat de conèixer si les preguntes eren clares. El mateix investigador, juntament amb dos professionals d'infermeria que havien estat informats prèviament de com havien de dur a terme la recollida de dades, van ser els encarregats d'efectuar la prova.

L'objectiu era comprovar l'extensió de l'enquesta, el temps necessari per completar-la i la comprensió de les preguntes, a més d'identificar possibles problemes i permetre que els entrevistadors informessin de les dificultats trobades, com ara la confusió per seguir l'ordre de les preguntes i la dificultat per escriure les respostes en els espais previstos.

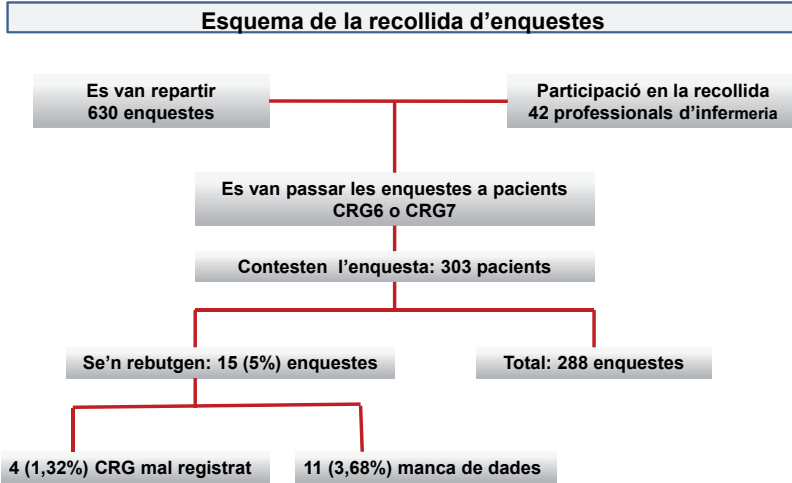
Posteriorment, es van discutir els resultats i es va elaborar el qüestionari definitiu per aplicar-lo a la mostra de la població ja determinada.

Un cop validats i comprovats els resultats de la prova pilot, es va procedir a la recollida de dades, amb la participació dels 42 professionals d'infermeria pertanyents a les tres àrees bàsiques de salut.

Es van repartir 630 enquestes als 42 professionals d'infermeria que portaven més de cinc anys treballant en atenció primària de les diferents àrees bàsiques de salut. Més tard, en el període comprès entre l'1 de maig i el 30 de juny de 2013, es van recollir 303 enquestes, de les quals es van rebutjar 15 (5,0%). Els motius de rebutjament van ser: 4 (1,32%), perquè el CRG del pacient no estava inclòs en els paràmetres de l'estudi, i 11 (3,68%), perquè hi faltaven dades imprescindibles, com ara el codi postal o les respostes al test de Morisky-Green. En total es van obtenir 288 enquestes vàlides, un nombre superior a la grandària mínima de la mostra ($n = 1913$) necessària per elaborar el treball¹¹.

11 Vegeu «3.1 Abordatge quantitatiu».

Figura 14. Esquema de la recollida d'enquestes.



Es van repartir 630 enquestes

Es van passar les enquestes a pacients [...]

Font: Elaboració pròpia.

L'anàlisi de les dades es va dur a terme amb el programa R 3.3.1¹².

4.2 Estudi qualitatiu

Amb l'abordatge qualitatiu es pretén situar l'observador en el moment que el professional d'infermeria aborda el problema de l'adherència al tractament farmacològic per interpretar el fenomen, donar-li visibilitat i transformar les representacions que tenen lloc a les consultes d'atenció primària, per mitjà d'allò que en pensen els professionals d'infermeria. Aquesta informació es recull en un diari de camp, notes, opinions, fotografies i un enregistrament d'àudio i vídeo per ajudar a interpretar el fenomen que s'està estudiant a fi d'intentar comprendre'l i veure com es construeix (Salgado-Lévano, 2007).

Com a investigadora, era important accedir al lloc on es produeix el fenomen i buscar la perspectiva de les persones, considerant que totes tenen valor, des del seu marc de referència i no pas des d'un marc teòric

¹² R Core Team (2016). R: *A Language and Environment for Statistical Computing*. Viena (Àustria): R Foundation for Statistical Computing. URL <<https://www.R-project.org/>>.

preconcebut, i estudiar els pacients i els professionals d'infermeria en el seu medi natural i de manera integral per, posteriorment, escoltar què en pensen els professionals d'infermeria (Vanegas, 2001).

Carter & Little (2007) assenyalen que la investigació qualitativa «té com a objectiu comprendre el significat de l'acció humana [...] i fer preguntes sobre els fenòmens en el seu context, en lloc de provar hipòtesis predeterminades».

Abades-Porcel (2010) manifesta que «Denzin, Lincoln, Taylor, Bodgan, Milers i Huberman coincideixen que la investigació qualitativa és holística, empírica, interpretativa i empàtica, aspectes que, pel seu caràcter, la fan ser diferent. S'hi observa un procés que és circular, flexible i emergent, un paper participatiu, un resultat narratiu i la interpretació recolza en un cos teòric».

Es pretén donar forma a la manera com s'enfoquen els problemes i es busquen respostes, quant a l'adherència al tractament farmacològic, i anar més enllà dels qüestionaris, les tècniques i els procediments concrets de recollida de dades que es fan servir en la investigació quantitativa, amb l'objectiu de descobrir conceptes i relacions, i organitzar-los per obtenir respostes que no estan determinades prèviament (Amezcuca & Carricondo-Guirao, 2000).

La tria del mètode o la metodologia ha estat un procés de reflexió molt acurat, que ha portat a reflexionar sobre el seu significat i la diferència entre els conceptes. Quan es parla de *metodologia* es fa referència a una manera de pensar i d'estudiar la realitat social. En canvi, *mètode* és un conjunt de procediments i tècniques per recollir i analitzar dades (Rodríguez-Gómez, Gil-Flores & García-Jiménez, 1996).

Després de contrastar diferents opcions, en aquest estudi s'ha aplicat l'enfocament basat en la teoria fonamentada, perquè engloba metodologia i mètode; és a dir, es pot utilitzar únicament com a mètode d'anàlisi de dades o, més àmpliament, com a manera d'enfocar tot el procés d'investigació (Corbin & Strauss, 2008).

a) Teoria fonamentada

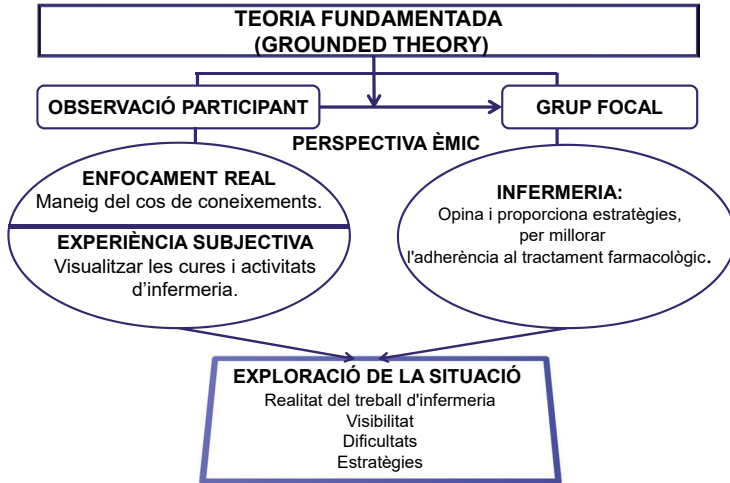
Glaser i Strauss van desenvolupar la teoria fonamentada l'any 1967 (Byrne, 2001), basada en l'interaccionisme simbòlic i amb un enfocament en el món real objectiu. Per mitjà de la inducció, va ajudar a crear una teoria explicativa del treball d'infermeria en l'adherència al tractament farmacològic en l'AP, i va contribuir al desenvolupament de conceptes i proposicions per millorar-lo, a indagar sobre el que és desconegut i a aportar coneixements exhaustius d'una realitat específica que permet conèixer allò que fan els professionals i allò que diuen que fan, sense una teoria preconcebuda.

Amb la teoria fonamentada, Charmaz (1990) va investigar l'àrea de les malalties cròniques i refereix que els pacients pateixen per tenir vides restringides, que el pacient crònic perd gradualment el control sobre les limitacions que imposa la malaltia i que la manca de control es manifesta en una pèrdua d'identitat. Troba que hi ha tres maneres de desacreditar el pacient crònic: quan el devaluen, quan no el creuen i quan l'exclouen» (De la Cuesta-Benjumea, 2006).

L'observació d'allò que passa, sense interferir-hi, ens ajuda a prendre notes detallades que serveixen per crear-ne un esquema clar i obtenir resultats que després es puguin analitzar i codificar per descobrir-hi categories i subcategories, i poder-les relacionar i desenvolupar fins a arribar a la saturació i aconseguir estratègies per millorar l'adherència al tractament farmacològic.

L'oportunitat d'entendre millor el problema de l'adherència al tractament farmacològic, gràcies a la teoria fonamentada, esdevé una possibilitat de comprendre i veure amb perspectiva el treball d'infermeria des d'una posició privilegiada i explicar els processos que s'esdevenen en el dia a dia d'aquests professionals (De Carvalho-Dantas, Luzia-Leite, Soares-de Lima & Conceição-Stipp, 2009). Segons Strauss & Corbin (1994), «la teoria fonamentada no és una teoria, sinó una metodologia per descobrir teories que dormisquagen en les dades».

Figura 15. Disseny de l'estudi qualitatiu.



Font: Elaboració pròpia.

Visualitzar les cures i les activitats d'infermeria
Aconseguir estratègies, per millorar

4.2.1 Tècnica de l'observació participativa

La primera tècnica que es va seleccionar per a l'estudi va ser la de l'observació participativa, perquè oferia l'oportunitat de conèixer el treball dels professionals d'infermeria a les consultes d'atenció primària i el seguiment de l'adherència dels pacients al tractament farmacològic, des del camp i al medi on es produeix el fenomen. Ens permetia obtenir una visió àmplia de la feina que es fa en un lloc ja conegut per l'investigador i facilitava l'obtenció d'informació concreta des de la proximitat, amb l'objectiu de comprendre l'essència de la feina diària amb els pacients i el fenomen de l'adherència al tractament farmacològic, les seves limitacions, tècniques, temps i compromís.

A més, ens permetia observar, sistemàticament, el desenvolupament del fenomen (com succeeix, sense interferir-hi, modificar-lo ni distorsionar-lo) i, com a investigadora, em permetia integrar-me en la realitat que pretenia observar, formar-ne part per intentar entendre els esdeveniments que es donen en l'entorn d'una consulta d'atenció pri-

mària (Callejo-Gallego, 2002). Taylor & Bodgan (1987) manifesten que «l'observació participant pot aportar la comprensió d'una realitat que es produeix».

Un element clau era tenir en compte l'escenari, els voltants i l'ambient físic, un factor molt importat per a aquest estudi, ja que s'esdevé en dos entorns molt diferenciats: l'entorn rural i l'urbà. Això permetia observar una gran varietat de pacients atesos a les consultes per diferents professionals, registrar les activitats que duen a terme els professionals d'infermeria i les interaccions entre professionals i pacients i amb els diferents elements que hi puguin sorgir, com ara activitats informals no planejades, significats simbòlics, comunicació no verbal, a més de donar rellevància a allò que hauria de passar i no ha passat. Kawulich (2005) escriu que Merriam, en el seu llibre publicat l'any 1998, «hi afegeix elements com ara observar la conversa en termes de contingut, qui parla a qui, qui escolta, qui calla, el comportament del mateix investigador i com aquest rol afecta els observats, i el que hom diu o pensa».

Observar ens aportarà informació a la qual, d'altra forma, no podríem accedir. El fet de participar en l'escenari com a investigadora ajudarà a prendre consciència dels elements que permetran visualitzar les tasques d'infermeria a les consultes d'atenció primària quant a l'abordatge de l'adherència al tractament farmacològic des d'una perspectiva èmica, mitjançant el registre de successos i interrelacions que farà que puguem veure el nexa amb el tema estudiat, amb la qual cosa adquirirà sentit en el context i s'integrarà en el nostre treball d'investigació perquè ens ajudi a entendre el fenomen (Vitorelli Diniz- Lima Fagundes, Almeida-Magalhães, dos Santos-Campos, García-Lopes Alves, Mônica-Ribeiro & Mendes, 2014).

A més, l'observació ens permetrà visualitzar l'ús del cos de coneixements tal com s'aplica en el dia a dia, identificar estàndards per a la pràctica, els ambients i les característiques dels receptors de la cura, els diversos processos d'infermeria, la interacció, la comunicació i les tecnologies que s'hi han utilitzat, tenint en compte els avantatges i les limitacions de l'observació participant (Martínez-Salgado, 2012).

En el disseny de l'observació participant es va tenir en compte el rigor científic. En primer lloc, es va definir el camp d'actuació on es duria a terme, tenint en compte que l'objectiu era dur a terme l'observació parti-

cipant a les consultes d'infermeria d'atenció primària. L'interès principal no era mesurar, sinó comprendre els fenòmens i els processos socials en tota la seva complexitat (Antonio-Bordignon, 2005).

La zona escollida va ser l'Alt Penedès, concretament les àrees bàsiques de salut (ABS Rural, ABS Sant Sadurní d'Anoia i ABS Vilafranca del Penedès) on ja s'havia dut a terme l'estudi quantitatiu amb els pacients crònics.

Pel que fa a la mostra de l'estudi, aquesta correspon al col·lectiu de professionals sanitaris (infermers i infermeres) amb més de cinc anys d'experiència treballant en consultes d'atenció a la població adulta de més de quinze anys.

Taula 7. Avantatges i limitacions de l'observació participant en l'adherència al tractament farmacològic

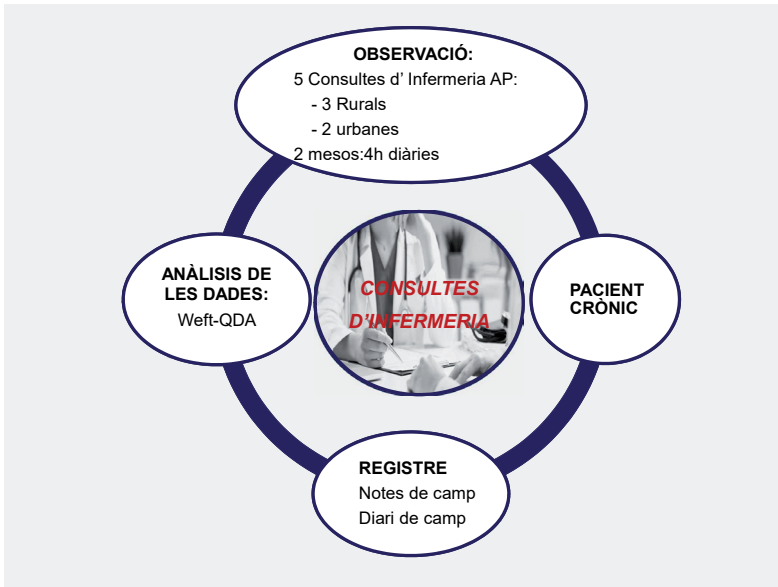
Avantatges	Limitacions	Limitacions derivades de l'observador
Ha permès observar actituds i habilitats que utilitzen els professionals i els pacients.	S'ha percebut que la durada dels successos està limitada al moment en què passen i, a vegades, no és suficient per recollir-ne dades.	Com a observadora, la descripció dels aspectes exactes del succés pot portar a un registre subjectiu.
S'han recollit les dades del fenomen en el moment en què passava.	Ha estat difícil registrar, acuradament, les dades, perquè el fenomen passa quan menys l'esperes i el registre ha de ser ràpid, acurat i objectiu.	És complicat mantenir-se al marge del succés mentre passa.
Ens ha ajudat a observar conductes, com la comunicació verbal i no verbal, els sentiments de les persones i la interrelació que s'estableix entre el professional i el pacient.	No sempre s'ha pogut predir el que passaria.	La presència de l'observadora pot haver influït en els professionals i els pacients.
S'ha observat el succés en el mateix moment en què es produeix.	Ha estat un procés lent i no sempre es produïa.	Les conclusions obtingudes estan basades en la construcció de les dades recollides com a observadora i podrien prendre una posició subjectiva.

Font: Elaboració pròpia.

Les consultes on es va dur a terme l'observació es van seleccionar aleatòriament, des de les direccions de les tres ABS, i amb el consentiment previ dels professionals.

El temps d'observació es va objectivar en 4 hores diàries a les consultes d'atenció primària, durant l'horari de visites (de les 9.00 h a les 13.00 h, de dilluns a divendres), durant els mesos de juny i juliol de 2013, fins a arribar a la saturació de dades.

Figura 16. Disseny de l'observació participant.



Font: Elaboració pròpia.
Consultes d'infermeria

La implicació de l'investigador va ser directa, al costat del professional durant les hores en què aquest passava consulta als pacients, amb actitud observadora i interferint-hi tan poc com fos possible (Anguera, 2003; Robledo-Martín, 2009). El període que vaig passar a les consultes d'atenció primària com a observadora em va permetre obtenir informació detallada i precisa, i eliminar idees i prejudicis que podien haver estat preconcebuts, a vegades inconscientment, i em va permetre comprendre les accions, els actes i la manera de pensar dels protagonistes dels fets que estaven succeint en aquell moment.

Taula 8. Modalitat de l'observació participant segons el grau de participació de l'investigador a les consultes d'atenció primària de l'Alt Penedès

Implicació de l'observador	A causa de la proximitat i de la feina com a infermera, la meua implicació com a observadora va ser participant, però sense interferir en el desenvolupament de les consultes.
Explicitació del propòsit	Es va informar, parcialment, de l'objectiu als participants, explicant-los que s'observaria tot allò que succeís en una visita a la consulta d'atenció primària.
Duració	L'observació va tenir una durada de 4 hores diàries, de dilluns a divendres, durant els mesos de juny i juliol de 2013.
Amplitud	Es va observar tot el que succeïa en el camp.
Explicitació de l'observació	Els participants sabien que eren observats i els pacients estaven informats que s'estaven recollint dades de les consultes.

Font: Elaboració pròpia a partir de: Berenguera-Ossó *et alii*, 2014.

En la recollida de dades es va procurar obtenir tota la informació del tema estudiat, no solament allò descrit o observat, sinó que també calia interpretar què havia passat i copsar-ne el significat. Els successos es van anotar en notes de camp i, posteriorment, es va elaborar un diari de camp en el qual es van registrar totes les actuacions i les informacions sorgides en el camp d'observació durant el període, tenint en compte com actuaven els professionals i com prenen decisions.

Posteriorment, es van analitzar les dades obtingudes: se'n van recollir les idees principals i els temes que emergien del registre de la informació obtinguda, tenint en compte les limitacions, com ara la subjectivitat de l'observador i la seva relació amb els fets observats.

Es van definir diferents categories i subcategories, les més importants de les quals es van codificar mitjançant un programa similar a un processador de textos, anomenat WeftQDA¹³. Aquest programa ens fa-

13 Cecilia-Martínez M. *Weft-QDA Manual del usuario en español*. Versión 1.0 <<http://www.ceciliamartinez.com.ar/Weft%20QDA%20manual%201.0.pdf>> [accés 2 de gener de 2014]

cilità la tasca de desar les dades de manera organitzada recollides per l'investigador (entrevistes, notes de camp, documents, reflexions, observacions, etc.) i organitzar-les en categories i subcategories analítiques. A més, ens ajudà a establir relacions entre les dades, fent diverses cerques i visualitzant-les en forma de textos.

4.2.2 Tècnica del grup focal

Amb l'objectiu i la finalitat de saber què pensaven i sentien els professionals d'infermeria respecte del seu paper en l'adherència al tractament farmacològic, i amb el propòsit d'obtenir-ne una visió més àmplia, es va optar per crear un grup focal.

La seva finalitat era complementar l'estudi observacional que s'havia dut a terme a les consultes d'atenció primària i ajudar-nos a escoltar la veu dels professionals d'infermeria. Es va crear un espai d'opinió per recollir dades del que pensen aquests professionals i obtenir informació de les seves actituds, sentiments, creences, experiències, competències i reaccions davant el fenomen de l'adherència al tractament farmacològic, a fi d'examinar situacions clíniques que ens ajudin a millorar l'adherència al tractament farmacològic i reduir les conseqüències negatives, des del vessant infermer, i aconseguir estratègies i propostes de millora (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009; Schindler, 1992).

El grup focal es caracteritza per ser un grup de discussió que possibilita el diàleg i que es fonamenta en la interacció que hi ha dins el grup sobre les situacions que s'hi plantegen, amb un procés dinàmic que permet recollir molta informació en un període breu i veure la complexitat i les diverses opinions i punts de vista dins el context, a la vegada que explora el grau de consens i les perspectives sobre el tema tractat (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013; Aigner, 2009).

En l'article de Martínez Reyes (2012) es refereix que Abraham Korman (2001) «defineix el grup focal com una reunió d'individus seleccionats pels investigadors per discutir i elaborar, des de l'experiència personal, una temàtica o fet social que és objecte d'una investigació, i Richard Krueger (1991) delimita els grups de discussió d'altres processos grupals, a partir d'una sèrie de característiques que els defineixen».

Basant-se en totes les aportacions obtingudes des d'una perspectiva construïda a partir dels coneixements de la realitat, la reflexivitat i l'anàlisi de l'observació participant, es va fer la categorització i es va treure informació per crear el grup focal, com a tècnica de recollida de dades. Posteriorment, es va formar un grup de discussió, guiat per un conjunt de preguntes extretes de l'observació participant i dissenyades amb cura i amb un objectiu específic (vegeu l'annex 3 de preguntes del grup focal).

El grup focal es va planificar tenint en compte els avantatges i les limitacions que s'exposen en la taula 9 i se'n va definir el propòsit amb la finalitat de saber què pensen i senten els professionals d'infermeria en relació amb el seu paper en l'adherència dels pacients crònics al tractament farmacològic (García-Calvente & Mateo-Rodríguez, 2000; Kidd & Parshall, 2000).

Per seleccionar els professionals que formarien part del grup focal, l'investigador es va posar en contacte amb les direccions de tres àrees bàsiques de l'Alt Penedès i aquestes van enviar un correu electrònic a tots els professionals d'infermeria que portaven més de cinc anys treballant a les consultes d'atenció primària, on se'ls convidava a participar voluntàriament en el grup focal (annex 4).

Taula 9. Avantatges i limitacions del grup focal

<i>Avantatges</i>	<i>Limitacions</i>
Els integrants del grup poden analitzar el succés i hi aporten idees i estratègies.	La pressió del grup, o d'algun membre del grup, pot coartar la resta de participants.
La interacció entre els membres del grup estimula la generació d'idees i es pot treballar en els factors que interfereixen en l'adherència al tractament farmacològic.	Pot succeir que les idees aportades no siguin individuals, sinó que estiguin influenciades pel grup.
El membres aporten descripcions del succés, el descriuen i n'opinen. Moltes vegades arriben a un consens i, d'altres, hi apareixen discrepàncies, cosa que genera molts punts de vista per poder treballar.	L'investigador té un paper fonamental en el lideratge del grup per donar veu a tots els participants i estimular el grup.

<i>Avantatges</i>	<i>Limitacions</i>
El grup aporta informació del tema, en aquest cas l'adherència al tractament farmacològic des del punt de vista d'infermeria, un tema sobre el qual hi ha poca informació.	Aconseguir un grup heterogeni pot ser una tasca complexa.
És una tècnica molt útil, perquè els professionals d'infermeria que coneixen molt bé el tema el comparteixen entre ells i són actors principals en la manipulació de medicaments i en l'educació sanitària.	Pot ser que no s'obtingui l'opinió individual de cada membre del grup.
Donar a conèixer els resultats al grup aporta valoració als professionals i al succés treballat.	

Font: Elaboració pròpia.

Hi van respondre 9 professionals, una xifra que, segons Freeman (2006), se situa dins l'interval de 6 a 10 integrants d'un grup formal típic. Aquests constituïen una mostra heterogènia de 3 professionals d'infermeria de l'ABS Vilafranca Urbana, 3 professionals d'infermeria de l'ABS Penedès Rural i 1 infermera gestora de casos i 2 professionals d'infermeria de l'ABS Sant Sadurní d'Anoia, els quals complien amb els requisits per formar el grup. Un professional d'infermeria de l'àrea rural va arribar tard.

Taula 10. Professionals participants en el grup focal

Participants en el grup focal > 5 anys treballant AP	Àrea de treball
INF 1	ABS Vilafranca Urbana
INF 2	ABS Vilafranca Urbana
INF 3	ABS Penedès Rural
INF 4	ABS Vilafranca Urbana
INF 5	ABS Sant Sadurní d'Anoia
INF 6	Gestora de casos
INF 7	ABS Sant Sadurní d'Anoia
INF 8	ABS Penedès Rural
INF 9	ABS Penedès Rural

Font: Elaboració pròpia.

Es van elaborar les preguntes per a la guia de discussió del grup focal, es va preparar un guió amb entrevista semidirigida i semiestructurada per mitjà d'una pregunta estímulo («Quin paper creieu que té infermeria en la revisió de l'adherència al tractament farmacològic?») i diverses preguntes obertes amb la informació extreta de l'anàlisi de l'observació participant, tenint en compte el que es volia obtenir i per avaluar la concordança amb els objectius establerts (Prieto-Rodríguez & March-Cerdá, 2002).

El temps de durada de la sessió del grup focal es va definir en una hora i mitja per aconseguir una recollida idònia de dades. Es van tenir en compte tres etapes molt concretes durant la sessió (Mayan, 2001): una presentació clara del tema, una fase de discussió i el tancament, moment en què s'explicita tot el que ha dit el grup.

Es va reservar una sala de les instal·lacions de l'ABS de Vilafranca del Penedès (Barcelona), on hi havia una taula ovalada i cadires, una pissarra de paper, llum natural, una càmera per filmar i un aparell d'àudio per enregistrar la sessió i facilitar la recollida del material que, posteriorment, s'hauria d'analitzar.

Amb el consentiment previ dels participants, es va dur a terme la gravació en àudio i vídeo, i un registre de notes de l'observació, i se'ls va informar que la transcripció no inclouria el nom dels participants, per preservar-ne la confidencialitat i l'anonimat, amb l'objectiu de permetre l'expressió lliure. A més, se'ls va informar que no hi havia respostes correctes ni incorrectes, i es van prendre notes de l'observació per transcriure-les posteriorment.

Com a investigadora, vaig exercir de moderadora en la sessió per proporcionar les explicacions al grup i facilitar la interacció entre els membres participants. Una redactora es va encarregar de recollir les dades mitjançant el registre i la gravació de la sessió en àudio i vídeo, i va participar posteriorment en l'anàlisi de les dades i dels elements més rellevants que haguessin pogut passar inadvertits (Pujol-Ribera *et alii*, 2006).

La sessió es va dur a terme en horari laboral, motiu pel qual les direccions havien donat el seu consentiment a l'assistència dels professionals a la sessió.

L'anàlisi dels resultats obtinguts es va dur a terme a partir de la multiplicitat de respostes dels 9 membres que han format el grup focal,

per mitjà de la identificació i classificació d'elements que estan estretament units a l'objectiu del treball d'investigació pel que fa a la percepció que tenen els professionals d'infermeria de la importància de l'adherència dels pacients al tractament farmacològic, les causes i les estratègies. Així, l'anàlisi es va configurar al voltant de tres grans tasques admeses en la literatura contemporània (Rodríguez-Sabiote, Lorenzo-Quiles & Herrera-Torres, 2005; Schettini & Cortazzo, 2015).

1) *Reducció de les dades*

Es duu a terme una anàlisi seqüencial en la qual les aportacions es redueixen a categories i subcategories que, posteriorment, permetran la seva transformació.

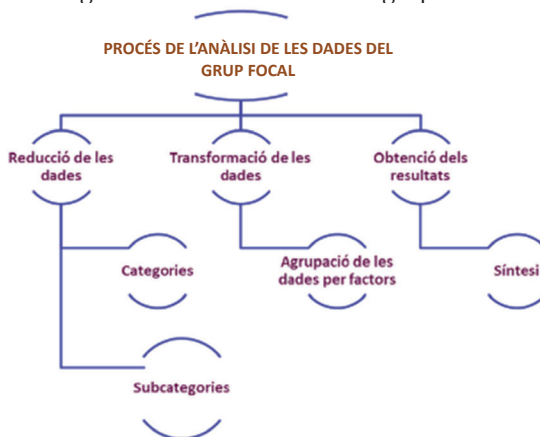
2) *Transformació de les dades*

Es reagrupen els punts més importants de cada categoria per donar veu a les aportacions dels professionals i se n'extrauen dades per sintetitzar-les posteriorment.

3) *Obtenció de resultats. Síntesi*

Després de la reagrupació de les dades identificades i de les aportacions més importants, se'n seleccionen les més rellevants i, d'acord amb l'objectiu de l'estudi, se sintetitzen breument els resultats més rellevants i significatius.

Figura 17. Procés d'anàlisi del grup focal.



Procés de l'anàlisi de les dades del grup focal

Font: Elaboració pròpia a partir de (Miles & Huberman, 1984).

5. Aspectes ètics

El treball d'investigació s'ha plantejat amb l'objectiu de conèixer l'adherència al tractament farmacològic a l'Alt Penedès i obtenir dades que permetin millorar el compliment terapèutic i la salut dels pacients, així com reduir els efectes adversos dels tractaments.

Per aquest motiu, s'ha tingut en compte l'interès científic i social de la investigació, amb un disseny adequat als objectius i que respecta els principis ètics de beneficència, no-maleficència, justícia i autonomia de les persones que hi han participat, amb una selecció de mostra accidental.

Abans de l'estudi, es va demanar permís a les direccions de les tres ABS, mitjançant un correu electrònic (annex 4), per dur a terme la investigació.

En l'etapa quantitativa es va demanar la participació dels professionals d'infermeria, verbalment i per mitjà d'una entrevista personal amb l'investigador, per poder passar les enquestes al centre. Se'ls va explicar el tipus d'estudi i les enquestes, com s'havien de recollir les dades i se'ls va informar que la participació era voluntària.

Es va redactar un document de consentiment informat per als pacients, per assegurar-se que les persones (pacients) que volguessin participar en l'estudi ho fessin voluntàriament i amb el coneixement necessari i suficient per poder-ho decidir de manera autònoma, havent-los informat prèviament de l'estudi, per via oral i escrita, perquè en tinguessin constància i per comunicar-los la voluntarietat de la participació i garantir-los la confidencialitat de les dades (annex 5).

Aquestes condicions es garanteixen en el document de consentiment informat que es presenta als participants de la investigació, i es respecta la possibilitat que el pacient decideixi abandonar l'estudi en el moment en què ho cregui convenient (annex 6).

L'observació participant s'ha dut a terme mitjançant la voluntarietat i la informació als participants, havent obtingut el permís per registrar i, posteriorment, transcriure les notes de camp, alhora que s'ha garantit la confidencialitat i l'anonimat dels participants.

En el grup focal s'ha assegurat la lliure expressió, sense coerció i orientada als interessos de la recerca. A l'inici de la sessió, es va informar els membres del grup de l'ús d'aparells d'enregistrament d'àudio i

vídeo, i se'ls va dir que tenien l'opció de retirar-se del grup. Es va elaborar un full informatiu (annex 7) i un full de consentiment informat per als membres del grup focal (annex 8), on es manifestava el compromís d'utilitzar tota la informació recollida només per a la finalitat proposada, preservant l'anonimat dels participants i tenint-ne cura.

Per poder dur a terme la investigació, prèviament és va demanar permis al «Comité Ético de Investigación Clínica Instituto Investigación de Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol» (annex 9).

Les dades obtingudes han estat tractades de manera estrictament confidencial, d'acord amb la disposició de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. Tots els registres i el seu corresponent consentiment informat estan degudament custodiats per l'investigador.

Capítol III. Anàlisi i discussió dels resultats de les dades

Quan la sensibilitat de les infermeres per les necessitats humanes s'uneix a l'habilitat per trobar i utilitzar l'opinió d'experts, a l'habilitat per trobar resultats d'investigació i aplicar-los a la seva pràctica, i quan elles mateixes utilitzen el mètode científic de la investigació, no hi ha cap límit a la influència que poden tenir en la cura de la salut mundial.

Virginia Henderson

En aquest capítol, considerat l'eix central de la investigació, es reuneixen els resultats dels dos enfocaments utilitzats: el quantitatiu i el qualitatiu.

S'inicia amb una primera part, en la qual es presenta l'anàlisi i la discussió de les dades quantitatives, i continua amb una segona part on s'analitzen les dades qualitatives de l'observació participant i el grup focal per, després, procedir simultàniament a la seva discussió.

1. Anàlisi i discussió dels resultats quantitius

El redactat dels resultats quantitius té en compte els objectius que s'han establert en el treball d'investigació. Comença amb una anàlisi de la població inclosa, s'avalua l'adherència al tractament farmacològic dels pacients amb un CRG6 i CRG7 (Clinical Risk Group) i es calculen els factors diferencials entre aquests dos grups de pacients, a partir de les 288 enquestes vàlides recollides en l'estudi dels pacients de l'Alt Penedès.

Successivament, s'examinen les característiques sociodemogràfiques i les variables que s'han definit en el treball d'investigació, les quals poden repercutir en l'adherència al tractament farmacològic, i s'analitzen les respostes del test de Morisky-Green¹ i la resta de variables recollides en el test.

De les 288 enquestes analitzades, després d'aplicar el test de Morisky-Green, se n'han obtingut 192 de pacients que són complidors amb el tractament farmacològic i 96 de pacients que no ho són, amb una adherència al tractament farmacològic del 66,67% a l'Alt Penedès.

1.1 Anàlisi dels resultats de les característiques de la població estudiada

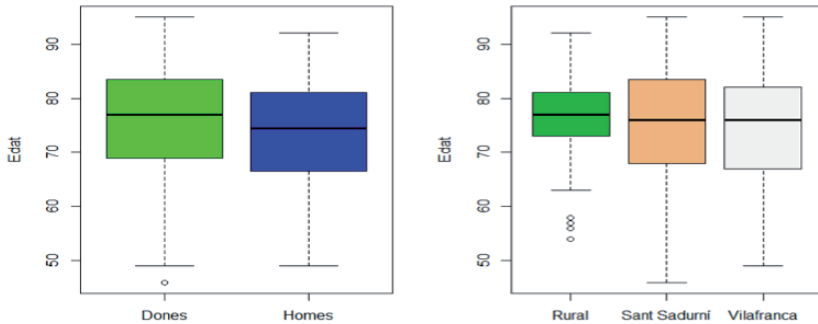
La taula 11 mostra el nombre de pacients per a cada una de les tres zones d'estudi (ABS Rural, ABS Sant Sadurní d'Anoia i ABS Vilafranca del Penedès), segons el sexe i amb el percentatge respecte del total de cada zona. No hi ha diferències significatives en la distribució per sexe i segons la zona de residència (prova de χ^2 ; $p>0,05$).

Taula 11. Distribució de les enquestes obtingudes per zona i sexe			
Zona	Dones (% s/ total)	Homes (% s/ total)	Total de pacients
Rural	26 (41,94%)	36 (58,06%)	62
Sant Sadurní d'Anoia	43 (53,09%)	38 (46,91%)	81
Vilafranca del Penedès	79 (54,48%)	66 (45,52%)	145
Total	148 (51,39%)	140 (48,61%)	288

El gràfic 2 presenta la distribució d'edats segons el sexe i la zona de residència. La mitjana d'edat \pm desviació estàndard (DE) és de 74,46 \pm 10,08 anys per al total dels pacients estudiats (75,51 \pm 10,41 anys en dones i 73,36 \pm 10,01 anys en homes). El 95,5% del total de pacients de l'Alt Penedès amb un CRG 6 i CRG7 tenen una edat compresa entre 54,3 i 94,62 anys.

¹ Vegeu l'annex.

Gràfic 2. Distribució de l'edat segons el sexe i la zona de residència.



Quant a les zones de residència, la mitjana d'edat dels pacients presenta els valors següents:

- Rural: $75,62 \pm 7,61$ anys en dones i $75,78 \pm 8,74$ anys en homes, amb un valor global de $75,71 \pm 8,22$ anys.
- Sant Sadurní d'Anoia: $77,67 \pm 10,52$ anys en dones i $72,21 \pm 9,62$ anys en homes, amb un valor global de $75,08 \pm 10,41$ anys.
- Vilafranca del Penedès: $74,32 \pm 11,05$ anys en dones i $72,69 \pm 10,01$ anys en homes, amb un valor global de $73,59 \pm 10,59$ anys.

Per analitzar si hi ha diferència d'edat segons la zona, s'ha aplicat l'anàlisi de la variància (ANOVA) per comprovar que les mitjanes siguin iguals.

L'ANOVA presenta dos requisits:

- 1) La normalitat de la distribució de la variable. S'hi ha aplicat la prova de Kolmogorov-Smirnov, amb un valor $p > 0,05$, cosa que indica que la variable segueix una distribució normal.
- 2) L'homoscedasticitat o igualtat de variàncies entre els diferents grups. S'ha fet servir la prova de Levene, amb un valor $p < 0,05$, cosa que indica que hi ha diferències significatives entre les variàncies de les edats de cada un dels grups.

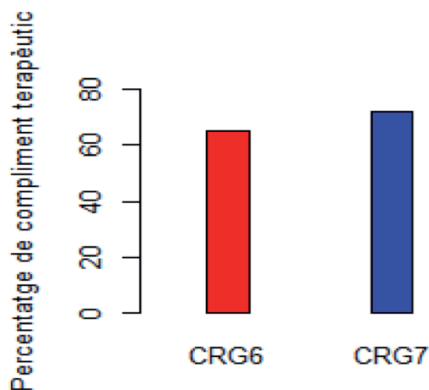
Com que no es compleix el segon requisit d'aplicació de l'ANOVA, cal aplicar-hi una altra prova. S'hi aplica l'ANOVA de Kruskal-Wallis, amb un valor $p > 0,05$. Per tant, s'accepta la hipòtesi nul·la d'igualtat de mitjanes.

En la taula 12/ gràfic 3 es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons el nivell de CRG. En aplicar la prova de χ^2 , s'obté un valor $p > 0,05$, cosa que indica que no hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic de cada un dels dos grups (CRG6/CRG7).

Taula 12. Percentatge dels pacients adherents al tractament farmacològic en funció del CRG6/CRG7

	Adherents		No adherents		Total de pacients
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
CRG6	148 (65,20%)	151 (66,67%)	79 (34,80%)	76 (33,33%)	227
CRG7	44 (72,13%)	41 (66,67%)	17 (27,87%)	20 (33,33%)	61
Suma	192 (66,67%)	192 (66,67%)	96 (33,33%)	96 (33,33%)	288

Gràfic 3. Adherència al tractament farmacològic segons el CRG6/CRG7.



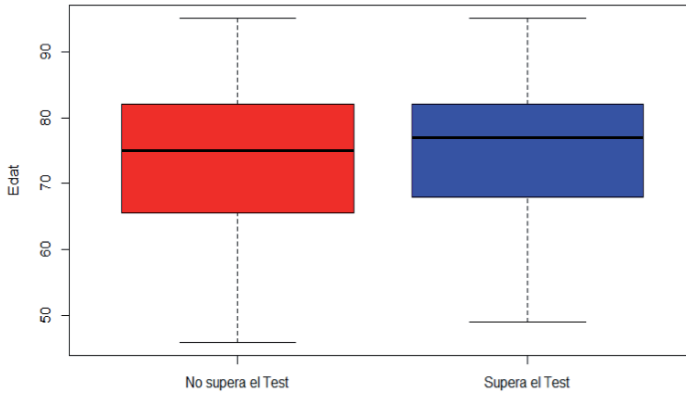
1.2 Anàlisi de les característiques sociodemogràfiques que poden influir en l'adherència al tractament farmacològic

S'analitzen els resultats obtinguts d'adherència al tractament farmacològic segons les variables sociodemogràfiques recollides: l'edat, la zona de residència, el sexe i el fet de viure sol. Posteriorment, s'analitzen altres variables relacionades amb l'adherència al tractament farmacològic incloses als tests: «Són clares les indicacions per prendre els medicaments?», «Hi afecten els canvis de format de capsula?», «Hi afecta el copagament?», «Es fa servir dosificador de pastilles?» i «Qui prepara la medicació?»

La mitjana d'edat dels pacients que mostren adherència al tractament farmacològic és de $74,85 \pm 10,03$ anys i, per als pacients amb manca d'adherència al tractament farmacològic, la mitjana d'edat és de $73,67 \pm 10,19$ anys. Gràfic 4.

Per comprovar si la mitjana d'edat dels pacients adherents al tractament farmacològic és diferent de la dels pacients que no ho són, s'ha aplicat la prova t de Student. Per poder-la aplicar, primer cal comprovar que les dades es distribueixen normalment. A tal efecte, s'ha aplicat la prova de Kolmogorov-Smirnov, amb un valor $p < 0,05$, el que significa que els valors no es corresponen als d'una distribució normal i, per tant, no es pot aplicar la prova t de Student. En comptes d'aquesta, s'hi ha aplicat la prova de Mann-Whitney, per contrastar la hipòtesi d'igualtat de mitjanes. Com que s'ha obtingut un valor $p > 0,05$, s'accepta la igualtat de mitjanes. Així doncs, es conclou que no hi ha diferència d'edat pel que fa a l'adherència dels pacients al tractament.

Gràfic 4. Distribució de l'edat en funció de l'adherència dels pacients al tractament farmacològic (test de Morisky-Green).



En la taula 13 es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons la zona de residència, amb format de taula de contingència.

Taula 13. Adherència al tractament farmacològic segons la zona de residència					
Zona	Adherents		No adherents		Total de pacients
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
Rural	41 (66,13%)	41 (66,67%)	21 (33,87%)	21 (33,33%)	62
Sant Sadurní	54 (66,67%)	54 (66,67%)	27 (33,33%)	27 (33,33%)	81
Vilafranca del Penedès	97 (66,90%)	97 (66,67%)	48 (33,10%)	48 (33,33%)	145
Suma	192 (66,67%)	192 (66,67%)	96 (33,33%)	96 (33,33%)	288

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p > 0,05$, cosa que indica que no hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic segons la zona de residència.

En la taula 14 es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons el sexe, amb format de taula de contingència.

Taula 14. Adherència al tractament farmacològic segons el sexe

	Adherents		No adherents		Total de pacients
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
Dones	98 (66,21%)	99 (66,67%)	50 (33,78%)	49 (33,33%)	148
Homes	94 (67,14%)	93 (66,67%)	46 (32,86%)	47 (33,33%)	140
Suma	192 (66,67%)	192 (66,67%)	96 (33,33%)	96 (33,33%)	288

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p > 0,05$, cosa que indica que no hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic segons el sexe.

En la taula 15 es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons si el pacient viu sol o no, amb format de taula de contingència.

Taula 15. Adherència al tractament farmacològic segons si el pacient viu sol o no

	Adherents		No adherents		Total
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
No viu sol	144 (68,25%)	141 (67,29%)	67 (31,75%)	69 (32,71%)	211
Viu sol	37 (63,79%)	39 (67,29%)	21 (36,21%)	19 (32,71%)	58
Suma	181 (67,29%)	180 (67,29%)	88 (32,71%)	88 (32,71%)	269

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p > 0,05$, cosa que indica que no hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic segons si el pacient viu sol o no.

En 19 de les 288 enquestes recollides, el pacient no havia respost si vivia sol o no. Per tant, per a aquesta variable, els resultats fan referència a les 269 enquestes que tenien emplenat aquest camp.

Com a resultat significatiu, el percentatge de dones que viuen soles (15,24%) és superior al d'homes que viuen sols (6,32%), amb un valor $p < 0,05$ en aplicar la prova de χ^2 .

En la taula 16, es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons la claredat de les indicacions posològiques donades pels professionals sanitaris, amb format de taula de contingència.

Taula 16. Adherència al tractament farmacològic segons la claredat de les indicacions posològiques donades pels professionals sanitaris					
	Adherents		No adherents		Total
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
Les indicacions posològiques SÍ són clares.	181 (69,08%)	177 (67,41%)	81 (30,92%)	85 (34,81%)	262
Les indicacions posològiques NO són clares.	9 (47,37%)	18 (67,41%)	10 (52,63%)	12 (34,81%)	19
Suma	190 (67,62%)	195 (67,41%)	91 (32,38%)	97 (34,81%)	281

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p > 0,05$, cosa que indica que no hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic segons la claredat de les indicacions donades pels professionals sanitaris.

En 7 de les 288 enquestes recollides, el pacient no havia respost si les indicacions dels professionals eren clares o no. Per tant, per a aquesta variable, els resultats fan referència a les 281 enquestes que tenien emplenat aquest camp.

En la taula 17, es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons si el canvi de format de presentació dels medicaments dificulta el seguiment del tractament o no, amb format de taula de contingència.

Taula 17. Adherència al tractament farmacològic segons l'efecte del canvi de format de presentació dels medicaments					
	Adherents		No adherents		Total
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
El canvi de format dels medicaments NO dificulta el seguiment del tractament.	145 (73,23%)	132 (66,78%)	53 (26,77%)	66 (33,22%)	198
El canvi de format dels medicaments SÍ dificulta el seguiment del tractament.	46 (52,27%)	59 (66,78%)	42 (47,73%)	29 (33,22%)	88
Suma	191 (66,78%)	182 (66,78%)	95 (33,22%)	94 (33,22%)	286

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p < 0,05$, cosa que indica que sí que hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic segons el format de presentació dels medicaments.

En 2 de les 288 enquestes recollides, el pacient no havia respost si el format de presentació del medicament dificultava el seguiment del tractament o no. Per tant, per a aquesta variable, els resultats fan referència a les 286 enquestes que tenien emplenat aquest camp.

En la taula 18, es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons si el copagament dificulta el seguiment del tractament o no, amb format de taula de contingència.

Taula 18. Adherència al tractament farmacològic segons l'efecte del copagament					
	Adherents		No adherents		Total
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
El copagament NO dificulta el seguiment del tractament.	170 (68,55%)	164 (67,41%)	78 (31,45%)	84 (34,81%)	248
El copagament SÍ dificulta el seguiment del tractament.	12 (42,85%)	18 (67,41%)	16 (57,14%)	10 (34,81%)	28
Suma	182 (67,41%)	182 (67,41%)	94 (34,81%)	94 (34,81%)	276

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p < 0,05$, cosa que indica que sí que hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic segons l'efecte del copagament.

En 12 de les 288 enquestes recollides, el pacient no havia respost si el copagament dificultava el seguiment del tractament o no. Per tant, per a aquesta variable, els resultats fan referència a les 276 enquestes que tenien emplenat aquest camp.

En la taula 19, es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons l'ús de dosificador de pastilles, amb format de taula de contingència.

Taula 19. Adherència al tractament farmacològic segons l'ús de dosificador de pastilles					
	Adherents		No adherents		Total
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
No en fan servir	138 (65,40%)	141 (66,67%)	73 (34,60%)	70 (33,33%)	211
En fan servir	54 (70,13%)	51 (66,67%)	23 (29,87%)	26 (33,33%)	77
Suma	192 (66,67%)	192 (66,67%)	96 (33,33%)	96 (33,33%)	288

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p > 0,05$, cosa que indica que no hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic segons l'ús de dosificador.

En la taula 20, es mostren els resultats d'adherència al tractament farmacològic segons la identitat del preparador de la medicació, amb format de taula de contingència.

Taula 20. Adherència al tractament farmacològic segons la identitat del preparador de la medicació					
	Adherents		No adherents		Total
	Observat (% s/ total)	Esperat	Observat (% s/ total)	Esperat	
Una altra persona	45 (66,18%)	44 (65,02%)	23 (33,82%)	24 (34,98%)	68
El mateix pacient	100 (64,52%)	101 (65,02%)	55 (35,48%)	54 (34,98%)	155
Suma	145 (65,02%)	145 (65,02%)	78 (34,98%)	78 (34,98%)	223

En aplicar la prova de χ^2 s'obté un valor $p > 0,05$, cosa que indica que no hi ha diferències significatives en l'adherència al tractament farmacològic en funció de qui prepara la medicació.

En 65 de les 288 enquestes recollides, el pacient no havia respost qui prepara la medicació. Per tant, per a aquesta variable, els resultats fan referència a les 223 enquestes que tenien emplenat aquest camp.

1.3 Avaluació del grau d'adherència al tractament farmacològic segons la malaltia

Tots els pacients de l'àrea de l'Alt Penedès seleccionats per a aquest treball d'investigació estan classificats en un grup de risc clínic (en anglès, *Clinical Risk Group*), que pot ser el CRG6 (dues malalties) o el CRG7 (tres malalties o més).

Es pretén avaluar si hi ha alguna malaltia en la qual es detecti un efecte més important pel que fa a la manca d'adherència al tractament farmacològic.

En la taula 21, es mostra l'adherència al tractament farmacològic segons la malaltia, el nombre de pacients diagnosticats per a cada malaltia i el valor p .

Taula 21. Adherència al tractament farmacològic segons la malaltia				
Malaltia	Adherents	No adherents	Total	
Hipertensió	159 (66,81%)	79 (33,19%)	238	>0,05
Diabetis	106 (66,67%)	53 (33,33%)	159	>0,05
Hipercolesterolèmia	110 (66,67%)	55 (33,33%)	165	>0,05
Insuficiència cardíaca	60 (65,22%)	32 (34,78%)	92	>0,05
Insuficiència renal	19 (76,00%)	6 (24,00%)	25	>0,05
MPOC	31 (75,61%)	10 (24,39%)	41	>0,05
Asma	10 (76,92%)	3 (23,08%)	13	>0,05
Malaltia mental	9 (60,00%)	6 (40,00%)	15	>0,05
AVC	14 (63,64%)	8 (36,36%)	22	>0,05

Els valors de p s'han obtingut en aplicar la prova de χ^2 , excepte per a l'asma, atès que la mida d'una de les cel·les de la mostra és inferior a 5. En aquest cas, s'ha fet servir la prova exacta de Fisher.

Es pot comprovar que no s'ha obtingut cap diferència significativa pel que fa al grau d'adherència al tractament en funció de les diferents malalties.

1.4 Resultats de les respostes obtingudes en el test de Morisky-Green

Quant als resultats del test de Morisky-Green, els pacients manifesten bona adherència al tractament farmacològic en 192 enquestes (un 66,67%) i, en 96 (un 33,33%), no n'hi ha.

Pel que fa a la valoració del test de Morisky-Green, dels 96 pacients que no manifesten adherència al tractament farmacològic, 60 pacients (un 62,50%) han fallat una de les quatre preguntes i, 36 pacients (un 37,50%), mes d'una. Concretament, en els 60 pacients que sols han tingut un error, la distribució de respostes errònies és la següent:

Taula 22. Distribució de les respostes errònies

S'oblida de prendre la medicació	25 (26,04%)
Si algun medicament li fa mal, deixa de prendre la medicació	19 (19,79%)
Es pren la medicació a les hores indicades	8 (8,33%)
Quan li fa mal, deixa de prendre la medicació	8 (8,33%)

Després de l'anàlisi, es pot considerar que les quatre preguntes del test són necessàries, ja que cada una detecta un problema diferent i, en tots quatre casos, hi ha respostes que no han quedat incloses en les altres tres.

Fent una anàlisi global de les respostes del test de Morisky-Green que puntuen incorrectament en el treball d'investigació, i per ordre descendent de freqüència, aquestes són:

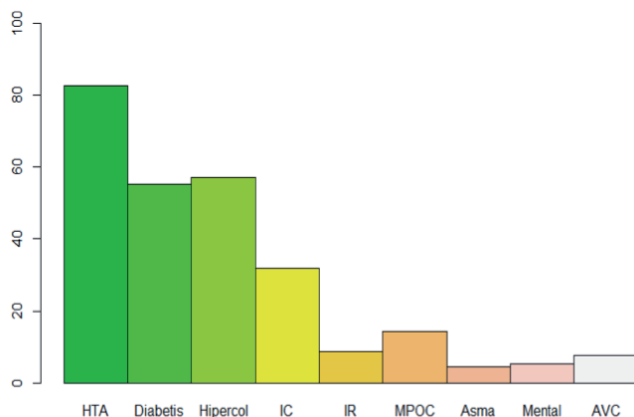
Taula 23. Distribució de les respostes en l'anàlisi global

S'oblida de prendre la medicació	51 (56,25%)
Si algun medicament li fa mal, deixa de prendre la medicació	41 (42,71%)
Es pren la medicació a les hores indicades	27 (28,13%)
Quan li fa mal, deixa de prendre la medicació	25 (26,04%)

1.5 Resultats de les prevalences de les malalties

En aquest apartat, s'analitza la prevalença global de les diferents malalties (vegeu el gràfic 5).

Gràfic 5. Prevalences de les malalties.



A la taula 24, es mostren les prevalences de les malalties segons el CRG. Per obtenir el valor p , s'ha fet servir la prova de χ^2 , excepte per a l'asma, la malaltia mental i l'AVC, en les quals s'ha fet servir la prova exacta de Fisher, ja que el valor d'alguna cel·la de la taula de contingència era inferior a 5. Aquest valor p ens indica si hi ha diferències significatives entre les prevalences de les malalties segons el CRG dels pacients.

Taula 24. Comparatiu de les prevalences de cada una de les malalties segons el CRG				
Prevalences	CRG6	CRG7	p	Global
Hipertensió	82,38%	83,61%	>0,05	82,64%
Diabetis	48,46%	80,33%	<0,05	55,21%
Hipercolesterolèmia	58,15%	54,10%	>0,05	57,29%
Insuficiència cardíaca	27,31%	49,18%	<0,05	31,94%
Insuficiència renal	7,49%	13,11%	>0,05	8,68%
MPOC	10,57%	27,87%	<0,05	14,24%
Asma	4,41%	4,92%	>0,05	4,51%
Malaltia mental	4,85%	6,56%	>0,05	5,21%
AVC	4,41%	19,67%	<0,05	7,64%

Les malalties per a les quals els pacients amb un CRG7 mostren una prevalença significativament superior a la dels pacients amb un CRG6 són la diabetis, la insuficiència cardíaca (IC), la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i l'accident vascular cerebral (AVC).

En la taula 25, es mostren les prevalences de les malalties segons la zona de residència. Per obtenir el valor p s'ha fet servir la prova de χ^2 , excepte per a l'asma, la malaltia mental i l'AVC, en les quals s'ha fet servir la prova exacta de Fisher. Aquest valor p ens indica si hi ha diferències significatives entre les prevalences de les malalties segons la zona de residència dels pacients.

Taula 25. Comparatiu de les prevalences de cada una de les malalties segons la zona de residència					
Prevalences	Rural	Sant Sadurní	Vilafranca del Penedès	p	Global
Hipertensió	82,26%	86,42%	80,69%	>0,05	82,64%
Diabetis	51,61%	51,85%	58,62%	>0,05	55,21%
Hipercolesterolèmia	58,06%	59,26%	55,86%	>0,05	57,29%
Insuficiència cardíaca	40,32%	24,69%	32,41%	>0,05	31,94%
Insuficiència renal	9,68%	8,64%	8,28%	>0,05	8,68%
MPOC	17,74%	11,11%	14,48%	>0,05	14,24%
Asma	4,84%	2,47%	5,52%	>0,05	4,51%
Malaltia mental	3,23%	8,64%	4,14%	>0,05	5,21%
AVC	11,29%	7,41%	6,21%	>0,05	7,64%

No hi ha cap diferència significativa entre les prevalences de les malalties segons la zona de residència dels pacients.

En la taula 26, es mostren les prevalences de les malalties segons el sexe dels pacients. Per obtenir el valor p s'ha fet servir la prova de χ^2 , excepte per a l'asma, la malaltia mental i l'AVC, en les quals s'ha fet servir la prova exacta de Fisher. Aquest valor p ens indica si hi ha diferències significatives entre les prevalences de les malalties segons el CRG dels pacients.

Taula 26. Comparatiu de les prevalències de cada una de les malalties segons el sexe				
Prevalències	Dones	Homes	<i>p</i>	Global
Hipertensió	88,51%	76,43%	>0,05	82,64%
Diabetis	50,00%	60,71%	>0,05	55,21%
Hipercolesterolèmia	60,14%	54,29%	>0,05	57,29%
Insuficiència cardíaca	31,08%	32,86%	>0,05	31,94%
Insuficiència renal	6,76%	10,71%	<0,05	8,68%
MPOC	8,11%	20,71%	>0,05	14,24%
Asma	6,76%	2,14%	>0,05	4,51%
Malaltia mental	7,43%	2,86%	>0,05	5,21%
AVC	5,41%	10,00%	>0,05	7,64%

La prevalença de la insuficiència renal és significativament superior en homes que en dones, però, per a la resta de malalties, no hi ha diferències significatives.

1.6 Discussió

Pel que fa a l'adherència al tractament farmacològic en els pacients de l'àrea de l'Alt Penedès amb dues o més malalties, el principal resultat és una adherència del 66,67%, una xifra superior a l'observada en altres estudis. Young & Oppenheimer (2006) refereixen que, per a les malalties cròniques, aquesta xifra arriba al 50% i alguns estudis anteriors han descrit que la manca d'adherència al tractament en els pacients amb malalties cròniques varia, segons la malaltia, entre el 30%-60% (Ruiz-García, Latorre-López, Delgado-Ramírez, Crespo-Montero & Sánchez-Laguna, 2016). En canvi, Villar-Álvarez, Banegas-Banegas, Donado-Campos & Rodríguez-Artalejo (2003) xifren l'adherència al tractament farmacològic per sobre del 50% i, en l'estudi de Tuesca-Molina, Guallar-Castillón, Banegas-Banegas & Regadera (2006), l'adherència assoleix un 47%, tot i que aquest últim estudi només inclou pacients amb hipertensió arterial.

Una possible explicació de l'alt percentatge d'adherència al tractament farmacològic al territori de l'Alt Penedès podria estar relacionada amb el tipus de pacients escollits per a l'estudi, ja que tots tenen dues malalties (CRG6) o més (CRG7). En canvi, la majoria d'estudis esmen-

tats se centren en pacients amb una única malaltia, excepte l'estudi d'Esteve-Cruella (2016), dut a terme en pacients amb dues o tres malalties. En aquest darrer estudi s'hi va detectar una adherència al tractament farmacològic del 51,8% i, en els pacients amb més de quatre malalties, aquesta xifra arriba fins al 55%, del tot comparable amb les dades del nostre estudi a l'Alt Penedès, tot i que en el nostre treball d'investigació no s'ha detectat aquesta diferència.

Un altre efecte diferenciador que ho podria justificar seria la zona geogràfica on s'ha dut a terme l'estudi. En aquest territori de l'Alt Penedès, l'any 2011 es va començar a desenvolupar el programa adreçat als pacients crònics complexos (PCC), uns pacients que complien també amb el requisit de presentar un CRG6 o un CRG7 i als quals, a alguns d'ells, s'ha fet un seguiment a l'alta hospitalària o sociosanitària i s'insisteix en la revisió i conciliació del tractament farmacològic. Aquesta explicació aniria en el mateix sentit que una de les conclusions de l'estudi de Molina *et alii* 2014, en el qual es diu que «la proactivitat és eficient en aquest perfil de pacient (comorbiditat, polimedicació, risc alt de reaguditzacions i complicacions)». Tot i així, no es pot concloure que sigui per aquest motiu i caldria fer una anàlisi més completa d'aquesta qüestió per descartar altres possibles explicacions.

Analitzades altres variables que poden influir en l'adherència al tractament farmacològic, en un estudi de l'Observatori de l'Adherència al Tractament (OAT) es refereix que en els pacients d'edat avançada augmenta l'adherència al tractament farmacològic, i donen com a resultat que els pacients d'entre 61 i 70 anys presenten una adherència al tractament farmacològic del 53%, una xifra que augmenta fins al 61% en els pacients d'entre 81 i 90 anys (Sánchez, 2016). Després d'analitzar les dades del nostre territori i de comparar l'estudi de l'OAT amb el de l'Alt Penedès, en aquest últim se segueixen obtenint uns percentatges d'adherència més alts.

Un dels factors d'interès és que l'Alt Penedès presenta una zona rural i una zona urbana diferenciades. Pel que fa a l'adherència al tractament farmacològic, els resultats de l'estudi mostren que no hi ha diferències significatives entre les tres zones estudiades: ABS rural (rural), ABS Sant Sadurní (urbana) i ABS Vilafranca del Penedès (urbana). Això es pot atribuir a l'homogeneïtzació de la mostra que es va dissenyar per

a l'estudi i la classificació de la població (CRG6 i CRG7), fet que hauria disminuït l'efecte d'altres elements diferenciadors, com poden ser l'edat mitjana de la població resident, viure en pisos o cases, en nuclis reduïts o amplis, més facilitat per accedir a serveis públics, etc.

Cal esmentar que a la zona de residència, rural o urbana, que forma la població estudiada de l'Alt Penedès, tot i la gran dispersió de territori i que algunes poblacions estiguin molt allunyades, hi ha bones vies de comunicació i cobertura sanitària en consultoris (metge/infermeria) a les zones rurals. Quant a les farmàcies, encara que en alguns pobles no n'hi ha, aquesta manca se supleix amb un servei de dispensació de fàrmacs a domicili. Aquest podria ser un element que cal tenir en compte a l'hora d'explicar els resultats, atès que no hi ha diferències significatives entre les dues zones urbana i rural pel que fa a l'adherència al tractament i la zona de residència dels pacients que coincideix amb l'estudi (Hart, Larson & Lishner, 2005).

Un aspecte important és la relació que els pacients tenen amb els medicaments, sigui per com reben les explicacions sobre com se'ls han de prendre, la forma de presentació, els factors econòmics relacionats amb els medicaments o sigui per la manera de seguir el tractament. Si tenim en compte que la prescripció de medicaments comporta tot un procés que el pacient ha de gestionar després, podem considerar que, des del moment en què es prescriu un medicament i fins que el pacient el rep i se'l pren, hi haurà decisions que el mateix pacient ha d'anar gestionant.

Davant la situació econòmica actual, una de les estratègies que va plantejar el Sistema Nacional de Salut per a l'abordatge de les malalties cròniques és l'ús dels medicaments genèrics, que és una política encaminada a fer front als tractaments farmacològics en termes de baix cost i d'alt impacte, basats en l'evidència científica, sense oblidar que un dels problemes fonamentals per als pacients són els errors de medicació (Bayón, 2012). Tot i que hi ha diversos factors que poden interferir en l'adherència al tractament farmacològic, en l'estudi quantitatiu d'aquest treball apareixen dos problemes que influeixen en la població i que, al mateix temps, afecten l'adherència al tractament. Un d'aquests problemes té a veure amb els canvis de format i la presentació dels medicaments: el color, la mida de les pastilles o la forma i el color de les

capses. L'altre problema que afecta l'adherència farmacològica és el copagament dels medicaments, que ha comportat un augment del cost dels tractaments farmacològics i que esdevé un problema a l'hora de comprar els medicaments.

El Reial decret 16/2012² de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema de Salut i millorar la qualitat i seguretat conclou que aquestes mesures pretenen disminuir la despesa en productes farmacèutics, particularment aquells considerats com menys importants, i desincentivar l'acumulació de medicaments no essencials per millorar la salut, amb la finalitat de generar així un estalvi de la despesa. Però els copagaments poden ser desavantatjosos si redueixen l'ús de medicaments beneficiosos per a la salut. Cal tenir en compte els grups vulnerables, com la gent gran o les persones amb ingressos baixos, atès que poden ser susceptibles d'abandonar la medicació quan han de pagar-la. Una de les conseqüències de la manca d'adherència al tractament és un increment de les taxes de malaltia i dels costos del sistema sanitari (Martín-García, 2014).

La presència de malalties cròniques crea un subconjunt de població amb una probabilitat més alta de patir comorbiditat i, a més, s'ha de tenir en compte que aquestes malalties són la principal causa de mort i discapacitat al món. Malgrat que la gran majoria es poden prevenir, la seva prevalença continua en augment, fonamentalment perquè l'aplicació de mesures de prevenció és insuficient (Palomo, Rubio & Gervas, 2006). En la població estudiada, les malalties més prevalents són les de risc cardiovascular, com la hipertensió (82,64%), amb una prevalença comparable a l'observada en l'estudi Di@bet.es de l'any 2009-2010 (Menéndez *et alii*, 2016); la hipercolesterolèmia (57,29%), amb una prevalença superior a la de l'estudi de Guallar-Castillón *et alii*, (2012), i la diabetis (55,21%), amb una prevalença superior a la de l'estudi Di@bet.es de l'any 2009-2010 (Ferrer-Penadés, Aguilar-Diosdado, March-Cerdá, Orozco-Beltrán & Picó-Alfonso, 2015). L'alta prevalença d'aquestes malalties ens mostra la necessitat de prendre mesures per controlar-les i abordar-les, ja que amb una millora dels estils de vida es pot reduir la

² Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions, BOE 98, 24 d'abril de 2012; sec. I: 31278-312.

seva prevalença. En aquest sentit, caldria més implicació dels professionals d'infermeria per promoure la conscienciació de la població respecte de la importància de cuidar la seva salut i promoure, compartir i desenvolupar instruments que millorin la capacitat en salut i autogestió de la malaltia en el pacient crònic (Subías-Loren, García-Mata & Pérula-de Torres, 2000; Téllez, 2004).

Una dada rellevant és la provinent de la determinació de les prevalences de les malalties en els pacients en funció del seu CRG. Així, els pacients amb dues malalties (CRG6) tenen més probabilitat de desenvolupar altres malalties (diabetis, insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica i accident vascular cerebral) que els pacients que ja presentaven tres o més malalties (CRG7).

Amb el temps, els pacients amb un CRG6 tenen una alta probabilitat de desenvolupar altres malalties, i passarien a tenir un CRG7. Figueira-Gonçalves *et alii* (2017) sostenen que els pacients amb MPOC presentaven taxes altes de dislipèmia, hipertensió arterial i obesitat, a més de cardiopatia isquèmica, arrítmia cardíaca i insuficiència cardíaca, fins i tot en els estadis més lleus de la malaltia, i que «aquesta detecció situa els pacients amb MPOC residents a les Canàries en un panorama clínic desfavorable, ja que s'incrementa la possibilitat de desenvolupar esdeveniments coronaris i d'arrítmia cardíaca i, per tant, es fa més complex gestionar aquesta malaltia».

Per millorar l'adherència, hem d'analitzar els motius de l'incompliment, cosa que farem amb el test de Morisky-Green. En aquest estudi, es constata que el motiu principal d'incompliment és l'oblit a l'hora de prendre's la medicació; de fet, més de la meitat (56,25%) dels pacients que no compleixen el tractament al·lega aquest motiu. El motiu d'incompliment següent és deixar de prendre la medicació quan un medicament fa mal. Finalment, altres dos motius amb un pes menys important són no prendre's la medicació a les hores indicades i, quan els pacients es troben bé, deixar de prendre la medicació (Ingaramo, 2005).

Les preguntes del test de Morisky-Green, segons les respostes de la població estudiada, es poden agrupar en dos grups principals:

Que hi hagi pacients que han manifestat que obliden prendre la medicació i d'altres que no la prenen a les hores indicades es pot atribuir a múltiples factors, com el nombre de fàrmacs, la complexitat del trac-

tament, la confusió o, com diu la pregunta, a l'oblit. Aleshores, podríem estar parlant d'actes involuntaris o manca d'adherència al tractament farmacològic no intencionada. Gairebé tothom, tard o d'hora, s'oblida d'una presa en algun moment. No obstant això, hi ha una diferència entre saltar-se una dosi de manera ocasional i oblidar-se de les preses de manera regular, diàriament o setmanal. L'objectiu és prendre totes les dosis aproximadament a l'hora adequada. Per aquest motiu, és molt important el treball dels professionals de la salut i, en aquest cas, d'infermeria; en primer lloc, per esbrinar el motiu pel qual no es pren i, en segon lloc, per proporcionar eines a fi d'evitar oblidar-se'n, i saber què fer si se n'han oblidat. Si tenim en compte tot en conjunt, es pot aconseguir fomentant l'autocura del pacient. Cal transmetre al pacient el missatge que s'ha de tenir en compte que no prendre el tractament pot tenir efectes secundaris, i que sempre hi ha coses que poden ajudar a no saltar-se les preses, qualsevol que sigui el seu estil de vida.

L'altre grup en què caldria fixar-se engloba les altres dues preguntes de quan el pacient deixa de prendre la medicació voluntàriament, ja sigui perquè li fa mal o bé perquè es troba millor. Aquí els pacients ho decideixen de manera voluntària. Estaríem parlant, per tant, de falta d'adherència intencionada. Els factors que poden influir en la presa d'aquesta decisió podrien ser la por que el pacient pot experimentar a reaccions adverses, la percepció d'absència de millora o de curació sense finalitzar el tractament i la creença que la medicació és innecessària o excessiva. D'aquí la importància de rebre els coneixements i la informació sobre els efectes secundaris de la medicació, ja que ajudaria a disminuir un dels factors que interfereixen en l'adherència al tractament farmacològic (Aguirrezabalaga, Aguado & Aizpurua, 2011).

Hi ha l'evidència que els pacients prenen les seves pròpies decisions a l'hora de fer front a un tractament farmacològic, les quals afecten la presa de medicaments. Tanmateix, aquestes decisions sobre els seus medicaments poden ser complexes. Per aquest motiu, és important que el professional conegui la percepció que el pacient té sobre la malaltia i el tractament que en fan els professionals de la salut. També cal estudiar el comportament del pacient de manera individualitzada, tenir en compte la seva participació en la presa de decisions i ajudar-lo a afrontar la situació.

Dedicar temps al tema de l'adherència al tractament segons els resultats donats per l'estudi quantitatiu és fonamental per poder dur a terme un bon abordatge de la situació i per ajudar el pacient en una situació tan complexa com és un tractament farmacològic de per vida.

2. Anàlisi i discussió dels resultats qualitatius

2.1 Anàlisi i discussió dels resultats de l'observació participant

L'anàlisi de l'observació participant es va dur a terme amb el recull de les notes de camp i el diari de camp, que es va registrar durant quatre hores d'observació diàries, de dilluns a divendres, durant dos mesos a les consultes d'atenció primària, amb els professionals d'infermeria que portaven més de cinc anys treballant com a infermers/eres d'atenció primària, que va permetre registrar el treball d'infermeria i les necessitats manifestades pels pacients en les diferents situacions que van succeir.

Els resultats que s'han obtingut a partir de les dades transcrites de l'observació participant han ajudat a donar visibilitat al treball diari a les consultes d'infermeria, enfocat a l'adherència al tractament farmacològic i a les cures que se'n deriven.

Posteriorment, es va fer l'anàlisi descriptiva dels resultats, segons la teoria fonamentada seleccionada per a aquest estudi d'investigació, amb la codificació de quatre categories:

- I. Adherència al tractament farmacològic
- II. Relació entre pacients i professionals d'infermeria
- III. Educació per a la salut
- IV. Gestió del temps

En les unitats de registre de les quatre categories que s'han identificat, les abreviatures INF i P corresponen als professionals d'infermeria i als pacients, respectivament.

Taula 27 (1). Unitats de registre de l'observació participant						
Professionals d'infermeria (INF) >5 anys treballant a la consulta AP	Edat	Àrea	Pacient: edat i motiu de consulta (P)	Multimorbiditat >2 malalties Polimedicació >5 medicaments S: Sí/N: No	Tipus consulta P: Programada E: Espontània U: Urgent T: Trucada	
INF 1: Dona	50 a.	Rural	P1	Senyora, 92 anys, amb HTA, diabetis, hipercolesterolemia, AC*FA autònoma per a les AVD i sense defïcits cognitius, viu amb la filla, se li han fet canvis de tractament.	S	P
			P2	Senyor, 82 anys, control HTA, ICC, MPOC i diabetis, necessita ajuda per a les AVD, dependent, funcionalitat amb cadira de rodes, que porta la seva dona, gran com ell. No vol seguir dieta, ni cap consell.	S	P
			P5	Senyor, 80 anys, pacient diabètic. Vidu, viu amb el fill addicte a drogues. Ve acompanyat del fill a fer-se una cura.	S	P
			P9	Senyora, 71 anys, control TA.	S	P
			P15	Senyora, 62 anys, control TA i diabetis, primera visita. Vinguda d'un altre municipi.	S	P
INF 2: Home	54 a.	Rural	P17	Senyor, 72 anys, portador de sonda vesical. Cures de la sonda.	N	E
			P20	Senyor, 61 anys, ve per control TA. El metge li ha canviat el tractament	N	P
			P21	Senyora, 84 anys, ve per edemes a les cames.	S	E
			P3	Senyora, 66 anys, ve per control de la dieta.	N	P
			P11	Senyor, 78 anys, control TA.	S	P

Font: Elaboració pròpia.

Taula 27 (2). Unitats de registre de l'observació participant					
Professionals d'infermeria (INF) >5 anys treballant a la consulta AP	Edat	Àrea	Pacient: edat i motiu de consulta (P)	Tipus consulta P: Programada E: Espontània U: Urgent T: Trucada	
INF 3: Dona	61 a.	Urbana	P4	Senyora, 68 anys, trastorn bipolar, control TA.	S
			P6	Senyor, 45 anys, cura d'una nafra. Preocupació per la seva mare. Tenir cura de la mare és important per a ell. Explica que viu sola.	S
			P7	Senyora, 80 anys, consulta telefònica sobre la medicació	S
			P10	Senyora, 76 anys, control Sintrom®.	S
			P12	Senyor, 45 anys, porta l'informe de la mare, que ha estat ingressada.	S
			P13	Senyor, 62 anys, primera visita per inici i control TA i del tractament	N
			P16	Parella de 72 i 76 anys, matrimoni, venen per control de malalties.	S
			P18	Senyor, 51 anys, diabètic, HTA, diabetis, IR, ve per control	S
			P19	Senyor, 55 anys, diabètic, HTA, IR, diabetis, hipercolesterolèmia ve per control.	S
			P22	Senyora, 91 anys, ve a fer-se un electrocardiograma.	S
INF 4: Dona	57 a.	Urbana	P23	Senyor, 75 anys, canvi de sonda,	N
			P8	Senyora, 72 anys, amb ICC, ve per control Sintrom®.	S
			P14	Senyora, 52 anys, acudeix per un injectable. Entra a la consulta molt nerviosa i amb verborrea constant.	N
					E
INF 5: Home	35 a.	Rural			E
					E

Font: Elaboració pròpia.

I. Adherència al tractament farmacològic

Moltes han estat les manifestacions, dels professionals i dels pacients, relatives a les dificultats de l'adherència al tractament farmacològic i el control de les situacions que es donen en les visites a les consultes d'infermeria d'atenció primària, on afloren sentiments i els professionals i els pacients han de prendre decisions constantment.

L'expressió verbal sobre l'adherència al tractament farmacològic hi és present, en totes dues parts, amb petites referències a demandes explícites, però en ambdues parts també es percep la sensació de voler obviar el problema i donar-li menys importància (Bosch, 2012).

Les discrepàncies pel que fa a la importància que els professionals o els pacients atorguen a l'adherència farmacològica són evidents. Els professionals insisteixen en la presa de la medicació, i a guiar els pacients i afirmar com ho han de fer; però molts pacients es revelen davant la insistència del professional i s'excusen. Tot plegat, fa que hi hagi una confrontació entre el que diu el professional d'infermeria i el que diu o pensa el pacient.

La gestió del tractament farmacològic dels pacients amb malaltia crònica implica que cal fer-ho sempre a llarg termini, cosa que emergeix a les consultes com un tasca difícil.

INF1/P1 (*at point 2866*): està enrabiada per l'espera, diu que no volia venir, ve acompanyada de la filla; la infermera li ha de fer un electrocardiograma (ECG) i el test de memòria i, mentre l'acompanya a la camilla, demana a la filla que l'ajudi a despullar-se; mentre la infermera prepara l'aparell, li pregunta si menja correctament, si fa exercici, si pren la medicació; la senyora es queixa, no hi sent bé; li pregunta una cosa i en respon una altra, la filla respon per ella.

L'interès del professional i el del pacient no van sempre en la mateixa direcció i, moltes vegades, els pacients reclamen una atenció diferent a la que es pretén amb la visita. En l'exemple anterior, la pacient reclama l'atenció del professional, però no obté la resposta que ella espera i es mostra enrabiada.

Jovell (1999) manifesta que entendre el malalt vol dir ser capaç de valorar les seves necessitats i expectatives i que la millor manera de copsar les cures que necessita un pacient és posar-se en el seu lloc. Així,

la incapacitat de posar-se en el lloc del pacient genera frustració a la persona malalta i al professional que l'atén, el que dificulta el procés d'atenció, la comunicació i l'escolta real del problema que està succeint en aquell moment.

INF1/P1 (*at point 34520*): ... La infermera, mentre li acaba de prendre la pressió arterial, li pregunta si es pren la medicació, sense mirar el full farmacològic, i ella diu que no; avisa la metgessa i aquesta entra a la consulta quan ja està vestida. Li aconsella com ha de preparar la medicació i li recorda la importància de prendre-se-la. Li dona hora per a un altre dia, perquè porti la medicació per revisar-la.

Des de la perspectiva d'observadora, la situació resulta estressant: són moltes coses que succeeixen en pocs moments i tot segueix fluïnt amb ordre, però sense resposta real a la pacient. Aleshores, quan la pacient va cap a la sortida i la seva mà arriba al pany de la porta, es gira, mira la infermera i li diu:

INF1/P1 (*at point 2868*): ... Tinc un embolic amb la medicació: amb tants canvis d'envàs i de color de les pastilles, moltes vegades ja no sé què prenc...

Aquí és quan hem de reflexionar sobre què necessita realment el pacient i no pas què necessitem nosaltres. Encara que, a vegades, els professionals donen les visites per acabades, i sembla que han fet totes les cures i l'educació sanitària, llavors es produeix un canvi i el pacient expressa necessitats que no s'havien previst. En aquests cas, la demanda es va fer explícita: els canvis de format dels medicaments (com ara la similitud en el color de les capsos, les diferents formes de les pastilles per a un mateix medicament o els diferents colors dels comprimits) representaven una dificultat per gestionar-los. La pacient deia que tenia por d'equivocar-se, i per això no es prenien les pastilles.

Com a professionals, hem de ser conscients de les dificultats que comporta la presa d'un medicament i no hem de donar mai per descomptat que sigui una tasca fàcil. Cada persona és diferent i les limitacions, també. Un error en la presa de medicació pot comportar un risc per a la seguretat del pacient (García-Arieta, Hernández-García, Avendaño-Solá, 2010).

Quan un fet així succeeix, hi ha un moment de reflexió durant el qual hauríem de pensar en el dilema següent: estem oferint les cures que el pacient vol o aquelles que els professionals necessitem per al registre?

INF1/P2 (at point 34221): ... La infermera li pregunta si es pren la medicació; ell respon que sí. Li demana que li expliqui què menja i la dieta que fa; ell diu que no en fa. Va amb cadira de rodes, no fa exercici, no es belluga. Li revisa el resultat de les anàlisis i li comenta que la glicada estava alta l'última vegada. Diu que no fa la dieta, que li agrada menjar fregits... La infermera em mira, el pacient ha sortit de la consulta i em comenta: "No vol col·laborar, però després tot es complica i hem de córrer...". Per aquest motiu, el controla més sovint. Diu: "No em fa gens de cas, ni a la dona ni a mi..."

Les visites sistematitzades donen sensació d'ordre, de no deixar-se res. Les entrevistes estructurades no són flexibles; són ràpides, però donen la sensació que el pacient no pot acabar de manifestar què li passa i que queden moltes coses per dir i per escoltar. La percepció de no anar més enllà en les entrevistes es mostra com una realitat que es posa de manifest amb una sensació d'incomoditat dels pacients i amb la dificultat dels professionals per posar-se en el lloc de l'altre, ja que això repercuteix en el temps que hauran de dedicar al pacient.

En el cas del pacient P2, és important tenir en compte les seves dificultats i posar-se en el seu lloc. Laín Entralgo (2014) explica que les vivències de la salut impliquen la consciència d'estar sa; en canvi, la malaltia implica una invalidesa i, en aquest cas, la impossibilitat de dur a terme la seva autocura. És aquí on pren importància el fet d'anar més enllà de la visita preestablerta i facilitar que es manifestin les necessitats dels pacients, i no pas el que necessiten els professionals.

Quan s'esdevé una pèrdua de salut en les persones, a més de la possible pèrdua de control de la situació, s'hi afegeix el fet que la percepció de les complicacions i la inseguretat poden arribar a envoltar el pacient i dificultar-ne l'adaptació. A les consultes, les malalties cròniques requereixen tractaments farmacològics que són sempre a llarg termini i els pacients poden sentir-ho com una amenaça, que poden manifestar i expressar o bé poden obviar (Kelly & May, 1982).

INF2/P3 (*at point 31141*): ... La senyora parla enrabiada, diu que això no funciona i que ella fa tot el que diu i que no menja. Quan intenta revisar-li la dieta i la medicació, ella s'avança i li diu tot el que fa, explica que dorm poc i que a la nit no menja, i que està escrivint les seves memòries. L'infermer intenta reconduir-la, però no es deixa... Segueix repetint que no menja... i que es pren la medicació...

Els professionals d'infermeria treballen per donar resposta a les barreres que dificulten el compliment del tractament farmacològic i a les diferents dificultats en relació amb la salut. També fan intervencions dirigides a millorar la informació, l'educació sanitària i la interrelació amb el pacient, però hi ha nombrosos factors que interfereixen en la cura de la salut, com ara les barreres que interposen els pacients mateixos i la dificultat de seguir uns hàbits de vida saludable, com la dieta, l'exercici i el descans. I és que aquestes conductes depenen del comportament i de l'actitud de les persones en la seva vida quotidiana. Tot i que l'educació sanitària és una tasca dels professionals sanitaris, cal tenir en compte que és una feina de tots, de la persona, de la comunitat i de la societat mateixa, i que, per ajudar al pacient a fer un canvi, aquest hi ha d'estar disposat.

Quan la pacient ha sortit, l'INF2 em diu:

INF2 (*at point 31141*): ... sempre és igual: ho hem intentat moltes vegades, però ella no fa la dieta i reclama aprimar-se, és tant insistent... Ho provo de totes maneres, però no m'escolta... No sé si pren la medicació... i torna...

Quan la pacient surt, la sensació de l'infermer és que el que està fent no serveix. A més, és conscient que, tot i que no li fa cas, continua tornant a la consulta. Conèixer el pacient pot ajudar en la presa de decisions, ja que la relació pot portar a una situació de confiança i complicitat: conèixer l'entorn on viu, amb qui viu, qui dur a terme les tasques, quines activitats fa i qui la pot ajudar són eines que faciliten que el professional recondueixi la situació.

Però també pot ser un escull, perquè el pacient es pot emparar en el que ja sabem i mostrar-ho no com una oportunitat de canvi, sinó com un generador de problemes. Moltes vegades s'hi fan propostes, però, com que ja les coneixen o en saben alguna cosa gràcies a altres persones, ni tan sols no volen provar-les. M'explicava l'INF2: «... no vol anar

a caminar, ni a gimnàstica, perquè la coneixen; no vol sortir, diu que fa la dieta... la medicació, no sé si la pren... no puc arribar a saber què li passa...». La preocupació dels professionals pels pacients es posa de manifest quan s'intenta aprofundir en el problema i no s'arriba a cap solució. En el cas de la pacient P3, es posa de manifest la necessitat de contacte de la pacient, tot i que, a penes, segueix els consells prescrits pel professional.

INF3/P4 (*at point 42178*): ... Senyora de 68 anys amb trastorn bipolar, ve acompanyada del seu marit per fer-se un control de TA. Li pregunta si es pren la medicació i ella li diu que sí. Tot i això, la TA és alta. Li pregunta si fa la dieta correctament, li pregunta quan es pren la pastilla de la TA i la pacient respon que, últimament, sols en pren mitja. La infermera li explica que n'ha prendre una cada dia, i no pas mitja... Li torna a mirar la TA. La senyora li explica que ja ho sap, però que té problemes familiars i que això no la deixa tranquil·la... i que pensa que amb mitja ja en té prou... La senyora insisteix que està angoixada. La infermera se li acosta i li diu que ja sap que tot és difícil, que coneix la seva situació (l'escolta mentre parla, li agafa la mà i es miren, la pacient, ella i el seu marit)... però li explica que ha de conèixer les seves prioritats i que aquestes ara passen per la família, però, per poder estar bé i poder-ho afrontar, ha de prendre la medicació, i no solament la de la TA, sinó tota la resta que han passat...

Els pacients amb problemes de salut mental també són usuaris de les consultes d'infermeria. Conèixer la família o el cuidador és molt important i necessari en les visites, perquè permet treballar conjuntament les mostres d'angoixa, per les dues parts, i permet treballar amb el pacient l'estabilitat del vincle amb la família o el cuidador.

Per als professionals no és fàcil donar suport en aquestes situacions, però és fonamental. Situar-se en la perspectiva aliena, i no en la pròpia, ajuda a comprendre millor els sentiments, les necessitats i les situacions particulars de l'altra persona i de la seva família, i ajuda a fer que el professional tingui una perspectiva de les circumstàncies i les necessitats manifestades pel pacient (Pons-Diez, 2006).

Un altre factor que interfereix en les cures dels pacients amb problemes de salut mental és la manca d'adherència al tractament farmacològic, o l'abandonament d'aquest, cosa que repercuteix en el control de

la malaltia i que provoca un empitjorament dels símptomes i de l'estat anímic dels pacients i un augment de l'angoixa de la família.

En un estudi de González, Cuixart, Manteca, Carbonell, Armengol & Azcon (2005), es posa de manifest la importància de la relació entre el pacient amb problemes de salut mental i el professional d'infermeria pel que fa a l'adherència al tractament, però els autors expliquen que aquesta relació no es té massa en compte. Altres autors afirmen que el compliment del tractament millora segons la relació de confiança que aquests professionals puguin transmetre, a més de les seves capacitats i coneixements (Nieto-Betancurt & Pelayo-Pedraza, 2009).

INF1/P5 (*at point* 23169): ... Hi entra un senyor amb el seu fill, per una cura. Presenta dificultat de mobilitat, porta un bastó... quan la INF1 li pregunta si porta la llibreta amb els controls, ell respon que no, que se l'han deixada... Li pregunta com es troba i ell diu que bé, però el seu fill diu que no pot més, que aquí diu a tot que sí, però a casa fa el que vol. El pare se'l mira molt seriós i calla... Mentre la INF1 ha començat a mirar la ferida i el cura, li pren la TA i li mira la glicèmia: estan altes. Li diu que s'ha de cuidar, perquè si no tot això pot anar pitjor... Ell diu que ja ho fa i, el fill, que no...

La cura del senyor és important i, els controls, també. Però què està passant, realment? El conflicte que sorgeix entre el pare i el fill es manifesta pel to de les paraules i els gestos d'aquest darrer, i per les mirades del pare. La visita es torna tensa, amb moments que només podem sentir la respiració de tots els que som a la consulta. Són moments que hom vol que acabin i que no explotin; tanmateix, en aquest cas, no ha estat així.

La infermera segueix fent la cura; calla, però escolta; mira, però no jutja; intenta fer una part de feina que ve donada per la demanda, però és conscient que hi haurà una altra situació que haurà d'abordar.

A les consultes hi ha moments totalment inesperats; visites senzilles, com la cura d'una ferida, es transformen en visites complexes que requereixen un abordatge complex i totes les eines que tenen els professionals per afrontar aquestes situacions.

INF1/P5 (*at point* 23169): ... de cop i volta, el fill li diu que no pot més i ens mira i explica que està en tractament amb metadona (la INF1 ja ho sabia) i que el seu pare ha d'entendre que ja no pot més. El pare li diu

que ja l'entén... Es fa un silenci molt intens i la situació es torna tensa. La INF1 surt per parlar amb la metgessa i em quedo sola. El fill està nerviós i es comencen a retreure coses quotidianes, sobre la feina, els diners... El fill li diu que no es deixa cuidar i que ell ja no ho vol fer més. El pare sols fa que sospirar i escolta...

Les drogues causen efectes terribles en les seves víctimes. Molts d'aquests efectes són totalment imprevisibles, degraden la persona i en modifiquen el comportament. En el cas observat, el fill mostra una pèrdua de respecte pel pare i, alhora, la seva angoixa. Per la seva banda, el pare pateix pel seu fill, i tots dos es mostren cansats i angoixats per la situació que estan vivint.

Des de la meua perspectiva d'observadora, l'angoixa del pacient i les mostres d'inquietud del fill es palpen a la consulta; els sentiments hi afloren i posen de manifest la dificultat de la relació i la impotència del pare. Tot plegat, em fa ser conscient de la necessitat de suport d'aquestes dues persones malaltes, amb una relació que no els permet mirar endavant i que s'ancora en el present.

Actualment, atesa la situació de crisi, un factor que cal tenir en compte és la desocupació i el consegüent retorn dels fills a casa dels pares, i el fet d'haver de viure tots de la pensió dels pares o, fins i tot, de la dels avis. En la societat actual, moltes famílies deixen en un segon pla la despesa econòmica en medicaments, en benefici de les necessitats d'altres membres de la família (fills, nets o altres), necessitats que passen per davant de la despesa personal. En aquest sentit, hi ha estudis que confirmen que els ingressos econòmics baixos repercuteixen, negativament, en la salut (García-Jiménez, 2003).

En aquests cas, han estat la metgessa i la infermera les que hi han intervingut: han creat aliances amb el pacient i el seu fill i han insistit perquè el fill segueixi el tractament que està rebent al centre de drogo-dependències. També han parlat amb ell de la possibilitat que hi pugui ingressar.

La majoria de les vegades, les consultes d'atenció primària són el primer punt de contacte i de detecció de problemes no solament de salut, sinó també de situació familiar, de tipus socials i, fins i tot, econòmics, i l'equip de metges i professionals d'infermeria ha de ser capaç de

treballar en col·laboració amb altres agents, utilitzant els recursos que necessiten en cada situació (Conthe, 2014).

Al territori de l'Alt Penedès, per intensificar el seguiment i el suport a l'autocura, es pot utilitzar l'ajuda de les infermeres gestores de casos, del metge especialista en cronicitat i dels treballadors socials, i fins i tot dels farmacèutics, segons les situacions que es percebin necessàries per als pacients (Barroso & Moral, 2011).

Les situacions que sorgeixen en el dia a dia d'una consulta d'atenció primària són moltes i molt variades. Dels nombrosos conflictes que hi apareixen, molts no es detecten, però d'altres segueixen en el fons de la intimitat de les persones.

INF3/P6 (*at point 43217*): ... Hi entra un senyor, saluda efusivament i diu: "Vinc a curar-me la nafra". És jove, 45 anys, té problemes de circulació i explica que li costa que se li curi. Aprofita per comentar a la infermera que la seva mare no es pren la medicació correctament, que va anar a l'hospital i que la hi van canviar, però que no sap com se l'ha de prendre ni a qui ha de fer cas. Mentre la infermera el cura, l'home explica que es pren la medicació segons com estigui de pressió. Quan l'acaba de curar, la infermera li diu que la nafra segueix bé i, quant a la seva mare, li demana que, quan arribi a casa, li digui que li truqui i que ja li aclarirà les coses.

La qualitat de la interacció entre pacient, família i professional és fonamental, ja que facilita les cures i el seguiment de les malalties. Els pacients que confien en els seus professionals, hi interaccionen millor: es minimitza la prevenció de possibles problemes, es millora la seguretat del pacient i el suport als cuidadors, s'eviten efectes secundaris i es protegeix i es preserva la salut del pacient (Orueta, 2006).

Els errors de medicació són una de les causes principals de morbiditat, la meitat dels quals ocorren en processos relacionats amb les transicions assistencials (primària, hospitalària, centre sociosanitari, visites als especialistes, etc.) i afecten la seguretat del pacient. Les transicions posen el pacient en una situació de risc de patir errors de medicació, que poden derivar en efectes adversos i ingressos hospitalaris evitables.

La revisió del tractament farmacològic és competència i responsabilitat dels professionals sanitaris. La conciliació de medicaments és un procés formal que ajuda a assegurar una informació precisa i profunda de la medicació i la conciliació després d'una transició assisten-

cial. D'aquesta manera, es compara la medicació habitual del pacient amb la medicació prescrita, amb l'objectiu d'analitzar i resoldre les discrepàncies detectades de medicaments i evitar, així, els esdeveniments adversos (Delgado-Sánchez, Naoz-Jiménez, Serrano-Fabiác & Nicolás-Picod, 2007).

INF3/P7 (*at point 44406*):... trucada telefònica: és una senyora de 80 anys que diu que té problemes amb les pastilles. La INF3 li pregunta quina dificultat té per seguir la medicació; ella li comenta que no s'aclareix, que un metge li diu una cosa i un altre, una cosa diferent... o sigui, que ella, segons com es troba, es pren la medicació o no. La infermera mira el full de medicació i els informes de l'hospital, revisa el tractament i li diu com l'ha de fer i, sobretot, que no es deixi la medicació. En acabar la conversa, li diu que passi per la consulta.

És important registrar els canvis que s'han fet en la medicació i comunicar-los al pacient de manera entenedora, facilitant-ne la informació. Aquest procés s'ha de fer amb la participació de tots els professionals responsables del pacient, sense oblidar el mateix pacient ni el cuidador, sempre que sigui possible, amb l'objectiu de valorar l'adherència al tractament o una possible manca de comprensió d'aquest (Adhikari, Tocher, Smith, Corcoran & MacArthur, 2014).

Quan s'atén un pacient crònic en situació de complexitat, estem parlant de pacients que presenten diverses malalties cròniques concurrents i que necessiten serveis d'hospitalització urgents amb ingressos en diferents episodis durant el mateix any,. També s'hi presenten de determinades malalties, com insuficiència cardíaca o l'MPOC, amb disminució de l'autonomia personal de manera temporal o permanent i amb situació de polimediació. A més, hi pot haver factors addicionals, com l'edat avançada, viure sol o amb poc suport familiar i episodis de caigudes, entre d'altres (Anderson, 2010).

No tots els pacients crònics són iguals ni tots necessiten el mateix, però molts d'ells faran una transició assistencial o aniran a diferents especialistes durant el procés de malaltia, motiu pel qual els caldrà dur a terme la conciliació del tractament farmacològic.

La conciliació de la medicació és un factor que apareix a les consultes, on els pacients apareixen amb informes d'alta i trucades telefòniques. La medicació es pot consultar per mitjà de la història compartida,

malgrat que, moltes vegades, la prescripció no coincideix amb el que diu l'informe. Després d'analitzar el que està passant, s'han de resoldre les discrepàncies per poder fer front a un tractament segur.

És un procés que requereix temps i participació de tots els professionals responsables del pacient, sense oblidar el mateix pacient o el cuidador. El seu objectiu és valorar l'adherència o la manca de comprensió dels tractaments, i donar més seguretat al pacient pel que fa al tractament farmacològic que ha de seguir (Valverde, Mendizabal, Ariz, Mitxelena, Pérez & Igea, 2016).

Tot i que el metge és responsable de la prescripció de la medicació, el professional d'infermeria té habilitats i competències per comprovar els medicaments prescrits i que aquests es corresponen amb el que s'ha pautat (Smeulers, Onderwater, Zwieten & Vermeulen, 2014). És important confirmar-ne la dosi amb el pacient o el cuidador, i fins i tot preguntar al pacient qualsevol altre medicament que estigui prenent i que hagi comprat sense recepta.

INF5/P8 (*at point 38941*): Ve una senyora a fer-se el control del Sintrom^{®3}. Quan l'infermer revisa la pauta que porta, s'adona que hi ha un error de prescripció del medicament. M'explica que ni ell ni el metge no hi han estat aquests dies, i que hi havia uns suplents, que es deuen haver equivocat. S'acosta a la senyora i li ho explica... però quan li punxa la prova, el resultat no surt bé. Parla amb el metge i li posen nova pauta. La senyora està preocupada, li ho torna a explicar, i li diu la pauta que ha de seguir i les conseqüències. La senyora se'l mira i torna a preguntar: no passarà res? La tranquil·litza i li ho torna a explicar. Quan la senyora està tranquil·la, li comenta que li pot consultar qualsevol dubte que tingui aquests dies.

Els errors de medicació són incidents evitables, que poden succeir per causes diverses, com per errors de prescripció, administració i dispensació. Hem de tenir en compte que pot passar en qualsevol nivell del procés i àmbit sanitari, i és fonamental dirigir tots els esforços i les intervencions per poder-los minimitzar i, si pot ser, evitar (Martínez-Ques, 2008).

Davant el risc, o la possible situació de risc, en relació amb la prescripció de medicaments als pacients, sorgeix la necessitat que els profes-

3 Sintrom: <<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=327&lang=CAS>>

sionals sanitaris revisin, sistemàticament, la medicació a les consultes d'atenció primària, sigui per avaluar si el tractament és adequat, sigui per saber si es fa de manera adequada o sigui per constatar si s'està obtenint l'efecte desitjat.

Hi ha moltes maneres de revisar la medicació. A les consultes, però, és bàsic demanar al pacient que porti la seva medicació, amb l'objectiu de revisar-la i confirmar la presa del fàrmac. Aquesta és una de les moltes estratègies que ajuden a optimitzar l'adherència al tractament farmacològic, assegurar-se que sigui efectiu, minimitzar-ne els riscos, verificar que representi un benefici per al pacient i garantir-ne la seguretat, a més de controlar les malalties i la qualitat de vida del pacient (Fernández-Liz, 2013).

INF1/P9 (*at point 18637*): ... Hi entra una senyora per fer-se un control de la TA, se saluden i, només començar, la senyora li diu que té molt de dolor. La INF1 li pregunta si dorm bé, com és el dolor, si pot caminar. Revisen el tractament sense mirar el full de medicació... obre el full de monitoratge, hi registra les constants, hi registra la dieta i l'exercici, revisa el pla de cures. La pacient, mentre segueix parlant de com ha d'aguantar el dolor, li pregunta si li haurien de canviar la medicació. La infermera li diu que, si a la doctora li ha semblat que és la correcta, no se l'ha de canviar, però en cap moment no revisa el full de medicació. Li diu que, si no pot controlar el dolor, li ho haurà de dir a la doctora, i que el que ha de fer és prendre's els calmants que li ha pautat i prendre's alguna tisana per estar més relaxada.

Decidir si cal afegir, retirar o continuar amb alguns dels medicaments, i valorar-ne els beneficis i els riscos, és responsabilitat mèdica, però tots els professionals sanitaris tenen la responsabilitat de revisar el tractament prescrit i assegurar la presa dels fàrmacs, a més de prioritzar si el pacient té cap demanda i adequar-la a les necessitats de cada situació (Nunes *et alii*, 2009).

INF1/P10 (*at point 42879*): ... Ve per al control del Sintrom®. Parlen de la dieta, del dolor... La infermera mira el full de monitoratge i el resultat de l'última anàlisi: li comenta que té el colesterol alt. Repassen de nou la dieta, perquè la senyora comenta que està cansada i que no pot tirar. La infermera li comenta que no té anèmia i li explica què ha de menjar. Repassen la medicació que pren. El resultat del Sintrom® és correcte.

El professional d'infermeria assumeix, de manera regular i protocolitzada, el seguiment dels pacients crònics, amb la finalitat d'evitar-ne les descompensacions, fer cures, donar suports i ajudar a controlar els seus processos. Però, la majoria de vegades, el registre d'activitats d'infermeria depèn dels protocols, i de les intervencions i els objectius que els professionals poden considerar més importants (Prieto-Parra, 2007).

INF2/P11 (*at point 34753*): ... El senyor diu que ve solament per al control de la TA. Li pregunta si pren el tractament, sense mirar el full de medicació. El pacient respon que sí. Revisa el compliment, com ho fa i quan els pren.

El pacient amb multimorbiditat i polimedicat és procliu a patir errors de conciliació de la medicació. A l'entorn d'atenció primària de l'Alt Penedès, la revisió del tractament farmacològic no es duu a terme sistemàticament i hi ha activitats en les quals es pot registrar. A més, el programa informàtic e-Cap, que s'utilitza per a la feina diària a les consultes d'atenció primària, té incorporat el test de Morisky-Green, però aquest no s'aplica si no és amb una demanda explícita.

INF3/P12 (*at point 44627*): ... El fill ha portat els informes de la mare, que ha sortit de l'hospital. La INF mira el full de medicació i els informes de l'hospital, revisen el tractament i li explica com l'ha de fer i, sobretot, li diu que no es deixi la medicació.

Perquè es produeixi una transferència efectiva en l'atenció sanitària, en qualsevol situació, cal que la comunicació sigui clara i sense ambigüitats. Per tant, les ordres escrites han de ser clares per reduir el risc de manca de comprensió de la medicació i del tractament que cal seguir.

S'observa que els professionals dels centres hospitalaris, condicionats pel ritme de treball que exigeix l'atenció sanitària i les limitacions dels horaris, no sempre són capaços d'emetre informes concisos i de qualitat, de manera que els professionals que reben, posteriorment, aquests informes es troben amb dificultats a l'hora d'interpretar-los correctament. La conscienciació dels professionals sobre els reptes i les oportunitats, des de qualsevol àmbit assistencial, pot ajudar a crear una cultura en la qual la informació anticipada i la gestió d'aquesta s'efectui de manera sistemàtica, i no tan sols en pacients concrets (Rattray, Sico, Cox, Russ, Matthias & Frankel, 2017).

II. Relació entre pacients i professionals d'infermeria

La relació entre els pacients i els professionals d'infermeria pot ajudar a fer un canvi o a acceptar un tractament. La proximitat que s'estableix a les consultes d'atenció primària facilita la transmissió de coneixements, actituds i habilitats que s'adaptin, individualment, a cada persona. Establir canals de comunicació entre els pacients i els professionals és clau per enfortir les relacions i afavorir la confiança perquè els pacients puguin expressar-ne obertament els dubtes, les preocupacions o les dificultats, a més de facilitar la comprensió del pacient i del professional.

Alguns pacients obvien el problema, desviant el tema de conversa, quan el professional els demana si es prenen la medicació. Altres vegades, quan parla el pacient, és el professional que segueix fent les activitats que estava duent a terme segons les havia planificades per a aquella visita.

INF3/P13 (*at point 11364*): ... S'està fent un control de la tensió arterial. Puc veure en el monitor de l'ordinador que, en els últims controls, la tenia alta, per sobre dels límits. Avui també té la TA alta. La infermera, primer, li pregunta si es pren la medicació cada dia i si la pren al matí. El senyor assenteix amb el cap. Si fa la dieta... si camina... i ell sols fa que sí amb el cap... quasi no el sentim, tot i estar asseguts els uns davant de l'altre. I, mentre la INF està revisant l'electrocardiograma, obre el full de la medicació i revisa el tractament. Ell segueix sense dir res... Hi ha silenci... La infermera respira fondo i, de cop, el senyor li diu: "M'han dit que la pastilla de la pressió pot provocar tos". La infermera se'l mira... Sembla com si una alerta s'hagi encès en el seu rostre...

En situacions en les quals la comunicació no és fluida es generen moments d'incertesa, de no saber cap on es va, de preguntar-se com es pot reconduir un problema de salut, fins que, algunes vegades, és el mateix pacient que dona el senyal d'alerta. Segons Habermas (1999), l'aplicació ètica comunicativa ha d'estar lliure de coaccions i tota persona hauria de ser respectada com a interlocutor vàlid, que té dret i capacitat per raonar i participar en les decisions, com ara les relacionades amb la cura de la seva salut.

INF5/P14 (*at point 2066*): ... Són les 11.20, no hi ha ningú al consultori perquè la pròxima visita no és fins a les 11.30. Hi arriba una senyora i truca fort a la porta. Ve per un injectable. L'infermer la fa passar. La

senyora no para de parlar i gesticular de manera inconnexa, explica la seva vida... que si és metgessa... que ara no treballa... es queixa del dolor. L'infermer li injecta el Voltaren i, mentrestant, la senyora segueix parlant i no para de bellugar les mans, ni de parlar... i, de cop, demana si li pot fer receptes i comença a donar explicacions... L'infermer li explica que no, que haurà d'anar al metge, però ella no l'escolta i segueix amb el seu discurs...

Des de la proximitat com a observadora, consultes com la reflectida en el paràgraf anterior, entre INF5 i P14, fan reflexionar sobre el sentit de la comunicació i com aquesta es fonamenta, essencialment, en el comportament humà. Alguns dels problemes d'efectivitat de la comunicació als quals s'enfronten els professionals en el dia a dia rau en la forma de conversar i relacionar-se amb els altres. Hi ha moltes persones que pateixen la dificultat d'expressar-se i, així mateix, la dificultat de ser escoltats.

INF1/P15 (*at point 6255*): ... És la primera visita que fa al consultori... Fa poc que ha vingut a viure al poble... Ens explica part de la seva vida i com ha estat l'arribada a un poble... És de ciutat... Ja ha començat a anar al centre cívic del poble, per relacionar-se... Explica que és hipertensa, que té sucre a la sang i diu: "Prenc massa medicació" ... i diu que fuma.

Un bon clima de relació i respecte pot condicionar, en gran mesura, el desenvolupament de les visites i l'abordatge posterior de la seva salut. Fer que el pacient se senti el centre de les cures, agent i protagonista de la resolució dels seus problemes, escoltat i tingut en compte, fa que tingui confiança en el professional sanitari (González-Aller, 2014).

S'ha constatat que els pacients i, sobretot aquells amb multimorbiditat i polimediació, no necessiten solament un suport professional (o formal), sinó també un suport social (o informal), de família, veïns, amics i de la comunitat. Aquests són sistemes de suport natural, que configuren les pautes de conducta, les relacions i les normes a l'hora d'actuar en el dia a dia del seu tractament i la seva cura de la salut (Martos-Méndez & Pozo-Muñoz, 2011).

INF4/P16 (*at point 12621*): ...Entren un senyor i una senyora junts. La infermera em comenta que són matrimoni, que són pacients seus des de fa molts anys i que hi tenen molta confiança. Tots dos tenen visita. El senyor mira la infermera i, abans d'asseure's, ja li pregunta per la seva

filla. La senyora li pregunta pel seu fill... Hi ha una conversa personal relaxada, abans de començar la visita.

Les relacions interpersonals tenen un paper important a les consultes d'infermeria, sobretot quan el pacient és atès per un mateix professional des de fa molt temps. Així, la consulta se simplifica, les mostres d'interès són mútues i tot plegat ajuda que el professional pugui abordar les dificultats de manera més distesa, i permet mesurar els avantatges i els inconvenients que poden tenir els pacients a l'hora d'afrontar la seva autocura i la presa de decisions.

III. Educació per a la salut

L'educació per a la salut és una eina fonamental que permet transmetre les habilitats i els coneixements necessaris perquè les persones puguin conservar, restablir o potenciar la seva salut, a més de millorar la seva qualitat de vida.

Dins l'educació per a la salut, hi ha activitats que són merament instrumentals (allò que diem *fer* prendre la TA, *fer* una glicèmia, *fer* una espirometria, *fer* un ECG, etc.) i d'altres que són educatives. Totes dues representen les feines principals en el dia a dia a les consultes d'infermeria, i tenen com a objectiu augmentar la capacitat de les persones en la seva autocura i en la presa de decisions sobre la seva salut (Guibert-Reyes, Grau-Abalo & Prendes-Labrada, 1999).

INF1/P17 (*at point* 5539): ... La metgessa li demana si pot passar a la seva consulta per comprovar el funcionament de la sonda vesical. Mentre ho fa i prepara les coses, va parlant amb el pacient, i li pregunta quant de temps fa que la porta, si li molesta, com fa l'orina... I li va explicant com ha de tenir-ne cura perquè funcioni correctament. El senyor l'escolta mentre ella va comprovant la sonda.

Les activitats són un instrument més en les taques diàries dels professionals d'infermeria, les quals milloren l'atenció i la relació entre l'usuari i el professional, i serveixen d'estratègia per interactuar amb el pacient i descobrir factors que interfereixen en la salut.

INF4/P18 (*at point* 14339): ... Mentre li va mirant la TA, el pes i la glicèmia... i ho apunta al full de monitoratge, repassa les activitats pendents i obre el pla de cures, repassen la dieta i li pregunta si es pren la medicació. Ell diu que darrerament no se l'ha pres...

Tenint en compte que els conceptes de tenir cura i de l'autocura són fonamentals per poder millorar la informació als pacients, les recomanacions que donen els professionals sanitaris prenen rellevància.

El propòsit de l'avaluació de l'adherència no és controlar els pacients, sinó més aviat esbrinar, intentar descobrir, si necessiten més informació i suport per dur a terme una bona adherència al tractament farmacològic.

Per aconseguir una bona informació i recomanacions, l'impacte del missatge educatiu s'ha de produir en el moment oportú perquè sigui més eficaç, és a dir, quan el pacient ho necessiti. A més, ha d'estar integrat a les mesures terapèutiques que li proposin, i cal adaptar-lo a cada necessitat a fi que el pacient el pugui entendre, perquè tingui consciència del tractament que li ha estat pautat i perquè hi confii (Maqueda-Martínez & Martín-Ibàñez, 2012).

INF4/P19 (*at point 4217*): ... La infermera obre el full de medicació i revisa el tractament. Van mirant un per un els medicaments, però ell no sap el nom... Sap per a què serveixen i (com no!!!), els colors... La infermera li diu: "Has de prendre la medicació, perquè et trobaràs malament, no ara, però sí d'aquí a un temps... Si no la vols prendre, ho has de consultar... No és la primera vegada que passa...". Ell no diu res, però li fa un comentari: "Com ho haig de fer quan sigui l'època del ramadà?" Ella li respon que ara el prioritari és que se la prengui i que li ho anirà explicant en les pròximes visites.

És important compartir les decisions amb els pacients, conèixer les seves creences, els hàbits i les circumstàncies que envolten la seva vida, ja que això ajuda a millorar la comunicació i transmetre un missatge d'autoresponsabilitat. Ningú no pot cuidar de la salut d'algú altre si aquest no vol, però pot ajudar a l'hora de transmetre un missatge dirigit a generar una actitud d'autoresponsabilitat (Costa-Alcaraza, Almendro-Padilla, García-Vicente & Ordovás-Casaurrán, 2008).

Les activitats van lligades a l'educació per a la salut i, com a professionals, els objectius que ens proposen per a l'abordatge de les necessitats dels pacients són molt importants. En un estudi elaborat per Bernard, Maderuelo & Moreno (2014), els autors manifesten que els pacients «demaneu informació de caràcter clínic per exercir el dret d'autonomia, traduint la tendència a l'apoderament dels usuaris com a part del canvi social».

Una de les estratègies que més utilitzen els professionals sanitaris és l'educació sanitària. Tenint en compte que aquesta sol ser estandaritzada, no dirigida al problema, es podria considerar un fenomen que cal treballar. Transmeten coneixements i actituds de manera assequible i adaptada a les necessitats del pacient, però quan es treballa l'adherència al tractament farmacològic es visualitza una actitud diferent: no hi ha normes, ni activitats solament dirigides a aquest fenomen i els professionals fan servir la comunicació adquirida en la formació general que se'ls ha donat.

Ara bé, de cada activitat, cal fer-ne el registre, i una part molt important del temps a les consultes d'atenció primària es dedica a registrar totes les activitats a la història clínica. No podem obviar que, massa sovint, els professionals d'infermeria duen a terme la seva activitat professional amb una càrrega i pressió assistencial considerables, cosa que comporta que aquest registre es faci segons les necessitats del pacient, però també tenint en compte els objectius que venen marcats per l'empresa.

Per poder avaluar els professionals i les cures que fan, cal un sistema de recollida de dades que es nodreix del registre dels professionals i dels objectius establerts. Però s'ha de tenir en compte que moltes de les activitats que els professionals duen a terme no estan reflectides en els indicadors i, per tant, es pot considerar que aquest és un sistema de valoració limitat.

Els estaments departamentals valoren els professionals d'infermeria per moltes activitats, però no pel treball que duen a terme amb el pacient quant a la revisió del tractament o la conciliació de la medicació a l'alta, ni per l'adherència al tractament farmacològic. Un altre factor és que, durant molt de temps, i fins i tot actualment, s'han mantingut al marge els professionals pel que fa a la formació en tractaments farmacològics i, tan sols, se'ls reclama que es formin en matèria de malalties específiques, com l'HTA, la diabetis i altres malalties (Valverde-Bilbao, Mendizabal-Olaizola, Idoiaga-Hoyos, Arriaga-Goirizelai, Carracedo-Arrastio & Arranz-Lázaro, 2014).

L'any 2011, amb la implantació del programa del pacient crònic complex, es van instaurar rutes dirigides als pacients amb insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica i diabetis mellitus, malalties en les quals el tractament farmacològic i la seva adherència són

molt importants per al bon control i per evitar complicacions. A més, s'hi va dur a terme la implicació dels professionals i es van donar a conèixer, però, tot i així, encara queda camí per recórrer, ja que els professionals, quan es va dur a terme l'estudi, encara que fes dos anys de la instauració del programa, no el tenien incorporat en la seva activitat a les consultes.

INF1/20 (*at point* 25826): El senyor diu: "El metge em va canviar la medicació de la TA i vinc perquè me la miris." La infermera el fa seure al costat de la llitera. Ell s'aixeca la màniga, la infermera li pren la TA i el pesa. Quan s'asseu davant nostre, la infermera li pregunta si pren la medicació. Ell li diu que sí i que li prova bé... La infermera li pregunta si menja amb menys sal i si camina i ell respon que menja sense sal des de fa anys i que surt a caminar cada dia. La infermera mira la medicació de la TA, però no la resta del tractament; revisa el full de registre, observa si hi falten activitats per registrar, com el consum d'alcohol, el tabaquisme i fer un electrocardiograma i l'anàlítica de control... El cita per a un altre dia per acabar de fer les activitats preventives i el seguiment.

Moltes vegades, les visites es fan de manera sistematitzada, fins i tot per als professionals mateixos. Segueixen un ordre per no oblidar què s'ha de fer. En l'observació es percep que el registre es fa no solament a partir de la demanda dels pacients, o en funció d'allò que el professional creu que és necessari, sinó perquè els professionals d'infermeria l'han incorporat com una tasca que cal fer per registrar les activitats generades per la direcció per objectius (DPO), i és per aquest motiu que molts professionals prioritzen unes activitats enfront d'altres (Nin, 2011).

El registre que es fa per complir amb als objectius interfereix en les activitats que es duren a terme en les visites, perquè el professional pot prioritzar el registre d'activitats per les quals serà valorat. Així, es pot dir que, en part, aquest és un sistema que limita el registre d'altres activitats que no estant marcades com a objectius, és el cas de l'adherència al tractament farmacològic.

Tot i que pot semblar que el tractament farmacològic sigui una activitat que ha de dur a terme el metge com a únic prescriptor del tractament, els professionals d'infermeria tenen la responsabilitat de revisar la medicació, detectar efectes adversos i informar de la medicació i el seguiment (Rodríguez-Chamorro, Pérez-Merino, García-Jiménez, Rodríguez-Chamorro, Martínez-Martínez & Faus-Dader, 2014).

INF1/P21 (*at point* 21068): La senyora ve sense hora i diu: “Em supura líquid de les cames”. La infermera mira la història clínica: la senyora pateix insuficiència cardíaca. Li mira la TA i explora les cames... Les té molt inflades i vermelles. Li pregunta si es pren la medicació, i la senyora explica com se la pren. La infermera parla amb el metge: li comenta que viu sola i que moltes vegades no segueix el que se li diu.

Pel que fa al registre de l'adherència al tractament farmacològic, que ve donat, també, per l'educació sanitària que es duu a terme amb el pacient, s'ha pogut observar que la majoria de vegades no es registra com a activitat, tot i que sí que es fa en el curs clínic. Durant els dies d'observació, no he vist cap professional que practiqui el test de Morisky-Green, malgrat que està incorporat en el sistema e-CAP.

La utilització del registre del test de Morisky-Green ajudaria a identificar realment els pacients que no duen a terme el tractament, al mateix temps que es podrien verificar les possibles causes que interfeixen en l'adherència al tractament farmacològic i es podrien dissenyar estratègies específiques per a aquest problema.

El registre d'infermeria sol ser, moltes vegades, l'única documentació en la qual es fan constar les cures que s'han practicat al pacient i els tractaments que se li han administrat. Reflectir les cures és molt difícil. Com s'ha pogut observar, hi ha activitats que són fàcils de registrar (un injectable, una cura, el registre de la TA o el de la glicèmia), però moltes de les cures complexes que se'n deriven, com la resolució de conflictes, el treball coordinat entre professionals, l'adequació de recursos i el tracte amb pacients amb malaltia mental, deteriorament cognitiu o problemes d'addiccions, són difícils d'avaluar. Aquestes són les cures «invisibles» a les quals es dedica temps, un temps que no es té en compte a les direccions per objectius i que, consegüentment, fa que aquestes cures es quedin molts cops sense registrar (Ramos-Morcillo, Ruzafa-Martínez, Fernández-Salazar, del Pino-Casado & Armero-Barranco, 2014).

En el cas dels pacients amb malalties de salut mental, amb discapacitat, deteriorament cognitiu o drogodependents, en els quals l'abordatge és més complex i no hi intervé només el pacient, sinó que l'entorn familiar i social representa un pilar fonamental en les cures, el seguiment del seu tractament és molt complex i es necessiten tots els recursos. En un estudi de Muñoz-Livasa & Prieto-Roblesa, (2016), es manifesta que «freqüentment es presenta confusió en els pacients sobre com s'han de

prendre o consumir els medicaments. Els professionals de les diferents disciplines encaminades a l'àrea de la salut, com ara els infermers i les infermeres, donem per fet que els nostres pacients ja saben com han de consumir o ingerir algun medicament que, prèviament, ha estat receptat pel seu metge».

Promoure el coneixement del tractament, les eines que han de fer servir i donar informació, ens porta a fer que el professional s'hi impliqui i, per tant, proporcioni més educació sanitària i doni eines que potenciïn les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), que ajuden el pacient a millorar la seva autonomia i autocura i, d'aquesta manera, es facilita que prengui decisions cada dia més segures per potenciar el compliment del tractament.

Poluzzi *et alii* (2005) van elaborar un estudi sobre l'adherència i la persistència, al llarg de tres anys, amb pacients hipertensos. Els resultats van mostrar la disminució del compliment durant els tres anys que va durar, cosa que reforça la necessitat de seguir duent un seguiment dels pacients amb malalties cròniques per mantenir una bona adherència al tractament farmacològic.

IV. Gestió del temps

La complexitat de la feina de les consultes d'atenció primària i l'optimització del temps i els recursos fan que calgui la col·laboració dels diferents professionals i, és clar, la del mateix pacient (Bermejo-San José, Barceló-Bru, Ribera-Pibernat, Poveda-Andrés & Sanromán-Álvarez, 2016).

INF4/P22 (*at point* 26605): Hi entra una senyora gran de 91 anys que ve per al control i per fer-se un electrocardiograma. La infermera li mira la TA i la fa jeure per fer-li l'electrocardiograma. Li veu una picada a la cama i, mentre va fent, li pregunta quants dies fa que té aquella picada. Ella respon que molts... La infermera li cura la picada amb aigua i sabó, i amb Betadine®. Veu que té un edema i envermelliment al turmell, i avisa el metge. La picada està infectada i se li pautava antibiòtic i una pomada. Li explica com se l'ha de rentar i curar. Li dona hora per a una visita per controlar la ferida.

Tot i que moltes vegades els pacients venen per una visita concreta, s'acaben fent activitats diferents derivades de les seves necessitats.

En aquest cas, es fan el control i una cura, marxa amb l'antibiòtic pautat i amb les instruccions de com s'ha de fer la cura i com s'ha de prendre el tractament i, finalment, li han donat hora per a un altre dia.

L'abordatge conjunt, de l'equip mèdic i infermer, el construeixen els professionals que atenen a les consultes i que treballen per assolir un mateix objectiu: que les consultes siguin més efectives i que s'optimitzin els recursos. La complicitat, la confiança entre els professionals, el respecte i la retroacció reafirmen una millor atenció i resolució dels problemes de salut presentats en cada moment.

INF2/P23 (*at point* 5439): El metge truca a la porta i passa a la consulta d'infermeria; demana que, quan pugui, atengui un senyor que té problemes amb la sonda vesical.

En el treball dels equips dels consultoris de les zones rurals, la interacció entre metges i infermeria és més freqüent, ja que tots ells comparteixen l'espai físic i tenen horaris i agendes paral·leles, cosa que facilita l'atenció als pacients. Malgrat que, de vegades, no sembla rellevant, el treball dels administratius en aquests consultoris és fonamental, ja que són una part integrada en l'atenció i l'ordre de les visites.

La majoria dels pacients que acudeixen a les consultes tenen alguna malaltia crònica i molts d'ells presenten comorbiditat, amb prescripció de diversos fàrmacs que porten a la polimediació. Per tant, per als professionals i per als pacients, es fa difícil de gestionar, i el temps que se'ls ha de dedicar està determinat pel procés en què es trobi la malaltia. El treball en equip, a l'hora de proporcionar cures integrals al pacient, i la gestió del temps comporten un valor afegit, perquè atendre en el mateix moment sense estar programat afegeix càrrega a la consulta diària, però al mateix temps és més efectiu per al pacient, motiu pel qual s'hauria de preveure un espai per a aquests tipus de visites.

Als centres d'atenció primària de les zones urbanes, els diferents professionals comparteixen espais, però les agendes moltes vegades no són paral·leles. Per tant, en un mateix equip de metge i infermera, de vegades un professional treballa al matí i l'altre, a la tarda, de manera que no coincideixen en el mateix horari. Aquest fet repercuteix en la comunicació entre els professionals i fa que aparegui la necessitat d'establir noves vies per resoldre problemes i perquè el treball sigui efectiu i eficaç.

La gestió del temps a les consultes d'atenció primària és percebuda pels professionals com un problema. Aquests expliquen que tenen llistes de pacients assignats massa llargues, que els temps de consulta són massa curts i que hi ha amb una burocratització creixent del sistema, amb càrregues de registre molt importants que incideixen en el treball assistencial (Barragán-Brun & Arbonies-Ortiz, 2008).

INF2 (*at point 3164*): ... Surt de la consulta a les 10.50. La infermera està intranquil·la, va tard, però intenta controlar la situació. Parla amb l'administrativa i amb la gent que té a fora. No hi ha cap problema, tothom diu que s'esperarà.

La gestió del temps aporta qualitat de vida professional i eficiència, però, quan es passa consulta, la prioritat no és acabar a temps, sinó resoldre els problemes dels pacients. Es posa de manifest que, a les consultes, un temps reduït d'atenció als pacients incideix en la informació i formació que se'ls dona, i per això aquesta manca de temps es veu com una barrera important si es vol apoderar el pacient (Murray & Berwick, 2003).

INF6 (*at point 25087*): Avui ha estat un dia complicat, hi ha hagut més urgències de les que teníem previstes, visites sense hora programada, problemes que hem hagut de resoldre mentre passàvem visita amb el metge [sospira...]. El temps que tenim programat no es compleix...

Els professionals m'expliquen que el fet de dedicar més temps als pacients no vol dir que se'ls atengui millor. El que els pacients volen és una atenció de bona qualitat i que es resolgui el seu problema. Però, moltes vegades, les demandes dels pacients requereixen més estona per poder-les resoldre, com les dels pacients amb problemes de salut mental, les dels pacients amb problemes psicosocials, les cures que són complexes i altres casos en els quals el pacient ha demanat visita per a una sola demanda i que, al final, acaben amb diversos motius de consulta.

Als professionals els preocupa que aquest temps no estigui previst a les agendes, que no es pugui registrar de cap altra forma i que no es pugui valorar ni sigui valorat per les direccions.

L'observació a les consultes d'atenció primària amb els professionals d'infermeria ha aportat coneixements del que es fa i fins on arriba la seva implicació, fa que es percebi la professionalitat i la confiança que

els pacients dipositen en infermeria i com els professionals treballen per obtenir l'autonomia dels pacients.

L'essència de la disciplina infermera resideix, precisament, en l'atenció de les necessitats de cures de la població. En aquest treball d'investigació, es dona prioritat a l'adherència al tractament farmacològic. Encara que els professionals d'infermeria tenen incorporat l'enfocament holístic del pacient, i tot i que n'identifiquen i diagnostiquen les necessitats i les incorporen a les seves activitats diàries per ajudar el pacient a assolir una millor qualitat de vida, la millora de l'adherència al tractament farmacològic segueix sent un tema pendent dins de les activitats diàries a les consultes.

2.2 Anàlisi i discussió dels resultats del grup focal

Mitjançant l'anàlisi seqüencial, en la qual apareixen les aportacions dels 9 professionals que van participar en el grup focal⁴, es va fer una primera lectura de totes les transcripcions. Això va permetre obtenir una idea global del contingut i conèixer les idees principals al voltant de les quals s'estructurava el discurs dels professionals d'infermeria.

Es van identificar i segmentar les dues unitats de registre principals i es van agrupar en dues categories, que havien estat seleccionades com a més rellevants d'acord amb l'objectiu de l'estudi:

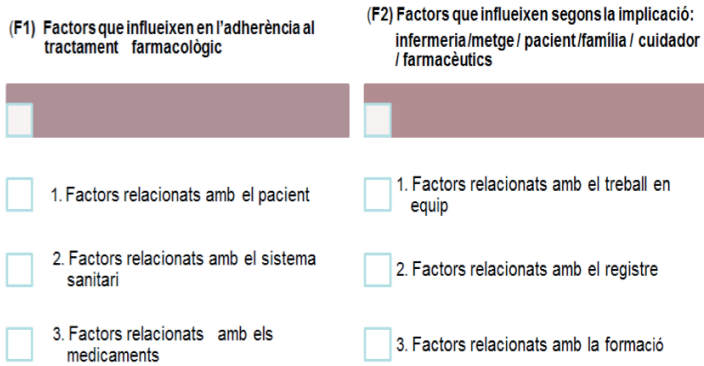
- F1) Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic.
- F2) Factors que hi influeixen segons la implicació: professionals d'infermeria, metges, pacient, família, cuidadors i farmacèutics.

En una segona anàlisi, van sorgir les diferents subcategories relacionades amb els factors i les unitats de registre principals, identificades en aquest estudi.

En la taula 28 es mostra, com a dimensió general, el fenomen de l'adherència al tractament farmacològic, les dues categories emergents i les diferents subcategories detectades.

⁴ Marc metodològic. Obtenció de resultats. Síntesi.

Taula 28. Fenomen de l'adherència al tractament farmacològic



Font: Elaboració pròpia.

L'anàlisi de les dades obtingudes dels professionals, codificades en categories i subcategories, i registrades en taules, ha permès englobar i exposar, de manera més clara i lògica, les idees relatives als factors d'influència i les relacions respecte a l'adherència en el tractament farmacològic.

El grup focal ha estat determinant com a font d'informació i per aconseguir que els professionals d'infermeria, gràcies a la seva aportació de registres, dades, inquietuds, normes i valors, manifestin els seus coneixements i les seves expectatives vers l'adherència al tractament farmacològic, el que ha suposat un valor important per a la investigació.

F1) Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic

Tal com es pot veure en el registre de la taula 29, els membres del grup focal van afirmar, unànimement, que la manca d'adherència al tractament farmacològic emergeix com un problema real (molts pacients no prenen els medicaments, tot i manifestar que ho fan correctament) i que els factors que intervenen en aquest fenomen són diversos i molt difícils d'abordar (Dios-Guerra & Pérula-de Torres, 2012).

1. FACTORS RELACIONATS AMB EL PACIENT

En la taula 30 hi ha un resum de les aportacions dels professionals d'infermeria sobre els factors relacionats amb el pacient.

Els professionals estan d'acord a afirmar que els pacients prenen les seves decisions, com ara deixar de prendre el tractament perquè es troben millor o prendre'l tal com creuen que és correcte. Cal tenir en compte, però, tots els problemes psicosocials i de salut mental, els dèficits cognitius i físics, els problemes de vista i les tremolors essencials que, la majoria de vegades, van lligats als tractaments complexos i que, per tant, fan que aquests tractaments farmacològics s'hagin de seguir a llarg termini.

Molts pacients no perceben la necessitat de prendre els fàrmacs perquè les malalties que pateixen no els provoquen dolor i decideixen deixar el tractament o prendre medicaments que no han estat prescrits pel metge; és a dir, no són conscients dels efectes secundaris de deixar el tractament farmacològic (Santana-Vasallo, Bembibre-Taboada, García-Núñez & González-Ávalos, 1998). Uns pacients diuen que, de vegades, s'obliden de prendre els fàrmacs, d'altres els prenen més tard i uns altres ja no ho fan. En el cas dels diürètics, no se'ls prenen el dia que han de sortir.

Un factor que cal tenir en compte és la problemàtica social: pacients que viuen sols, que no tenen cap cuidador de referència o que pateixen manca de recursos. Els professionals d'infermeria expliquen que han de buscar recursos d'ajuda externs per esbrinar si aquests pacients estan fent el tractament. Sovint se'n cuiden els serveis de treball social, les farmàcies o els cuidadors informals (veïns o amics), però, així i tot, diuen que no és suficient.

Els mateixos pacients manifesten que un dels factors facilitadors és tenir el mateix professional de referència, atès que es crea un vincle de confiança que facilita la comunicació i la interrelació a l'hora d'afrontar el tractament farmacològic i altres temes personals i de salut.

Donen molta importància a la comunicació, ja que els pacients, tot i explicar-los com han de fer el tractament, moltes vegades no entenen les instruccions que els han donat. Hi ha errors de missatge i de comprensió del tractament i molts pacients no recorden com els van dir que ho havien de fer.

Amb relació als pacients amb deteriorament cognitiu, expliquen que, quan el deteriorament és lleu, és més difícil actuar perquè la persona afectada no vol que un altre li controli la medicació i la família tampoc no ho percep com un problema. En aquests pacients, és fonamental la col·laboració entre pacient, família/cuidador, metge i infermeria per arribar a un abordatge i ajustar el tractament i les cures a les necessitats dels pacients.

Infermeria manifesta que el deteriorament cognitiu i les demències poden comprometre l'adherència dels pacients al tractament. Moltes vegades això passa desapercbut i és difícil saber quan el pacient està empitjorant. Expliquen que efectuen avaluacions integrals i valoracions cognitives que ajuden a detectar en quina etapa del deteriorament es troba el pacient, i això permet elaborar un pla d'actuació. El tractament d'aquests pacients es pot abordar més fàcilment, ja que molts d'ells són coneguts a les consultes i el seu seguiment es pot fer millor. El problema sorgeix quan es decideix retirar a un pacient l'autogestió del seu tractament (Crespillo-García, Rivas-Ruiz, Contreras-Fernández, Castellano-Muñoz, Suárez-Alemán & Pérez-Trueba, 2013b). Infermeria explica que, en aquests casos, la família o el cuidador són fonamentals, i moltes vegades la intervenció de treball social i les visites a domicili donen una visió més global i holística per dissenyar l'abordatge del problema.

Els resultats obtinguts són força coincidents amb els d'altres estudis publicats, en els quals s'afirma que no hi ha cap intervenció específica per a l'abordatge del tractament farmacològic que hagi demostrat la seva eficàcia en tots els pacients, i es recomana la combinació d'actuacions, ja que s'han obtingut resultats més positius que amb les intervencions aïllades. A més, es considera necessari personalitzar les actuacions segons els factors implicats en l'incompliment i les característiques del pacient i el seu entorn (Nieuwlaat, 2014; Zullig, Peterson & Bosworth, 2013).

2. FACTORS RELACIONATS AMB EL SISTEMA SANITARI

Allò que més manifesten els professionals taula 31 és la manca de temps per dur a terme les visites en les quals s'ha de revisar el tractament farmacològic. Expliquen que les altes, siguin les hospitalàries o les dels centres sociosanitaris, o les nombroses transicions⁵ que els pacients fan

⁵ Procés de transferència de pacients entre diferents ubicacions o àmbits assistencials

pel sistema sanitari, dificulten la revisió del tractament farmacològic, ja que sovint no hi ha cap registre del tractament a l'alta, o no concorda el tractament de la recepta amb el que té pautat a l'informe, o s'ha omès la pauta horària, o no s'han donat de baixa els medicaments anteriorment prescrits. Tot plegat es complica encara més quan els pacients venen d'especialistes privats, perquè les dades no són al sistema (Valverde, Mendizabal, Ariz, Mitxelena, Pérez & Igea, 2016).

Opinen que la visita que es dedica a la revisió del tractament farmacològic no està sistematitzada, ni tampoc s'ha incorporat als equips. Pensen que si aquesta visita estigués inclosa en les DPO, o fos prioritària, es faria més sovint. Els professionals diuen que els pacients que figuren en el programa del pacient crònic complex, quan reben l'alta, els ho comuniquen, i llavors fan la conciliació de la medicació. Però, malauradament, molts pacients demanen hora amb el metge i no van a la consulta d'infermeria.

Expliquen que, si es revisa el tractament a l'alta, moltes vegades hi ha errors. Pensen que aquesta revisió s'hauria de fer sempre per garantir la seguretat del pacient. Suggereixen la possibilitat de fer un seguiment telefònic dels pacients i comenten que, actualment, pel que fa a la medicació, no solen fer-ne cap.

L'accessibilitat a una visita és molt important. A les zones rurals no solen tenir problemes, ja que els pacients són atesos durant la mateixa setmana, coneixen molt bé els professionals referents i la proximitat és un factor que ajuda el professional d'infermeria i el metge a fer la revisió i el seguiment del tractament farmacològic i a compartir-lo. A més, els professionals poden contactar amb les farmàcies sense problemes. En canvi, a les zones urbanes, és molt més difícil accedir a una visita mèdica, atès que el temps d'espera augmenta, els pacients, a vegades, no tenen clar quin és el seu referent i tampoc no estan acostumats a demanar hora al professional d'infermeria per revisar la medicació. A més, el contacte dels professionals d'infermeria amb les farmàcies és quasi inexistent.

Els professionals diuen que els pacients reconeixen que tenir el mateix professional de referència ajuda a establir una bona relació de confiança, que els hi facilita la comunicació quan no compleixen el trac-

tament i responen millor quan se'ls proposen intervencions per millorar el problema. En canvi, quan canvien de consultes o de lloc de treball, costa que els pacients tinguin confiança i expliquin, obertament, que no duen a terme el tractament i, per tant, l'abordatge és més difícil (Martín Alfonso, 2006).

Un dels problemes que sorgeixen és que el canvi de professionals genera en el pacient la necessitat de repetir la història de la malaltia cada vegada. Aleshores, el pacient pot rebre orientacions diferents. Per tant, la inestabilitat dels professionals de salut que atenen el pacient és un factor que contribueix al no-seguiment adequat del tractament (Martín-Alfonso, Bayarre-Vea, La Rosa-Matos, Orbay-Araña, Rodríguez-Anaya, Vento-Iznaga & Acosta González, 2007).

Els resultats mostren que, per establir una bona relació terapèutica entre els professionals i els pacients, s'han de tenir en compte totes les particularitats d'aquests. Expliquen que és important conèixer les circumstàncies o els factors que els porten a no seguir el tractament. El repte és poder reconèixer en el pacient les seves capacitats físiques, intel·lectuals, socials, emocionals, espirituals i religioses que ajudaran a dissenyar intervencions individualitzades perquè puguin afrontar les canvis i el compliment del tractament (Bermejo, 2005).

Un escull en el sistema sanitari és el temps que es pot dedicar als pacients. Diuen que cal molt de temps per fer la conciliació del tractament farmacològic, en la qual s'han de detectar les discrepàncies i els errors que hi poden haver per garantir la seguretat del pacient, mirar si els medicaments són els correctes, revisar-ne la dosi, la via d'administració, les pautes d'administració i si els medicaments prescrits en l'informe són els que hi ha a la recepta electrònica (Heyworth, Clark, Marcello, Paquin, Stewart, Archambeault & Simon, 2013).

La situació és encara més complexa en el cas dels pacients amb problemes de salut mental, perquè ni els metges ni els professionals d'infermeria no tenen la possibilitat d'accedir al curs clínic, ni a la prescripció de fàrmacs, a causa de la confidencialitat de les dades. Per tant, si no s'ha actualitzat la recepta electrònica, la incertesa generada fa que els professionals no puguin estar segurs del que ha de prendre o ha pres el pacient.

En els pacients amb problemes de salut mental, segons dades del Ministeri de Sanitat, aproximadament d'un 4% a un 12% dels que tenen trastorns mentals segueixen, rigorosament, el seu tractament farmacològic. La resta de pacients prefereix no ingerir cap fàrmac, ja sigui perquè creuen que no els necessiten o perquè deixen de prendre'ls després de patir símptomes indesitjables a causa dels efectes col·laterals (González, Cuixart, Manteca, Carbonell, Armengol & Azcon, 2005).

Els professionals d'infermeria d'atenció primària expliquen que, al nostre territori, la majoria dels pacients amb trastorn mental tenen visites concertades en centres de salut mental, centres de dia i teràpies de grup, a més de participar en programes educatius, contactar amb especialistes privats, etc. En canvi, són pocs els que van a les consultes d'infermeria, tret que no sigui per a l'administració de fàrmacs injectables o algun control. Tot i així, expliquen que és difícil fer un abordatge acurat a causa de la confidencialitat de dades i la reticència dels pacients a anar a les consultes d'infermeria. Un altre problema és que no hi ha accés a la història clínica, ni a la prescripció de la medicació. Un obstacle que preocupa a infermeria, i que interfereix en el seu abordatge, és la poca formació sobre els tractaments farmacològics i la dificultat de contacte amb salut mental per parlar dels pacients (Razali, Hasanach, Khan & Subramaniam, 2000).

Altres professionals del grup expliquen que solucionen el problema posant-se en contacte amb el centre de salut mental (CSM) i que no solen tenir problemes quan parlen de tractament farmacològic. No obstant això, no poden accedir a la seva història clínica, que no permet una visió global de la situació. Diuen que, com a alternativa, mantenen el contacte amb infermeria del CSM per a casos puntuals.

Un aspecte que cal tenir en compte és que la meitat dels professionals que formaven el grup focal treballen en una àrea urbana i l'altra, en una àrea rural. L'abordatge ha permès estudiar els avantatges i els inconvenients segons el territori.

A les zones rurals, els professionals d'infermeria expliquen que tenen més relació amb la farmàcia i que poden solucionar el problema de la medicació, sobretot dels genèrics, parlant amb els farmacèutics, cosa que fa que el treball col·laboratiu vagi en benefici del pacient. Quan el farmacèutic intenta donar la mateixa caixa de genèric que el pacient

pren perquè no hi hagi errors, reforça de nou el tractament que se li ha pautat en la recepta electrònica. En canvi, a les àrees urbanes no hi tenen contacte, tot i que expliquen que molts pacients van sempre a la mateixa farmàcia, que és on els ho expliquen millor.

Un dels problemes que refereixen els professionals de l'àrea urbana és l'accessibilitat dels pacients al centre per a una visita mèdica, que pot trigar dues setmanes o tres, i per a infermeria la poden donar en la mateixa setmana; però, si demanen una visita urgent, pot ser que no els visiti el seu metge, ni la seva infermera, en alguns centres. A les àrees rurals, en canvi, l'administrativa del centre coneix quasi tots els pacients i els facilita l'accés, fins i tot, el mateix dia, cosa que permet la revisió de qualsevol tractament a l'alta.

Quant a treball social, a les àrees urbanes les necessitats es gestionen per mitjà de les infermeres gestores de casos; en canvi, a les àrees rurals es coneixen, es comuniquen i, fins i tot, treballen juntes alguns casos.

3. FACTORS RELACIONATS AMB ELS MEDICAMENTS

Hi ha unanimitat en el fet que els genèrics taula 32 han dificultat la gestió dels medicaments, sigui pels errors relacionats amb el format de les capsos (algunes són molt similars), sigui perquè, per a un mateix medicament, la capsa pot tenir fins a cinc dissenys diferents i les pastilles que hi contenen també tenen un color o una mida diferent. Aquest fet pot provocar errors en la presa de la medicació, com ara prendre el mateix fàrmac dues vegades per error, o no prendre'l perquè el pacient no n'està segur. Els professionals expliquen que, molts pacients, quan els preguntes per la medicació, només s'hi aclareixen en funció de les mides i els colors (Vàlles *et alii*, 2002).

Les pautes de l'informe de la medicació tampoc no faciliten la gestió del tractament (p. ex. fàrmacs a dies alterns, un cop per setmana, tres cops per setmana).

Els professionals comenten que als pacients els costa manipular algunes pastilles, bé perquè són petites, s'han de partir o trencar, ja que costen d'empassar, o bé perquè no caben al pastiller. Per tot plegat, provoquen rebuig als pacients.

Els pacients amb comorbiditat han de gestionar molts medicaments. Alguns cops a la farmàcia els els preparen directament amb el pastiller, el que en facilita la manipulació, però tampoc no és un sistema perfecte, ja que algunes pastilles són grans i no hi caben. Tampoc no hi caben els pegats transdèrmics per al dolor o per al tractament de cardiopaties, ni els xarops, ni les pastilles efervescents, ni els inhaladors, ni les gotes, etc. A més, si hi ha algun canvi de medicació a mitja setmana, el pastiller ja està preparat, queda tancat i precintat, i no es pot obrir per posar-hi més medicaments.

Els professionals expliquen que ningú no els posa al dia dels nous tractaments que surten i, de cop, es troben amb medicaments nous que han de gestionar sense conèixer-los.

Malgrat que els professionals perceben la conciliació com un problema, aquesta hauria de representar una oportunitat per a infermeria i aprofitar per interactuar amb el pacient, i així esbrinar conductes i creences de possibles efectes adversos, cosa que repercutiria en un benefici per al pacient i en milloraria la seguretat, l'adherència i el control de les seves malalties. A més, amb totes aquestes intervencions, en sortiria beneficiada la qualitat de vida (Delgado-Sánchez, Naoz-Jiménez, Serrano-Fabia & Nicolás-Pico, 2007).

Manifesten que, potser, no es revisa suficientment la medicació i no coneixen les pautes que cal seguir; tampoc no tenen indicacions, ni se'ls informa de les accions o els procediments que estiguin protocol·litzats per dur a terme el tractament de manera correcta. En conseqüència, les pautes que se segueixen responen a les habilitats personals que han après en formació diversa que consideren que són correctes i funcionen.

Quan es refereixen a la revisió de la medicació en les consultes, diuen que no la fan sistemàticament, ni amb tots els pacients, sinó només quan el problema és evident, està suposant un risc per el pacient, hi ha algun canvi de tractament, el pacient ha fet alguna transició entre el sistema o bé ha visitat especialistes o professionals que estan fora del sistema informàtic. Expliquen que costa molt revisar els tractaments farmacològics, ja que cada dia són més complexos.

Malgrat que en una plataforma informàtica del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC), del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, hi ha tota una sèrie de documents adreçats

als professionals sobre el maneig de la medicació⁶ i que, juntament amb el CedimCat⁷, tenen la missió de contribuir a la millora de la qualitat en l'ús dels medicaments i donar suport en la presa de decisions dels professionals sanitaris i dels pacients, els professionals no coneixen la seva existència. S'ha de tenir en compte que no es pot donar la culpa de tot a la poca difusió de la informació, però sí que és un factor que interfereix en el desenvolupament de noves habilitats que poden adquirir els professionals a l'hora de treballar. Consegüentment, en no tenir el coneixement dels recursos, segueixen treballant com sempre ho han fet, sense aplicar canvis que podrien ser beneficiosos per als pacients.

El copagament dels fàrmacs ha generat controvèrsia en les experiències dels professionals (Benach, Tarafa & Muntaner, 2012). Alguns refereixen que ha estat un problema, perquè hi ha pacients que han deixat de comprar el medicament a causa de la despesa econòmica que els representa i no poden assumir, ja que moltes vegades han de prioritzar altres necessitats. Hi ha pacients que, amb la seva pensió, ajuden els fills o els nets i que cobreixen abans les necessitats dels altres que les seves. Tot i així, els professionals diuen que, a vegades, queden sorpresos perquè hi ha algun pacient no pot pagar el tractament, però que, en canvi, fa altres despeses, com la compra de tabac.

La recepta electrònica sí que ha facilitat la prescripció de medicaments, però hi ha receptes que no estan del tot emplenades. Tot i que la recepta està digitalitzada, molts metges l'omplen parcialment. Hi ha informació —a quines hores s'han de prendre els medicaments, per què serveixen, quan i com s'han de prendre (abans dels àpats o després)— que molts metges no la registren, i el sistema tampoc no la demana.

Encara que disposin de la recepta electrònica⁸, els pacients segueixen acumulant medicaments a causa de les modificacions dels trac-

6 Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (<http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicao/>)

7 Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya (<<http://www.cedimcat.info/index.php?lang=ca>>)

8 Instrument telemàtic que integra els processos de prescripció, revisió i dispensació de fàrmacs de manera automatitzada i que permet que les ordres de tractament puguin ser accessibles a pacients, professionals i als punts de dispensació. <<http://www.termcat.cat/ca/Cercaterm/>>

taments i perquè els guarden. Pel que fa a altres tractaments, com les gotes o inhaladors, de vegades no en tenen prou, ja que la necessitat és variable o no els manipulen bé. El fet que es pugui confirmar si el pacient retira els medicaments de la farmàcia és un avantatge, però no es pot assegurar que se'ls prengui i, de moment, tampoc no hi ha cap sistema d'alerta que avisi si no els retira (Fischer *et alii*, 2010).

Alguns estudis que s'han fet sobre la seguretat del pacient situen els medicaments com la causa més freqüent d'efectes adversos relacionats amb l'atenció sanitària, en els hospitals (estudi ENEAS) (Aranaz, Aibar, Vitaller & Ruiz, 2005) i en l'atenció primària (estudi APEAS) (Aranaz, Aibar, Vitaller, Mira & Orozco 2008). D'aquí la importància de revisar i conciliar el tractament farmacològic pautat, ja que la causa principal dels errors és el desconeixement del tractament real dels pacients.

F2. Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic segons la implicació: professionals d'infermeria, metges, pacient, família, cuidadors i farmacèutics

S'han agrupat, segons les aportacions dels professionals Taula 33, diversos ítems en relació amb el treball en equip i la implicació dels professionals en el fenomen estudiat. Tots tots opinen i afirmen que la implicació és important no solament la dels professionals d'infermeria, sinó també la del pacient, la família, l'estament mèdic i les farmàcies. Els professionals manifesten que s'ha d'abandonar el rol paternalista vers el pacient perquè aquest adquireixi autonomia i responsabilitat. Ho veuen com una necessitat de conscienciar la població i manifesten que «l'adherència al tractament farmacològic ens toca a tots».

1. FACTORS RELACIONATS AMB EL TREBALL EN EQUIP

Els professionals opinen Taula 34 que aquest hauria de ser un treball en equip, entre els professionals mèdics i els d'infermeria, que la proactivitat és important i que cal derivar els pacients quan hi ha sospita de manca d'adherència. Comenten que pocs metges deriven els pacients quan detecten manca d'adherència al tractament farmacològic. En canvi, a l'hora de fer derivacions a infermeria, sembla que es prioritzen altres

activitats més tècniques, o deriven els pacients quan hi ha un canvi de tractament i cal fer-ne els controls (glicèmia, TA, ECG, etc.), però no pas quan se sospita que hi ha manca d'adherència al tractament farmacològic (Orueta, Sánchez-Oropesa, Gómez-Calcerrada, Arriola & Nieto, 2015).

El que sí que fan els metges és derivar els pacients quan no compleixen amb la dieta o l'exercici, o quan hi ha activitats de les PAPPs que s'han de fer.

Els professionals opinen que, a vegades, quan deriven el pacient des de la consulta d'infermeria a la consulta del metge, perquè sospiten que el pacient no segueix el tractament, alguns metges no ho tenen en compte i, si ho fan, després no ho comenten o no ho apunten al curs clínic. Llavors, el professional d'infermeria deixa de seguir el cas i, si ho vol fer, li costa saber què ha passat i, fins i tot, a vegades és el pacient mateix qui li ho explica.

Els professionals d'infermeria expliquen que és un treball en equip i que, tot i que poden fer l'abordatge, cal l'ajuda i la col·laboració del metge per adequar els tractaments i fer-ne un bon seguiment conjunt.

Un altre factor que cal tenir en compte és la coordinació de l'equip, sobretot als centres més grans, com el CAP urbà de Vilafranca i el de Sant Sadurní, ja que les UBA no coincideixen en l'horari o les agendes són més rígides, el que dificulta poder treballar junts. A les àrees rurals, en canvi, això és més fàcil, atès que fan el mateix horari i el contacte és molt més proper.

Expliquen que l'adherència al tractament farmacològic representa per a infermeria d'atenció primària un gran repte, ja que és una font de factors diversos que necessiten un abordatge multifactorial, que és un fet que és produeix diàriament en un moment o altre en les consultes d'atenció primària, que no es pot obviar i que necessita la col·laboració de tots per aconseguir un benefici de les intervencions que es duen a terme a fi de millorar l'adherència al tractament farmacològic (Clyne *et alii*, 2016).

En un estudi dut a terme per Enciso (2011), aquest manifesta que «és necessari augmentar les plantilles d'Infermeria a l'Atenció Primària per poder fer el seguiment del pacient crònic, aconseguir un sistema sanitari sostenible i de més qualitat i augmentar la seguretat del pacient: s'ha de valorar la redosificació, la prescripció duplicada i el compliment terapèutic».

En els resultats del grup focal, un dels aspectes que resulta rellevant en les aportacions d'infermeria, i que s'ha de tenir en compte, és el treball col·laboratiu. Els professionals diuen: «...M'he trobat moltes vegades que per molt que ho vulguis arreglar, no pots i si no col·laboren els altres...». El diàleg entre professionals, pacients, familiars, cuidadors, farmàcies i treball social arriba a ser un entrellat que requereix temps i habilitats comunicatives per dur-lo a terme i, a més, en moltes situacions, un abordatge dels diversos agents de salut referits anteriorment.

Des de l'experiència, puc confirmar que, per aconseguir bons resultats en l'adherència al tractament farmacològic, hem de tenir en compte que la prevenció, la detecció i l'abordatge són fonamentals. A més, no és competència exclusiva dels metges, sinó que és molt important la intervenció de tots els professionals, entre els quals cal destacar els d'infermeria d'atenció primària, a causa de la proximitat amb el pacient i el metge, però sense oblidar d'altres, com són els farmacèutics i els psicòlegs.

Treballar des d'un equip multidisciplinari de manera integrada permet millorar la planificació de les activitats, pel fet que es pot orientar a fer intervencions més específiques i a les causes subjacents de la inadequació terapèutica (per exemple, factors associats al pacient, al prescriptor, a dificultats de comunicació o a l'ambient). També permet aconseguir intervencions d'èxit (Baena-Díez, Gorroñoigoitia-Iturbe, Martín-Lesende, de Hoyos-Alonso, Luque-Santiago, Litago-Gil & de Alba-Romero, 2007).

Els professionals mencionen que, moltes vegades, donen per descomptat que els pacients prenen correctament la medicació, perquè el pacient els ho diu i ells ho creuen, o perquè el pacient és convincent. No obstant això, expliquen que molts no ho fan, que se n'obliden o que gestionen el tractament com a ells els sembla correcte. D'altres llegeixen el prospecte i, quan veuen els efectes secundaris, decideixen no prendre la medicació. Segons un estudi d'Escamilla-Fresnadillo, Castañer-Niño, Benito-López, Ruiz-Gil, Burrull-Gimeno & Sáenz-Moya (2008), el procés de presa de la medicació pel pacient es compon de tres fases: a la consulta espera que el metge escolti, diagnostiqui i recepti; a la farmàcia surten els dubtes de com l'ha de prendre, i a casa llegeix el prospecte i pre les seves pròpies decisions.

Des de la perspectiva que dona ser professional d'infermeria i gestora de casos, aquests comportaments dels professionals d'infermeria de no fer una revisió acurada del tractament farmacològic i de no anar més enllà i preguntar al pacient en què se'l pot ajudar condueixen a fer que els pacients tinguin conductes passives, en lloc de promoure l'autoresponsabilitat, l'autocura i la implicació amb els seus problemes de salut. Per poder dur a terme un abordatge més proactiu, cal que el pacient prengui les seves pròpies decisions, i pugui fer front al tractament farmacològic i no sigui, tan sols, un espectador.

És aquí on el professional d'infermeria té un paper important per elaborar estratègies que permetin fomentar la confiança dels pacients, que puguin parlar de les seves malalties – què en saben –; que expliquin les seves preocupacions sobre els medicaments que estan prenent, i, si hi tenen dubtes, que es pugui parlar dels efectes secundaris i se li pugui mostrar, també, els efectes beneficiosos de prendre correctament els medicaments (del Pino Casado & Martínez Riera, 2007).

2. FACTORS RELACIONATS AMB EL REGISTRE

Quan parlem als professionals d'infermeria del registre de l'adherència al tractament farmacològic Taula 35, només dos saben com es pot registrar l'adherència al tractament farmacològic en el sistema informàtic e-CAP i com s'ha de fer el test de Morisky-Green. La resta de professionals no sap fer-lo ni registrar-lo. Per tant, la conclusió del grup és que la manca d'adherència al tractament farmacològic no es registra correctament.

Pel que fa a la revisió de la medicació, normalment es pregunta al pacient si la pren, i aquesta dada es fa constar en un registre en les activitats anomenat: «adherència al pla de medicació», amb tres variables (baix, moderat o adequat), i s'hi poden afegir comentaris curts que no són visibles fins que entres dins l'activitat. Un altre registre que s'hauria de tenir en compte és l'activitat: «adherència al tractament farmacològic», que permet registrar el test de Morisky-Green, però que molts no coneixen i, per tant, no el fan.

Quan es parla del registre de la medicació, creuen que no és suficient, que no l'emplenen tots els professionals de la mateixa manera i que costa saber si un pacient fa el tractament farmacològic o si el fa

correctament. A més, si es registra en el curs clínic, costa consultar-lo, ja que aquest va lligat a un diagnòstic que sol ser mèdic i no específic per al seguiment del tractament farmacològic.

Expliquen que tenen molts registres de diferents activitats preventives que resten molt de temps a la feina de les consultes i que prioritzen segons les necessitats del moment. Escriuen en el MEAP (curs clínic) si el pacient compleix o no i, si detecten problemes, el deriven al metge.

Segons Galimany (2013), el registre en la història clínica electrònica (HCE) «facilita la coordinació, el coneixement de la trajectòria assistencial del pacient i aporta continuïtat assistencial», per tant un bon registre hauria de ser prioritari per a l'abordatge de qualsevol situació que afecti el pacient per poder porta a terme un bon seguiment.

Els professionals d'infermeria expliquen que els metges, majoritàriament, no registren la manca d'adherència al tractament farmacològic i, si ho fan, ho escriuen en el curs clínic, per la qual cosa després és molt difícil trobar-ho si ha passat massa temps, ja que és un registre que no permet que es dugui a terme una cerca sistematitzada.

Fan al·lusió al fet que són moltes les activitats que fan a les consultes diàriament: educació sanitària, informació sobre la dieta, pautes per fer exercici, hàbits saludables i d'altres indicacions que estan derivades de la demanda mèdica i segons el diagnòstic, les quals necessiten un registre acurat, perquè moltes estan lligades a les DPO, i han de dedicar-los temps. Alguns professionals ho manifesten amb inquietud i d'altres diuen que són necessàries per poder fer un bon seguiment del pacient, però no arriben a un consens. El que sé que els preocupa realment és el temps que han dedicar al registre i que no dediquen al pacient.

Cada dia són menys els professionals d'atenció primària del nostre territori que utilitzen plans de cures d'atenció personalitzats, i les activitats que fa infermeria es relacionen amb els diagnòstics mèdics. Això interfereix en el registre, que es podria dur a terme per mitjà d'un diagnòstic infermer com el d'«incompliment del tractament», que el faria visible a tots els professionals de la salut i ajudaria a desenvolupar activitats de millora i donar continuïtat i seguiment acurat al problema (Beck-García, Ponce-Hernández, Lozano-Sanchez, Paredes-Bernabé, López-Ozores & Gonzalez-Fuente, 2009, p. 157-160).

3. FORMACIÓ

El parer unànim dels professionals Taula 36 és que no els tenen presents per a la formació en farmacologia, només per a tractaments puntuals com la hipertensió, els inhaladors i la diabetis. Creuen que és per interessos concrets, i diuen que són ells, pel seu compte, els que fan la formació.

Creuen que, quan es parla de medicació, aquesta sempre va lligada als metges, tot i que cada dia més els professionals d'infermeria fan seguiment dels pacients amb alta complexitat i, també, són administradors de fàrmacs de molts tractaments diferents que van canviant, sigui en un moment d'urgència, en una visita a la consulta o a domicili.

Pensen que la formació hauria de ser contínua sobre posologia, interaccions, efectes secundaris, forma d'administració, millor moment per prendre els medicaments, preparació de proves per explicar al pacient com s'ha de preparar o interaccions que poden provocar determinats fàrmacs en les proves.

Es parla de la necessitat de formació conjunta per millorar la coordinació i el treball en equip amb el metge, en relació amb l'adherència a tot el tractament farmacològic.

Taula 29. Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	«... Quant a l'adherència al tractament, haig de dir que sí que n'hi ha; hi ha molta gent que no el compleix.»
INF 2	Urbana	«Penso que hi ha molt d'incompliment terapèutic... Ens trobem limitades, m'he trobat moltes vegades en situacions que, per molt que ho vulguis arreglar, no pots, i si no hi col·laboren els altres...»
INF 3	Rural	«... Crec que és un dels problemes més importants, però, potser, si em doneu algunes pautes o directrius, podríem millorar.»
INF 4	Urbana	«... i tant, no prenen la medicació... també és degut que nosaltres tampoc el revisem sempre, és important...»
INF 5	Urbana	«L'incompliment terapèutic sí que hi és. Suposo que, majoritàriament, no es revisa per manca de temps i que potser ens hi hauríem de dedicar més amb els pacients i també amb unes directrius que no tenim, però vaja... que sí que n'hi ha...»
INF 6	Gestora de casos	«... Els pacients compleixen o no compleixen, és evident.»
INF 7	Rural	«Jo penso que l'incompliment terapèutic és una realitat i que, moltes vegades, és voluntària.»
INF 8	Rural	«... No compleixen i això té un cost molt alt.»

Taula 30. Factors relacionats amb el pacient		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	«Alguns diuen que se la prenen, però després segur que no...»
INF 2	Urbana	«... M'he trobat moltes vegades en situacions que, per molt que ho vulguis arreglar, no pots, i, si no hi col·laboren els altres, és tot el problema...»
INF 3	Rural	
INF 4	Urbana	«... penses que ho prenen i no ho prenen...»
INF 5	Urbana	«... per a ell és molt complicat, perquè no entén gaires coses, però és un cas com un cabàs i té certes limitacions i és una problemàtica social...» «... però s'ha donat aquesta circumstància amb el diürètic; normalment s'aconsella al matí, per no haver-se d'aixecar a la nit per anar al lavabo, i el prenen a la nit...»
INF 6	Gestora de casos	«... Hi ha alguns errors, en part per comprensió de com s'ha de prendre, perquè la paraula un terç o un mig... no saben... costa d'entendre i, a vegades, ha de ser visual...»
INF 7	Rural	«Resulta que tenen una pila de medicacions de cinquanta mil fàrmacs, els quals molts no prenen perquè no en saben i d'altres perquè no volen.» «I vindrà d'aquí a un mes i es prendrà la pastilla o no es prendrà la pastilla...» «Però que continuen venint igual, fa una setmana que no em prenc la pastilla, i per què? perquè estic bé i perquè ve al control.»
INF 7	Rural	«... ell no volia anar al psiquiatre a posar-se la medicació...»
INF 8	Rural	«Sí, sí... Són unes pastilles que, per una banda, es parteixen i són molt, molt petites...»

Taula 31. Factors relacionats amb el sistema sanitari		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	
INF 2	Urbana	« Ens falta temps.»
INF 3	Rural	«... però, potser, per manca de temps i col·laboració del metge...»
INF 4	Urbana	«Jo veig que la capsa és petita i també dona problemes... Jo, quan surten de l'hospital amb capses petites... i les pastilles petites, que no les poden manipular bé...»
INF 5	Urbana	«... suposo que, majoritàriament, no es revisa per manca de temps i potser ens hauríem de dedicar més als pacients...» «... a l'alta a l'hospital, moltes vegades, el que han fet és un "cortar i pegar" d'algun ingrés anterior, i s'ha de revisar perquè hi pot haver errors...»
INF 6	Gestora de casos	«Sí que és veritat que, quan un pacient va a més d'un especialista, hi ha més risc que no quadrin coses, és més difícil.» «... però, si són pacients de salut mental, no podem veure el curs clínic, i això en dificulta el seguiment, o hi ha medicacions de l'especialista a les quals no estem acostumats...»
INF 7	Rural	«... els pacients angoixats, el primer que em deien era: "escolta, que et quedaràs?" I deies que sí, però quant de temps...?»
INF 8	Rural	

Taula 32. Factors relacionats amb els medicaments		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	«... perquè a vegades li dius quin medicament i et diuen "la gran, la petita, la vermella..." No en saben el nom, no s'aclareixen com funcionen...» «Alguns diuen que no se la prenen perquè no tenen diners, però, després, veus que fumen... I per això sí que en tenen...»
INF 2	Urbana	«... Hi ha medicaments a dies alterns, d'altres que han de descansar el diumenge, pegats per al dolor, pegats per al cor... es fan un embolic...» «Jo, personalment, crec que hi ha molta medicació, sobretot la que és de psiquiatria, que em costa revisar-la. Els medicaments de cardiologia, també em costa revisar-los. I els últims tractaments per als diabètics, si no ens posen al dia, hi ha molta medicació nova que trobo que, a infermeria, no se'ns ha anat fent formació. Ho fan amb els metges i et quedes perdut... i amb els genèrics encara és més complicat.» «Jo m'he trobat amb una pacient que era asmàtica i fumadora, i va deixar de prendre els inhaladors i li va agafar una crisi asmàtica, però deixar el tabac no.»
INF 3	Rural	«... Li diuen que d'aquí a 15 dies comenci amb un comprimit i s'ha quedat allà, amb el mig comprimit...»
INF 4	Urbana	«Quant als genèrics, sí, perquè, quan van sortir, jo controlava molts pacients i, per a un mateix medicament d'un laboratori, en prenen el mateix repetit, perquè, és clar... la capsula s'assemblava molt i, a la farmàcia, potser també li donaven capsules diferents...» «... Els genèrics han complicat les coses i els malalts s'emboliquen...» « Les capsules tenen un color i un dibuix diferents...» « Jo, amb la insulina, m'he trobat amb problemes de copagament, perquè l'havien de pagar...»

<p>INF 5</p>	<p>Urbana</p>	<p>« Amb la llista de pastilles que prenc, jo no en vull prendre més...» «... Els medicaments, vas sumant... pam, pam, pam... i els mateixos pacients t'ho diuen, que és difícil amb tanta medicació...» «... Li expliques els genèrics, i que ell et digui que aquell no li va bé...»</p>
<p>INF 6</p>	<p>Gestora de casos</p>	<p>«... Hi ha alguns errors, en part per comprensió de com s'ha de prendre, perquè la paraula un terç o un mig... No en saben... costa d'entendre i, a vegades, ha de ser visual...» «... Jo penso que les farmàcies també hi tenen un paper important, en això, un paper cap a bo i cap a dolent; generalment, és cap a bo...» «... el tema dels genèrics realment ha fet mal...» «... Hi ha molts problemes de conciliació terapèutica i molts problemes de la recepta electrònica, que, a vegades, ajuda molt i, d'altres cops, no...»</p>
<p>INF 7</p>	<p>Rural</p>	<p>« La infermera de salut mental, de tant en tant, em trucava per supervisar que ell hi havia vingut. Això m'anava molt bé, no sé...» « Jo m'he trobat amb problemes amb el copagament.» «Jo em vaig trobar amb el cas d'una iaia amb una pensió, de la qual vivia la iaia més altres dues famílies... o pagava el "copago" que li toqués o comprava llet per als nets. Llavors, és clar, ella se sacrificava. Ella venia per dir-me que li tocava el control ("pero vengo, pero no saldrá bien porque llevo 15 días sin tomarme la medicación"), perquè estava esperant que hi entrés una mica de líquid, està esperant cobrar altra vegada la pensió...»</p>
<p>INF 8</p>	<p>Rural</p>	<p>«... la cortisona són unes pastilles que, per una banda, es parteixen en tres i, per una altra, la meitat, i a vegades això complica...» «... És clar, si saben que la capsa és blanca, quan els en donen de similars, són capaços de prendre totes dues.»</p>

Taula 33. Factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic segons la implicació: professionals d'infermeria, metges, pacient, família, cuidadors i farmacèutics		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	«... entre tots hem de reforçar, amb ell, l'adherència al tractament...»
INF 2	Urbana	
INF 3	Rural	«... Crec que nosaltres hi podem ajudar molt, però, potser, per manca de temps i de col·laboració del metge, i dels malalts també, potser prioritzem altres coses que tenim pendents i hi falta temps.»
INF 4	Urbana	«... Nosaltres tampoc el revisem sempre. És important que també s'impliqui la família, perquè moltes vegades no ho preparen i no s'impliquen...»
INF 5	Urbana	«... Suposo que, majoritàriament, no es revisa per manca de temps i que, potser, ens hauriem de dedicar més als pacients.» «Amb la llista de pastilles que prenc, he pensat que les podia deixar, perquè, com que ja porto temps que estic bé de la pressió, si estic bé de la pressió he pensat que no cal...»
INF 6	Gestora de casos	«... Ens implica no sols a nosaltres, sinó també al cuidador, i el metge també té un paper molt important...»
INF 7	Rural	«El rol paternalista, l'hem de deixar de banda, i hem de fer que el pacient sigui responsable de la seva salut, perquè això és un bé que ell té i que l'ha de cuidar...» «... amb això tenim el reforç de les farmàcies, que no n'hem parlat, perquè jo penso que les farmàcies també hi tenen un paper important...»
INF 8	Rural	«... No per fer més controls no estan millor controlats... potser sí que ens hem d'implicar una mica més, però no estar cada 15 dies revisant la medicació, perquè no sé si tampoc, vist les dues parts...»

Taula 34. Factors relacionats amb el treball en equip		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	«... No és una cosa d'una persona sola, sinó que hi hauria de participar tot l'equip...» «... Treballo amb dues doctores...»
INF 2	Urbana	«... però a vegades no coincideixes amb el metge, ni amb els horaris...»
INF 3	Rural	«... Potser prioritzem altres coses que tenim pendents.»
INF 4	Urbana	«... Molts cops ens trobem limitades; m'he trobat moltes vegades en situacions en les quals, per molt que ho vulguis arreglar, no pots, i si no hi col·laboren els altres; és tot el problema d'un equip.» «Això és important: anar coordinat amb l'equip...»
INF 5	Urbana	«...Jo he de fer miracles per saber si li ha canviat alguna pastilla... o que el metge et digui que li ha canviat el tractament... no costa res...»
INF 6	Gestora de casos	«Les agendes són més rígides. Quan no hi havia agendes, tu deies al pacient que vingues a les dotze o a la una, que farem les últimes visites i ho veurem tots plegats. Ara és complicat. Perquè la teva agenda és molt rígida o perquè, aquell dia, només hi ha un forat a les 10 per al metge i a les 12 per a la infermera.»
INF 7	Rural	«... Envio un pacient al metge perquè s'ha de rectificar el tractament i has de fer un altre tipus d'abordatge... Vosaltres us trobeu que tenen en compte el vostre criteri?» «... que viu sola, es pot parlar amb el treballador social del municipi. Als pobles passa així, poden disposar d'una treballadora familiar...» «... Si et trobes que el metge li diu que... "si està bé de la pressió, no es prengui la pastilla", ja comencem que el compliment no es pot fer correctament, no s'aguanta per enlloc...»
INF 8	Rural	«... És difícil fer la conciliació de la medicació i, a vegades, no ens ho comunica ningú...»

Taula 35. Factors relacionats amb el registre		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	«... generalment no es registra, en casos puntuals...»
INF 2	Urbana	«... Hi ha una activitat en la qual escrius si l'adherència al tractament és alta, moderada o baixa...»
INF 3	Rural	«... el test de registre, no sé quin és...»
INF 4	Urbana	«Jo, els que venen al dia, ho registro al dia... però no ho fas sempre. Hi escric que no s'ha pres la pastilla de la pressió, això sí que ho escric en el MEAP.» «Jo, ho detecto i ho comento...»
INF 5	Urbana	«... No fem servir el test...»
INF 6	Gestora de casos	«Jo sempre apunto les coses que reviso quan estic en una visita; és un full de monitoratge que he fet a mida i, entre aquests, hi tinc el test d'adherència, que és el que hi ha; i sé que, si surt un 4, és un pacient complidor i, si surt 3, 2 o 1, no ho és, tot i que és un test que no m'agrada gaire, hi veig limitacions, hi ha preguntes que estan com al revés, però és el que tenim i... test d'adherència al tractament de Morisky-Green.» «Si l'ordre de tractament s'hagués fet més acuradament i s'haguessin omplert les caselles del dinar, el sopar, i coses com aquestes que tenim i que van molt bé.»
INF 7	Rural	«Si és una cosa puntual...»
INF 8	Rural	«... si els preguntes si es prenen la medicació, tots diuen que sí.»

Taula 36. Factors relacionats amb la formació		
Professionals d'infermeria	Població atesa	Aportacions del grup focal
INF 1	Urbana	
INF 2	Urbana	«... per als pacients diabètics, ha sortit molta medicació nova que trobo que a infermeria no se'ns ha anat fent formació. Ho fan amb els metges i et quedes perdut...»
INF 3	Rural	«... les coses evolucionen i canvien, i els tractaments també... ahhh!! i els recursos...»
INF 4	Urbana	«... ara hi ha els genèrics que funcionen per principi actiu i hauríem de tornar a repassar...»
INF 5	Urbana	«... És important saber quins fàrmacs han de prendre o no, si s'han de fer proves... ningú mai no ens ho ha explicat... només, de vegades, en tenim la preparació, però no hi ha els fàrmacs.»
INF 6	Gestora de casos	«... però si són pacients de salut mental o hi ha medicacions de l'especialista a les quals no estem acostumats.» «... Necessitariem una continuïtat, repàs...» «...potser hi vas fer un curs, d'això fa 4 anys, però això... ara les coses han canviat i... actualitzar-te té el seu cost, en temps, en diners, si ho fas personalment o que t'ho posi l'empresa... a vegades pot ser un inconvenient, tot això.»
INF 7	Rural	«I com diu ella, ningú de nosaltres no està format per a aquests tractaments especials, ningú no s'ha preocupat de formar-nos; als metges, sí.» «Realment, ens formen per fer les coses que hem de fer...?»
INF 8	Rural	«Molts cursos de tècniques i cures, tensió arterial, colesterol, ara han fet guies, però per com hem d'actuar...»

Capítol IV. Limitacions i línies d'investigació futures

Durant la realització d'aquest estudi hem detectat diverses limitacions, i ara considerem que és important exposar-ne algunes, ja que han influït, en més o menys mesura, en el conjunt del treball d'investigació. Tanmateix, ens han servit per definir i concretar línies d'investigació futures.

Limitació 1. El treball d'investigació s'ha centrat, únicament, en els pacients amb dues o més malalties, i n'han quedat exclosos la resta, cosa que impedeix l'extrapolació dels resultats als pacients amb menys malalties.

Línia d'investigació futura 1.1. Caldria dur a terme un estudi molt més ampli, extensiu a tota la població.

Línia d'investigació futura 1.2. Caldria estudiar l'adherència al tractament farmacològic en els pacients inclosos en el Programa AT-DOM. Les característiques d'aquests pacients justifiquen plenament la seva inclusió en treballs d'investigació futurs per aconseguir estratègies per a l'abordatge d'aquests casos.

Limitació 2. Aquest treball d'investigació s'ha centrat, únicament, en la percepció dels professionals d'infermeria, per la qual cosa no s'han obtingut opinions d'altres professionals, com els metges i els farmacèutics que formen part del fenomen estudiat.

Línia d'investigació futura 2. Seria convenient ampliar l'estudi a tots els professionals per detectar les necessitats de tots els membres de l'equip assistencial i establir línies d'actuació multidisciplinàries.

Limitació 3. Els professionals han proposat estratègies per millorar l'adherència dels pacients al tractament farmacològic i el seu enregistrament, però, a causa de la limitació temporal, aquestes no s'han pogut posar en marxa i no ha estat possible avaluar-ne l'impacte.

Línia d'investigació futura 3. Seria convenient aplicar les estratègies i les accions de millora proposades pel personal d'infermeria, les quals són fruit de la seva experiència i coneixements, i avaluar-ne els resultats pel que fa a l'adherència.

Limitació 4. Una de les qüestions no avaluades en l'estudi quantitatiu ha estat el possible impacte de la recepta electrònica en la millora de l'adherència al tractament, per la qual cosa no sabem què pensen els pacients i els professionals de la salut de la seva efectivitat i eficàcia.

Línia d'investigació futura 4. Caldria fer un estudi específic per avaluar l'eficàcia i efectivitat de la implantació de la recepta electrònica en la millora de l'adherència al tractament farmacològic.

Capítol V. Conclusions

De res no em puc queixar i fins i tot ha millorat el meu estat de salut: abans patia petits desajustos impropis de la meva edat i ara aquests desajustos s'han tornat propis de la meva edat.

Eduardo Mendoza

Com a anàlisi final dels resultats obtinguts d'acord amb les preguntes i els objectius establerts per aquest treball d'investigació, es presenten les conclusions següents.

L'adherència al tractament farmacològic, a l'àrea de l'Alt Penedès (Catalunya, Espanya), és del 66,67%, valor superior a altres estudis. Tot i així no es suficient per a l'abordatge d'un fenomen considerat com un problema de salut pública de primera magnitud.

Cal destacar que no hi ha diferències significatives en la manca d'adherència al tractament farmacològic entre els pacients amb un CRG6 (dues patologies) i amb un CRG7 (tres o més patologies), i que la causa podria ser deguda a la tipologia de pacient que ha estat escollit per a aquest treball d'investigació. Això es podria considerar un factor que hauria fet disminuir les possibles difereències d'altres dades socio-demogràfiques estudiades, com poden ser l'edat mitjana de la població, el fet de viure sol o diferències entre nuclis rurals i urbans.

Encara que el test de Morisky-Green té limitacions, esdevé una eina important, tant pel que fa a l'anàlisi de la situació com a la detecció de les causes de la manca d'adherència al tractament farmacològic, i és

útil per conèixer els motius que porten el pacient a no seguir el tractament correctament. Aquests, es poden englobar en dos grups de respostes que cal tenir en compte: situacions intencionades o voluntàries, que inclou quan el pacient deixa de prendre la medicació voluntàriament, i no intencionades o involuntàries, que inclouen oblidar prendre la medicació o no fer-ho a les hores indicades. Aquests resultats ajudaran a dur a terme estratègies dirigides cap aquests fenòmens.

Cal considerar que, en la població estudiada, les malalties amb més prevalença són les de risc cardiovascular i els pacients amb dues patologies tenen molta probabilitat de desenvolupar altres malalties. Es convenient ressaltar la importància del paper d'infermeria com a generador d'activitats per a l'abordatge de les malalties cròniques a través de la detecció, la prevenció i l'actuació, les quals poden ajudar a evitar-ne el desenvolupament i a l'incrementar-ne les prevalences i, paral·lelament, a controlar la despesa sanitària.

Un dels fets observats en les consultes d'infermeria d'atenció primària ha estat la realitat que es genera a partir de les diferències de l'entorn on viu el pacient (àmbits rural i urbà), tot i que els pacients atesos són el mateixos (CRG6/CRG7). En les consultes d'infermeria de l'àmbit rural, davant d'un pacient que no compleix el tractament, si la infermeria detecta el problema i preveu que pot ser greu, i precisa d'una consulta immediata, la infermeria pot consultar amb el metge la situació el mateix dia, sense que la part mèdica li posi inconvenients, el que beneficia el pacient i el seguiment del problema.

Aquestes circumstàncies favorables no s'han pogut percebre en les consultes d'atenció primària d'infermeria de les àrees urbanes, on moltes vegades els metges no volen ser interromputs a les consultes i no es prioritzen aquests tipus de visites. Conseqüentment, els professionals d'infermeria se senten poc escoltats, perceben que els metges no valoren suficientment la detecció del problema i que donen poc valor a un fenomen com és la manca d'adherència al tractament farmacològic, si bé les repercussions poden afectar la salut del pacient.

Durant l'estudi observacional, és fa palesa la feina frenètica i constant a les consultes d'infermeria, on es duu a terme una variabilitat d'activitats, però queda un buit important que consisteix tant en la manca de revisió de la medicació i el seguiment dels plans de medicació que té prescrit el pacient, com en el registre del problema.

Quan el professional d'infermeria duu a terme les activitats generades a la consulta, la dieta i l'exercici són un dels pilars fonamentals. Es tracta amb profunditat el que fa el pacient, s'aconseja i se l'escolta, però, quan parlem de la medicació, la seva revisió i el seguiment es fa amb més superficialitat, perquè, si bé una pregunta que es repeteix en totes les consultes és si el pacient pren la medicació, no es generen més preguntes que permetin aprofundir en el coneixement del com (per saber si es pren correctament els fàrmacs) o del perquè (en els casos en què es detecta una falta d'adherència). Si el pacient mostra resistències, es donen consells de com ho ha de fer, sense anar més enllà, el que fa que el problema quedi per resoldre. És dir, emergeix la visió tradicional del professional d'infermeria, amb preguntes que no permeten saber què és el que realment pensa el pacient i com segueix el tractament. A més, es generen consultes poc o gens efectives en les quals obtindrem un baix compromís dels pacients vers l'adherència al tractament farmacològic.

S'ha constatat, també, al llarg de l'estudi, la manca de valoració d'algunes de les cures infermeres. Les activitats es poden avaluar i quantificar, mentre que el temps que es dedica a un procés tan complex, com és el problema de no seguir un tractament farmacològic, i la revisió de la medicació, precisa més temps per al seu abordatge i no pot ser fàcilment quantificat.

Els professionals d'infermeria coincideixen a afirmar que la manca d'adherència al tractament es dona en tot tipus de pacients, no tan sols en els que presenten més patologia, i que no fer el tractament correctament repercuteix en la seva salut i també genera un augment dels costos sanitaris. De la mateixa manera, coincideixen a confirmar que hi ha avantatges i inconvenients (a l'hora d'abordar el problema de l'adherència) entre residir en una zona rural o una urbana.

En les àeries urbanes, l'accessibilitat del pacient a les consultes és més limitada a conseqüència de les llistes d'espera, ja que es produeixen més canvis dels professionals adscrits en cada consulta, fet que no ajuda a establir una relació de confiança metge-pacient i que, moltes vegades, provoca que el pacient acabi anant a urgències. Respecte a la relació d'infermeria amb les farmàcies, es pot considerar inexistent, i el tracte de les farmàcies amb els pacients és més impersonal.

En contraposició, en les àeries rurals tots aquests factors tenen menys incidència. El tracte és més personalitzat, l'accessibilitat és gairebé immediata i la relació amb les farmàcies es propera, tant d'infermeria com del metge, el que facilita la dispensació de medicaments a la població i l'intercanvi de preocupacions en casos importants de tractament. El farmacèutic també coneix millor la població i la té identificada.

S'han generat concordances importants en aquest treball d'investigació entre el que passa, el que es fa i el que es pensa que considerem que és important de tenir en compte:

- L'ús de genèrics, que implica els canvis de format i presentació dels medicaments. Qüestions com el color, la mida de les pastilles o la forma i color de les capsels dels medicaments poden provocar errors de medicació i efectes adversos, i portar a l'omissió del tractament.
- Les dificultats dels pacients amb la recepta electrònica i el deficient emplenament de les dades relatives a com s'han de prendre els medicaments i per què serveixen. També la dispensació de fàrmacs per la farmàcia que, moltes vegades, si en prenen molts, un dia no toquen, i s'ha d'anar a la farmàcia moltes vegades. A més, si es tracta de gotes o inhaladors, pot ser que s'acabin abans i els pacients no en tinguin de prescrits, o els canvis de tractaments quan són diferents professionals que prescriuen medicaments.
- El copagament dels medicaments ha suposat un cost addicional dels tractaments farmacològics. Segons els professionals d'infermeria, els pacients moltes vegades no ho expliquen a les consultes, i deixen de prendre els medicaments perquè no els poden pagar, o perquè prioritzen altres despeses.

Els professionals d'infermeria poden millorar l'adherència al tractament farmacològic, mitjançant l'educació sanitària, i ajudar a l'apoderament del pacient, potenciant la seva participació activa per integrar la nova conducta en l'activitat diària. Són professionals preparats i amb competència per fer-ho, que incidirien perquè es reduïssin les situacions d'incompliment, tant voluntari com involuntari. Així doncs, la implicació activa del personal d'infermeria en la detecció de problemes d'adherència i el reforç cap al pacient del pla terapèutic prescrit és un element clau.

Es pot concloure que infermeria és un eix fonamental en el tractament del pacient crònic, atès que organitza, sistemàticament, activitats preventives i d'educació sanitària en les consultes d'atenció primària, tenen una visió holística de la persona i duen a terme valoracions integrals del pacient, cosa que aporta un valor a tot el seguiment i el tractament del pacient.

Dues de les casuístiques especials és l'abordatge del pacient amb problemes de salut mental i els pacients amb deteriorament cognitiu. Aquests fet afegeixen, en tots els problemes esmentats, situacions addicionals que en dificulten l'abordatge, com són la dificultat en el seguiment i la revisió del tractament.

Cal esmentar que en aquesta tesi s'ha tingut en compte la teoria de Dorothea Orem com a marc teòric de referència perquè es basa en la practica i permet a la infermera tenir una visió integral de les demandes del pacient en cada moment segons la situació en què es trobi – de compensació, suport o de demanda de cures parcial –, el que dona al professional la capacitat d'oferir cures planificades a la situació que precisi en cada moment.

S'ha de destacar la dificultat del treball multidisciplinari dirigit a l'adherència al tractament farmacològic en el nostre territori, la manca de formació quant als tractaments farmacològics i un registre inadequat que dificulta el seguiment i l'abordatge del fenomen.

L'escassíssima existència de literatura científica que ens parli del paper de la infermeria en l'adherència farmacològica avala aquesta afirmació. És per això que aquesta investigació pretén donar visibilitat tant a la importància del correcte compliment terapèutic (en aquest cas farmacològic) pels pacients com a la tasca d'infermeria per assolir-lo.

El personal infermer, i en aquest cas el que treballa en els equips d'atenció primària, suma als seus coneixements acadèmics i a la seva formació, habilitats específiques, l'experiència i eines que, com ja hem dit, li faciliten l'establiment d'una relació de confiança amb el pacient, que és fonamental a fi que aquest adopti una responsabilitat compartida a l'hora del compliment farmacològic.

Infermeria esdevé un actor fonamental en aquest escenari, entre d'altres raons per la seva relació de proximitat amb els pacients, les competències professionals que l'avalen i el paper que té dins l'equip multidisciplinari.

És raonable concloure que un dels aspectes que cal destacar de la tesi és que s'ha dut a terme amb infermeria i per infermeria, i que s'ha evidenciat la importància de la seva tasca a l'hora d'aconseguir uns resultats òptims quant al compliment farmacològic dels pacients. La seva labor, no sempre visible i sovint difícil, fa que no se li adjudiqui la rellevància que mereix. En canvi, esdevé fonamental, dins l'equip multidisciplinari responsable, que els pacients es beneficiïn de la medicació prescrita i administrada de manera correctes.

Implicacions per a la pràctica

A efectes pràctics, un dels aspectes que cal considerar per incrementar l'adherència al tractament farmacològic és el paper de la infermeria d'atenció primària com a motor per a la valoració i el seguiment del tractament, incorporant-hi el treball multidisciplinari.

Al llarg d'aquest treball d'investigació, s'ha evidenciat que l'adherència al tractament és un fenomen que preocupa els professionals i afecta els pacients i el sistema sanitari. Per tant, és important posar en marxa noves actuacions per al seu abordatge, perquè, tot i la gran diversitat d'estudis sobre intervencions per millorar-la, no hi ha cap prova concloent del seu efecte afavoridor del compliment o dels paràmetres clínics (Alonso, Álvarez, Arroyo, Ávila, Ayión & Gangoso, 2006; Simpson, Eurich, Majumdar, Padwal, Tsuyuki, Varney & Johnson, 2006).

Si tenim en compte que són molts els factors que influeixen en l'adherència al tractament farmacològic, que han anat sorgint durant la tesi i que els professionals han posat de manifest, caldria tenir presents les estratègies que han proposat aquests mateixos professionals a fi d'elaborar línies de treball que es poguessin avaluar, i que serien determinants per ajudar els pacients i els professionals.

Les activitats d'infermeria d'atenció primària formen part de la seva pràctica assistencial. A més, en aquest moment, la infermeria s'enfronta a nous reptes derivats de l'increment i la complexitat dels tractaments farmacològics en els pacients crònics.

Implicacions per a la pràctica docent

Per dur a terme un bon abordatge del fenomen de l'adherència al tractament farmacològic, començant ja des de la carrera d'infermeria, cal que es treballi la relació terapèutica, el seguiment i l'abordatge, mitjançant l'adquisició d'habilitats i actituds fonamentals a l'hora d'iniciar una relació d'ajuda, i que se'ls doni un pes important.

Ensenyar les noves expectatives davant un pacient complex amb comorbiditat i polimediació, i com s'ha de fer una conciliació farmacològica, és fonamental per preparar estudiants entrenats en aquestes habilitats, els quals observaran les persones en la seva globalitat i els proporcionaran una atenció integral. Aquesta és una demanda de la societat actual, i la seva implementació comportaria una millora de la salut individual.

Implicacions per a la pràctica i l'organització

La revisió del tractament amb el pacient és una activitat assistencial que cal tenir en compte en totes les consultes i de la qual es deriven moltes situacions que són pròpies de cada pacient.

Si poguéssim sistematitzar l'activitat de seguiment del tractament farmacològic, l'avaluació i el registre, incrementariem l'eficàcia i l'eficiència dels professionals i de la resposta als tractaments, i s'evitarien errors.

Un altre punt que s'ha de tenir en compte és el treball que els referents dels grups de salut mental poden dur a terme a fi de transmetre la importància d'una bona coordinació entre salut mental i primària amb l'objectiu de coordinar el seguiment dels tractaments, tenint en compte que, en aquests pacients, la manca d'adherència al tractament farmacològic és alta i un incompliment o un tractament no fet de manera adequada representa un risc per al pacient.

A l'hora d'instaurar línies de millora, cal fer-ho des d'una perspectiva multidisciplinària, amb la implicació de tots els professionals —metges i infermeria— per treballar, dissenyar i implementar línies d'actuació, activitats i protocols que ajudin a millorar l'adherència al tractament farmacològic.

Tot i que els objectius (DPO) els donen les direccions, sempre hi ha un petit marge de decisió en el qual es podria considerar com a objectiu la valoració de l'adherència al tractament farmacològic, per treure'n resultats i valorar-ne l'abordatge que es duu a terme.

En aquests moments s'estan desenvolupant programes, com el Programa Pacient Expert Catalunya®, en els quals això es podria incloure com a línia de millora, ja que es facilitaria el pas d'una atenció més individualitzada a una intervenció mixta-individual, que permetria un discurs més social i vivencial dels pacients i contribuiria a abordar els diferents factors individuals per mitjà del grup.

Cal aprofitar la salut comunitària, des dels casals o els proveïdors de recursos externs, com les associacions, per aportar coneixements, habilitats i motivació mitjançant activitats en les quals les persones puguin determinar la importància de seguir correctament el tractament farmacològic, exposar els seus dubtes i aconseguir autonomia en la gestió del tractament.

Articles, comunicacions i ponències derivades d'aquesta tesi

Articles

RAVENTOS-TORNER, R.D., BORRUEL-LLOVERA, A., FERRÉ-GRAU, C., GAGO-RIUS, J., TOST-MORA, J. (2017). «Estudio de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas de una población urbana comparados con los de una rural en la comarca del Alt Penedès (Barcelona)». *Aging and End of Life*, 1(2), en prensa.

Comunicacions en congressos

«Estudi de l'adherència farmacològica a l'Alt Penedès. Funció i estratègies d'infermeria». A: *IX Seminari Internacional d'Investigació en Infermeria*. Tarragona, 15 de desembre de 2016.

«Diferències en l'adherència al tractament farmacològic entre la població urbana i rural de la mateixa zona». A: *1r Congrés Semergen Catalunya. Col·legi de Metges de Barcelona*, 28 de maig de 2016.

«Plan de Intervención Individual Compartida: una herramienta para las decisiones compartidas pacientes y profesionales». A: *Congreso Iberoamericano de Investigación en Salud*. Barcelona, 5-7 de setembre de 2016.

Pòsters

«Projecte de millora de les estratègies d'infermeria d'atenció primària respecte a l'adherència al tractament». *Comunicació format pòster Jornada del Pla de Salut*. Sitges, 2013.

- «Projecte de millora de les estratègies d'infermeria d'atenció primària respecte a l'adherència al tractament». A: *Jornada del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*. Departament de Salut. Sitges, 2013.
- «Influència del Treball Infermer en els centres d'atenció primària de l'Alt Penedès en la revisió del compliment del tractament». A: *Congrés d'Equips d'Atenció Primària*. Berga: AIFICC, 2014.
- «Ús de les TIC dels professionals de l'ABS. Penedès Rural». A: *IV Jornada d'Atenció Primària al Mon Rural*. Berga, 2014
- «Diagnòstic precoç i millora de la qualitat de vida del pacient amb MPOC: revisió bibliogràfica». A: *24h Pneumològiques de Sitges*, 2014.
- «Desenvolupament de l'abordatge integral del pacient pluripatològic i polimedicat per l'equip d'atenció primària de l'ABS Sant Sadurní d'Anoia». A: *4a Jornada del Pla de Salut de Catalunya*, 2014.
- «Adherència al tractament farmacològic, factors diferencials de comportament entre la població rural i urbana». A: *IV Jornada d'Atenció Primària al Món Rural*, 2014.
- «Diagnòstic precoç i millora de la qualitat de vida del pacient amb MPOC: revisió bibliogràfica». A: *Jornada 24 h Pneumològiques per l'Atenció Primària*. Sitges: Institut Català de la Salut, 2014.
- «Plan de Intervención Individual y Compartida, Analisis Cualitativo». A: *VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico / III Conferencia Nacional del Paciente Activo*. Madrid, 2016.
- «Avaluació i seguiment dels coneixements d'un grup de pacients amb MPOC». A: *24h Pneumològiques a Sitges per a l'Atenció Primària*. Sitges, 2016.
- «La adherencia al tratamiento farmacológico: un aspecto ineludible en el trabajo de enfermería». A: *Congreso Iberoamericano de Investigación en Salud*. Barcelona, 2016.
- «Atenció sanitària i social compartida centrada en el pacient. Treball interdisciplinari i coordinat en la Unitat de Gestió de Casos de l'Alt Penedès». A: *XIII Congrés d'Infermeria Familiar i Comunitària. L'Essència és la Pràctica Clínica*. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya, 2016.
- «Anàlisi dels tests de valoració dels pacients crònics complexos (PCC) i els pacients amb malaltia crònica avançada (MACA)». *XIII Congrés d'Infermeria Familiar i Comunitària. L'essència és la pràctica clínica*. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya, 2016.

Referències bibliogràfiques

- 3M™ Clinical Risk Groups: *Measuring risk, managing care*. Salt Lake City: 3M Health Information Systems. Recuperat de: <<http://multimedia.3m.com/mws/media/765833O/3m-crgs-measuring-risk-managing-care-white-paper.pdf>>
- ABADES-PORCEL, M. (2010). *Análisis de los cuidados enfermeros en centros geriátricos de Barcelona, según el modelo de Watson*. [Tesi doctoral]. Madrid: Universitat Complutense de Madrid.
- ACOSTA-GONZÁLEZ, M., DEBS-PÉREZ, G., de la NOVAL-GARCÍA, R., & DUEÑAS-HERRERA, A. (2005). "Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica". *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3), 1-1.
- ADHIKARI, R., TOCHER, J., SMITH, P., CORCORAN, J., & MAC ARTHUR, J. (2014). "A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice". *Nurse Education Today*, 34(2), 185-190. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.10.008.
- AGNOLETTI, V. (2012). *Verso l'autocura e l'automedicazione. Una convergenza apparente: Una convergenza apparente*. Franco Angeli.
- AGUAYO, B., ECHÁVARRI, M., BEISTEGUI, I., JIMÉNEZ, A., ELORZA, Z., & VIÑUELA, Y. (2009). "Nuevos retos en la atención de enfermería en el paciente crónico con insuficiencia cardíaca". *Enfermería en Cardiología*, 16(47-48), 67-70.
- AGUIRREZABALAGA, J. R., AGUADO, M., & AIZPURUA, I. (2011). "Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas". *Infac*, 19(1), 1-6. Recuperat de: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf>

- AIGNEREN, M. (2009). «La técnica de recolección de información mediante grupos focales». *La Sociología en sus Escenarios*. Centro de Estudios de Opinión. (6).
- ALFARO-LARA, E. R., VEGA-COCA, M. D., GALVÁN-BANQUERI, M., NIETO-MARTÍN, M. D., PÉREZ-GUERRERO, C., & SANTOS-RAMOS, B. (2014). «Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos». *Atención Primaria*, 46(2), 89-99.
- ALMA-ATA, O. M. S. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembre de 1978. Recuperat de: <http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>
- ALONSO, M., ÁLVAREZ, J., ARROYO, J., ÁVILA, L., AYIÓN, R., & GANGOSO, A. (2006). «Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora». *Salud Madrid*, 13(8), 31-38.
- AMADO-GUIRADO, E., & MARTÍN-CANTERA, C. (2013). «Revisión de la medicación en pacientes crónicos complejos». *Butlletí d'Informació Terapèutica*. Generalitat de Catalunya (Departament de Salut), 24 (9).
- AMADO, E., CATALÁN, A., GILABERT, A., LÓPEZ, P., & PONS, J. M. V. (2014). *La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
- AMEZCUA, M., & CARRICONDO-GUIRAO, A., (2000). «Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud». *Index de Enfermería*, 28(29), 26-34.
- ARANAZ, J. M., AIBAR, C., VITALLER, J., & RUIZ, P. (2005). *Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)*. Madrid, MSC, 169. Recuperat de: <https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf>
- ARANAZ, J. M., AIBAR, C., VITALLER, J., MIRA, J. J., & OROZCO, D. (2008). *Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Recuperat de: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf>
- ARANDA-RENEO, I. (2014). «Impacto socioeconómico de las enfermedades crónicas y problemas de salud». [Tesi doctoral]. Facultat de Ciències

- cies Socials Talavera de la Reina. Universitat de Castella-la Maxa.
URI: <http://hdl.handle.net/10578/3960>
- ANDERSON, G. F. (2010). *Chronic care: making the case for ongoing care*. Robert Wood Johnson Foundation. Recuperat de: <www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968>
- ANGOMANIZ-ALUTIZ, J., CIDONCHA-MORENO, M. A., & MARTÍN BEZOS, J. (2003). «Nuevos ámbitos para la práctica enfermera». *Metas de Enfermería*, (59), 50-55.
- ANGUERA, M. T. (2003). «La observación». A: C. MORENO ROSSET (ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (271-308). Madrid: Sanz y Torres.
- ANTARES CONSULTING.(2013). *Impacto económico de la no-adherencia en los costes farmacéuticos*. Antares BioFarma Flash Track, 3. Recuperat de: <https://www.atares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/79/apartado/B/idUnidad/1>
- BAENA-DÍEZ, J. M., GORROÑO GOITIA-ITURBE, A., MARTÍN-LESENDE, I., de HOYOS-ALONSO, M. C., LUQUE-SANTIAGO, A., LITAGO-GIL, C., & de ALBA-ROMERO, C. (2007). «Actividades preventivas en los mayores». *Atención Primaria*, 39(3), 109-122.
- BARR, V. J., ROBINSON, S., MARIN-LINK, B., UNDERHILL, L., DOTTS, A., RAVENSDALE, D., & SALIVARAS, S. (2003). «The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model». *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73-82. DOI: 10.12927/hcq.2003.16763
- BARRAGÁN-BRUN, N., & ARBONIES-ORTIZ, J. C. (2008). «Estrategias para gestionar el tiempo en la consulta de atención primaria». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*,15(4), 207-216.
- BARROSO, A. V., & MORAL, E. G. (2011). «Polimedición e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda?». *Pharmaceutical Care España*, 13(1), 23.
- BARROSO, A. V., & MORAL, E. G. (2011). *Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica*. [s.l.]: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud.
- BASTERRA-GABARRÓ, M., (1999). «El cumplimiento terapéutico». *Pharmaceutical Care España*,1, 97-106.

- BASTIDAS-SÁNCHEZ, C. V. (2007). «Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria». *Avances en Enfermería*, 25(2), 65-75.
- BAYÓN, J. G. (2012). «La construcción social del medicamento genérico». *Cuadernos de Investigación*, 5, 5-31.
- BECK-GARCÍA V., PONCE-HERNÁNDEZ J. A., LOZANO-SÁNCHEZ J., PAREDES-BERNABÉ M., LÓPEZ-OZORES, M., & GONZÁLEZ-FUENTE Y. (2009). «Incumplimiento terapéutico. estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento». A: *XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental* (p. 157-160). Sevilla.
- BENACH, J., TARAFÁ, G., & MUNTANER, C. (2012). «El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política», *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 80-82. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.12.001
- BERENGUERA-OSSÓ, A., FERNÁNDEZ-DE SANMAMED, M. J, PONS-VIGUÉS, M., PUJOL, E., RODRÍGUEZ-ARJONA, D., & SAURA-SANJAUME, S. (2014). *Técnicas de recogida de datos*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. (p. 121). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- BERMEJO, J. (2005). «Hacia una salud holística». *Red Latinoamericana de Gerontología*, 203-204.
- BERMEJO-SAN JOSÉ, F., BARCELÓ-BRU, M., RIBERA-PIBERNAT, M., POVEDA-ANDRÉS., J. L., & SANROMÁN-ÁLVAREZ, L. (2016). «Interdisciplinary recommendations document to improve adherence in patients with chronic inflammatory diseases: Adhning recommendations». *Farmacia Hospitalaria*, 40(5), 394-411.
- BERMÚDEZ-MORATA. L., BLAY-BERRUETA, D., & GUILLÉN-ESTANY, M. (2008). «Análisis de la aparición de discapacidades en personas mayores de Cataluña». *Revista de Metodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, (5), 3-16. Recuperat de: <<http://www.upo.es/RevMet-Cuantart16.pdf>>
- BERNAD-VALLÉS, M., MADERUELO-FERNÁNDEZ, J. A., & MORENO-GONZÁLEZ, P. (2016). «Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de

- Salamanca». *Atención Primaria*, 48(1),15-24. doi.org/ 10. 1016/j.aprim.2015.01.011
- BERTOLDO, P., ASCAR, G., CAMPANA, Y., MARTÍN, T., MORETTI, M., & TISCORNIA, L. (2013). «Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas». *Revista Cubana de Farmacia*, 47(4), 468-474.
- BHATTACHARYA, K., & KUOTSU, K. (2014). «Importance of medication adherence in ensuring effective and cost-efficient healthcare». *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 6(2), 5-8.
- BONAL-RUIZ, R., ALMENARES CAMPS, H. B., & MARZÁN DELIS, M. (2012). «Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles». *Medisan*, 16(5), 773-785.
- BORDIGNON, N A., (2005). «El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto». *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63. Recuperat de: <<http://repository.lasallista.edu.co/dspace/handle/10567/384>>
- BOSCH, J. M. (2012). «La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura». *Atención Primaria*, 44, 385-386. DOI: 10.1016/j.aprim. 2012.05.010
- BRITTEN, N., STEVENSON, F. A., BARRY, C. A., BARBER, N., & BRADLEY, C. P. (2000). «Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study». *British Medical Journal*, 320(7233), 484-488.
- BROWN, M. T.,& BUSSELL, J. K. (2011). «Medication Adherence: WHO Cares?» *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304-314. Recuperat de: <<http://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>>
- BYRNE, M. (2001). «Grounded theory as a qualitative research methodology». *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 73(6), 1155.
- CABRÉ-PLA, A. M., & DOMINGO-VALLS, A. (2007). «Demografia i immigració, 1991-2005». *Papers de Demografia*, 324. Recuperat de: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3064966>>
- CABRERO-GARCÍA, J., & RICHARD-MARTÍNEZ, M. (1996). «El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa». *Enfermería Clínica*, 6(5), 212-217

- CALLEJO-GALLEGO, J. (2002). «Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación». *Revista Española de Salud Pública*, 76, 409-422.
- CARBO-BOATELL, G. (2002). *El Pla Director de l'Alt Penedès. La diagnosi. Perspectives territorials*. Barcelona: Departament de Política Territorial i Obres Públiques. Recuperat de: <<http://www.raco.cat/index.php/PerspectTerrit/article/view/90967/154592>>
- CARPENTER, D. M., HOGAN, S. L., & DEVELLIS, R. F. (2013). «Predictors of medication non-adherence for vasculitis patients». *Clinical Rheumatology*, 32(5), 649-657. <http://doi.org/10.1007/s10067-013-2164-z>
- Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. (2015). Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. Recuperat de: <http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/drets_ideures/destacats/carta-drets-deures.pdf>
- CARTER, S. M., & LITTLE, M. (2007). «Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research». *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.
- CASTELLANO-MUÑOZ, P., MIRANDA-RUIZ, A., SOJO-GONZÁLEZ, G., PEREA-MILLA, E., GARCÍA-ALEGRÍA, J. J., & SANTOS-RUBIO, M. D. (2008). «Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria». *Enfermería Clínica*, 18(3), 120-126.
- CELAYA-LECEA, M. C., PÉREZ-PÉREZ, P., PINA-GADEA, M.B., ASTIER-PEÑA, M. P., LABARTA-MANCHO, C., & MARCOS-CALVO, M. P. (2010). «La seguridad del medicamento en atención primaria». *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 18, 1-6. Recuperat de: <https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a9.pdf>.
- CHARMAZ, K. (1990). «'Discovering' chronic illness: Using grounded theory». *Social Science & Medicine*, 30(11), 1161-1172.
- CLAVEL-ROJO, A., (2013). «Conocimiento del paciente acerca de la medicación prescrita: influencia de las fuentes de información y legibilidad de los prospectos».[Tesi doctoral]. Múrcia: Universitat de Múrcia. Departament de Ciències Sociosanitàries.

- CLYNE, W., MSHELIA, C., HALL, S., MCLACHLAN, S., JONES, P., DOBBELS, F., & KARDAS, P. (2011). «Management of patient adherence to medications: protocol for an online survey of doctors, pharmacists and nurses in Europe». *British Medical Journal Open*, 1(1). DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000355
- CLYNE, W., MSHELIA, C., MCLACHLAN, S., JONES, P., DE GEEST, S., RUPPAR, T., & KARDAS, P. (2016). «A multinational cross-sectional survey of the management of patient medication adherence by European healthcare professionals». *British Medical Journal BMJ Open*, 6(2). DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009610
- COBALEA-GONZÁLEZ, N., CONTEL-SEGURA, J. C., FERRÚS-ESTOPÀ L., LLORENS-BASSES, D., MARTÍ-CARRASCO, N., PÉREZ-COMPANY, P., SUBIRANA-CASACUBERTA, M., & CRUSELLAS-PUBILL, E. (2014). *Indicadors d'avaluació de les cures infermeres*. Barcelona: Consell de la Professió Infermera de Catalunya. Departament de Salut. Recuperat de: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/professions_sanitaries/consells_de_les_professions_sanitaries/consell_professio_infermera_de_catalunya/>
- COLEMAN, K., AUSTIN, B. T., BRACH, C., & WAGNER, E. H. (2009). «Evidence on the chronic care model in the new millennium». *Health Affairs*, 28(1), 75-85.
- CONTEL, J. C., ESGUEVA, N., ESPELT, M. P., FABRELLAS, N., LÓPEZ, R. M., & MARICHAL, M. (2010). *Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Institut Català de la Salut. Recuperat de 2015: <http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/gestio_casos.pdf>
- CONTEL, J. C., MUNTANÉ, B., & CAMP, L. (2012). «La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada». *Atención Primaria*, 44(2), 107-113. DOI: 10.1016/j.aprim.2011.01.013.
- CONTHE, P., & TEJERINA, F. (2007). «Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca». *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 7(6), 57F-66F.
- CONTHE, P., CONTRERAS, E. M., PÉREZ, A. A., GARCÍA, B. B., de CANO MARTÍN, M. F., JURADO, M. G., & PINTO, J. L. (2014). «Adherencia terapéu-

- tica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro». *Revista Clínica Española*, 214(6), 336-344.
- CORBIN, J., & STRAUSS, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Londres: Sage Publications, 1-3.
- CORRALES-NEVADO, D., ALONSO-BABARRO, A., & RODRÍGUEZ-LOZANO, M. A. (2012). «Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales». *Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria*, 26, 63-68. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.09.
- COSTA-ALCARAZA, A. M., ALMENDRO-PADILLA, C, GARCÍA-VICENTE, S., & ORDOVÁS-CASAURRÁN, R. (2008). «¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?» *Atención Primaria*, 40(2), 97-99.
- CRAMER, J. A., ROY, A., BURRELL, A., FAIRCHILD, C. J., FULDEORE, M. J., OLLENDORF, D. A., & WONG, P. K. (2008). «Medication compliance and persistence: terminology and definitions». *Value in Health*, 11(1), 44-47.
- CRESPILO-GARCÍA, E., RIVAS-RUIZ, F., CONTRERAS-FERNÁNDEZ, E., CASTELLANO-MUÑOZ, P., SUÁREZ-ALEMÁN, G., & PÉREZ-TRUEBA, E. (2013). «Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedcados desde una perspectiva cualitativa». *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 56-62. DOI: 10.1016/j.cali.2012.09.009
- CURRY, N., BILLINGS, J., DARIN, B., DIXON, J., WILLIAMS, M., & WENBERG, D. (2005). «Predictive risk project literature review». Londres: King's Fund. 1-24.
- DAVY, C., BLEASEL, J., LIU, H., TCHAN, M., PONNIAH, S., & BROWN, A. (2015). «Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review». *British Medical Journal Family Practice*, 16(1), 102.
- DE CARVALHO-DANTAS, C., LUZIA-LEITE, J., SOARES-DE LIMA, S., & CONCEIÇÃO-STIPP, M. (2009). «Teoría fundamentada en los datos - aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería». *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 17(4).

- DE GEEST, S., & SABATÉ, E. (2003). «Adherence to long-term therapies: evidence for action». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), 323-323.
- DE LA CUESTA-BENJUMEA, C. (1986). «Reforma de la enfermería en atención primaria». *Rol de Enfermería*, (91), 44-46.
- DE LA CUESTA-BENJUMEA, C. (2006). «La teoría fundamentada como herramienta de análisis». *Cultura de los Cuidados*, 20, 136-140.
- DEL PINO-CASADO, R., & MARTÍNEZ RIERA, J. R. (2007). «Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en atención primaria de salud». *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 311-337.
- DE RIDDER, D., GEENEN, R., KUJER, R., & VAN MIDDENDORP, H. (2008). «Psychological adjustment to chronic disease». *The Lancet*, 372 (9634), 246-255. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61078-8.
- DELGADO-SÁNCHEZ O., NAOZ-JIMÉNEZ L., SERRANO-FABIA A., & NICOLÁS-PICO J. (2007). «Conciliación de la medicación». *Medicina Clínica*, 129, 343-348.
- DID-NÚÑEZ, J. P. (2000). «Principios bioéticos en la atención primaria de salud». *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*, 16(4), 384-389.
- DILLA, T., VALLADARES, A., LIZÁN, L., & SACRISTÁN, J. A. (2008) «Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora». *Atención Primaria*, 6(41). DOI: 10.1016/j.aprim.2008.09.031
- DiMATTEO, M. R., GIORDANI, P. J., LEPPER, H. S., & CROGHAN, T. W. (2002). «Patient adherence and medical treatment outcomes a meta-analysis». *Medical Care*, 794- 811.
- DiMATTEO, M. R., HASKARD, K. B., & WILLIAMS, S. L. (2007). «Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis». *Medical Care*, 45(6), 521-528. 811.
- DIOS-GUERRA, C. & PÉRULA DE TORRES, L. A. (2012). «Factores relacionados con el manejo inefectivo del régimen terapéutico en pacientes crónicos de consulta de enfermería». *Index Enfermería*, 21 (1-2). DOI: 10.4321/S1132-12962012000100004
- DIZ-LOIS-MARTÍNEZ, F., FERNÁNDEZ-ALVAREZ, O., & PÉREZ-VÁZQUEZ, C. (2012). «El paciente polimedcado». *Galicia Clínica*, 73 (1), S37-S41.
- El Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya 2011-2014* (2015). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (p.

- 2-32). Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Recuperat de: <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf>
- «En marxa l'àrea bàsica de Vilafranca» (1997). *La Fura*. Recuperat de: <<http://www.lafura.cat>>
- ENCISO-HIGUERAS, J. (2011). «Competencias de enfermería en atención primaria de Tenerife. Prescripción enfermera». *ENE Revista de Enfermería*, 5(3), 44-51.
- Enquesta de salut de Catalunya 2014* (2015). Barcelona: Departament de Salut. Recuperat de: <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/ona-da09/esca2014_resultats.pdf>
- EPPING-JORDAN, J. E., PRUITT, S. D., BENGEOA, R., & WAGNER, E. H. (2004). «Improving the quality of health care for chronic conditions». *Quality and Safety in Health Care*, 13(4), 299-305.
- ESCAMILLA-FRESNADILLO, J. A., CASTAÑER-NIÑO, O., BENITO-LÓPEZ, S., RUIZ-GIL, E., BURRULL-GIMENO, M., & SÁENZ-MOYA, N. (2008). «Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales». *Atención Primaria*, 40(2), 81-85.
- ESCOBAR, J., & BONILLA-JIMÉNEZ, F. I. (2009). «Grupos focales: una guía conceptual y metodológica». *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67.
- ESPALLARGUES, M., SERRA-SUTTON, V., SOLANS-DOMÈNECH, M., TORRENTE, E., MOHARRA, M., BENÍTEZ, D., ROBLES, N., DOMINGO, L., & ESCARRABILL, J. (2016). «Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud». *Revista Española Salud Pública*, 90.
- ESPINO, M., PAULA, M., & TIZÓN BOUZA, E. (2013). «Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico». *Gerokomos*, 24(4), 168-177.
- ESTEVE-CRUELLA, A. (2016). *L'adherència al tractament com a motor del canvi des de l'ús racional del medicament a l'ús responsable*. Reial Acadèmia

de Medicina de Catalunya. Recuperat de: <<http://ramc.cat/wp-content/uploads/2017/01/Antoni-Esteve-i-Cruella.pdf>>

- FALCÓ, A. (2005). «Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería» *Enfermería Clínica*, 15, 287-290. doi. org/10.1016/S1130-8621(05)71129-3.
- FAWCETT, J. (1992). «Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship». *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 224-228.
- FAWCETT, J., NEWMAN, D. M., & MCALLISTER, M. (2004). «Advanced practice nursing and conceptual models of nursing». *Nursing Science Quarterly*, 17(2), 135-138.
- FEACHEM, R. G. A., SEKHRI, N. K. ,& WHITE, K. L. (2002). «Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente». *British Medical Journal*, 324(7330), 135-143.
- FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, A., & VAQUERA-MOSQUERO, M. (2012). «Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España». *Encuentros Multidisciplinarios*, 41, 1-8.
- FERNÁNDEZ-LIZ, E. (2013). «¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos?» *Atención Primaria*, 45(5), 233-234. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.04.002
- FERRÉ-GRAU, C., & ALBACAR-RIOBÓO, N. (2016). «Coaching en salud: enfermeras y usuarios una nueva actitud». A: *Comunicação Clínica. Coaching en salud: conceptos básicos*, Lisboa: Lidel.
- FERRER-PENADÉS, R., AGUILAR-DIOSDADO, M., MARCH-CERDÁ, J. C., OROZCO-BELTRÁN, D., & PICÓ-ALFONSO, A. (2015). «Claves para avanzar hacia un rol más activo por parte del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en España». *Avances en Diabetología*, 31(3), 128-135.
- FIGUEIRA-GONÇALVES, J. M., DORTA-SÁNCHEZ, R., RODRÍGUEZ-PÉREZ, M. D. C., VIÑA- MANRIQUE, P., DÍAZ-PÉREZ, D., GUZMÁN-SÁENZ, C., & PÉREZ-NEGRÍN, L. (2017). «Comorbilidad cardiovascular en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Canarias (estudio CCECAN)». *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. DOI: 10.1016/j.arteri.2017.01.003
- FIGUEROLA, M., ISNARD, M., RÍOS, A., ORDORICA, Y., URRUTIA, A., & DE LA FUENTE, J. A. (2014). «Programa d'Atenció Integral i Gestió de Cas per al Pacient Crònic Complex i el Pacient amb Malaltia Crònica Avançada». *Annals de Medicina*, 97(2), 109-110.

- FISCHER, M. A., STEDMAN, M. R., LII, J., VOGELI, C., SHRANK, W. H., BROOKHART, M. A., & WEISSMAN, J. S. (2010). «Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions». *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 284-90. DOI: 10.1007/s11606-010-1253-9.
- FOGUET-BOREU, Q., VIOLAN, C., LLORACH, A. R., RODRÍGUEZ-BLANC, T., PONS-VIGO, M., MUÑOZ-PÉREZ, A. M., & VALDERAS, J. M. (2014). «Impact of multimorbidity: acute morbidity, area of residency and use of health services across the life span in a region of south Europe». *BMC Family Practice*. 15, 55. DOI: 10.1186 / 1471-2296-15-55.
- FRAILE-BRAVO, M. (2015). «Enfermeras gestoras de casos: ¿esa gran desconocida?» *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 42(1),1-3. DOI: 10.1016/j.sedene. 2015.10.001
- FREEMAN, T. (2006). «"Best practice" in focus group research: making sense of different views». *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 491-497. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x
- FRENK, J., CHEN, L., BHUTTA, Z. A., COHEN, J., CRISP, N., EVANS, T., & KISTNASAMY, B. (2011). «Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2), 337-341.
- FRENK, J., CHEN, L., BHUTTA, Z. A., COHEN, J., CRISP, N., EVANS, T., & ZURAYKS, H. (2015). «Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente». *Educación Médica*,16(1), 9-16.
- FULTON, M. M., & RILEY ALLEN, E. (2005). «Polypharmacy in the elderly: a literature review». *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 123-132.
- FUSTER, V. (2012). «Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica)». *Revista Española de Cardiología*, 65, 10-16.
- GALIMANY-MASCLANS, J. (2013). «Historia clínica electrónica de atención primaria de salud: valoración de las enfermeras». [Tesi doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona, Facultat d'Infermeria. España. Recuperada de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/133373/JGM_TESI.pdf?sequence=1>.

- GALLARDO, A. I. (2011). «Evolución del conocimiento en enfermería». *Medwave*,11(04).
- GARCÍA, E., & FUENTES, J. E. (2016). «Adherencia y cumplimiento al tratamiento de la osteoporosis». *Farma Journal*, 1 (2).
- GARCÍA-ARIETA, A., HERNÁNDEZ-GARCÍA, C., & AVENDAÑO-SOLÁ, C. (2010). «Regulación de los medicamentos genéricos: evidencias y mitos». *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 34, 71-82.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., & MATEO RODRÍGUEZZ, I. (2000). «El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica». *Atención Primaria*, 25(03), 115-122.
- GARCÍA-JIMÉNEZ, E. (2003). *Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento*. [Tesi doctoral]. Granada: Facultat de Farmàcia, Universitat de Granada.
- GARCÍA-PÉREZ, A. M, LEIVA-FERNÁNDEZ, F., MARTOS-CRESPO, F., GARCÍA-RUIZ, A. J., Prados-Torres, D., & Sánchez de la Cuesta-Alarcón, F. (2000). «¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?» *Medicina de Familia*, 1, 13-19.
- GAST, H. L., DENYES, M. J., CAMPBELL, J. C., HARTWEG, D. L., SCHOTT-BAER, D., & ISENBERG, M. (1989). «Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations». *Advances in Nursing Science*, 12(1), 26-38.
- GAVILÁN-MORAL, E., & VILLAFAINA-BARROSO, A. (2011). «Concepto y factores determinantes de la polimedicación». *Actualidad Farmacéutica*, 2, 23-31.
- GELLAD, W. F., GREINARD, J. L., & MARCUM. Z. A. (2001). «Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity». *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(1),11-23. DOI: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004
- GERVÁS, J., PÉREZ-FERNÁNDEZ, M., PALOMO-COBOS, L., & PASTOR-SÁNCHEZ, R. (2005). *Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*. Madrid: Ministeri de Sanitat i Consum.
- GÉRVAS, J., & MADRID, E. C. (2014). «Efectividad de las intervenciones para racionalizar la polimedicación: impacto en la salud de los pacientes». *Medicina de Familia*, 3(1), 1.

- GIBBONS, C. J., KENNING, C., COVENTRY, P. A., BEE, P., BUNDY, C., FISHER, L., & BOWERT, P. (2013). «Development of a Multimorbidity Illness Perceptions Scale (MULTIPLeS)». *Plos One*, 8(12), e81852. DOI: 10.1371/journal.pone.0081852
- GONZÁLEZ-ALLER, C. (2014). «La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria». *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 2 (2), 82-92.
- GONZÁLEZ, J., CUIXART, I., MANTECA, H., CARBONELL, M., ARMENGOL, J., & AZCON, M. A. (2005). «La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería». *Enfermería Global*, 4(2).
- GUALLAR-CASTILLÓN, P., GIL-MONTERO, M., LEÓN-MUÑOZ, L. M., GRACIANI, A., BAYÁN-BRAVO, A., TABOADA, J. M., & RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. (2012). «Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA». *Revista Española de Cardiología*, 65(6), 551-558.
- GUIBERT-REYES, W., GRAU-ABALO, J. A., & PRENDES-LABRADA, M.C. (1999). «¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?» *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(2),176-183.
- HABERMAS, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Ediciones Santillana.
- HAMUI-SUTTON, A., & VARELA-RUIZ, M. (2013). «La técnica de grupos focales». *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60.
- HART, L. G., LARSON, E. H., & LISHNER, D. M. (2005). «Rural definitions for health policy and research». *American Journal of Public Health*, 95(7), 1149-1155.
- HEYWORTH, L., CLARK, J., MARCELLO, T. B., PAQUIN, A. M., STEWART, M., ARCHAMBEAULT, C., & SIMON, S. R. (2013). «Aligning medication reconciliation and secure messaging: qualitative study of primary care providers' perspectives». *Journal of Medical Internet Research*, 15(12), e264.
- HOVSTADIUS, B., & PETERSSON, G. (2011). «Non-adherence to drug therapy and drug acquisition costs in a national population-a patient-based register study». *BMC Health Services Research*, 11(1), 326.
- HUGHES, J. S., AVERILL, R. F., EISENHANDLER, J., GOLDFIELD, N. I., MULDOON, J., Neff, J. M., & Gay, J. C. (2004). «Clinical Risk Groups (CRGs):

- a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management». *Medical Care*, 42(1), 81-90
- HUERCANOS-ESPARZA, I. (2010). «El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera». *Biblioteca las Casas*, 6(1).
- HÜTHER, J., VON WOLFF, A., STANGE, D., HÄRTER, M., BAEHR, M., DARTSCH, D. C., & KRISTON, L. (2013). «Incomplete medication adherence of chronically ill patients in German primary care». *Patient Preference and Adherence*, 7, 237-244. DOI: 10.2147/PPA.S38373
- INGARAMO, R. A., VITA, N., BENDERSKY, M., ARNOLT, M., BELLIDO, C., PISKORZ, D., & HAUAD, S. (2005). «Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT)». *Revista Federación Argentina de Cardiología*, 34(1), 104-111.
- INORIZA, J. M., CODERCH, J., CARRERAS, M., VALL-LLOSERA, L., GARCÍA-GOÑI, M., LISBONA, J. M., & IBERN, P. (2009). «La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada». *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 29-37
- INORIZA-BELZUNCE, J.M. (2014). «Morbilidad, utilización de recursos y costes sanitarios en la comarca del Baix Empordà». [Tesi doctoral]. Girona: Universitat de Girona. Recuperat de: <<http://hdl.handle.net/10803/301435>>
- INSTITUT D'INFORMACIÓ SANITÀRIA. ORGANITZACIÓ GENERAL DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN LES COMUNITATS AUTÒNOMES. (2010) *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*. Madrid: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat; 2011. Recuperat de: <<http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>>
- INSTITUT NACIONAL D'ESTADÍSTICA (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Madrid: INE, Recuperat de: <<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>>
- INSTITUT NACIONAL D'ESTADÍSTICA. (2014). *Proyección de la población de España 2014-2064*. Nota de prensa 28 d'oct. 2014. Madrid: INE, Recuperat de: <<http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>>
- JIMENO-DEMUTH, F. J., MANSO-RODRÍGUEZ, G., GONZÁLEZ-IGLESIAS, V., ORDÓÑEZ-FERNÁNDEZ, L., & SALGUEIRO-VÁZQUEZ, M. E. (2012). «Farmacovigilancia y errores de medicación». *Revista Rol Enfermería*, 35(3), 168-178.

- JÓDAR-SOLÀ, G., CADENA-ANDREU, A., PARELLADA-ESQUIUS, N., & MARTÍNEZ-ROLDÁN, J. (2005). «Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace». *Atención Primaria*, 36(10): 558-562
- JORNADA-BEN, A., ROLIM-NEUMANN, C., & SERRATE-MENGUE, S. (2012). «The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green Test to evaluate medication adherence». *Rev. Saúde Pública*, 46(2). DOI: 10.1590/S0034-89102012005000013
- JOVELL, A. J. (1999). «El silencio de los pacientes». *Revista Rol Enfermería*, 22 (7-8), 507-510.
- JUVERT, J. (26 d'abril de 1991) «La reforma sanitària es concreta a l'Alt Penedès amb l'entrada en funcionament de l'àrea bàsica que afecta 19 municipis». *El 3 de Vuit*, p. 24-25.
- KAWULICH, B. B. (2005). «La observación participante como método de recolección de datos». *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6(2).
- KELLY, M. P., & MAY, D. (1982). «Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique». *Journal of Advanced Nursing*, 7(2), 147-156.
- KIDD, P. S., & PARSHALL, M. B. (2000). «Getting the focus and the group: enhancing analytical rigor in focus group research». *Qualitative Health Research*, 10(3), 293-308.
- KYANKO, K. A., FRANKLIN, R. H., & ANGELL, S. Y. (2013). «Adherence to chronic disease medications among New York City medicaid participants». *Journal of Urban Health*, 90(2), 323-328.
- LADHANI, Z., STEVENS, F. J., & SCHERPBIER, A. J. (2014). «Does community health care require different competencies from physicians and nurses?» *BMC Medical Education*, 14(1), 1.
- LEAL-HERNÁNDEZ, M., ABELLÁN-ALEMÁN, J., CASA-PINAB, M.T., & MARTÍNEZ-CRESPO, J. (2004). «Paciente polimedicado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente?» *Atención Primaria*, 33(9), 451-456.
- LEDÓN-LLANES, L. (2011). «Enfermedades crónicas y vida cotidiana». *Revista Cubana de Salud Pública*, 488-499.
- LEVINA-VITALIEVNA, E. (2015). «La cronicidad: un nuevo desafío para el profesional de enfermería». Repositorio Unican. Recuperat de: <<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7952/Levi-naVitalievnaE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

- LÍMÓN, E., BLAY, C., & LEDESMA, A. (2015). «Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria». *Atención Primaria*, 47(2),73-74. DOI: 10.1016/j.aprim. 2014. 08.001
- LÓPEZ-PARRA, M., SANTOS-RUIZ, S., VAREZ-PELÁEZ, S., ABRIL-SABATER, D., ROCABERT-LUQUE, M., RUIZ-MUÑOZ, M., & MAÑÉ-BUXÓ, N. (2006). «Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial». *Enfermería Clínica*, 16(4), 218-221.
- LÓPEZ-ROMERO, L. A., ROMERO-GUEVARA, S. L., PARRA, D. I., & ROJAS-SÁNCHEZ, L. Z. (2016). «Adherencia al tratamiento: concepto y medición». *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- LOZANO-VIDAL, R., LÓPEZ-PISA, R. M.,BOYERO-GRANADOS, A., RECIO-RAMOS, S., PADÍN-MINAYA, C., GARZÓN-QUIÑONES, M., & RODRÍGUEZ-LATRE, L. M. (2014). «Estratificación de la población mayor de 65 años en grupos de riesgo clínico: características y valoración enfermera». *Enfermería Clínica*, 25(5), 290-295. DOI: 10.1016/j.enfcli.2014.06.001
- LUMILLO-GUTIÉRREZ, I., & URPI-FERNÁNDEZ, A. M. (2013). «Intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia a la medicación crónica». *Enfermería Clínica*, 23(3),133-134.
- MANZINI, F. C., & SIMONETTI, J. P. (2009). «Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem». *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 113-119.
- MAQUEDA-MARTÍNEZ, M. A., & MARTÍN-IBAÑEZ, L. (2012). «La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente». *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 158-166.
- MARTÍN-ALFONSO, L, & GRAU-ABALO, J. A. (2004). «La investigación de la adherència terapéutica como un problema de la psicología de la salud». *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99.
- MARTÍN-ALFONSO, L. (2006). «Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente». *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3), 0-0.
- MARTÍN-ALFONSO, L., BAYARRE-VEA, H., LA ROSA-MATOS, Y., ORBAY-ARAÑA, M. D. L. C., RODRÍGUEZ-ANAYA, J., VENTO-IZNAGA, F., & ACOSTA GONZÁLEZ, M. (2007). «Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento

- antihipertensivo desde la perspectiva del paciente». *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 0-0.
- MARTÍN-GARCÍA, M. (2014). *El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes*. Madrid: Fundación Alternativas.
- MARTÍN-LESENDE, I. (2013). «Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos». *Atención Primaria*, 45,(4). DOI: 10.1016/j.aprim.2013.01.002
- MARTÍN-ZURRO, A., LEDESMA-CASTELLTORT, A., & SANS-MIRET, A. (2000). «El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas». *Atención Primaria*, 25(1), 48-58.
- MARTÍNEZ, N. (2015). «Reseña metodológica sobre los grupos focales». *Diálogos*, 9, 47-53.
- MARTÍNEZ-QUES, A. A. (2008). «Estrategias para reducir los errores de medicación en personas mayores». *Enfermería Clínica*, 18(6), 333-335.
- MARTÍNEZ-REYES, N. R. (2012). *Reseña metodológica sobre los grupos focales*. El Salvador: Editorial Universidad Don Bosco, 9: 47-53
- MARTÍNEZ-RIERA, JR. (2012). «Evolución de la atención primaria en España». *Revista Rol Enfermería*, 35(12), 838-844.
- MARTÍNEZ-SALGADO, C. (2012). «El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias». *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- MARTOS, M. J., POZO, C., & ALONSO, E. (2008). «Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos». *Boletín de Psicología*, 93, 59-77.
- MARTOS-MÉNDEZ, M. J., & POZO-MUÑOZ, C. (2011). «Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico». *Anales de Psicología*, 47-57.
- MAYAN, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Alberta: International Institute for Qualitative Methodology, 34.
- MÉNDEZ, M. J. M. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica*. Almería: Universidad de Almería. 5.
- MEJÍA-LOPERA, M. E. (2008). «Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad». *Index Enfermería*, 17(4), 231-235. ISSN 1132-1296.

- MELGUIZO-JIMÉNEZ, M. (2011). «De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad». *Atención Primaria*, 43, 67-68. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.10.001
- MENDIZABAL, E. (1998). «L'Alt Penedès: territori i societat». *Papers. Regió Metropolitana de Barcelona*, 31, 9-24.
- MENÉNDEZ, E., DELGADO, E., FERNÁNDEZ-VEGA, F., PRIETO, M. A., BORDIÚ, E., CALLE, A., & GAZTAMBIDE, S. (2016). «Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet. es». *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 572-578.
- MILES, M., & HUBERMAN, A. M. (1984). *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*. Beverly Hills. Londres: Sage Publications.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. (2009). *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones*.
- MOLINA, J. C., PIÑEIRO, P., ROCA, M., FREIXEDAS, S., MARTÍNEZ-FILLOLA, L., & GARCÍA-JORDÁN, M. J. (2014). «Un any després, on som? Programa del Pacient Crònic Complex de l'Alt Penedès». *Annals de Medicina*, 97, 111-113.
- MONJE-ÁLVAREZ, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. [Guía didáctica]. Neiva: Universitat Sudcolombiana.
- MORAL, E. G., BARROSO, A. V. & DE GRACIA, L. J. (2012). «Polimedicación en personas mayores». *AMF*, 8, 426-433
- MORENO-GARRIGA, C., PALMERO-TOMÉ, E., & GONZÁLEZ-SUÁREZ, M. (2013). «Polimedicación en atención primaria, el caso de una cuidadora». *ENE, Revista de Enfermería*, 7(2).
- MORENO-MONSIVÁIS, M. G., GARZA-FERNÁNDEZ, L., & INTERIAL-GUZMÁN, M. G. (2013). «Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria». *Ciencia y Enfermería*, XIX, 3, 11-20.
- MORGAN, D.L. (1998). «Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research». *Qualitative Health Research*, 40, 120-123.
- MUÑOZ-ARRIBAS, A., VILA-MALDONADO, S., PEDRERO-CHAMIZO, R., ESPINO, L., GUSI, N., VILLA, G., & GÓMEZ-CABELLO, A. (2014). «Evolución de los niveles de condición física en población octogenaria y su rela-

- ción con un estilo de vida sedentario». *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 894-900.
- MUÑOZ-LIVASA, J. F., & PRIETO-ROBLESA, N. E. (2016). «Educación para el cuidado de la salud: uso de medicamentos en casa». *Salud y Administración*, 3 (7), 61-66.
- MURRAY, M., & BERWICK, D. M. (2003). «Advanced Access. Reducing Waiting and Delays in Primary Care». *JAMA*, 289 ,1035-1040.
- NAVARRO PEÑA, Y., & CASTRO SALAS, M. (2010). «Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería». *Enfermería Global*, (19), 0-0.
- NIETO-BETANCURT, L., & PELAYO-PEDRAZA, R.(2009). «Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud». *Revista Académica e Institucional*, 85, 61-75
- NIJEUWLAAT, R., WILCZYNSKI, N., NAVARRO, T., HOBSON, N., JEFFERY, R., KEEPANASSERIL, A., & SIVARAMALINGAM, B. (2014). «Interventions for enhancing medication adherence». *The Cochrane Library*. Recuperat de: <<https://archive-ouverte.unige.ch/unige:90337>>
- NIN, E. (2011). «Sistema de retribución variable por cumplimiento de objetivos en la atención primaria de salud: aprendiendo de las experiencias», *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. Recuperat de: <[https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m6n7 /rceap_a2005m6n7a7.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m6n7/rceap_a2005m6n7a7.pdf)>f
- NOGUÉS-SOLÁN, X., SORLI-REDÓ, M. L., & VILLAR-GARCÍA, J. (2007). «Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento». *Anales Medicina Interna*, 24,138-141.
- NUNES, V., NEILSON, J., O'FLYNN, N., CALVERT, N., KUNTZE, S., SMITHSON, H., & STEEL J. (2009). *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. Londres: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 364.
- NUÑO-SOLINÍS, R. (2007). «Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente». *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 283-292.
- NUÑO-SOLINÍS, R. (2008). «Un breve recorrido por la atención integrada». *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1(2), 1-11.

- NUÑO-SOLINÍS, R., & PIÑERA, K. (2010). «Strategy for tackling the challenge of chronicity». *Health Policy Monitor*, 16.
- NUÑO-SOLINÍS, R. N. (2015). «Kaiser Permanente: ¿qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial?». *RISAI-Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 7(1).
- NUÑO-SOLINÍS, R. (2016). «Desarrollo e implementación de la estrategia de cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas». *Gaceta Sanitaria*, 30(S1), 106-110.
- OLIVELLA-FERNÁNDEZ, M. C., BASTIDAS-SÁNCHEZ, C. V., & CASTIBLANCO-AMAYA, M. A. (2012). «La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem». *Aquichan*, 12(1).
- OLMOS-SALAMANCA, J., MADRID-MURCIA, P. V., MEJIA-LIÑAN, G. A., & NARVÁEZ-MARTÍNEZ, M. A. (2016). «Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca». *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(2), 89-94.
- OMS (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: Organizació Mundial de la Salut. Recuperat de: <<http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>>
- ORTIZ, M., & ORTIZ, E. (2007). «Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica». *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- ORUETA-SÁNCHEZ, R. (2005). «Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas». *Información Terapeutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 40-48.
- ORUETA, R. (2006). «Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la adherencia terapéutica». *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1 (4), 185-192.
- ORUETA, J. F., MATEOS-DEL PINO, M., BARRIO-BERAZA, I., NUÑO-SOLINIS, R., Cuadrado-Zubizarreta, M., & Sola-Sarabia, C. (2013). «Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación». *Atención Primaria*, 45(1),54-60. DOI: 10.1016/j.aprim.2012.01.001

- ORUETA, R., SÁNCHEZ-OROPESA, A., GÓMEZ-CALCERRADA, R. M., ARRIOLA, M., & NIETO, I. (2015). «Adecuación terapéutica en pacientes crónicos». *Revista Clínica Medicina Familia*, 8(1), 31-47.
- PALACIO, F. (2005). «Los derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la atención primaria». *Rev. Calidad Asistencial*, 20(6), 311-317.
- PALMER, S., TUBBS, I., & WHYBROW, A. (2003). «Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals». *International Journal of Health Promotion and Education*, 41(3), 91-93.
- PALOMO, L., RUBIO, C., & GÉRVAS, J. (2006). «La comorbilidad en atención primaria». *Gaceta Sanitaria*, 20, 182-191.
- PEÑA, J., PERDOMO, L. M., & CUARTAS, D. E. (2013). «Geografía y salud, una visión de pasado y presente». *Revista Entorno Geográfico*. 9, 146-158.
- PERALTA, M. L., & CARBAJAL, P. (2008). «Adherencia a tratamiento». *Rev. Cent Dermatol Pascua*, 17(3), 84-88.
- PEREDA-ACOSTA, M. (2011). «Explorando la teoría general de enfermería de Orem». *Enfermería Neurológica*, 10(3), 163-165.
- PÉREZ-VICO-DÍAZ DE RADA, L., SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. B., DUARTE-CLÍMENTS, G., RUYMÁN-BRITO BRITO, P., & RUFINO-DELGADO, T. (2013). «Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática». *ENE. Revista de Enfermería*, 7(3).
- PERTEGUER-HUERTA, I. (2014). «La gestión de casos: haciendo camino». *Enfermería Clínica*, 14(24), 159-161. DOI: 10.1016/j.enfcli.2014.03.006
- PEYA-GASCONS, M. (2009). «Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras lideran cuidados innovadores». [Editorial]. *Nursing* (ed. española), 27(3), 3-3.
- Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*. (2012). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Recuperat de: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/plans-de-salut-anteriors/pla-de-salut-de-catalunya-2011-2015
- Pla de Salut de Catalunya 2016-2020*. Un Sistema Centrat en la Persona: Públic, Universal i Just. (2016) Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Recuperat de: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020

- PONS-DIEZ, X. (2006). «La comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación». *Enfermería Integral*, 73, 27-34.
- PRADO-SOLAR, L. A., GONZÁLEZ-REGUERA, M., PAZ-GÓMEZ, N., & ROMERO-BORGES, K. (2014). «La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención». *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
- PRIETO-PARRA, G. I. (2007). «Humanización del cuidado de enfermería». *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4 (2): 19-25.
- PRIETO-RODRÍGUEZ, M. A. & MARCH-CERDÁ, J. M. (2002). «Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales». *Atención Primaria*, 29(6), 366-373.
- Proposta del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020* (2015). Barcelona. Departament de Salut. Recuperat de: <<http://www.salutweb.gencat.cat/url/pladesalut>>
- PUIG-RAPOSO, N. (2001). *La nacionalización de la industria farmacéutica en España: el caso de las empresas alemanas, 1914-1975*. Madrid: Fundación Empresa Pública.
- PUIGVERT-VILALTA, M. (2015). «Recursos per promoure la salut i el benestar de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica». [Tesi doctoral]. Girona: Universitat de Girona.
- PUIGVERT-VILALTA, C. (2016). «Apoderament de les persones amb insuficiència renal crònica en la gestió del seu problema de salut». [Tesi doctoral]. Girona: Universitat de Girona.
- PUJOL-RIBERA, E., GENÉ-BADIA, J., SANS-CORRALES, M., SAMPIETRO-COLOM, L., PASARIN, RUA, M. I., IGLESIAS-PÉREZ, B., & ESCARAMIS-BABIANO, G. (2006). «El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios». *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 209-219.
- PUYOL, A. (2014). «¿Quién es el guardián de nuestra propia salud?: responsabilidad individual y social por la salud». *Revista Española de Salud Pública*, 88(5), 569-580.
- RAMOS-MORALES, L. E. (2015). «La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas». *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 16(2), 175-189.
- RAMOS-MORCILLO, A. J., RUZAFÁ-MARTÍNEZ, M., FERNÁNDEZ-SALAZAR, S., DEL PINO-CASADO, R., & ARMERO-BARRANCO, D. (2014). «Actitudes de

- médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria». *Atención Primaria*, 46(9), 483-491.
- RATTRAY, J., & JONES, M. C. (2007). «Essential elements of questionnaire design and development». *Journal Of Clinical Nursing*, 16, 234-243. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x
- RATTRAY, N. A., SICO, J. J., COX, L. M., RUSS, A. L., MATTHIAS M. S., & FRANKEL, R. M. (2017). «Crossing the Communication Chasm: Challenges and Opportunities in Transitions of Care from the Hospital to the Primary Care Clinic». *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43, 127-137.
- RAZALI, S. M., HASANACH, C. I., KHAN, U. A., & SUBRAMANIAM, M. (2000). «Psychosocial interventions for schizophrenia». *J Mental Health*, 9, 283-289.
- RIVERO-ÁLVAREZ, L. N. (2006). «Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado». *Avances en Enfermería*, 24(2), 91-98.
- ROBLEDO-MARTÍN, J. (2009). «Observación participante: informantes claves y rol del investigador». *Nure Investigación*, 42.
- RODRÍGUEZ-CHAMORRO, M. A, GARCÍA-JIMÉNEZ, E., AMARILES, P., RODRIGUEZ-CAHAMORRO, A., & FAUS, M. J. (2008). «Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica». *Atención Primaria*, 40(8), 413-417.
- RODRÍGUEZ-CHAMORRO, M. A (2009). «Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular». [Tesi doctoral]. Granada: Universitat de Granada. Espanya.
- RODRÍGUEZ-CHAMORRO, M. A, PÉREZ-MERINO, E. M., GARCÍA-JIMÉNEZ, E., RODRÍGUEZ-CHAMORRO, A., MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F., & FAUS-DADER, M. J. (2014). «Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico». *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 110-120.
- RODRÍGUEZ-FUMAZ, M. D. C. (2009). «Adherencia y aspectos psicológicos en pacientes adultos infectados por el VIH con prolongada exposición a tratamiento antirretroviral». [Tesi doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

- RODRÍGUEZ-GARCÍA, M. J., & CASTILLO-ARÉVALO, F. D. (2011). «Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta». *Index de Enfermería*, 20(3), 160-164.
- RODRÍGUEZ-GÓMEZ, G., GIL-FLORES, J., & GARCÍA-JIMÉNEZ, E. (1996). «Metodología de la investigación cualitativa». *Aljibe*, 31-34.
- RODRÍGUEZ-SABIOTE, C., LORENZO-QUILES, O., & HERRERA-TORRES, L. (2005). «Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad». *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, Sociotam, 15(2), 133-154.
- RODRÍGUEZ-SALVADOR, M. M., PORTERO-SALMERON, E., MARTÍNEZ-DÍAZ, J. D., RODRÍGUEZ-CAMERO, M. L., RODRÍGUEZ-DÍAZ, C. D., & FERRÉ-PÉREZ, M. A. (2008). «El debate entre investigación cualitativa y cuantitativa y su impacto en la práctica enfermera». *Tempus Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados*, 8(1). Recuperat de: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3724986>>
- ROGERS, A., KENNEDY, A., BOWER, P., GARDNER, C., GATELY, C., LEE, V., & RICHARDSON, G. (2008). «The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation». *Medical Journal of Australia*, 189(10), S21.
- ROMERO-VENTOSA, E. Y., SAMARTÍN-UCHA, M., MARTÍN-VILA, A., MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, M. L., GÓMEZ-SERRANILLOS, I. R., & PINEIRO-CORRALES, G. (2016). «Multidisciplinary teams involved: detection of drug-related problems through continuity of care». *Farmacia Hospitalaria*, 40(6), 529-543.
- Ruiz, M., & Dolores, M. (2014). «Valoración de la salud mental positiva y de los requisitos de autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia, según la teoría de enfermería de Dorothea Orem». [Tesi doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- RUIZ-GARCÍA, E., LATORRE-LÓPEZ, L. I. DELGADO-RAMÍREZ, A., CRESPO-MONTERO, R., & Sánchez-Laguna, J. L. (2016). «Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis». *Enfermería Nefrológica*, 19(3).
- SALAZAR, A., BENJUMEA, D., & AMARILES, P. (2012). «Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones». *Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3).

- SALE, J. E., LOHFELD, L. H., & BRAZIL, K. (2002). «Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for mixed-methods research». *Quality and Quantity*, 36(1), 43-53.
- SALGADO-LÉVANO, A. C., (2007). «Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos». *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- SALINAS-CRUZ, E., & NAVA-GALÁN, M. G. (2012). «Adherencia terapéutica». *Enfermería Neurológica* (Méx), 11(2), 102-104.
- SANAHUJA, M. A., VILLAGRASA, V., & MARTÍNEZ-ROMERO, F. (2012). «Adherencia terapéutica». *Pharmaceutical Care España*, 14(4), 162-167.
- SÁNCHEZ, A. G. (2016). «Adherencia al tratamiento». *Más Dermatología*, (25), 3-4.
- SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. B., DUARTE-CLÍMENTS, G., AGUIRRE-JAIME, A., SIERRA-LÓPEZ, A., ARIAS-RODRÍGUEZ, A., & DE ARMAS-FELIPE, J. M. (2012). «Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada». *ENE. Revista de Enfermería*, 6(2).
- SANTANA-VASALLO, O., BEMBIBRE-TABOADA, R., GARCÍA-NÚÑEZ, R., & GONZÁLEZ-ÁVALOS, E. (1998). «Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación». *Revista Cubana Medicina General Integral*, 14(4), 316-319.
- SANTOS-RAMOS, B., OTERO-LÓPEZ, M. J., GALVÁN-BANQUERI, M., ALFARO-LARA, E. R., VEGA-COCA, M. D., NIETO-MARTÍN, M. D., & OLLERO-BATURONE, M. (2012). «Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria». *Farmacia Hospitalaria*, 36(6), 506-517.
- SCHETTINI, P., & CORTAZZO, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Buenos Aires: ED Universitat Nacional de la Plata.
- SCHINDLER, R. M. (1992). «The real lesson of new coke: The value of focus groups for predicting the effects of social influence». *Marketing Research*, 4(4), 22.
- SERVICIO MADRILEÑO DE LA SALUD (2009). *Papel de enfermería en atención primaria*. Madrid: Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Recuperat de: <https://www.semg.es/doc/comunidades/madrid/enfermeria_en_ap.pdf>

- SILVA, G., GALEANO, E., & CORREA, J. (2005). «Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia». *Acta Médica Colombiana*, 30, 268-273.
- SIMPSON, S. H., EURICH, D. T., MAJUMDAR, S. R., PADWAL, R. S., TSUYUKI, R. T., VARNEY, J., & JOHNSON, J. A. (2006). «A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality». *BMJ*, 333(7557), 15.
- SMEULERS, M., ONDERWATER, A. T., ZWIETEN, M. C., & VERMEULEN, H. (2014). «Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study». *Journal of Nursing Management*, 22(3), 276-285.
- STRAUSS, A., & CORBIN, J. (1994). «Grounded theory methodology». *Handbook of Qualitative Research*, 17, 273-285.
- SUBÍAS-LOREN, P., GARCÍA-MATA, J. R., & PÉRULA DE TORRES, L. P. (2000). «Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC». *Atención Primaria*, 25(6), 383-389.
- TAMBLYN, R., EGUALE, T., HUANG, A., WINSLADE, N., & DORAN, P. (2014). «The Incidence and Determinants of Primary Nonadherence With Prescribed Medication in Primary Care: A Cohort Study». *Annals of Internal Medicine*, 1,160(7)441-450.
- TAYLOR, S. J., & BOGDAN, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- TÉLLEZ, A. (2004). «Prevención y adherencia: dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas». *Revista Médica de Chile*, 132(12), 1453-1455.
- TOTHOM (1978). *Desapareix l'Escola d'ATS. L'any que ve possibles Escola Universitària d'Infermeria*, p. 15.
- TOLES, M., BARROSO, J., COLÓN-EMERIC, C., CORAZZINI, K., MCCONNELL, E., & ANDERSON, R. A. (2012). «Staff Interaction Strategies that Optimize Delivery of Transitional Care in a Skilled Nursing Facility: a Multiple Case Study». *Family & Community Health*, 35(4), 334-344. DOI: 10.1097/FCH.0b013e31826666eb

- TORRES, M., FABRELLAS, N., SOLA, M., RUBIO-MERCINÁN, A., CAMAÑES-GARCÍA, N., & BERLANGA, S. (2015). «Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo». *Revista ROL Enfermería*, 38(3), 202-206.
- TUESCA-MOLINA, R., GUALLAR-CASTILLÓN, P., BANEGAS-BANEGAS, J. R., & REGADERA, A. G. P. (2006). «Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España». *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 220-227.
- UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. ESTÁNDARES Y RECOMENDACIONES (2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones. Recuperat de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP>.
- URIBE, T. M. (1999). «El autocuidado y su papel en la promoción de la salud». *Investigación y Educación para Enfermería*, 17(2), 109-118.
- VAL-JIMÉNEZ, A., AMORÓS-BALLESTERO, G., MARTÍNEZ-VISA, P., FERNÁNDEZ-FERRÉ, M. L., & LEÓN-SANROMÀ, M. (1992). «Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test». *Atención Primaria*, 10(5), 767-770.
- VALVERDE, E., MENDIZABAL, A., ARIZ, C., MITXELENA, I., PÉREZ, A., & IGEA, V. (2016). «Conciliación de la medicación: desde el ingreso hasta la atención primaria». *Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 62-65. DOI: 10.1016/j.cali.2016.01.005
- VALVERDE-BILBAO, E., MENDIZABAL-OLAIZOLA, A., IDOYAGA-HOYOS, I., ARRILAGA-GOIRIZELAI, L., CARRACEDO-ARRASTIO, J. D., ARRANZ-LÁZARO, C. (2014). «Conciliación de la medicación en atención primaria tras el alta hospitalaria». *Revista de Calidad Asistencial*, 29(3), 158-164.
- VALVERDE-JIMÉNEZ, M. R., & HERNÁNDEZ-COROMINAS, M. A. (2012). «Modelo de gestión de casos e investigación». *Enfermería Global*, 26, 246-250.
- VALLÉS, J. A., BARREIRO, M., CEREZA, G., FERROD, J. J., MARTÍNEZ, M. J., CUCURULL, E., & BARCELÓ, E. (2002). «Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención». *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 505-511.
- VALLEJO-MAROTO, I., & FERNÁNDEZ-MOYANO, A. (2012). «Continuidad asistencial en el paciente pluripatológico». *Medicina Clínica*, 139, 206-207. DOI: 0.1016/j.medcli.2012.01.017

- VANEGAS, B. C. (2001). «La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería». *Revista Colombiana de Enfermería*, 6, 128-142.
- VELANDIA-ARIAS, A., & RIVERA-ÁLVAREZ, L. N. (2009). «Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular». *Rev. Salud Pública*, 11(4), 538-548.
- VERMEIRE, E., HEARNSHAW, H., VAN ROYEN, P., & DENEKENS, J. (2001). «Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review». *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- VILLAFAINA-BARROSO, A., & GAVILÁN-MORAL, E. (2011). «Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario». *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35, 114-123.
- VILLAR-ÁLVAREZ, F., BANEGAS-BANEGA, J. E., DONADO-CAMPOS, J. D. M., & RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. (2003). «Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras». A: *Informe Sea*, 43-52.
- VITORELLI DINIZ-LIMA FAGUNDES, K., ALMEIDA-MAGALHÃES, A. D., DOS SANTOS-CAMPOS, C. C., GARCÍA-LOPES ALVES, C., MÓNICA-RIBEIRO, P., & MENDES, M. A. (2014). «Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad». *Index de Enfermería*, 23(1-2), 75-79.
- VON KORFF, M., GRUMAN, J., SCHAEFER, J., CURRY, S. J., & WAGNER, E. H. (1997). «Collaborative management of chronic illness». *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102.
- WAGNER, E. H., AUSTIN, B. T., & VON KORFF, M. (1996). «Organizing care for patients with chronic illness». *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.
- WAGNER, E. H. (2000). «The role of patient care teams in chronic disease management». *BMJ: British Medical Journal*, 320(7234), 569.
- WALCKIERS, D., VAN DER HEYDEN, J., & TAFFOREAU, J. (2015). «Factors associated with excessive polypharmacy in older people». *Archives of Public Health*, 73, 50. DOI: 10.1186/s13690-015-0095-7
- WILSON, P. M., KENDALL, S., & BROOKS, F. (2007). «The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance». *Health & Social Care in the Community*, 15(5), 426-438.

- WIMMER, B. C. (2015). «Medication Regimen Complexity and Polypharmacy as Factors Associated with Unplanned Hospitalization: A Population-Based Cohort Study in Older People in Sweden». A: *International Conference on Pharmacoepidemiology and Therapeutic Risk Management*.
- YERA-CASAS, A. M., DEL OLMO, S. M. H., FERRERO-LOBO, J., & PÁEZ-GUTIÉRREZ, T. D. (2009). «Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado». *Enfermería Clínica*, 19(4), 191-198.
- YOUNG, S. D., & OPPENHEIMER, D. M. (2006). «Different methods of presenting risk information and their influence on medication compliance intentions: results of three studies». *Clinical Therapeutics*, 28(1), 129-139.
- ZABALEGUI-YÁRNOZ, A. (2003). «El rol del profesional en enfermería». *Aquichan*, 3(1), 16-20.
- ZAMORA, S. (2015). «Atenció a la cronicitat i ètica». *Atenció Primària de Salut*, 3(2).
- ZAPICO-YÁÑEZ, F. (2005). «Avances en la práctica de la profesión de enfermería. Visiones de una misma realidad». [Tesi doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- ZULLIG, L. L., PETERSON, E. D., & BOSWORTH, H. B. (2013). «Ingredients of successful interventions to improve medication adherence». *Jama*, 310(24), 2611-2612.

Annexos

Annex 1. Evolució de la població de l'Alt Penedès

Població segons el lloc de naixement. Totals Alt Penedès.

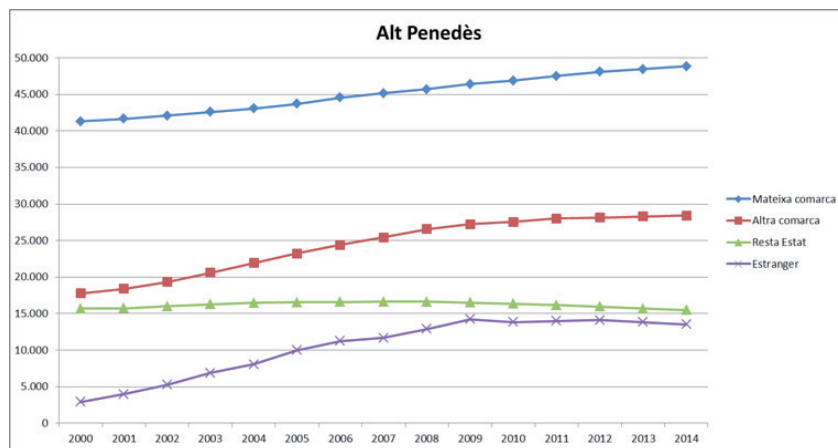
Font: Idescat. Padró municipal d'habitants.

Institut d'Estadística de Catalunya

<<http://www.idescat.cat/pub/?id=pmh&n=674&geo=com:03>>
[accés el 20 de juny de 2015].

Percentatge de població de l'Alt Penedès segons el lloc de naixement.

Any	Catalunya	Mateixa comarca	Altra comarca	Resta Estat	Estranger
2000	76,08%	53,21%	22,86%	20,20%	3,72%
2005	71,62%	46,77%	24,85%	17,70%	10,67%
2010	71,17%	44,82%	26,35%	15,61%	13,23%
2014	72,72%	45,98%	26,74%	14,57%	12,71%



Població segons el lloc de naixement. Totals Vilafranca del Penedès.

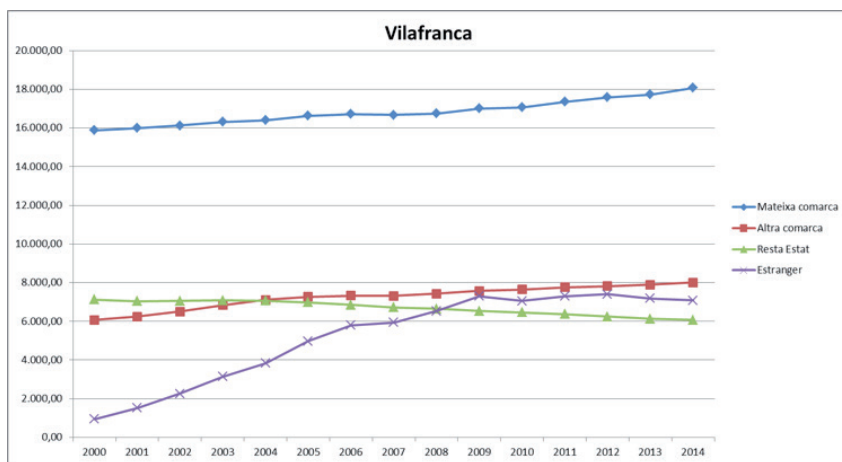
Font: Idescat. Padró municipal d'habitants.

Institut d'Estadística de Catalunya

054 [accés el 20 de juny de 2015].

Percentatge de població de Vilafranca del Penedès segons el lloc de naixement.

Any	Catalunya	Mateixa comarca	Altra comarca	Resta Estat	Estranger
2000	73,12%	52,88%	20,24%	23,73%	3,15%
2005	66,63%	46,38%	20,26%	19,48%	13,89%
2010	64,65%	44,65%	19,99%	16,90%	18,45%
2014	66,48%	46,09%	20,40%	15,47%	18,04%



Població segons el lloc de naixement. Totals Sant Sadurní d'Anoia.

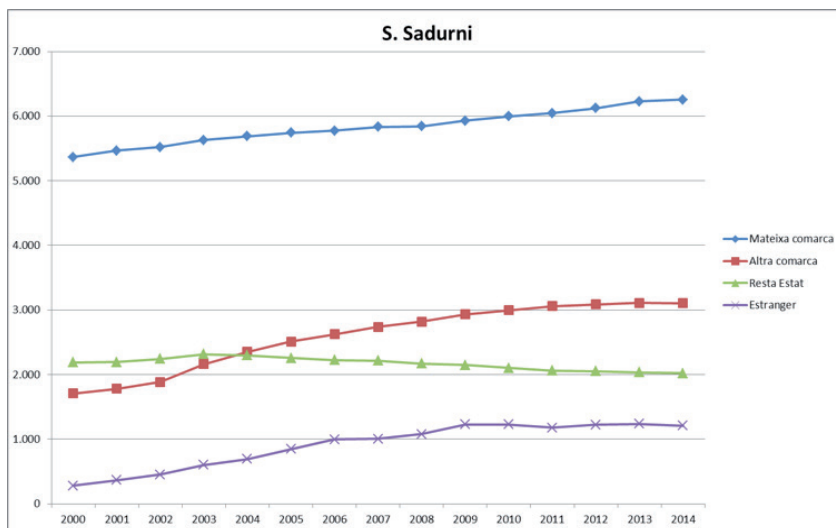
Font: Idescat. Padró municipal d'habitants.

Institut d'Estadística de Catalunya

<<http://www.idescat.cat/pub/?id=pmh&n=674&geo=mun:082401>>

Percentatge de població de Sant Sadurní d'Anoia segons el lloc de naixement.

Any	Catalunya	Mateixa comarca	Altra comarca	Resta Estat	Estranger
2000	74,16%	56,23%	17,93%	22,93%	2,91%
2005	72,68%	50,57%	22,11%	19,86%	7,46%
2010	72,97%	48,67%	24,30%	17,07%	9,97%
2014	74,32%	49,68%	24,64%	16,06%	9,62%



Població segons el lloc de naixement. Totals Alt Penedès.

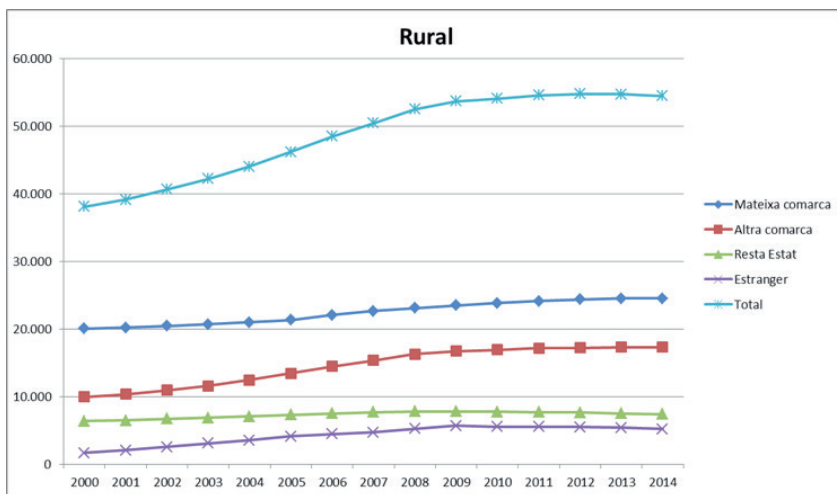
Font: Idescat. Padró municipal d'habitants.

Institut d'Estadística de Catalunya

Dades d'elaboració pròpia

Percentatge de població de la zona rural segons el lloc de naixement.

Any	Catalunya	Mateixa comarca	Altra comarca	Resta Estat	Estranger
2000	78,89%	52,72%	26,17%	16,73%	4,38%
2005	75,24%	46,14%	29,10%	15,79%	8,97%
2010	75,36%	44,06%	31,30%	14,36%	10,28%
2014	76,83%	45,05%	31,79%	13,58%	9,59%



Annex 2. Enquesta quantitativa

Sexe: Home Dona Edat: _____Codi postal: _____ Viu sol? Sí NoC.R.G.: 6 7

Oblida prendre la medicació en algun moment?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pren els medicaments a les hores indicades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Quan es troba bé, deixa de prendre la medicació?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si algun cop es troba malament, deixa de prendre la medicació?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Deixa de prendre la medicació si li sembla que no li va bé?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Són clares les indicacions per prendre els medicaments?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Quants medicaments pren al dia?		
Els canvis de format de caixa li dificulten seguir el tractament?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El copagament dificulta que compri la medicació?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fa servir pastiller?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En cas que no faci servir pastiller, qui prepara la medicació?	<input type="checkbox"/> Pacient	<input type="checkbox"/> Altres

Malalties:

Hipertensió	<input type="checkbox"/>
Diabetis	<input type="checkbox"/>
Hipercolesterolèmia	<input type="checkbox"/>
Insuficiència cardíaca	<input type="checkbox"/>
Insuficiència renal	<input type="checkbox"/>
MPOC	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Salut mental	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>

Annex 3. Guió del grup focal

La pregunta que se'ls va formular per començar va ser:

«Quin paper creieu que té infermeria en la revisió del compliment farmacològic?»

Guió

- 1) Quines són les limitacions per dur a terme la revisió del tractament als pacients crònics amb pluripatologia i polimediació?
- 2) Penseu que és important revisar el tractament amb els pacients? Per què?
- 3) Creieu que és una tasca d'infermeria?
- 4) Quins avantatges tindrien els pacients si ho féssim sempre?
- 5) Creieu que necessitem més formació? De quin tipus?
- 6) Creieu que és una tasca interdisciplinària o, al contrari, penseu que infermeria pot gestionar-la sense necessitat d'haver de recórrer al metge?
- 7) Quina seria la forma per fer que s'impliqués tot l'equip conjuntament: metge, infermeria i pacient?
- 8) Registreu en algun punt de la història clínica la maca d'adherència al tractament farmacològic?
- 9) Penseu que és important registrar-la? Com? Per què?
- 10) Quins diagnòstics feu servir?

Annex 4. Sol·licitud de permís a les direccions de les tres ABS de l'Alt Penedès

Correu electrònic

Per la present, amb dirigeixo a la direcció per informar que estic cursant el doctorat d'Infermeria i per sol·licitar permís a fi de poder dur a terme el Treball d'Investigació en el territori.

En primer lloc, em cal recollir enquestes anònimes dels pacients, per la qual cosa s'elaborarà un full de consentiment on s'assegurarà la confidencialitat als professionals d'infermeria que acceptin, de manera voluntària, fer la recollida de dades. Per començar, caldrà fer una tasca d'observació en les consultes d'infermeria que, aleatòriament, la direcció assigni, amb el previ consentiment dels professionals. Després, s'haurà de crear un grup focal amb professionals d'infermeria que hagin acceptat prendre'n part i se'ls hagi informat, prèviament, per correu electrònic.

Adjunto resum del treball

Atentament

Rosa D. Raventós Torner

ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DES DE LA PERSPECTIVA INFERMERA

RESUM

Els pacients amb pluripatologia comporten un risc de manca d'adherència al tractament farmacològic i les mesures no farmacològiques, motivat tant per la complexitat de la seva patologia com del tractament mateix.

L'objectiu de l'estudi serà quantificar i caracteritzar l'incompliment farmacològic i el no farmacològic i emprendre'n l'abordatge des del vessant d'infermeria d'atenció primària a l'àrea de l'Alt Penedès.

METODOLOGIA

- Es durà a terme un estudi quantitatiu sobre l'incompliment terapèutic i no terapèutic, per al qual, prèviament, es demanarà el consentiment informat als usuaris.
- Paral·lelament, es durà a terme un estudi qualitatiu, mitjançant l'observació durant les consultes d'infermeria, a fi d'identificar la dificultat de seguiment d'aquests pacients i la seva resposta.
- Amb la metodologia d'observació, s'extrauran els problemes detectats i s'establirà un grup focal d'infermeria que treballi en la SAP de l'Alt Penedès.
- Aquestes dades ens proporcionaran oportunitats perquè el professional d'infermeria examini, críticament, situacions clíniques per millorar el compliment terapèutic i reduir les conseqüències negatives de la manca d'adherència al tractament farmacològic.

Per tant, em comprometo a vetllar per la confidencialitat i l'anonimat de les persones, així com a respectar les normes de la institució i a informar dels resultats una vegada hagi acabat l'estudi.

Annex 5. Full d'informació al pacient

Títol del projecte: Adherència al tractament farmacològic en el pacient crònic a l'Alt Penedès. Funció i reptes de la infermeria

Investigadora: Rosa Raventós Torner

Ens dirigim a vostè per informar-lo sobre un estudi d'investigació, amb el vistiplau de la direcció del seu centre de salut i sotmès al Comitè d'Ètica d'Investigació de l'IDIAP Jordi Gol Barcelona, al qual se'l convida a participar.

El nostre objectiu és conèixer les seves característiques i quantificar el grau d'incompliment farmacològic i el no farmacològic, i emprendre'n l'abordatge des del vessant d'infermeria d'atenció primària a l'àrea de l'Alt Penedès.

Els pacients que pateixen diverses malalties a la vegada poden tenir un risc més alt de no complir el tractament farmacològic i les mesures no farmacològiques, motivat tant per la complexitat de les seves malalties com dels tractaments mateixos.

Per aquest motiu, li demanàriem que, en una entrevista d'aproximadament trenta minuts, ens respongui a una sèrie de preguntes relacionades amb les seves malalties i els tractaments que està seguint per indicació del seu metge. Es calcula que aquesta entrevista es farà a 193 pacients.

També es recolliran, de la seva història clínica, dades sobre les malalties actuals. Es protegiran tots els registres o les dades que el puguin identificar mitjançant accés estrictament restringit al seu arxiu. Només el codi de participant l'identificarà en el tractament i l'anàlisi d'aquesta informació.

En cap cas, l'estudi no podrà comportar perill addicional per a la seva salut.

És molt important identificar a temps les persones que no compleixen, de manera correcta, el seu tractament per poder intervenir-hi i prevenir efectes adversos. Encara que vostè no es pogués beneficiar dels possibles avenços que aporti la nostra investigació, aquests sí que podrien ser importants per a altres pacients en un futur. En tot cas, si

apareixen resultats que puguin ser rellevants per a vostè, els hi donaran a conèixer.

Si te preguntes relacionades amb l'estudi, les pot fer ara o durant la seva participació al telèfon _____, preguntant per la Sra. _____ en horari: _____

Versió 1.0

23 de març de 2013

Annex 6. Consentiment informat del pacient

Títol del projecte: Adherència al tractament farmacològic en el pacient crònic a l'Alt Penedès. Funció i reptes de la infermeria

Investigadora: Rosa Raventós Torner

Jo, _____ (nom i cognoms)

He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat.

He pogut fer preguntes sobre el projecte de recerca.

He rebut suficient informació sobre el projecte de recerca.

He parlat amb : _____
(nom de la infermera col·laboradora)

Entenc que la meva participació és voluntària.

Entenc que puc retirar-me del projecte de recerca...

- quan vulgui.
- sense haver de donar explicacions.
- sense que això repercuteixi en les meves cures mèdiques.

De conformitat amb el que estableix la LO 15/1999, de 13 desembre, de protecció de dades de caràcter personal, declaro haver estat informat dels meus drets, de la finalitat de la recollida de les meves dades i dels destinataris de la informació.

Dono, lliurement, la meva conformitat per participar en l'estudi.

Signatura del participant:

Signatura de l'investigador

Data: _____

Annex 7. Full d'informació al participant en el grup focal

Títol del projecte: Adherència al tractament farmacològic en el pacient crònic a l'Alt Penedès. Funció i reptes de la infermeria

Investigadora: Rosa Raventós Torner

Ens dirigim a vostè per informar-lo sobre un estudi d'investigació, amb el vistiplau de la direcció del vostre centre de salut i sotmès al Comitè d'Ètica d'Investigació de l'IDIAP Jordi Gol Barcelona, al qual se'l convida a participar.

El nostre objectiu és identificar les situacions, les dificultats, els factors i les estratègies relacionades amb l'adherència al tractament farmacològic dels pacients crònics des de la perspectiva dels professionals d'infermeria.

Per aquests motius, se us convida a formar part d'un grup focal, que es crearà el dia 15 d'abril de 2013 en una sessió que tindrà una durada, aproximada, d'una hora i mitja, i que constarà d'una presentació clara del tema, una fase de discussió i el tancament.

La sessió es durà a terme a les dependències de l'ABS de Vilafranca del Penedès (Barcelona), i serà enregistrada en vídeo i àudio, i, a més, es prendran notes de l'observació.

En qualsevol cas, s'ha de tenir en compte que no hi ha respostes correctes ni incorrectes, i que les dades es tractaran amb confidencialitat i total anonimat.

L'investigador es compromet a transmetre-li i donar-li a conèixer, si se sol llicita o apareixen, els resultats que puguin ser importants per a vostè.

Si te preguntes relacionades amb l'estudi, les pot fer ara o durant la seva participació al telèfon _____, preguntant per la Sra. _____ en horari: _____

Annex 8. Consentiment informat del participant en el grup focal

Títol del projecte: Adherència al tractament farmacològic en el pacient crònic a l'Alt Penedès. Funció i reptes de la infermeria

Investigadora: Rosa Raventós Torner

Jo, _____
dono el meu consentiment per participar en el grup focal que s'utilitzarà per investigar l'incompliment terapèutic i que servirà per fer propostes de millora.

- He llegit el full informatiu que m'han donat.
- Puc fer les preguntes que vulgui.
- La meva participació és voluntària.
- He rebut suficient informació.
- Puc retirar-me de l'estudi sense explicacions i de forma voluntària.
- Per aquests motius, accepto i dono conformitat per participar en el grup focal.
- Podré rebre la informació de l'estudi si ho desitjo.

Data:

Signatura del participant

Annex 9. Informe del Comitè Ètic d'Investigació Clínica



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 26/07/2017, ha avaluat el projecte **Adherència al tractament farmacològic en el pacient crònic a l'Alt Penedès. Funció i reptes de la infermeria.** amb el codi **P17/126** presentat per l'investigador/a **Rosa Raventos Torner**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 01/08/2017

Aquest treball de recerca pretén donar visibilitat a la complexitat del fenomen de l'adherència al tractament farmacològic. Es fonamenta en un mètode d'investigació mixt (amb metodologia quantitativa i qualitativa) que ha permès posar en relleu els factors i les dificultats per a l'abordatge a l'adherència al tractament des de la perspectiva dels professionals d'infermeria. La finalitat és elaborar estratègies i línies de millora des d'una perspectiva multidisciplinària, per millorar la qualitat de vida dels pacients crònics.