



Editorial

Estrategias para mejorar la adherencia a los captadores del fósforo: un reto en la relación médico paciente

Strategies to improve adherence to phosphate binder therapy. A challenge to the relationship doctor -patient

M. Dolores Arenas Jimenez^{a,*} y Fernando Alvarez-Ude Cotera^b

^a Vithas Hospital Perpetuo Internacional, Alicante, España

^b Hospital General de Segovia, Segovia, España

La problemática de la adherencia a los captadores del fósforo

La adherencia terapéutica es uno de los retos más importantes que tiene la actividad médica en general y la Nefrología en particular. La falta de adherencia es especialmente importante en aquellos pacientes con enfermedades crónicas y en aquellas enfermedades en las que no se observa una clara asociación entre la toma del fármaco y el beneficio obtenido. Los captadores del fósforo (P) formarían parte de este grupo de fármacos, con el inconveniente añadido de que han de tomarse junto a los alimentos o inmediatamente después, lo que *interfiere notablemente con los hábitos de vida y las costumbres del individuo*. Esto, junto a otros motivos que luego analizaremos, justifica que el porcentaje de incumplimiento para los captadores del P supere el 50% en la mayoría de los estudios^{1,2}, lo que tiene una clara repercusión sobre la morbimortalidad de los pacientes que no alcanzan los objetivos terapéuticos recomendados por las guías de práctica clínica.

Cuáles son las causas de no adherencia a los captadores del fósforo

Tradicionalmente se ha reseñado que tanto la *complejidad del régimen terapéutico* (por ejemplo, la frecuencia de la toma o la

cantidad de comprimidos por toma)³ como la *falta de información y la falta de conocimiento* sobre la utilidad del fármaco influyen de forma negativa sobre la adherencia⁴. En este sentido los captadores del P representan más de la mitad de los comprimidos diarios que toman los pacientes en diálisis⁵, a quienes les resulta difícil entender la importancia real de los niveles elevados de P sobre su supervivencia y morbilidad, ya que no existe una repercusión directa entre la toma del captador del P y su sintomatología. Simplificar el régimen de administración y ampliar y profundizar la información al paciente son elementos fundamentales, pero solo ofrecen una solución parcial al problema⁶. Un estudio realizado en una unidad de hemodiálisis mostró que los pacientes con niveles elevados de P eran los que conocían mejor la importancia de su control y la utilidad de los captadores del P, lo que demostraba que, a pesar de la información, seguían existiendo otras causas de no adherencia⁵.

Existen 2 formas de no adherencia⁷: 1) *No intencionada*: los pacientes no cumplen el tratamiento porque no tienen capacidad o recursos para hacerlo. Pueden olvidarse de tomar el fármaco; ser incapaces de comprar las recetas o de acudir al hospital; pueden desconocer cómo tomarlo de forma adecuada (por ejemplo: siempre asociado a las comidas, también en los «snacks» y no solo en las comidas principales) o cómo tomarlo de forma que sea efectivo (por ejemplo el carbonato de lantano masticado o bien triturado). Se trata de *barreras*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lola@olemiswebs.net (M.D. Arenas Jimenez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.04.004>

0211-6995/© 2016 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 – Causas de no adherencia a captadores del fósforo

1. Complejidad del régimen en cantidad y frecuencia
2. Falta de conocimiento de la utilidad del fármaco
3. Falta de asociación de los captadores del fósforo con los síntomas
4. Barreras prácticas
5. Importante interferencia con hábitos de vida y costumbres del paciente
6. Preferencias: sabor, molestias digestivas, incomodidad en la toma, tamaño, presentación
7. Creencias

prácticas para la adherencia. 2) *Intencionada*: el paciente no cumple porque decide conscientemente no hacerlo por sus propias creencias o preferencias. Son *barreras percibidas* para la adherencia. En este caso, para obtener unos resultados de adherencia adecuados resulta fundamental la motivación, uno de los retos más difíciles de alcanzar, pero sobre el que tenemos cierta capacidad de acción.

En un estudio realizado en hemodiálisis, casi un 25% de los pacientes no tomaba la medicación cuando salía fuera de casa o estaba con amigos y, entre los grupos de pacientes con mayor riesgo de ser incumplidores estaban aquellos que tenían una «vida social» más activa y les avergonzaba o incomodaba llevar la medicación al salir de casa⁸. Otro factor que influía en la adherencia terapéutica eran las *preferencias* de los pacientes. A más del 50% de los pacientes en hemodiálisis no les gustaba el captador del P que se les había prescrito, y los que tomaban captadores de P que no les gustaban tenían un mayor riesgo de presentar cifras de P fuera de control⁸. Las principales razones por las que no les gustaba el fármaco eran: intolerancia digestiva (molestias digestivas, diarrea, estreñimiento...); mal sabor; comprimidos demasiado grandes, difíciles de tragar o masticar; preferencias de presentaciones distintas a las que se les estaban administrando, etc. (tabla 1).

Cómo mejorar la adherencia a los captadores del fósforo

La falta de adherencia terapéutica, como se deduce de lo comentado anteriormente, es un problema con un origen multifactorial, por lo que para poder dar la solución adecuada en cada caso se requiere un conocimiento profundo del paciente: es imprescindible la individualización de las medidas y la colaboración entre diferentes profesionales (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales) en un equipo multidisciplinar que aborde esta problemática desde todos los ángulos necesarios⁹.

En primer lugar, el profesional sanitario debe aproximarse e investigar la no adherencia. Es frecuente que en la práctica clínica diaria se valore la no adherencia de forma directa y subjetiva. Sin embargo, esta forma, cuando se compara con otros métodos, subestima notablemente la no adherencia de los pacientes^{10,11}. Esto impide identificar a muchos pacientes no adherentes, lo que hace que se pierda la oportunidad de intervenir sobre su conducta y, por otra parte, se pueden adoptar actitudes terapéuticas con un elevado grado de empirismo que nos lleven a aumentar innecesariamente las dosis de los fármacos.

Una vez conocida la no adherencia terapéutica a los captadores del P, el siguiente paso es detectar el tipo de no adherencia: si se trata de barreras prácticas o de barreras percibidas. Las barreras prácticas pueden ser más sencillas de identificar y resolver. Sin embargo, el verdadero reto para el profesional se encuentra en aquellos pacientes que no cumplen porque deciden conscientemente no hacerlo por sus propias creencias o preferencias. En este tipo de no adherencia es fundamental la relación establecida entre los profesionales de la salud y los pacientes. Ya hemos visto que, aunque importante, no resulta suficiente simplificar el régimen terapéutico ni dar información científica sobre la utilidad del fármaco, no basta con repetir al paciente en cada analítica que se tome la medicación ni ir subiendo las dosis de captadores del P para obtener el efecto terapéutico deseado. Un mayor número de comprimidos está asociado a peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) e incrementar el número de comprimidos de captadores no parece mejorar el control y puede tener el coste de empeorar la CVRS³. A mayor adherencia, mayor CVRS¹².

La relación entre el médico y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica. Es una verdadera interacción humana, con el contenido emocional que ello conlleva. Para obtener una adecuada adherencia terapéutica, de manera especial a los captadores del P, el médico no debe ceñirse únicamente a los aspectos biológicos del paciente (por ejemplo niveles de P sérico elevados), sino que debe conocer el medio en que se desenvuelve, sus costumbres, sus motivaciones, la manera en que experimenta su enfermedad, lo que le preocupa, las dificultades con las que se enfrenta; en definitiva, sus valores, opiniones, expectativas, creencias y preferencias: modelo de comunicación centrada en el paciente¹³. Esto permite crear un clima que les anime a participar en la confección de un plan de abordaje y tratamiento.

La manera en que los profesionales de la salud se comunican con el paciente puede favorecer la motivación, o lo contrario. No es infrecuente oír la queja de que los pacientes quieren un tratamiento «a la carta». Se necesita un cambio profundo de concepto, puesto que el acercamiento del profesional al paciente como individuo con capacidad de decisión puede mejorar su adherencia a largo plazo, máxime con los captadores del P que suponen una importante interferencia con los hábitos de vida y las costumbres del individuo. Es posible que ese tratamiento «a la carta», individualizado y adaptado a las preferencias y gustos del paciente pueda lograr el objetivo terapéutico que no se consigue aumentando la dosis, simplificando el tratamiento o informando sobre los riesgos de tener el P mal controlado.

La actitud del profesional ha de ir encaminada a conseguir que el paciente encuentre la motivación para tomarse la medicación y ayudarle a resolver las barreras que se le presentan. La educación dietética para aumentar el conocimiento del paciente acerca del contenido de P de los alimentos y de las «fuentes ocultas» de fósforo forma parte de la estrategia. Enseñarle qué alimentos tienen un mayor contenido de P y darle alternativas con menor contenido de P inorgánico¹⁴ no solo facilitará el cumplimiento terapéutico, al disminuir las necesidades de captadores del P, sino que ayudará en la motivación y en la implicación del paciente¹⁵.

Para ello es importante cambiar nuestro modelo de comunicación médico-paciente. Se trata de evitar argumentar y

discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio, porque esto genera rechazo: los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta. Se deben evitar ciertas actitudes como: tratar de imponer un cambio por «su bien»; plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligación de un cambio; reñir al paciente ante el no cambio; etc. Por otra parte, creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y mantenerla. Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo y nuestra ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados y potenciar su positividad («Es difícil tomar los captosres del P pero usted lo ha conseguido»). No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea. Todos estos elementos forman parte de la así llamada «entrevista motivacional» que ha demostrado su eficacia en la mejora de la adherencia terapéutica¹⁶⁻¹⁸.

En nuestra unidad de hemodiálisis hemos observado una mejora en la adherencia terapéutica, respecto a los resultados previos en los que se utilizaban otras medidas (argumentar, insistir, convencer, aumentar medicación), al tener en cuenta las preferencias de los pacientes. Se redujo la no adherencia «intencional» que pasó de un 38,4 a un 23,3% y fue especialmente relevante en el grupo de pacientes con peor control del P ($P > 5 \text{ mg/dl}$) que pasaron de una no adherencia «intencional» del 63,6 al 36,3% ($p < 0,05$) a los 24 meses, con un descenso significativo de los niveles de P sérico [6,63 mg/dl (0,98) a 4,45 mg/dl (10,12); $p < 0,05$] y con un número significativamente menor de comprimidos de captosres del Fósforo [7,76 (3,60) a 5,92 (2,7); $p < 0,05$]. La no adherencia «no intencionada» no mostró cambios, como también se ha observado en otros estudios¹⁹, pues el hecho de olvidar de forma ocasional un comprimido precisa de otras estrategias para su abordaje y, probablemente, tiene una menor repercusión sobre los niveles de P. La medición de la adherencia a través de cuestionarios (SMAQ), con los que se mide también esta no adherencia «no intencional», puede explicar las diferencias de resultados encontrados entre no adherencia medida por niveles de P elevados y no adherencia medida por cuestionarios específicos.

Conclusiones

La falta de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica es un problema de gran relevancia clínica y con repercusiones sobre la morbimortalidad, por lo que el profesional sanitario que atiende a estos pacientes debe prestar una adecuada atención para su detección. Es necesario que se implemente una estrategia de mejora del cumplimiento terapéutico, actuando sobre aquellos factores clínicos y psicosociales que interfieran en cada caso concreto en la adherencia al tratamiento. En lo que se refiere a la mejora de la adherencia con captosres del P, debemos actuar específicamente sobre la complejidad del tratamiento, sobre el

conocimiento del paciente acerca de la utilidad de estos medicamentos y el contenido en P de la dieta pero, fundamentalmente, debemos establecer una adecuada comunicación médico-paciente que nos permita conocer las dificultades del paciente, sus preferencias, sus hábitos de vida y costumbres, y que nos ayude a elegir junto al paciente el tratamiento que mejor se adapte a su necesidades y que favorezca la adherencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. *BMC Nephrology*. 2008;2: 1-10.
2. Schmid H, Hartmann B, Schiffli H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: A critical review of the literature. *Eur J Med Res*. 2009;14:185-90.
3. Chiu YW, Teitelbaum I, Misra M, de Leon EM, Adzize T, Mehrotra R. Pill burden, adherence, hyperphosphatemia, and quality of life in maintenance dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4:1089-96.
4. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther*. 2001;23:1296-310.
5. Arenas MD, Malek T, Gil MT, Moledous A, Alvarez-Ude F, Reig-Ferrer A. The challenge of phosphorus control in the hemodialysis patient: A problem of adherence? *J Nephrol*. 2010;23:525-34.
6. Horne R. Compliance, adherence and concordance. En: Taylor K, Harding G, editores. *Pharmacy practice*. Londres: Taylor and Francis; 2001. p. 165-84.
7. Horne R. Beliefs and adherence to treatment: The challenge for research and clinical practice. En: Halligan PW, Aylward M, editores. *The power of belief: Psychosocial influence on illness, disability and medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 115-36.
8. Arenas MD, Malek T, Álvarez-Ude F, Gil MT, Moledous A, Reig-Ferrer A. Captosres del fósforo: preferencias de los pacientes en hemodiálisis y su repercusión sobre el cumplimiento del tratamiento y el control del fósforo. *Nefrología*. 2010;30:522-30.
9. Kalantar-Zadeh K. Patient education for phosphorus management in chronic kidney disease. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:379-90.
10. Murri R, Antinori A, Ammassari A, Nappa S, Orofino G, Abrescia N, et al., AdlCoNA Study Group. Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;31 Suppl 3:S158-62.
11. Miller LG, Liu H, Hays RD, Golin CE, Beck CK, Asch SM, et al. How well do clinicians estimate patients' adherence to combination antiretroviral therapy? *J Gen Intern Med*. 2002;17:1-11.
12. García-Llana H, Remor E, del Peso G, Selgas R. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en

- diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología*. 2014;34:637-57.
13. Prados Castillejo JA, Cebrià Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación clínica. *FMC*. 2000;7:83-8.
 14. Barril-Cuadrado G, Puchulu MB, Sánchez-Tomero JA. Tablas de ratio fósforo/proteína de alimentos para población española. Utilidad en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2013;33:362-71.
 15. Sherman RA, Mehta O. Phosphorus and potassium content of enhanced meat and poultry products: Implications for patients who receive dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4:1370-3.
 16. Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Coterá F, Massons Cirera J. Entrevista motivacional (parte 1). *FMC*. 2014;21:1-24.
 17. Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Coterá F, Massons Cirera J. Entrevista motivacional (parte 2). *FMC*. 2014;21:1-34.
 18. Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. *BMJ Open*. 2013;3.
 19. Joson CG, Henry SL, Kim S, Cheung MY, Parab P, Abcar AC, et al. Patient-reported factors associated with poor phosphorus control in a maintenance hemodialysis population. *J Ren Nutr*. 2015:1-8.