

Evaluación de la homogeneidad en el uso del Morisky Medication Adherence Scale de 8 ítems (MMAS-8)

Ana C. Cabral⁽¹⁾, Inajara Rotta⁽²⁾, Margarida Caramona^(1,3), Margarida Castel-Branco^(1,3), Isabel V. Figueiredo^(1,3), Fernando Fernandez-Llimos^(4,5)

- (1) Laboratorio de Farmacología y Atención Farmacéutica, Facultad de Farmacia, Universidad de Coímbra, Coímbra, Portugal;
 (2) Programa de post-graduación en Ciencias Farmacéuticas, Universidad Federal del Paraná, Curitiba, Brasil;
 (3) Instituto de Imagen Biomédica y Ciencias de la Vida (IBILI), Universidad de Coímbra, Coímbra, Portugal
 (4) Grupo de Farmacoepidemiología y Farmacia Social, Instituto de Investigación del Medicamento (iMed.Ulisboa), Lisboa, Portugal;
 (5) Departamento de Farmacia Social, Facultad de Farmacia, Universidad de Lisboa, Lisboa, Portugal;

f-llimos@ff.ulisboa.pt



Introducción

El Morisky Medication Adherence Scale de 8 ítems (MMAS-8) ha demostrado tener excelentes propiedades psicométricas para evaluar no adherencia a la medicación auto-reportada. El MMAS-8 consiste en 7 ítems dicotómicos y un ítem con una escala Likert de 5 puntos. El sistema de puntuación con el MMAS-8 no es intuitivo y las instrucciones del sistema de puntuación no fueron publicadas en el artículo de validación original.

Objetivos

Evaluar la heterogeneidad de los resultados del MMAS-8 mediante un meta-análisis (MA) de los resultados de estudios que lo usan.

Método

Se realizó una revisión sistemática de artículos que usaban el MMAS-8 buscando en PubMed, Scielo y Scopus (Enero-2015). Se incluyeron solo los artículos de investigación original y escritos en idiomas que usasen caracteres romanos. Dos investigadores extrajeron los datos independientemente. Se realizaron 3 MA de modelo de efectos aleatorios: uno con la media de la puntuación del MMAS-8 y otros dos con las tasas de eventos de medio-alto adherentes (6 o mayor) y altamente adherente (puntuación 8). Se evaluó la heterogeneidad con el índice de inconsistencia (I-cuadrado). Para identificar las causas de heterogeneidad, se realizaron análisis de subgrupos considerando solicitud de autorización, diseño de estudio, edad, y tipo de pacientes.

Resultados

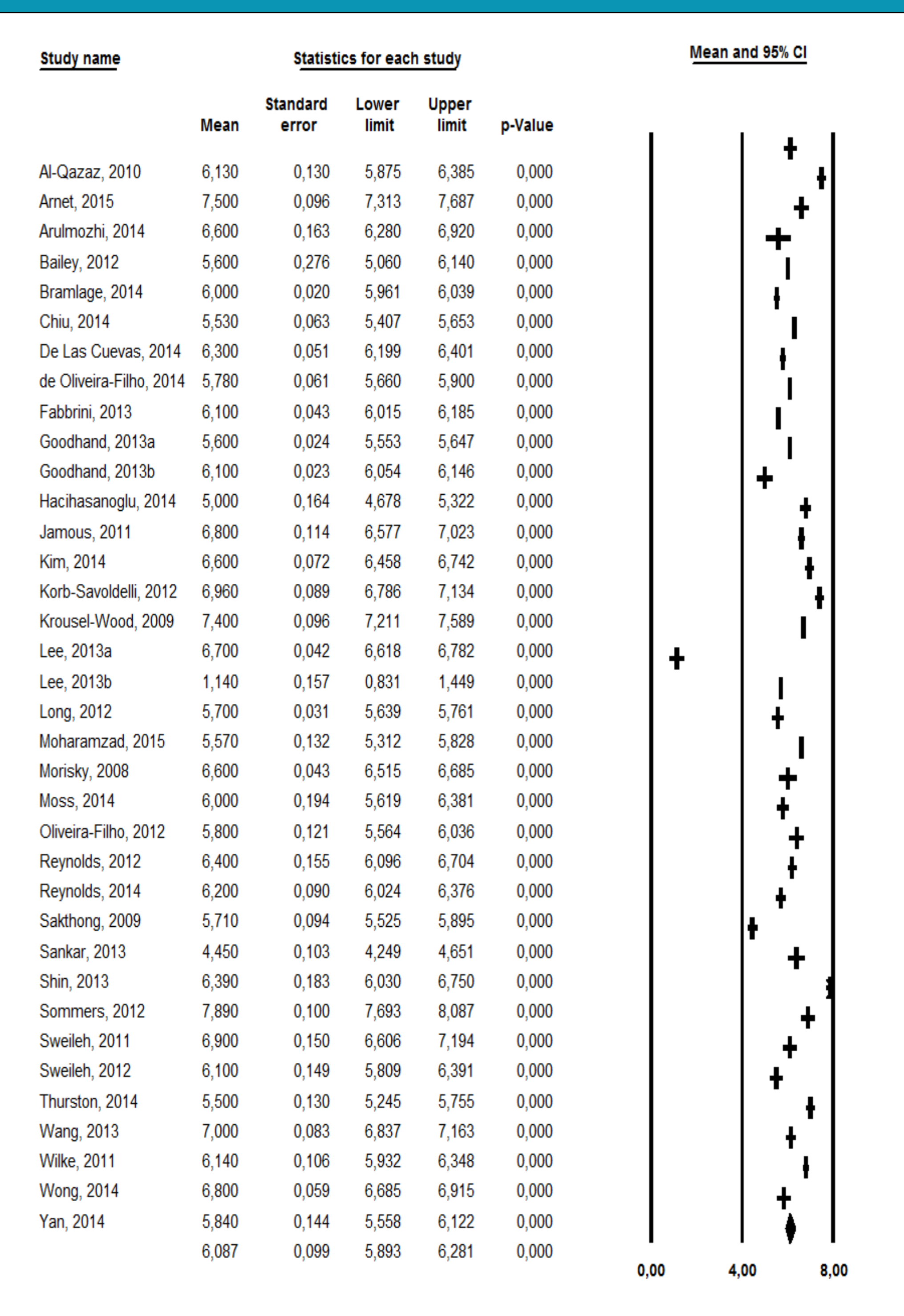
Se encontraron un total de 93 artículos, excluyéndose 2 en el rastreo y 18 en la fase de texto completo, acabándose con 61 artículos (60 estudios) para los MA. En el MA de puntuación media del MMAS-8 se incluyeron 26.251 pacientes saliendo un agregado del tamaño del efecto de 6,1 [95%CI 5,9 – 6,3], con un I-cuadrado de 99,0%. En el MA de tasa de eventos de medio-alto adherente se incluyeron 47 estudios con 30.987 pacientes, saliendo un agregado del tamaño del efecto del 65% [95%CI 61% – 68%], con un I-cuadrado de 97,1%. En el MA de tasa de eventos de alto adherente se incluyeron 40 estudios con 27.752 pacientes, saliendo un agregado del tamaño del efecto del 27% [95%CI 25% – 30%], con un I-cuadrado de 93,7%. En los análisis de subgrupos de los 3 MA las heterogeneidades no bajaron de 97,1%, 95% y 93,7%, respectivamente.

Conclusiones

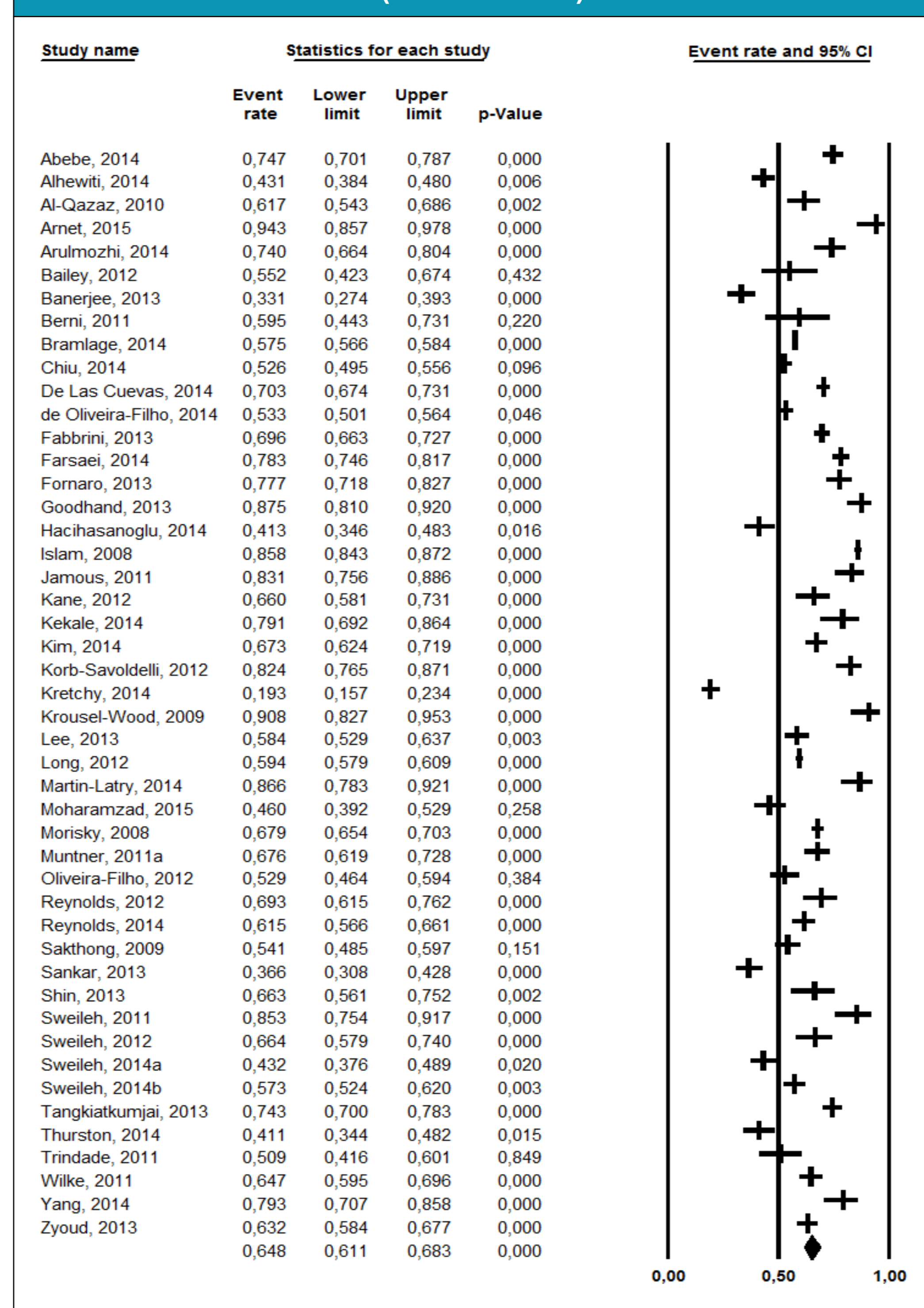
Aunque el MMAS-8 parece ser un instrumento robusto para medir la no adherencia auto-reportada, aparece una heterogeneidad alta entre los estudios que lo usan. Esta heterogeneidad permanece en todos los subgrupos. Nuestros hallazgos sugieren la existencia de posibles inconsistencias en la aplicación del sistema de puntuación al usar el MMAS-8.

$$I^2 = \frac{(Q - gf)}{Q} \times 100\%$$

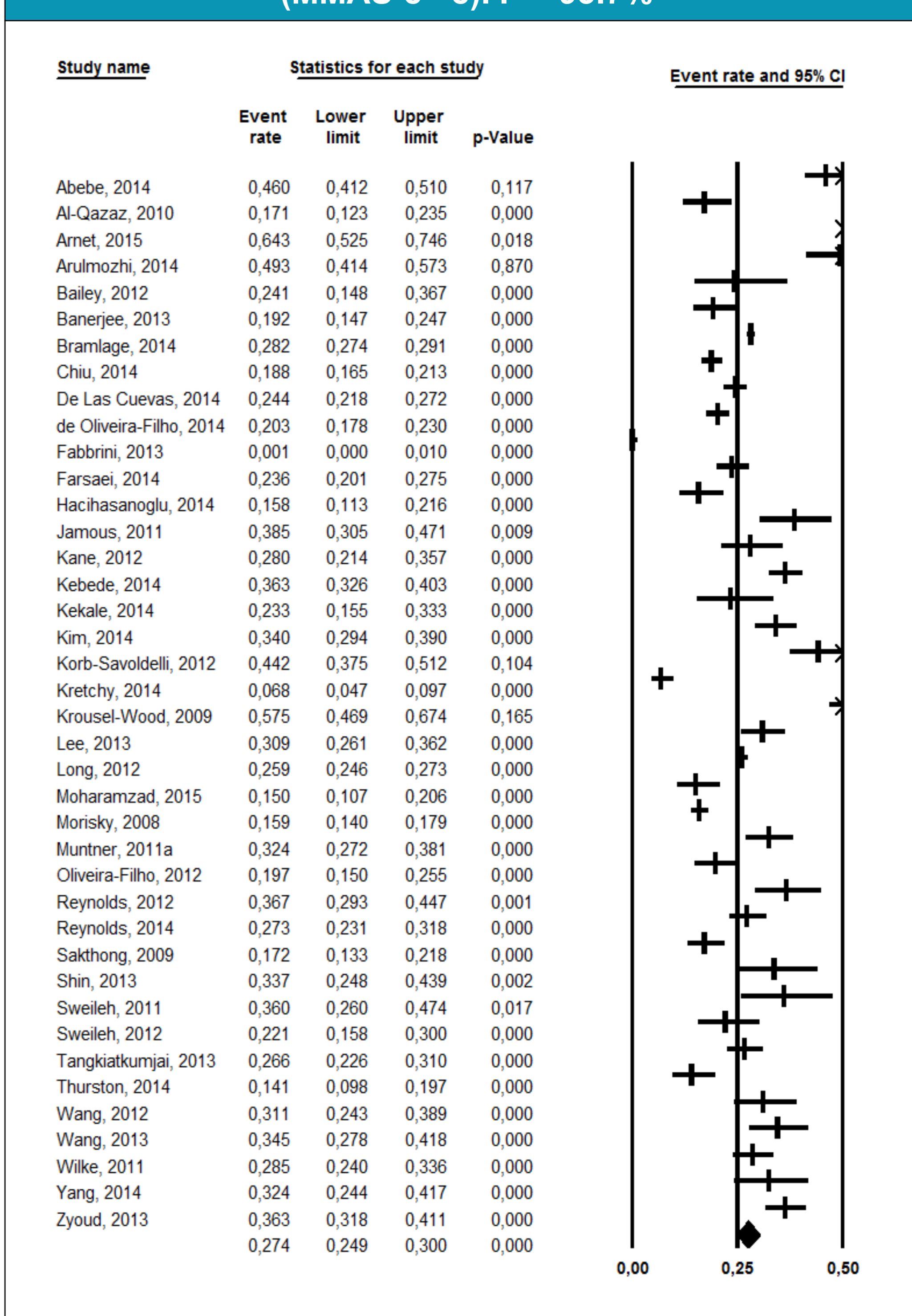
Meta-análisis de la media de la puntuación del MMAS-8 $I^2 = 99,0\%$



Meta-análisis de tasas de eventos de medio-alto adherentes (MMAS-8 ≥ 6). $I^2 = 97,1\%$



Meta-análisis tasas de eventos de altamente adherentes (MMAS-8 = 8). $I^2 = 93,7\%$



I^2 describe el porcentaje de variabilidad debida a la heterogeneidad y no al azar