

## ADHERENCIA TERAPEUTICA

El cumplimiento<sup>1</sup> se define como “el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación, seguir una dieta o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias”. El incumplimiento, problema relevante especialmente en los pacientes crónicos, hace referencia a la falta de cumplimiento por parte de los pacientes. En esta definición, cumplimiento es un término que refleja una obediencia pasiva, lo que significa que el paciente acepta lo que receta el médico. Respecto al cumplimiento farmacológico, la mayoría de los estudios consideran cumplidor al paciente que toma entre el 80%-110% de las dosis prescritas<sup>1,2</sup>.

En la actualidad se prefiere hablar de adherencia, definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente<sup>3</sup>. La adherencia terapéutica significa que el paciente colabora con el tratamiento propuesto en función de sus preocupaciones.

Diversos estudios señalan que entre un 35 y un 50% de los pacientes incumplen el tratamiento<sup>4,5</sup>, llegando en los pacientes mayores sin cuidador al 70%.

Todo esto dificulta el seguimiento de la enfermedad, ya que se da la paradoja de que cuando no se consigue un buen control de la enfermedad, en lugar de pensar en un incumplimiento, cuya alta prevalencia supone más del 50% de los fracasos terapéuticos, se intensifican las pruebas complementarias y el tratamiento, lo cual aumenta su complejidad (mayor incumplimiento) y, al mismo tiempo, aumenta el riesgo de aparición de efectos adversos e interacciones.

Por otro lado, y tras la reciente entrada en vigor del copago farmacéutico, se ha observado una disminución de un 20% en la dispensación de los medicamentos, lo que implica un abandono de los mismos por parte de los pacientes.

### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA<sup>6,7</sup>

Pueden estar relacionados con el paciente (edad, no aceptación de la enfermedad, incompreensión de necesidad de tratamiento, falta de confianza con el médico, creencias relativas a la enfermedad), la enfermedad (mayor duración del cuadro, ausencia de síntomas), el tratamiento (miedo a reacciones adversas, regímenes complejos, coste) o el profesional (mala relación, carencia de empatía, duración corta de la consulta).

### CONSECUENCIAS<sup>8-10</sup>

Falta de eficacia del tratamiento, mayor número de recaídas e ingresos hospitalarios y muerte, desconfianza en el médico, y aumento del gasto en recursos del sistema sanitario (coste de medicamentos, aumento el número de visitas a su médico, a los servicios de urgencias, e ingresos hospitalarios).

### MÉTODOS DE DETECCIÓN

**1. ¿A quién evaluar la adherencia?** Idealmente se recomienda que se realice de forma rutinaria cada vez que se prescriba, dispense o se revise la medicación<sup>3</sup>. Sin embargo, dada la presión asistencial es

más realista priorizar la atención en los pacientes con mayor riesgo de falta de adherencia<sup>11</sup>: fracaso terapéutico, tratamientos complejos, efectos adversos, mala relación médico paciente, procesos asintomáticos, inasistencia a citas programadas, falta de conocimiento de la enfermedad o de los beneficios del tratamiento, deterioro cognitivo, presencia de depresión, dificultad para acceder a los servicios y a los medicamentos.

**2. Medición.** Medir el grado de cumplimiento es muy difícil debido a la gran cantidad de factores que se implican en él. No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos pueden ser directos o indirectos<sup>6,7</sup>.

**2.1. Métodos directos:** determinan las concentraciones séricas de algunos fármacos o sus metabolitos. Es una práctica común para controlar el cumplimiento terapéutico en el caso de fármacos como antiepilépticos, digoxina, inmunosupresores o teofilina.

**2.2 Métodos indirectos:** Son sencillos y económicos, por lo que son usados en la práctica clínica, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario, que tienden a sobreestimar el cumplimiento. Se propone el uso simultáneo de varios de ellos, ya que ninguno por sí solo alcanza las condiciones ideales de aceptabilidad (sensibilidad y especificidad > 80%).

**2.2.1 Recuento de comprimidos.** Es el método con mejores datos de fiabilidad y validez, lo cual aumenta si se realiza en el domicilio del paciente. Presenta inconvenientes como son el poder alterar la relación médico-paciente al sentirse controlado y que el paciente puede ocultar voluntariamente comprimidos.

**2.2.2. Comunicación del cumplimiento autocomunicado.** Presenta una alta especificidad y, por tanto, cuando el paciente afirma que no se toma la medicación correctamente, se puede asegurar con gran certeza que se trata de un caso de incumplimiento. Consiste en preguntar sobre la adherencia a través de preguntas facilitadoras:

**“La mayoría de las personas tienen dificultad en tomar todos los comprimidos diariamente, ¿ha tenido usted dificultad en tomar todos los suyos?”**

**2.2.3. Cuestionario de Morisky-Green.** Es un cuestionario sencillo y validado pero con peores resultados de validez que el anterior:

- 1) ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?**
- 2) ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?**
- 3) Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?**
- 4) Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?**

Respuestas correctas: no, si, no, no.

Incumplidores: contestan mal a una o más preguntas

2.2.4. Cuestionario de Batalla. Se basa en que cuanto mayor es el conocimiento de su enfermedad y de los beneficios del tratamiento, mejor es su cumplimiento:

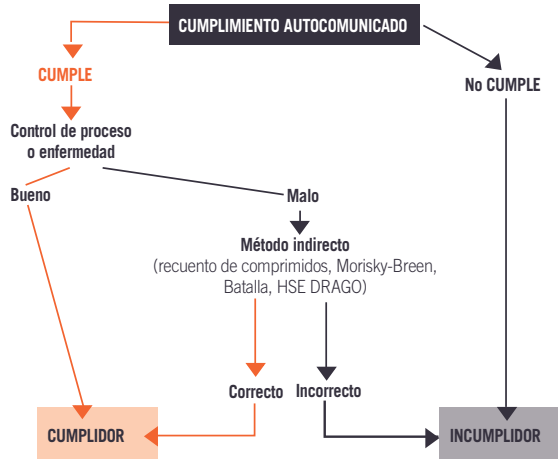
- 1) La hipertensión arterial ¿representa una enfermedad para toda la vida?
  - 2) ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
  - 3) Cite dos o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.
- Incumplidor: responde erróneamente a alguna pregunta

2.2.5. Historia de Salud Electrónica (HSE). A través del Modulo de Prescripción de nuestra HSE-DRAGO/Histórico de dispensación, podemos conocer la fecha de retirada de los medicamentos de la oficina de farmacia. Podemos considerar que si los retira se los toma, más aún tras el copago

ATORVASTATINA 10 MG 28 COMPRIMIDOS ORAL --- Detalles				
Histórico Prescrip.	Histórico Imp.	Histórico Dispensa.	F. Técnica	Análisis
Medicamento Prescrito	Fec. Prescripción	Medicamento Dispensado	Fec. Dispensado	Ob
ATORVASTATINA 10 MG	30/08/2012	ATORVASTATINA CINFA	20/09/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	02/08/2012	ATORVASTATINA CINFA	16/08/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	28/06/2012	ATORVASTATINA CINFA	26/06/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	31/05/2012	ATORVASTATINA CINFA	29/05/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	03/05/2012	ATORVASTATINA CINFA	08/05/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	09/04/2012	ATORVASTATINA CINFA	04/04/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	12/03/2012	ATORVASTATINA CINFA	08/03/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	13/02/2012	ATORVASTATINA CINFA	16/02/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	16/01/2012	ATORVASTATINA CINFA	11/01/2012	
ATORVASTATINA 10 MG	19/12/2011	ATORVASTATINA CINFA	14/12/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	21/11/2011	ATORVASTATINA CINFA	23/11/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	24/10/2011	ATORVASTATINA CINFA	26/10/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	24/08/2011	ATORVASTATINA CINFA	17/08/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	25/07/2011	ATORVASTATINA CINFA	27/07/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	25/07/2011	ATORVASTATINA CINFA	27/07/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	27/06/2011	ATORVASTATINA CINFA	21/06/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	28/05/2011	ATORVASTATINA CINFA	20/06/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	28/04/2011	ATORVASTATINA CINFA	28/04/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	28/04/2011	ATORVASTATINA CINFA	28/04/2011	
ATORVASTATINA 10 MG	17/02/2011	ATORVASTATINA CINFA	21/02/2011	

2.2.6. Otros (tienen peores resultados de validez): el juicio clínico tiende a subestimar de forma importante el incumplimiento; la asistencia a citas programadas asimila la falta de asistencia con incumplimiento; la evolución clínica considera al paciente mal controlado como incumplidor, por lo que sobreestima el incumplimiento.

**Valoración del cumplimiento**



**MEJORAR LA ADHERENCIA**

Para la mayoría de las estrategias no hay evidencias claras sobre su eficacia<sup>3,12</sup>. A pesar de ello, la búsqueda de intervenciones efectivas que faciliten la adherencia debe considerarse una prioridad. Probablemente lo más eficaz sea la combinación de varias estrategias<sup>12</sup>, así como las intervenciones basadas en la dinámica de grupos:

- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación.
- Simplificar el régimen terapéutico. Tratamiento lo menos complejo posible (menor número de medicamentos y dosis, asociar la toma de medicación con los actos cotidianos).
- **Información al paciente o cuidador sobre su enfermedad** y la trascendencia de un buen control, para lo que será preciso hacerle participe de objetivos y controles.
- **Información sobre el tratamiento no farmacológico<sup>13</sup> y farmacológico:** aprender a identificar el medicamento por el principio activo, correcta posología, dosis y duración de la acción del medicamento y correcta forma de administración. Informar de las posibles consecuencias de no tomar una dosis (ausencia de respuesta, sd. de abstinencia...). Posibilidad de la utilización de pastilleros.
- **Informar sobre posibles efectos adversos** (en contra de lo que se cree, informar de los posibles efectos adversos no aumenta el incumplimiento), **beneficios esperados<sup>10</sup>**, y **del riesgo de interacciones si se automedica.**
- **Proporcionar al paciente o cuidador una lista actualizada de la medicación, que incluya la pauta.**
- Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema, y considerar opciones para reducirlo<sup>3</sup>. En este sentido el SCS ha realizado una campaña dirigida a los pacientes y profesionales sanitarios con el fin de evitar el abandono de la medicación tras la entrada del copago, hecho demostrado tras la disminución de un 20% de los envases dispensados en nuestro país.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Haynes R, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
2. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. Clin Ther. 1999; 21:1074-90.
3. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009. Disponible en: <http://nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>.
4. kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. 2007;167:540-50.
5. Marquez E, Gil V, Casado JJ, Martell M, De la Figuera M, Martín JL, et al. Análisis de los estudios publicados sobre incumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. Aten Primaria. 2006; 38:325-32.
6. Oskadletz. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac. 2011;19(1):1-6
7. Orueta Sánchez. Adherencia a las intervenciones sanitarias y persistencia terapéutica. In: Gavián Morales E, Villafaina Barroso A, editores. Polimedición y Salud. 1ed Teruel; 2011. p.219-52.
8. Simpson S, Eurico D, Majumdar S, Padwal R, Tsuyuki R, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ. 2006;33:15-20.
9. Ho M, Rumsfeld J, Masoudi F, McClure D, Plomondon M, Steiner J, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. Arch Intern Med. 2006; 166:1836-41.
10. Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Services Research. 2007; 7: 55-67.
11. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005; 353: 487-97.
12. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>.
13. Hojas Informativas y recomendaciones para pacientes. Servicio Canario de Salud

**AUTORES**

Aguiar Bautista JA (Médico de Familia, DGF), Álamo Martell MC (Médico de Familia), Montes Gómez E (Médico de Familia, DGF), Moreno Valentín G (Médico de Familia, DGF), Luján García G (Farmacéutica, DGF), Rodríguez Segovia A (Farmacéutica, DGF), Plasencia Núñez M (Farmacéutica, DGF)

**Edita:** Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud / SERVICIO CANARIO DE SALUD.

**ISSN:** 1889-0989.

**Depósito Legal:** GC 1103-2008

Pueden solicitar el envío electrónico de los infarmas remitiendo un correo a [jagubau@gobiernodecanarias.org](mailto:jagubau@gobiernodecanarias.org)