

## ■ INFORME

# Adherencia terapéutica

## *Therapeutic adherence*

**M.A. Sanahuja, V. Villagrasa, F. Martínez-Romero**

**Departamento de Farmacia. Universidad CEU-Cardenal Herrera. Moncada (Valencia).**

### RESUMEN

Se define en este trabajo el concepto de adherencia terapéutica, que implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud, e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes que deben tenerse en cuenta. Se resalta que la diferencia principal entre adherencia y cumplimiento es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones. Con respecto a la magnitud del problema, se cita que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en los pacientes que padecen enfermedades crónicas es del 50%, y después de 6 meses de haber comenzado un tratamiento, el número de pacientes que deja de tomar la medicación varía entre el 30 y el 80%.

Se describen los distintos tipos de incumplimiento en función del periodo de seguimiento: incumplimiento parcial y/o esporádico, descanso farmacológico o vacaciones terapéuticas, cumplimiento de bata blanca e incumplimiento absoluto.

Asimismo, se revisan las principales causas del incumplimiento, siendo las más importantes la falta de información y la falta de apoyo en el cambio de comportamiento que se requiere en la mayoría de patologías, en especial en ancianos y enfermos crónicos.

A continuación se describen los métodos que se usan para medir la adherencia, tanto los directos como los indirectos (entre los cuales hay métodos objetivos y subjetivos).

Por último, se abordan los distintos métodos que pueden servir para mejorar la adherencia y las distintas intervenciones para mejorar el cumplimiento.

**Palabras clave:** Adherencia terapéutica, cumplimiento terapéutico, incumplimiento terapéutico.

### ABSTRACT

Defined in this work the concept of therapeutic adherence, which requires active and voluntary collaboration with the plan of health care, and incorporates beliefs and attitudes of the patient and factors to be taken into consideration. It is remarkable that the major difference between adherence and compliance is that the adherence requires agreement of the patient with regard to the recommendations. In relation to the magnitude of the problem is mentioned in the developed countries adherence to treatment in patients with chronic diseases is 50%, and after 6 months of the beginning of treatment, ranges from 30 to 80% the number of patients stop taking the medication.

Describes the different kinds of failure on the basis of the follow-up: "partial failure and/or sporadic", "rest pharmacological or therapeutics holidays", "white coat compliance" and "complete failure". Reviews the main causes of the failure, being the most important the lack of information and the lack of support in the change of behavior that is required for the majority of pathology, especially in the elderly and the chronic ill. The following are methods for measuring the adherence, both direct and indirect (in which there are objective methods and subjective).

Finally, it's raised the various methods that can be used to improve adherence and interventions to improve compliance.

**Keywords:** Therapeutic adherence, therapeutic compliance, therapeutic failure.

**Fecha de recepción:** 31/05/2012. **Fecha de aceptación:** 31/05/2012.

**Correspondencia:** L. Moreno Royo

**Correo electrónico:** lmoreno@uch.ceu.es

## Definición

La definición de adherencia terapéutica, según un informe de la Organización Mundial de la Salud, es la siguiente: «El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria». Es un concepto diferente del cumplimiento u observancia; la diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones.

El concepto de adherencia implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud, e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes que deben tenerse en cuenta.

## Magnitud del problema de la adherencia terapéutica

La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas es un problema de enorme magnitud en todas las áreas y niveles de la atención sanitaria. Esta adherencia al tratamiento es fundamental para la recuperación y el mantenimiento de la salud del paciente, aun cuando la relación entre adherencia al tratamiento y evolución del estado de salud es extremadamente compleja.

En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en los pacientes que padecen enfermedades crónicas es del 50%. En las enfermedades crónicas, después de 6 meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30 y el 80% de los pacientes deja de tomar la medicación.

El nivel de adherencia varía dependiendo del tipo de tratamiento. La tasa más alta se da en los tratamientos que actúan directamente sobre los síntomas de la enfermedad (analgésicos, antiinflamatorios, etc.), y especialmente en los cuadros clínicos de comienzo agudo. Por el contrario, los niveles más bajos de adherencia corresponden a enfermedades crónicas que no producen síntomas o que no plantean un riesgo grave, sino que implican cambios en el estilo de vida.

La adherencia a los tratamientos ha sido ampliamente estudiada en diversas enfermedades crónicas; por ejemplo, en los países desarrollados, como Estados Unidos, sólo el 51% de los pacientes tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito. Los datos sobre pacientes con depresión revelan que el 40-70% se adhiere a los tratamientos antidepresivos. En Australia, sólo un 43% de los pacientes con asma toman su medicación según lo prescrito todo el tiempo, y sólo un 28% emplea la medicación preventiva prescrita. En el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, la adherencia a los agentes antirretrovíricos varía entre el 37 y el 83%, según el medicamento en estudio.

Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en vías de desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las desigualdades en el acceso a la atención de salud.

La adherencia terapéutica deficiente multiplica las grandes dificultades que entraña mejorar la salud de las poblaciones pobres, y produce un despilfarro y una subutilización de los recursos de tratamiento, que son de por sí limitados. Sin duda, si los sistemas de salud pudieran promover más eficazmente la adherencia terapéutica, los beneficios humanos, sociales y económicos serían considerables.

En España, la falta de adherencia a los tratamientos condiciona hasta un tercio de todos los ingresos hospitalarios, y es la principal causa de descompensación e ingreso hospitalario en la insuficiencia cardíaca.

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente su efectividad, por lo que es fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de los factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos.

Resulta sorprendente que, si bien está reconocido que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, en la práctica diaria no siempre se integra este hecho como causa del fracaso

terapéutico, lo cual conlleva frecuentemente la realización de pruebas innecesarias o el incremento de los tratamientos, que pueden suponer un riesgo para el paciente.

Existen muchos estudios que han informado sobre modificaciones institucionales en los costes después de los cambios en las tasas de adherencia terapéutica. Algunos estudios han revelado que las inversiones iniciales en las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica se recuperan plenamente en unos pocos años, y los costes recurrentes son cubiertos por completo mediante los ahorros. Estas «intervenciones de ahorro de costes» se vinculan firmemente a la prevención de las recaídas, las crisis y las complicaciones de la enfermedad.

## Tipos de incumplimiento

Normalmente, la aceptación de un tratamiento farmacológico va unida a la adherencia a dicho tratamiento por parte del paciente. En tratamientos cortos dicha adherencia es buena, pero a medida que se prolonga el periodo de tratamiento, o en tratamientos crónicos, la adherencia disminuye, lo que supone un gran problema en la práctica clínica que, además, afecta a la salud del paciente. Por ello, es necesario preguntarnos el porqué de esa falta de adherencia o incumplimiento terapéutico. Se puede decir que el incumplimiento disminuye la eficacia y la efectividad del tratamiento.

Aunque el incumplimiento terapéutico afecta a toda la población, se ha demostrado que los ancianos son el grupo que menos se adhiere al tratamiento, aumentando así las complicaciones de su enfermedad y, por tanto, el fracaso terapéutico, además del gasto sanitario.

Es un error pensar que los pacientes sólo se tienen que encargar de tomar su medicación. Con esto se excluye que parte del cumplimiento también se debe a otros factores, como el entorno familiar y social, el poder adquisitivo, etc. También es erróneo pensar que la falta de adherencia se debe sólo al paciente.

Como veremos a continuación, hay una serie de factores relacionados con el incumplimiento:

- Factores relacionados con la atención médica: mala comunicación, falta de empatía entre el paciente y el profesional sanitario, o a la inversa, consultas masificadas, periodos de tiempo muy largos entre una consulta y otra...
- Factores relacionados con el propio paciente: falta de comprensión, mala situación familiar, falta de recursos, estrés...
- Factores relacionados con la enfermedad: enfermedad y situación no aceptada por el paciente, pesimismo...
- Factores relacionados con el tratamiento: tratamientos largos, pauta terapéutica compleja, reacciones adversas...

Todavía se tiende a centrar en los factores relacionados con el paciente las causas de los problemas con la adherencia, y se descuidan relativamente el personal asistencial y los factores determinantes vinculados al sistema de salud. Estos últimos factores constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes reciben atención y ejercen un considerable efecto sobre la adherencia terapéutica. Urge llevar a cabo intervenciones orientadas a los factores pertinentes en el ambiente de la atención de salud.

Después de observar los factores que se relacionan con el incumplimiento en diversos estudios realizados en España, se considera a un paciente cumplidor si se toma el total de la dosis prescrita, con una variación del 75-80%, o un intervalo entre el 80 y el 110% de la dosis prescrita.

Se distinguen varios tipos de incumplimiento en función del periodo de seguimiento:

- Incumplimiento parcial y/o esporádico. La causa más frecuente es el olvido de dosis. Hay autores que este punto lo dividen en incumplimiento parcial e incumplimiento esporádico.
- Descanso farmacológico o vacaciones terapéuticas. Los pacientes incumplen los fines de semana, descansan varios días y, si aparecen síntomas, retoman el tratamiento.
- Cumplimiento de bata blanca. Los pacientes sólo toman la medicación unos días antes o después de la visita al médico.
- Incumplimiento absoluto. Es frecuente en pacientes con enfermedades crónicas, y supone el abandono del tratamiento de manera indefinida.

- Otros tipos de incumplimiento: dosis incorrectas, suspensión del tratamiento en el momento en que se nota mejoría, no comprar o no retirar los medicamentos de la farmacia...

Una de las principales causas del incumplimiento es la falta de información y la falta de apoyo en el cambio de comportamiento que se requiere en la mayoría de patologías, en especial en ancianos y enfermos crónicos.

## Métodos para medir la adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se puede realizar mediante métodos directos o indirectos:

### Métodos directos (objetivos)

Consisten en la determinación del fármaco o sus metabolitos u otros marcadores bioquímicos en los fluidos corporales. Son poco utilizados en la práctica habitual por su dificultad técnica. Además, están sujetos a variabilidades interindividuales y pueden ser engañosos porque el paciente conoce cuándo se realiza la medida.

### Métodos indirectos

Son los más utilizados y, a su vez, pueden ser objetivos o subjetivos:

- **Objetivos.** Se utiliza como método de referencia el recuento de comprimidos por sorpresa en casa del paciente, mediante monitores electrónicos acoplados al envase (un sistema de monitorización del episodio de medicación –denominado MEMS por sus siglas en inglés– registra las aperturas del envase; el coste de estos dispositivos hace que se usen casi exclusivamente para estudios de investigación o ensayos clínicos), asistencia a las citas programadas (son comunes los errores en el recuento y dan lugar de manera característica a la sobrestimación del comportamiento de adherencia), control de las visitas para recoger recetas, valoración de la eficacia terapéutica esperada, valoración de los efectos adversos (es un método limitado, pues algunos tratamientos no producen efectos adversos de forma tan frecuente como para ser usados como indicadores de adherencia) y bases de datos de farmacia (permiten conocer el número de nuevos tratamientos y su interrupción en la población usuaria general, pero no la adherencia de casos particulares).
- **Subjetivos.** Juicio del médico acerca de cómo cumple el enfermo, mediante técnicas de entrevista o autocuestionarios:
  1. Cuestionarios que analizan el «grado de conocimiento» de la enfermedad.
  2. Cuestionario de Morisky-Green, que valora si el paciente «adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica» de su enfermedad.
  3. Cuestionario de «comunicación del autocumplimiento», propuesto por Haynes y Sackett. Es un método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor, y es útil para indagar sobre las razones de la no adherencia.
  4. «Comprobación fingida». Se propone al paciente que se define como cumplidor la recogida de una muestra de orina para detectar en ella restos del medicamento tomado; a continuación se le pregunta si cree que va a contener mucho, poco o nada del mismo. Si afirma que contendrá mucho, es porque es un cumplidor, y si dice que habrá poco o nada, es incumplidor.

La medición de la adherencia terapéutica brinda información útil que no puede proporcionar únicamente el control de resultados, pero continúa siendo sólo un cálculo aproximado del comportamiento real del paciente. Varias de las estrategias de medición son costosas (p. ej., el MEMS) o dependen de la tecnología de la información (p. ej., bases de datos de farmacias), no disponible en muchos países. La elección de la «mejor» estrategia de medición para obtener una aproximación del comportamiento de adherencia terapéutica debe contemplar todas estas consideraciones. Y lo que es más importante, las estrategias empleadas deben cumplir con las normas psicométricas básicas de fiabilidad y validez aceptables. También deben tenerse en cuenta las metas del prestador o el investiga-

dor, los requisitos de exactitud asociados al régimen, los recursos disponibles, la carga de respuesta en el paciente y el modo en que se usarán los resultados.

Por último, ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. La utilización de varios métodos, en los que se combinen medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles, constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica y evita la sobrestimación.

## Medidas que pueden ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento

Aun con todos los métodos disponibles, es muy difícil establecer un patrón del paciente no cumplidor, por lo que se tendrá que poner en marcha una serie de medidas que faciliten la adherencia al tratamiento.

Las intervenciones para aumentar el cumplimiento terapéutico deben llevarse a cabo por parte de todos los profesionales sanitarios que intervengan en el proceso de tratamiento del paciente (médicos, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos, etc.). Por otra parte, los profesionales sanitarios deben seguir una sistemática en cuanto a las intervenciones para aumentar el cumplimiento; a pesar de que existen pautas al respecto, todavía es muy alto el porcentaje de no adherencia al tratamiento.

Una buena información al paciente dará lugar a un aumento de la motivación por su parte mediante cambios de actitud y de comportamiento.

## Intervenciones para aumentar el cumplimiento

- Informar al paciente de su enfermedad y de la necesidad o no de tratamiento.
- Pautas terapéuticas sencillas y adaptadas a su rutina diaria.
- Enseñar el uso de las formas farmacéuticas prescritas.
- Recetas personalizadas.
- Realizar un seguimiento terapéutico.
- En los tratamientos cortos, indicar el principio y el fin, así como la fecha de la siguiente consulta.
- Campañas sanitarias para mejorar el uso de determinados medicamentos, que pueden realizarse desde las oficinas de farmacia.
- Educación sanitaria sobre el uso racional de antibióticos.

Existen algunas herramientas asociadas a las nuevas tecnologías que permiten mejorar la adherencia al tratamiento, como las siguientes:

- Programa para móviles o tablets con sistema operativo Android, llamado PIPILL: avisa puntualmente de cada toma e identifica a la perfección las medicinas y sus dosis para ese momento del día. La introducción de las recetas se realiza de forma cómoda y fácil, e incluye la fotografía de la medicina para un mayor reconocimiento del medicamento.
- Algunos colegios oficiales de farmacéuticos están promoviendo el uso de programas informáticos para facilitar que los farmacéuticos puedan, previa indicación de dosis y posología, enviar mensajes a los teléfonos móviles de los pacientes cuando tienen que administrarse un medicamento. Se puede añadir un mecanismo de *feed-back*, de forma que el paciente responda al mensaje.
- La utilización de los sistemas MEMS registran las aperturas del envase.
- El método fabricado recientemente por la compañía estadounidense Proteus Biomedical informa de si el paciente toma o no el medicamento. Consiste en un sensor comestible, que podría ir añadido al revestimiento de la cápsula o gragea, y un lector que se pega como una tirita a la piel, que recibe los datos del sensor. Se ha probado con medicamentos para la tuberculosis, la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, y mide además el ritmo cardíaco del paciente, su respiración y su temperatura corporal.

En general, lo más básico e importante para conseguir una buena adherencia al tratamiento es que el paciente al salir de la consulta médica o de la farmacia sepa:

- Para qué se ha de tomar los medicamentos prescritos.
- Qué medicamento debe tomar.
- Cuándo y cómo se los tiene que tomar.
- Hasta cuándo se los tiene que tomar.

Se ha de procurar que el paciente participe en el cuidado de su salud y en la planificación del tratamiento, y que sea consciente de las metas propuestas, aunque muchas veces deba cambiar su estilo de vida para lograrlas.

Aunque pueda dar la impresión de que la educación sanitaria es una intervención débil, un paciente no puede cumplir bien el tratamiento, o adherirse a él, si no tiene una información sobre su enfermedad y la pauta terapéutica a seguir, adecuada y suficiente.

Cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se han observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades. Además, tales programas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estancia hospitalaria y las consultas ambulatorias.

## Bibliografía

- Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. INFAC. 2011; 19(1) [consultado el 23 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>
- Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud, 2004 [consultado el 23 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Cressey D. Say hello to intelligent pills. Nature. 2012 [consultado el 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.nature.com/news/say-hello-to-intelligent-pills-1.9823>
- Haynes RB, Mc Donald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA. 2002; 288: 2.880-2.883.
- Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. FMC. 2001; 8: 558-573.
- McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. JAMA. 2002; 288: 2.868-2.879.
- Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Intern. 2007; 24: 138-141.
- Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28: 113-120.
- Pipipill-Recordatorio de recetas [consultado el 30 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://sanseboulevard.es/?page\\_id=150](http://sanseboulevard.es/?page_id=150)
- Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? Aten Primaria. 2001; 27: 559-568.