



módulo 1

Fisiología y farmacología en el envejecimiento

- 1 Fisiología del envejecimiento
- 2 Adaptación del tratamiento farmacológico al envejecimiento
- 3 Adherencia terapéutica y papel del farmacéutico

Atención farmacéutica

módulo 1

TEMA 3

Adherencia terapéutica y papel del farmacéutico

M.^a Amparo Sanahuja¹, Victoria Villagrasa Sebastián²

¹ Profesora de Ciencias de La Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. ² Departamento de Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera.

La definición de «adherencia terapéutica» según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente: «El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios de estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria».

Es un concepto diferente del de «cumplimiento» u «observancia». La diferencia principal es que la adherencia terapéutica requiere la conformidad del paciente con respecto a las recomendaciones.

La adherencia a los tratamientos es esencial para el cuidado de la salud de los pacientes, especialmente en aquellos que pertenecen a grupos de riesgo, como los ancianos, en los que la salud se ve condicionada por las peculiaridades propias de la edad.

El concepto de adherencia implica una colaboración activa y voluntaria del paciente con el plan de cuidado de la salud, e incorpora sus creencias y actitudes



como factores relevantes que deben ser tomados en cuenta.

Magnitud del problema de la adherencia terapéutica

En España, las personas mayores de 65 años representan actualmente alrededor del 25% de la población, y consumen del 30 al 50% de los fármacos prescritos. El 36% de los ancianos padece más de tres enfermedades crónicas, lo que se traduce en un consumo de más de tres medicamentos, por lo que se consideran personas polimedizadas y por tanto susceptibles de numerosos errores relacionados con los medicamentos, entre ellos la falta de adherencia al tratamiento.

En los países en vías de desarrollo, éste es el sector de población que más rápido crece, lo que conlleva un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y también de los trastornos más comunes en los ancianos, como el Parkinson, la enfermedad de Alzheimer, el glaucoma, la osteoporosis, etc.

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 muy compleja.

En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en 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 dejan de tomar la medicación.

El nivel de adherencia varía dependiendo del tipo de tratamiento. La tasa más alta se encuentra en los tratamientos que actúan directamente sobre los síntomas de la enfermedad (analgésicos, antiinflamatorios, etc.), sobre todo en los cuadros clínicos de comienzo agudo. Por el contrario, los niveles más

bajos de adherencia se dan en enfermedades crónicas que no producen síntomas o que no plantean un riesgo grave, pero que implican cambios en el estilo de vida.

Se supone que la magnitud y la repercusión de una 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 ya de por sí son limitados. Sin duda, si los sistemas de salud pudieran promover más eficazmente la adherencia terapéutica, los beneficios humanos, sociales y económicos serían considerables.

“Una adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población»

Una adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema 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 proporcionarían una considerable mejora del rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de 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 de forma adecuada su medicación, en la práctica diaria no siempre se integre este hecho como causa del fracaso terapéutico, lo cual conlleva con frecuencia la realización de pruebas innecesarias o un incremento de los tratamientos que pueden suponer un riesgo para el paciente.

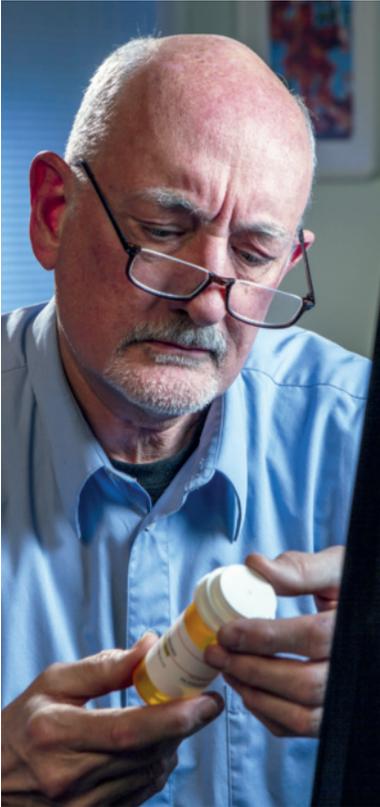
Existen muchos estudios que han constatado modificaciones institucionales en los costes después de una mejora en las tasas de adherencia terapéutica. Algunos estudios han revelado que las inversiones iniciales en las intervenciones para mejorar la adherencia se recuperan plenamente en unos pocos años, y que los costes recurrentes se cubren por completo con el ahorro que suponen estas medidas. Estas «intervenciones de ahorro de costes» se vinculan firmemente con la prevención de las recaídas, las crisis y las complicaciones de la enfermedad.

En España, la no adherencia a los tratamientos condiciona hasta un tercio de todos los ingresos hospitalarios.

Factores que condicionan el cumplimiento terapéutico

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 los 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 se hace necesario preguntarnos el porqué de esa falta de adherencia o incumplimiento terapéutico. Se puede afirmar que el incumplimiento disminuye la eficacia y la efectividad del tratamiento.

Aunque el incumplimiento afecta a toda la población, se ha demostrado que los ancianos son el grupo de pacientes que menos adherencia terapéutica presenta. Esto hace que las



complicaciones referentes a su enfermedad aumenten, y por tanto también que el fracaso terapéutico sea más alto, además de producir un mayor gasto sanitario.

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, y en especial en ancianos y enfermos crónicos.

Es un error pensar que los pacientes sólo tienen que encargarse de tomar su medicación, ya que con esto se excluye que parte del cumplimiento también se debe a 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, existen una serie de factores relacionados con el incumplimiento:

- Factores relacionados con la atención médica: mala comunicación, falta de empatía paciente-profesional de la salud o a la inversa, consultas masifica-

das, periodos 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, etc.
- Factores relacionados con el tratamiento: tratamientos largos, pauta terapéutica compleja, reacciones adversas...

Todavía tenemos cierta tendencia a centrar las causas de los problemas con la adherencia en los factores relacionados con el paciente, y solemos olvidar los factores relacionados con el personal asistencial y con los determinantes vinculados al sistema de salud. Estos últimos factores constituyen el entorno de asistencia sanitaria en el que los pacientes reciben la atención médica, y ejercen un considerable efecto sobre la adherencia terapéutica. Por tanto, urge llevar a cabo intervenciones orientadas a los factores pertinentes en el entorno de la atención de salud.

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

Tipos de incumplimiento

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 dividen este punto en incumplimiento parcial e incumplimiento esporádico.
- Descanso farmacológico o vacaciones terapéuticas: los pacientes no cumplen con su tratamiento los fines de semana, descansan varios días y, si aparecen síntomas, retoman el tratamiento.

- Cumplimiento de bata blanca: los pacientes sólo toman la medicación días antes o días 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 o de una inadecuada adherencia terapéutica se deben a las siguientes causas: dosis incorrectas, suspensión del tratamiento en el momento en que notan mejoría, no comprar o no retirar los medicamentos de la farmacia, etc.

Métodos para medir la adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento puede valorarse mediante métodos directos o indirectos.

Métodos directos (objetivos)

Consisten en la determinación del fármaco o sus metabolitos u otros marcadores bioquímicos en fluidos corporales. Por su dificultad técnica, suelen utilizarse poco en la práctica clínica habitual. Se emplean en algunos ensayos clínicos o con algunos fármacos determinados. Pueden estar sujetos a variabilidades interindividuales y resultar engañosos si el paciente sabe cuándo se realiza la medida, pero en general son bastante objetivos y suelen obtener índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos.

Métodos indirectos

Son más fáciles de aplicar, y por tanto son más utilizados. Pueden ser objetivos o subjetivos:

- Métodos indirectos objetivos. Se utiliza como método de referencia el recuento de comprimidos (el paciente puede llevar el envase del medicamento a la visita médica para ver lo que le queda, pero es mejor hacer el recuento por sorpresa en casa del paciente), aunque también pueden utilizarse los siguientes métodos: monitores electrónicos acoplados al envase (sistemas de monitorización del

episodio de medicación, por sus siglas en inglés denominados MEMS, registran las aperturas que se hacen del envase; el coste de estos dispositivos hace que se usen casi exclusivamente para estudios de investigación o ensayos clínicos); control de la 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 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 la discontinuación de los mismos de forma poblacional, pero no permiten conocer la adherencia de casos particulares).

- Métodos indirectos subjetivos. Son sencillos y económicos, y por ello los más empleados. Se relacionan a continuación:
 - Juicio del médico acerca de cómo cumple el paciente: es tan sencillo como inexacto.
 - Técnicas de entrevista o autocuestionario: se pregunta directamente al paciente con diversos tipos de cuestionarios:
 1. Cuestionarios que analizan el «grado de conocimiento» de la enfermedad por parte del paciente.
 2. Cuestionario de Morisky-Green (tabla 1). Valora si el paciente «adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento» de su enfermedad. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas (a partir de una pregunta incorrecta, el paciente es incumplidor).
 3. Cuestionario de «comunicación del autocumplimiento» propuesto por Haynes y Sackett (tabla 2). Si el paciente reconoce que tiene di-

Tabla 1. Cuestionario de Morisky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Tabla 2. Cuestionario de comunicación de autocumplimiento de Haynes y Sackett

1. La mayoría de las personas, por una u otra razón, tienen dificultad en tomar comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Para los que respondan que no tienen dificultad, se insiste: ¿los toma?	Todos los días <input type="checkbox"/> Muchos días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/>	
3. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos. ¿Por qué no me comenta cómo le va a usted? (recoger lo que diga el paciente)		

ficultad en alguna de las tres preguntas, se considera incumplidor. Es un método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor, y es útil para indagar sobre las razones de la no adherencia. Se recomienda en la práctica clínica como método de referencia.

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, pero sólo continúa siendo un cálculo aproximado del comportamiento real del paciente. Varias de las estrategias de medición son costosas (por ejemplo, el MEMS) o dependen de la tecnología de la información (por ejemplo, bases de datos de farmacias), que no está disponible en muchos países.

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 autnotificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica y evita la sobrestimación.

Como estrategia general para detectar el incumplimiento, podría proponerse que primero se realizara el test del cumplimiento autocomunicado o test de Haynes y Sackett:

- Si el paciente afirma ser un incumplidor, se considerará como tal.
- Si refiere ser buen cumplidor y su enfermedad está controlada, se considerará cumplidor, ya que el objetivo es controlar la enfermedad.
- Si refiere ser cumplidor y la enfermedad no está controlada, se sospechará el incumplimiento, realizándose a continuación un recuento de comprimidos.

Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento. Papel del farmacéutico

Las estrategias de mejora del cumplimiento se dividen en estrategias cognitivas (facilitar información para mejorar

el conocimiento), estrategias relativas al comportamiento (modificar, reforzar o facilitar actividades favorecedoras del comportamiento deseado con la medicación) y estrategias centradas en aspectos afectivos (centradas en el entorno familiar y social, y en influir en aspectos emocionales del paciente en relación con la enfermedad y la medicación).

No existe una estrategia que por sí sola sea efectiva. Habitualmente, sólo resulta efectiva, y de forma moderada en el mejor de los casos, la combinación de más de una estrategia.

Las intervenciones que deben realizarse para aumentar la adherencia al tratamiento tienen que ser llevadas 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, el porcentaje de no adherencia al tratamiento todavía es muy alto.

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

- PIPILL. Es un programa para móviles o tablets con sistema operativo Android. 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 del envase para un mayor reconocimiento del medicamento.
- Algunos colegios oficiales de farmacéuticos están promoviendo el uso de programas informáticos para facilitar que estos profesionales 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

Caso clínico

Un paciente que padece hipertensión lleva retirando su medicación regularmente en la oficina de farmacia desde hace un mes; sin embargo, los valores de la presión arterial no se normalizan. El farmacéutico lo remite al médico para que revise su medicación. Vuelve a la oficina de farmacia con el mismo tratamiento, pero con una dosis mayor. Incluso con este cambio, vuelve a pasar otro mes y sus valores de presión arterial siguen sin ser normales. El farmacéutico sospecha que el paciente no está tomando adecuadamente la medicación.

1. ¿Cuál es el método más fácil y recomendable para saber si es cumplidor?

Debería realizarle el cuestionario de comunicación de autocumplimiento de Haynes y Sackett.

2. ¿Qué debe deducir el farmacéutico si el paciente responde a alguna de las preguntas del método citado anteriormente de forma negativa?

Debe concluir que el paciente es incumplidor, y por eso falla el tratamiento.

3. ¿Qué intervenciones podría llevar a cabo el farmacéutico para mejorar la adherencia al tratamiento del paciente?

- Informar adecuadamente al paciente de su enfermedad y de la necesidad del tratamiento.
- Proporcionar pautas terapéuticas sencillas y adaptadas a su rutina diaria.
- Enseñar el uso adecuado de las formas farmacéuticas que se le han prescrito.
- Realizar un correcto seguimiento terapéutico.

mecanismo de *feed-back*, de forma que el paciente responda al mensaje.

- La utilización de los denominados MEMS (citados anteriormente en los métodos para medir la adherencia), que registran las aperturas que se hacen del envase.
- El método fabricado por la compañía estadounidense Proteus Biomedical es muy efectivo, e informa de si el paciente toma o no el medicamento. Consiste en un sensor comestible que va 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. Ha sido probado con medicamentos para la tuberculosis, la diabetes y algunas enfermedades cardiovasculares. Además, es capaz de medir el ritmo cardiaco del paciente, su respiración y su temperatura corporal.

Posibles intervenciones del farmacéutico para aumentar la adherencia

A la hora de establecer las intervenciones apropiadas en el anciano, en primer lugar es importante tener en cuenta la enfermedad o las enfermedades del paciente, pero también es fundamental ofrecerle un seguimiento personalizado que tenga en cuenta sus peculiaridades. Para poder completar con éxito el tratamiento, el farmacéutico debe dedicar tiempo a informar y a escuchar al anciano.

Entre las posibles intervenciones destacan las siguientes:

- Informar al paciente de su enfermedad y de la necesidad o no de tratamiento.
- Proporcionar pautas terapéuticas sencillas y adaptadas a su rutina diaria.
- Enseñar el uso de las formas farmacéuticas que se prescriben.
- Realizar un seguimiento terapéutico.

- Resaltar, en tratamientos cortos, el principio y el fin del tratamiento, así como la fecha de la siguiente consulta.
- Organizar campañas sanitarias, desde la oficina de farmacia, para mejorar el uso de determinados medicamentos.
- Proporcionar educación sanitaria sobre el uso racional de antibióticos.

En general, lo más básico e importante en el papel del farmacéutico para conseguir una buena adherencia al tratamiento es que, al salir de la consulta, el paciente anciano tenga la siguiente información:

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

Se ha de procurar que el paciente se implique en el cuidado de su salud y en la planificación del tratamiento, y que sea consciente de las metas que debe lograr, muchas veces viéndose obligado a cambiar su estilo de vida.

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 éste si no tiene una información

adecuada y suficiente sobre su enfermedad y sobre la pauta terapéutica que debe seguir. En este aspecto educativo, el farmacéutico es una pieza fundamental.

“ Los resultados de diversos estudios señalan que la intervención del farmacéutico, reforzando las indicaciones del médico y aplicando acciones de educación sanitaria, es un elemento eficaz y necesario para evitar el incumplimiento terapéutico »

Los resultados de diversos estudios señalan que la intervención del farmacéutico, reforzando las indicaciones del médico y aplicando acciones de educación sanitaria, es un elemento eficaz y necesario para evitar el incumplimiento terapéutico. Sus conocimientos sobre medicamentos y su situación pri-

vilegiada en la dispensación constituyen un valor añadido que debe tenerse en cuenta cuando se planteen estrategias y políticas de uso racional de medicamentos. ●

Bibliografía

- Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. INFAC. 2011; 19(1). Disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es> (Última consulta: 28/01/14).
- Cressey D. Say hello to intelligent pills. Nature. 17 de enero de 2012. Disponible en: <http://www.nature.com/news/say-hello-to-intelligent-pills-1.9823> (Última consulta: 28/01/14).
- Fernández Lisón L, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro J, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. Farm Hosp. 2006; 30(5): 280-283.
- Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA. 2002; 288: 2.880-2.883.
- McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. JAMA. 2002; 288: 2.868-2.879.
- Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28: 113-120.
- Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica. Pharm Care Esp. 2012; 14(4): 162-167.

