Creando cultura de adherencia a los tratamientos

Olatz Ibarra Barrueta

Resumen

La adherencia a la medicación es el proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito, mientras que la persistencia se refiere a la duración entre la primera y la última dosis, previa a la interrupción del tratamiento. La falta de adherencia a la medicación compromete la efectividad de los tratamientos y se traduce en unos peores resultados de salud, con un impacto económico importante, principalmente motivado por un mayor uso de recursos sanitarios. Este hecho es especialmente preocupante en el contexto actual de envejecimiento de la población y aumento de la pluripatología, y en consecuencia de la polimedición. Se estima que la adherencia a los tratamientos crónicos es cercana al 50%. Para abordar esta situación es necesario crear una cultura de adherencia al tratamiento, facilitando la determinación de la adherencia y motivando la implantación de planes de mejora de la adherencia en la asistencia sanitaria. La estimación de la adherencia se hace principalmente mediante cuestionarios validados o a través de los registros de dispensación de farmacia. Una vez detectada la falta de adherencia es necesario aplicar estrategias de intervención para mejorarla; entre ellas, los recordatorios, la simplificación de los tratamientos, la atención farmacéutica y la participación del paciente han resultado ser modelos de éxito.

Palabras clave: Adherencia a la medicación. Resultados de salud. Intervenciones para mejorar la adherencia. Cronicidad.

Introducción

La falta de adherencia a la medicación es un problema universal y real que compromete la efectividad de los fármacos y se traduce en unos peores resultados de salud, con un impacto negativo no solo en el gasto sanitario, sino también en la salud y la calidad de vida del paciente. En los tratamientos crónicos no es

suficiente con alcanzar una adherencia óptima inicialmente, pues lo esencial es mantenerla en el tiempo.

Definición y terminología. Taxonomía de la adherencia

En la literatura científica encontramos distintos términos que hacen referencia a la toma no adecuada de

la medicación; los más relevantes son «adherencia», «cumplimiento» y «persistencia».

En relación con el cumplimiento y la adherencia, son sinónimos en cuanto que miden el porcentaje de dosis que toma correctamente el paciente respecto a las dosis teóricas. Sin embargo, el cumplimiento tiene una connotación

más paternalista, debido a que solo refleja el grado en que el paciente se ajusta a las instrucciones del médico, de una forma pasiva. Por otro lado, la adherencia tiene en cuenta la aceptación o el acuerdo de las recomendaciones por parte del paciente, y por lo tanto exige una mayor colaboración entre el prescriptor y el paciente. Por ello, actualmente se prefiere el uso del término «adherencia» frente a «cumplimiento».

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como «el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario»¹. La definición que hace la OMS es muy amplia y aborda la adherencia más allá de la toma de medicación. Cuando hablamos en concreto de la «adherencia a la medicación», término que se propuso en el consenso europeo organizado por la ESPACOMP (European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence), nos referimos al «proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito»^{2,3}.

La persistencia, en cambio, tiene que ver con la duración del tratamiento, desde el inicio de este hasta la última dosis, previa a la interrupción del tratamiento. En el caso de un tratamiento crónico está

estrechamente relacionada con la retención del paciente en el sistema de salud, o lo que es lo mismo, con el abandono o la pérdida de seguimiento del paciente.

Estado actual de la adherencia: magnitud del problema y consecuencias de la no adherencia

Se estima que la adherencia en los tratamientos crónicos es baja; la OMS la sitúa en torno al 50% y otros documentos, como el «Plan de adherencia al tratamiento» de Farmaindustria⁴, indican una prevalencia similar. Un estudio transversal realizado en 2013 en España por el grupo ADHEFAR de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria observó, en 723 pacientes en tratamiento crónico, que el 11% referían tener dificultades con la medicación según el test de Haynes-Sackett, y solo el 56% se consideraron adherentes según el cuestionario de Morisky-Green⁵; cifras muy próximas a las indicadas por la OMS y Farmaindustria. En dicho estudio, el 23% de los pacientes notificaron tener olvidos⁵.

Otro aspecto sin resolver es el nivel de adherencia o umbral óptimo de adherencia necesario para alcanzar los resultados terapéuticos adecuados. No hay un consenso claro al respecto y depende de la evidencia disponible para cada patología. En muchos tratamientos crónicos se considera aceptable una adherencia superior al 80%, aunque

puede ser lógico pensar que sea más exigente en el inicio del tratamiento o tras múltiples fracasos, en situaciones en que las opciones terapéuticas sean reducidas, en circunstancias especiales (como el embarazo) y en enfermedades graves⁶.

La falta de adherencia tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales importantes. En un entorno con una población cada vez más envejecida, y a menudo con varias enfermedades crónicas que requieren polimedicación, la adherencia al tratamiento es un aspecto clave que tiene que ser abordado en las estrategias de salud.

Es un hecho que el incumplimiento compromete la efectividad de los tratamientos, disminuyendo la probabilidad de resultados de salud, lo que puede propiciar un aumento de dosis o cambios a tratamientos más agresivos, elevando los riesgos y secundariamente los costes. En esta línea, ante un fracaso terapéutico se debe evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar y asegurar la adherencia del paciente al tratamiento.

La falta de adherencia contribuye a aumentar el coste sanitario, principalmente por un aumento en el uso de recursos sanitarios. Las consecuencias económicas de la no adherencia son muy importantes. En Europa, el Pharmaceutical Group of the European Union estimó, en 2008, un coste anual de 1,25 billones

de euros⁷. En una revisión de Antares Consulting de 2013 se estimó un coste debido a la no adherencia de 125.000 millones de euros anuales en Europa, y que contribuiría a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año⁸. En este trabajo, cita de una referencia previa del *National Council on Patient Information and Education. Enhancing, Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan*, de agosto de 2007, se expone que uno de cada tres pacientes no retira la medicación prescrita, uno de cada dos olvida tomar su medicación, tres de cada diez dejan de tomar la medicación una vez iniciado el tratamiento y uno de cada cuatro toma una dosis menor que la prescrita por el médico^{8,9}.

Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento: un reto pendiente

Teniendo en cuenta la proporción de pacientes no adherentes, cualquier mejora en la adherencia se va a

traducir en mayores resultados de salud y un aumento en la eficiencia de los sistemas de salud, contribuyendo a la sostenibilidad del modelo.

Antes de abordar el manejo de la falta de adherencia, debemos conocer el nivel de adherencia de nuestros pacientes, y para ello es necesario disponer de herramientas para medirla. Los cuestionarios son el método más fácil de implantar, a pesar de que tienden a sobreestimar la adherencia. Es importante que el cuestionario esté validado en población española y para una patología determinada. Los cuestionarios de adherencia son baratos y fáciles de usar en la práctica clínica, aunque se correlacionan moderadamente con medidas objetivas de adherencia y tienden a sobreestimarla¹⁰.

Otro método de estimación de la adherencia es a partir de los registros de dispensación de medicamentos, tanto en la farmacia

comunitaria como en la hospitalaria. Con los datos de estos registros se calcula la tasa de posesión de la medicación y también se puede estimar la proporción de días cubiertos¹¹. Esta información está disponible en los sistemas de salud y debería ser accesible a los profesionales, e incluso a los pacientes, para contribuir a visibilizar problemas asociados a la falta de adherencia.

Una revisión realizada por Kini y Ho¹² incluyó 49 estudios que describen los métodos de medida de la adherencia que se utilizan en la práctica habitual, y examinó las estrategias de intervención que se pueden implementar para mejorar la adherencia, basadas en la evidencia actual. En estos estudios, el método más utilizado para identificar pacientes con problemas de adherencia fue el de los registros de dispensación de farmacia para detectar *gaps* o falta de medicación en los suministros o dispensaciones (23 estudios); en otros estudios se

utilizaron dispositivos electrónicos y cuestionarios. Los dispositivos electrónicos son muy precisos y existe una asociación de moderada a fuerte con los resultados clínicos. Aun así, su coste y las dificultades para integrar el dato de la adherencia en clínica hacen difícil su implementación más allá del ámbito de la investigación. Los registros de dispensación de farmacia se han asociado a mejoras en marcadores clínicos, y a pesar de no ser un predictor fuerte del resultado clínico, pueden implementarse fácilmente porque muchos sistemas de salud disponen de los registros electrónicos de dispensación.

En relación con el tipo de intervención, se identificaron seis categorías:

- Las intervenciones educativas personalizadas, repetidas y que se inician en el momento del diagnóstico muestran una modesta mejoría de la adherencia.
- La simplificación en el tratamiento o la reducción de la carga de

comprimidos diarios por los médicos pueden facilitar la adherencia.

- La consulta del farmacéutico clínico o el manejo terapéutico compartido de la enfermedad pueden mejorar la adherencia y potencialmente el control de la enfermedad.
- La terapia cognitiva conductual, incluyendo entrevista motivacional, educación conductual y estrategias de autocuidado, puede ser útil en pacientes seleccionados y con problemas de adherencia.
- La utilización de la tecnología, como los recordatorios de la toma de medicación, mensajes de texto, llamadas telefónicas o alarmas, es más efectiva cuando se hace de forma personal o interactiva, respecto a la general.
- Los incentivos para promover la adherencia han dado resultados contrapuestos; la prescripción de medicamentos con un copago

bajo o dar incentivos para promover conductas saludables puede ser eficaz.

En resumen, hay tres estrategias fáciles de implementar y que mejoran la adherencia: la simplificación del tratamiento, la consulta del farmacéutico clínico y la utilización de recordatorios.

A pesar de que el problema de la falta de adherencia es complejo y multifactorial, es importante verlo desde el enfoque de promoción de la salud. Debe abordarse de manera proactiva por parte de un equipo multidisciplinario y en todos los niveles asistenciales, siempre desde la perspectiva del paciente, incluyéndole en las decisiones y corresponsabilizándole en su autocuidado. Finalmente, la idea de crear en el sistema de salud una «filosofía de la adherencia» en un escenario multidisciplinario, presente en toda la práctica habitual y con un enfoque de la promoción de la salud, parece necesaria y conveniente.

Bibliografía

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO; 2003.
Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>.
2. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al.; ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73:691-705.
3. Garcia-Cardenas V, Hughes D, Aguilar-Palacio I, Benrimoj SI, Rabanaque MJ, Martinez-Martinez F, et al. Spanish translation of the ABC taxonomy for medication adherence. *Res Social Adm Pharm*. 2023;19:1292-7.
4. Farmaindustria. Plan de adherencia. Uso responsable del medicamento. 2016.
Disponible en: <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/11/25/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf>.
5. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo RA. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Barcelona: Euromedice; 2017. (Consultado el 6 de enero de 2025.)
Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf.
6. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerdá JM, Navarro Aznárez H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del "Día de la Adherencia" del 2013. *Farm Hosp*. 2015;39:109-13.

7. Pharmaceutical Group of the European Union. Targeting adherence. Improving patient outcomes in Europe through community pharmacists' intervention. 2008. (Consultado el 6 de enero de 2025.)
Disponible en: <http://www.pgeu.eu/policy/adherence.html>.
8. Antares. Impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos. 5 de febrero de 2013.
Disponible en: <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/2b4bd1b3f6c1cc790f69b63e4967770da8058dfe.pdf>.
9. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8:e016982.
10. Intilangelo A, Majic S, Palchik V, Traverso ML. Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática. *Farm Hosp*. 2024;48:185-92.
11. Loucks J, Zuckerman AD, Berni A, Saulles A, Thomas G, Alonzo A. Proportion of days covered as a measure of medication adherence. *Am J Health Syst Pharm*. 2022;79:492-6.
12. Kini V, Ho M. Interventions to improve medication adherence. A review. *JAMA*. 2018;320:2461-73.