

Abordaje de la adherencia en atención primaria

Mireia Massot Mesquida

Resumen

Actualmente, la polimedicación es un gran reto de salud al que tienen que hacer frente muchos países desarrollados. El reto está no solo en la optimización de la polimedicación, sino en conseguir una buena adherencia al tratamiento, ya que una baja adherencia puede conllevar resultados negativos en salud, como un aumento de los ingresos hospitalarios y de las visitas a urgencias, entre otros. El gran desafío es detectar la baja adherencia a la medicación, ya que actualmente no existe una herramienta de referencia y las diversas disponibles para esa detección todas ellas miden la adherencia de una manera indirecta, por lo que se recomienda aplicar más de una para detectar la no adherencia al tratamiento. Incluso con esta recomendación, también debemos considerar que, a pesar de utilizar varias herramientas, entre ellas puede no haber concordancia en el resultado. En el abordaje de la no adherencia al tratamiento, un aspecto importante es conocer sus causas, ya que cualquier intervención que se pretenda diseñar para mejorarla tiene que ser individualizada y considerando las causas de no adherencia del propio paciente. Otro aspecto clave en el abordaje de la adherencia, desde el punto de vista del sistema sanitario, es la necesidad de un abordaje integral por el médico, la enfermera y el farmacéutico, donde cada uno de ellos, en el momento del acto asistencial (prescripción, seguimiento y dispensación), podrán hacer énfasis en la importancia de ser adherente a la medicación para conseguir unos buenos resultados en salud, o al menos los resultados esperados.

Palabras clave: Adherencia a la medicación. Fragilidad. Intervenciones para mejorar la adherencia. Polimedicación. Cronicidad.

Introducción

En la actualidad, todos los sistemas sanitarios están diseñando estrategias para la optimización de los tratamientos farmacológicos en los pacientes polimedificados, debido al impacto en la salud que tiene la polimedicación. En general, cuando

hablamos de los riesgos de la polimedicación pensamos más en las interacciones de medicamentos, o en los efectos adversos que podrían evitarse, que en el hecho de que una polifarmacia inapropiada se relaciona con un aumento de la fragilidad, de los ingresos

hospitalarios y de la mortalidad (Fig. 1)¹⁻³.

Normalmente se asocian estos riesgos con el uso o el sobreuso de los medicamentos en el contexto de la polimedicación⁴, pero no debemos olvidar que la baja adherencia al tratamiento también es

un factor de riesgo asociado a resultados negativos en salud⁵, lo que plantea el paradigma de la búsqueda del equilibrio entre una polifarmacia adecuada y una buena adherencia al tratamiento, en el que haya una aproximación de toda la comorbilidad del paciente optimizando el cuidado de la multimorbilidad mediante la maximización del beneficio mientras se reducen los riesgos de una polifarmacia inapropiada y se consigue una buena adherencia. Una baja adherencia a la medicación

limita la eficacia de las recomendaciones médicas, farmacológicas y no farmacológicas, supone un derroche de recursos en el financiamiento de medicamentos que no se toman y dificulta la evaluación de los resultados terapéuticos⁵.

¿Cómo medimos la adherencia en atención primaria?

En el abordaje de la adherencia en atención primaria, y en cualquier otro ámbito, lo primero que se nos plantea es cómo vamos a medir la

adherencia, y una vez tengamos el resultado, la definición de una estrategia adecuada para mejorarla en caso de que se considere adecuado.

Medir la adherencia al tratamiento no es tarea fácil. A pesar de que existen numerosas herramientas⁶⁻⁸, test o escalas, no existe un método de referencia, lo que dificulta el abordaje de la adherencia y se acaba recomendando la utilización de más de una herramienta para su determinación.

No obstante, con la recomendación de utilizar varias escalas debemos tener en cuenta que muchas veces obtendremos resultados discordantes⁹. Esto se debe a que las estrategias utilizadas para medir la adherencia al tratamiento farmacológico son muy diferentes entre las herramientas disponibles; por ejemplo, unas miden el comportamiento y otras buscan la identificación del motivo de la no adherencia.

En un estudio realizado en nuestro medio con el objetivo de obtener información en cuanto a la detección, el registro y las causas de la no adherencia, según el modelo asistencial aplicado a cada paciente crónico complejo, se halló

Figura 1. Consecuencias de la baja adherencia al tratamiento farmacológico.



que en los centros de atención primaria se habían utilizado dos o más test para medir la adherencia en el 60,68% de los pacientes en gestión de casos y en el 40,21% de los pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria, con una discordancia en el resultado de los test de un 20,47% y un 14,83%, respectivamente¹⁰.

Tipos de herramientas para medir la adherencia

Las herramientas de que disponemos para determinar la adherencia pueden ser de medida directa o indirecta.

Las herramientas de medida directa se basan en la observación directa de la toma de la medicación o bien utilizan marcadores o concentraciones del fármaco en plasma u orina. Ambas son de difícil

implementación en la práctica clínica diaria en atención primaria.

Las herramientas de medida indirecta se basan fundamentalmente en cuestionarios, recuento de comprimidos, ratio de posesión de la medicación (Fig. 2) o proporción de días cubiertos con la medicación. Son más fáciles de administrar en atención primaria, más rápidas y coste-efectivas, y en ocasiones permiten identificar la causa de la no adherencia al tratamiento.

Por otro lado, muchas veces la respuesta está sujeta a la subjetividad del paciente^{7,11} y también puede encontrarse una sobreestimación de la adherencia.

La selección de la herramienta se debería dejar a criterio del profesional sanitario, pudiendo utilizar una u otra, o alguna combinación de ellas.

En general, podríamos decir que para la selección del método se debería considerar la evidencia científica utilizada en la elaboración de la herramienta o escala, así como lo que está midiendo y cómo ha sido validada, ya que en la mayoría de los casos han sido validadas para una patología en concreto y no para el paciente polimedcado.

Una vez conocemos si un paciente es o no es adherente a la medicación, para poder desarrollar una estrategia de intervención efectiva será fundamental conocer el motivo de la no adherencia, ya que las intervenciones de mejora irán dirigidas a corregir o dar soluciones para revertir la causa que está interfiriendo en la adherencia de ese paciente a la medicación.

Causas de la no adherencia (Fig. 3)

Las causas de la no adherencia al tratamiento¹² pueden ser debidas a:

- Factores asociados a la enfermedad.
- Factores asociados al paciente.
- Factores asociados a la terapia.
- Factores asociados al sistema sanitario.
- Factores asociados a aspectos sociales y económicos.

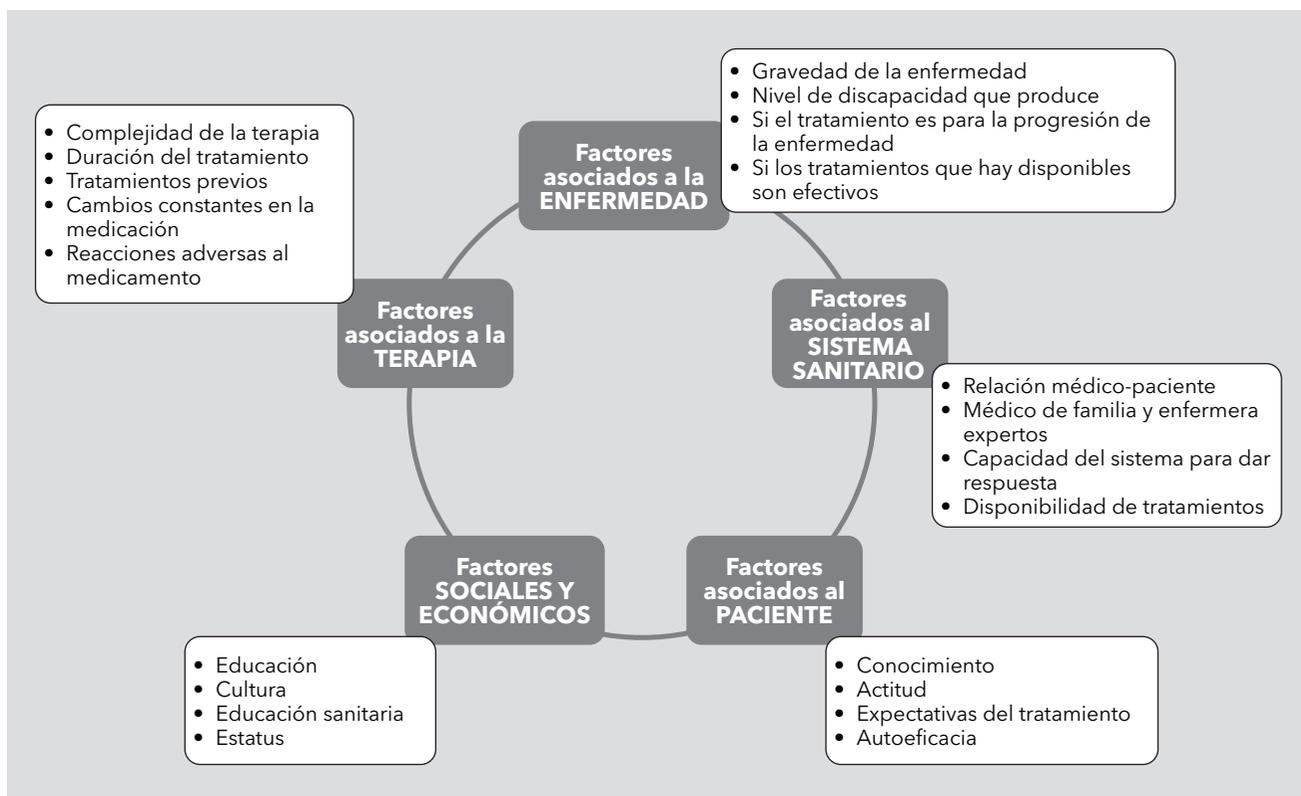
En la mayoría de los casos, la falta de adherencia no tiene un único motivo, por lo que la intervención de mejora

Figura 2. Ratio de posesión de la medicación. El punto de corte para considerar baja adherencia al tratamiento es <80%.

Fórmula de la ratio de posesión de la medicación: porcentaje de medicamento dispensado vs. prescrito

$$\% = \frac{\text{Número de envases}}{\text{Número total de envases que se tendrían que haber retirado según prescripción}}$$

Figura 3. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento.

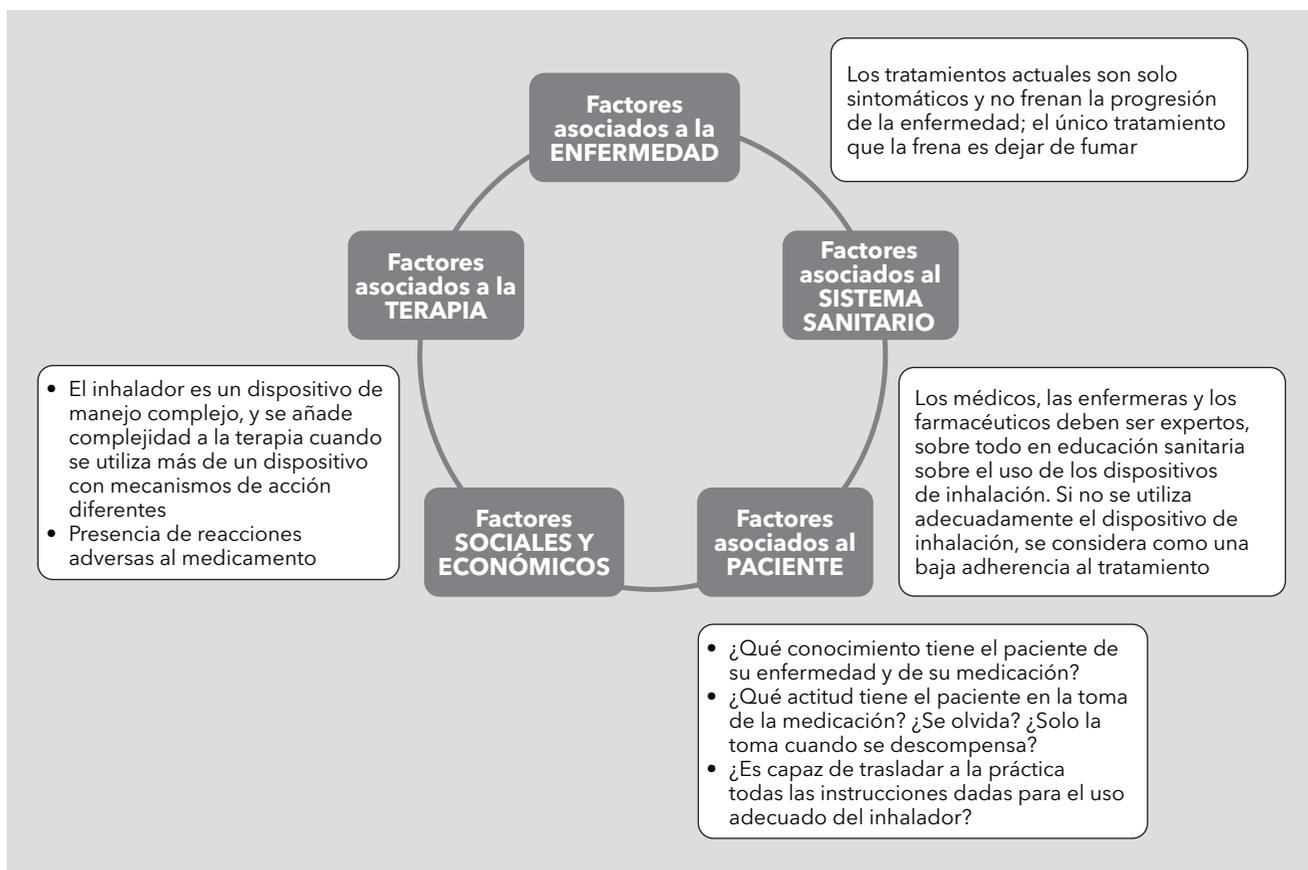


deberá ser multifactorial. Por ejemplo, en el caso de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuando realizamos la valoración de las causas de la no adherencia podemos encontrar diversas causas, tanto aisladas como en combinación (Fig. 4). En este caso, la intervención de mejora de la adherencia debería incluir una buena educación sanitaria, reforzar la relación médico-paciente y enfermera-paciente, valorar periódicamente la técnica de

inhalación, revisar la aparición de efectos adversos de la medicación y seleccionar el medicamento más eficiente. Se debería indagar sobre la actitud y los conocimientos del paciente acerca de la enfermedad, así como su autoeficacia. La valoración de la técnica de inhalación es un factor muy interesante a tener en cuenta en la adherencia a los dispositivos de inhalación, ya que una mala técnica se considera una no adherencia al tratamiento, aunque sea involuntaria.

En este sentido, con una atención integral del paciente (médico, enfermera y farmacéutico) se conseguirá un refuerzo positivo en la adherencia al tratamiento, pues el paciente contará con tres profesionales de referencia que harán énfasis en el correcto uso del dispositivo de inhalación en tres momentos diferentes del proceso asistencial: en la prescripción por el médico, en la dispensación por el farmacéutico y en el seguimiento por la enfermera. Esta atención integral

Figura 4. Causas de la no adherencia en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



permite que, en caso de duda, el paciente pueda consultar donde le sea más accesible, a la vez que recibe una atención integral en la que cada profesional aportará su visión y conocimiento.

Abordaje de la no adherencia

La principal dificultad en el manejo de la adherencia es el modelo con el que se trabaja, pues no existe un método predictor del riesgo y las herramientas de detección de la adherencia presentan múltiples limitaciones. Además, en la mayoría de las ocasiones, la no adherencia al tratamiento se detecta una vez se ha producido, cuando hay un escaso control de la patología, un ingreso hospitalario o algún otro evento derivado de la falta de adherencia.

Normalmente no se explora la adherencia, no preguntamos, y cuando sabemos que el paciente

no es adherente aplicamos intervenciones estándar para todos los pacientes y motivos o causas, con lo que las intervenciones acostumbran a ser no efectivas. Para que una intervención sea efectiva hay que realizar un «traje a medida» para ese paciente concreto y sus motivos o causas de no adherencia.

El modelo a implementar debería tener una perspectiva de proactividad, para poder llevar a cabo acciones antes de que ocurra la no adherencia al tratamiento y con ella un mal resultado en salud, pasando de un modelo actual reactivo a un modelo proactivo.

Es imprescindible que el modelo contemple la toma de decisiones conjuntas con el paciente para establecer una concordancia entre este y el médico. Otro aspecto clave es la atención integral que antes

mencionábamos, en la que cada profesional sanitario (médico, enfermera y farmacéutico), desde su ámbito de trabajo, teniendo una visión de proactividad, puede preguntar por la adherencia a la medicación periódicamente, mediante alguna pregunta abierta, antes de que suceda un resultado negativo en salud. El farmacéutico puede detectar la falta de retirada de la medicación durante la dispensación, y en caso de que esto suceda podrá realizar una intervención para mejorar la adherencia, detectando los motivos. Finalmente, en las visitas de seguimiento en los centros de atención primaria, tanto el médico como la enfermera pueden volver a explorar la adherencia.

Bibliografía

1. Mair A, Fernández-Llimos F, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T, et al.; The SIMPATHY Consortium. Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge. 2nd ed. Coimbra: SIMPATHY Consortium; 2017.
2. Herr M, Robine JM, Pinot J, Arvieu JJ, Ankri J. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2015;24:637-46.
3. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero A, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84:1432-44.
4. Onder G, Petrovic M, Tangiisuran B. Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older. The GerontoNet ADR Risk Score. *JAMA Intern Med.* 2010;170:1142-8.
5. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy.* 2014;7:35-44.
6. Giardini A, Martin MT, Cahir C, Lehane E, Menditto E, Strano M, et al. Toward appropriate criteria in medication adherence assessment in older persons: position paper. *Aging Clin Exp Res.* 2016;28:371-81.

7. Nguyen TM, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2013;77:427-45.
8. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de test de medicación del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40:413-7.
9. Marcum ZA, Zheng Y, Perera S, Strotmeyer E, Newman AB, Simonsick EM, et al. Prevalence and correlates of self-reported medication non-adherence among older adults with coronary heart disease, diabetes mellitus and/or hypertension. *Res Social Adm Pharm*. 2013;9:817-27.
10. Massot M, de la Fuente JA, Andrés A, Arteaga I, Balboa E, Gracia S, et al. Primary care records of chronic-disease patient adherence to treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:3710.
11. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11:149.
12. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>.