

Adherencia al tratamiento farmacológico

JESÚS HONORATO PÉREZ

Catedrático de Farmacología.
Universidad de Navarra.

honorato@unav.es

RESUMEN

La adherencia, entendida como el grado hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen, exactamente el tratamiento prescrito por el médico es un factor fundamental en los tratamientos farmacológicos. La falta de adherencia es muy frecuente y reduce, o incluso puede anular completamente, la eficacia de muchos tratamientos. Hay factores muy diversos que influyen en la falta de adherencia: el tipo del tratamiento, las características del paciente, la clase de enfermedad, el ámbito donde se realiza la terapéutica, etc. Los ancianos constituyen un grupo poblacional especialmente expuesto a los factores que facilitan la falta de adherencia por lo que merece la pena extremar el cuidado con ellos a la hora de prescribir un tratamiento. Los médicos a través de actuaciones bastante sencillas, y que no llevan mucho tiempo, pueden mejorar sensiblemente el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Cumplimiento, tratamiento farmacológico, adherencia, actuaciones.

Definición

Se entiende por adherencia el grado, hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen, exactamente el tratamiento prescrito por el médico. Como sinónimos de adherencia se utilizan también los términos: Fijación al tratamiento y cumplimiento.

La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima cercana al 50% en los pacientes que padecen enfermeda-

des crónicas. Al menos en la mitad de éstos, los beneficios potenciales del tratamiento prescrito se ven mermados a causa de la falta de adherencia. Según las enfermedades la variabilidad del grado de adherencia es significativa: 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipémicos, 30-40% en enfermedades agudas, etc.

Como puede verse dentro de la definición de adherencia hay un concepto fundamental que es "el tratamiento". Parece por lo tanto importante reflexionar sobre los elementos que

definen un tratamiento farmacológico ya que el no cumplir exactamente uno de ellos hace incluir directamente al paciente dentro de la falta de adherencia.

Elementos que definen un tratamiento

Medicamento

Resulta suficientemente claro que el no recibir el medicamento exacto prescrito por el médico es una causa flagrante de falta de adherencia a sus indicaciones. Es un hecho que se produce con cierta frecuencia en el curso de enfermedades de pronóstico leve, frecuentes y de corta duración como es el caso de la gripe o el resfriado común en las que cuando el paciente acude al médico habitualmente ya está administrándose una medicación por autoprescripción y a lo mejor considera que le está yendo bien y no cree oportuno cambiarla a pesar de las indicaciones que le pueda hacer el médico.

Dosis

El no recibir las dosis prescritas es una de las causas más frecuentes de falta de adherencia. Pueden producirse dos circunstancias distintas: o bien el paciente considera que le está sentando bien el tratamiento pero que podría ir mejor con mayor dosis y entonces la aumenta o lo contrario, es decir, que la evolución de la enfermedad va bien pero que el paciente pueda tener molestias que achaca al medicamento prescrito y entonces decide bajar la dosis para que no le sienta tan mal¹. Por supuesto en ambos casos se produce una falta de adherencia al tratamiento.

Formulación

La formulación del medicamento empleado en el tratamiento influye mucho en la adherencia. La mayor parte de los pacientes suelen tener una clara preferencia por una formulación determinada. Hay quien prefiere tomar comprimidos, otros, como es el caso de muchos acianos, prefieren los jarabes, suspensiones o soluciones, hay menos a los que les gustan las inyecciones y relativamente pocos

pacientes prefieren los supositorios. Ni que decir tiene que el respetar estas preferencias, siempre que sea posible, en el momento de la prescripción, facilita notablemente la adherencia del paciente al tratamiento.

Vía de administración

La vía de administración influye, muchas veces de forma decisiva en la adherencia al tratamiento². Las tasas más altas de adhesión se producen en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo. En este sentido, Taylor, Lichtman y Wood encontraron una tasa de adhesión, en pacientes con cáncer, del 92% al tratamiento quimioterápico endovenoso³. Por el contrario, Vincent registra una tasa de adherencia a las gotas oculares recetadas para el tratamiento del glaucoma del 42%, incluso cuando el paciente se encontraba cerca de ser considerado legalmente ciego de un ojo la adherencia solo se incrementa en un 16%, pasando del 42% al 58%⁴.

Intervalo de administración

El número de dosis que debe recibir el paciente se relaciona mucho con el grado de adherencia. Se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis. Por ejemplo, hasta hace poco tiempo, el tratamiento del SIDA implicaba gran cantidad de medicación que, además, debía ser tomada a distintas horas (había pastillas que se tomaban en todas las comidas, otras una vez al día o cada seis horas...), esto favorece el incumplimiento y los errores.

Duración

Un resultado que se mantiene constante a lo largo de muchos estudios es que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. Así, los comportamientos de adhesión de regímenes de tratamiento asociados a enfermedades crónicas, que requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida, o conductas preventivas prolongadas, casi con toda probabilidad reducen la adhesión en el tiempo, de no convertirse en automáticas y habituales^{5,6}.

Los efectos secundarios

Los efectos secundarios indeseados también favorecen el incumplimiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien⁷. Por ejemplo, algunos neurolépticos, utilizados en enfermedades como la esquizofrenia, para reducir síntomas psiquiátricos (como las alucinaciones), favorecen la aparición de efectos secundarios como: retención de líquidos, enlentecimiento de la ideación o acatisia por lo que muchos pacientes deciden abandonar o disminuir las dosis de este tipo de medicación, especialmente, cuando empiezan a encontrarse mejor, con el fin de evitar estos efectos secundarios que, además, son muy visibles.

La utilización de los dispositivos de presión positiva continua en vía aérea. (CPAP) que están considerados como terapéutica de primera línea en la apnea del sueño, presentan una adherencia al tratamiento bastante limitada por sus efectos sobre la mucosa nasal que son la causa de que muchos pacientes interrumpan el tratamiento por lo molestos que son⁸.

En un trabajo realizado por Vegter y col se estudiaron 1.898 pacientes que comenzaban un tratamiento con un inhibidor del enzima convertidor de la angiotensina. En 1.269 de ellos fue necesario añadir al tratamiento un fármaco antitusígeno por la tos que producían los IECA. La adhesión al tratamiento de estos pacientes fue del 52.4% mientras que en los pacientes que no tuvieron este efecto secundario la adhesión fue de un 75.2%⁹.

La complejidad del régimen terapéutico

Se ha observado que la probabilidad de fallos o problemas en la adherencia se incrementa cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan en un tratamiento, cuanto más incompatibles sean las actividades diarias o los hábitos de la persona y cuanto más complejo sea ese régimen (varios medicamentos, diversos horarios, ...). Por ejemplo, la adherencia a una determinada dieta, en personas ancianas diabéticas e hipertensas que viven solas, es muy probable que no se realice correctamente por la gran cantidad de actuaciones que exigen a este tipo de pacientes. Como afirmaban Gillum y Brasky, ya en el año 1974, "Cualquier paciente sometido a

un régimen complejo, o que requiera un cambio importante en sus hábitos o estilos de vida, tiene muchas posibilidades de no adherirse al régimen terapéutico"¹⁰. Por lo tanto, es importante que los médicos simplifiquen el tratamiento lo máximo posible y lo intenten adaptar al estilo de vida de las personas, porque si no la probabilidad de incumplimiento es muy elevada.

Factores que influyen en la no adherencia

El paciente

Diversas características del paciente influyen de una forma determinante en la adherencia a diferentes tratamientos.

Por ejemplo, la adherencia al tratamiento con CPAP está relacionada con: la dimensión de las fosas nasales (a mayor resistencia al aire, a este nivel, menor es la adherencia), la raza, parece que en los afro-americanos la adherencia es significativamente menor que en los pacientes de origen caucásico, la situación psicológica, la adherencia es mucho menor en pacientes depresivos o con alteraciones del humor¹¹, la edad, la adherencia es menor en los ancianos, el estatus socioeconómico, factores educacionales, etc.¹².

La clase de enfermedad

Enfermedades en las que es más frecuente la falta de adherencia.

Enfermedades crónicas.

En general, en los tratamientos de enfermedades crónicas se va perdiendo adherencia con el transcurso del tiempo, lo que claramente se relaciona con lo señalado en el apartado que hace referencia a la duración del tratamiento. Esta falta de adherencia hace que se complique seriamente la evolución de la enfermedad por distintas razones.

Por ejemplo, en un trabajo de Shin en el que se estudia la evolución de pacientes con tuberculosis multiresistente en una cohorte de 608 pacientes encuentra que si bien al principio del tratamiento existe un 89.7% de adherencia, a medida que transcurre el tiempo la adherencia se va de-

teriorando. El autor encuentra que en los pacientes que no toman por lo menos un 80% de las dosis prescritas la posibilidad de que se amplíe la multiresistencia se incrementa en un 17% por cada mes que transcurre¹³.

Enfermedades sin síntomas molestos.

Las enfermedades que transcurren sin síntomas molestos para el paciente suelen presentar unas tasas de adherencia muy bajas. La enfermedad más típica, en este sentido, es la hipertensión arterial que en un porcentaje elevado de pacientes transcurre prácticamente sin síntomas y que incluso cuando el paciente comienza un tratamiento puede encontrarse peor que antes, bien por que la medicación produce efectos secundarios o bien porque la reducción de la presión arterial les hace sentirse, "flojos", "desmadejados" etc. El paciente asocia estos síntomas a la medicación y la abandona o bien reduce las dosis hasta límites que realmente son ineficaces para el objetivo principal que es reducir las cifras de su TA.

Algo muy similar sucede con la hiperlipidemia y otras enfermedades asintomáticas que cuando realmente empiezan a producir síntomas es porque se encuentran en un estado muy avanzado en el que probablemente resulta muy difícil revertir las alteraciones que han ido produciendo.

En pacientes asmáticos, como sucede con la mayor parte de enfermedades crónicas, la adherencia no suele ser superior al 50-60%. En este tipo de pacientes se ha podido observar que la adherencia está directamente relacionada con la percepción de disnea por parte del paciente. Comparando dos grupos de pacientes con asma persistente moderada, el mismo tratamiento crónico (administración de un fármaco por inhalación cada 12 horas) presentó una adherencia significativamente menor, 21%, en el grupo de pacientes que no percibían tener una disnea molesta que en el grupo en el que la disnea representaba una molestia importante y en el que la adherencia alcanzó un 50%¹⁴.

Ámbitos en los que se realiza el tratamiento

Los ámbitos en los que se lleva a cabo el tratamiento influyen notablemente en la adhesión. Mientras que en los hospitales o en las residencias asistidas el cumplimiento es

muy elevado porque existe personal técnico que vigila y suministra el tratamiento a los pacientes, las tasas más altas de falta de adherencia se producen cuando el tratamiento se realiza en el medio extrahospitalario¹⁵. Una de las situaciones en las que la adherencia es más baja se da cuando el tratamiento se lleva a cabo en el domicilio del paciente, sobre todo en ancianos que no viven con familiares que se ocupen de ellos. Aunque también conviene resaltar que el ingreso en un hospital, y más aun en una UCI, puede suponer una interrupción, después del alta, en el tratamiento crónico que venían siguiendo los pacientes antes de su ingreso en el hospital o la UCI¹⁶.

Fármacos en ancianos. Factores predisponentes a la no adherencia.

Los ancianos constituyen un segmento poblacional especialmente expuesto a presentar una baja adherencia a los tratamientos por lo que debería tomarse con ellos una serie de medidas a la hora de prescribir una pauta terapéutica¹⁸.

Uno de los factores que más influyen en su baja fijación al tratamiento es la *complejidad de la dosificación* por lo que debe hacerse serios esfuerzos en procurar que el régimen terapéutico sea lo más sencillo posible y recurrir siempre que se pueda a la utilización de fármacos que permitan una sola administración cada 24 horas o más y en este caso fijarles de forma concreta a que hora del día deben tomarlo.

La prescripción por principio activo supone un factor de confusión para los ancianos porque muchas veces tienen que cambiar de una medicación a otra marca con características organolépticas distintas lo que puede dar lugar a confusiones que deterioren la adherencia al tratamiento.

Las reacciones adversas tienen una mayor incidencia en ancianos y como ya se ha citado son una de las principales causas de abandono del tratamiento y por lo tanto son un factor importante a la hora de reducir la adherencia de los ancianos a los tratamientos.

Hay algunas *vías de administración* que son especialmente molestas para una proporción importante de ancianos y así la vía rectal y la vía I.M. no suelen gustarles mucho mientras

que una proporción importante prefieren la vía oral, sobre todo en forma de jarabes o soluciones. Conviene tenerlo en cuenta para incrementar la adherencia a los tratamientos.

Muchas veces, sobre todo por falta de tiempo, el médico no le da al paciente anciano *explicaciones suficientes* para que siga bien el tratamiento y ello trae como consecuencia que el anciano se haga un lío y no lleve bien la adherencia al tratamiento.

Muchos ancianos padecen *alteraciones cognitivas* lo que a través de distintas actuaciones puede deteriorar sensiblemente su adherencia a los tratamientos.

Que puede hacer el médico para mejorar la adherencia

La actitud del médico en la consulta es clave para mejorar la posterior adherencia al tratamiento de los pacientes y algunas actuaciones sencillas pueden mejorarla significativamente¹⁷.

Entre estas actuaciones pueden citarse las siguientes:

Darle al paciente *instrucciones claras y escritas* sobre como y cuando debe administrarse el tratamiento. A los ancianos, y dada la incidencia de trastornos visuales que tienen, conviene darles estas instrucciones en letras grandes para que puedan leerlas bien.

Cuando se prescribe un tratamiento se debería informar de él no solo al paciente para el que se aplica sino también *informar a otra persona* próxima al paciente que pueda ayudarle o ejercer un cierto control sobre la forma en que va a seguirlo. Lo ideal es informar a otra persona que conviva con él paciente y este consejo es especialmente importante en el caso de los ancianos en los que sus alteraciones cognitivas pueden ser compensadas por la ayuda de una persona que conviva con él.

Una de las medidas más eficaces es el recomendar la confección y explicar como debe ir completandose un *calendario de medicación*. El mero hecho de tener que apuntar la administración de la medicación hace que el paciente mejore la adherencia y se de cuenta de las omisiones que

realiza. También en los ancianos es especialmente importante esta recomendación. Muchos ancianos tienen pocas cosas que hacer y el hecho de seguir y cumplimentar este tipo de calendarios supone un entretenimiento que realizan como si fuera una verdadera diversión y les ayuda de forma eficaz en la adherencia.

Ya se ha citado anteriormente lo importante que es el tener cuidado de *seleccionar la forma de administración* más apropiada. Actualmente disponemos de varias formulaciones de la mayor parte de los principios activos y podemos elegir no solo la formulación que prefiera el paciente sino la más adecuada para que sea administrada correctamente según las condiciones de vida que lleve el paciente y según sea su entorno familiar.

Una forma de facilitar la administración de los medicamentos y que el paciente no se confunda es el *etiquetar los envases legiblemente* y con letras grandes en el caso de los ancianos.

Es oportuno recomendar a los pacientes que hagan *revisiones periódicas* de los fármacos que estén utilizando. Estas revisiones permiten detectar fallos en la adherencia y saber cuando se va a terminar un fármaco concreto y así tener tiempo de reemplazarlo antes de que se agote.

En España existe una cierta costumbre ancestral de guardar los medicamentos que sobran de un tratamiento por si "pudieran servir para otra ocasión, otra enfermedad u otro paciente". Aparte de que la conservación de estos sobrantes se suele hacer casi siempre en condiciones no deseables, su presencia junto con otros medicamentos que se estén utilizando para un nuevo tratamiento puede ser fuente de numerosos errores y por lo tanto afectar a la adherencia. Es por ello por lo que conviene *aconsejar la eliminación de fármacos anteriores y de las instrucciones* que se hayan recibido sobre su administración.

Conclusiones

La baja adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito por el médico es un problema de gran trascendencia que reduce sensiblemente la eficacia de la terapéutica farmacológica.

El médico a través de actuaciones, a veces muy simples, empleando poco tiempo a pesar de que generalmente no dispone de mucho, puede contribuir a incrementar la adherencia y con ello mejorar la eficacia de los tratamientos.

BIBLIOGRAFIA

1. Menckeberg TT, Bouvy ML, Bracke M et al. Patients' understanding of the reasons for starting and discontinuing inhaled corticosteroids. *Br J Clin Pharmacol* 2008; 62(2):255-60.
2. Simon ST, Niemand AM, Benalia H et al. Acceptability and preferences of six different routes of drug application for acute breathlessness: a comparison study between the United Kingdom and Germany. *J Palliat Med* 2012; 15(2):1374-81.
3. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Health Psychol.* 1984; 3(6):553-62.
4. Vincent P. Factors influencing patient noncompliance: a theoretical approach. *Nurs Res* 1971. Nov-Dec; 206(6):509-16.
5. Perez-Gorricho B, Ripoll M; PACE Study Group. Does short-course antibiotic therapy better meet patient expectations? *Int J Antimicrob Agents.* 2003; 21(3):222-8.
6. Lachaine J, Yen L, Beauchemin C et al. Medication adherence and persistence in the treatment of Canadian ulcerative colitis patients: analyses with the RAMQ database. *BMC Gastroenterol* 2014; 13:23.
7. Petkova V, Dimitrova Z. Asthma, drug medication and noncompliance. *Boll Clin Farm* 2002 Sep-Oct; 141(5):355-6.
8. Lasters F, Mallegho C, Boudewyns A et al. Nasal symptoms in patients with obstructive sleep apnea and their impact on therapeutic compliance with continuous positive airway pressure. *Acta Clin Belg* 2014 Apr; 69(2):87-91.
9. Vegter S, de Boer P, van Dijk KW et al. The effects of antitussive treatment of ACE inhibitor-induced cough on therapy compliance: a prescription sequence symmetry analysis. *Drug Saf* 2013 Jun; 36(6):435-9.
10. Gillum RF, Barsky AJ. Diagnosis and management of patient non-compliance. *JAMA* 1974 Jun 17; 228(12):1563-7.
11. Baiardini I, Braido F, Giardini A et al. Adherence to treatment: assessment of an unmet need in asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2006; 16(4):218-23.
12. Sawyer AM, Gooneratne NS, Marcus CL et al. A systematic review of CPAP adherence across age groups: clinical and empiric insights for developing CPAP adherence interventions. *Sleep Med Rev* 2011; 15(6):343-56.
13. Shin S S, Keshavjee S, Gelmanova IY et al. Development of extensively drug-resistant tuberculosis during multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 2010; 182(3): 426-32.
14. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Fullana J et al. Percepción de disnea y adherencia al tratamiento en pacientes asmáticos. *Arch Bronconeumol* 2008; 44(9):459-63.
15. Francis NA, Gillespie D, Nuttall J et al. GRACE Project Group. Antibiotics for acute cough: an international observational study of patient adherence in primary care. *Br J Gen Pract* 2001 Jun; 62(599): e429-37.
16. Bell CM, Brener SS, Gunraj N et al. Association of ICU or hospital admission with unintentional discontinuation of medications for chronic diseases. *JAMA* 2011; 306(8):840-7.
17. Corsico AG, Cazzoletti L, de Marco R et al. Factors affecting adherence to asthma treatment in an international cohort of young and middle-aged adults. *Respir Med* 2007 Jun; 101(6):1363-7.
18. Stock I. Special characteristics of antibiotic therapy in the elderly. *Med Monatsschr Pharm* 2012; 35(3):84-92.