





Libro Blanco de la Adherencia en España

Edita:

Grupo OAT Observatorio de la Salud, S.L.

C/Cólquide, 6. Edificio Prisma. Portal 2 - 1F
Las Rozas de Madrid. 28231 Madrid
secretaria.oat@oatobservatorio.com

Fundación Weber

C/Moreto, 17 - 5º Dcha.
28014 Madrid
weber@weber.org.es

© Grupo OAT y Fundación Weber 2021. Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido, almacenamiento o transmisión en cualquier forma por medio de cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin previa autorización escrita de los editores.

ISBN OAT: 978-84-09-47302-1

ISBN Weber: 978-84-124939-4-8

Depósito Legal: M-10617-2022

AUTORES

Andoni Lorenzo Garmendia

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Avelino Pereira Expósito

Doctor. Profesor asociado Departamento Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Unidad de Investigación del Hospital General Universitario de Elda

Carmen Valdés y Llorca

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT
Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Fuencarral, Dirección Asistencial Norte de Madrid
Expresidenta de SEMERGEN Madrid

Cristina López Méndez

Psicóloga y logopeda especializada en gestión del estrés, inteligencia emocional y mindfulness en Gabinete Bonamind

Emilio Márquez Contreras

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT especialista en Programas de Adherencia
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Encarnación Fernández del Palacio

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT
Directora de Enfermería del Hospital Clínico Madrid

Ernesto Cortés Castell

Director de la Cátedra de Adherencia (Universidad Miguel Hernández - Grupo OAT)
Profesor emérito del Departamento de Farmacología, Pediatría y Química Orgánica de la Universidad Miguel Hernández de Elche

Ismael Ortuño Soriano

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT especializado en apoyo metodológico en Investigación
Responsable del Grupo de Investigación en Cuidados del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Profesor en Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid

Javier Villaseca Carmena

Consultor en el Departamento de Economía de la Salud en Weber

Jesús Gómez Martínez

Farmacéutico Comunitario de Barcelona

José Manuel Ribera Casado

Presidente del Comité Científico del Grupo OAT
Catedrático emérito de Geriátrica de la Universidad Complutense de Madrid
Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España

Jose María Castellano Vázquez

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT especialista en Investigación y Publicaciones
Director Científico de la Fundación de Investigación HM Hospitales
Coordinador de Investigaciones Clínicas en el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares

Natividad Calvente Cestafe

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT
Directora de Innovación, Formación y Relaciones Institucionales del Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Néboa Zozaya González

Directora del Departamento de Economía de la Salud en Weber

Nieves Martell Claros

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT
Jefe de Sección de la Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular del Hospital Clínico Madrid

Olga Brotons Girona

Psiquiatra en el Hospital General Universitario de Elda

Pilar de Lucas Ramos

Vocal del Comité Científico del Grupo OAT
Neumóloga
Expresidenta de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

Pilar Martínez Gimeno

Presidenta de la Alianza General de Pacientes (AGP)

Renata Villoro Valdés

Vicepresidenta de la Fundación Weber

Valentín Fuster Carulla

Director del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares

Vicente Gil Guillén

Comité Asesor de la Cátedra de Adherencia (Universidad Miguel Hernández - Grupo OAT)
experto en Investigación y Publicaciones
Catedrático de Medicina Familiar de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Unidad de Investigación del Departamento de Salud de Elda

*No existen honorarios por autoría

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

D^a. Alexandra Ivanova Markova

Secretaria General - Fundación Weber

D. Álvaro Hidalgo Vega

Presidente - Fundación Weber

D^a. Amaia Casteig Blanco

Directora Corporativa & Proyectos del Grupo OAT

D. José Luis Casteig Ayestarán

Presidente - CEO del Grupo OAT

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| Abreviaturas | 13 |
| Prólogo | 15 |
| Prefacio | 17 |
| Capítulo 1. Conceptos y actitudes ante la adherencia | 19 |
| 1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de adherencia? | 20 |
| 2. Ventajas de una buena adherencia: razones para buscarla | 21 |
| 3. Predictores de adherencia y no adherencia | 23 |
| 4. ¿Por qué poner el énfasis en los pacientes crónicos y en los mayores? | 24 |
| 5. Actitudes: la opinión de los protagonistas | 25 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 29 |
| Referencias | 31 |
| Capítulo 2. Análisis de la adherencia terapéutica en España | 37 |
| 1. Introducción | 38 |
| 2. Análisis de los estudios de la magnitud de la falta de adherencia en España | 39 |
| 3. Resultados de los estudios de validación de los métodos indirectos realizados en España: propuesta de algoritmo | 44 |
| 4. Formas de incumplir el tratamiento | 49 |
| 5. Motivos por los que los pacientes incumplen los tratamientos | 52 |
| 6. Estudio de factores predictores | 56 |
| 7. Estrategias para vencer la falta de adherencia | 58 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 65 |
| Referencias | 67 |
| Capítulo 3. Factores determinantes de la adherencia: la visión desde los campos de la medicina, la enfermería y la farmacia | 79 |
| 1. Introducción | 80 |
| 2. Factores determinantes de la adherencia desde la visión médica | 81 |
| 3. Factores determinantes de la adherencia desde la visión de enfermería | 86 |
| 4. Factores determinantes de la adherencia desde la visión farmacéutica | 90 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 95 |
| Referencias | 97 |
| Capítulo 4. Asociación entre la adherencia y estilo de vida, hábitos saludables y salud pública | 101 |
| 1. ¿Qué se entiende por “estilos de vida saludable”? | 102 |

| | |
|--|-----|
| 2. Importancia y trascendencia de la adherencia a hábitos saludables | 103 |
| 3. Barreras y facilitadores de adherencia en hábitos saludables | 112 |
| 4. Adherencia, hábitos saludables y herramientas digitales: eSalud | 116 |
| 5. Salud pública y adherencia: consecuencias de alta y baja adherencia a comportamientos que afectan a la salud global | 118 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 125 |
| Referencias | 127 |

Capítulo 5. Efectos de la psicología de la salud y trastornos mentales en la adherencia

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 1. Introducción | 136 |
| 2. Criterios de búsqueda | 142 |
| 3. Resultados | 143 |
| 4. Discusión | 151 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 154 |
| Recursos útiles y referencias | 155 |

Capítulo 6. Consecuencias de la falta de adherencia sobre los resultados en salud y calidad de vida

| | |
|---|-----|
| 1. Introducción: efecto de la adherencia sobre resultados de salud y calidad de vida | 162 |
| 2. Caso de estudio: impacto de la falta de adherencia en la enfermedad cardiovascular | 162 |
| 3. Consecuencias de la falta de adherencia sobre los resultados en salud | 163 |
| 4. ¿Qué es calidad de vida? | 165 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 168 |
| Referencias | 169 |

Capítulo 7. Implicaciones económicas de la falta de adherencia

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción: la importancia de la adherencia en las políticas de salud | 174 |
| 2. Adherencia al tratamiento y ahorro de costes: aspectos generales | 176 |
| 3. El valor de la adherencia al tratamiento: aspectos particulares | 181 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 192 |
| Referencias | 193 |

Capítulo 8. El paciente ante la adherencia

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 202 |
| 2. Factores y necesidades no cubiertas asociados a una baja adherencia | 202 |
| 3. Propuestas para mejorar la adherencia | 206 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 209 |

| | |
|---|-----|
| Anexo: La voz de los verdaderos protagonistas | 210 |
| Referencias | 226 |

Capítulo 9. Medidas de acción para mejorar la adherencia al tratamiento: un estudio Delphi

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 1. Introducción | 228 |
| 2. Metodología | 228 |
| 3. Resultados | 229 |
| 4. Discusión | 248 |
| Los retos que enfrentamos: un resumen | 251 |
| Referencias | 252 |

Capítulo 10. Conclusiones

| | |
|-------------------|-----|
| Decálogo integral | 258 |
|-------------------|-----|

Anexo: Colaboradores del estudio Delphi

259

Índice de tablas

267

Índice de figuras

268

ABREVIATURAS

AAPP: Asociaciones de Pacientes
ACOD: Anticoagulantes Orales de Acción Directa
AMD: Adherencia a la Medicación Dispensada
AVAC: Año de Vida Ajustado por Calidad
AVD: Actividades de la Vida Diaria
CCAA: Comunidades Autónomas
CI: Cardiopatía Isquémica
CNIC: Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares
CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DE: Desviación Estándar
DM: Diabetes Mellitus
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ECVRI: Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores
EDADES: Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FANV: Fibrilación Auricular No Valvular
FNETH: Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos
HCP: Historia Clínica del Paciente
HDS: Herramientas Digitales de Salud
HTA: Hipertensión Arterial
IT: Incumplimiento Terapéutico
MEMS: Medication Event Monitoring System
MPR: Recuento por Receta Electrónica
NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
NIC: Nursing Interventions Classification
NNT: Número Necesario a Tratar
NOC: Nursing Outcomes Classification
OAT: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS: Organización Mundial de la Salud
PDC: Proporción de Días Cubiertos por la Prescripción Medica Realizada
PR: Persistencia en la Reposición de la Medicación

RAM: Reacciones Adversas al Medicamento

SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SEH: Sociedad Española de Hipertensión Arterial

SEMERGEN - Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SEMFyC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

SFT: Seguimiento Fármaco- Terapéutico

SNS: Sistemas Nacionales de Salud

SPD: Sistemas Personalizados de Dosificación

SSCC: Sociedades Científicas

THS: Terapia Hormonal sustitutiva

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

VIH/SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

PRÓLOGO

Los avances en el conocimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles (responsables de 9 de cada 10 fallecimientos en nuestro medio) han repercutido en una disminución importante en mortalidad. En el contexto de la medicina cardiovascular, por ejemplo, el manejo de los factores de riesgo cardiovasculares, el avance en la detección temprana de enfermedad subclínica y, sobre todo, la optimización en el manejo del evento agudo han llevado a tasas de mortalidad nunca vistas en años precedentes. Paralelamente, el envejecimiento de la población y el aumento en la presencia de algunos de los factores de riesgo cardiovascular, notablemente el sobrepeso y la obesidad, han incrementado el número de pacientes a riesgo de sufrir estos eventos. El resultado es un incremento importante de pacientes de alto riesgo (bien en prevención secundaria – que hayan presentado un evento cardiovascular – o en prevención primaria – a riesgo de presentarlo), que requieren de tratamientos complejos, de por vida, y que ha puesto de manifiesto el fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos pautados conjuntamente por médicos y pacientes: la falta de adherencia terapéutica.

La adherencia tiene una implicación activa y voluntaria del paciente en relación con el comportamiento aceptado, de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado y hace referencia a un conjunto de conductas. La adherencia tiene dos aspectos clave: el cumplimiento por parte del paciente y su persistencia en el tiempo. La baja adherencia terapéutica tiene un importante impacto sanitario y económico ya que se asocia a mayores tasas de hospitalizaciones y muertes, tal y como se explica en este informe. En los últimos años, a través de trabajos llevados a cabo por todo el mundo, hemos aprendido de primera mano la desconexión existente en múltiples patologías entre la aplicación de la mejor evidencia y lo que realmente ocurre. Un estudio coordinado desde el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares llevado a cabo en más de dos mil pacientes que había sufrido un infarto agudo de miocardio en cinco países de América y Europa, reveló, que la mitad de los pacientes abandonaban el tratamiento que, por otra parte, sabemos es tremendamente eficaz en reducir el riesgo de morbimortalidad.

Por lo tanto, debemos poner el foco en las múltiples y complejas barreras que impiden a los pacientes cumplir debidamente con tratamientos a menudo complejos. Este esfuerzo debe integrar a todos los actores del sistema de salud, de las áreas de medicina, enfermería y farmacia, y posiblemente debamos introducir el estudio de la adherencia en las universidades para formar a profesionales sanitarios sensibilizados y conocedores del tema.

Espero que los lectores de este Libro Blanco de la Adherencia en España reconozcan que los enfoques simplistas para mejorar la calidad de vida de las personas con afecciones crónicas no son posibles. Lo que se requiere, en cambio, es un enfoque holístico que comience con el reconocimiento de los profesionales de la salud del problema de la no adherencia, e incluya abordar sistemáticamente las múltiples barreras que los pacientes y sus familias encuentran a medida que se esfuerzan diariamente por mantener una salud óptima.

Felicidades al equipo del Libro Blanco de la Adherencia en España por poner en marcha un proyecto que sin duda servirá para profundizar en este apasionante tema.

Valentín Fuster

PREFACIO

La falta de la adherencia a los tratamientos, sobre todo en patologías crónicas, es un grave problema de salud tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud, ya que afecta a la efectividad de dichos tratamientos, a la adecuada evolución de la enfermedad, a la calidad de vida de los pacientes y provoca también un aumento en el gasto sanitario.

Durante los últimos años, todo lo relacionado con la adherencia es mucho más visible y existe una mayor concienciación sobre la necesidad real de mejorarla. Sin embargo, faltan estrategias claras basadas en una mayor investigación y acciones específicas multidisciplinarias que se pongan en marcha para dar solución a los problemas provocados por la falta de adherencia.

Ante esta situación, comúnmente aceptada por todos los implicados en el sector sanitario, **Grupo OAT** y **Fundación Weber** como especialistas en este tipo de proyectos y expertos en el área de la adherencia, han aunado su conocimiento y experiencia para dar lugar al **Proyecto ADHER** que gira en torno al desarrollo del **primer Libro Blanco de la Adherencia en España**.

Con este Libro Blanco, se pretende dar una respuesta adecuada a los problemas relacionados con la adherencia, estableciendo una base conceptual sólida y avalada científicamente que permita conocer los elementos y dimensiones de valor en términos de mejora de la adherencia, proponiendo soluciones prácticas para poder implementar en el Sistema Nacional de Salud.

La novedad es que se incorpora un valor diferencial al clásico Libro Blanco, debido a que se ha buscado un consenso realizando un estudio Delphi con dos rondas con el fin de detallar medidas de mejora de la adherencia y valorar su grado de implementación desde diferentes perspectivas, con la participación de una selección de expertos e instituciones cuya experiencia y opinión ha sido de gran relevancia.

El grupo de colaboradores ha estado compuesto por más de 100 expertos de reconocido prestigio a nivel nacional desde cuatro visiones: Administración Sanitaria, profesionales sanitarios (medicina, enfermería y farmacia) a través de sus sociedades científicas, asociaciones de pacientes y economistas de la salud.

De todos los hallazgos, reflexiones y respuestas aportadas en el Libro Blanco, se ha realizado un trabajo de síntesis para consensuar propuestas de acción encaminadas a mejorar la adherencia en nuestro Sistema Nacional de Salud, dando así un paso más al dotar al Libro Blanco de un componente no sólo teórico si no también eminentemente práctico. Por este motivo, al final de la obra se ha incluido un decálogo integral de soluciones prácticas que recogen las medidas de mayor relevancia y factibilidad para poner en marcha y conseguir entre todos los actores involucrados mejorar la adherencia.

Es precisamente este enfoque práctico el que permitirá poder implementar todas o parte de estas medidas en los sistemas regionales de salud y cuantificar su efecto sobre la adherencia, calidad de vida y salud de los pacientes y los recursos sanitarios. Por ello, el Libro Blanco

se convertirá en una herramienta dinámica que podrá monitorizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones y sus efectos, trabajando de forma colaborativa para conseguir la mayor implementación de las mismas.

Estamos seguros que la aportación de este primer Libro Blanco de la Adherencia en España será un referente para poder definir los problemas y, sobre todo, establecer y desarrollar acciones que mejoren la adherencia.

Nuestro agradecimiento a todos los **autores, colaboradores** del estudio Delphi y miembros de la **dirección y coordinación** por su apoyo en la realización de este trabajo. Nombrar también a **Farmadosis, Lilly y Viatris** por su patrocinio y apuesta por el proyecto que ha permitido el desarrollo de este Libro Blanco.

Alexandra Ivanova Markova

Álvaro Hidalgo Vega

Amaia Casteig Blanco

José Luis Casteig Ayestarán



Conceptos y actitudes ante la adherencia

José Manuel Ribera Casado

Pilar de Lucas Ramos

1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de adherencia?

Hablar de adherencia es hacerlo de una forma de practicar la medicina que convierte en coprotagonistas a profesionales y pacientes en un intento por mejorar la respuesta a la enfermedad de manera conjunta. La adherencia al tratamiento es un factor clave en la práctica clínica, por cuanto obtener beneficios terapéuticos está ligado a cumplimentar en todos sus aspectos el plan establecido. Sin embargo, la falta de adherencia al tratamiento es un hecho bastante extendido y, aunque son numerosos los factores determinantes de esta situación, es probable que su gravedad no esté suficientemente valorada, no sólo por parte de los pacientes sino también, incluso, por los profesionales implicados en su tratamiento y cuidado (Ribera Casado, 2013) y por parte de la Administración Sanitaria.

1.1. Concepto y definición. Historia y matices diferenciales entre adherencia y cumplimiento

Existen numerosas definiciones de adherencia. Tiene interés comentarlas porque responden conceptos que no siempre son iguales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el grado en el que la conducta de una persona coincide con el plan terapéutico previamente acordado con su médico (Sabaté, 2004). Ello supone que se cumplen tres condiciones referidas al paciente: implicación personal, responsabilidad y motivación, aspectos que marcan las diferencias entre adherencia y cumplimiento. Debe existir coincidencia entre paciente y prescriptor. El paso previo imprescindible estriba en el acuerdo mutuo y la voluntad activa de sumarse al mismo entre prescriptor y paciente en lo que se refiere a los objetivos de salud que se persiguen y al régimen terapéutico prescrito con el fin de alcanzar un buen cumplimiento terapéutico ("*compliance*") (Haynes, 1979).

Por cumplimiento entendemos "el grado de coincidencia entre la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida y las prescripciones del médico" (Real Academia Nacional de Medicina, 2012), que vendría a representar un paso anterior a la adherencia. En relación con la adherencia, el cumplimiento expresa la aceptación de llevar a cabo o ejecutar el plan previamente trazado, pero no incorpora la participación activa del paciente en la elaboración de ese plan. La adherencia implica la existencia de un compromiso mutuo de actuación profesional-paciente encaminado a alcanzar el objetivo común.

En la medicina tradicional el médico pregunta al paciente si ha seguido unas recomendaciones que, generalmente, se han tomado sin un acuerdo previo y sin un análisis conjunto de las dificultades que pudiera llevar su cumplimiento. Sólo en fechas relativamente recientes, el abandono de una actitud paternalista por parte del profesional y el reconocimiento de la autonomía del paciente, ha puesto de manifiesto la necesidad de consensuar el manejo de la enfermedad.

Los equívocos han condicionado que las definiciones de adherencia y cumplimiento se hayan utilizado muchas veces de forma indistinta. Así, Haynes (1979) define la adherencia como la medida en que el comportamiento del paciente, sigue las recomendaciones del

médico, pero no menciona la participación activa del paciente en el momento de establecer estas recomendaciones. Por el contrario, DiMatteo y DiNicola en 1982, la definen como "una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (DiMatteo y DiNicola, 1982). Muller (Citado en Ferrer, 1995) define el cumplimiento como "el grado de convergencia entre las expectativas de los profesionales de la salud, y el comportamiento del paciente". Esta definición se corresponde con la adoptada por la OMS en el año 2003, que formulábamos al inicio de este apartado.

1.2. Adherencia farmacológica y no farmacológica

Mientras que el "cumplimiento" se suele asociar al tratamiento farmacológico, la adherencia va más allá y abarca el seguimiento completo del plan terapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico, con especial referencia a los hábitos saludables y a los programas de rehabilitación. Los enfermos que siguen esos planes de vida saludable son también los que en mayor medida "cumplen" el tratamiento farmacológico. Las primeras definiciones de adherencia, cuando estas no se ajustaban realmente a la necesaria concordancia entre médico y paciente, ya recogían el amplio espectro de medidas a seguir. Así Haynes (1979), sin aludir directamente a la participación del paciente, sí incluía de manera conjunta en la adherencia los comportamientos, medicación, dietas o cambios en el estilo de vida coincidentes con la prescripción clínica. La adherencia no farmacológica pone el énfasis en los hábitos de vida saludable como la dieta, el abandono del tabaquismo y de otras sustancias tóxicas y la práctica regular de ejercicio. Un metaanálisis confirma la relación entre recomendaciones no farmacológicas y el buen uso de los fármacos (Bullard et al., 2019). Lo mismo encontramos en la encuesta del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT), donde el cumplimiento farmacológico era mejor en aquellos pacientes que realizaban ejercicio varias veces por semana, así como en los no fumadores (Valdés y Llorca et al., 2020).

2. Ventajas de una buena adherencia: razones para buscarla

La adherencia al tratamiento es una premisa fundamental para conseguir que éste sea eficaz. Una adherencia insuficiente o mala va a tener consecuencias negativas tanto en los resultados en salud previsibles como en los costes de la enfermedad y en su repercusión social. Esto es así tanto en términos individuales como poblacionales.

2.1. Consecuencias en salud

Un tratamiento farmacológico que ha demostrado ser eficaz en los ensayos clínicos, no lo será en la práctica asistencial si no se cumple adecuadamente, tanto en el caso de las recomendaciones farmacológicas como en el de las no farmacológicas. La pérdida de efectividad va a depender del grado de incumplimiento, de las características de la enfermedad, de las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento y de la propia situación previa del paciente. En relación con el tipo de incumplimiento podemos distinguir tres situaciones: que no se llegue a iniciar, que se interrumpa o que

se realice de forma inadecuada. Limitándonos a esta última situación, cabe decir con carácter general que, cuando el cumplimiento en la toma de medicación supera el 60%, los resultados son adecuados en más del 80% de casos, mientras que, si el cumplimiento es inferior al 60%, los resultados positivos pueden caer por debajo del 50% (Dilla et al., 2009; van Boven et al., 2014). Otra forma obvia e importante de incumplimiento es la automedicación, algo que ocurre, de manera fija u ocasional, en una proporción cercana al 100 entre los individuos de más de 65 años.

La manifestación negativa más común desde el punto de vista clínico de una adherencia farmacológica inadecuada es el aumento de lo que se conocen como reacciones adversas al medicamento (RAM). Entre la población de más edad las RAM constituyen la 4ª causa de acudir a urgencias. Un estudio irlandés muestra que las RAM suponen el 6% de los ingresos en las unidades de agudos hospitalarias por encima de los 65 años (Hamilton et al., 2011). En España, una revisión de publicaciones aparecidas entre 1997-2004 que englobaba a 139.799 pacientes mostraba un 3% de RAM, que habrían originado un 6.5% del total de hospitalizaciones, con una estancia media 4 ± 1.3 d. El 50% de ellas eran previsibles y evitables (Puche Cañas y de Dios Luna, 2006).

2.2. Consecuencias económicas

Resulta difícil evaluar los costes económicos de la no adherencia debido a la dificultad metodológica para llevar a cabo estudios controlados enfocados a la interpretación de resultados en este aspecto, al gran número de factores a tener en cuenta y a las diferencias entre los distintos ámbitos geográficos y sociales. Hablamos de un apartado que ha sido considerado como una prioridad económica para la OMS (World Health Organization, 2003).

Una mala adherencia se asocia a un incremento en agudizaciones de la enfermedad y de las visitas médicas no programadas. También a un mayor consumo de fármacos innecesarios y de ingresos hospitalarios, lo que determina aumento del gasto sanitario en numerosas condiciones crónicas (Sokol et al., 2005). El mayor número de RAM señalado más arriba es otro factor que actúa en el mismo sentido.

A todo ello habría que añadir los costes indirectos derivados de la pérdida de actividad laboral de pacientes y cuidadores. Un estudio ya antiguo llevado a cabo en Estados Unidos estimó en 100 billones de dólares al año el coste derivado de la toma incorrecta de la medicación, de los que 70 correspondían a costes indirectos (Dezji, 2000). En una revisión sistemática sobre 72 estudios al respecto, el gasto por persona relacionado con la mala adherencia, considerando exclusivamente costes sanitarios (visitas, ingresos y tratamientos) oscilaba entre 949 y 44.190 dólares. El estudio, llevado a cabo con grandes grupos de enfermedades crónicas, mostraba diferencias en los costes relacionados con la mala adherencia, que oscilaban entre 5271 y 52341 dólares por paciente (Cutler et al., 2018). En Holanda, el estudio HARM evaluaba en 6000 euros por hospitalización prevenible el costo derivado del mal uso de fármacos (Leendertse et al., 2011).

3. Predictores de adherencia y no adherencia

Las situaciones de buena o mala adherencia van a estar relacionadas con diversos factores. Entre ellos los derivados de la personalidad del enfermo, los que podríamos llamar sociales y económicos, los vinculados al equipo médico y a su relación con el paciente, los relacionados con la enfermedad y sus consecuencias, los derivados del propio fármaco (RAM) y de su régimen terapéutico, etc.

Un estudio clásico analiza los principales factores limitantes para una buena adherencia medicamentosa. Destaca como más importantes los siguientes: a) problemas relacionados con la salud mental (depresión, deterioro cognitivo), b) el hecho de tratarse de enfermedades asintomáticas, c) un seguimiento inadecuado por parte del médico o del sistema sanitario, d) los eventuales efectos colaterales de la medicación, e) una mala relación con el sistema sanitario, f) la falta de fe en los beneficios o que el paciente niegue la enfermedad, algo que suele derivarse de una sintonía escasa con el prescriptor, g) dificultades en el acceso a la medicación, y h) otras causas varias relativas a la complejidad del tratamiento, su costo, las dificultades administrativas para acceder a él, etc. (Osterberg y Blaschke, 2005).

3.1. Factores relacionados con el tratamiento

La mayor complejidad del régimen terapéutico se asocia a una peor adherencia, probablemente por dificultad para su comprensión o por el impacto que el seguimiento del mismo tiene en la vida cotidiana del paciente. Está demostrada una clara relación entre el cumplimiento farmacológico y el número de dosis diarias, de manera que el mejor cumplimiento se obtiene con una dosis única diaria, mientras que cae drásticamente con pautas de más de 2 dosis diarias (Claxton et al., 2001). La frecuencia de efectos adversos y las características de los mismos es otro factor que impacta en la buena o mala adherencia. Son factores reconocidos por los pacientes en un estudio llevado a cabo en nuestro país por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) en la cual, la buena adherencia era de solo el 56%, pese al entorno hospitalario en que se realizaba. Los pacientes reconocían como una causa importante la complejidad del tratamiento, el número de dosis diarias, el mayor número de fármacos derivado de la comorbilidad y, por supuesto, los efectos secundarios (Ibarra Barrueta et al., 2013).

3.2. Factores relacionados con la sociedad y el sistema sanitario

En la encuesta llevada a cabo por OAT no se observaron diferencias de relación con los ingresos entre personas con buena o mala adherencia. Otros estudios sí las encuentran, de manera que tanto el bajo nivel de ingresos como el precio elevado de los medicamentos se asocia a una peor adherencia. Probablemente estas diferencias guardan relación con los diferentes sistemas sanitarios y su mayor o menor cobertura a la prestación farmacológica. Existe también una relación en todas las publicaciones en lo que respecta a la importancia del soporte familiar y social. El cumplimiento es mejor entre las personas que viven con su familia que en aquellas que viven solas.

3.3 Factores relacionados con la relación profesional sanitario-paciente

La relación entre el paciente y el profesional es fundamental. Hemos pasado de una tradición paternalista donde el médico tomaba las decisiones y confiaba en la obediencia del enfermo a un modelo centrado en el paciente en el que éste participa en las decisiones durante todo el proceso diagnóstico, terapéutico y rehabilitador. Ello no supone proporcionar al paciente toda la información científica disponible para que asuma en exclusiva la responsabilidad. El médico ha de acompañar al paciente en este recorrido con una actitud de empatía y de ayuda durante el proceso. Utilizará un lenguaje claro, asequible y sencillo, que permita al paciente entender enfermedad y plan terapéutico, facilitando así el logro de una buena adherencia (Crespillo García 2013). A ello puede ayudar una entrevista motivacional, que valore las necesidades y limitaciones del paciente (Gruszyńska et al., 2021).

Otro factor poco valorado tiene que ver con el tipo de profesional prescriptor. Un estudio llevado a cabo sobre 493 pacientes cardiovasculares, con edades comprendidas entre 18 y 99 años, seguidos durante de 2 años, muestra diferencias en la tasa de abandonos: 39.4% si prescribe el médico general) y 22.4% si lo hace el especialista (García-Reyes et al., 2002).

4. ¿Por qué poner el énfasis en los pacientes crónicos y en los mayores?

Existen al menos tres razones importantes para ello: a) el progresivo envejecimiento de la población, b) la prevalencia de enfermedades crónicas y de comorbilidad en este grupo etario, y c) la mayor presencia de los factores implicados en la adherencia entre las personas mayores.

En España el 19,58% de la población era mayor de 65 años en el año 2020. Más importante, de acuerdo con las proyecciones de envejecimiento, el porcentaje de población superior a 65 años en el año 2050 ascenderá al 31,5% y el 11,5% superará los 80 años (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

En España, según datos de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC, 2018), presentan una enfermedad crónica el 46,9% de las mujeres y el 37,8% de los hombres mayores de 16 años, porcentajes que se elevan hasta el 70% de los mayores de 65 años. La comorbilidad aumenta con la edad, de manera que por encima de los 65 años cerca del 20% presentan 3 o más enfermedades crónicas (van Weel y Schellevis, 2006). Son cifras muy inferiores a las comunicadas por la SemFYC que estima en un mínimo del 70% a los mayores de 65 años con al menos una enfermedad crónica, siendo la media de 4 por persona. Además, un tercio de este grupo precisa ayuda para llevar a cabo al menos una de las actividades básicas de la vida diaria.

El conjunto de las enfermedades crónicas más prevalentes supone el 60% de hospitalizaciones en nuestro sistema sanitario y el 85% de los ingresos en medicina interna (MSSSI, 2014). En las consultas de atención primaria el 80% de pacientes atendidos lo

son por procesos crónicos. La OMS considera que en todos estos casos apenas se logra un 50% de adherencia (WHO, 2003).

Los gastos derivados de procesos crónicos constituyen el 60% del total de costes por hospitalización, lo que supuso en el año 2010 más de 12.000 millones de euros. El 80% de los costes sanitarios públicos en el año 2015 se destinó a enfermedades crónicas (SemFYC, 2019).

Hay otros factores ligados a la edad que impactan en la adherencia de las personas mayores (Walsh et al., 2019; Lozano Hernández et al., 2020; Gruszyńska et al., 2021). Ya hemos comentado como la pluripatología vinculada a la cronicidad supone un aumento en el número de fármacos y de dosis diarias, lo que se asocia con una peor adherencia. A ello cabe añadir la eventual dificultad para la autoadministración del tratamiento, ya sea por complejidad de los dispositivos, por la necesidad de fragmentar comprimidos, por dificultades en su identificación o por las propias limitaciones físicas del anciano. Además, las personas mayores son especialmente susceptibles a los efectos secundarios del tratamiento lo que contribuye a dificultar una buena adherencia.

En relación con factores personales, son cada día más numerosas las personas mayores que viven solas (20-30% del total), sin cuidadores familiares ni profesionales. Esta situación puede empeorar una buena adherencia, ya sea por olvidos, por un componente de depresión asociado a la soledad o por otras causas. Por el contrario, una vida social más activa y una visión optimista de su enfermedad determina una mejor adherencia. Por último, también es fundamental la relación entre el paciente y el profesional de la salud, cobrando particular importancia el lenguaje y la capacidad de empatía de este último para asegurar la comprensión del mensaje transmitido.

5. Actitudes: la opinión de los protagonistas

Teniendo en cuenta todos los factores y circunstancias que concurren para una buena o mala adherencia, el resultado va a depender sin duda de la actitud de todos los implicados en el problema y su forma de interaccionar con los factores y entre sí. En primer lugar, el paciente, en segundo los profesionales de la salud, y también es fundamental la consideración del problema por parte de los proveedores del servicio sanitario y de la administración que lo regula. Hay que tener en cuenta que las declaraciones pueden ser importantes, pero la actitud debería ir ligada a la acción.

5.1. Los pacientes

Sin duda la actitud de los pacientes es el factor más importante, aunque, a su vez, esta va a ser modulada por la del resto de agentes implicados. Hay que tener en cuenta que existen dos tipos de incumplimiento. El primero de ellos, aunque afortunadamente no el más importante, es el incumplimiento volitivo o intencional. El paciente no sigue las recomendaciones porque no quiere y esto podrá intentar modificarse a través de programas educativos, pero nada más. En la situación actual, podríamos denominarles negacionistas: no quiero realizar tratamiento porque no creo ni en la enfermedad ni en

sus consecuencias, ni en los beneficios que puedo obtener. Pero, afortunadamente, en la mayor parte de los casos el incumplimiento o la baja adherencia no es intencional, sino que está motivada por los diferentes factores ya mencionados. Sin embargo, en muchos casos estos se ven agravados por la actitud del paciente, a pesar de que este confíe en el médico y en el tratamiento recomendado. Si tenemos en cuenta que generalmente la percepción del paciente sobre su grado de adherencia se encuentra muy por encima de la real, esto en parte se debe a que considera que los olvidos más o menos esporádicos no constituyen una mala adherencia. Lo mismo puede decirse de los abandonos transitorios por diferentes acontecimientos. En este caso, una verdadera medicina centrada en el paciente, que le haga sentirse como el primer responsable de su tratamiento puede contribuir a la mejora del problema. También determinadas intervenciones enfocadas a un mejor conocimiento del médico y sus decisiones por parte del paciente, pueden incrementar la confianza de este y contribuir a una mejor adherencia, aunque el nivel de evidencia de estas intervenciones no sea alto, como se analiza en una revisión Cochrane del 2014 (Rolfe et al., 2014).

5.2. Los profesionales: médicos, enfermeras y farmacéuticos

Puede parecer que el médico siempre se ha preocupado por la adherencia al tratamiento de sus pacientes, pero esto podría ser cuestionado. Generalmente el interrogatorio iba dirigido a percibir los posibles efectos adversos, pero se daba por seguro el cumplimiento y eso a pesar de la frase célebre atribuida a Hipócrates: “el médico debe saber que los pacientes a menudo mienten cuando sostienen que están tomando ciertas medicinas”. Hace ya unos años el OAT llevó a cabo una encuesta dirigida a los médicos y encaminada a conocer su actitud ante el problema de la adherencia. El 90% de los médicos que respondieron a la encuesta decía conocer el concepto de adherencia, pero solo el 63% controlaba la misma en sus pacientes, incluyen de igual forma el tratamiento farmacológico y las recomendaciones de tratamiento no farmacológicas. Llamaba la atención que los médicos reconocían como uno de los factores principales implicados en la mala adherencia el escaso tiempo dedicado al paciente por parte del médico. Sin embargo, pese a que continúe siendo una asignatura pendiente para un número significativo de médicos, son estos los profesionales motores del desarrollo de programas para la mejora de la adherencia. En la última revisión de la Cochrane Library (Nieuwlaat et al., 2014) se incluyen 182 ensayos clínicos, de programas controlados y enfocados a mejorar la adherencia. Aunque lógicamente son multidisciplinarios, la participación de los médicos es mayoritaria, sobre todo como impulsores en las primeras décadas. Por cierto, la revisión pone de manifiesto que las cifras de adherencia apenas se han modificado desde los primeros estudios, de la década de los 60 del siglo pasado, hasta los actuales y también señala los modestos resultados obtenidos con los programas.

Las enfermeras sin duda son un grupo fundamental para el manejo del problema de la adherencia. Su presencia en el seguimiento del paciente crónico, cada vez más extendido, hace que sea el profesional de la salud que más esté en contacto con aquel. Al igual que se hizo con el colectivo de medicina, OAT llevó a cabo una encuesta en enfermería con preguntas similares a las realizadas a los médicos. Llama la atención que el porcentaje

de enfermeras que tienen claro el concepto de adherencia es ligeramente superior al de los médicos, el 97%, pero es igual el porcentaje de aquellas que realizan un seguimiento de la adherencia, solo el 63%. Pese a ello, y a diferencia de los médicos, solo el 17% consideraba que la baja adherencia estaba relacionada con su insuficiente dedicación a este problema. Existe abundante bibliografía sobre los programas para la mejora de la adherencia desarrollados en departamentos de enfermería de tal manera que, en un metaanálisis que valora los programas de adherencia en pacientes con enfermedad cardiovascular de publicación reciente (Rupar et al., 2016), de los 52 estudios analizados 40 habían sido llevados a cabo en unidades de enfermería, con resultados que, aunque modestos, son positivos. Así mismo en otro metaanálisis reciente, este llevado a cabo en pacientes con problemas de adherencia previos, también la mayor parte del estudio habían sido llevados por enfermería (Conn et al., 2016). Probablemente en nuestro país la incorporación de la enfermería ha podido ser más tardía, debido a la estructura asistencial, pero en las últimas dos décadas el desarrollo de las consultas de enfermería permite su mayor implicación y probablemente se constituirá en el núcleo fundamental para llevar a cabo programas para la mejora de la adherencia.

Los farmacéuticos, como profesionales de la salud, también han de estar implicados en el problema de la adherencia, tanto a nivel hospitalario como en la farmacia de atención primaria y en las oficinas de farmacia. La farmacia de hospital y la de atención primaria pueden y deben interaccionar con los médicos en el seguimiento de la adherencia y las oficinas de farmacia, donde el paciente acude a recoger su medicación constituyen por tanto un marco facilitador para la interacción entre paciente y profesional, en este caso farmacéutico. En una encuesta realizada por OAT, similar a las ya anteriormente mencionadas y en este caso dirigida a farmacéuticos de oficina de farmacia, el 88% de los encuestados decía tener claro el concepto de adherencia. Sin embargo, pese a que una gran proporción de los pacientes que atendían eran crónicos mayores de 65 años, solo el 50% de los profesionales refería llevar a cabo alguna acción encaminada a comprobar la adherencia. Pese a ello, se dispone de bibliografía abundante que pone de manifiesto la posibilidad de desarrollo de programas encaminados a la mejora de la adherencia en farmacia hospitalaria (González-Bueno et al., 2018) así como de resultados obtenidos ya con alguna de las iniciativas, tanto a nivel hospitalario como comunitario, resultados obtenidos mediante estudios de cohortes y ensayos clínicos controlados y aleatorizados (Mingorance y García Jiménez, 2012; Rodríguez-Chamorro et al., 2011; Messereli et al., 2016; Murray et al., 2007). Cabe destacar los resultados que pueden alcanzarse con los Sistemas de Dosificación Personalizada (SPD) dirigidos a pacientes polimedicados, que se van implantando tanto en farmacia comunitaria como en instituciones para mayores. Existen estudios, e incluso algún metaanálisis, que ponen de manifiesto que estos sistemas consiguen mejorar la adherencia al tratamiento e incluso reducir los efectos secundarios (Kwint et al., 2013; Conn et al., 2015). Por otra parte, no existen datos en relación con costes y, sobre todo, con coste-beneficio (IQWiG, 2019). En el año 2017 la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC, 2017) presentó un interesante y completo documento, que incluye una guía rápida para la detección y mejora de la adherencia en la farmacia comunitaria, con descripción de actividades a realizar.

5.3. Gestores y Administración

Un problema tan complejo como el de la adherencia al tratamiento, con numerosos factores implicados en la misma y que, además puede y debe ser manejado por diferentes profesionales de la salud que han de interaccionar con el paciente, es indudable que requiere una implicación activa de los responsables de los servicios de salud, tanto gestores como financiadores y administración pública (Ferdinand et al., 2017). Los resultados que pueden alcanzarse de las intervenciones basadas en atención clínica centrada en el paciente, han de contar con esta participación que garantice la multidisciplinariedad de dicha atención para poder recoger resultados, tal como queda demostrado en una revisión de la Cochrane Library del 2012 (Dwamena et al., 2012). En nuestro ámbito, el derecho a la salud es un principio constitucional que el Estado ha de respetar y, con un Sistema Nacional de Salud (SNS) que reconoce una asistencia sanitaria universal y gratuita, es evidente que ha de ser considerada, además de un deber ético, una obligación. Y sin duda, en los últimos años asistimos a un “despertar” de la conciencia administrativa en temas de adherencia. En el año 2016 se publicó un documento de consenso sobre la adherencia (Farmaindustria, 2016) que, aunque impulsado por Farmaindustria, contó con la participación de sociedades científicas (SSCC), colegios de médicos y asociaciones de pacientes (AAPP), con el respaldo del Ministerio y de las Consejerías de Sanidad. En el mismo se analizan los problemas relacionados con la adherencia y se proponen ejes estratégicos, líneas de actuación, acciones a realizar en las que han de participar tanto pacientes como profesionales y administradores. También aparecían ya los planes y acciones puestos en marcha por algunas de las Comunidades Autónomas (CCAA). Pero la realidad es que, si estos planes existen, sus resultados no aparecen entre los publicados por las Consejerías de Salud, como sí lo hacen otras actividades y resultados en salud. Además, es un hecho evidente que la actual planificación de consultas, con el tiempo que se dedica a cada paciente y la falta de consultas de enfermería en numerosas especialidades médicas, no parece que permita contemplar de forma adecuada las acciones para el control y mejora de la adherencia. Por tanto, cabe concluir que, aunque el interés exista, el control de la adherencia no parece ser una prioridad del sistema.

Los retos que enfrentamos: un resumen

Aunque más adelante, en este libro, se recogen con cierto detalle lo que podríamos considerar parte propositiva o guía operativa en relación con el tema, en este primer capítulo puede ser oportuno adelantar unas líneas orientativas de carácter general a la hora de intentar mejorar el problema de la adherencia. Sugerimos las siguientes:

1. Los objetivos básicos podemos centrarlos en tres puntos: a) información y formación adecuada por parte de los profesionales, b) sensibilización de la sociedad con respeto al tema, y c) evitar toda suerte de “actitudes edadistas”. Todo ello prestando una atención preferente al grupo de más riesgo, aquel constituido por los pacientes con mucha comorbilidad y polifarmacia.
2. Se debe potenciar la formación específica del profesional en control de la adherencia, tanto durante el pregrado como en la del posgrado y a lo largo de su desarrollo profesional.
3. Deberemos buscar el compromiso activo del paciente centrado más en la adherencia que el mero cumplimiento. Ello implica como punto previo evaluar. Hacerlo tanto al inicio en una situación basal como en el curso del seguimiento. Implica también ofrecer unas normas claras a la hora de la prescripción y, como queda apuntado, sensibilizar al paciente, a su entorno, a los profesionales.
4. Reducir al mínimo posible el número de fármacos prescritos, así como las dosis diarias. También los costes del tratamiento en los casos en los que la seguridad social no los cubra.
5. A la hora de evaluar, junto a un interrogatorio cuidadoso, existen medidas directas como la observación, la evolución de la respuesta clínica, la medición de niveles biológicos si se estima preciso, etc. También medidas indirectas como el recuento de pastillas o la aplicación de escalas específicas. Entre ellas las más usadas son la de Morisky o la Morisky abreviada. Finalmente se puede recurrir a medidas más complejas como las derivadas de la telemonitorización o del empleo de sistemas automatizados. Para evitar sesgos en los planes individuales habrá que integrar, junto a todo lo anterior, otras medidas centradas en las terapias no-farmacológicas.
6. Algunas sugerencias a la hora de prescribir pueden ser: establecer recomendaciones adecuadas y claras, dedicar tiempo a exponer la información, buscar formas de estrechar la relación del paciente con su entorno sanitario (médico, farmacéutico, enfermero, etc.), asegurarse la complicidad de familia y/o cuidador, cuidar los “aspectos cosméticos” del fármaco de manera que se facilite su identificación, limitar la multiplicidad de prescriptores y establecer controles frecuentes.
7. En las explicaciones, incluir: una exposición razonada del porqué del tratamiento, las ventajas del mismo en términos de expectativas, los posibles efectos secundarios,

la duración y el plan de revisión y la manera de poder disponer de un sistema de comunicación continua con el profesional más adecuado.

8. Formar e informar adecuadamente al paciente, de manera personalizada, utilizando en cada caso los recursos adaptados a sus características, incluyendo las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
9. En relación con las personas mayores, la Agencia Europea tiene establecida una política de medicamentos que puede ser una buena guía de referencia (Cerrata, 2012).
10. Por último, cabe destacar la importancia de trabajar conjuntamente médicos, farmacéuticos y enfermeros, buscando siempre, además, la complicidad y el soporte de familiares y cuidadores.

Referencias

Bullard T, Mengmeng J, Ruopeng A, Mackenzie M, Mullen SP. (2019)

A systematic review and metanalysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular diseases and diabetes.

BMC Public health, 19:636 doi: 10.1186/s12889-019-6877-z

Cerrata F (on behalf of EMA). (2012)

Drug policy for an aging population. The European Medicines Agency's geriatric medicines strategy.

N Eng J Med, 367:1972-1974.

Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. (2001)

A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance.

Clin Ther, 23:1296-1310.

Conn VS, Ruppert T, Chan KC, Dumbart J, Pepper GA, de Geest S. (2015)

Packaging interventions to increase medication adherence: systematic review and meta-analysis.

Curr Med Respir Opin; 31:145-160.

Conn VS, Ruppert TM, Enriquez M, Cooper P. (2016)

Medication adherence interventions that target subjects with adherence problems: systematic review and meta-analysis.

Res Social Adm Phar; 12:218-224.

Crespillo García E, Rivas Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, Suarez Alemán G, Pérez-Trueba E. (2013)

Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa.

Rev Cal Asis; 28:56-62.

Cutler RL, Fernandez Llimos F, Frommer M, et al. (2018)

Economic impact of medication non-adherence by disease group: a systematic review.

BMJ Open, 8:e01692.doi:10.136/bmjopen-2017-016982

Dezji CM. (2000)

Medication noncompliance: what's the problem?

Manag Care; 9(S):7-12.

Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JKA. (2009)

Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategia de mejora.

Aten Primaria, 41:342-348.

DiMatteo M.R. y DiNicola D.D. (1982)

Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role.

Nueva York: Pergamon Press.

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. (2012)

Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.

Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12.

Art. No.: CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.pub2

Farmaindustria. (2016)

Plan de Adherencia al tratamiento. Uso racional del medicamento.

Documento de Consenso. Accesible en <https://www.farmaindustria.es/adherencia/>

Ferdinand KC, Senatore FF, Clayton-Jeter H, Cryer DR, Lewin JC, Nasser SA, et al. (2017)

Improving medication adherence in cardiometabolic diseases. Practical and regulatory implications.

J Am Coll Cardiol, 69:437–451.

Ferrer VA. (1995)

Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados.

Rev Psicol Salud, 7(1):35-61.

García-Reyes M, López-Torres J, Ramos García E, Alcarria Rozalén A, Fernández Olano C, López Verdejo MA. (2002)

Verdejo MA. (2002)

Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Med Clin (Barna);118:371-375.

González Bueno J, Calvo Cidoncha I, Sevilla Sanchez D, Molist-Bruet N, Espanella Panict J, Codina Jane C. (2018)

Jane C. (2018)

Patient-Centered Prescription Model to improve therapeutic adherence in patients with multimorbidity.

Farm hospital;42:128-134.

Gruszynska M, Wyrzomyska J, Daniel-Sielanczyk A, Bak-Sosnowska M. (2021)

Selected psychological predictors of medication adherence in the older adults with chronic diseases

Nurs Open; 8:317–326.

Hamilton H, Gallagher P Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. (2011)

Potentially Inappropriate Medications Defined by STOPP Criteria and the Risk of Adverse Drug Events in Older Hospitalized Patients.

Arch Intern Med, 171:1013-1019.

Haynes RB. (1979)

A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens.

En Sackett DL, Haynes RD, editors. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore. Johns Hopkins University Press. p. 24–40.

Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerda JM, Navarro Arnáez H. (2013)

Adherencia en pacientes en tratamiento crónico; resultados del Día de la Adherencia.

Farm Hosp, 39:109-113.

Instituto Nacional de Estadística. (2020)

Datos 2020. Accesible en <https://www.ine.es>

IQWiG (Institute for Quality and Efficiency in Health Care). (2019)

IQWiG Reports – Commission No. A18-35. Octubre.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549622/> [Acceso 31/01/22]

Kwint HF, Stolk G, Faber A, Gussekloo J, Bouvy M. (2013)

Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing.

Age and Ageing, 42(5), 620-626. doi.org/10.1093/ageing/aft083.

Leendertse AJ, Van Den Bermt PL, Poolman JB, Stoker LJ, Egberts AC, Postma MJ. (2011)

Preventable hospital admissions related to medication (HARM): Cost analysis of the HARM study.

Value in Health, 14:34-40.

Lozano Hernández C, López Rodríguez JA, Leiva Fernández F, Calderón Larrañaga A, Barrio Cortes J, et al. (2020)

Social support, social context and nonadherence to treatment in young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primary care.

MULTIPAP Study. PlosONE <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235148>

Messereli M, Blozik E, Briends N, Hersberger KE. (2016)

Impact of a community pharmacist medication review on medicines use in patients on polypharmacy. A prospective randomized controlled trial.

BMC Health Services Research, 16:45. DOI 10.1186/S122913-016-13848

Mingorance C, Garcia Jimenez E. (2012)

Adherencia y conocimiento del tratamiento en pacientes hipotiroideos desde una farmacia comunitaria en Sevilla.

Estudio piloto. Aten primaria, 44:563-565.

MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). (2014)

Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS.

Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionPrevision.htm>

Murray MD, Joung J, Hoke S, Tu W, Weiner M, Morrow D, et al. (2007)

Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial.

Ann Intern Med, 146:714-725.

Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. (2014)

Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11.

Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub4

Osterberg L, Blaschke. (2005)

Adherence to medication.

N Engl J Med, 353:487-97.

Puche Cañas E, de Dios Luna J. (2006)

Adverse drug reactions: an update review of the problem in Spain.

Rev Clin Esp; 206:336

Real Academia Nacional de Medicina. (2012)

Diccionario Términos Médicos. Madrid.

Ribera Casado JM. (2013)

La adherencia terapéutica: un problema en el paciente mayor.

An Real Acad Nal Med; CXXX:136-153.

Rodríguez Chamorro MA, García Jimenez E, Amarilesc P, Rodríguez Chamorro A, Perez Merino EV, et al. (2011)

Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO).

Aten Primaria; 43: 245-253

Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. (2014)

Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.

Art. No.: CD004134. DOI: 10.1002/14651858.CD004134.pub3.

Rupar TM, Cooper S, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM. (2016)

Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials.

J Am Heart Assoc, 5:e002606 doi: 10.1161/JAHA.115.002606

Sabaté E. (2004)

Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra. WHO.

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

SEFAC. (2017)

Dispensación, adherencia y uso adecuado del medicamento. Guía práctica para el farmacéutico comunitario.

Edit EDITEC, Barcelona.

Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf

SemFYC. (2018)

X Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico.

Disponible en: https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2018/03/NP_Congreso_Paciente_Cronico_2018_Nacional.pdf

SemFYC. (2019)

RedENT, la red para prevenir el 70% de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

Disponible en: <https://www.semfyec.es/redent-la-red-para-prevenir-el-70-de-muertes-prematuras-por-enfermedades-no-transmisibles/>

Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. (2005)

Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost.

Med Care, 43:521-530.

Valdés y Llorca C, Cortes-Castell E, Ribera Casado JM, de Lucas Ramos P, de Palacio Guerrero LM, Mugarza Borqué F, et al. (2020)

Validation of self-reported adherence in chronic patients visiting pharmacies and factor associated with the overestimation and underestimation of good adherence.

Eur J Clin Pharmacol, 76:1607-1614.

van Boven JFM, Chavannes NH, van der Molen Th, Rutten-van Mölken MPMH, Postma MJ, Vegter S. (2014)

Clinical and economic impact of no adherence in COPD: a systematic review.

Respir Med, 109:103-113.

van Weel C, Schellevis FG. (2006)

Comorbidity and guidelines: Conflicting interests.

Lancet, 367:550-551.

Walsh CA, Cahir C, Tecklenborg S, Byrne C, Culbertson MA, Bennet KE. (2019)

The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis.

Br J Clin Pharmacol, 85:2464-2478.

World Health Organization. (2003)

Adherence long-term therapies. Evidence for action.

WHO. Geneve.



Análisis de la adherencia terapéutica en España

Avelino Pereira Expósito
Emilio Márquez Contreras
Ernesto Cortés Castell
Vicente Gil Guillén

1. Introducción

“El incumplimiento del paciente es una de las conductas de salud mejor documentadas y peor comprendidas”

(Masur, 1981)

La OMS indica que la falta de adherencia a los tratamientos es una cuestión de máxima prioridad en salud pública, indicando que sus consecuencias son: la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencias a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales” (OMS, 2003; Sabaté, 2001).

La adherencia a los tratamientos es un factor clave para conseguir el control de las enfermedades. Varias citas y resultados en la bibliografía médica, nos indican la importancia de su estudio y su estrategia para modificar la falta de adherencia:

- El abordaje en la práctica clínica de la falta de adherencia es importante por su magnitud. Así, Sackett et al. indican que el incumplimiento farmacológico en las patologías crónicas es alrededor del 50% y el de las recomendaciones sobre estilos de vida, la falta de adherencia oscila entre el 70-90% (Sackett et al., 1999).
- Blackwell, indica: “se gasta mucho tiempo, esfuerzo y dinero en estudiar los efectos de la medicación, pero se presta poca atención al hecho de si el paciente la toma o no”. Se tiene que valorar la adherencia terapéutica a todos los pacientes, ya que, si el paciente no realiza el tratamiento, el objetivo de control no se cumple (Blackwell, 1976).
- Hipócrates en el siglo IV a.C. nos indicó la importancia de conocer en nuestros pacientes si realizan bien o mal el tratamiento, sobre todo a la hora de su identificación: “el médico debe saber que los pacientes a menudo mienten cuando sostienen que están tomando la medicación” (Salvador Carulla y Melgarejo Ochoa, 2002).
- Sackett et al. en un estudio de revisión indicó la regla de los tercios, en donde un tercio de los pacientes tomaban bien el tratamiento, un tercio de forma esporádica y un tercio nunca o casi nunca. Nos indica las diferentes formas de incumplir el tratamiento y a la hora de valorar los motivos indica que la mayor parte de la falta de adherencia no es intencional y se produce por olvido o negligencia, no por un rechazo activo (Sackett et al., 1999; Haynes et al., 1999).
- La falta de adherencia es un fenómeno complejo, multifactorial, cuyas causas son variadas y diversas. Haynes et al., en una revisión, identificaron más de 250 factores y variables que podrían influir en la falta de adherencia (Porter, 1969; Haynes et al. 1980).

- Sackett et al. nos indican varias conclusiones prácticas como estrategias mixtas de intervención (Sackett et al., 1999):
 - En los tratamientos a corto plazo hay que ofrecer instrucciones simples y claras, por escrito si es posible, y simplificar el tratamiento.
 - En los tratamientos a largo plazo realizar al menos dos intervenciones: hay que aumentar la supervisión de los pacientes incumplidores, utilizar recordatorios, reconocer los esfuerzos del paciente para cumplir, mantener las intervenciones tanto tiempo como sea deseable y dirigir todo el sistema de atención al problema de la falta de adherencia.
 - A los pacientes que no acuden a las citas hay que llamarles y son útiles los recordatorios por correspondencia.

En nuestro país, las SSCC han potenciado la formación e investigación de la adherencia terapéutica a través de sus grupos de trabajo (SEH y SEMI, 2006; SVMFC, 2003).

2. Análisis de los estudios de la magnitud de la falta de adherencia en España

Ha sido muy importante la aportación española en el estudio del cumplimiento terapéutico en los últimos 40 años. Por la dificultad de comentar todos los estudios, en este apartado se hará un análisis de la adherencia terapéutica en infecciones agudas que han necesitado antibióticos y en algunas enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemias, asma e infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), entre otros. Se comentará de forma cronológica, siendo la HTA el problema de salud más estudiado. De todos estos estudios se concluye que la magnitud del incumplimiento del tratamiento en España es relevante y conseguir el cumplimiento terapéutico constituye el gran reto de la medicina del Siglo XXI (Salvador Carulla y Melgarejo Ochoa, 2002).

Los primeros estudios de cumplimiento terapéutico en España comienzan en la década de los 80 del siglo pasado. Se inician en Cornellá (Barcelona), en el año 1982 con pacientes hipertensos atendidos en un centro de salud, en los que se mide el cumplimiento terapéutico mediante entrevista, obteniendo en 89 pacientes evaluados un cumplimiento del 54%. En el año 1983, en 145 pacientes hipertensos que acuden espontáneamente a una consulta de Hospitalet de Llobregat (Barcelona), cuantifican el cumplimiento terapéutico con el recuento de comprimidos, y se obtuvo un cumplimiento del 33,8%. Ambos estudios se publicaron en la revista de Atención Primaria, el primero en el año 1985 y el segundo en 1984 (Batalla et al., 1984; Borrell et al., 1985).

En un estudio bibliométrico que analiza la producción científica española sobre el cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la enfermedad crónica cardiovascular entre los años 1969 -1999, a partir de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Índice Médico Español, MedLine, Teseo y una revisión manual, se encuentran 54 trabajos

publicados en 9 revistas, de las cuales, Atención Primaria fue la revista con un mayor número de publicaciones. Con respecto a los ámbitos o instituciones, la atención primaria comprendía un 46,87%, la universidad un 40,74% y el hospital un 14,06%. La HTA fue la patología más estudiada, con un 87,03% de los estudios publicados. La magnitud de la adherencia fue del 50-60% para el seguimiento del tratamiento farmacológico, con cifras inferiores en población anciana y para pacientes con tratamiento no farmacológico (Navarro et al., 2001).

Una búsqueda bibliográfica sobre el cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la HTA en un periodo de 10 años (1984-1993) en la que se evalúan 23 trabajos de investigación, encontró diferencias en los resultados dependiendo de los métodos utilizados. Así, cuando se midió el cumplimiento terapéutico según el cumplimiento autodeclarado, el resultado fue del 55,5%, y cuando se utilizó el recuento de comprimidos fue del 46,4%. Es decir, existe una sobreestimación de buen cumplimiento al utilizar los métodos basados en encuestas. Se destaca que la magnitud de abandonos a los tratamientos fue del 18,5%, concluyendo que el cumplimiento terapéutico en la población hipertensa española es bajo (Puigventós Latorre et al., 1997).

Márquez-Contreras et al. realizaron una revisión para valorar el cumplimiento terapéutico en HTA entre los años 1984 y 2005, obteniendo una media ponderada del porcentaje de incumplidores del 32,78%, medido por recuento de comprimidos o monitores eléctricos de medicación (MEMS). Compararon las diferencias entre los años 1984-2001 (44,4%) y 2001-2005 (19,44%), observando una disminución del incumplimiento en los últimos años (Márquez Contreras et al., 2006a).

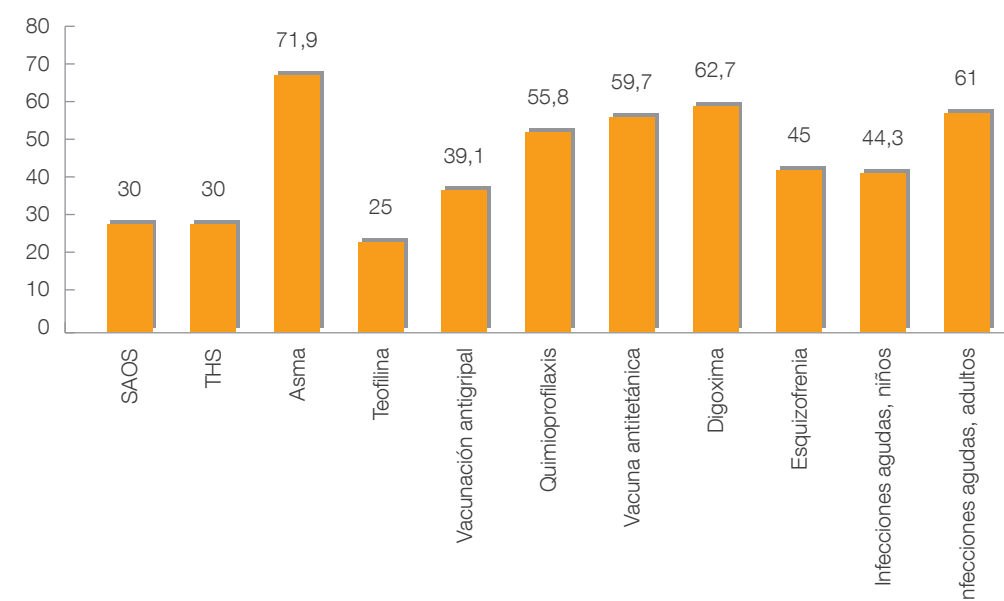
En la década de los 90 se continuó con la investigación clínica en nuestro país. En este periodo se aborda la magnitud de la falta de adherencia en diferentes problemas de salud. Se sigue investigando en HTA y en el tratamiento antibiótico, en infecciones agudas en niños no hospitalizados y en infecciones agudas no graves como, faringoamigdalitis, bronquitis, infecciones de las vías urinarias, otitis, infecciones de la piel, sinusitis, etc. También se investiga en el cumplimiento de la DM, dislipemia, asma, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), esquizofrenia, VIH/SIDA, y otras enfermedades crónicas. Asimismo, se aborda el cumplimiento con fármacos, como teofilinas, digoxina, terapia hormonal sustitutiva (THS), quimioprofilaxis antituberculosa, etc. y se estudia el cumplimiento con la oxigenoterapia continua domiciliaria, vacuna antitetánica, vacuna antigripal, entre otras (Sacristán et al., 2001).

En estos estudios se cuantifica la magnitud de la falta de adherencia, en algunos se validan métodos de medición indirectos y en otros se estudian motivos y factores predictores para incumplir el tratamiento. En la Figura 2.1 se observan los porcentajes de la falta de adherencia estimados en algunos de estos estudios y se aprecia que:

- En infecciones agudas no graves, el incumplimiento terapéutico (IT) con los antibióticos va de un 44,3% en niño a un 61% en adultos (Ramalle-Gómara et al., 1999 y Gil et al., 1999).

- En enfermedades crónicas, la falta de adherencia va de un 25% en el tratamiento con teofilinas a un 71,9% en el tratamiento del asma (Soto et al., 1992; Cimas et al., 1997; Terán Santos et al., 1996; Roca et al., 1987, Cuenca Boy et al., 1998 y García Cabeza et al., 1999).
- La falta de adherencia va de 39,1% en la vacunación antigripal a un 59,7% en la ausencia de la segunda y tercera dosis antitetánica (Mulet Pons et al., 1995 y Lizcano et al., 1997). La falta de adherencia a la quimioprofilaxis antituberculosa fue de 55,77% (Romero Saldaña et al., 1997).

Figura 2.1. Porcentaje de falta de adherencia en algunos estudios españoles de la década de los 90 del siglo pasado



SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; THS: terapia hormonal sustitutiva
Fuente: Ramalle-Gómara et al., 1999; Gil et al., 1999; Soto et al., 1992; Cimas et al., 1997; Terán Santos et al., 1996; Roca et al., 1987; Cuenca Boy et al., 1998; García Cabeza et al., 1999; Mulet Pons et al., 1995; Lizcano Álvarez et al., 1997 y Romero Saldaña et al., 1997

En el año 2001 se publica un libro resumen de estudios españoles de cumplimiento terapéutico publicados en revistas desde el año 1988 al 2001 (Sacristán et al., 2001). En ese mismo año la revista Medicina Clínica, publica un monográfico sobre cumplimiento terapéutico, con 14 revisiones y 10 originales (Gil Guillen, 2001).

La prevalencia de la falta de adherencia en las enfermedades crónicas en los estudios realizados en la Universidad de Alicante y la Universidad Miguel Hernández fue:

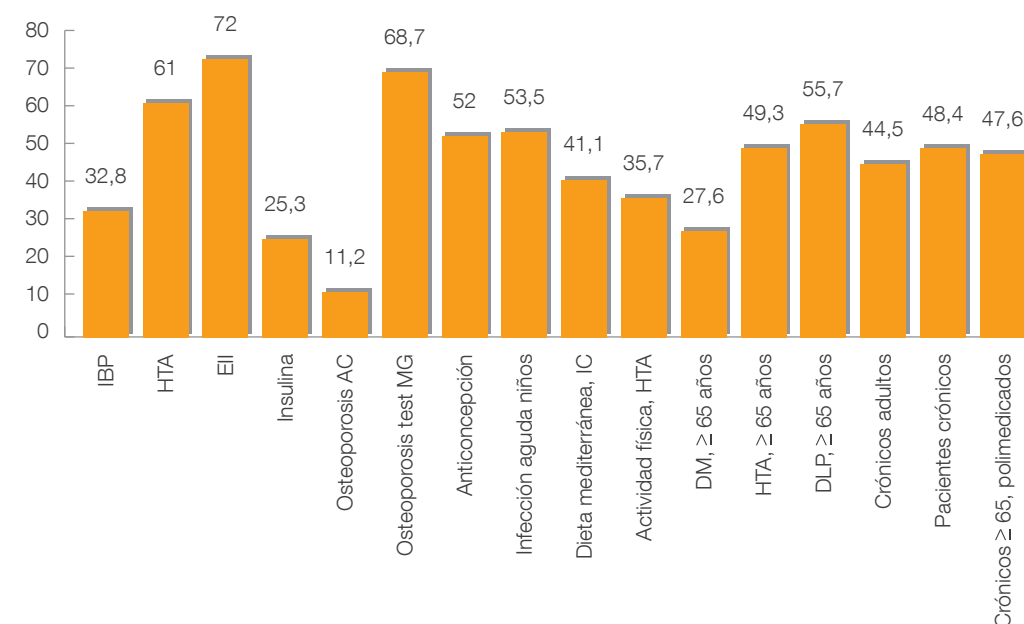
- En los tratamientos farmacológicos en HTA fue, un 31% de pacientes hipocumplidores (recuento de comprimidos < 80%) y un 16,7% hipercumplidores (recuento de comprimidos > 110%). En la diabetes tipo 2, un 36,5% de hipocumplidores y un 15% de hipercumplidores, y en la dislipemia, un 42% hipocumplidores y un 4,7% hipercumplidores (Piñeiro et al., 1997a; Piñeiro et al., 1997b y Piñeiro et al., 1998a).
- Los porcentajes de falta de adherencia son mayores en las medidas no farmacológicas y a la hora de cambiar estilos de vida no saludables, oscilando del 63% al 90% (Gil Guillen, 2001 y Melchor et al., 2001).
- La falta de adherencia a las visitas de control oscila entre 15-25% (Piñeiro et al., 1998b y Piñeiro et al., 2001).

En la Figura 2.2 se observan algunos estudios realizados para conocer la falta de adherencia, obtenidos de la búsqueda bibliográfica realizada para la primera y segunda década de del Siglo XXI en España. Algunos de los hallazgos fueron:

- El IT fue del 47,6% en pacientes crónicos ancianos, y del 44,5% en pacientes crónicos adultos (Escamilla Fresnadillo et al., 2008 y Fernandez-Lazaro et al., 2019).
- En factores de riesgo cardiovascular, la magnitud de incumplimiento en ancianos va de un 27,6% en el tratamiento de la DM a un 55,7% en el tratamiento de la dislipemia (Moreno Juste et al., 2019).
- En el estudio de enfermedades crónicas específicas, la falta de adherencia va de un 11,2% en la osteoporosis cuando se utiliza el método de cumplimiento autocomunicado (68,7% con el test de Morisky-Green) a un 72% en la enfermedad inflamatoria intestinal (Carbonell Abella et al., 2011 y López San Román et al., 2005).
- La falta de adherencia en infecciones agudas a los tratamientos antibióticos fue del 53,5% (Silvestre Busto et al., 2001).
- Con respecto a las medidas higiénico-dietéticas, la falta de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con insuficiencia cardiaca fue del 41,1% y la falta de adherencia a la actividad física de los hipertensos fue del 35,7% (Miró et al., 2016 y Guitard Sein-Echaluze et al., 2013).
- En la diabetes tipo 2, la falta de adherencia a la insulina fue del 25,3% (Márquez Contreras et al., 2012).
- La falta de adherencia a los métodos anticonceptivos fue del 52% (Martínez-Astorquiza-Ortiz et al., 2013).
- En estudios realizados en oficinas de farmacia comunitaria, la falta de adherencia fue de un 32,8% en los inhibidores de la bomba de protones a un 61% en los tratamientos farmacológicos de la HTA (Mares-García et al., 2017 y Perseguer-Torregrosa et al., 2014). Muy recientemente se ha cuantificado un 48,4% de falta de adherencia al

tratamiento farmacológico en 6327 pacientes crónicos correspondientes a 132 oficinas de farmacia comunitaria españolas (Valdés y Llorca et al., 2021).

Figura 2.2. Porcentaje de falta de adherencia en algunos estudios españoles en este siglo



IBP: inhibidores de la bomba de protones; HTA: hipertensión arterial; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; AC: cumplimiento autocomunicado; MG: Morisky-Green; IC: insuficiencia cardiaca; DM: diabetes mellitus; DLP: dislipemia
Fuente: Escamilla Fresnadillo et al., 2008; Fernandez-Lazaro et al., 2019; Moreno Juste et al., 2019; Carbonell Abella et al., 2011; López San Román et al., 2005; Silvestre Busto et al., 2001; Miró et al., 2016; Guitard Sein-Echaluze et al., 2012; Márquez Contreras et al., 2011; Martínez-Astorquiza-Ortiz et al., 2013; Mares-García et al., 2007; Perseguer-Torregrosa et al., 2014 y Valdés y Llorca et al., 2021

Del análisis de los estudios en los 40 años, prácticamente los porcentajes de falta de adherencia han cambiado poco, tanto en la enfermedad crónica, como en la patología aguda. Estos resultados nos indican la dificultad que existe para los pacientes a la hora de realizar cambios en el estilo de vida y el abandono de los hábitos tóxicos, así como de tomar la medicación de forma continua y/o acudir a las citas concertadas.

Las diferencias encontradas a la hora de valorar la magnitud de la falta de adherencia entre los diferentes estudios se deben a los escenarios clínicos o patologías diferentes, los distintos diseños utilizados y los diferentes métodos de medición, por lo que, hace difícil la comparación de sus resultados (Sacristán et al., 2001; Valdés et al., 2021). En

general, podemos concluir que la magnitud de la falta de adherencia es importante en España y la principal conclusión de las investigaciones clínicas realizadas, es que se tiene que valorar tanto la falta de adherencia en el seguimiento como en su prevención en el momento de iniciar un tratamiento. La información tiene que ser adecuada para que los pacientes tengan conocimiento de su enfermedad, sepan cómo tienen que realizar su tratamiento y corroborar que la han entendido, ya que se indica que entre el 30-50% de las instrucciones aportadas por el médico se comprenden erróneamente, y más del 80% de los pacientes desea una mayor información de la que se dispone y está insatisfecho con la recibida (Amigo et al., 1998). Por tanto, se debe priorizar en la práctica clínica la identificación de la falta de adherencia como un factor clave en el control de las enfermedades.

En la encuesta de opinión realizada en 2007 a más de 3000 médicos españoles que atendían a pacientes hipertensos (Estudio Cumplex), cuando se les preguntó sobre las causas más frecuentes del mal control en sus pacientes, el motivo más frecuente no fue la ineficacia de los fármacos (31,7%), sino el incumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas (64,3%) y del tratamiento farmacológico (38,2%). Por ello, ante cualquier paciente mal controlado se debe identificar si es cumplidor y, si no lo es, priorizar intervenciones para modificar la falta de adherencia (Márquez Contreras et al., 2007a).

Analizando la evolución de los últimos 40 años de los estudios que cuantifican la falta de adherencia, se observa cada vez más estudios multicéntricos con mayor número de pacientes. También se realiza más investigación longitudinal y se incorpora la medición de la adherencia en las historias clínicas informatizadas.

3. Resultados de los estudios de validación de los métodos indirectos realizados en España: propuesta de algoritmo

En general, los métodos se clasifican en directos o indirectos. Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco o algunos de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos en alguno de los fluidos orgánicos del paciente. Son métodos más objetivos, costosos y válidos que los métodos indirectos, pero de difícil aplicabilidad en la práctica clínica, y pueden estar limitados a ciertos fármacos. Tampoco están libres de sesgos de medición, ya que el paciente puede cumplir sólo cuando sabe que se le va a realizar el análisis (Sackett et al., 1999 y Merino et al., 2001).

Los métodos indirectos son más sencillos, baratos y, sobre todo, reflejan la conducta de los pacientes ante su adherencia a los tratamientos. Tal como nos indicó Hipócrates, presentan problemas de validez, ya que suelen sobrestimar el buen cumplimiento terapéutico. Por su sencillez y fácil aplicación, se recomiendan en la práctica clínica (Sackett et al., 1999; Merino et al., 2001 y Tratado de epidemiología clínica, 1995).

Dentro de los métodos indirectos, en España se recomiendan aquellos basados en preguntar al paciente a través de cuestionarios, y los más validados en nuestro país han sido el cumplimiento autocomunicado mediante la metodología de Haynes-Sackett y el test de Morisky-Green. También se han utilizado como métodos indirectos en la

investigación clínica, el nivel de conocimiento de la enfermedad, el juicio médico, la asistencia a citas y el grado de control de la patología. En investigación clínica, el método indirecto más utilizado ha sido el test de Morisky-Green y, como método de certeza en los estudios de validación, el recuento de comprimidos. La metodología utilizada para la validación es a través de tablas 2x2, tal como se observa en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1. Tabla 2x2 de validación de métodos

| | | Método de referencia | | Total |
|------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|---------|
| | | Falta de adherencia (incumplidor) | Adherencia tratamiento (cumplidor) | |
| Método Indirecto | Falta de adherencia: resultado positivo | a | b | a+b |
| | Adherencia tratamiento: resultado negativo | c | d | c+d |
| Total | | a+c | b+d | a+b+c+d |

Fuente: Sackett et al., 1999; Merino et al., 2001 y Tratado de epidemiología clínica, 1995

En la Tabla 2.1 se valida el método indirecto con el método de certeza, y se obtienen cuatro situaciones clínicas (Sackett et al., 1999; Merino et al., 2001 y Tratado de epidemiología clínica, 1995):

- Paciente no cumplidor con el método de certeza (incumplidor) y no cumplidor con el método indirecto (resultado positivo). Es el paciente verdadero positivo y se corresponde con la letra “a” de la Tabla 2.1.
- Paciente cumplidor con el método de certeza (cumplidor) y cumplidor con el método indirecto (resultado negativo). Es el paciente verdadero negativo y se corresponde con la letra “d” de la Tabla 2.1.
- Paciente no cumplidor con el método de certeza (incumplidor) y cumplidor con el método indirecto (resultado negativo). Es el paciente falso negativo y se corresponde con la letra “c” de la Tabla 2.1.
- Paciente cumplidor con el método de certeza (cumplidor) y no cumplidor con el método indirecto (resultado positivo). Es el paciente falso positivo y se corresponde con la letra “b” de la Tabla 2.1.

Si el método mide correctamente, ofrece en los incumplidores un resultado positivo del test y en los cumplidores un resultado negativo. De esta tabla se calcula la tasa

de prevalencia de falta de adherencia, cuyo numerador sería el número de pacientes incumplidores con el método de certeza (a+c) y cuyo denominador sería la población total del estudio (a+b+c+d). También se cuantifica la tasa de prevalencia de falta de adherencia con el método indirecto, cuyo numerador sería el número de pacientes identificados por el método indirecto como incumplidores (resultados positivos, a+b) y cuyo denominador sería la población total del estudio (a+b+c+d).

En esta tabla 2x2 se cuantifica la sensibilidad que responde a esta pregunta: si el paciente es un incumplidor, ¿cuál es la probabilidad de que el método indirecto lo detecte al dar un resultado positivo? Por tanto, la fórmula de la sensibilidad es:

$$S=a/(a+c)$$

El complementario de la sensibilidad sería el porcentaje de falsos negativos y respondería a la pregunta de: si el paciente es un incumplidor, ¿cuál es la probabilidad de que el método indirecto no lo detecte al dar un resultado negativo y se escape al diagnóstico de incumplidor? En este caso, la fórmula es:

$$F-=c/(a+c)$$

La especificidad responde a esta pregunta: si el paciente es un buen cumplidor, ¿cuál es la probabilidad de que el método indirecto lo detecte al dar el resultado negativo? Por tanto, la fórmula de la especificidad es:

$$E=d/(b+d)$$

El complementario de la especificidad sería el porcentaje de falsos positivos y nos respondería a la pregunta de: si el paciente es un buen cumplidor, ¿cuál es la probabilidad de que el método indirecto lo diagnostique erróneamente de incumplidor al dar el resultado positivo?

$$F+=b/(b+d)$$

Como métodos de certeza, se han utilizado más frecuentemente los métodos basados en los recuentos de comprimidos, que también se consideran métodos indirectos, pero son más válidos y objetivos que los métodos basados en preguntas o cuestionarios. Tienen el inconveniente de que algunos pacientes pueden retirar los comprimidos del envase, sobreestimando el buen cumplimiento terapéutico (Sacket et al., 1999; Merino et al., 2001 y Tratado de epidemiología clínica, 1995).

Los primeros estudios españoles que estudiaron la validez de métodos indirectos, fueron en hipertensos que acudieron a los centros de salud en la década de los años 80 y principios de la década de los 90 del siglo pasado, concluyendo que estos métodos tienen problemas de validez (Puigventós Latorre, 1997; Gil Guillen, 2001; Merino et al., 2001 y Tratado de epidemiología clínica, 1995).

Los resultados de los estudios de la Universidad de Alicante y de la Universidad Miguel Hernández de Elche se realizaron al principio de la década de los 90 del siglo pasado,

donde se validaron 6 métodos indirectos utilizando como método de certeza el recuento de comprimidos en domicilio de pacientes hipertensos, dislipémicos y diabéticos. Ninguno de los métodos indirectos presentó una sensibilidad y especificidad conjunta aceptable. El cumplimiento autocomunicado presentaba una mayor especificidad (97% en HTA, 89% en dislipemia y 83% en DM), y el nivel de conocimiento de la enfermedad, mayor sensibilidad (83% en HTA, 82% en dislipemia y 74% en DM). Se concluye que no existe un método ideal para medir la falta de adherencia al tratamiento, que los métodos indirectos tienen importantes problemas de validez para identificar el incumplimiento farmacológico, que el método de la comunicación del autocumplimiento puede confirmar el incumplimiento, pero no existe ningún método que lo descarte con garantía y los que presentan mayor sensibilidad son el nivel de conocimiento y el grado de control, y que el resto de los métodos indirectos subestiman el incumplimiento (Piñeiro et al., 1997b; Piñeiro et al., 1997b; Piñeiro et al., 1997c y Piñeiro et al., 1998a).

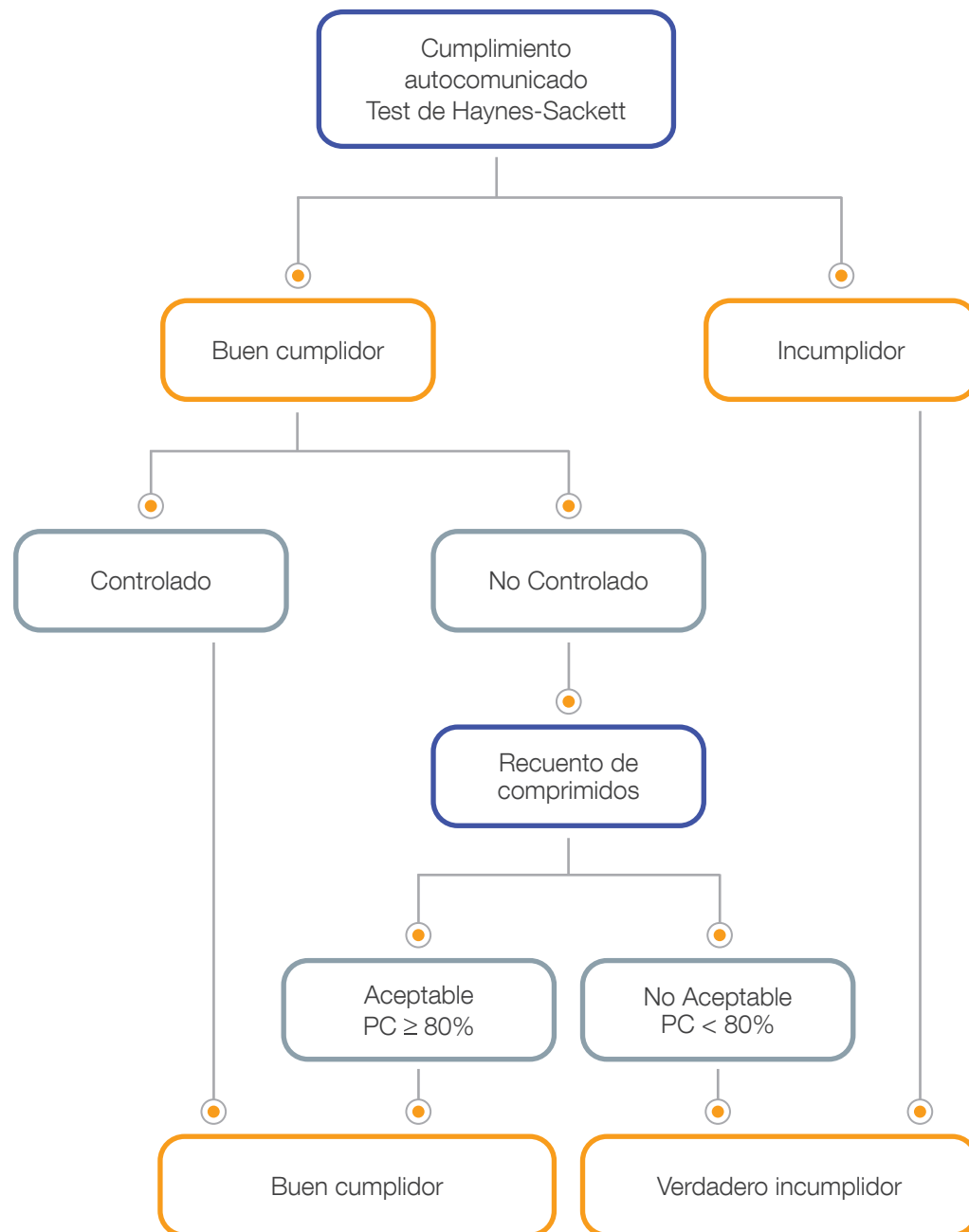
En una tesis doctoral realizada en pacientes hipertensos se validó la llamada telefónica como método de medida de cumplimiento terapéutico, obteniendo una sensibilidad y especificidad superior al 80% con un área bajo la curva ROC de 0,995 (Espinosa J, 2013).

En el estudio de opinión realizado en médicos españoles (Estudio Cumplex), los métodos más utilizados para identificar la falta de adherencia en los pacientes hipertensos fueron: la respuesta del paciente, la propia experiencia y el juicio clínico. Estos métodos presentan pobres indicadores de validez, y los clínicos indicaron en un 42% la necesidad de mayor formación sobre la adherencia a los tratamientos (Piñeiro F et al., 1997; Piñeiro Chousa F et al., 1997; Márquez Contreras et al., 2007a).

En caso de que se utilice un único método indirecto de medición, se tiene que asumir sus limitaciones, y por ello se recomienda en la HTA la combinación de varios métodos indirectos. La Sociedad Española de Hipertensión Arterial (SEH) recomienda comenzar con el cumplimiento autocomunicado. Dado que este método presenta una elevada especificidad y buen valor predictivo positivo, si el paciente indica que es incumplidor, se realiza el estudio de las causas y estrategias para modificar esa falta de adherencia; pero si el paciente indica que es buen cumplidor, debido a su baja sensibilidad se combina con otro método indirecto como es el grado de control de su patología. Si el paciente está mal controlado se realiza el método de recuento de comprimidos. Esta combinación de los tres métodos se observa en la Figura 2.3 (Merino et al., 2001; Márquez Contreras, 2008).

Se han validado en pacientes dislipémicos las fases del cambio conductual (modelo de Prochaska y Diclemente) como método indirecto en la valoración del IT. Los resultados presentan una sensibilidad del 95,5% y una especificidad del 73,4% (Mora et al., 2001). También ha sido validada en pacientes hipertensos la receta electrónica, utilizándose como método de certeza los MEMS, donde los indicadores de validez han sido de una sensibilidad del 87% y una especificidad del 93,7%, obteniendo un área bajo la curva de 0,903, que indica una excelente capacidad discriminativa y exactitud (Márquez-Contreras et al., 2018a).

Figura 2.3. Algoritmo de medida del cumplimiento



PC: porcentaje de cumplimiento
Fuente: Merino et al., 2001 y Márquez Contreras, 2008

Por la excelente validez de la receta electrónica, se propone el siguiente algoritmo de actuación para la práctica clínica en HTA. El algoritmo para valorar el incumplimiento debe ser como sigue: se realizará el test de Haynes-Sackett (cumplimiento autocomunicado). Si el paciente afirma ser incumplidor, se considerará como tal. Si refiere ser buen cumplidor y sus niveles de presión arterial están en valores controlados, se interpreta como cumplidor. Si refiere ser cumplidor y no está controlado, se sospechará el incumplimiento, realizándose a continuación una consulta de su historia de salud en el módulo de medicación y comprobando si el fármaco está incluido en un programa de receta electrónica de más de 2 años. Si es así, se consulta la dispensación y se realiza el Recuento por Receta Electrónica (MPR) de los últimos seis meses. Si no tiene prescrita la medicación por receta electrónica o no supera los dos años de prescripción, se realiza un recuento de comprimidos, bien en domicilio, bien en consulta o por entrevista telefónica (Figura 2.4) (Márquez-Contreras et al., 2018a).

Con la incorporación de las farmacias comunitarias, también se ha medido el cumplimiento por métodos, como la adherencia a la medicación dispensada (AMD), la persistencia de la medicación como el MPR o cociente de posesión de medicación, o el PDC o proporción de días cubiertos por la prescripción médica realizada, o la persistencia en la reposición de la medicación (PR) (Perseguer-Torregrosa et al., 2014 y Perseguer-Torregrosa, 2012). Muy recientemente, se ha validado la adherencia autoinformada en pacientes crónicos que visitan oficinas de farmacia comunitaria españolas y se concluyó que la adherencia autoinformada tiene buena especificidad pero poca sensibilidad. También se valoró el análisis de las discrepancias y se concluyó que existe una sobreestimación significativa de la buena adherencia (Valdés y Llorca et al., 2020).

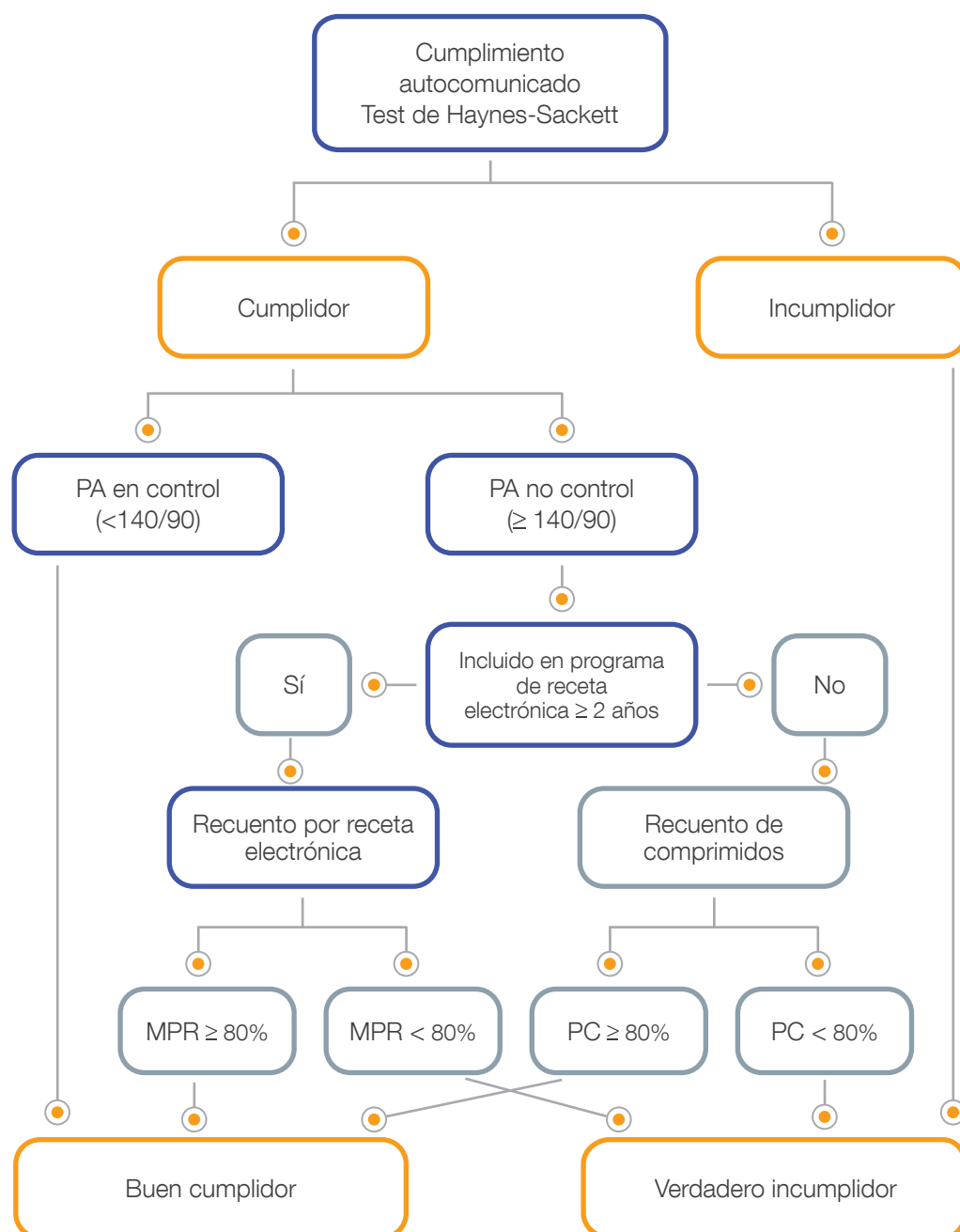
Se tiene que seguir investigando en la búsqueda de un método ideal que identifique la falta de adherencia en nuestros pacientes y que sea válido, sencillo y de fácil aplicación en la práctica clínica.

4. Formas de incumplir el tratamiento

Los estudios de la Universidad de Alicante y la Universidad Miguel Hernández en pacientes hipertensos indicaron que existe un porcentaje importante de pacientes hipercumplidores, y que la mitad de los incumplidores lo realizan a demanda y la otra mitad abandona la medicación (Gil Guillen, 2001; Merino et al., 2001 y Tratado de epidemiología clínica, 1995). Los ancianos realizan el tratamiento de forma más esporádica que los jóvenes y su causa principal es el olvido. Los jóvenes, sobre todo varones, dejan más de acudir al centro de salud y abandonan más la medicación, siendo la principal causa la desidia o la desmotivación (Piñeiro et al., 1997a, Piñeiro et al., 1997b, Piñeiro et al., 1998a; Merino et al., 2001; Tratado de epidemiología clínica, 1995 y Gil et al., 2001).

En enfermedades cardiovasculares o relacionadas, el 39,4% de los pacientes abandonan los medicamentos indicados por el médico de familia y el 22,4% en el caso de especialistas (Conthe et al., 2014).

Figura 2.4. Algoritmo de medición de la adherencia o cumplimiento terapéutico



MPR: recuento por receta electrónica; PA: presión arterial; PC: porcentaje de cumplimiento
Fuente: Márquez-Contreras et al., 2018a

En la práctica clínica se identifican diferentes formas de IT (Márquez Contreras, 2008; Márquez Contreras et al., 2001 y Márquez Contreras y Gil Guillén, 2007):

- No llevarse la receta de la prescripción médica tras la consulta
- No volver a la consulta para la adquisición de nuevas recetas
- No adquirir la medicación en la farmacia
- Tomar el medicamento en horas diferentes de las prescritas por su médico
- Tomar el medicamento a una dosis no recomendada, aumentando o disminuyendo la dosis
- No tomar la dosis diaria del medicamento
- Modificar o sustituir el medicamento prescrito por otro medicamento diferente
- Falta de asistencia a las citas previstas

Los MEMS nos han permitido conocer durante el seguimiento cuándo se toman los pacientes los comprimidos y a qué hora se los toman. Ello se consigue con un microchip en el tapón del envase que nos informa cuando el envase se abre. La situación ideal es cuando un paciente toma los comprimidos el 100% de los días. Así, en un seguimiento de 6 meses, sólo entre el 2-3% de los pacientes pertenecían a este patrón de cumplimiento absoluto. De los estudios con los MEMS, se presentan tres patrones de cumplimiento: cumplidores, incumplidores y otros patrones (Márquez Contreras, 2008; Márquez Contreras et al., 2001 y Márquez Contreras y Gil Guillén, 2007):

- Dentro de los cumplidores (porcentaje de cumplimiento total $\geq 80\%$), existen 4 patrones:
 - Patrón de cumplimiento absoluto: es el paciente que toma todos los comprimidos todos los días del mes, es decir, el 100% de comprimidos.
 - Cumplidor con incumplimiento esporádico. Cuando el porcentaje de cumplimiento total y el porcentaje de cumplimiento diario es igual o superior al 80%, pero no llega al 100%, es decir, menos de 6 días no consecutivos no toma la medicación.
 - Patrón de sobrecumplimiento. Son los pacientes que toman $> 100\%$ de la medicación.
 - Patrón de incumplidor enmascarado: cuando el porcentaje de incumplimiento total fue $\geq 80\%$ y el porcentaje de incumplimiento diario $< 80\%$. Se refiere al paciente que, al realizar el recuento de comprimidos, ha tomado más del 80% de sus comprimidos (buen cumplidor), sin embargo, se observa que el número de días en los cuales toma la medicación es inferior al 80%.
- Dentro de los incumplidores (porcentaje de cumplimiento total $< 80\%$), existen 3 patrones:

- Incumplimiento parcial. Cuando el porcentaje de cumplimiento total y el porcentaje de incumplimiento diario están entre el 50% y menor del 80% de la medicación. Es el patrón más frecuente en los incumplidores, existen días que no toman la medicación y días que toman más de un comprimido.
- Incumplimiento absoluto (gran incumplidor). Cuando el porcentaje de cumplimiento total y el porcentaje de incumplimiento diario fueron inferiores al 50% de la medicación.
- Abandono del tratamiento. Pacientes que abandonan la medicación.
- Otros patrones que se dan tanto en cumplidores como en incumplidores:
 - El cumplimiento de bata blanca. Son pacientes que toman la medicación los días anteriores a la consulta médica, pero presentan un importante incumplimiento.
 - Incumplimiento previsto. Es un patrón de incumplimiento repetitivo que se produce habitualmente a lo largo del tiempo.
 - Vacaciones farmacológicas. Son pacientes que al menos durante 3 días seguidos no toman la medicación, coincidiendo con viajes, fines de semana, etc.
 - Incumplimiento mixto. Pacientes en los que se dan dos o más patrones de incumplimiento descrito.
 - Incumplimiento de horario de la toma. Toman los fármacos en horarios diferentes a los prescritos.

En la Tabla 2.2 se observa el porcentaje de presentación de los diferentes patrones de incumplimiento en tratamiento antihipertensivo (Márquez Contreras, 2008) y en la Tabla 2.3 se presenta el porcentaje de los diferentes patrones de cumplimiento en tratamiento anticoagulante (Márquez Contreras et al., 2016).

Podemos destacar que, en los pacientes cumplidores, el patrón más frecuente es el de cumplidor con incumplimiento esporádico, y en los incumplidores, el más frecuente es el incumplimiento parcial. Con respecto a los otros patrones, los más frecuentes son las vacaciones farmacológicas, el incumplimiento del horario de la toma y el incumplimiento mixto. En la Figura 2.5 se aprecia un ejemplo de patrón con incumplimiento enmascarado.

5. Motivos por los que los pacientes incumplen los tratamientos

Los pacientes pueden ser conscientes de no seguir las recomendaciones del tratamiento o no ser conscientes de que lo realizan incorrectamente. Al primero se le denomina incumplimiento voluntario o intencionado, y al segundo se le denomina incumplimiento involuntario o no intencionado. Los motivos de la falta de adherencia varían de unos

Tabla 2.2. Porcentaje de presentación de los diferentes patrones de cumplimiento en tratamiento antihipertensivo

| a) Cumplidores | 74,32% (n= 110) |
|--|-----------------|
| 1. Cumplidor absoluto | 3,64% |
| 2. Cumplidor enmascarado | 16,37% |
| 3. Cumplidor con incumplimiento esporádico | 77,27% |
| 4. Sobrecumplimiento | 2,72% |
| b) Incumplidores | 25,68% (n= 74) |
| 1. Incumplimiento absoluto | 13,16% |
| 2. Incumplimiento parcial | 86,84% |
| 3. Abandono del tratamiento | 0% |
| c) Otros patrones | |
| 1. Incumplimiento previsto (> ó < 80%) | 19,1% |
| 2. Vacaciones farmacológicas (> ó < 80%) | 66,3% |
| 3. Cumplimiento de bata blanca (<80%) | 7,27% |
| 4. Incumplimiento del horario de la toma | 73,63% |
| 5. Incumplimiento Mixto (> ó < 80%) | 65,45% |

Fuente: Márquez Contreras, 2008

trabajos a otros y también en relación a los diferentes tratamientos y tipos de enfermedad (Gil et al., 2001 y Márquez y Casado, 2001).

Cuando se analizan las causas respecto a la falta de adherencia intencionada, los principales motivos son por la creencia de que las recomendaciones y/o la medicación son innecesarias, por temor a la aparición de efectos adversos, mala tolerancia, o por la percepción, bien por falta de mejoría o bien por tomar demasiados fármacos.

Donovan publicó en 1995 un artículo titulado “El poder de decisión del paciente: el ingrediente que falta en la investigación del cumplimiento”, que indica que los pacientes, especialmente los que padecen enfermedades crónicas, no plantean el cumplimiento como un problema, sino que razonan sus decisiones sobre los tratamientos basándose en sus propias creencias, en sus circunstancias personales y en la información que se les ha dado (Donovan, 1995). En un estudio realizado en VIH, se concluyó que las creencias y satisfacción de los pacientes con la terapéutica influye en la durabilidad del primer régimen antirretroviral (Casado et al., 2016).

Tabla 2.3. Porcentaje de presentación de los diferentes patrones de cumplimiento en tratamiento anticoagulante

| a) Cumplidores | 80% (N= 296) |
|--|---------------------------|
| 1. Cumplidor absoluto | 8,11% (IC= 5,74-11,34%) |
| 2. Cumplidor enmascarado | 17,57% (IC= 14,04-21,77%) |
| 3. Cumplidor con incumplimiento esporádico | 51,62% (IC= 46,54-56,57%) |
| 4. Sobrecumplimiento | 2,70% (IC= 1,47-4,9%) |
| b) Incumplidores | 20 % (N= 74) |
| 1. Incumplimiento absoluto | 0,81% (IC= 0,28-2,3%) |
| 2. Incumplimiento parcial | 18,92% (IC= 15,26-23,22%) |
| 3. Abandono del tratamiento | 0,27% (IC= 0,05-0,15%) |
| c) Otros patrones | |
| 1. Incumplimiento previsto (> ó < 80%) | 2,16% (IC= 1,10-4,21%) |
| 2. Vacaciones farmacológicas (> ó < 80%) | 31,89% (IC= 27,35-36,81%) |
| 3. Cumplimiento de bata blanca (<80%) | 4,08% (IC= 2,47-6,58%) |
| 4. Incumplimiento del horario de la toma | 41,08% (IC= 36,18-46,16%) |
| 5. Incumplimiento Mixto (> ó < 80%) | 44,59% (IC= 39,61-49,69%) |

IC: índice de confianza
Fuente: Márquez-Contreras et al., 2016

Con respecto a las causas de la falta de adherencia no intencionada, la principal es el olvido, otras causas son por desconocimiento o haber interpretado erróneamente las instrucciones del tratamiento. En los ancianos, otros motivos de falta de adherencia pueden ser la dificultad de tragar los comprimidos o no disponer de los medicamentos por diferentes causas (Gil et al., 2001 y Márquez y Casado, 2001).

En nuestro país, las causas más frecuentes de falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos en la patología crónica son el olvido, la desmotivación y el desconocimiento, seguidos por el temor a los efectos secundarios. Después, se sitúa la creencia de que el tratamiento no es necesario, no entender bien las indicaciones, presentar efectos secundarios, etc. (Sacristán et al., 2001; Gil et al., 2001 y Marquez y Casado, 2001). En el estudio RAAE realizado en hipertensos, la causa más frecuente fue la mejoría clínica (Aranda et al., 1996).

Del análisis de las causas, el olvido puede ocurrir en pacientes mayores o con trastornos de memoria, sobre todo si hay complejidad terapéutica y problemas en la comunicación

Figura 2.5. Ejemplo de patrón con incumplimiento enmascarado



profesional sanitario-paciente. Así, se ha indicado que entre la mitad y un tercio de la información comunicada a los pacientes hipertensos no puede recordarse. Se indica que los pacientes no informados tienden a creer que deben tomar la medicación sólo cuando se sientan enfermos y estén sintomáticos, pero creen que pueden abandonar la medicación cuando se sientan mejor (Gil et al., 2001 y Márquez y Casado, 2001).

Los motivos para no realizar las medidas higiénico-dietéticas son variados y habría que identificarlos en cada paciente. Muchos piensan que es suficiente el tratamiento farmacológico, otros indican la dificultad de realizarlo, o que no tienen tiempo, etc. Hay que adaptar las recomendaciones higiénico-dietéticas, conociendo las expectativas del paciente y el medio social en el que vive. También hay que valorar su entorno familiar y laboral (Melchor et al., 2001; Miró et al., 2016 y Abellán et al., 2001).

En las infecciones agudas que se prescribe tratamiento antibiótico de corta duración, la mejoría clínica es la principal causa de la falta de adherencia y este incumplimiento se asocia a las resistencias bacterianas (Sacristán et al., 2001; Ramalle-Gómara et al., 1999, Gil et al., 1999 y Gill Guillen, 2001).

En el estudio Cumplex II uno de los objetivos fue conocer la opinión de los pacientes hipertensos sobre las posibles causas de incumplimiento farmacológico. Se indicaron como causas más frecuentes (de mayor a menor) el olvido, quedarse sin medicación, no encontrarse bien, no tomar la medicación durante un viaje o un fin de semana, dejar el tratamiento por efectos adversos, tener miedo a que le sentara mal, no saber que debía continuar con el tratamiento, no saber que debía tomarlo todos los días, y que el médico no le dijera cuánto tiempo debía tomarlo (Márquez Contreras et al., 2007a).

En la práctica clínica es importante conocer las causas por las que el paciente incumple, ya que de ese conocimiento se indicarán las mejores estrategias individualizadas para modificar la falta de adherencia. Se investiga cada vez más sobre las decisiones del paciente basadas en sus propias creencias.

6. Estudio de factores predictores

Según la OMS, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco dimensiones: las relacionadas con el paciente, la enfermedad, el tratamiento, los factores socioeconómicos y con el sistema o equipo de asistencia sanitaria (OMS, 2003; Sabaté, 2001; Salvador Carulla y Melgarejo Ochoa, 2002; Sacristán et al., 2001; Gil Guillén, 2001; Piñeiro et al., 2001; Márquez Contreras E, 2008; Gil VF et al., 2001; Márquez E, Casado JJ, 2001). En España los estudios de factores predictores de incumplimiento se han orientado hacia su identificación en la práctica clínica y a valorar si existe un perfil de paciente incumplidor en determinadas patologías crónicas o agudas. Cuando se comparan estos estudios, los resultados nos indican que existen diferencias, posiblemente por los distintos diseños y ámbitos del estudio y por los diferentes métodos de medición utilizados. Así, los resultados según las dimensiones son:

- Dependiente del paciente. Los resultados en los diferentes estudios se han relacionado con la edad, sexo, religión, nivel educativo, situación laboral, factores psicológicos como la ansiedad o depresión, etc. Otra línea más reciente de estudio de factores dependientes del paciente ha sido la influencia sobre el cumplimiento de las creencias, vivencias, percepciones, circunstancias personales, etc.
- Dependiente de la enfermedad. Los factores relacionados con la enfermedad señalan que la adherencia a los tratamientos es menor si las enfermedades son asintomáticas y mayor cuando son sintomáticas. Según algunos estudios, la mayor información

y percepción de la enfermedad se ha asociado a mayor cumplimiento, la mayor gravedad de la enfermedad se puede asociar a mayor cumplimiento y la pluripatología a menor adherencia debido a la polimedicación.

- Relacionados con el tratamiento. A mayor complejidad terapéutica, mayor falta de adherencia a los tratamientos. La adherencia mejora si el número de dosis y comprimidos al día es menor. Otros factores asociados al tratamiento serían, la mejor accesibilidad a los tratamientos, la mejor aceptación del paciente, la menor duración y el mejor control de éstos sobre la enfermedad.
- Dependiente de la relación profesional sanitario-paciente. Una buena comunicación con el paciente, potenciando la empatía (método clínico centrado en el paciente) y la motivación, con toma de decisiones compartidas basadas en la confianza, van a mejorar la adherencia a los tratamientos. Para ello, los profesionales sanitarios deben facilitar en todo momento una información adecuada y comprobar que los pacientes la han entendido.
- De la estructura sanitaria. Hay que identificar y vencer las barreras y obstáculos que dificultan o impiden la comunicación con los pacientes. Así, se tiene que mejorar la accesibilidad a las consultas, que los tiempos de espera no sean prolongados y que existan los tiempos suficientes de consulta para favorecer la relación del paciente con los profesionales sanitarios. En el estudio de los clínicos españoles en el tratamiento de la HTA (Estudio Cumplex), la principal dificultad para vencer la falta de adherencia en la práctica clínica, es el poco tiempo de consulta.
- Relacionados con la comunidad, familia y medio laboral. A la hora de valorar la adherencia a los tratamientos, es importante conocer el apoyo familiar con el que cuenta el paciente, los aspectos sociolaborales que le afectan y cuestiones culturales relacionadas con su comunidad.

En el estudio de opinión de los clínicos españoles (Estudio Cumplex), se indica que los factores que se asocian a la falta de adherencia en el tratamiento hipotensor son la falta de conocimiento de los pacientes con la enfermedad, la relación médico-paciente y la polimedicación (Márquez Contreras et al., 2007a).

En un estudio realizado en tres oficinas de farmacia comunitaria de la provincia de Alicante, el objetivo fue construir una aplicación móvil basada en un sistema de puntos para predecir la no adherencia a los inhibidores de la bomba de protones. El modelo resultante presentó una buena exactitud al dar un área bajo la curva de 0,88, una buena sensibilidad (83%) y especificidad (81%). El sistema de puntos obtuvo tres variables pronósticas, que fueron, la toma de antidepresivos, el número total de medicamentos y la no recomendación por las guías de manejo de los inhibidores de la bomba de protones. Por tanto, en este estudio, a través de estos tres factores se puede predecir la falta de adherencia y a través de este modelo se pueden plantear estrategias para conseguir la

adherencia terapéutica (Mares-García et al., 2017; Pereira-Expósito A, 2017).

Cada vez se realiza en España más investigación cualitativa, que tiene como objetivo conocer las barreras, obstáculos y dificultades a la hora de valorar las causas y factores predictores de la falta de adherencia. Dos estudios españoles basados en la técnica Delphi, uno en pacientes con diabetes tipo 2 y el otro en pacientes con dislipemia, encontraron las siguientes barreras: creencias del paciente, falta de información sobre los objetivos a alcanzar, baja interrelación o comunicación con los profesionales sanitarios, efectos adversos de la medicación, no medir el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica en su toma de decisiones y enfermedad con pocos síntomas (Carratalá-Munuera et al., 2015 y Carratalá-Munuera et al., 2013).

En estos mismos estudios se consensuó las siguientes soluciones (Carratalá-Munuera et al., 2015 y Carratalá-Munuera et al., 2013):

- La importancia de mejorar el grado de educación e información del paciente
- La capacidad para compartir y acordar decisiones con el paciente
- La motivación del paciente
- La importancia de que el paciente conozca los objetivos que se deben conseguir

En otro estudio cualitativo con grupos focales, se quiso conocer las perspectivas del paciente sobre la adherencia a la medicación en enfermos crónicos. Los pacientes indicaron que querían una mayor participación en la toma de decisiones sobre su salud y mayor educación sobre su enfermedad y medicación. La relación prescriptor-paciente y factores como, creencias de salud, motivación y percepción del control de la enfermedad, impactan en la adherencia a la medicación en pacientes crónicos (Pagès-Puigdemont et al., 2016).

Por todo lo expuesto, es necesario seguir investigando sobre factores predictores, sobre todo, en aquellos relacionados con el sistema o equipos de asistencia sanitaria y en las creencias de los pacientes. Nuevas líneas de investigación futuras serían el cálculo de probabilidad de la falta de adherencia según escalas predictoras obtenidas en estudios prospectivos y longitudinales.

7. Estrategias para vencer la falta de adherencia

Las intervenciones tienen que ser individualizadas, según el conocimiento del paciente, de la patología y de los tratamientos que realiza, y orientadas a corregir las causas y los factores predictores de incumplimiento que se detecten.

En 1987 se realizó en España el primer ensayo clínico aleatorio sobre cumplimiento terapéutico, que comparó la eficacia de la receta personalizada con una buena información oral en tratamientos antibióticos en infecciones agudas en el centro docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Plaza de España de Barcelona. Los resultados

indicaron que la receta personalizada no mejora el cumplimiento que se obtuvo con una buena información oral. La evaluación del cumplimiento se hizo mediante entrevista y recuento de comprimidos. El cumplimiento terapéutico a los antibióticos fue del 57,94% y la validación de la entrevista obtuvo una sensibilidad del 37% y una especificidad del 97% (Cabeza et al., 1989).

En la década de los noventa se realizaron en nuestro país otros ensayos clínicos para valorar la eficacia de las intervenciones:

- Un ensayo de educación sanitaria en pacientes dislipémicos obtuvo que la intervención grupal con refuerzo postal resultó una medida eficaz para mejorar la adherencia terapéutica en la hipercolesterolemia. En este estudio la valoración del cumplimiento terapéutico se realizó a través del recuento de comprimidos, considerando cumplidor aquel que obtenía un recuento de comprimidos de entre el 80 y el 110% (Márquez Contreras et al., 1998).
- Otro estudio valoraba la cumplimentación, tolerancia y eficacia de la quimioprofilaxis para el tratamiento preventivo de la tuberculosis de una pauta más corta de 3 meses al compararla con la de 9 meses. La cumplimentación del tratamiento se evaluó mediante la entrevista clínica y el recuento de comprimidos, y se consideró buen cumplidor cuando fue de más del 80% del total del tratamiento. No hubo diferencia en la tolerancia de quimioprofilaxis entre la pauta de Isoniacida más Rifampicina durante 3 meses, en comparación con la pauta de Isoniacida de 9 meses: ambas pautas tienen una eficacia similar, pero la de 3 meses se cumplimentó mejor (Martínez Alfaro et al., 1998).
- Un ensayo clínico realizado en un centro de salud que comparaba intervenciones de educación sanitaria con refuerzo de la información en consulta a demanda y en consulta programada, concluyó que la intervención en la consulta programada logró un incremento significativo del cumplimiento terapéutico a los 14 meses de seguimiento (Raigal et al., 2001).

Haynes et al. publicó en el año 2000 una revisión Cochrane para conocer cuáles eran las mejores intervenciones para modificar la falta de adherencia a los tratamientos, concluyendo que los beneficios completos de los medicamentos no pueden obtenerse con los niveles actualmente posibles de cumplimiento. No hay evidencia que nos indique que la falta de adherencia pueda ser “curada”, por lo que las intervenciones deben ser permanentes mientras el tratamiento sea necesario. Esta revisión indica que hay que seleccionar los regímenes terapéuticos más sencillos y que las estrategias tienen que ser mixtas. Pero aquellas que han demostrado modificar la falta de adherencia son complejas, requieren mucho tiempo y esfuerzo, y consumen gran cantidad de recursos. También nos indica que dichas estrategias tienen que ser individualizadas, manteniendo contacto con

aquellos pacientes que no asisten a las citas y con mantenimiento bajo vigilancia (Haynes et al., 2000).

Los estudios realizados por el grupo de cumplimiento terapéutico de la SEH-LELHA concluyen que las intervenciones tienen que ser mixtas, siendo las que han obtenido mejoras significativas en la adherencia: educación grupal y mensajes postales con folletos explicativos; estrategia mixta en consultas programadas; entrevista clínica motivacional, más información oral, más refuerzo por escrito fuera de la consulta a demanda; intervención educativa por escrito más un programa de AMPA; programa de AMPA más tarjeta de control de autocumplimiento; una intervención mixta basada en tarjeta de cumplimiento, intervención educativa y programa de AMPA; la intervención basada en una revista educativa, el autocontrol del paciente y la prescripción de labores a realizar, que posteriormente entregará a su médico para su evaluación; etc. La relevancia clínica de estos ensayos clínicos aleatorios de las intervenciones para modificar el incumplimiento, nos indican un gran beneficio al presentar unos números necesarios a tratar (NNT) entre 4 y 6 y una reducción de riesgo relativo alrededor o mayor del 50%, lo que nos indica que las estrategias producen un gran beneficio en la modificación del incumplimiento (Márquez Contreras et al., 2005; Márquez Contreras et al., 2018a; Márquez Contreras et al., 2007; Márquez Contreras et al., 2004a; Márquez Contreras et al., 2004b; Márquez Contreras et al., 2000; Márquez Contreras et al., 2018b; Márquez Contreras et al., 2006b; Jover et al., 2001 y Garrido López et al., 2008).

Las técnicas basadas en la educación sanitaria, aunque necesarias, de forma aislada no son suficientes para modificar la conducta en muchos pacientes que no se adhieren a los tratamientos. Si combinamos la educación sanitaria con técnicas de refuerzo se va a mejorar la adherencia en los pacientes. Faltan estudios a largo plazo que nos indiquen que estas intervenciones mixtas mantienen la adherencia a los tratamientos a lo largo del tiempo. Con independencia de si la patología es crónica o aguda, simplificar la pauta terapéutica y ofrecer una información clara sobre el tratamiento y, si es posible, ofrecer la información por escrito, va a modificar la falta de adherencia (Sackett et al., 1999; SEH y SEMI, 2006; SVMFC, 2003; Sacristán et al., 2001; Gil Guillen, 2001 y Haynes et al., 2000).

En los tratamientos crónicos, se ha demostrado que los recordatorios de la medicación son importantes para vencer la falta de adherencia. Otra opción para el recordatorio sería enviar mensajes utilizando la telefonía móvil en los que se indica al paciente la importancia de la adherencia y de acudir a las visitas. También es importante prescribir los tratamientos, adaptándolos a las actividades diarias de los pacientes, valorando sus creencias y sus preferencias, y ajustando las visitas de control según las necesidades (Sackett et al., 1999, Salvador Carulla y Melgarejo Ochoa, 2002; SEH y SEMI, 2006; SVMFC, 2003; Sacristán et al., 2001; Gil Guillen, 2001; Raigal et al., 2001; Haynes et al., 2000; Garrido López et al., 2008; Knobel et al., 2005; Moral et al., 2015 y Pérez-Jover et al., 2019).

También las estrategias han de ser distintas según la patología y teniendo en cuenta que ninguna estrategia es mejor que otra, siendo la combinación de ellas la mejor opción. Varios estudios en nuestro país han concluido que mejora la adherencia terapéutica cuando se realizan intervenciones en farmacias comunitarias, en farmacias hospitalarias y cuando el abordaje es multidisciplinar en los pacientes crónicos (Knobel et al., 2005; Leiva-Fernández et al., 2014; Liu et al., 2014; Muñoz et al., 2014; Olivera Fernández et al., 2014 y López Cabezas et al., 2006). Mejoran la adherencia terapéutica las intervenciones multifactoriales en las que también se involucran a los familiares del paciente, promoviendo la ayuda en el entorno familiar (Pladevall et al., 2010).

Llaves García et al. (2009) desarrollaron un estudio con el objetivo de medir la utilidad de SPD de medicamentos como herramienta para mejorar el cumplimiento farmacoterapéutico de los pacientes con hipertensión y/o dislipemias polimedicados y mayores de 60 años, diseñando un estudio cuasiexperimental (pretest-postest con grupo control) que se llevó a cabo en oficinas de farmacia. Los resultados de este trabajo justifican que, aunque la muestra es pequeña, sí parece indicar que el dispositivo SPD estudiado mejora el cumplimiento del tratamiento farmacológico, pasando de un 40 a un 63% de adherencia en el grupo intervención. Otros estudios obtienen similares resultados, mostrando que el SPD es una herramienta útil para mejorar la adherencia terapéutica (Kwint et al., 2013), especialmente de los pacientes mayores o polimedicados, que permite que los farmacéuticos desarrollen programas asistenciales que incluyan la detección y prevención de problemas relacionados con los medicamentos, evita los efectos adversos asociados a los medicamentos y mejora los resultados del tratamiento (Departamento de Consultoría Farmacéutica, 2021; SEMERGEN y SEFAC, 2020; Diario Farma, 2018).

El modelo de entrevista clínica motivacional de Prochaska y Di-Clemente, mejora la cumplimentación del tratamiento en los pacientes hipertensos y dislipémicos (Tortajada Soriano, 2000 y Jover J et al., 2001). A lo largo de las diferentes etapas, los profesionales sanitarios ayudan a sus pacientes a cambiar la conducta de la falta de adherencia según la etapa del cambio en la que se encuentre el paciente. Entre las estrategias para mejorar los hábitos tóxicos, como dejar de fumar o de beber, las intervenciones breves basadas en las “5 aes” se proponen como intervenciones conductuales de asesoramiento (Rodrigo Córdoba et al., 2020), así:

- Averiguar o preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo
- Aconsejar o dar consejos claros, específicos y personalizados
- Acordar o pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados
- Ayudar o usar técnicas de modificación de la conducta
- Asegurar o fijar visitas de seguimiento

Podemos concluir que se recomiendan estrategias mixtas en las que cabe combinar, según el conocimiento del paciente, la educación sanitaria, técnicas conductuales o de refuerzo, búsqueda de apoyo en el entorno del paciente, mejora de accesibilidad al

sistema sanitario y potenciación de la relación personal sanitario-paciente (Sackett et al., 1999; Salvador Carulla y Melgarejo Ochoa, 2002; SEH y SEMI, 2006; SVMFC, 2003; Sacristán et al., 2001; Gill Guillén et al., 2001; Raigal et al., 2001 y Haynes et al., 2000). Es fundamental el método clínico centrado en el paciente en el que, aparte de buscar el mejor diagnóstico y tratamiento, es necesario valorar las creencias del paciente, sus vivencias, la información que tiene, sus miedos, etc., sin olvidar que estas estrategias han de ser permanentes y mantenidas en la medida en que el tratamiento sea necesario (Salvador Carulla y Melgarejo Ochoa, 2002 y Donovan, 1995).

Por último, hay que recordar que, aunque la adherencia es condición necesaria para conseguir el control de las patologías, no es suficiente, ya que existen discrepancias entre el control y la adherencia farmacológica. Hay pacientes buenos cumplidores, pero mal controlados porque el tratamiento no es suficiente y hay que intensificarlo para no cometer inercia clínica. También hay pacientes incumplidores con buen control, bien porque el tratamiento es excesivo, o bien porque el diagnóstico es incorrecto (García Navarro et al., 2001 y Puras et al., 2001).

Vamos a poner dos ejemplos relacionados con estudios realizados por nuestro grupo de trabajo:

Un estudio prospectivo en atención primaria (estudio Cumpliapps) valoró la eficacia del uso de una aplicación instalada en el teléfono móvil de los pacientes en términos del cumplimiento terapéutico farmacológico de la HTA leve-moderada. Incluyó a 154 pacientes hipertensos con tratamiento antihipertensivo, de los que fueron cumplidores el 77,02% y cumplidores de una única dosis diaria el 74,32 %. El NNT fue de 4,23 pacientes. Se concluyó que la intervención mediante una app instalada en el teléfono móvil de los pacientes hipertensos favorecía el cumplimiento terapéutico farmacológico y mejoraba el grado de control de la HTA (Tabla 2.4) (Marquez Contreras et al., 2019).

En otro estudio se valoró la eficacia de una intervención mixta, educativa y con calendario recordatorio de la toma, como estrategia para favorecer el cumplimiento terapéutico con un anticoagulante oral en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). Fue un estudio prospectivo, multicéntrico, desarrollado en 110 centros hospitalarios. Se incluyeron 726 pacientes, de los que fueron cumplidores con única toma diaria el 90,7% y 92,06% a los 6 y 12 meses respectivamente en el grupo de intervención y 69,03% y 73,22% en el grupo de control respectivamente. Fueron cumplidores de dos tomas diarias el 90,7% y 89,2% respectivamente en el grupo de intervención y el 64,5% y 63,2% en el grupo de control a los 6 y 12 meses respectivamente ($p < 0.05$ entre grupos). El NNT fue 3,84 pacientes. Se concluye que esta intervención es una estrategia eficaz para favorecer el cumplimiento terapéutico anticoagulante (Tabla 2.5) (Marquez-Contreras et al., 2018b).

En el Estudio Cumplex II, los pacientes hipertensos indicaron por orden de mayor a menor preferencia que les gustaría que sus profesionales sanitarios realizaran las siguientes actividades (Marquez Contreras y de la Figuera von Wichmann, 2007):

- La prescripción del menor número posible de comprimidos

Tabla 2.4. Porcentajes de cumplidores del total de dosis y del total de días en el que tomaba una dosis a los 6 y 12 meses (Estudio Cumpliapps)

| | Grupo intervención N = 73 | | Grupo control N = 75 | | P | |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|--------|
| | 6 meses | 12 meses | 6 meses | 12 meses | P* | P** |
| Cumplidores global | 93,15% (87,36-98,94) | 91,78% (85,48-98,08) | 74,66% (64,7-84,6) | 62,66% (51,26-73,14) | <0.001 | <0.001 |
| Cumplidores de toma de 1 dosis diaria | 93,15% (87,36-98,94) | 86,3% (78,42-94,18) | 70,66% (60,36-80,9) | 62,66% (51,26-73,14) | <0.001 | <0.001 |

P*: diferencias significativas entre grupo de intervención y grupo control a los 6 meses

P**: diferencias significativas entre grupo de intervención y control a los 12 meses

Fuente: Márquez Contreras et al., 2019

- El uso de tarjetas para anotar la tensión arterial y automedirse las tomas
- Más explicación de la importancia del cumplimiento (médico)
- El uso de cajas-calendario
- Uso de un calendario
- Más explicación de la importancia del cumplimiento (enfermería)
- Recordatorios telefónicos de las citas
- Más información por escrito sobre HTA y tratamiento
- Sesiones de formación en grupos en el ambulatorio
- Vídeos o DVDs formativos en casa
- Recordatorios y folletos por correo
- SMS de seguimiento y recuerdo
- Formación o seguimiento a través de Internet
- Contacto con el médico por e-mail

Las estrategias más utilizadas por los médicos españoles en la HTA (Estudio Cumplex) fueron: la educación sanitaria individual, las citaciones más frecuentes y la entrega de hojas de consejo de forma aislada. Respecto a las tecnologías innovadoras como estrategias

Tabla 2.5. Porcentajes de cumplimiento y porcentaje de cumplidores por grupos de intervención, según diferentes formas de cumplir, a los 6 y 12 meses

| | Grupo intervención N = 315 | | Grupo control N = 310 | | P | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------|--------|
| | 6 meses | 12 meses | 6 meses | 12 meses | P* | P** |
| Cumplidores global | 90,79% (87,6-93,98) | 92,06% (89,08-95,04) | 69,03% (63,9-74,17) | 73,22% (68,3-78,14) | <0.001 | <0.001 |
| Cumplidores de dos dosis diarias | 90,79% (87,6-93,98) | 89,20% (85,78-92,62) | 64,51% (59,19-69,8) | 63,22% (57,84-68,6) | <0.001 | <0.001 |

P*: diferencias significativas entre grupo de intervención y grupo control a los 6 meses
P**: diferencias significativas entre grupo de intervención y control a los 12 meses
Fuente: Márquez Contreras et al., 2018b

para mejorar la adherencia, la opinión general es que son escasamente eficaces y poco factibles (Márquez Contreras et al., 2007a).

Hace falta más investigación clínica a la hora de valorar las diferentes intervenciones a corto, medio y largo plazo. Se acepta que las estrategias han de ser mixtas, pero las que demuestran mayor evidencia son más complejas y presentan problemas de utilidad en su aplicación en la práctica clínica.

Un artículo especial sobre adherencia terapéutica en la enfermedad crónica valoró el estado de la situación y perspectiva de futuro, concluyendo que la adherencia terapéutica debe ser un objetivo esencial del sistema sanitario englobando a todos los agentes implicados en la salud del paciente (Conthe et al., 2014).

Los retos que enfrentamos: un resumen

Con base en la revisión de literatura expuesta en este capítulo, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. La adherencia a los tratamientos es un factor clave para conseguir el control de las enfermedades.
2. La magnitud del incumplimiento del tratamiento en España es relevante.
3. Cuando no se controla el problema de salud en el seguimiento de los pacientes se tiene que valorar la falta de adherencia y su prevención en el momento de iniciar un tratamiento.
4. No existe un método ideal para medir la falta de adherencia a los tratamientos, lo mejor es la combinación de varios métodos indirectos. Se tiene que seguir investigando en la búsqueda de un método que identifique la falta de adherencia en nuestros pacientes, válido, sencillo y de fácil aplicación en la práctica clínica.
5. Cuando se utilizan los MEMS, en los pacientes cumplidores el patrón más frecuente es el de cumplidor con incumplimiento esporádico. En los incumplidores, el patrón más frecuente es el de incumplimiento parcial.
6. En la práctica clínica es importante conocer las causas y los factores predictores por los que el paciente incumple, ya que, de ese conocimiento se indicarán las mejores estrategias individualizadas para modificar la falta de adherencia.
7. Con respecto a las causas de la falta de adherencia, la principal es el olvido. Otras causas son: el desconocimiento, haber interpretado erróneamente las instrucciones del tratamiento, la desmotivación, el temor a los efectos secundarios, la creencia de que las recomendaciones y/o la medicación son innecesarias, la mala tolerancia, etc.
8. Hay que seguir investigando sobre factores predictores, sobre todo en aquellos relacionados con el sistema o equipos de asistencia sanitaria y con las creencias de los pacientes.
9. Las intervenciones tienen que ser individualizadas, según el conocimiento del paciente, de la patología y de los tratamientos que realiza, y orientadas a corregir las causas y los factores predictores de incumplimiento que se detecten.
10. Con independencia de si la patología es crónica o aguda, simplificar la pauta terapéutica y ofrecer una información clara sobre el tratamiento, si es posible por escrito, van a modificar la falta de adherencia.
11. Intervenciones mantenidas, multifactoriales y de abordaje multidisciplinar modifican la falta de adherencia en los pacientes crónicos.

12. Se recomiendan estrategias mixtas, en las que cabe combinar según el conocimiento del paciente, la educación sanitaria, técnicas conductuales o de refuerzo, búsqueda de apoyo en el entorno del paciente, mejora de accesibilidad al sistema sanitario y potenciación de la relación personal sanitario-paciente.
13. Hace falta más investigación clínica a la hora de valorar las diferentes intervenciones a corto, medio y largo plazo.
14. La adherencia terapéutica debe ser un objetivo esencial del sistema sanitario, englobando a todos los agentes implicados en la salud del paciente.

Referencias

- Abellán J, Leal M, Martínez-Pastor A. (2001)
Cumplimiento del tratamiento higiénico-dietético en la hipertensión arterial.
Med Clin (Barc), 136(Supl2):25-28.
- Amigo I, Fernández C, Perez M. (1998)
Manual de psicología de la salud. Madrid.
Ed. Pirámide.
- Aranda P, Tamargo J, Aranda FJ, López García J, Franco A. (1996)
Usos y reacciones adversas de los antihipertensivos en España.
Estudio RAAE. Hipertension, 125-131.
- Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases J, Pérez A, et al. (1984)
Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos,
Atención Primaria, 1:185-191.
- Blackwell B. (1976)
Treatment adherence.
Br J Psychiatry, Dec; 129:513-31.
- Borrell F, Dalfó A, Navarro J, Pla I, Paricio T. (1985)
Detección y control de hipertensos en una consulta de asistencia primaria de la seguridad social,
Aten Primaria; 2: 80-84
- Cabeza C, Martín A, Sabriá EJ, et al. (1989)
Cumplimiento del tratamiento antibiótico en Atención Primaria de Salud. Valor de la receta personalizada.
Revista Clínica Española, 185:366-369.
- Carbonell Abella C, Guañabens Gay N, Regadera Anechina L, Marín Rives JA, Taverna Llauredó E, Ayechu Redín MP; ADHEPOR. (2011)
Análisis del cumplimiento terapéutico en mujeres con osteoporosis [Analysis of therapeutic compliance in women with osteoporosis].
Reumatol Clin, Sep-Oct;7(5):299-304. Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2010.12.003.
- Carratalá-Munuera C, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltran D, Maiques-Galan A, Lago-Deibe F, Lobos-Bejarano JM, Brotons-Cuixart C, Martín-Rioboó E, Alvarez-Guisasola F, Lopez-Pineda A. (2015)
Barriers to improved dyslipidemia control: Delphi survey of a multidisciplinary panel.
Fam Pract, Dec;32(6):672-80. doi: 10.1093/fampra/cmv038.
- Carratalá-Munuera MC, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltran D, Navarro-Pérez J, Caballero-Martínez F, Alvarez-Guisasola F, García-Soidán J, Fluixá-Carrascosa C, Franch-Nadal J, Martín-Rioboó E, Carrillo-Fernández L, Artola-Menéndez S. (2013)
Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus, Research Group. Barriers associated with poor control in Spanish diabetic patients. A consensus study.
Int J Clin Pract, Sep;67(9):888-94. doi: 10.1111/ijcp.12160.
- Casado JL, Marín A, Romero V, Bañón S, Moreno A, Perez-Eliás MJ, Moreno S, Rodríguez-Sagrado MA. (2016)
The influence of patient beliefs and treatment satisfaction on the discontinuation of current first-line antiretroviral regimens.
HIV Med, Jan;17(1):46-55. doi: 10.1111/hiv.12280.

Cimas JE, Arce MC, González ME, López Viña A. (1997)

Estudio de factores relacionados con la morbilidad del asma [Factors related with the morbidity of asthma].

Arch Bronconeumol, Sep;33(8):389-94. Spanish. doi: 10.1016/s0300-2896(15)30565-2.

Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M et al. (2014)

Treatment compliance in chronic illness: Current situation and future perspectives.

RevClin Esp, 214: 336-44.

Cuena Boy R, Ortiz de Apodaca Ruiz MA. (1998)

Incumplimiento terapéutico ambulatorio en ancianos tratados con digoxina [Ambulatory therapeutic noncompliance of the aged treated with digoxin].

Aten Primaria, Mar 31;21(5):302-6. Spanish.

Departamento de Consultoría Farmacéutica (2021)

EI SPD, una herramienta para la farmacia que salva vidas. COFM Servicios.

Disponible en: <https://www.cofmservicios31.es/spd-farmacia-herramienta-salva-vidas/> [Acceso: 18/03/2021]

Diario Farma. (2018)

La farmacia barcelonesa difunde el servicio de SPD para polimedicados.

Disponible en: <https://www.diariofarma.com/2018/04/25/la-farmacia-barcelonesa-difunde-servicio-spd-polimedicados> [Acceso: 18/03/2021].

Donovan, J. (1995).

Patient Decision Making: The Missing Ingredient in Compliance Research.

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 11(3), 443-455. doi:10.1017/S0266462300008667

Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. (2008)

Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales [Reasons for therapy non-compliance in older patients taking multiple medication].

Aten Primaria, Feb;40(2):81-5. Spanish. doi: 10.1157/13116154.

Espinosa J. (2013)

Validación de la llamada telefónica como método de medida del cumplimiento terapéutico de la HTA en Extremadura - Valcumpex HTA.

Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.

Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-García A, Moreno Racionero F, Córdova A, Miron-Canelo JA. (2019)

Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study.

BMC Fam Pract, Sep 14;20(1):132. doi: 10.1186/s12875-019-1019-3.

García Cabeza I, Sánchez Díaz EI, Sanz Amador M, Gutiérrez Rodríguez M, González de Chávez M. (1999)

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos [Factors related to treatment adherence in schizophrenic patients].

Actas Esp Psiquiatr, Jul-Aug;27(4):211-6. Spanish.

García Navarro MD, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Carratalá Munuera C, Terol Moltó C, Merino Sánchez J. (2001)

Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia.

Med Clin (Barc), 116 (Supl 2): 141-146.

Garrido López MD, Márquez-Contreras E, Martín de Pablos JL, Gil-Guillén V, Martell-Claros N, Casado-Martínez JJ. (2008)

Una revista educacional como estrategia para disminuir el incumplimiento en el tratamiento cardiovasculares farmacológico de la HTA.

Riesgo vascular;5: 18.

Gil Guillen VF. (2001)

El cumplimiento terapéutico.

Med Clin (Barc), 116 (Suppl I): 1-110.

Gil VF, Belda J, Piñero F, Quirce F, Merino J. (2001)

Incumplimiento de la terapéutica farmacológica en la hipertensión arterial.

Medicina Clínica, 11(supl 2): 29-37.

Gil VF, Payá M^a A, Asensio MA, Torres MT, Pastor R, Merino J. (1999)

Incumplimiento del tratamiento con antibióticos en infecciones agudas no graves.

Medicina Clínica, 112:731-733.

Guitard Sein-Echaluze ML, Torres Puig-gros J, Farreny Justribó D, Gutiérrez Vilaplana JM, Martínez Orduna M, Artigues Barberá EM. (2013)

Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria [Adherence to physical activity recommendations in a hypertensive primary care population].

Gac Sanit, Jul-Aug;27(4):365-8. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.11.004.

Haynes RB, Montague P, Oliver T et al. (2000)

Intervenciones para ayudar a los pacientes a cumplir las prescripciones de los medicamentos.

The Cochrane Library Reviews, 3: 1-26.

Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, et al. (1976)

Improvement of medication compliance in un controlled hypertension,

Lancet, Jun12;1(7972):1265-1268.

Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW. (1980)

How to detect and manage low patient compliance in chronic illness.

Geriatrics, Jan. 35(1):91-97.

Jover JL, Gil VF, Tortajada JL, Mora C, Giner C, Merino J. (2001)

Efecto de la entrevista motivacional sobre la cumplimentación de la terapéutica farmacológica en pacientes con dislipemia.

Med Clin, Supl 2; 116: 137-140.

Kwint, H. F., Stolk, G., Faber, A., Gussekloo, J., & Bouvy, M. L. (2013)

Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing.

Age and Ageing, 42(5), 620-626. doi.org/10.1093/ageing/aft083

Knobel H, Escobarl, Polo R, Ortega L, Teresa Martín-Conde M, Luis Casado J, et al. (2005)

Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004.

Enferm Infecc Microbiol Clin (Internet), 23(4):221-31.

Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. (2014)
Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial.
BMC Pulm Med, 25;14:70. doi: 10.1186/1471-2466-14-70.

Liu Q, Abba K, Alejandria MM, Sinclair D, Balanag VM, Lansang MA. (2014)
Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment.
Cochrane Database Syst Rev, 18;2014(11):CD006594. doi: 10.1002/14651858.CD006594.pub3.

Lizcano Álvarez A, Rodríguez Romero MC, Mota Rodríguez JL, et al. (1997)
Vacunación antitetánica. Ausencias en la cumplimentación.
Revista ROL de Enfermería, 230: 55-58.

Lleves García E, Segura Beltrán M, García-Jiménez E, Baena-Parejo I. (2009)
Sistemas personalizados de dosificación en el cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión y dislipemias.
Atención Primaria. doi: 10.1016/j.aprim.2008.12.004.

López Cabezas C, Falces Salvador C, Cubí Quadrada D, Arnau Bartés A, Ylla Boré M, Muro Perea N, Homs Peipoch E. (2006)
Randomized clinical trial of a postdischarge pharmaceutical care program vs regular follow-up in patients with heart failure.
Farm Hosp, 30(6):328-42. English, Spanish. doi: 10.1016/s1130-6343(06)74004-1.

López San Román A, Bermejo F, Carrera E, Pérez-Abad M, Boixeda D. (2005)
Adherence to treatment in inflammatory bowel disease.
Rev Esp Enferm Dig, Apr;97(4):249-57. English, Spanish. doi: 10.4321/s1130-01082005000400005.

Mares-García E, Palazón-Bru A, Folgado-de la Rosa DM, Pereira-Expósito A, Martínez-Martín Á, Cortés-Castell E, Gil-Guillén VF. (2017)
Construction, internal validation and implementation in a mobile application of a scoring system to predict nonadherence to proton pump inhibitors.
Peer J, Jun 30;5:e3455. doi: 10.7717/peerj.3455.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Celotti Gómez B, Martín de Pablos JL, Gil Rodríguez, López Molina V, Domínguez R. (2000)
El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria.
Aten Primaria, 26: 5-9.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Corchado Albalat Y, Chaves González R, Grandio A, Losada Velasco C et al. (2004a)
Eficacia de la llamada telefónica en el cumplimiento terapéutico de las dislipemias.
Aten Primaria, 33: 443-450.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, López de Andrés M, Corés Prieto E, López Zamorano JM, Moreno García JP, Martín de Pablos JL, Marín Fernández J. (1998)
Cumplimiento terapéutico de las dislipemias.
Ensayo sobre la eficacia de la educación sanitaria [Therapeutic compliance in dyslipidemias. A trial of the efficacy of health education].
Aten Primaria, Jun 30;22(2):79-84. Spanish.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. (2001)
Estrategias para mejorar el cumplimiento.
FMC, 8: 558-573.

Márquez Contreras E, De la Figuera Von Wichmann M, Gil Guillén V, Ylla-Catalá A, Figueras M, Balaña M, Naval J. (2004b)
Eficacia de una intervención informativa a hipertensos a través de mensajes de alerta en el teléfono móvil (HTA-ALERT).
Aten Primaria, 34: 399-405.

Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Martell Claros N, De la Figuera M, Casado Martínez JJ, Martín de Pablos JL. (2006a)
Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la HTA en España, entre los años 1984 y 2005.
Aten Primaria, 38: 325-332.

Marquez-Contreras E, De la Figuera Von Wichmann, Roig Ponsa L, Naval Chamosa J. (2007a)
Compliance with hypertension therapy in Sapin, according to the views of family doctors. Cumplex Project.
Aten Primaria, Aug. 39(8):417-23. Spanish.

Márquez Contreras E, Gil Guillén V.F. (2007)
Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. En: de la Figuera M, Diógenes E, Brotons C. Editores. HTA en Atención Primaria. Evidencia y práctica clínica.
Badalona: euromedicine, (2) 265-313.

Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Martín de Pablos JL, Martell Claros N, Casado Martínez JJ, Espinosa García J et al. (2007b)
Influencia del horario de la toma del antihipertensivo en el cumplimiento terapéutico de la HTA.
Estudio Ihancu. Hipertensión, 24 (Supl 2): 126.

Márquez-Contreras E, Martell-Claros N, Gil-Guillén V, de la Figuera-Von Wichmann M, Casado-Martínez JJ, Martín de Pablos JL et al. (2006b)
Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study.
Journal of Hypertension, 24:169-175.

Márquez Contreras E, Márquez Rivero S, Rodríguez García E, López-García-Ramos L, Carlos Pastoriza Vilas J, Baldonado Suárez A, Gracia Díez C, Gil Guillén V, Martell Claros N. Compliance Group of Spanish Society of Hypertension (SEH-LELHA). (2008)
Specific hypertension smartphone application to improve medication adherence in hypertension: a cluster-randomized trial.
Curr Med Res Opin, Jan;35(1):167-173. doi: 10.1080/03007995.2018.1549026.

Márquez Contreras E, Martell Claros N, Gil Guillén V, Casado Martínez JJ, Martín de Pablos JL, Ferraro García J, Chaves González R, Fernández Ortega A, Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento de la SEH-LELHA. (2012)
El cumplimiento terapéutico con insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: estudio CUMINDIAB (Therapeutic non-compliance with insulin in the treatment of diabetes mellitus 2).
Aten Primaria, Feb: 44 (2): 78-81. Spanish.

Márquez Contreras E, Vegazo García O, Martell Claros N, Gil Guillén V, De la Figuera M, Casado Martínez JJ, et al. (2005)
Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension.
ETECUM-HTA study. Blood Press, 14:151-158.

Márquez Contreras E. (2008)

Evaluación práctica del incumplimiento.

Hipertensión, 25: 205-213.

Márquez E, Casado JJ. (2001)

El incumplimiento terapéutico en las enfermedades cardiovasculares. ¿Por qué incumple el paciente?

Med Clin (Barc), 116 (Supl I): 46-51.

Marquez-Contreras E, de la Figuera von Wichmann. (2007)

Evaluación de la situación actual del cumplimiento terapéutico en hipertensión mediante una encuesta a pacientes.

Estudio CUMPLEX II. Hipertensión, 24(Supl 2):21.

Márquez-Contreras E, López García-Ramos L, Martell-Claros N, Gil-Guillen VF, Márquez-Rivero S, Pérez-López E, Garrido-Lopez MA, Farauste C, López-Pineda A, Casado-Martinez JJ, Orozco-Beltran D, Quesada JA, Carratalá-Munuera C. (2018a)

Validation of the electronic prescription as a method for measuring treatment adherence in hypertension.

Patient Educ Couns, Sep;101(9):1654-1660. doi: 10.1016/j.pec.2018.04.009.

Márquez-Contreras E, Martell-Carlos N, Gil-Guillén V, De La Figuera-Von Wichmann M, Sanchez-López E, Márquez-Rivero S et al. (2016)

Therapeutic compliance with rivaroxaban in preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation: CUMRIVAF study.

Curr Med Res Opin, 32:2013-2020.

Márquez-Contreras E, Martell-Claros N, Márquez-Rivero S, Hermida-Campa E, Gracia-Diez C, Sanchez-López E, Gil-Guillén V. (2018b)

Strategies for improving dabigatran adherence for stroke prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation: education and drug intake reminders (FACILITA study).

Curr Med Res Opin, 34:1301-1308.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, López de Andrés M, Corés Prieto E, López Zamorano JM, Moreno García JP, Martín de Pablos JL, Marín Fernández J.

Cumplimiento terapéutico de las dislipemias. Ensayo sobre la eficacia de la educación sanitaria [Therapeutic compliance in dyslipidemias. A trial of the efficacy of health education].

Aten Primaria. 1998 Jun 30;22(2):79-84. Spanish. PMID: 9717348.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Celotti Gómez B, Gascón Vivó J, Martín de Pablos JL, Gil Rodríguez R, López Molina V, Domínguez R.

El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria [Treatment compliance in arterial hypertension. A 2-year intervention trial through health education].

Aten Primaria. 2000 Jun 15;26(1):5-10. Spanish. doi: 10.1016/s0212-6567(00)78597-0. PMID: 10916893; PMCID: PMC7681509.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Corchado Albalat Y, Chaves González R, Grandío A, Losada Velasco C, Obando J, de Eugenio JM, Barrera JM.

Eficacia de una intervención para mejorar el cumplimiento terapéutico en las dislipemias [Efficacy of an intervention to improve treatment compliance in hyperlipidemias].

Aten Primaria. 2004 May 15;33(8):443-50. Spanish. doi: 10.1016/s0212-6567(04)79430-5. PMID: 15151791; PMCID: PMC7681830.

Márquez-Contreras E, López García-Ramos L, Martell-Claros N, Gil-Guillen VF, Márquez-Rivero S, Pérez-López E, Garrido-Lopez MA, Farauste C, López-Pineda A, Casado-Martinez JJ, Orozco-Beltran D, Quesada JA, Carratalá-Munuera C.

Validation of the electronic prescription as a method for measuring treatment adherence in hypertension.

Patient Educ Couns. 2018 Sep;101(9):1654-1660. doi: 10.1016/j.pec.2018.04.009. Epub 2018 Apr 23. PMID: 29731180.

Martínez Alfaro E, Solera J, Serna E, et al. (1998)

Cumplimentación, tolerancia y eficacia de una pauta corta de quimioprofilaxis para el tratamiento de la Tuberculosis.

Medicina Clínica, 111:401-404.

Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate T, Díaz-Martín T, Martínez-Astorquiza-Corral T, MIA Study Investigators. (2013)

Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross-sectional study: results from the MIA study.

BMC Womens Health, Oct 20;13:38. doi: 10.1186/1472-6874-13-38.

Masur FT. (1981)

Adherence to health care regimens.

En: Prokop et Bradley, eds. Medical psychology. Contribution to behavioral medicine. Academic press;441-470.

Melchor A, Gil VF, Sarrión MT, Adam A, Rapa ML, Merino J. (2001)

Incumplimiento dietético de la terapéutica de la hipertensión arterial: cuantificación y factores predictores.

Med Clin. Barcelona, 116 (Supl. 2): 105-108.

Merino J, Gil V, Cañizares R. (2001)

Métodos de medida del cumplimiento aplicados a las enfermedades cardiovasculares. Med Clin (Barc), 116 (Supl):38-45.

Miró O, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, Andueza JA, Herrero P, Llorens P. (2016)

Valoración del grado de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con insuficiencia cardíaca: Estudio DIME-EAHFE [Evaluation of the degree of adherence to the Mediterranean diet in patients with heart failure: DIME-EAHFE study].

An Sist Sanit Navar, Mayo-Agosto;39(2):261-8. Spanish. doi: 10.23938/ASSN.0268.

Mora C, Gil VF, Jover JL, Tortajada JL, Cerdá V, Merino J. (2001)

Las fases del cambio conductual como método indirecto en la valoración del incumplimiento terapéutico en las dislipemias.

Med Clin (Barc); 116(Supl 2):126-130.

Moral RR, Torres LA, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, García JA, Rejano JM, Collaborative Group ATEM-AP Study. (2015)

Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care.

Patient Educ Couns, Aug;98(8):977-83. doi: 10.1016/j.pec.2015.03.008.

Moreno Juste A, Gimeno Miguel A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual-Salcedo MM, Menditto E, Prados Torres A. (2019)

Adherence to treatment of hypertension, hypercholesterolaemia and diabetes in an elderly population of a Spanish cohort.

Med Clin (Barc), Jul 5;153(1):1-5. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2018.10.023.

Mulet Pons MJ, Sarrión Ferre MT, Barea Montoro A, Marín Rueda N, Blanquer Grégori JJ, Melchor Penella MA. (1995)

Evaluación del cumplimiento de la vacunación antigripal [Evaluation of the completion of influenza vaccination].

Aten Primaria, Oct 31;16(7):423-7. Spanish.

Muñoz EB, Dorado MF, Guerrero JE, Martínez FM. (2014)

The effect of an educational intervention to improve patient antibiotic adherence during dispensing in a community pharmacy.

Aten Primaria, 46(7):367-75. doi: 10.1016/j.aprim.2013.12.003.

Navarro J, Bonet A, Gosálbez V. (2001)

Perspectiva del cumplimiento terapéutico en el tratamiento de las enfermedades crónicas cardiovasculares en España a partir del análisis bibliométrico y temático de su producción científica (1969-1999).

Med Clin (Barc), 116, (sup 2): 147-151.

Olivera Fernández F, Fernández Riberi G, Piñeiro Corrales C, Díez C. (2014)

Adherencia a tratamientos antineoplásicos orales.

Farm Hosp, 38 (6):475-81.

Organización Mundial de la Salud. (2003)

Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.

ISBN 92 75 325499.

Pagès-Puigdemont N, Mangués MA, Masip M, Gabriele G, Fernández-Maldonado L, Blancafort S, Tuneu L. (2016)

Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study.

Adv Ther, Oct;33(10):1740-1754. doi: 10.1007/s12325-016-0394-6.

Pereira-Expósito, A (2017)

Construcción, validación interna e implementación en una aplicación móvil de un sistema de puntos para predecir la no adherencia a inhibidores de la bomba de protones.

Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández (Elche). Departamento de Medicina Clínica.

Pérez-Jover V, Sala-González M, Guilabert M, Mira JJ. (2019)

Mobile Apps for Increasing Treatment Adherence: Systematic Review.

J Med Internet Res, 18;21(6):e12505. doi: 10.2196/12505.

Perseguer-Torregrosa Z, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Pita-Fernandez S, Carratalá-Munuera C, Pallares-Carratalá V, Lopez-Pineda A. (2014)

Magnitude of pharmacological nonadherence in hypertensive patients taking antihypertensive medication from a community pharmacy in Spain.

J Manag Care Spec Pharm, Dec;20(12):1217-25. doi: 10.18553/jmcp.2014.20.12.1217.

Perseguer-Torregrosa Z. (2012)

Adherencia terapéutica en HTA en la farmacia comunitaria. Tesis doctoral.

Universidad Miguel Hernández (Elx), departamento de medicina clínica.

Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. (1997a)

Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial [Factors involved in noncompliance with pharmacological treatment in arterial hypertension].

Aten Primaria, Sep 15;20(4):180-4. Spanish.

Piñeiro F, Gil V, Donis M, Torres MT, Orozco D, Merino J. (1997b)

Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente [Factors involved in noncompliance with drug treatment in non-insulin dependent diabetes mellitus].

Aten Primaria, Nov 15;20(8):415-20. Spanish.

Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. (1997c)

Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial [The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension].

Aten Primaria, Apr 30;19(7):372-4, 376. Spanish.

Piñeiro F, Gil V, Pastor R, Donis M, Torres MT, Merino J. (1998a)

Factores implicados en el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias.

Aten Primaria, 21: 425-430.

Piñeiro F, Gil VF, Pastor R, Merino J. (1998b)

El incumplimiento de las citas programadas en los pacientes hipertensos; perfil del incumplidor.

Rev Clin Esp, 669-672.

Piñeiro F, Gil VF, Pastor R, Donis M, Torre MT, Merino J. (2001)

El incumplimiento a las citas programadas en los pacientes diabéticos con tratamiento farmacológico.

Med Clin (Barc), 136(Spl2):137-140.

Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino J.

Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias [The validity of 6 indirect methods for assessing compliance with pharmacological treatment in dyslipidemias].

Aten Primaria. 1997 May 31;19(9):465-8. Spanish. PMID: 9264681.

Piñeiro Chousa F, Gil Guillén VF, Donis Otero M, Orozco Beltrán D, Pastor López R, Merino Sánchez J.

Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente [Validity of 6 indirect methods in the evaluation of compliance to drug treatment of non-insulin dependent diabetes mellitus].

Rev Clin Esp. 1997 Aug;197(8):555-9. Spanish. PMID: 9312792

Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, de la Figuera M, Marquez E, Coca A, Sobrino J, Divine G, Heisler M, Williams LK; Writing Committee on behalf of the COM99 Study Group. (2010)

Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk (the COM99 study).

Circulation, 21;122(12):1183-91. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.892778.

Porter AM. (1969)

Drug defaulting in a general practice.

Br Med J, Jan 25;1(5638):218-22. doi: 10.1136/bmj.1.5638.218.

Puigventós Latorre F, LLodrá Ortola V, Villanova Boltó M, et al. (1997)

Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España.

Medicina Clínica, 109:702-706.

Puras A, Masso J, Artigao LM, Sanchis C, Carbayo J, División JA. (2001)

Cumplimiento del tratamiento farmacológico y grado de control en la hipertensión: estudio epidemiológico. ¿Quién cumple menos: el paciente o el médico?

Med Clin (Barc), 116 (Supl 2):101-104.

Raigal Y, Gil VF, Llinares J, Asensio MA, Piñeiro F, Merino J. (2001)

Estudio de intervención sobre el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial.

Med Clin (Barc), 116 (Supl 2) 122-125.

Ramalle-Gómara E, Bermejo-Ascorbe R, Alonso Marín R, Marino Alejo I, Sáenz de Cabezón Bustinduy MI, Villaro Amilburu C. (1999)

Cumplimiento del tratamiento antibiótico en niños no hospitalizados [Compliance with antibiotic treatment in nonhospitalized children].

Aten Primaria, Oct 15;24(6):364-7. Spanish.

Roca B, Riera M, Font A, Laín JM, Sáez. (1987)

Cumplimiento de la terapia hormonal sustitutiva en la postmenopausia en un hospital comarcal.

Prog Obst Clin, 40;710-715.

Rodrigo Córdoba García, Francisco Camarells Guillem, Elena Muñoz Seco, Juana M Gómez Puente, Joaquín San José Arengo, José Ignacio Ramírez Manent, Carlos Martín Cantera, María del Campo Giménez. Juan Revenga Frauca, Grupo de expertos del PAPPS. (2020)

Recomendaciones sobre el estilo de vida.

Atención Primaria, vol 52, sup 2:32-43.

Romero Saldaña M, Vaquero Abellán M, Gallego Rubio R, Aguilera López MD, de Celis Cornejo JM, Barquín García E, Zurita Serrano R. (1997)

Valoración del cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa por la población reclusa del centro penitenciario de Jaén [Evaluation of compliance with antituberculous chemoprophylaxis among reclude population of the Jaen penitentiary center].

Rev Esp Salud Publica, Jul-Aug;71(4):391-9. Spanish.

Sabaté E. (2001)

Adherence Meeting Report.

Geneva, World Health Organization.

Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. (1999)

Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos.

En Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica (2ª ed.) Editorial Médica Panamericana. Madrid: 249-278.

Sacristán J, García FM, Martínez-Mir I, Palot V, Amado E. (2001)

Cumplimiento terapéutico.

Colección medicina eficiente. Fundación Lilly.

Salvador Carulla L, Melgarejo Ochoa M,

Cumplimiento terapéutico. (2002) El gran reto de la medicina del siglo XXI.

Ars Medica. Medicina Stm Editores SL.

SEMERGEN y SEFAC (2020)

Documento de consenso sobre el servicio del sistema personalizado de dosificación (SPD).

Disponible en: https://www.semergen.es/files/docs/biblioteca/semDoc/SPD_CONSENSO.pdf

[Acceso: 28/01/2022].

Silvestre Busto C, Ramalle-Gómara E, Arnáez García R, Flor-Serrano A, García-Fernández J, Ramil Pernas H, Notivol Tejero M. (2001)

Estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria [Multicenter study of children's compliance to antibiotic treatment in primary care].

Aten Primaria, May 15;27(8):554-8. Spanish. doi: 10.1016/s0212-6567(01)78859-2.

SEH y SEMI (Sociedad Española de Hipertensión y Sociedad Española de Medicina Interna). (2006)

Prevención de la progresión de la enfermedad cardiovascular. Importancia del cumplimiento terapéutico.

Coordinadora C Suárez Fernández. Ed. Farmalia Comunicación SL.

SVMFC (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria). (2003)

El cumplimiento factor clave en el control de las enfermedades.

Coordinadores V. Gil, J. Merino, V. Palop. Ed. International Marketing & Communications SA (M&C). Madrid.

Soto J, Sacristán JA, Alsar MJ. (1992)

Incumplimiento terapéutico con los preparados de teofilina en régimen ambulatorio.

Revista Clínica Española, 191:457.

Terán Santos J, Quintana González JI, Morato Arnáiz A, Lázaro Asegurado L, García Arroyo I. (1996)

Nivel de cumplimiento en el tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño con presión positiva continua nasal [Level of compliance in the treatment of sleep obstructive apnea syndrome with nasal continuous positive pressure].

Rev Clin Esp, Aug;196(8):509-14. Spanish.

Tortajada Soriano JL. (2000)

Efecto de la entrevista clínica motivacional en la cumplimentación: cambio conductual y grado de control en pacientes hipertensos (Tesis Doctoral).

Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina Alicante.

Tratado de epidemiología clínica. (1995)

Unidad de Epidemiología Clínica. Departamento de Medicina y Psiquiatría.

Universidad de Alicante. Dupont-Pharma SA.

Valdés y Llorca C, Cortes-Castell E, Ribera Casado JM, de Lucas Ramos P, de Palacio Guerrero LM, Mugarza Borqué F, et al. (2020)

Validation of self-reported adherence in chronic patients visiting pharmacies and factor associated with the overestimation and under-estimation of good adherence.

Eur J Clin Pharmacol, 76:1607-1614.

Valdés y Llorca CV, Cortés Castell E, Ribera Casado JM, de Lucas Ramos P, Casteig Ayestarán JL, Casteig Blanco A, Gil Guillén VF, Rizo Baeza M. (2021)

Factors Associated with Non-Adherence to Drugs in Patients with Chronic Diseases Who Go to Pharmacies in Spain.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(8):4308.



Factores determinantes de la adherencia: la visión desde los campos de la medicina, la enfermería y la farmacia

Carmen Valdés y Llorca
Encarnación Fernández del Palacio
Natividad Calvente Cestafe

1. Introducción

Tal y como se ha mencionado en el capítulo 1, la adherencia y el cumplimiento son conceptos diferentes. Aunque en la literatura anglosajona “*compliance*” y “*adherence*” solían emplearse indistintamente para referirse a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o terapéuticas, actualmente y en nuestro medio, estos conceptos tienen connotaciones muy distintas. A finales de los años 70 se define “cumplimiento” como “la medida en la que el comportamiento de la persona coincide con las instrucciones médicas o de salud que se le han dado” (Haynes et al., 1979) y, aunque ha sido matizado en numerosas ocasiones, sigue observándose como una definición que implica un rol sumiso y pasivo del paciente, quien no sería capaz de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento, y quien seguiría diligentemente -y sin cuestionar-, las indicaciones del médico. Por otro lado, el concepto inicial de “adherencia” se entiende como “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico o deseado” (DiMatteo & DiNicola, 1982).

La adherencia se distingue entonces del “cumplimiento” al incorporar la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas sobre su enfermedad. El paciente se “adhiera” a un plan de cuya elección ha sido partícipe, entendiendo y aceptando la importancia de realizar las acciones concretas que debe poner en práctica. A diferencia de “cumplimiento”, que resulta inherente a un paciente pasivo, el término “adherencia” implicaría una consideración activa de la persona (Martín Alfonso, 2004).

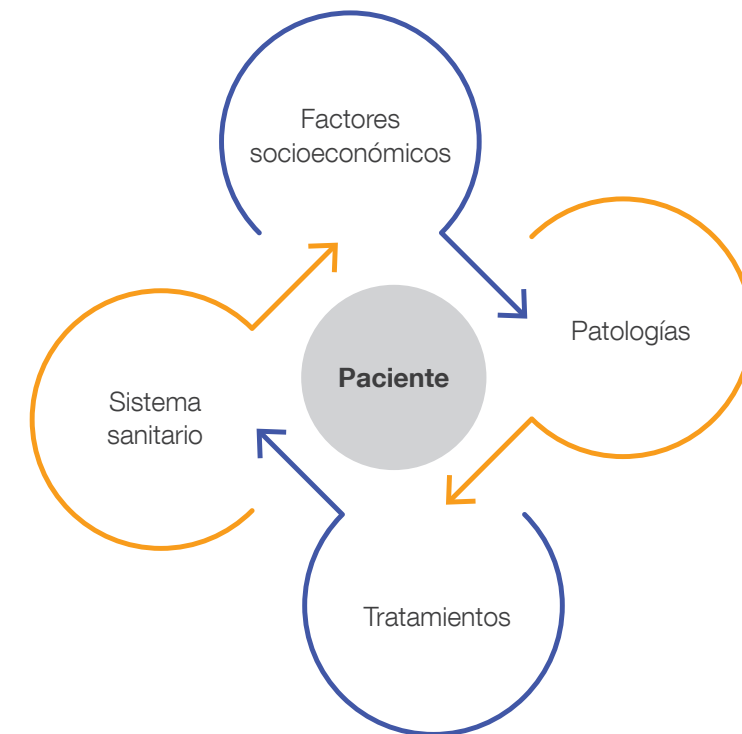
Evidentemente, el uso de esta terminología es muy amplio y hace referencia a una gran diversidad de conductas: desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo o acudir a las citas con los profesionales de la salud.

Actualmente, se usa de forma universal la definición de “adherencia” de la OMS: se entiende por “adherencia” el “grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004). Esta definición sigue basándose en el consenso entre el paciente y el sanitario.

La falta de adherencia a los tratamientos es una de las causas principales de fracaso terapéutico. Tiene un impacto negativo tanto en el paciente como en el profesional y el sistema sanitario, y sus efectos se trasladan también al ámbito social. En este continuo se presentan múltiples interacciones entre el paciente y los profesionales sanitarios, pero esto no deja de poner la mayor parte del peso del éxito de la adherencia sobre el paciente. Las características y expectativas de los pacientes son factores determinantes en el logro o el fracaso de la adherencia a los tratamientos. Por este motivo, la intervención del profesional sanitario y su interacción con el paciente resultan fundamentales para obtener resultados satisfactorios en materia de adherencia.

Para lograr la adherencia del paciente al tratamiento, los profesionales sanitarios deben tener en cuenta los factores fundamentales sobre los que se construye este comportamiento (OMS, 2004). Estos factores son:

Figura 3.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento



Este capítulo tiene por objetivo explorar los factores que determinan la adherencia desde el punto de vista de tres ámbitos profesionales, complementarios en la atención al paciente: la medicina, la enfermería, y la farmacia (comunitaria y hospitalaria). Se comentarán casos de éxito en adherencia al tratamiento para cada ámbito de atención sanitaria, así como las necesidades y retos que se deben plantear para seguir avanzando y mejorando la adherencia terapéutica.

2. Factores determinantes de la adherencia desde la visión médica

Masur, en 1981, afirmó: “el incumplimiento del paciente es una de las conductas de salud mejor documentadas y peor comprendidas” (Masur, 1981). Para entender por qué nuestros pacientes incumplen los tratamientos, es necesario saber la causa y valorar las formas de incumplimiento.

Las actitudes del paciente frente al proceso terapéutico tienen un peso significativo en el fracaso de la adherencia. Lograr que el paciente cambie actitudes negativas frente al tratamiento resulta complejo, por el arraigo que suelen tener a sus creencias y convicciones. La entrevista clínica permite recolectar datos que facilitan la identificación de potenciales dificultades que podrían tener los pacientes para adherirse a los tratamientos. Estos datos resultan orientativos a la hora de tomar decisiones terapéuticas adecuadas para cada caso.

2.1. Tipos de incumplimiento

Los tipos de incumplimiento pueden obedecer a causas intencionadas o no intencionadas (Cortés et al., 2019). Las primeras son más difíciles de abordar, porque los mismos pacientes suelen no estar conscientes del origen de sus propias actitudes que contribuyen al fracaso en la adherencia terapéutica.

Tabla 3.1. Tipos de incumplimiento

| Tipos de incumplimiento | Causas |
|---|---|
| Intencionados: Se deja la medicación sin consultar con los profesionales sanitarios, o decide no cumplir regularmente el tratamiento. | <ul style="list-style-type: none">• Creencias y vivencias del paciente con respecto al tratamiento (está en desacuerdo con su médico con respecto al tratamiento)• Dejar el tratamiento por mejoría clínica• Abandono voluntario del tratamiento• Efectos secundarios• Mala tolerancia• Cuestiones económicas• Falta de tiempo (medidas higiénico-dietéticas)• Desmotivación del paciente (falta de mejoría aparente)• Problemas de eficacia del tratamiento• Horarios incompatibles• Otros motivos |
| No intencionados: No es consciente del IT. | <ul style="list-style-type: none">• Olvido, mala memoria (causa más frecuente en patología crónica)• Falta de información (desconocimiento del paciente)• Tomar el tratamiento en horario y dosis incorrectas• Otros motivos |

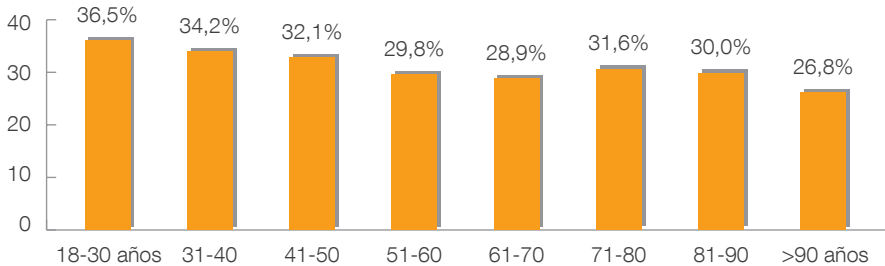
Fuente: Cortés et al., 2019

2.2. Factores relacionados con el paciente

Aspectos como la edad (Figura 3.2), el entorno social y cultural, y el nivel de educación (Dilla et al., 2009) condicionan el resultado del tratamiento. De igual manera, se puede ver afectada la adherencia si el paciente presenta una inestabilidad emocional, como depresión (Dailey et al., 2001), o personalidad hipocondríaca.

Hay pacientes que no cumplen con su tratamiento porque piensan que no han sido tratados correctamente por sus sanitarios, o que el medicamento no es efectivo para su dolencia. El paciente puede tener también dificultad para entender las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento, (Dilla et al., 2009). Otros elementos pueden ser el olvido o el de la propia enfermedad. Algunos pacientes sienten desconfianza hacia el tratamiento, entre otras actitudes que limitan la adherencia. Por esto, es imprescindible resaltar la seguridad del tratamiento de forma simple y comprensible, sobre todo para pacientes pediátricos y ancianos (Claxton et al., 2001). Resulta vital fomentar una comunicación empática y motivadora con el paciente, en la que se asegure que el paciente tiene un conocimiento básico sobre su enfermedad, así como involucrarlo activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

Figura 3.2. Olvido en la toma de la medicación según segmento de edad del paciente



Fuente: Elaboración propia con base en Valdés y Llorca et al., 2020

2.3. Factores relacionados con el régimen terapéutico

La medicación o su administración (pautas posológicas, dosis, formas farmacéuticas), puede contribuir a que los pacientes fallen en la adherencia al tratamiento (La Vanguardia de La Salud DF, 1985). Es muy importante asegurar que el paciente conozca y entienda su medicación y la forma de administración de la misma. Es recomendable dar al paciente esta información por escrito, así como formarle en las medidas higiénico-dietéticas de su tratamiento (Alonso, 2006). Es fundamental simplificar los tratamientos en la medida de lo posible, promoviendo el aumento de la adherencia del paciente a largo plazo y con ello los beneficios del tratamiento para el paciente (Orueta-Sánchez et al., 2011).

Aunque la polimedicación es un factor estrechamente relacionado con la adherencia, ya que a mayor número de medicamento mayor es el incumplimiento (Hentinen M, 1987), los efectos adversos de la medicación constituyen el principal motivo de interrupción de un tratamiento, y en numerosas ocasiones, el motivo del abandono del mismo. Asimismo, el coste relacionado con los tratamientos y/o la administración de los mismos, son factores de peso en la falta de adherencia. En algunas ocasiones el paciente abandona el tratamiento debido a problemas económicos (Taylor & Leitman, 2002).

2.4. Factores relacionados con la enfermedad, el entorno social y familiar

Si el paciente padece una enfermedad con síntomas leves o una enfermedad crónica sin complicaciones a corto plazo, por ejemplo, diabetes u osteoporosis, puede subestimar su necesidad de tratamiento y no preocuparse adecuadamente por el control de su enfermedad.

Las enfermedades crónicas, las enfermedades recidivantes, y la concomitancia entre diferentes patologías incrementan la falta de adherencia, ya que en la mayoría de ocasiones si los pacientes no observan resultados beneficiosos para su salud a corto plazo abandonan el tratamiento (Claxton et al., 2001; Márquez Contreras et al., 2006). Cuando un paciente es informado sobre las características de la enfermedad que padece y se le hace partícipe de las complicaciones y de la evolución, aún en ausencia de sintomatología, acepta y se implica de manera activa en el cuidado de su salud.

La falta de apoyo familiar y/o social afecta de manera directa a la adherencia. La ausencia de antecedentes de la enfermedad en un entorno cercano, el desconocimiento de la misma, y un bajo control a la hora de la toma de la medicación, están relacionados con una menor adherencia terapéutica. Abordar la soledad y el aislamiento de los pacientes es entonces un factor decisivo para el control de adherencia.

2.5. Factores relacionados con el sistema sanitario y/o el equipo de asistencia sanitaria

La burocracia asistencial, los cambios de profesional sanitario a la hora del seguimiento del paciente, o el coste de la asistencia pueden ser factores que condicionen la adherencia al tratamiento. Además, en algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento. La presión asistencial y el poco tiempo disponible para cada paciente afecta la calidad de la comunicación médico-paciente. Esto puede llevar a que el paciente no se encuentre satisfecho con la consulta, y que no comprenda correctamente las indicaciones del tratamiento, ya sea por haberse usado un lenguaje muy técnico o porque la explicación se haya quedado corta (Alonso, 2006; Orueta-Sánchez et al., 2011).

“La adherencia es un tema multidimensional donde se reúnen los esfuerzos de diferentes actores de la atención sanitaria” (Hentinen, 1987).

2.6. ¿Qué actitud debe tener el médico ante la adherencia?

En el caso de la atención médica, se tiene que dar valor y uso adecuado a la historia clínica como fuente de información para detectar posibles causas de incumplimiento. Según Cortés et al. (2019), se considera que la actitud del profesional de medicina para la identificación de la adherencia depende de si se trata de una estrategia del inicio de un tratamiento (Figura 3.3) o de su seguimiento (Figura 3.4).

Figura 3.3. Estrategia en prevención primaria: inicio de un tratamiento



Fuente: Cortés et al., 2019

Desde la estrategia de prevención primaria es posible prevenir un posible incumplimiento si, al mismo tiempo que se indica el tratamiento, se valoran en la entrevista clínica los posibles obstáculos y dificultades relacionados con el tratamiento que puede presentar cada paciente en particular, según su caso y circunstancia. A través de la entrevista clínica se pueden detectar potenciales incumplimientos, e intervenir de forma preventiva.

En la etapa del proceso clínico asistencial, donde se sigue el tratamiento, se necesita aplicar la estrategia de prevención secundaria. En este punto, los profesionales sanitarios pueden modificar las causas de incumplimiento a través de la entrevista clínica. Una vez identificado que el paciente incumple, se averigua la causa, se valoran las formas

Figura 3.4. Estrategia en prevención secundaria: seguimiento de un tratamiento



Fuente: Cortés et al., 2019

de incumplir y se complementa la estrategia individualizada con el estudio de factores predictores. Esta información es la base para establecer una estrategia mixta que modifique el incumplimiento del paciente.

3. Factores determinantes de la adherencia desde la visión de enfermería

Para entender mejor las definiciones y actuaciones relativas a la adherencia en el contexto de la enfermería, es necesario hacer una buena valoración integral del paciente, con el

fin de determinar los diagnósticos enfermeros con los que poder definir los objetivos que queremos conseguir, en este caso relacionados con la adherencia, a través de variadas intervenciones. Para que tengamos criterios comunes, se debe utilizar la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC), que se corresponde con la estandarización internacional del lenguaje enfermero y se aplica de forma constante en los centros hospitalarios y en la atención primaria. Además, de que son de uso obligatorio en el sistema sanitario español según el Real Decreto 1093/2010 del 3 de septiembre (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

En este sentido, la taxonomía diagnóstica NANDA, en su última edición, mantiene todo un apartado relacionado con la promoción de la salud (Dominio 1) y, en él, un conjunto de diagnósticos relacionados con la gestión de la salud (Clase 2), entendida como la “identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar” (Herdman et al., 2019). Lo anterior tiene relación con los términos previamente recordados de adherencia y cumplimiento. Quizás el diagnóstico validado más relacionado con ello sea el de “gestión ineficaz de la propia salud”, que se caracteriza por:

- Tomar decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud
- Tener dificultad con el régimen terapéutico prescrito
- Fracasar al emprender acciones para reducir los factores de riesgo
- Fracasar al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria

Las características anteriores pueden tener que ver con multitud de factores relacionados, que serán los que la enfermera tendrá que objetivar o explorar en el paciente (Herdman et al., 2019).

La propia disciplina enfermera dispone de intervenciones validadas para enfrentar el diagnóstico, entre las que destacan como principales:

- El fomento de la capacidad de procesar y comprender la información por parte del paciente.
- Estrategias para reafirmar un cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.
- Colaborar con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar un plan para alcanzar estos objetivos (Butcher et al., 2018).

También puede ocurrir que, tras la valoración de los pacientes, se diagnostique una “disposición para mejorar la gestión de la salud”. Es decir, contar con las condiciones de predisposición e interés del paciente para llevar a cabo adecuadamente la prescripción o

los hábitos acordados (Herdman et al., 2019).

3.1. Evidencia de las intervenciones enfermeras

A pesar de lo recorrido hasta la actualidad, no hay evidencia de que exista alguna intervención enfermera que, por sí misma, haya sido capaz de mejorar la adherencia de forma universal, en todo tipo de individuos, contextos o enfermedades. Si bien, las investigaciones han evaluado la efectividad de distintas estrategias, pero se objetiva alta variabilidad entre ellos (pacientes, estrategias, evaluación, etc.). Además, la mayoría de estudios se centran en pacientes con patologías crónicas aisladas (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

El abordaje de la adherencia, puede desarrollarse en el marco de los procesos enfermeros a través de valoraciones integrales, bien por patrones funcionales o necesidades, objetivando diagnósticos concretos y proponiendo intervenciones adecuadas previamente validadas. Estas intervenciones se pueden agrupar en diversas categorías (Aguado, 2017):

- Intervenciones técnicas, enfocadas en la disminución de la complejidad, procurando proporcionar habilidades en el manejo terapéutico. En este punto podemos destacar los SPD, especialmente útiles en el caso de pacientes polimedicados, que ya han demostrado en distintos estudios que mejoran la adherencia, pues facilitan el recuerdo de las tomas de las distintas medicaciones a lo largo del día (Kwint et al., 2013). Además de las ventajas para el propio paciente, el uso de SPD también conlleva beneficios para el cuidador no profesional como la disminución del riesgo de errores de medicación, la facilitación de la administración de la medicación y la atención a los pacientes. Para el sistema sanitario, los SPD también tienen un impacto positivo en cuanto a la racionalización del uso de medicamentos, la mejora de los resultados terapéuticos y la racionalización del gasto terapéutico. Es importante remarcar que, como demuestran los estudios de adherencia con SPD, lo que aporta valor para garantizar la adherencia no son sólo los dispositivos en sí, sino también incrementar la información del funcionamiento del programa SPD entre los diferentes profesionales (médicos, gestoras de casos/enfermeras, asistentes sociales), dentro del programa de Seguimiento Fármaco-Terapéutico (SFT) asociado a su uso (Grupo Farmadosis, 2021).
- Intervenciones basadas en la entrevista motivacional o utilización de sistemas de recuerdo. Aquí es fundamental resaltar la importancia de la formación en la comunicación de los profesionales sanitarios en general y del personal de enfermería en particular, por su cercanía con los pacientes, con el objetivo de lograr una mejor comunicación y detectar los motivos de la no adherencia de dichos pacientes. La calidad de la comunicación con el paciente es un factor descrito como clave para la mejora de la adherencia y está altamente correlacionada con la adhesión terapéutica.

Los hallazgos de varios estudios sugieren que se dediquen recursos y se refuercen las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios para ayudar a las personas a ser más adherentes (Zolnierek & DiMatteo, 2009; Pisano González & González Pisano, 2014).

- Intervenciones educativas. Este tipo de intervenciones son una competencia relevante en el desempeño de la profesión enfermera. Pueden utilizar el consejo breve, la educación sanitaria individual o la grupal, proporcionando información, motivación y ayuda.
- Apoyo social y familiar. Se destaca la importancia de trabajar con las AAPP, incluyendo la realización de actividades de formación dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Sistema sanitario. Se trata de intervenciones orientadas a potenciar la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, promoviendo la coordinación entre niveles asistenciales, para aumentar la adherencia y prevenir o evitar errores de prescripción o cumplimiento.

En el caso de las personas polimedicadas, se ha manifestado cómo el personal de enfermería es un pilar relevante en los programas de incremento de adherencia, haciendo una valoración integral, comprobando dosis, frecuencia y pauta, averiguando el grado de información que tiene el paciente, explorando efectos secundarios, realizando conciliación de fármacos, y reforzando la educación con información escrita, entre otras cosas (Rodríguez García & Del Castillo Arevalo, 2012). El personal de enfermería está bien posicionado para brindar atención de adherencia, pero, a menudo, son un grupo sanitario infrutilizado en este tema (Van Camp et al., 2013).

También, en el ámbito de la insuficiente adherencia terapéutica entre los pacientes mayores dados de alta tras procesos de hospitalización, las intervenciones dirigidas por enfermeras, solas y en colaboración con otros profesionales, han demostrado utilidad. Entre las acciones, se destaca el seguimiento con autoinformes de pacientes (de los que se conoce el habitual sesgo que tiende a sobreestimar la adherencia, a pesar de estar los cuestionarios validados), el recuento de medicación y la visita del profesional. No obstante, es preciso seguir estudiando el impacto de las distintas estrategias, especialmente las nuevas tecnologías de la información y la comunicación que se utilizan además de la atención habitual, y las funciones específicas o coordinadas con el resto de profesionales del equipo de atención (Verloo et al., 2017).

Un ámbito de especial relevancia en la necesidad de adherencia es el de la multimorbilidad o el paciente pluripatológico, donde son precisas estrategias innovadoras para minimizar o reducir la fragmentación que estos pacientes sufren en su atención, debido, entre otras cuestiones, a la necesidad de multiasistencia por profesionales distintos (Davis et al.,

2019). En este sentido, un enfoque centrado en la persona en lugar de un programa de gestión de una sola enfermedad proporcionará una atención más eficaz y de alta calidad (Pefoyo et al., 2015), y es evidente que la enfermería, por su naturaleza, es adecuada para dicho enfoque.

Aunque los servicios y clínicas dirigidos por enfermeras se han implementado en algunos entornos de atención primaria (sobre todo en el extranjero), no se ha hecho con el propósito de mejorar la continuidad de la atención entre niveles y, a pesar de haber demostrado sus beneficios, no se ha establecido con rotundidad la evidencia de que los servicios dirigidos por enfermeras mejoren la continuidad de la atención para las personas que viven con múltiples enfermedades crónicas y necesidades de atención complejas. Por lo tanto, este es un ámbito necesario de estudio y mejora en el ámbito de la promoción de la adherencia dirigida por enfermeras (Davis et al., 2019).

4. Factores determinantes de la adherencia desde la visión farmacéutica

En este apartado analizaremos los aspectos y acciones concretas a realizar desde el ámbito de farmacia, para contribuir a la mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes.

Uno de los momentos claves en los que se puede contribuir para mejorar la adherencia del paciente, es al momento en el que se le dispensa la medicación que se le ha prescrito. Aquí, el farmacéutico tiene la oportunidad de comunicarse directamente con el paciente o su cuidador, responder a sus preguntas, brindar orientación práctica de una forma fácilmente.

El cumplimiento o adherencia de cualquier prescripción supone que el paciente entiende las necesidades de su tratamiento, sus posibilidades y cuáles son las acciones que debe realizar (Castells & Hernández, 2012). Esto requiere, por un lado, de equipos multidisciplinares donde cada miembro, desde su rol específico, vele por el objetivo de la adherencia terapéutica del paciente y, por otro lado, del previo conocimiento de los factores que condicionan la adherencia en cualquiera de las circunstancias. De igual modo, es muy importante disponer de las herramientas necesarias para monitorizar todo el proceso. Existen varias razones para la no adherencia de los medicamentos, y el conocimiento de ellas puede ayudar a los profesionales sanitarios a mejorar las intervenciones en beneficio de la salud del paciente. Por este motivo, existen diferentes aproximaciones para mejorar este aspecto en los tratamientos de los pacientes y para implementar de forma correcta un tratamiento manteniendo la utilización de este durante un largo periodo de tiempo.

Según Demonceau et al. (2013), existen varios tipos de intervenciones que pueden mejorar la adherencia a corto, medio y largo plazo en pacientes crónicos que pasamos a describir a continuación.

4.1. Intervenciones basadas en la simplificación de tratamientos

Es bastante común que los tratamientos prescritos en pacientes polimedicados sean complejos y produzcan una disminución en la adherencia. Se han estudiado varias estrategias para disminuir esta complejidad cambiando la dosis del tratamiento prescrito, disminuyendo la frecuencia de la toma mediante la utilización de combinaciones de fármacos por fórmulas de liberación prolongada o simplificando el tratamiento a través de una revisión de la medicación y una suspensión de la medicación no necesaria.

Existen varios estudios que analizan este aspecto comparando diferentes regímenes de dosificación en distintas patologías y viendo su impacto en la adherencia terapéutica. En un metaanálisis realizado por el NICE (2009) se ha observado que simplificar las pautas posológicas puede incrementar la adherencia, aunque la calidad de la evidencia es baja. De estos estudios se desprende que los pacientes tienen más dificultad en integrar la estrategia terapéutica en sus vidas que la complejidad del tratamiento y recomiendan que los cambios de posología deben ser ajustados a la necesidad del paciente.

Aun así, desde nuestra perspectiva, pensamos que la disminución de la complejidad del tratamiento constituye una buena opción. Además, en este tipo de intervención son necesarias e imprescindibles la colaboración y coordinación de los distintos niveles asistenciales y de los profesionales sanitarios implicados en ella. El profesional farmacéutico, al ser un profesional sanitario muy cercano al paciente, puede ser clave en la detección de esta barrera en el proceso de dispensación de la medicación.

4.2. Intervenciones educativo-cognitivas

Se trata de intervenciones en las que se proporciona información a través de diferentes soportes sobre la patología que el paciente padece y sobre los tratamientos que pueden paliar los efectos de la enfermedad mejorando así su calidad de vida y su salud. Estas intervenciones pueden ser realizadas por los distintos profesionales sanitarios, médicos, enfermeros y/o farmacéuticos. Es clave que los pacientes conozcan de una forma didáctica la relevancia y los efectos de su patología, aún más si se trata de patologías silentes, y la importancia de tomar los medicamentos prescritos para evitar los problemas que origina el IT.

Existen evidencias de que el efecto de la información verbal y escrita en comparación con información solamente verbal en el uso de antibióticos tiene resultados estadísticamente significativos. La importancia de este tipo de estrategia no se restringe exclusivamente en la primera dispensación de la medicación, sino que es fundamental en el seguimiento de los tratamientos del paciente. Se debe aportar información actualizada sobre los avances científicos tanto de la patología como de los nuevos medicamentos en el transcurso del tiempo ya que de esta forma se minimizará los problemas y las dudas que le puedan surgir a los pacientes.

Asimismo, es muy importante que los pacientes conozcan las reacciones adversas derivadas de la toma del tratamiento ya que de esta manera las pueden detectar

precozmente y comunicárselas al profesional sanitario para su valoración. Esta estrategia no minimiza la aparición de los efectos indeseables, pero puede amortiguar la incertidumbre de los pacientes cuando estos aparecen y puede aportar estrategias para mitigar o resolver estas reacciones adversas.

En definitiva, siempre se debería facilitar información tanto oral como escrita a través de diferentes formatos y canales (carteles, folletos informativos, charlas educativas, webs, etc.), de forma coordinada entre todos los profesionales sanitarios y, fundamentalmente, en el momento de dispensación del fármaco, que es cuando el farmacéutico es el profesional más accesible.

4.3. Intervención psico-conductual

Se trata de intervenciones para el empoderamiento del paciente y el aumento y concienciación del autocuidado. Existen varias estrategias de diferente complejidad para aumentar la adherencia al tratamiento, que van desde la adecuación de la toma del tratamiento a la rutina del paciente y la entrevista motivacional, hasta la utilización de SPD. Todas estas formas de actuación son fácilmente implementables cuando el paciente acude a recoger su medicación. La labor del profesional farmacéutico es esencial en este punto.

La entrevista motivacional es una aproximación centrada en el paciente que busca modificar actitudes y conductas que van en detrimento de la adherencia terapéutica. El objetivo final es aumentar la motivación del paciente para que cambie su comportamiento, más que imponer un cambio desde el exterior. Para poder realizar esta estrategia se deben aplicar cuatro principios fundamentales:

1. Establecer una relación empática

Implica la no culpabilización del paciente por no realizar una adherencia adecuada al tratamiento y respetar los principios y creencias de este. Es fundamental la escucha activa para poder conocer de primera mano las barreras y limitaciones que tiene a la hora de la toma del medicamento. Con esta información el farmacéutico podrá elaborar estrategias que disminuyan la incomodidad del paciente.

2. Determinar las discrepancias

Conocer cuáles son las palancas que pueden motivar al paciente para producir ese cambio conductual. El objetivo de esta intervención es que sea el propio paciente el que llegue a la conclusión de que tiene que cambiar una parte de su conducta para mantener la salud y una calidad de vida óptima dentro de los límites de su patología.

3. Utilizar la inteligencia emocional

Se basa en evitar el enfrentamiento con el paciente debido a sus creencias y declaraciones. Es importante no emitir juicios sino clarificar los aspectos más discrepantes el paciente.

4. Aumentar la confianza del paciente

Consiste en afianzar la capacidad que tiene el paciente para realizar un cambio conductual y transmitirle que es él quien decide un cambio y que es él el que debe mantenerlo. Las técnicas más utilizadas para la realización de este cambio son múltiples y sinérgicas entre ellas. El uso de preguntas abiertas para que el paciente pueda expresar de forma amplia los aspectos que más le preocupan de su salud, la escucha reflexiva donde el profesional sanitario refleja de forma consciente ya sea enfatizando ya sea ignorando, la reestructuración positiva destacando los aspectos positivos que ha comentado el paciente, el resumen de lo aportado por el paciente que refleja que se le ha escuchado con atención son esenciales. La realización de este proceso implica que el paciente va a encontrar los argumentos para realizar ese cambio conductual. La entrevista motivacional es fundamental en el proceso de continuidad asistencial y sobre todo realizarla en el momento de la recogida del medicamento teniendo en ese momento el farmacéutico un papel esencial.

Otra de las estrategias a seguir es la adecuación de la toma del tratamiento a las rutinas del paciente. Es un método con el que se pretende relacionar una rutina con la toma de la medicación. En este proceso es fundamental la aplicación de pautas y trucos que ayuden a recordar la toma como por ejemplo adaptado a las comidas, al momento de levantarse, al de acostarse, etc.

Por último, otra de las estrategias indicadas es la utilización de SPD. Estos sistemas no se limitan solamente a la optimización de la adherencia terapéutica, sino que también pueden intervenir en la toma equivocada de un fármaco por otro o en procesos de sobredosificación. El grupo de pacientes de edad avanzada polimedicados es el más beneficiado de esta estrategia sanitaria. Aquí es importante la función de los farmacéuticos que además de suministrar medicamentos para utilizarlos de la mejor manera posible proporcionan una terapia segura y efectiva. Esta es una herramienta orientada a tener un impacto real en la población ya que ayuda a reducir los problemas ocasionados por los medicamentos mejorando así los resultados terapéuticos y el cumplimiento de estos.

4.4. Utilización de dispositivos electrónicos

4.4.1. Feedback a través de dispositivos electrónicos

Esta es una estrategia que se basa en la obtención de los datos de la adherencia en la administración de un fármaco a través de un dispositivo electrónico que puede registrar datos sobre la fecha y hora de administración del fármaco, la dosis, el número de dosis restantes y el número de dosis administradas. Existen estudios donde la utilización de este tipo de dispositivos ha sido limitada. La limitación de este tipo de estrategia es la medición de otras variables que también pueden influir en la adherencia al tratamiento. Este tipo de estrategia permite diferenciar entre pacientes no respondedores y no cumplidores evitando pruebas innecesarias y permitiendo una optimización de la dosis. Creemos que

este sistema es complementario a las otras estrategias apuntadas anteriormente y su efectividad depende en alto grado de otros factores como la patología o la edad del paciente.

4.4.2. Recordatorio para la toma de la medicación

Es una herramienta útil cuando el problema de adherencia es el olvido en la toma de la medicación, en la no adherencia no intencional. El desarrollo tecnológico de los últimos años está haciendo posible el desarrollo de herramientas cada vez más sofisticadas para el establecimiento de recordatorios además de otras utilidades posibles como es la educación del paciente. Existen varios estudios donde el envío de mensajes mejoró notablemente la adherencia en pacientes (Martínez-Mateo & García-Herrera, 2019). La limitación del uso de esta intervención es la sobresaturación de alarmas que pueden causar un efecto de no sensibilidad a estas después un periodo de tiempo. La labor de profesional farmacéutico se centra en el análisis de la utilidad de esta herramienta según el perfil del paciente y el seguimiento exhaustivo de la efectividad de esta intervención.

4.4.3. Monitorización de los resultados clínicos de una patología

Una de las estrategias planteadas es hacer partícipe al propio paciente de la monitorización de su enfermedad. Esta información puede ser compartida con el profesional sanitario más cercano al paciente, el farmacéutico, a la hora de la dispensación de la medicación. Este podrá evaluar el estado de salud del paciente y realizar un ajuste de todas las intervenciones en base a los resultados obtenidos.

4.4.4. Gratificaciones para el paciente

Es una de las estrategias que pueden ser seguidas para estimular la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes. El planteamiento debe ser diseñado a largo plazo y solo se puede plantear en pacientes con un estilo de vida autodisciplinado, con un alto grado de control y con capacidad de tener una visión de la patología a largo plazo, características que desafortunadamente no tienen los pacientes con problemas de adherencia. La labor del profesional farmacéutico pasaría por analizar los pacientes con los que se pueda trabajar utilizando este tipo de estrategia y analizar qué palancas podrían ser útiles a la hora de planificar este tipo de estrategias.

Los retos que enfrentamos: un resumen

La no adherencia terapéutica es un problema bastante común en pacientes polimedicados. Fomentar la adherencia terapéutica contribuye a mejorar la relación profesional sanitario-paciente y el control de la enfermedad (en especial ante la cronicidad), disminuir la morbimortalidad y mejorar los resultados en salud. Citando al profesor John Weinman, director del Departamento de Psicología de la Salud en el King's College de Londres, "solo el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente" (Ortega Cerda et al., 2018).

- Desde el ámbito de la **medicina**, tanto de atención primaria como especializada, el médico puede ayudar a mejorar la adherencia del paciente a su tratamiento si explica claramente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos, con sus ventajas y desventajas; ayuda al paciente a comprenderlo comunicándose de forma coloquial y con instrucciones escritas; conoce qué espera el paciente de su tratamiento y sus expectativas de mejora; escucha al paciente, sin juzgar sus preferencias; ayuda al paciente a tomar las decisiones basándose en los posibles riesgos y beneficios; acepta que el paciente puede valorar de forma diferente los riesgos, beneficios y efectos adversos; y procura al paciente o cuidador una lista actualizada de la medicación que toma (incluyendo la de dispensación sin receta), así como de alergias y efectos adversos.
- Desde la **enfermería**, el abordaje de la adherencia debe desarrollarse en el marco de los procesos enfermeros a través de valoraciones integrales del paciente, bien por patrones funcionales o bien por necesidades, así como una valoración de su entorno con el fin de proponer intervenciones consensuadas que van a ayudar a mejorar la adherencia.

Dichas intervenciones van desde educativas, técnicas o de apoyo familiar y social entre otras, lo que favorece una atención más personalizada. Por ello, se debe fomentar desde todos los ámbitos asistenciales un enfoque centrado en la persona, en lugar de un programa de gestión de la enfermedad, y en esto la enfermería, por su naturaleza, es adecuada para dicho enfoque.

- Por su parte, el **profesional farmacéutico** tiene un rol destacado en el desarrollo del uso de los medicamentos ya que puede actuar tanto en la promoción como en el control del cumplimiento terapéutico. Su contribución resulta esencial, ya que asesora y promueve la educación de los pacientes y de sus cuidadores. Esa intervención resulta muy eficiente durante la dispensación de medicamentos, pudiendo preparar recordatorios para la toma de medicamentos y SPD resolviendo las dudas en su utilización y realizando el seguimiento terapéutico de los pacientes.

La evidencia disponible apunta que existen intervenciones esenciales a la hora de mejorar la adherencia terapéutica:

- 1) En el caso de inicio de tratamientos, la educación y el asesoramiento por parte de los profesionales farmacéuticos, tanto de forma presencial como telemática; y
- 2) en el caso de pacientes crónicos, establecer sistemas para recordar a los pacientes la toma de su medicación y simplificar los regímenes de medicación mediante la gestión de la polifarmacia o la provisión de SPD.

En definitiva, son muchas las intervenciones potenciales realizables para mejorar la adherencia del paciente. Esas estrategias son sinérgicas, y su efecto se verá aumentado exponencialmente si se realiza de manera coordinada entre todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado y salud de los pacientes.

Referencias

Aguado, O. (2017)

Intervenciones enfermeras en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente en atención primaria: Actividades individuales y grupales.

X Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria, Madrid.

Alonso, M. (2006)

Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora.

Salud Madrid 13(8), 8.

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018)

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7aed.)

Elsevier.

Castells, S., & Hernández, M. (2012)

Farmacología en enfermería—3rd Edition.

Elsevier.

Claxton, A. J., Cramer, J., & Pierce, C. (2001)

A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance.

Clinical Therapeutics, 23(8), 1296-1310. doi.org/10.1016/s0149-2918(01)80109-0

Cortés, E., Gil, V., & Pereira, A. (2019)

Cátedra de Adherencia al Tratamiento.

UMH, Alicante.

Dailey, G., Kim, M. S., & Lian, J. F. (2001)

Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: Evaluation of a Medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus.

Clinical Therapeutics, 23(8), 1311-1320. https://doi.org/10.1016/s0149-2918(01)80110-7

Davis, K. M., Eckert, M. C., Shakib, S., Harmon, J., Hutchinson, A. D., Sharplin, G., & Caughey, G. E. (2019)

Development and Implementation of a Nurse-Led Model of Care Coordination to Provide Health-Sector Continuity of Care for People with Multimorbidity: Protocol for a Mixed Methods Study.

JMIR Research Protocols, 8(12), e15006. https://doi.org/10.2196/15006

Demonceau, J., Ruppert, T., Kristanto, P., Hughes, D. A., Fargher, E., Kardas, P., De Geest, S., Dobbels, F., Lewek, P., Urquhart, J., Vrijens, B., & ABC project team. (2013)

Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis.

Drugs, 73(6), 545-562. https://doi.org/10.1007/s40265-013-0041-3

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009)

Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora.

Atención Primaria, 41(6), 342-348. doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031

DiMatteo MR, & DiNicola DD. (1982)

Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role.

Pergamon Press.

Grupo Farmadosis. (2021)

SPD - Sistema Personalizado de Dosificación (página web): <https://www.farmadosis.com/spd-sistema-personalizado-dosificacion/>

Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979)

Compliance in Health Care.

Hentinen M, H. (1987)

Adherence to treatment.

Pro Nursing Vuosikirja [Pro Nursing Annual Book], A 1, 78-82.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & NANDA International. (2019) NANDA International, Inc.

Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación: 2018-2020 (11.a ed.).

Elsevier.

Kwint, H. F., Stolk, G., Faber, A., Gussekloo, J., & Bouvy, M. L. (2013)

Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing.

Age and Ageing, 42(5), 620-626. doi.org/10.1093/ageing/aft083

La Vanguardia de La Salud DF. (1985)

Adherencia Terapéutica.

México, DF: La Vanguardia de la Salud, 10-96.

Márquez Contreras, E., Gil Guillén, V., Casado Martínez, J. J., Martel Claros, N., de la Figuera von Wichmann, M., Martín de Pablos, J. L., Atienza Martín, F., Gros García, T., & Espinosa García, J. (2006)

Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005.

Atención Primaria, 38(6), 325-332. doi.org/10.1157/13093369

Martín Alfonso, L. (2004)

Acerca del concepto de adherencia terapéutica.

Revista Cubana de Salud Pública, 30(4), 0-0.

Martínez-Mateo, M., & García-Herrera, D. (2019).

Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: Una revisión sistemática = Therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type II and use of basic mobile technology: a systematic review.

Revista española de comunicación en salud, 10(1), 70-80. doi.org/10.20318/recs.2019.4429

Masur, FT. (1981)

Adherence to health care regimens.

En CK Prokop y LA Vradlyf (eds). Medical Psychology: Contributions to Behavioral Medicine. Nueva York, Academic.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010) BOE.es—BOE-A-2010-14199

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

NICE. (2009)

Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.

Clinical guideline [CG76], Published: 28 January 2009.

Organización Mundial de la Salud. (2004)

Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud.

Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10268791> [Accedido 28/01/22]

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018)

Adherencia terapéutica: Un problema de atención médica.

Acta médica Grupo Ángeles, 16, 226-232.

Orueta-Sánchez, R., Gómez-Calcerrada, R. M., Gómez-Caro, S., Sánchez-Oropesa, A., López-Gil, M. J., & Toledano-Sierra, P. (2011)

Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes.

Atención Primaria, 43(9), 490-496. doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.011

Pagès-Puigdemont, N., Valverde-Merino, M. I. (2018)

Adherencia terapéutica: Factores modificadores y estrategias de mejora.

Ars Pharmaceutica, 59(4), 251-258. doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357

Pefoyo, A. J. K., Bronskill, S. E., Gruneir, A., Calzavara, A., Thavorn, K., Petrosyan, Y., Maxwell, C. J., Bai, Y., & Wodchis, W. P. (2015)

The increasing burden and complexity of multimorbidity.

BMC Public Health, 15, 415. doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2

Pisano González, M. M., & González Pisano, A. (2014)

La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica.

Enfermería Clínica, 24(1), 59-66. doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006

Rodríguez García, M. J., & Del Castillo Arevalo, F. (2012)

Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica.

Enfermería Global, 11(25), 207-218. doi.org/10.4321/S1695-61412012000100012

Taylor, H., & Leitman, R. (2002)

Higher out-of-pocket costs cause massive non-compliance in the use of prescription drugs. Health Care News, (22), 1-3.

Valdés y Llorca C, Cortes-Castell E, Ribera Casado JM, de Lucas Ramos P, de Palacio Gue-rrero LM, Mugarza Borqué F, et al. (2020)

Validation of self-reported adherence in chron-ic patients visiting pharmacies and factor associated with the overestimation and under-estimation of good adherence.

Eur J Clin Pharmacol, 76:1607-1614.

Van Camp, Y. P., Van Rompaey, B., & Elseviers, M. M. (2013)

Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.

European Journal of Clinical Pharmacology, 69(4), 761-770. doi.org/10.1007/s00228-012-1419-y

Verloo, H., Chiolero, A., Kiszio, B., Kampel, T., & Santschi, V. (2017)

Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review.

Age and Ageing, 46(5), 747-754. doi.org/10.1093/ageing/afx076

Zolnierek K, DiMatteo M. (2009)

Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis.

Med Care, 47:pp.826---34.



Asociación entre la adherencia y estilo de vida, hábitos saludables y salud pública

Ismael Ortuño Soriano

1. ¿Qué se entiende por “estilos de vida saludables”?

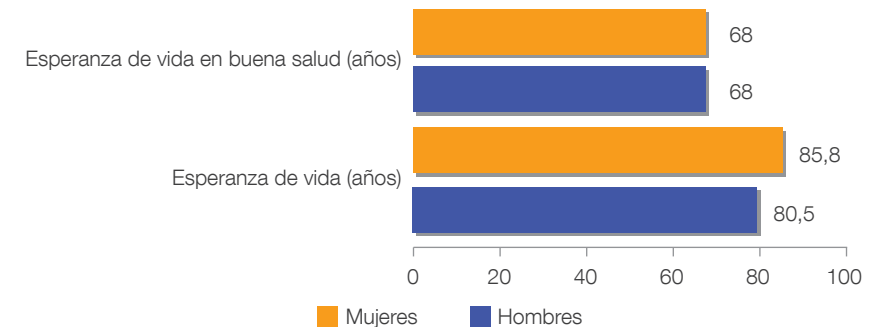
Para poder entender mejor este concepto, quizás haya que precisar antes qué es el estilo de vida, ese factor que, en mayor medida, determina nuestra salud. Se ha definido en numerosas ocasiones y con diversos matices desde la vertiente sociológica, aceptándose que el estilo de vida es la “integración del sistema de valores, actitudes, actividades y métodos de consumo de un individuo” (Kahle & Valette-Florence, 2012) aunando, de este modo, tanto connotaciones negativas como positivas pues, en función de cómo se enfoquen sus diversos elementos, el resultado puede ser beneficioso para el individuo y/o la sociedad o, por el contrario, nefasto, tanto en términos de salud como sociales o económicos.

La OMS, ha matizado también la definición de “estilo de vida”, entendiéndolo como una “forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (OMS, 1998), poniendo de manifiesto la pertinencia de distinguir entre estilo de vida y estilo de vida saludable. Así, un estilo de vida saludable se relaciona con “hábitos cotidianos que comprenden patrones de conducta de salud, creencias, conocimientos, formas de vivir y acciones individuales para mantener, restablecer o mejorar las condiciones de salud y calidad de vida”. De esta forma, la implantación de estilos de vida saludables se relaciona directamente con la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Freudenberg, 2007).

El concepto de estilo de vida saludable como preventivo de ECNT cobra mayor relevancia si se ilustra con datos concretos. Tradicionalmente, se ha utilizado la esperanza de vida como un buen indicador del estado de salud de la población, muy asociado al desarrollo de las sociedades, pero no proporciona información sobre la calidad de vida en la perspectiva de años de vida y si esta perspectiva se desarrolla con buena salud o, por el contrario, se desarrolla con alguna discapacidad o dependencia. Así, en España la esperanza de vida se sitúa entre los casi 81 años de los hombres y los 86 años en las mujeres, mientras que, si se considera la esperanza de vida con buena salud, esta es de 68 años en ambos sexos (Figura 4.1) (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Esto quiere decir que vivimos prácticamente un quinto de nuestra vida con mala salud, lo que tiene consecuencias en términos de productividad, gasto sanitario y, por supuesto, bienestar. Si queremos aumentar nuestra esperanza de vida con buena salud, la adherencia a estilos de vida saludables es imperativa.

Abundando en lo anterior y para aclarar cuáles deberían ser las prioridades de fomento de alta adherencia a hábitos de vida saludables, se muestran las causas más prevalentes de mortalidad en España, según datos consolidados, que se referencian en la Figura 4.2 (Instituto Nacional de Estadística, 2019). No obstante, en el año 2020 se advierte que la pandemia de COVID-19 ha alterado las tendencias, pues en los primeros cinco meses del

Figura 4.1. Esperanza de vida en España. Año 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2019

precitado año, las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en cuanto a causa de frecuencia en defunciones (Instituto Nacional de Estadística, 2020a).

En el sentido de lo anterior, los diez factores de riesgo que provocan más pérdida de años de salud en la Europa occidental y que se han relacionado con la morbilidad anteriormente mencionada, se exponen en la Tabla 4.1 (Murray et al., 2020).

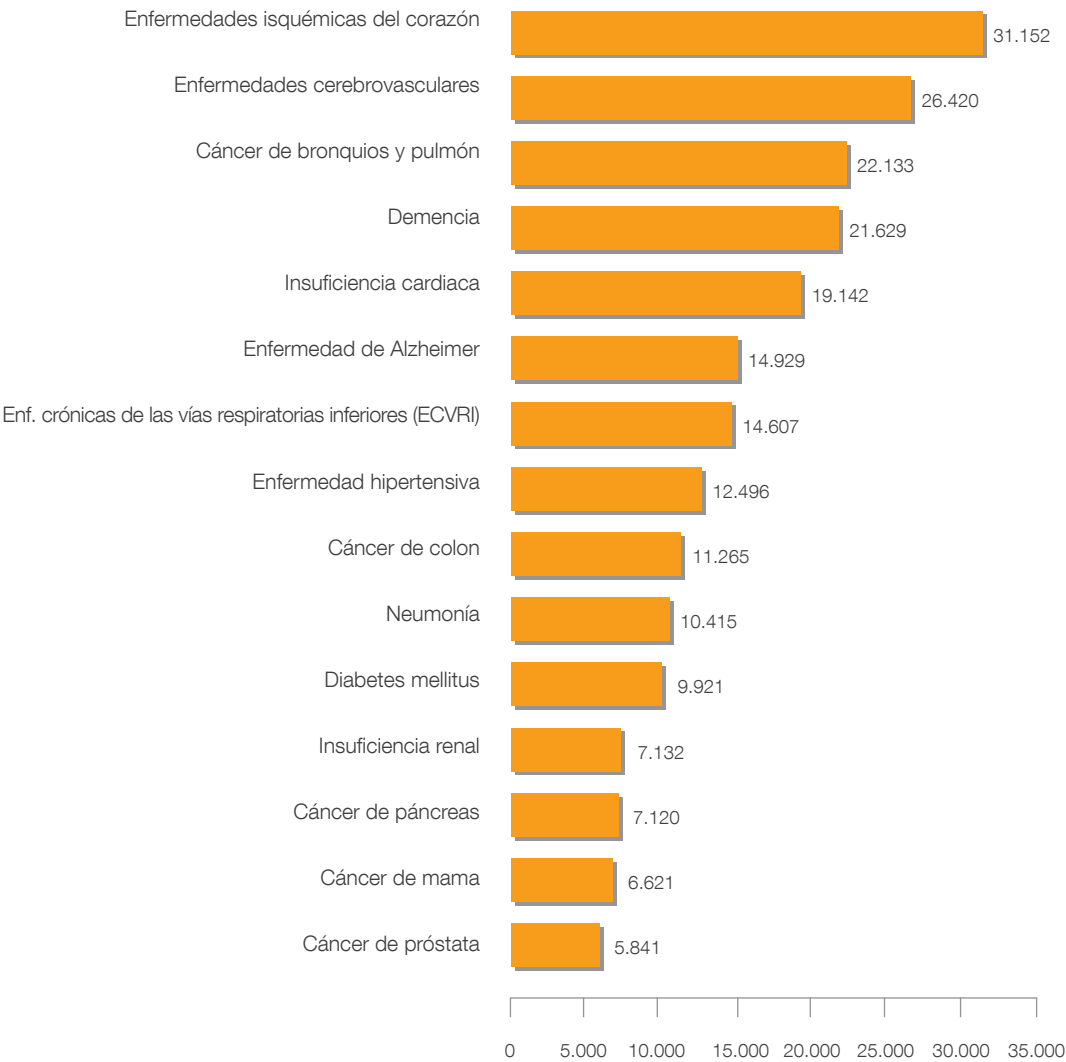
Es por todo lo anterior, por lo que es imprescindible la adquisición de hábitos saludables que disminuyan los factores de riesgo y mejoren las tasas de ECNT. En este sentido, la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS publicada en el año 2014, ya proponía el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir enfermedades, lesiones y discapacidad, centrándose en los hábitos que habían demostrado relación con las enfermedades prevalentes, a saber: promoción de la actividad física y disminución del sedentarismo, prevención y disminución del tabaquismo, promoción de alimentación saludable, consumo de riesgo de alcohol, seguridad y disminución de lesiones no intencionadas y, por último, promoción del bienestar emocional (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

2. Importancia y trascendencia de la adherencia a hábitos saludables

A pesar de que se ha reconocido ampliamente a los estilos de vida poco saludables como los principales factores de riesgo de diversas enfermedades crónicas y muerte prematura, su abordaje se ha centrado, (sobre todo en los países desarrollados), en el desarrollo de fármacos y en su tratamiento, más que en su prevención.

Simplemente el hecho de mostrar adherencia a 5 factores relacionados con el estilo de vida saludable como son no haber fumado nunca, mantener un peso normal, actividad física moderada o vigorosa de más de 30 minutos al día, consumo de alcohol moderado, y una dieta adecuada, se ha relacionado con una importante prolongación de la esperanza

Figura 4.2. Causas de defunción en España. Año 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2019

de vida en comparación con personas que no presentan ninguno de estos factores (Li Yanping et al., 2018).

A continuación, se expone información sobre qué impacto y significación tiene el hecho de ser adherente en cada uno de los hábitos saludables reconocidos.

Tabla 4.1. Principales factores de riesgo relacionados con aumento de años de vida ajustados por discapacidad

| Clasificación | Factor de riesgo |
|---------------|---|
| 1º | Tabaquismo |
| 2º | Hipertensión arterial sistólica. Hipertensión |
| 3º | Glucosa plasmática en ayunas alta. Diabetes |
| 4º | Sobrepeso y obesidad |
| 5º | Dieta inadecuada |
| 6º | Abuso de alcohol |
| 7º | Colesterol-LDL elevado |
| 8º | Riesgos ocupacionales |
| 9º | Disfunción renal |
| 10º | Polución del aire |

Fuente: Murray et al., 2020

2.1. Actividad física y sedentarismo

La actividad física constituye un elemento fundamental en la prevención primaria de numerosas enfermedades crónicas. En su artículo clásico de revisión, Pedersen y colaboradores ponen de manifiesto cómo el ejercicio realizado a una intensidad moderada-alta podría ser efectivo en la prevención y tratamiento de múltiples patologías, incrementando la calidad de vida de sus practicantes y teniendo un impacto positivo en la sociedad y los sistemas sanitarios, en términos de dependencia y costes (Pedersen & Saltin, 2015; Córdoba García et al., 2020).

Se ha evidenciado cómo el estado físico muestra una relación inversa con enfermedades **psiquiátricas**, como los síntomas de depresión y, aunque se desconocen los mecanismos mediadores exactos, también ha mostrado efectos beneficiosos sobre la ansiedad y el estrés, ayudando a controlar y modular su aparición (Pedersen & Saltin, 2015; Bricca et al., 2020).

En el caso de **patologías neurológicas**, se ha puesto de manifiesto cómo el ejercicio físico prevendría la demencia vascular y disminuiría la probabilidad de padecer enfermedad de Alzheimer, sugiriendo que la actividad física prevendría el deterioro cognitivo. Así mismo, se ha descrito que el entrenamiento físico podría aumentar la velocidad, el paso

y la distancia al caminar en otra patología neurológica de alta prevalencia, como es la enfermedad de Parkinson. Igualmente, existen tendencias positivas en las evidencias que avalarían la efectividad del ejercicio físico en los pacientes con esclerosis múltiple, tanto en su capacidad funcional y el equilibrio, como en la fatiga, calidad de vida o el estado de ánimo (Pedersen & Saltin, 2015; Elshahat, O'Rourke & Adlakha, 2020).

En cuanto a las **enfermedades metabólicas**, y particularmente la obesidad, se ha demostrado ampliamente que el entrenamiento físico conlleva una disminución de la masa grasa y la obesidad abdominal, contrarrestando la pérdida de masa muscular en el transcurso de una dieta. Existe una fuerte evidencia de que la actividad física es importante para prevenir el aumento de peso en general, así como para mantener el peso corporal después de la pérdida de peso. Relacionado el ejercicio físico con la dislipemia, se demuestra que el entrenamiento físico, independientemente de la pérdida de peso, tiene un efecto beneficioso sobre el perfil lipídico sanguíneo. Por su parte, el síndrome metabólico o síndrome de resistencia a la insulina, también se benefician ampliamente de la prescripción de incremento de actividad física, al igual que la DM, en la que contribuye a controlar y mantener unos adecuados niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada (Pedersen & Saltin, 2015).

Si se alude a las **enfermedades cardiovasculares**, existe evidencia de que el ejercicio aeróbico en pacientes con accidente cerebrovascular tiene un efecto positivo sobre la velocidad y función de la marcha. Además, por ejemplo, las personas físicamente activas con hemiparesia tendrán menor mortalidad, más años de actividad, menor riesgo de síndrome metabólico y mayor densidad ósea. En el caso de la HTA, los estudios epidemiológicos a gran escala indican que el ejercicio físico regular prevendría la hipertensión o reduciría la presión arterial. En pacientes con enfermedad coronaria presente, existe evidencia sólida que demuestra el efecto del entrenamiento físico, mejorando las tasas de supervivencia y rehabilitación exitosa (Pedersen & Saltin, 2015).

Todo este listado, se completaría con evidencias a favor del ejercicio físico en muchas otras patologías, como **enfermedades pulmonares** (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, fibrosis quística), **trastornos músculo-esqueléticos** (osteoartritis, osteoporosis, dolor de espalda, artritis reumatoide) o **cáncer** (Pedersen & Saltin, 2015).

Y todo lo anterior no solo se pone de manifiesto en la prevención y tratamiento de ECNT en el adulto, sino que, también en los niños y adolescentes, la actividad física y el ejercicio físico mejoran la calidad de vida global, previenen la aparición de enfermedades y sirve para el tratamiento de enfermedades crónicas prevalentes en la infancia, luchando contra la epidemia que suponen el sedentarismo y la inactividad (Alvarez-Pitti et al., 2020).

2.2. Prevención del tabaquismo

Aunque la prevalencia del tabaquismo ha disminuido en los países desarrollados, sigue siendo el factor de riesgo prevenible que causa la mayoría de las enfermedades y muertes

en el mundo. Además, el consumo de tabaco contribuye a la pobreza a través del gasto directo de la compra de tabaco, el coste sanitario atribuible a las enfermedades relacionadas con el tabaco, así como la pérdida de capital humano que resulta de la morbilidad asociada al tabaquismo (Odorico et al., 2019).

En España se atribuyeron 56.124 muertes al tabaquismo en la población mayor de 34 años, cifra que representa el 13,7% de la mortalidad total en 2016. La mitad (51%) de las muertes se asociaron con 2 causas específicas: cáncer de pulmón y EPOC. Tanto en hombres como en mujeres, el cáncer de pulmón fue la enfermedad a la que se atribuyó la mayor mortalidad, independientemente del grupo de edad. Por lo tanto, la carga de mortalidad debida a este factor de riesgo, que representa 1 de cada 7 muertes, sigue siendo muy alta. El 90% de las muertes por cáncer de pulmón en hombres de 65 a 74 años y el 84% de las muertes por EPOC en mujeres de 55 a 64 años se habrían evitado si no hubieran fumado (Pérez-Ríos et al., 2020).

Además, si se hace alusión al contexto temporal en el que este Libro Blanco se está escribiendo, existen ya evidencias contrastadas de que el tabaquismo es un factor de riesgo para la progresión de COVID-19, y los fumadores tienen mayores probabilidades de progresión de COVID-19 que los que nunca han fumado (Patanavanich & Glantz, 2020).

A nivel global y estratégico, la OMS adoptó en el año 2003 el Convenio Marco para el Control del Tabaco (*World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*), proponiendo seis estrategias clave para prevenir y controlar el tabaquismo mundial, denominadas **MPOWER** (Tabla 4.2).

Tabla 4.2. Estrategias de prevención y control del tabaquismo

| | |
|---------------|---|
| 1. M- Monitor | Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención |
| 2. P- Protect | Proteger a la población del humo de tabaco |
| 3. O- Offer | Ofrecer ayuda para dejar el tabaco |
| 4. W- Warning | Advertir de los peligros del tabaco |
| 5. E- Enforce | Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco |
| 6. R- Raise | Aumentar los impuestos sobre el tabaco |

Fuente: OMS, 2019

En el séptimo Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo publicado en 2019, se analizan los esfuerzos de los países por poner en práctica las medidas del precitado programa MPOWER que tienen una eficacia demostrada para reducir la demanda de tabaco.

Los servicios para dejar el tabaco incluyen líneas telefónicas nacionales gratuitas, servicios de “mCessation” para llegar a poblaciones más grandes a través de teléfonos móviles, asesoramiento por parte de los proveedores de atención primaria y tratamientos gratuitos de sustitución con nicotina. De las medidas globales propuestas por el programa MPOWER, la más implementada es la presencia en los paquetes de advertencias gráficas de gran tamaño de lo dañino del tabaco: más de la mitad de la población mundial (3900 millones de personas que viven en 91 países), se beneficia de la presencia en los paquetes de advertencias gráficas de gran tamaño que cumplen todas las características recomendadas, lo que hace de esta, la medida MPOWER con mayor cobertura, con respecto tanto a la población como al número de países. No obstante, la subida de impuestos es la medida más eficaz para reducir el consumo de tabaco, pero sigue siendo la medida MPOWER con menor cobertura poblacional a nivel mundial (OMS, 2019).

A nivel individual, las estrategias que mayor éxito parecen tener son los medicamentos para dejar de fumar y el uso de combinaciones de terapias de reemplazo de nicotina, los cuales, usados con asesoramiento conductual, resultan en una acción rentable para el abandono tabáquico. En cuanto a los cigarrillos electrónicos, el hecho de que sea un grupo de productos tan heterogéneo, en constante cambio y que se utilizan de diversas formas, es difícil hacer generalizaciones sobre su eficacia de uso para dejar de fumar basándose en ensayos clínicos que involucran un cigarrillo electrónico en particular. Actualmente hay evidencia inadecuada para concluir que los cigarrillos electrónicos, en general, aumentan el abandono del hábito de fumar (U.S. Department of Health & Human Services, 2020).

2.3. Alimentación saludable

Se considera que la nutrición saludable juega un papel clave en la reducción del riesgo de enfermedades no transmisibles y en la promoción de la salud (Afshin et al., 2017). En este sentido, la alimentación es, quizás, la herramienta y el vehículo más potente para optimizar la salud humana y, a la vez, procurar sostenibilidad ambiental. La mayoría de evidencia al respecto concluye que, en general, una dieta rica en alimentos de origen vegetal y con menos alimentos de origen animal confiere beneficios tanto para la salud como para el medio ambiente. Se ha calculado que, los cambios en los modelos dietéticos de las dietas actuales hacia propuestas saludables, probablemente resultarían en importantes beneficios para la salud, lo que supondría prevenir, a nivel mundial, aproximadamente 11 millones de muertes por año, lo que representa entre el 19% y el 24% del total de muertes en adultos. La propuesta realizada por un grupo de expertos de Lancet pasa por la denominada **“dieta de salud planetaria”**, que se correspondería con una dieta flexitariana, es decir, una dieta la cual se basa principalmente en alimentos de origen

vegetal pero opcionalmente puede incluir cantidades modestas de pescado, carne, y productos lácteos. Esto supone más que duplicar el consumo actual de alimentos saludables como frutas, verduras, legumbres, nueces y semillas, y una reducción de más del 50% en el consumo mundial de alimentos menos saludables como los azúcares añadidos y la carne roja (Comisión EAT-Lancet, 2019; Willett et al., 2019).

Las recomendaciones dietéticas anteriores se basan en gran medida en la denominada dieta mediterránea, de la cual se han publicado numerosas bondades. En este sentido, la enfermedad cardiovascular es el conjunto de enfermedades no transmisibles que ha mostrado un beneficio más claro asociado al patrón de alimentación mediterráneo, disminuyendo el riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, hipertensión o muerte súbita. Así mismo, se ha mostrado una asociación inversa entre la adherencia a dieta mediterránea y síndrome metabólico tanto en individuos sanos como en riesgo, al actuar sobre la obesidad y/o los niveles de glucemia. Al estudiar el impacto de la precitada dieta sobre los niveles de lípidos en sangre, también se ha podido comprobar el efecto beneficioso del consumo de algunos de los elementos de este patrón, como el aceite de oliva virgen extra. Así, se han visto modificados de manera positiva las distintas fracciones de colesterol e, incluso, otros marcadores ateroscleróticos. Por último, en el caso del cáncer, la adherencia a la dieta mediterránea se ha asociado inversamente con la reducción del riesgo de una serie de cánceres que incluyen colorrectal, mama, estómago, hígado y cabeza y cuello (Ge et al., 2020; Sánchez-Sánchez et al., 2020).

Por lo tanto, si existe y se han objetivado cuáles pueden ser los patrones dietéticos más saludables, el reto está en aumentar la adherencia a estos estilos de alimentación. En este sentido, según el Grupo de Expertos del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la SEMFyC, las intervenciones para promover una adecuada adherencia a una alimentación saludable en personas sin enfermedad cardiovascular atendidas en atención primaria deben realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta las preferencias y motivación del paciente, así como el juicio clínico del profesional. Particularmente, se recomiendan estrategias conductuales estructuradas de intensidad media/alta (de 30 minutos hasta más de seis horas) sobre dieta y hábitos saludables en personas adultas con sobrepeso/obesidad y/o con otros factores de riesgo cardiovascular (Córdoba García et al., 2020; O'Connor et al., 2020).

2.4. Consumo de riesgo y nocivo de alcohol

Los costes sociales del consumo de alcohol son enormes, siendo uno de los principales factores de riesgo prevenibles de morbilidad y discapacidad en muchos países. En España, se ha atribuido, en el período 2010-2017, en residentes de 15 años o más, cifras algo superiores a 15000 muertes anuales atribuibles al alcohol. Los datos que arroja la XIII Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) en su edición 2019/2020, muestran que las sustancias más consumidas son las legales: alcohol y tabaco. Hay que decir que los datos corresponden justo a los meses de la etapa previa a la declaración del estado de alarma por la situación de pandemia por COVID-19, y se confirma que, en

primer lugar, figura el consumo de alcohol (el 77,2% de los encuestados lo ha consumido en el último año; el 75,2% lo hacía en 2017/2018) y en segundo lugar el tabaco (el 39,4% ha fumado tabaco en el último año, respecto al 40,9% en 2017/2018) (Ministerio de Sanidad, 2020).

Las consecuencias de lo anterior son numerosas, tanto a nivel global como individual. Así, se estiman los costes sociales totales del consumo de alcohol en España alrededor del 1% del producto interior bruto (más de 10.000 millones de euros). Se ha calculado que el 10% de la mortalidad total de la población de 15 a 64 años pudo ser atribuible al alcohol, la mayor parte debida al consumo excesivo regular. Además, se ha relacionado, incluso, que su consumo esté relacionado directamente con el 30% de las muertes por accidente de tráfico (Pulido et al., 2014).

Por lo tanto, en el caso de que exista adicción, es preciso implementar acciones que permitan una adecuada adherencia a la deshabituación de su consumo y, por supuesto, alentar las campañas de prevención del uso y abuso del alcohol.

Así, se han descrito intervenciones efectivas para disminuir esa carga de enfermedad asociada al alcohol: políticas de precios e impuestos, restricción del acceso al alcohol, limitación de la publicidad y el patrocinio, control del consumo durante la conducción de vehículos, medidas educativas y persuasivas, incluyendo las que implican a los profesionales sanitarios, amplia disponibilidad y acceso a tratamiento de los trastornos por uso de alcohol, etc. Seguramente lo más efectivo en términos poblacionales no es desarrollar estrategias centradas exclusivamente en los bebedores excesivos, sino desarrollar estrategias efectivas de más amplio alcance dirigidas a disminuir el consumo promedio en el conjunto de la población. Por ello, en el futuro las estrategias preventivas deberían también orientarse a reducir la cantidad de alcohol consumida a lo largo de la vida por las personas consideradas como bebedores ligeros o moderados (Donat et al., 2020).

2.5. Seguridad y lesiones no intencionadas

Se ha definido la lesión como “daño causado por la transferencia aguda de energía, ya sea física, térmica, química o radiante, que exceda el umbral fisiológico, o por la privación de un elemento vital” entendiéndose por prevención de lesiones al “grupo de medidas o intervenciones que rompen la cadena de eventos que pueden conducir a una lesión” (Polinder et al., 2012), lo que hace que, a nivel global, se trate de un tema amplísimo en el que se aúnan lesiones de tráfico, caídas, lesiones asociadas a ahogamientos y accidentes en el agua, quemaduras, asfixia y lesiones relacionadas con envenenamientos e intoxicaciones. Su tratamiento individual excede a las intenciones de este texto, pero se quiere hacer hincapié, sobre todo, en la importancia de su prevención y las estrategias que permitan una adecuada adherencia a las recomendaciones preventivas.

Cada año, en todo el mundo, cinco millones de muertes se atribuyen a lesiones, y el 12% de ellas son niños. Si bien la mayoría de los informes se centran en las tasas de mortalidad por lesiones, la morbilidad es otro factor importante que considerar al estimar

el impacto de las lesiones en el individuo, la sociedad y el sistema de atención médica. Un marco ampliamente utilizado para estudiar y reducir los accidentes y las lesiones no intencionadas son “las 5 E” (Tupetz et al., 2020):

Tabla 4.3. Estrategias de disminución de lesiones no intencionadas

| | |
|------------------|--|
| 1. Engineering | Intervenciones de ingeniería: cambio ambiental (por ejemplo, paso elevado para peatones, barreras de agua), provisión de dispositivos de seguridad (por ejemplo, cascos, cajas de almacenamiento de plaguicidas). |
| 2. Education | Intervenciones educativas: educación basada en habilidades (por ejemplo, curso de conducción, lecciones de natación), educación basada en la teoría y suministro de información (por ejemplo, conferencias, videos, folletos sin un componente práctico basado en habilidades). |
| 3. Encouragement | Intervenciones de estímulo: campañas comunitarias o programas de concienciación (por ejemplo, mensajes de radio o televisión), supervisión (por ejemplo, observación de la presencia de adultos). |
| 4. Enforcement | Intervenciones de aplicación: aplicación de la ley (por ejemplo, controles de sobriedad en las carreteras), legislación (por ejemplo, nuevas leyes). |
| 5. Evaluation | Intervenciones de evaluación: ciclo de mejora continua que incluya una evaluación y reevaluación constante de las medidas adoptadas. |

Fuente: Tupetz, 2020

2.6. Bienestar emocional

Se ha definido el bienestar emocional en el adulto como el estado en el que la persona puede desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad (Weltgesundheitsorganisation, 2002). En relación con el ámbito pediátrico, este concepto se relaciona con el desarrollo infantil, como el sentido positivo de su identidad, la capacidad de gestión de pensamientos y emociones, además de aprender y adquirir aptitudes para participar activamente en la sociedad. Se ha demostrado que el bienestar emocional puede incrementar la cohesión social, la estabilidad del entorno, y contribuir al desarrollo económico de la sociedad (Jané-Llopis & Anderson, 2005). En definitiva, podemos afirmar que el bienestar mental es la perspectiva, en positivo, de la salud mental.

En el sentido de lo anterior, en España, viene realizándose en los últimos años una encuesta sobre condiciones de vida en la que se incluye un Módulo sobre Bienestar, el cual consiste en un conjunto de preguntas que miden distintos aspectos de la calidad de vida, más allá de la dimensión material o de los ingresos percibidos. Entre todos los ítems, se acaba construyendo un índice de satisfacción global con la vida, el cual fue de

7,3 puntos sobre 10 en el año 2018, aumentando 0,4 puntos respecto al 6,9 registrado en 2013 (Instituto Nacional de Estadística, 2020b).

El bienestar emocional y la salud mental son entidades relacionadas con la salud general y mediadas por determinantes sociales similares. Así, el nexo entre salud física y mental es bidireccional. Una mala salud física influye negativamente en la salud mental, de la misma manera que una salud mental deficiente reduce la salud física del individuo. Los determinantes de la salud mental incluyen no sólo características individuales, tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Muchos factores de riesgo, tales como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a las enfermedades no transmisibles (OMS, 2013; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Ya se ha comentado la trascendencia social, individual y económica del consumo de alcohol o de algunas enfermedades no transmisibles. Si nos referimos a signos concretos de malestar emocional y déficit de salud mental, como puede ser estrés psicológico, ansiedad, depresión percepción de apoyo social insuficiente o estrategias de evitación personal, estos se han relacionado con múltiples desórdenes, tales como aceleración del envejecimiento cognitivo, algunos tipos de cáncer, aumento de mortalidad o, incluso, disminución en la adherencia a tratamientos (Kruk et al., 2019; Romero-Martínez, Hidalgo-Moreno & Moya-Albiol, 2020),

Atendiendo a lo anterior, una forma de objetivar un supuesto estado de bienestar mental podría ser valorar la ausencia de patología mental. No obstante, se han hecho numerosos intentos de concretar esta situación diseñando y utilizando escalas concretas, entre las que destacan la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo, que se desarrolló para monitorizar bienestar mental en población general y evaluar programas y políticas que persiguen aumentar el bienestar mental (Warwick Medical School, no date; López et al., 2012) o el Índice de bienestar general de la OMS, que se trata de un cuestionario corto que consta de 5 preguntas simples y subjetivas, el cual ha demostrado una validez adecuada como herramienta de detección de la depresión y como medida de resultado en ensayos clínicos relacionados con el bienestar emocional (Topp et al., 2015).

3. Barreras y facilitadores de adherencia en hábitos saludables

Como se viene comentando, el hecho de que un individuo tenga buena o mala salud en su edad adulta, está muy relacionado con la influencia de sus comportamientos y hábitos de vida, que a su vez están influenciados por el contexto social y económico. Las personas que adoptan estilos de vida saludables tienen más probabilidades de envejecer con éxito y disfrutar de una mayor calidad de vida (Kelly et al., 2016). No obstante, si está tan sumamente demostrado y evidenciado lo anterior, ¿por qué estos estilos de vida no se practican de forma masiva?, ¿cuáles son los elementos que dificultan o mejoran la adherencia a estos comportamientos? Eso es lo que se pretende esbozar en los siguientes epígrafes.

Tabla 4.4. Índice de bienestar general de la OMS

| Durante las últimas dos semanas: | Todo el tiempo | La mayor parte del tiempo | Más de la mitad del tiempo | Menos de la mitad del tiempo | De vez en cuando | Nunca |
|---|----------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|-------|
| Me he sentido alegre y de buen humor | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Me he sentido tranquilo y relajado | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Me he sentido activo y enérgico | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Me he despertado fresco y descansado | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Fuente: Elaboración propia adaptada de Bech et al., 2003 y Lucas-Carrasco, 2012
Instrucciones: Indique para cada una de las cinco afirmaciones cuál define mejor cómo se ha sentido usted durante las últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar. Instrucciones de puntuación. Para calcular la puntuación, sume las cifras obtenidas en cada ítem de los recuadros que usted marcó y multiplique la suma por cuatro. Usted habrá obtenido una puntuación entre 0 y 100. Mayor puntuación significa mayor bienestar.

3.1. Barreras para la adherencia a estilos de vida saludables

La conformidad del paciente con una serie de recomendaciones de vida lleva implícito el concepto de cumplimiento, de la participación pasiva por su parte, a pesar de que se relaciona con decisiones que afectan a sus hábitos de vida. Estas decisiones suelen ser de tipo fluctuante y están relacionadas con el comportamiento particular de una persona (Fuster, 2012). Por ello, es importante no solo lograr su cumplimiento, sino también que este sea adherente, por convencimiento y acuerdo tácito con el personal sanitario.

Las principales barreras identificadas son de diversa índole, entre las que destacan (Kelly et al., 2016):

a) Limitaciones para la actividad física

- Dolencias físicas existentes o condiciones crónicas se consideran barrera para participar en programas de promoción de actividad física.
- La “falta de tiempo” es una excusa reiterada para tomar parte de actividades

saludables. Las demandas laborales, el cuidado de los niños, la familia y las responsabilidades del hogar en todos los géneros y grupos étnicos, han puesto en valor esta barrera.

- Falta de conocimiento, escasa motivación.
- Relacionadas con el entorno y acceso, barreras que se han puesto de manifiesto son: el clima, la falta de espacios recreativos y la tendencia o necesidad de conducir frente a caminar.
- Falta de disponibilidad o acceso a programas e instalaciones comunitarios, bien por dificultades económicas, costes o problemas de transporte.

b) Limitaciones para una alimentación saludable

- Falta de consejos de alimentación claros y sencillos para poder entender adecuadamente los mensajes de las autoridades sanitarias. Además, se evidencia en algunos estudios percepción de falta de capacidad, conocimiento o motivación para seguir y/o construir dietas saludables.
- Problemas de salud que limitan la ingesta de determinados grupos de alimentos.
- Desde un punto de vista sociocultural, la falta de tiempo, la obligación de comer fuera de casa, el coste y acceso a los alimentos, rutinas de compra no planificadas, han puesto de manifiesto ser barreras para el seguimiento de una dieta adecuada.
- La coexistencia de otros hábitos de vida poco saludables, como el consumo de alcohol o fumar, se han relacionado con el incremento en el consumo de grasas, azúcar o alimentos ricos en sal.

c) Limitaciones para abandonar el tabaco: factores asociados a su consumo

- Se ha evidenciado que los intentos para dejar de fumar tienen menos éxito en fumadores más intensos. Un mayor número de cigarrillos fumados se asocia con intentos fallidos de dejar de fumar.
- Menor edad de inicio del hábito tabáquico y/o bajo nivel socioeconómico.

d) Limitaciones para abandonar el alcohol: factores asociados a su consumo

- Una mayor densidad de puntos de venta, definida como tiendas, bares y restaurantes en una comunidad, se ha asociado con un aumento en el consumo de alcohol.
- Existe una relación directa entre el consumo de alcohol y su publicidad.
- La situación socioeconómica no ha demostrado una tendencia definida, pues tanto un nivel bajo como alto se han asociado a incrementos en su consumo. El consumo de alcohol puede ser mayor en comunidades con mayor desorden social y delincuencia.

3.2. Facilitadores de adherencia a estilos de vida saludables

Se ha informado, como, entre los facilitadores o intervenciones más efectivas para aumentar la incorporación de estilos de vida saludables en las personas, la entrevista motivacional utilizada en entornos de atención primaria con tan solo sesiones de 15 a 20 minutos podrían tener resultados de cambios conductuales, incluida una mejora en los factores de riesgo de enfermedades cardiovascular modificables, superando los enfoques tradicionales de asesoramiento (Mifsud et al., 2020).

A continuación, se destacan los facilitadores que aúnan mayor evidencia en revisiones recientes (Kelly et al., 2016):

a) Facilitadores para la actividad física

- La promoción de los beneficios de “sentirse bien” como una mayor autoestima y confianza puede ser un motivador para el cambio de comportamiento. Cuanto más se informa de los beneficios para la salud de la actividad física en una comunidad, mayor es la adherencia a los programas de actividad física.
- El miedo a la enfermedad o al envejecimiento y el deseo de promover una vejez saludable, también se ha informado como un estímulo para incrementar la actividad física.
- El aliciente de pérdida de peso, mejora de la imagen corporal y apariencia, también suponen acicates para aumentar la adherencia al ejercicio.
- El “disfrute” intrínseco de hacer ejercicio físico, asimismo, se ha demostrado como un poderoso determinante.
- La experiencia previa de mala salud se ha evidenciado como un factor motivador para hacer ejercicio físico. Es de esperar que las personas con ECNT previas, incrementen el cumplimiento de programas de actividad física.
- El acceso a sitios web rápidos y fáciles de usar que pudieran dar retroalimentación, como podcasts, videos paso a paso e imágenes, son un elemento facilitador.
- Tener equipo de ejercicio en el domicilio ha sido informado como facilitador.

b) Facilitadores para una alimentación saludable

- Consejos de alimentación claros y sencillos.
- Al igual que con el ejercicio físico, la experiencia previa de mala salud, es un factor que puede motivar cambios en la dieta.
- Las estrategias para reemplazar refrigerios poco saludables por otros saludables, reemplazando componentes de alto valor calórico por otros bajos en calorías, son mensajes que pueden modificar hábitos. Educación en el intercambio de alimentos,

puede ser un elemento facilitador hacia una dieta más saludable.

- La promoción de la pérdida de peso puede instar a modificaciones en la dieta.
- El apoyo familiar se ha identificado como un factor determinante de la adopción y el mantenimiento de una conducta alimentaria saludable.
- El acceso a sitios web rápidos y fáciles de usar, de la misma manera que en el ejercicio físico, se muestra como un potente elemento facilitador.

c) Facilitadores para deshabituación tabáquica

- Participación en otros comportamientos saludables. Los individuos que incrementan o asumen otros hábitos saludables, tienen más probabilidades de dejar de fumar.
- El inicio del uso de medicamentos recetados o el desarrollo de una enfermedad se han identificado como facilitadores para el abandono del hábito tabáquico.
- La motivación para dejar de fumar y la intención de dejar de fumar se han asociado positivamente con el intento de dejar de fumar, pero no necesariamente con el éxito de este.

d) Facilitadores para disminuir el consumo de alcohol

- Intervenciones dirigidas a limitar la accesibilidad y disponibilidad del alcohol: incremento de los impuestos que gravan la compra de alcohol, limitación de días u horarios de venta, limitación de edad de acceso.
- Limitación de la publicidad y el marketing que promocionan su consumo.
- Intervención/consejo breve en atención primaria dirigida a pacientes con un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol con el objetivo de reducir su ingesta de bebidas alcohólicas en beneficio de su salud.
- Programas informativos y educativos en escuelas, campañas de educación pública (Comisionado Regional para la Droga., 2016).

4. Adherencia, hábitos saludables y herramientas digitales: eSalud

Las herramientas de eSalud están viendo incrementada su utilización en la atención sanitaria. Cada vez son más las herramientas digitales de salud (HDS) disponibles para pacientes y sistemas sanitarios que buscan mejorar su atención con aplicaciones, sensores, algoritmos y enfoques innovadores de visualización de datos. En general, las HDS procuran mejorar la atención proporcionando recomendaciones de tratamiento más informadas, aclarando y refinando los diagnósticos, optimizando los flujos de trabajo y la eficiencia, al tiempo que facilitan el acceso a los datos y su uso. No obstante, aunque estas herramientas son cada vez más usadas y populares, existen incógnitas y lagunas

de conocimiento para identificar qué HDS son apropiadas para qué pacientes o qué entornos clínicos o cómo integrarlos en la atención, y qué HDS son seguras y efectivas en la práctica (Auerbach, 2019). Además, podrían facilitar la formación del personal sanitario mediante el uso del eLearning y mejorar las operaciones y la eficiencia financiera de los sistemas de salud (World Health Organization, 2016; Arsenijevic, Tummers & Bosma, 2020).

En el ámbito de ECNT y la modificación de estilos de vida, las aplicaciones de eSalud, particularmente la tecnología móvil (mSalud) ha demostrado capacidad para la monitorización continua, mejorar la calidad de la atención, retroalimentación al paciente, estancias hospitalarias menores y eficiencia para los sistemas sanitarios (Eagleson et al., 2017).

Entre las aplicaciones móviles para mejorar el estilo de vida de los pacientes con ECNT, las funcionalidades más habituales son el uso de recordatorios y el seguimiento médico. La tecnología puede facilitar la atención de la salud con mensajes y alertas simples, las cuales ayudan en la adherencia al tratamiento y los cambios en el estilo de vida. Los principales son la adherencia a la práctica de ejercicio regular, dieta saludable y reducción de peso corporal. Otro resultado significativo es la disminución de la presión arterial y los niveles de glucemia. Si bien el consumo de alcohol y tabaco son factores de riesgo para el desarrollo de ECNT, no se han identificado cambios significativos en estas prácticas por el uso de aplicaciones de mSalud. También se debe prestar atención a la prevención de enfermedades y la adopción de prácticas saludables en general, destacando la aplicación para la atención del cáncer. Los beneficios pueden ser, incluso mejores, si más aplicaciones abordan la importancia de la prevención y no solo del tratamiento. La cantidad de aplicaciones de mSalud disponibles aumenta cada día, y todavía se necesitan más aplicaciones de mSalud que se centren en mejorar el estilo de vida con respecto a ECNT, especialmente para prevenir estas afecciones (Debon et al., 2019).

Si bien lo anterior ha resultado efectivo en la mayoría de los hábitos de vida saludables, no se ha probado tan eficaz en el ámbito del bienestar emocional. Así, se ha evidenciado cómo las intervenciones digitales han mostrado un efecto general moderado y significativo en el caso de la depresión, mientras que el efecto sobre la ansiedad se ha demostrado escaso y no significativo. No obstante, se han podido identificar elementos de diseño que hacen que las intervenciones digitales pudieran ser efectivas para las comorbilidades psicológicas de las enfermedades crónicas, tales como la implementación de circuitos de comunicación con los pacientes y el aporte de contenidos digitales específicos de la enfermedad en cuestión (Maisto et al., 2021).

Además de lo comentado anteriormente, otro reto lo constituyen las personas con pluripatología. Si bien cada vez existe más evidencia de la utilidad en la teleatención a patologías concretas, no es tanta la certeza de su utilidad cuando el paciente padece varias patologías y ha de mostrar adherencia a las conductas y/o tratamientos que las mejoran. En estos casos, las intervenciones de telemedicina digital podrían mejorar el

manejo y control de la multimorbilidad, pero no se ha demostrado, de momento, beneficio concreto sobre resultados en indicadores del estado de salud (Kraef, Meirschen & Free, 2020).

En relación a lo anterior, un grupo vulnerable que puede tener dificultad de acceso y manejo de las herramientas digitales, son los colectivos de adultos mayores y ancianos. La cantidad de publicaciones que informan sobre el uso de herramientas de eSalud y mSalud en la promoción de la salud y la prevención primaria entre los adultos mayores es creciente. Aunque es evidente que, para algunos adultos mayores es problemático trabajar con nuevas tecnologías, lo que puede deberse a un bajo nivel educativo o habilidades limitadas con dispositivos electrónicos, cuando se estudian las barreras de utilización de estos dispositivos por esta población, las más prevalentes son la falta de motivación, apoyo en su uso y falta de retroalimentación como obstáculos. Así mismo, los factores facilitadores también muestran que una fuerte motivación, así como apoyo y una adecuada retroalimentación repercuten en adherencia a estos medios y la continuidad de programas de salud basados en estas herramientas. No obstante, si bien se reconoce que estos factores son relevantes en el cambio de comportamiento, no necesariamente son determinantes directos del uso de herramientas de salud electrónica y salud móvil en la población mencionada (Kampmeijer et al., 2016).

5. Salud pública y adherencia: consecuencias de alta y baja adherencia a comportamientos que afectan a la salud global

Que el seguimiento y adherencia a las recomendaciones mencionadas en epígrafes anteriores es relevante y tiene un impacto individual, es innegable, y ese es el esfuerzo que a menudo se procura: el conseguir que los individuos sigan hábitos saludables para evitar y prevenir, por ejemplo, enfermedades crónicas. En el caso de que la persona no quiera, no pueda o no sepa implementar esas conductas, tendrá una consecuencia individual evidente, pero, a nivel de salud pública, la falta de adherencia puede tener una trascendencia enorme, tanto en el ámbito de las ECNT como, y es un aspecto de tremenda actualidad, en las enfermedades transmisibles. Las consecuencias globales de la no adherencia individual tienen connotaciones en la salud pública, en los sistemas sociosanitarios y en el coste económico que pueda suponer (Martín Alfonso, 2006).

Por ejemplo, el impacto económico de la no adherencia a los tratamientos farmacológicos se ha calculado en miles de millones de euros, solo en Europa. Además, se ha atribuido hasta el 10% de las hospitalizaciones en adultos mayores a la falta de adherencia a la medicación (Cutler et al., 2018). En este sentido, se estima que las consecuencias económicas, clínicas y sociales de la falta de adherencia a la medicación seguirán aumentando a medida que aumenta la carga de enfermedades crónicas en todo el mundo. Los sistemas de salud deben evolucionar para abordar adecuadamente los determinantes de la adherencia mediante el uso de intervenciones de salud efectivas. Como ya mencionara Haynes, “aumentar la eficacia de las intervenciones de adherencia puede tener un impacto mucho mayor en la salud de la población que cualquier mejora en tratamientos médicos específicos” (Haynes et al., 2002; Cutler et al., 2018).

5.1. Adherencia, prevención y pandemias

El caso de las enfermedades transmisibles o infecciosas, sea en forma de epidemia o de pandemia, no son algo novedoso y vienen acompañando a la humanidad a lo largo de su historia. El elevado número de afectados, el incremento de la mortalidad, así como las importantes repercusiones sociales y económicas, hace que sea uno de los mayores problemas y retos en materia de salud pública (Serrano-Cumplido et al., 2020).

Dado que la redacción de este Libro Blanco sobre Adherencia está teniendo lugar en plena pandemia de COVID-19 que está asolando los sistemas sanitarios y las sociedades a nivel global, se estima pertinente esbozar cuáles son las estrategias que mejor han demostrado, hasta la fecha, contención en el manejo de enfermedades infecciosas y, particularmente, aquellas de características similares a la actual enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias. Ministerio de Sanidad., 2021).

5.1.1. Comportamiento de la población en el seguimiento de las directrices dirigidas a la prevención en la transmisión de enfermedades

Entre las medidas que mejor han demostrado disminuir la transmisión de SARS-CoV-2, (y podría ser extrapolable a otros virus respiratorios), destacan (Chu et al., 2020):

- El **distanciamiento social y confinamiento**, demostrándose que la disminución del riesgo empieza a partir de un metro de distancia y sigue disminuyendo a medida que esta distancia aumenta (82% menos), estimándose como dos metros la distancia mínima ideal (Chu et al., 2020).
- El **uso de mascarillas faciales** (Clapham & Cook, 2021), evidenciándose una mejor protección con las de tipo N95 o FFP2 (85% menos riesgo). Independientemente del tipo, el entorno o quién use la mascarilla, tiene principalmente un doble propósito preventivo; protegerse de contraer infecciones y proteger a otros. Por lo tanto, si todo el mundo usa una mascarilla en público, ofrece una doble barrera contra la transmisión de COVID-19 (Abboah-Offei et al., 2021).
- **Uso de protección ocular**, en forma de gafas protectores o máscaras faciales (78% menos riesgo) (Chu et al., 2020).
- **Higiene de manos**: la higiene de manos es la medida más sencilla y eficaz para prevenir la transmisión de microorganismos incluido el coronavirus, debido a su envoltura lipídica que es desactivada con las sustancias surfactantes de los jabones. Si bien es un procedimiento muy simple, es una de las protecciones más importantes contra la transmisión de patógenos que producen enfermedades (Haque et al., 2020).

Si bien lo anterior es reconocido, la adherencia a los comportamientos precitados en ocasiones es bajo, lo que se debe a motivos variados.

Entre las barreras para la utilización de mascarillas, se ha puesto de manifiesto la incomodidad frecuente y el deterioro de la piel del rostro, así como el alto uso de recursos necesarios en algunos estratos sociales para poder implementar su utilización. Así mismo, se ha comunicado una mayor dificultad para comunicarse con claridad y una menor empatía percibida del personal sanitario por parte de aquellos a quienes cuidan (Chu et al., 2020).

La mayoría de investigaciones sobre el cumplimiento de higiene de manos en entornos comunitarios indica que el cumplimiento es deficiente, habiéndose propuesto intervenciones comunes y asequibles para mejorar la práctica y el cumplimiento mediante el uso de carteles visuales y señalización, cuya efectividad depende de numerosos factores, incluyendo su diseño, contenido, ubicación, duración de la ubicación y público objetivo (Lawson & Vaganay-Miller, 2019).

El aislamiento en el hogar o en centros de cuarentena ha demostrado ampliamente disminuir la contagiosidad. Entre los factores que afectan a su cumplimiento y consecuencias, se cuentan los efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión o enojo. Además, se suman factores estresantes como alargamientos periódicos de la cuarentena, temor de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras o el propio estigma social, en algunos casos. Para conseguir una adecuada adherencia a esta radical medida, algunos investigadores sugieren, independientemente de la obligación legal de mantener la cuarentena, proporcionar una justificación clara e información sobre los protocolos, y garantizar que se proporcionen suministros suficientes. Además, apelar al altruismo recordando a la población sobre los beneficios de la cuarentena para la sociedad en general, puede ser favorable (Brooks et al., 2020; Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Es imprescindible la evaluación sosegada de todas las pautas en un futuro, para poder verificar su efectividad y eficiencia. Empoderar a los ciudadanos es esencial para darles a conocer sus condiciones de salud y que puedan tomar decisiones de manera activa, lo que implica que las personas sean responsables de mantenerse saludables. Por lo tanto, proporcionar a la población conocimiento sobre pautas de prevención y control de infecciones, incluida información y justificación de las recomendaciones estándar es un medio para garantizar su papel activo y responsabilidad en la prevención de las mismas. Este cambio debe estar respaldado por una comprensión clara de los roles del ciudadano, los niveles potenciales de su participación en el control y prevención de infecciones y las estrategias para superar las barreras en la relación profesional-paciente que aumenten la adherencia a las recomendaciones del sanitario (Fernandes Agreli et al., 2019).

La disposición de la vacunación global ha sido la última medida en estar disponible para combatir la pandemia de COVID-19. En general, las vacunas tienen un excelente perfil de seguridad, brindando protección contra enfermedades infecciosas a la población (Dudley et al., 2020). De hecho, la vacunación es uno de los grandes logros del siglo XX; sin embargo, los problemas persistentes de salud pública incluyen una vacunación

Figura 4.3. Higiene de manos en personal sanitario

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009

a menudo inadecuada, retrasada e inestable, lo que se debe a múltiples motivos y determinantes cuya explicación excedería las intenciones de este texto. No obstante, si se pretende hacer alusión a las razones individuales relacionadas con la aceptación de la

vacunación (Brewer et al., 2017):

- La primera es que **los pensamientos y los sentimientos pueden motivar la vacunación**. Las creencias de riesgo y el arrepentimiento anticipado por las enfermedades infecciosas se correlacionan con fiabilidad con la vacunación, mientras que la baja confianza en la efectividad de la vacuna y la preocupación por la seguridad, se relacionan con no vacunarse. Pocos ensayos aleatorizados han cambiado con éxito lo que la gente piensa y siente sobre las vacunas, y los pocos que tuvieron éxito fueron mínimamente efectivos para aumentar la aceptación.
- La segunda razón es que **los procesos sociales pueden motivar la vacunación**. Las normas sociales están asociadas con la vacunación, pero pocas intervenciones han examinado si los mensajes normativos aumentan la aceptación de la vacunación.
- La tercera motivación es que **las intervenciones pueden facilitar la vacunación directamente** al aprovechar, pero no intentar cambiar, lo que la gente piensa y siente. Estas intervenciones son, con mucho, las más abundantes y efectivas de la literatura. Se basan en intenciones favorables existentes al facilitar la acción (a través de recordatorios y avisos) y reducir las barreras (a través de la logística); estas intervenciones también moldean el comportamiento (a través de incentivos, sanciones y requisitos).

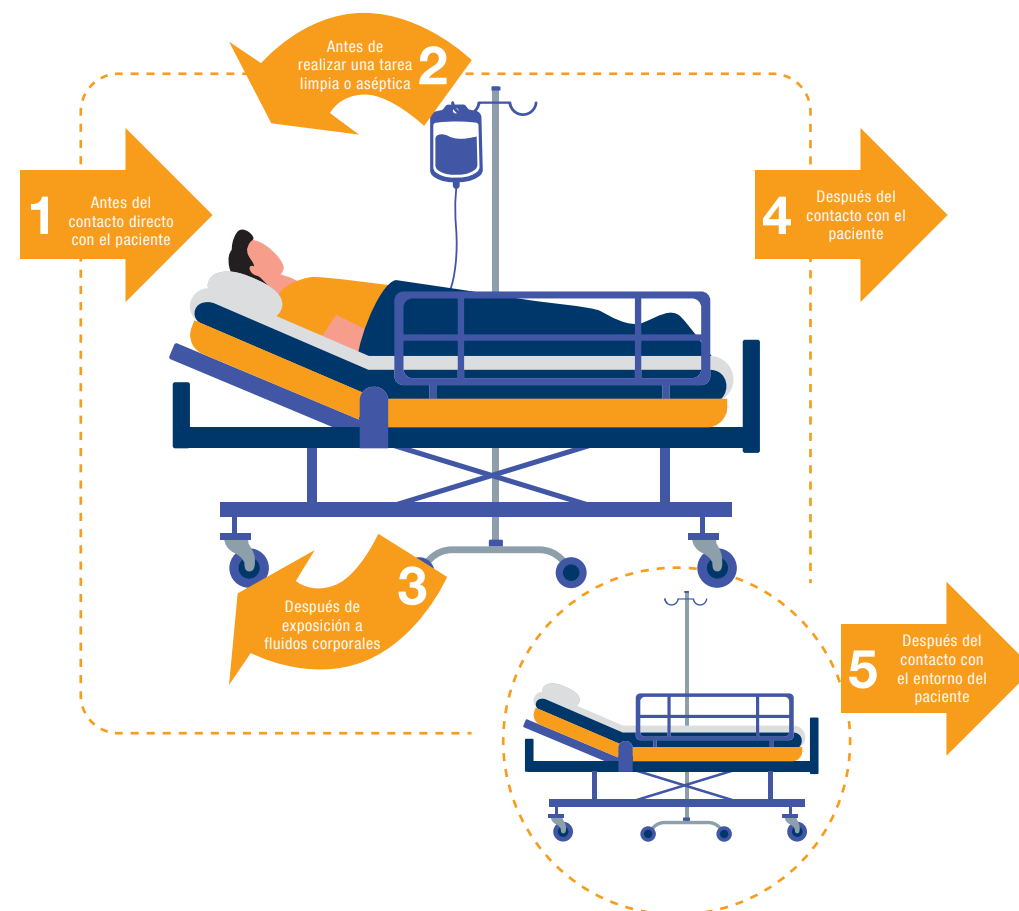
5.1.2. Adherencia en población sanitaria

La higiene minuciosa de las manos es el método más importante para evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria. De hecho, se ha documentado cómo el cumplimiento de la higiene de manos desde un nivel basal alto (> 80%) a un nivel aún más alto (> 95%) podría conducir a una disminución todavía mayor de las infecciones asociadas a la atención sanitaria precitada (Sickbert-Bennett et al., 2016).

La OMS había publicado pautas y recomendaciones globales para la higiene de manos en la atención médica mucho antes del inicio de la pandemia de COVID-19. En este sentido, identifica cinco momentos en los que lavar o desinfectar las manos en las rutinas clínicas que incluyen (1) antes de tocar a un paciente y (2) antes de realizar una tarea limpia aséptica, (3) después del riesgo de exposición a líquidos corporales, (4) después de tocar al paciente y (5) después del contacto con el entorno del paciente (Figura 4.4) (OMS, 2009).

Hasta ahora, la adherencia de la población sanitaria a un correcto lavado de manos en los momentos en que este es preciso, se ha datado por la OMS en entre un 22% y un 60% de todas las ocasiones en que este tenía que hacerse. Estos resultados se han relacionado con exceso de cargas de trabajo y falta de información al respecto, consiguiendo aumentar la adherencia a una correcta práctica a través de formación específica, instalación de dispensadores de desinfectante de alcohol y jabón sin contacto, medición y retroalimentación de resultados de higiene de manos, y recuerdo constante por medio de infografías y carteles (Seo et al., 2019).

Figura 4.4. Higiene de manos en personal sanitario



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009

Dado que la higiene de manos es un tipo crítico de comportamiento de salud tanto en entornos comunitarios como en la atención sanitaria profesional, comprender los mecanismos subyacentes a una correcta adherencia es un tema capital para la prevención y el control de infecciones. Cada vez más, esto parece depender de la construcción de hábitos, cimentados en la información, conocimiento y la intención que automatice dicha higiene de manos (Diefenbacher, Pfattheicher & Keller, 2020).

Cuando las nuevas enfermedades infecciosas respiratorias se generalizan, como durante la pandemia de COVID-19, la adhesión de los trabajadores de la salud a las pautas de prevención y control de infecciones se vuelve aún más importante. Las estrategias en estas pautas incluyen el uso de equipo de protección personal como máscaras, protectores

faciales, guantes y batas; la separación de pacientes con infecciones respiratorias de otros; y rutinas de limpieza más estrictas. Estas estrategias pueden ser difíciles de cumplir en la práctica. Por tanto, las autoridades y los centros sanitarios deben considerar la mejor forma de ayudar a los trabajadores sanitarios a implementarlos (Houghton et al., 2020).

Minimizar la transmisión de enfermedades respiratorias mediante el uso de mascarillas protectoras conduce a mejores resultados para la atención médica. Los ensayos en trabajadores de la salud apoyan el uso continuo (no intermitente) de mascarillas durante su turno de trabajo. Esto puede prevenir infecciones y muertes de los trabajadores de la salud por COVID-19, ya que está documentada la aerosolización en el entorno hospitalario (MacIntyre & Chughtai, 2020).

Su utilización se ha relacionado a nivel global con disminución del absentismo laboral e, incluso, con la propia estabilidad económica. Siendo su uso por parte de los profesionales sanitarios una medida de protección personal importante y bien documentada, su manejo, en general durante la atención de rutina, a menudo es subóptimo y puede resultar en la adquisición de infección asociada a la atención (Barratt, Shaban & Gilbert, 2019).

Por su parte, la adherencia al uso de guantes tampoco es todo lo recomendable deseable en los sanitarios, en general. Los guantes, a menudo, proporcionan una falsa sensación de seguridad y son incorrectamente utilizados, tanto de cara al profesional como de cara al paciente atendido, sobre todo cuando la principal razón de mala utilización es la falta de cambio de guantes entre procedimientos con pacientes, lo que puede aumentar el riesgo de transmisión cruzada y la propia infección del sanitario. Además, aunque la evidencia no es del todo consistente, el uso de guantes podría influir en un cumplimiento deficiente de higiene de manos (Moralejo et al., 2018).

Los retos que enfrentamos: un resumen

A partir del contenido de este capítulo, se pueden destacar los siguientes puntos:

1. Aspirar a aumentar la esperanza de vida con buena salud. Actualmente, en España, es de 68 años para ambos sexos.
2. Evitar el inicio del hábito tabáquico y, en su caso, conseguir una alta adherencia a los programas de deshabituación tabáquica de las personas que ya han adquirido dicha adicción sería, probablemente, una de las medidas más efectivas en términos de costes y morbimortalidad.
3. La subida de impuestos es la medida más eficaz para reducir el consumo de tabaco, pero sigue siendo la medida con menor cobertura poblacional a nivel mundial.
4. Incrementar la incorporación de hábitos saludables en los estilos de vida de la población, monitorizando periódicamente la adherencia a los hábitos saludables. Los cinco factores con mayor impacto positivo han demostrado ser: no haber fumado nunca, mantener un peso normal, actividad física moderada o vigorosa de más de 30 minutos al día, consumo de alcohol moderado, y una dieta adecuada.
5. Actualmente, sigue siendo más el esfuerzo implementado en el ámbito de los tratamientos que en el de la prevención. Es preceptivo el fomento de la prevención, en detrimento de actitudes terapéuticas puras.
6. Formar a los profesionales sanitarios en técnicas de entrevista motivacional y “coaching”, con el objetivo de persuadir en el incremento de hábitos saludables.
7. Hay que profundizar en por qué los estilos de vida no se practican de forma mayoritaria. Es preciso conocer cuáles son los elementos que dificultan o mejoran la adherencia a estos comportamientos en nuestro entorno.
8. Las tecnologías de eSalud, mSalud, eLearning han demostrado ser una herramienta poderosa para implementar cambios en la salud. No obstante, existen incógnitas y lagunas de conocimiento para identificar qué herramientas concretas en este contexto resulta apropiadas para qué pacientes o qué entornos clínicos o cómo integrarlos en la atención, y cuáles son seguras y efectivas en la práctica.
9. Un reto muy importante en el uso de la tecnología, lo constituyen las personas con pluripatología y las personas mayores, debido a la menor digitalización de estos estratos de edad. Hay que acercar y facilitar el uso de HDS a esta población.
10. Algo que se hace muy necesario es desarrollar programas de mejora de la adherencia con protocolos “sencillos” que contemplen las actuaciones normales del día a día sanitario, establecidos por expertos y especialistas donde se puedan medir, analizar y extraer conclusiones sobre qué aspectos inciden de manera significativa en la mejora de la adherencia, resultados en salud, reducción de costes sanitarios, debido al mayor

cumplimiento farmacológico como la creación de hábitos saludables.

11. En materia de medidas útiles para el control de pandemias, es imprescindible la evaluación sosegada de todas las pautas implementadas durante la actual pandemia de COVID-19 en un futuro, para poder verificar su efectividad y eficiencia.

A pesar de que se han descrito diversos planes para mejorar la adherencia, con la evidencia disponible hasta el momento no se puede recomendar una estrategia específica que sea eficaz y que sirva en todos los casos (Pisano González & González Pisano, 2014).

La adherencia terapéutica no solo ha de referirse al ámbito farmacológico, sino a los hábitos de vida saludables y conductas favorecedoras de disminución de enfermedades crónicas y transmisibles. La terapia con medicamentos no es, sin duda, la única forma de tratamiento disponible y es preciso instar a la población a una corresponsabilización en sus decisiones de salud. Esto, ha demostrado impacto individual, social y económico. Por supuesto, para ello es necesaria una adecuada comunicación y educación sanitaria que lleve a los individuos a la mejor de las decisiones.

Parafraseando al Dr. Everett Koop (1916-2013), reconocido cirujano pediatra estadounidense y experto en salud pública al que se le atribuye la cita “los medicamentos no funcionan en los pacientes que no se los administran”, podríamos afirmar que “los estilos de vida saludable no actúan ni previenen en aquellos individuos que no los practican”.

Referencias

- Abboah-Offei, M. et al. (2021)
‘A rapid review of the use of face mask in preventing the spread of COVID-19’,
 International Journal of Nursing Studies Advances, 3, p. 100013. doi: 10.1016/j.ijnsa.2020.100013.
- Afshin, A. et al. (2017)
‘Effectiveness of Dietary Policies to Reduce Noncommunicable Diseases’,
 in Prabhakaran, D. et al. (eds) Cardiovascular, Respiratory, & Related Disorders. 3rd edn. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction & Development / The World Bank.
 Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525147/> (Accessed: 27 January 2021).
- Alvarez-Pitti, J. et al. (2020)
‘Ejercicio físico como «medicina» en enfermedades crónicas durante la infancia y la adolescencia’,
 Anales de Pediatría, 92(3), p. 173.e1-173.e8. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.01.010.
- Arsenijevic, J., Tummers, L. & Bosma, N. (2020)
‘Adherence to Electronic Health Tools Among Vulnerable Groups: Systematic Literature Review & Meta-Analysis’,
 Journal of Medical Internet Research, 22(2), p. e11613. doi: 10.2196/11613.
- Auerbach, A. D. (2019)
‘Evaluating Digital Health Tools—Prospective, Experimental, & Real World’,
 JAMA Internal Medicine, 179(6), pp. 840–841. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.7229.
- Barratt, R., Shaban, R. Z. & Gilbert, G. L. (2019)
‘Clinician perceptions of respiratory infection risk; a rationale for research into mask use in routine practice’,
 Infection, Disease & Health, 24(3), pp. 169–176. doi: 10.1016/j.idh.2019.01.003.
- Bech, P. et al. (2003)
‘Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale & the WHO-Five well-being scale’,
 International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12(2), pp. 85–91. doi: <https://doi.org/10.1002/mpr.145>.
- Brewer, N. T. et al. (2017)
‘Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action’,
 Psychological Science in the Public Interest: A Journal of the American Psychological Society, 18(3), pp. 149–207. doi: 10.1177/1529100618760521.
- Bricca, A. et al. (2020)
‘Benefits & harms of exercise therapy in people with multimorbidity: A systematic review & meta-analysis of randomised controlled trials’,
 Ageing Research Reviews, 63, p. 101166. doi: 10.1016/j.arr.2020.101166.
- Brooks, S. K. et al. (2020)
‘The psychological impact of quarantine & how to reduce it: rapid review of the evidence’,
 Lancet (London, England), 395(10227), pp. 912–920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias. Ministerio de Sanidad. (2021)
Enfermedad por coronavirus,
 COVID-19. Madrid, p. 111.
 Available at: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf> (Accessed: 3 February 2021).

Chu, D. K. et al. (2020)

'Physical distancing, face masks, & eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 & COVID-19: a systematic review & meta-analysis',
The Lancet, 395(10242), pp. 1973–1987. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31142-9.

Clapham, H. E. & Cook, A. R. (2021)

'Face masks help control transmission of COVID-19',
The Lancet Digital Health, pp. 1–2. doi: 10.1016/S2589-7500(21)00003-0.

Comisión EAT-Lancet (2019)

Dietas saludables a partir de sistemas alimentarios sostenibles. Alimentos, planeta, salud. London, United Kingdom.: The Lancet Publishing Group, p. 32.
Available at: https://eatforum.org/content/uploads/2019/07/EAT-Lancet_Commission_Summary_Report_Spanish.pdf (Accessed: 27 January 2021).

Comisionado Regional para la Droga. (2016)

Guía práctica para reducir el consumo de alcohol. Valladolid, p. 119.
Available at: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/guia-practica-reducir-alcohol.html>.

Córdoba García, R. et al. (2020)

'Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida',
Atención Primaria, 52, pp. 32–43. doi: 10.1016/j.aprim.2020.07.004.

Cutler, R. L. et al. (2018)

'Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review',
BMJ Open, 8(1), p. e016982. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016982.

Debon, R. et al. (2019)

'Mobile health applications for chronic diseases: A systematic review of features for lifestyle improvement',
Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 13(4), pp. 2507–2512. doi: 10.1016/j.dsx.2019.07.016.

Diefenbacher, S., Pfattheicher, S. & Keller, J. (2020)

'On the Role of Habit in Self-Reported & Observed Hand Hygiene Behavior',
Applied Psychology: Health & Well-Being, 12(1), pp. 125–143. doi: <https://doi.org/10.1111/aphw.12176>.

Donat, M. et al. (2020)

Mortalidad atribuible al alcohol en España 2001-2017. Metodología y resultados.
Madrid: Ministerio de Sanidad, p. 144.
Available at: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf.

Dudley, M. Z. et al. (2020)

'The state of vaccine safety science: systematic reviews of the evidence',
The Lancet. Infectious Diseases, 20(5), pp. e80–e89. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30130-4.

Eagleson, R. et al. (2017)

'Implementation of clinical research trials using web-based & mobile devices: challenges & solutions',
BMC Medical Research Methodology, 17(1), p. 43. doi: 10.1186/s12874-017-0324-6.

Elshahat, S., O'Rorke, M. & Adlakha, D. (2020)

'Built environment correlates of physical activity in low- & middle-income countries: A systematic review',
PloS One, 15(3), p. e0230454. doi: 10.1371/journal.pone.0230454.

Fernandes Agreli, H. et al. (2019)

'Patient involvement in the implementation of infection prevention & control guidelines & associated interventions: a scoping review',
BMJ open, 9(3), p. e025824. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025824.

Freudenberg, N. (2007)

'From Lifestyle to Social Determinants: New Directions for Community Health Promotion Research & Practice',
Preventing Chronic Disease, 4(3).
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955427/> (Accessed: 28 January 2021).

Fuster, V. (2012)

'Un problema alarmante en prevención secundaria, bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica)',
Revista Española de Cardiología, 65, pp. 10–16. doi: 10.1016/j.recesp.2012.07.005.

Ge, L. et al. (2020)

'Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight & cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review & network meta-analysis of randomised trials',
BMJ (Clinical research ed.), 369, p. m696. doi: 10.1136/bmj.m696.

Haque, M. et al. (2020)

'Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections: A Narrative Overview',
Risk Management & Healthcare Policy, 2020(13), pp. 1765–1780. doi: 10.2147/RMHP.S269315.

Haynes, R. B. et al. (2002)

'Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications',
The Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), p. CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.

Houghton, C. et al. (2020)

'Barriers & facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention & control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis',
The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, p. CD013582. doi: 10.1002/14651858.CD013582.

Instituto Nacional de Estadística (2019)

'Esperanza de vida en buena salud'.
Available at: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout (Accessed: 25 January 2021).

Instituto Nacional de Estadística (2020a)

'Defunciones según la Causa de Muerte - Avance enero-mayo de 2019 y de 2020.', 10 December.
Available at: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf (Accessed: 25 January 2021).

Instituto Nacional de Estadística (2020b)

Informes Metodológicos Estandarizados.
Available at: <https://www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaDatos.html?oe=30453> (Accessed: 28 January 2021).

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005)

Mental health promotion & mental disorder prevention: a policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.

Available at: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf.

Kahle, L. R. & Valette-Florence, P. (2012)

Marketplace Lifestyles in an Age of Social Media: Theory & Methods. London, UNITED KINGDOM: Taylor & Francis Group.

Available at: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/universidadcomplutense-ebooks/detail.action?docID=1900000> (Accessed: 22 January 2021).

Kampmeijer, R. et al. (2016)

'The use of e-health & m-health tools in health promotion & primary prevention among older adults: a systematic literature review',

BMC Health Services Research, 16(5), p. 290. doi: 10.1186/s12913-016-1522-3.

Kelly, S. et al. (2016)

'Barriers & Facilitators to the Uptake & Maintenance of Healthy Behaviours by People at Mid-Life: A Rapid Systematic Review',

PLOS ONE, 11(1), p. e0145074. doi: 10.1371/journal.pone.0145074.

Kraef, C., Meirschen, M. van der & Free, C. (2020)

'Digital telemedicine interventions for patients with multimorbidity: a systematic review & meta-analysis',

BMJ Open, 10(10), p. e036904. doi: 10.1136/bmjopen-2020-036904.

Kruk, J. et al. (2019)

'Psychological Stress & Cellular Aging in Cancer: A Meta-Analysis',

Oxidative Medicine & Cellular Longevity, 2019, p. e1270397. doi: <https://doi.org/10.1155/2019/1270397>.

Lawson, A. & Vaganay-Miller, M. (2019)

'The Effectiveness of a Poster Intervention on Hand Hygiene Practice & Compliance When Using Public Restrooms in a University Setting',

International Journal of Environmental Research & Public Health, 16(24), p. 5036. doi: 10.3390/ijerph16245036.

Li Yanping et al. (2018)

'Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population',

Circulation, 138(4), pp. 345–355. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047.

López, M. et al. (2012)

'Adaptation into Spanish of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) & preliminary validation in a student sample',

Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care & rehabilitation, 22(5), pp. 1099–1104. doi: 10.1007/s11136-012-0238-z.

Lucas-Carrasco, R. (2012)

'Reliability & validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in elderly',

Psychiatry & Clinical Neurosciences, 66(6), pp. 508–513. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02387.x>.

MacIntyre, C. R. & Chughtai, A. A. (2020)

'A rapid systematic review of the efficacy of face masks & respirators against coronaviruses & other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers & sick patients',

International Journal of Nursing Studies, 108, p. 103629. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103629.

Maisto, M. et al. (2021)

'Digital Interventions for Psychological Comorbidities in Chronic Diseases—A Systematic Review',

Journal of Personalized Medicine, 11(1), p. 30. doi: 10.3390/jpm11010030.

Martín Alfonso, L. (2006)

'Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente',

Revista Cubana de Salud Pública, 32(3), pp. 0–0.

Mifsud, J. L. et al. (2020)

'Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review & meta-analysis',

PLOS ONE, 15(11), p. e0241193. doi: 10.1371/journal.pone.0241193.

Ministerio de Sanidad (2020)

'La encuesta EDADES previa al Covid muestra un mayor uso compulsivo de internet', XIII Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) 2019/2020.

Available at: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/notas/2020/pdf/14.12.2020_NP_Presentacion_Encuesta_EDADES_2019_20.pdf (Accessed: 27 January 2021).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014)

Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones.

Available at: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf> (Accessed: 20 January 2021).

Moralejo, D. et al. (2018)

'Improving adherence to Standard Precautions for the control of health care-associated infections',

The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, p. CD010768. doi: 10.1002/14651858.CD010768.pub2.

Murray, C. J. L. et al. (2020)

'Global burden of 87 risk factors in 204 countries & territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019',

The Lancet, 396(10258), pp. 1223–1249. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.

O'Connor, E. A. et al. (2020)

'Behavioral Counseling to Promote a Healthy Diet & Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: Updated Evidence Report & Systematic Review for the US Preventive Services Task Force',

JAMA, 324(20), pp. 2076–2094. doi: 10.1001/jama.2020.17108.

Odorico, M. et al. (2019)

'How To Support Smoking Cessation In Primary Care & The Community: A Systematic Review Of Interventions For The Prevention Of Cardiovascular Diseases',

Vascular Health & Risk Management, 31 October, pp. 485–502. doi: 10.2147/VHRM.S221744.

Organización Mundial de la Salud (1998)

Promoción de la salud: glosario. Ginebra: WHO.

Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246> (Accessed: 22 January 2021).

Organización Mundial de la Salud (2009)

Hand Hygiene Technical Reference Manual. Ginebra: World Health Organization.

Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf;jsessionid=42FC2306FC2CDB6E8A84295814161D73?sequence=1 (Accessed: 3 February 2021).

Organización Mundial de la Salud (2013)

Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=AE8EF21E23A7FA723674008CEB8ADDC0?sequence=1 (Accessed: 28 January 2021).

Organización Mundial de la Salud (2019)

‘La OMS presenta un nuevo informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo’, 26 July.

Available at: <https://www.who.int/es/news/item/26-07-2019-who-launches-new-report-on-the-global-tobacco-epidemic> (Accessed: 27 January 2021).

Patanavanich, R. & Glantz, S. A. (2020)

‘Smoking Is Associated With COVID-19 Progression: A Meta-analysis’,

Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine & Tobacco, 22(9), pp. 1653–1656. doi: 10.1093/ntr/ntaa082.

Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2015)

‘Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases’,

Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 25 Suppl 3, pp. 1–72. doi: 10.1111/sms.12581.

Pérez-Ríos, M. et al. (2020)

‘Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016’,

Archivos de Bronconeumología, 56(9), pp. 559–563. doi: 10.1016/j.arbres.2019.11.021.

Pisano González, M. M. & González Pisano, A. (2014)

‘La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica’,

Enfermería Clínica, 24(1), pp. 59–66. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.10.006.

Polinder, S. et al. (2012)

‘Systematic review & quality assessment of economic evaluation studies of injury prevention’,

Accident Analysis & Prevention, 45, pp. 211–221. doi: 10.1016/j.aap.2011.07.004.

Pulido, J. et al. (2014)

‘Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol’,

Revista Española de Salud Pública, 88(4), pp. 493–513. doi: 10.4321/S1135-57272014000400005.

Romero-Martínez, Á., Hidalgo-Moreno, G. & Moya-Albiol, L. (2020)

‘Neuropsychological consequences of chronic stress: the case of informal caregivers’,

Aging & Mental Health, 24(2), pp. 259–271. doi: 10.1080/13607863.2018.1537360.

Sánchez-Sánchez, M. L. et al. (2020)

‘Mediterranean diet & health: A systematic review of epidemiological studies & intervention trials’,

Maturitas, 136, pp. 25–37. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.03.008.

Seo, H.-J. et al. (2019)

‘Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review’,

The Journal of Hospital Infection, 102(4), pp. 394–406. doi: 10.1016/j.jhin.2019.03.013.

Serrano-Cumplido, A. et al. (2020)

‘COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra’,

Medicina de Familia. SEMERGEN, 46, pp. 48–54. doi: 10.1016/j.semerg.2020.06.008.

Sickbert-Bennett, E. E. et al. (2016)

‘Reduction of Healthcare-Associated Infections by Exceeding High Compliance with Hand Hygiene Practices’,

Emerging Infectious Diseases, 22(9), pp. 1628–30. doi: 10.3201/eid2209.151440.

Topp, C. W. et al. (2015)

‘The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature’,

Psychotherapy & Psychosomatics, 84(3), pp. 167–176. doi: 10.1159/000376585.

Tupetz, A. et al. (2020)

‘Prevention of childhood unintentional injuries in low- & middle-income countries: A systematic review’,

PLOS ONE, 15(12), p. e0243464. doi: 10.1371/journal.pone.0243464.

U.S. Department of Health & Human Services (2020) Smoking cessation: a report of the Surgeon General.

Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control & Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention & Health Promotion, Office on Smoking & Health.

Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2020-smoking-cessation/index.html (Accessed: 27 January 2021).

Warwick Medical School (no date)

The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS).

Available at: <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs> (Accessed: 28 January 2021).

Weltgesundheitsorganisation (ed.) (2002)

Mental health: new understanding, new hope.

repr. Geneva: World Health Organization (The World Health Report, 2001).

Available at: <https://www.who.int/whr/2001/en/>.

Wilder-Smith, A. & Freedman, D. O. (2020)

‘Isolation, quarantine, social distancing & community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak’,

Journal of Travel Medicine, 27(2), pp. 1–4. doi: 10.1093/jtm/taaa020.

Willett, W. et al. (2019)

'Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems',

Lancet (London, England), 393(10170), pp. 447–492. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31788-4.

World Health Organization (2016)

Atlas of eHealth country profiles: the use of eHealth in support of universal health coverage: based on the findings of the third global survey on eHealth 2015.

Ginebra: WHO Document Production Services.

Available at: https://www.who.int/goe/publications/atlas_2015/en/ (Accessed: 28 January 2021).



Efectos de la psicología de la salud y trastornos mentales en la adherencia

Cristina López Méndez
Olga Brotons Girona

1. Introducción

Con el desarrollo de la ciencia y tratamientos de enfermedades infecciosas, las principales causas de muerte actualmente son las enfermedades crónicas cardiovasculares, neoplásicas y los accidentes (OMS, 1986). El modelo biopsicosocial hoy imperante (Engel, 1977) incluye variables psicológicas y sociales que permiten explicar estas enfermedades tan asociadas a factores ambientales y estilos de vida, ampliando el anterior modelo biomédico. No podemos por tanto obviar los aspectos psicológicos y psiquiátricos relacionados con la enfermedad para comprender el fenómeno de la adherencia al tratamiento.

1.1. Psicología de la salud y su relación con la adherencia

La Psicología de la Salud se podría definir como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y la enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”(Oblitas Guadalupe, 2006).

Desde la Psicología de la Salud los psicólogos trabajan para promover hábitos y conductas saludables, prevención de enfermedades y su tratamiento (colon irritable, cáncer, diabetes, tabaquismo, fibromialgia, etc.) así como contribuir a una mejora del sistema sanitario.

Hoy ya sabemos que la salud de las personas está ligada no solo a aspectos físicos sino a su conducta, estado emocional, pensamientos, relaciones sociales, así como factores económicos, culturales y espirituales (Oblitas Guadalupe, 2007). Un ejemplo claro lo tenemos con el estrés y su impacto en la salud, con una prevalencia en la enfermedad cardíaca coronaria, el cáncer y la afectación del sistema inmune (Oblitas Guadalupe, 2005).

La atención y cuidado de la salud biológica y psicológica está en muchas ocasiones en manos del propio paciente y su responsabilidad para seguir las pautas marcadas por los profesionales sanitarios. El incumplimiento de las prescripciones médicas o psicológicas ha sido uno de los campos abordados por la Psicología de la Salud, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas cuyo grado de no adherencia puede oscilar entre el 30% al 60% bien por olvido, no comprender los mensajes, o por falta de acuerdos para cumplirlos.

El paciente debe movilizar sus recursos y hacer cambios en su estilo de vida, adaptarse a sus nuevas condiciones y aprender a vivir con su enfermedad. La intervención del psicólogo de la salud permite al individuo generar nuevas conductas que le ayuden a asumir su condición de enfermo de la forma menos agresiva, asumir su enfermedad y su impacto en su vida, así como aminorar el desgaste psicológico que supone tanto para el sujeto como para su familia (Oviedo Neria, 2018).

Tal y como se ha detallado en los capítulos anteriores, la adherencia terapéutica no se refiere a una sola conducta sino a un repertorio de ellas, que incluyen: el seguimiento de un programa de tratamiento, evitar conductas de riesgo e incorporar hábitos de vida saludables. El adecuado cumplimiento requiere manejar una información clara respecto a la enfermedad y realizar una serie de tareas para las que es necesario saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer. Será un trabajo fundamentalmente conductual pero sustentado por elementos cognitivos, motivacionales, así como de la relación del paciente con el entorno social y familiar y amparado a su vez por la relación con el profesional sanitario y la propia organización de los sistemas de salud.

La función del psicólogo en el área de la adherencia comprende (Ritchie, 2004):

- La evaluación del riesgo de la no adherencia por factores asociados al paciente, a la enfermedad y tratamiento, el contexto social o bien al prestador o sistema de salud.
- Evaluación de las comorbilidades asociadas a la enfermedad.
- Prevención de las recaídas en los tratamientos crónicos.
- Educación para prestadores sanitarios en cuanto a habilidades de comunicación, motivación y técnicas del comportamiento.
- Intervenciones de sistemas orientadas a mejorar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los tratamientos.

1.2. Modelos de intervención

La adherencia, en cuanto a conducta de salud, se ha intentado explicar a partir de diferentes modelos propuestos para interpretar otras conductas.

Una revisión efectuada por Cabrera sobre los modelos utilizados sobre adherencia en salud pública en el siglo XX se ciñen a la cifra de 60 modelos diferentes (Cabrera, 2004). Leventhal y Cameron hicieron a su vez una abstracción general que proporciona una visión de cinco perspectivas diferentes (Leventhal & Cameron, 1987):

1. La perspectiva biomédica

El enfoque biomédico de la adherencia coloca al paciente como agente más o menos pasivo que se ciñe a seguir la prescripción dada por su médico según criterios de diagnóstico y tratamiento. Los factores determinantes de la no adherencia se centran en el sujeto y su personalidad, así como factores sociodemográficos asociados. Esta visión de la adherencia ha permitido relacionar las características de la enfermedad y su tratamiento por un lado y la adherencia por otro. Se han impulsado mediciones basadas en criterios bioquímicos y los avances tecnológicos han permitido crear nuevos dispositivos de administración de medicamentos. Sin embargo, no han explicado otros factores relacionados con la adherencia y que tenían que ver con los criterios del paciente sobre su enfermedad o sobre su medicación.

2. La perspectiva comportamental

Basada en teorías de aprendizaje pone el acento en los antecedentes y las consecuencias de toda conducta y la influencia del refuerzo positivo o negativo.

La teoría supone que sería posible “controlar” el comportamiento de los pacientes, los prestadores y los sistemas de atención de la salud si uno pudiera controlar los sucesos previos y posteriores a un comportamiento en particular. Evidentemente desde un punto de vista práctico los principios comportamentales de este modelo pueden usarse para diseñar intervenciones ajustadas a cada nivel de influencia (paciente, prestador, sistema) y poder abordar los diferentes problemas de la adherencia.

3. La perspectiva de comunicación

Surge alrededor de los años 70 del siglo pasado, basada sobre todo en mejorar las aptitudes de comunicación de los prestadores sanitarios con sus pacientes. Se enfatiza, desde esta perspectiva, la importancia a la relación en sí misma, educar a los pacientes, emplear habilidades de comunicación adecuadas y establecer un trato más igualitario entre el profesional de la salud y el paciente. Si bien este enfoque favorece la satisfacción del paciente no es suficiente para producir cambios en los comportamientos de adherencia.

4. La perspectiva cognoscitiva

Recalca sobre todo la influencia de los procesos y variables cognoscitivos en el comportamiento de la adherencia. Ejemplo de este modelo son: el modelo de creencias de la salud (Rosenstock, 1974; Becker, 1979), la teoría social cognitiva (Bandura & Simon, 1977), la teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980) y la teoría de la protección-motivación (Rogers & Prentice-Dunn, 1997). En todas ellas el foco se centra sobre cómo los pacientes conceptualizan las amenazas para su salud y las barreras que pueden obstaculizar el proceso, pero no profundizan en los factores comportamentales para hacer frente a las diferentes situaciones.

5. La perspectiva de autoregulación

Integra las variables del entorno y las respuestas cognoscitivas de los pacientes a las amenazas a su salud en un modelo autorregulado (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001).

Se centra en la relación entre la conceptualización o representación mental del paciente de su enfermedad y la forma cómo se enfrenta a ella. En ese proceso el paciente se ve mediando entre las amenazas que la enfermedad supone para su salud y las medidas tomadas para abordarla. La adherencia, por tanto, requiere un modelo apropiado y la creencia de que uno mismo puede administrar su propio ambiente y comportamiento para hacer frente a la enfermedad y entender la importancia de su intervención para conseguirlo.

Todas estas teorías y modelos ofrecen sus ventajas y desventajas, pero ningún enfoque ofrece una explicación y un marco integral para abordar la adherencia. Modelos más recientes son más específicos en cuanto a pautas de comportamiento y prácticas de salud a seguir.

1. El modelo información-motivación-comportamiento (IMC) (Fisher & Fisher, 1992)

Es un modelo sencillo que basa su fundamento en el conocimiento de la información de la enfermedad por parte del paciente tanto en lo referente a su presentación, su curso como las estrategias de su tratamiento.

La motivación comprende las actitudes personales hacia el comportamiento de adherencia, el apoyo social recibido y el cómo sería el comportamiento de otros pacientes con el mismo trastorno médico. Las aptitudes necesarias comprenden el conocimiento tanto las herramientas comportamentales que el paciente necesita, el apoyo social, así como las estrategias de autorregulación complementarias.

En este modelo la información es un punto previo e importante para el cambio, aunque no suficiente. Si bien cuando las aptitudes comportamentales son conocidas por el paciente, la motivación o la información por sí solas pueden llevar a un cambio, es mucho más efectivo de cara a la adherencia cuando funcionan conjuntamente.

2. El modelo de las etapas de cambio EDC. Modelo Transteórico (Prochaska, 1992)

Establece cinco etapas a través de la cuales los individuos progresan y modifican su comportamiento. Cada etapa determina la posterior. Las etapas son: la preconsideración (no considerar el cambio de comportamiento en los próximos 6 meses), la consideración (considerar el cambio de comportamiento en los próximos 6 meses), la preparación (planificar el cambio de comportamiento en los próximos 30 días), la acción (producir el cambio de comportamiento) y el mantenimiento (cambio de comportamiento exitoso durante al menos 6 meses).

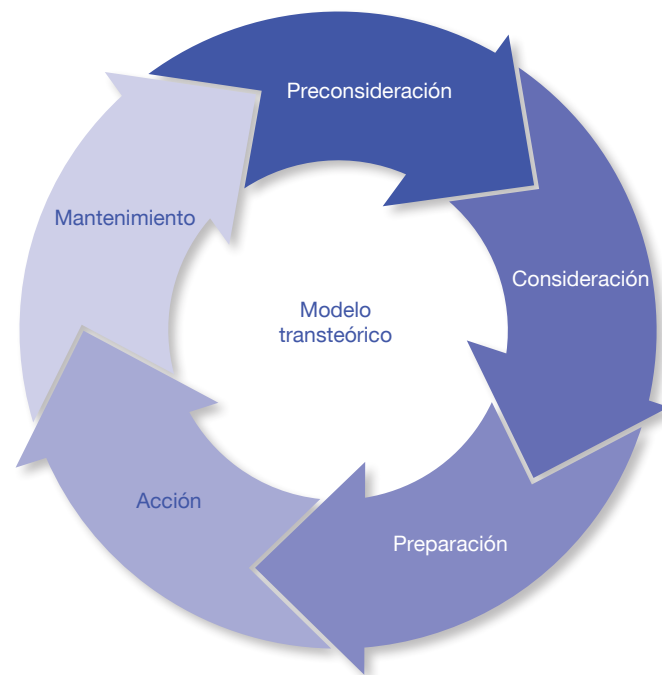
Para que dicho modelo funcione correctamente necesitamos de variables que promuevan el cambio de comportamiento y estrategias que lo favorezcan. Entre estas tenemos:

- **El equilibrio decisorio** o los pros y los contras de todo cambio de comportamiento. Los pros al comportamiento saludable suelen ser bajos al inicio de la etapa de cambio, pero aumentan al final y los contras a la inversa. Las escalas que miden pros y contras suelen ser importantes en las fases iniciales de cambio (preconsideración, consideración y preparación) ya que el equilibrio decisorio es un excelente indicador de la motivación al cambio del individuo.

- **La tentación a la recaída** se refiere al grado de tentación delante de situaciones que suponen un desafío para mantener un cambio comportamental. La confianza y la tentación funcionan a la inversa. Las puntuaciones en tentación son altas en la etapa de preconsideración y disminuyen sustancialmente en las etapas de mantenimiento (Prochaska, 1994).
- **Las estrategias para el cambio.** El modelo EDC incorpora estrategias que ayudan a transitar por las diferentes etapas. Dichas estrategias se basan en modelos teóricos de la ciencia del comportamiento. En ellas hallamos tanto aspectos cognoscitivos, evaluativos y afectivos como comportamentales referentes a conductas observables como recordatorios, recompensas, etc.) (Skinner et al., 1999).

Este modelo ofrece la posibilidad de intervenir en procesos complejos de forma útil usando los componentes o las estrategias adecuadas a cada paciente y a cada etapa. Si bien es un modelo adecuado cuando se promueve el comportamiento de salud todavía debe aplicarse al problema de la no adherencia a la medicación.

Figura 5.1. Modelo Transteórico



Fuente: Elaboración propia basada en Prochaska, 1992

1.3. Trastornos mentales y comorbilidad con enfermedades físicas

En España, 1 de cada 10 adultos padece una enfermedad mental (Ministerio de Sanidad, 2017) y el porcentaje se eleva en personas que padecen enfermedades físicas crónicas (Rosenblat et al., 2020) con tasas hasta 2-3 veces superiores a la población general (Celano et al., 2018). Las enfermedades físicas y los trastornos psiquiátricos comparten sustratos biológicos (antecedentes personales o familiares de depresión, inflamación, dolor, cambios endocrinos, efectos de medicaciones...), sociales (experiencias adversas en la infancia, transiciones de rol, aislamiento, estigma, sobrecarga del cuidador...) e individuales (neuroticismo, baja autoestima, cambios en la identidad, autoinculpación...) que favorecen su comorbilidad (Rosenblat et al., 2020). Mientras, la comorbilidad entre enfermedad mental y enfermedad física aumenta el consumo de recursos y los costes, empeora el pronóstico de ambos trastornos y dificulta la adherencia al tratamiento (Sporinova et al., 2019; Rosenblat et al., 2020).

Ansiedad y depresión son los trastornos mentales más frecuentes en población adulta española (Ministerio de Sanidad, 2017). La prevalencia del trastorno depresivo mayor es del 2-4% en población general mientras que este porcentaje se dobla cuando se trata de población que padece una enfermedad física crónica. Con frecuencia se encuentra comorbilidad entre depresión y cáncer (10-20%), diabetes (6-20%), enfermedades cardiovasculares (15-25%), VIH (25-40%), EPOC (20-30%), enfermedades autoinmunes (10-30%), espondilitis anquilosante (40%), artritis reumatoide (17%) y trastornos neurológicos como infarto, epilepsia, esclerosis múltiple, daño cerebral de origen traumático, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson (20-40%) (Lwin et al., 2020; Parkinson et al., 2020; Rosenblat et al., 2020). Esta comorbilidad empeora el pronóstico, incrementa el consumo de recursos, los síntomas físicos, la mortalidad y la suicidalidad y se asocia a menor adherencia al tratamiento, peor calidad de vida y peor pronóstico. Por otro lado, se ha demostrado una reducción de la mortalidad en personas con enfermedad física crónica deprimidas que reciben tratamiento para la depresión. Por tanto, el correcto diagnóstico y abordaje terapéutico de la depresión es de gran importancia. Sin embargo, es frecuente el infradiagnóstico de la depresión, a lo que contribuyen la atribución de los síntomas somáticos únicamente a la enfermedad física por su similitud con ésta, limitaciones de tiempo de visita y la dificultad en pacientes y profesionales para hablar del estado psicológico. Por todo ello, guías clínicas internacionales de enfermedades físicas crónicas recomiendan screening rutinario de depresión (Rosenblat et al., 2020).

La presencia de enfermedad física crónica facilita la concurrencia de trastorno de ansiedad y viceversa, siendo los más frecuentes en esta población el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico. Se detectan prevalencias elevadas de trastornos de ansiedad en enfermedades como epilepsia (29%), esclerosis múltiple (48,9%), enfermedad de Parkinson (30,1%), enfermedad cardiovascular (30%), DM (47,0%), lo

que representa tasas superiores a la población general y a otras poblaciones médicas. En distintas enfermedades físicas, los síntomas de ansiedad con frecuencia no son identificados. Por ejemplo, estudios indican que sólo se identifica correctamente el 50% de los pacientes que presentan ansiedad elevada tras infarto de miocardio, atribuyendo a la similitud de síntomas cardíacos y psicológicos la dificultad del diagnóstico (Celano et al., 2018). Se resalta la importancia del screening y tratamiento específico de los trastornos de ansiedad comórbidos puesto que dicha comorbilidad puede condicionar incremento de la morbimortalidad y menor adherencia al tratamiento (Kretchy, Owusu-Daaku & Danquah, 2014; Latas, Vučinić Latas & Spasić Stojaković, 2019).

Tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar, si bien tienen una prevalencia menor en la población general (1% y 3% respectivamente) que depresión o ansiedad, constituyen un grupo de riesgo importante ya que se asocian a tasas de mortalidad de 2 a 3 veces superiores que la población general y una reducción de 10 a 20 años de esperanza de vida, atribuibles principalmente a la comorbilidad con enfermedades físicas. Además, estas enfermedades mentales con frecuencia se asocian a estilos de vida que suponen factores de riesgo para la salud, como consumo de tabaco, sedentarismo y dietas poco saludables (World Health Organization, 2018).

La tercera edad merece una mención especial en este apartado por la alta prevalencia en este grupo de enfermedades físicas crónicas, por tratarse la depresión de una de las enfermedades más prevalentes en el anciano y por la relación de ambas y sus tratamientos farmacológicos con el riesgo de deterioro cognitivo/demencia o su empeoramiento. Otras patologías altamente prevalentes en esta población, como la HTA y algunos de sus tratamientos farmacológicos, se asocian a depresión y ésta a reducción de la adherencia al tratamiento (Bhattacharjee et al., 2020). Mientras, el inadecuado control de la hipertensión puede conducir a deterioro cognitivo y éste se asocia fuertemente, a su vez, con las dificultades para la toma correcta de medicación y el acudir a las citas (Chudiak, Uchmanowicz & Mazur, 2018).

El objetivo de este capítulo es revisar los factores psicológicos y psiquiátricos que influyen en la adherencia al tratamiento así como las estrategias e intervenciones estudiadas para mejorarla.

2. Criterios de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda en Pubmed y Google Scholar con las siguientes palabras clave en inglés “*patient compliance*” y “*medication adherence*” y se combinan los siguientes términos: prevalence, outcome, treatment, depression, anxiety, schizophrenia, psychosis, medical illness, mental health disorders. Se han buscado los siguientes términos en español: Psicología de la Salud, adherencia terapéutica campo de la Psicología, adherencia terapéutica y factores psicosociales, adherencia terapéutica pacientes con enfermedades crónicas.

3. Resultados

3.1. La influencia del trastorno mental sobre la adherencia

La enfermedad mental se caracteriza por alteraciones sociales, ocupacionales, educativas y cognitivas que suponen un reto para la adherencia al tratamiento. Se han informado tasas del 55% de falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico, siendo más prevalente que en población que padece únicamente enfermedades físicas crónicas (50%). La falta de adherencia conduce a recaída temprana y mal pronóstico del trastorno mental (Khalifeh & Mansour, 2020).

En depresión se han detectado tasas de falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico entre el 10-85%. La incumplimentación de tratamiento se ha relacionado con mayor riesgo de recaída y recurrencia, rehospitalización, mayor persistencia de síntomas y aumento de ideación suicida (Khalifeh & Mansour, 2020). Cuando existe patología física comórbida, la depresión se ha asociado a menores tasas de adherencia al tratamiento de la enfermedad física (Khalifeh & Mansour, 2020). En enfermedades físicas crónicas como la insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis, la depresión es la causa más frecuente de falta de adherencia al tratamiento farmacológico (Ruiz García et al., 2016) mientras que en VIH, la única enfermedad que se asocia sistemáticamente a la falta de adherencia al tratamiento es la enfermedad mental, fundamentalmente la depresión (Morillo-Verdugo, Polo & Knobel, 2020). En el caso de DM, la depresión disminuye la adherencia a su tratamiento, empeorando el control metabólico (Jurgen et al., 2020).

La ansiedad se relaciona en general con tasas menores de adherencia al tratamiento en asma, infarto de miocardio y hemodiálisis aunque un estudio encontró mayores tasas de adherencia en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad (Kim et al., 2010) mientras que Kretchy et al. no encontraron diferencias en la cumplimentación de tratamiento antihipertensivo en pacientes que presentaban ansiedad (Kretchy, Owusu-Daaku & Danquah, 2014).

La comorbilidad psiquiátrica y física aumenta el número de medicaciones prescritas y favorece su abandono. Aumenta también el riesgo de efectos secundarios, lo que a su vez aumenta el abandono del tratamiento. Por otro lado, estudios demuestran que el estrés de padecer una enfermedad puede influenciar la adherencia al tratamiento en VIH (Blashill, Perry & Safren, 2011), síndrome coronario agudo (Molloy et al., 2008) e HTA (Kretchy, Owusu-Daaku & Danquah, 2014).

Existen aspectos específicos de la enfermedad mental que pueden condicionar la falta de adherencia al tratamiento, además de los factores generales ya vistos en otros capítulos de este libro (factores socioeconómicos, del sistema de salud, de la medicación y del paciente): la presencia de alteraciones de memoria, letargia, apatía, síntomas somáticos, presencia de dolor físico o mayor gravedad clínica aumentan el riesgo de falta de adherencia al tratamiento. Las rehospitalizaciones frecuentes y el consumo de sustancias

se relacionan con menor adherencia al tratamiento (Khalifeh & Mansour, 2020) mientras que la duración corta de la enfermedad favorece la cumplimentación del tratamiento en comparación con enfermedad de larga duración.

En Esquizofrenia se han informado tasas de falta de adherencia al tratamiento incluso más elevadas, hasta el 20 y el 89% (Coldham, Addington & Addington, 2002). La falta de insight, frecuente en la Esquizofrenia, es uno de los factores específicos que influye negativamente en la adherencia. Otros factores específicos que pueden reducir la adherencia al tratamiento son los documentados efectos secundarios de la medicación, la comorbilidad con abuso de sustancias y la falta de apoyo (Gratacós & Pousa, 2018). Otro controvertido factor es el estigma, entendido como las creencias y actitudes negativas hacia las personas que padecen enfermedad mental, y el autoestigma, como internalización del estigma público que puede conducir a sentimientos de vergüenza y autodepreciación. Unas revisiones encuentran que el estigma reduce la búsqueda de tratamiento, mientras otras encuentran que lo aumentan o que no existe relación entre estas variables. Podría pensarse tanto que el estigma conduce a una evitación del diagnóstico o el tratamiento como a su búsqueda para eliminar la condición que lo produce (Cerully, Acosta & Sloan, 2018).

Dentro del modelo biopsicosocial, la familia juega un importante y complejo papel en la decisión sobre la toma de medicación: los pacientes con familias a las que consideran de ayudan son menos proclives al abandono del tratamiento (Ostrow et al., 2019).

Otro punto de interés es cómo la depresión y ansiedad propician comportamientos no saludables y dificultan la adherencia a las recomendaciones saludables y no sólo a la medicación, por ejemplo dieta baja en sodio, actividad física, rehabilitación o abandono del tabaco (Kretchy, Owusu-Daaku & Danquah, 2014).

Debido a que la toma de medicación requiere de una adecuada función cognitiva que asegure la integridad de los procesos de memoria, planificación y ejecución, la relación entre deterioro cognitivo y falta de adherencia al tratamiento ha sido ampliamente estudiada e informada. La adherencia al tratamiento en personas con deterioro cognitivo detectada en dos revisiones sistemáticas fue entre el 10% y 56,4%, asociándose un peor rendimiento cognitivo con falta de adherencia. En patologías altamente prevalentes como la HTA, el deterioro cognitivo correlaciona fuertemente con la toma de medicación y el acudir a las citas y, a su vez, la hipertensión incorrectamente tratada puede producir deterioro cognitivo (Chudiak, Uchmanowicz & Mazur, 2018). Respecto a las tasas de adherencia al tratamiento antidepressivo en esta población oscilan entre el 20 y el 80%. Bhattacharjee et al. encontraron mayor adherencia al tratamiento en fase aguda (74%) que en fase de continuación (64%), en una muestra de 6239 pacientes ancianos con demencia en tratamiento antidepressivo fase aguda y 5617 en fase de continuación (Bhattacharjee et al., 2020).

Se han identificado las siguientes barreras para la cumplimentación del tratamiento en personas con deterioro cognitivo: alteraciones de memoria, conocimiento de la

medicación, conocimientos en salud, preocupación por los efectos adversos y el coste, pertenecer a unas minorías étnicas, el tipo de asistencia pública o privada, la psicoterapia, la presencia de enfermedad de Parkinson y la densidad de neurólogos y psiquiatras, identificándose una discrepancia entre aquellas barreras detectadas por pacientes y sus cuidadores y las detectadas por los profesionales (Chudiak, Uchmanowicz & Mazur, 2018; Bhattacharjee et al., 2020).

3.2. Estrategias de cambio desde el punto de vista comportamental

Paciente activo

El incumplimiento de las prescripciones médicas ha sido una constante en el área de la Psicología de la Salud, sobre todo en lo referente a enfermedades crónico-degenerativas (Olvera Mendez & Soria Trujano, 2008). El afrontamiento que el paciente haga juega un papel importante para la adherencia. Esto supondrá que movilice sus recursos y haga cambios en su estilo de vida, se adapte a las nuevas condiciones y aprenda a vivir y a convivir con su enfermedad. Deberá aprender nuevas conductas que le ayuden a tener una mejor calidad de vida y al mismo tiempo dispondrá de recursos psicológicos, sociales, familiares y económicos para hacer frente a su diagnóstico. La percepción individual es un factor determinante en la adherencia al tratamiento, por lo que es muy importante un abordaje terapéutico con el enfermo que permita promover el autocuidado así como identificar las características de su personalidad y las creencias en salud. El objetivo de la acción terapéutica será que el propio paciente se dé cuenta de sus características personales, cognitivas, emocionales y conductuales que influyen en su estado de salud (Carrillo, Norato & Chagoya, 2017).

Apoyo social

El apoyo del entorno social y familiar del enfermo es importante para su implicación en el tratamiento, pero no es garantía única de un resultado exitoso. Es determinante que los esfuerzos se dirijan a la naturaleza del apoyo y no tanto a la presencia del mismo. Los familiares pueden tener buenas intenciones, pero no acierten en la forma de llevarlo a cabo. Muchas veces las familias pueden sentirse cansadas, desorientadas y los diferentes miembros actúan de diferentes maneras (unos son más rígidos, otros más permisivos...) lo que puede dar lugar a enfrentamientos. Para evitar estas situaciones es importante ofrecer información, asesoramiento y apoyo. Cuando se dan estas condiciones, se aumenta el grado de adaptación a la nueva situación, así como los niveles de adherencia (Garrido Martín, 1993).

Otro tipo de apoyo social que puede beneficiar a aumentar la adherencia, son los grupos de apoyo. Existen un gran número de grupos de apoyo para las diferentes poblaciones clínicas (pacientes con cáncer, alcohólicos, diabéticos, etc.). Las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de los tratamientos potenciando los conocimientos y confianza del paciente (Salleras Sanmartí, 1985).

Instrucción e información

Para que los pacientes se enfrenten a las exigencias que generan el tratamiento a su enfermedad, sobre todo cuando hablamos de enfermedades crónicas, es importante que sean informados, motivados y entrenados en estrategias tanto cognoscitivas como comportamentales de autorregulación. Esto requiere de una movilización que afecta tanto al sistema de atención sanitaria, al paciente y a la comunidad que lo apoya (McCann, 1990).

El prestador sanitario debe proporcionar información dentro de un marco de confianza donde el paciente pueda intervenir exponiendo sus dudas y dificultades del régimen de tratamiento. Algunas sugerencias para una intervención positiva podrían ser (Ortego et al., 2011):

- Utilizar frases sencillas
- Usar frases afirmativas
- Presentar la información agrupada y ordenada
- Repetir la información
- Enfatizar lo más importante
- Emplear material oral y escrito
- Ilustrar la información
- Presentar la información importante al principio y al final
- Evitar tecnicismos
- Poner ejemplos
- Pedir que nos repitan la información
- Formular preguntas
- Aclarar dudas
- Corregir errores
- Hacer un resumen final de la información proporcionada

Asimismo, generar un clima de seguridad y empatía es importante para que el paciente se sienta incluido y reconocido y se potencie su colaboración. Algunas conductas que favorecen dicho marco serían (Ortego, López & Álvarez, 2011):

- Presentarse

- Establecer contacto ocular
- Explorar las preocupaciones, expectativas y metas del paciente
- Atender tanto la comunicación verbal como no verbal
- Responder a las preguntas
- Evitar los tecnicismos
- No emitir juicios
- Reforzar
- Dar ánimos
- Discutir los pros y los contras de tratamientos alternativos
- Generar sugerencias y preferencias del paciente y negociar cualquier desacuerdo
- Asegurar la continuidad de la atención

Mantener un nivel de motivación en los pacientes no siempre es posible desde el sistema, por lo que se han implementado en los últimos tiempos programas formativos que atienden a educar en hábitos saludables, información sobre la salud y la importancia de la adherencia como factor determinante en el éxito del tratamiento.

Temores y barreras

Al hablar de un fenómeno multimodal y multifactorial, la adherencia se presenta en muchas ocasiones como un comportamiento complejo y de difícil control. Durante el proceso surgen inconvenientes, obstáculos que dificultan su permanencia. Entre los factores que se relacionan con este problema se encuentran:

- **Factores personales.** Falta de motivación, de información, baja autoestima, creencias limitantes entre otras. La depresión ha sido asociada frecuentemente con los resultados alcanzados en las enfermedades crónicas (Goldney et al., 2004). Por ejemplo, en el caso de la diabetes tipo 1, cuando la depresión está presente, se da peor control metabólico, disminuye la actividad física y por tanto se producen mayores complicaciones derivadas de la patología (Anderson et al., 2000).
- **Factores económicos y sociales.** Si bien el sexo, el entorno social o económico no se han visto como factores determinantes de la no adherencia, es evidente que hemos de contemplarlos, en cada caso o población médica particular, como barreras que pueden influenciar en el comportamiento adherente.
- **Factores del sistema de salud y los prestadores.** Existe notable documentación que habla del rol médico-paciente así la relación del paciente con el equipo médico. Se

ha comprobado que una relación de colaboración entre paciente y prestador sanitario dentro de un marco de confianza contribuye a una mejor adherencia al tratamiento, sobre todo en enfermedades crónicas (Ciechanowski et al., 2001). Factores como la satisfacción y la comunicación con el equipo de atención son también indicadores de mayor grado de adherencia (Rodríguez, 2001).

- **Enfermedad y tratamiento.** Las tasas de adherencia son diferentes si hablamos de una enfermedad aguda que una crónica. Según el National Heart, Lung & Blood Institute, entre el 30 y el 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos. En general, el 40% no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas el porcentaje se sitúa en un 20% mientras en las crónicas sería de un 45 o 50% (Martín & Grau, 2005). Cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida y afectan a diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes pueden aumentar de manera considerada (Rodríguez, 2001).

Del mismo modo cuando el tratamiento consiste en un patrón complejo de conductas e invade a diferentes aspectos del paciente, tiende a afectar a su adherencia.

3.3. La intervención: componentes

Se recomiendan intervenciones multicomponente, multidisciplinarias (con intervenciones de distintos profesionales: enfermeras, terapeutas, psiquiatras, psicólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales), centrados en la persona y orientados a la toma de decisiones compartida entre profesional y paciente (Khalifeh & Mansour, 2020).

Desde el paciente

Es importante tener en cuenta que los pacientes son personas que necesitan de la comprensión del sistema y no ser señalados como culpables. La adherencia implica una multitud de factores que deben trabajar en equipo y con coherencia para que funcionen.

El paciente necesita sentirse incluido y no excluido del proceso y como tal valora en positivo que se tengan en cuenta sus opiniones y sus preferencias respecto a las decisiones terapéuticas.

Su sistema de creencias y los temores asociados a la enfermedad son variables que determinan sus pros y los contras respecto al tratamiento.

Es necesario, por tanto, mantener un canal de información abierto para que el paciente pueda comprender qué le pasa y cómo afrontarlo.

Algunos factores relacionados con el paciente que se deben contemplar son:

- Su estrés psicosocial
- Baja motivación

- Conocimiento inadecuado de la enfermedad
- Habilidades inadecuadas para afrontarla
- Falta de conciencia
- Creencias negativas respecto a efectos adversos del tratamiento
- Falta de percepción de riesgo para su salud
- Bajas expectativas respecto al tratamiento
- Desesperanza o vivencias negativas
- Dificultades en la relación con el personal sanitario
- Miedo a la dependencia al tratamiento

La motivación para adherirse al tratamiento vendrá determinada por la percepción entre costes y beneficios obtenidos y su grado de confianza en conseguirlo. Para ello se hace necesario que entienda la importancia de la adherencia y potencie las conductas de autocuidado sobre la base de una relación fluida y segura con los prestadores sanitarios.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) basada en la detección de patrones de pensamiento, emocionales y conductuales mal adaptados, ofrece un modelo de cambio que facilita la adherencia terapéutica basado en estrategias cognitivas diversas que ayudan a reestructurar los pensamientos, así como a disminuir los estresores a través del entrenamiento en resolución de problemas. Su eficacia depende de la alianza terapéutica entre sujeto y psicólogo (Chávez-León, Benitez-Camacho & Ontiveros Uribe, 2014).

Asimismo, la Terapia de Aceptación y Compromiso formando parte de las terapias de tercera generación, ofrece una forma de abordar la gestión mental y la emocional basada en la flexibilidad del yo y la aceptación de la realidad fundamentándose en los valores personales. Este tipo de terapias usan herramientas como el mindfulness para entrenar la atención y regular los aspectos emocionales.

Desde el prestador sanitario

Cada vez es mayor la evidencia que unas buenas relaciones profesional-usuario de los servicios de salud contribuyen a mejorar el nivel de adherencia y eficacia de los tratamientos.

El prestador sanitario se encuentra ubicado en un sistema que se rige por sus propias reglas y por lo que muchas veces sus actuaciones vienen delimitadas por protocolos creados y normas de funcionamiento que establece el propio sistema sanitario. Factores como la información proporcionada a los pacientes respecto al tratamiento y a la patología que padecen, la comunicación establecida con ellos y el seguimiento realizado se convierten en elementos esenciales para la presencia de la adherencia.

Las deficiencias que se manifiestan en determinados momentos del proceso (dar poca información, escaso o inadecuado contacto visual, no permitir espacios de conversación y preguntas, juicios, etc.) se evidencian en el paciente en incomprensión de la información recibida, el olvido, el incumplimiento de la prescripción o la falta de adhesión y en ocasiones abandono del tratamiento (Gil et al., 1992).

De la misma forma distintas investigaciones han aportado información de los factores positivos que promueven una buena relación entre personal sanitario-paciente como son: la atención personalizada, la información comprensible, la escucha, la implicación del paciente, la no emisión de juicios, etc. (Cuñado, Gil & García, 1992).

Los programas de **entrenamiento en habilidades sociales** serían un camino eficiente para promover una buena relación con el paciente por parte del personal sanitario. Dichos programas podrían ser promovidos no solo desde los Centros Educativos que forman a estos profesionales sino también desde los mismos centros donde prestan sus servicios (Ortego et al., 2011).

- Habilidades orientadas a la realización de entrevistas: saber escuchar, formular preguntas, reformulaciones y síntesis, saber iniciar y acabar entrevistas (González, Fernández de Dios & Mirón, 1999).
- Habilidades para transmitir información y persuadir: transmitir correctamente el mensaje y facilitar su recuerdo y cumplimiento (Costa & López, 1986).
- Habilidades de negociación: escuchar, definir el problema, ajustar expectativas, confirmar el acuerdo y el compromiso (Cornelius & Faire, 1998; Borrell, 1989).
- Habilidades asertivas: defender con respeto los derechos como profesionales, reconocer limitaciones y errores, pedir disculpas, saber decir no y no mostrarse agresivo.

No olvidemos que las relaciones interpersonales son muy importantes en las relaciones humanas y en el ámbito de los servicios sanitarios no es una excepción. Los problemas pueden surgir de una mala comunicación u otros comportamientos y perjudicar el proceso de tratamiento y curación del paciente.

Desde el sistema de salud

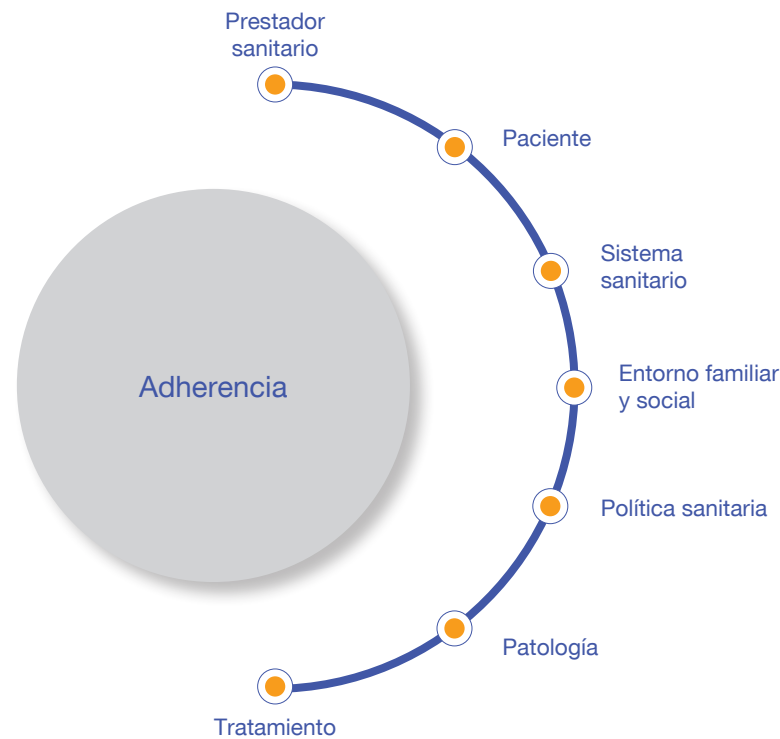
Implantar programas de screening e intervención en patología mental comórbida con patología crónica física para su temprano y correcto diagnóstico y tratamiento. Se recomienda adherirse a criterios DSM 5 para identificar síntomas cardinales de los trastornos como ánimo depresivo y anhedonia y evitar la atribución de síntomas como insomnio, falta de concentración o energía simplemente a la patología física. Se recomienda el uso de cuestionarios como el Cuestionario de salud del paciente de 2 ítems (PHQ-2) como screening, seguido del Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9) para los pacientes que den positivos en el screening. Aunque no está recomendado el screening universal de ansiedad, dada la relación de los trastornos de ansiedad como peor pronóstico en pacientes cardíacos, se plantea la utilidad de utilizar cuestionarios como el GD-2 y GAD-7.

- Proporcionar información verbal y escrita sobre los procesos de salud y enfermedad, las distintas fases del tratamiento, duración y cumplimentación, con lenguaje y formato adecuados, incluyendo adaptaciones para limitaciones como pérdida auditiva o visual.
- Integrar y diseñar medidas de evaluación de la adherencia al tratamiento adecuadas e intervenciones específicas para poblaciones concretas.
- Implantar sistemas de recordatorios electrónicos o mensajes de texto para aumentar la adherencia al tratamiento.
- Facilitar a los profesionales la formación en comunicación con el paciente y en adherencia al tratamiento.
- Evitar los cambios frecuentes de profesional sanitario y la baja frecuencia de visitas.
- Asegurar la accesibilidad a los recursos (evitando la lejanía del domicilio a los recursos o falta de transportes), evitar tiempos de espera elevados y consultas con tiempo limitado, así como el número de profesionales necesarios.
- En el caso de la asistencia privada, favorecer sistemas de pago que incluyan los costes de servicios tanto de enfermedades crónicas como de enfermedad mental.
- Elaborar guías de intervención específicas para comorbilidad física y psiquiátrica, que incluyan mejora de la comunicación profesional-paciente, atendiendo a las minorías culturales y de corte motivacional. Dichas guías deben orientar también en los fármacos apropiados para cada población.
- Potenciar en los distintos recursos y equipos iniciativas para el incremento del número de intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento.
- Elaborar y facilitar la implementación de planes de acción con el objetivo de la mejora de adherencia al tratamiento.
- Instaurar programas de cuidado colaborativo, que consisten en la intervención por un case manager no médico (supervisado por un psiquiatra) para realizar screening de trastornos psiquiátricos y coordinar el tratamiento de estos trastornos con el tratamiento médico del paciente. El tratamiento colaborativo permite intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas dentro del marco del tratamiento médico y ha demostrado eficacia en pacientes deprimidos con patología cardiovascular, mejorando parámetros tanto de depresión como cardiovasculares (tensión arterial, hemoglobina A1c, LDL (Celano et al., 2018; Khalifeh & Mansour, 2020).

4. Discusión

La adherencia requiere de una profunda reflexión como comportamiento complejo y multifactorial que es. Se entrelazan las actitudes y creencias del paciente, su entorno social y familiar, la complejidad del tratamiento, características de la patología, el sistema sanitario, los prestadores del sistema y la política sanitaria vigente. Cada una de las partes se interrelaciona y se retroalimenta y de cada una de ellas depende el buen funcionamiento de la otra.

Figura 5.2. Visión multicausal de la adherencia



Fuente: Elaboración propia

El paciente paralelamente debe ocupar un lugar preferente en el centro del sistema. Desde una visión holística e integradora, es necesario acercarnos a su realidad con sus necesidades, pero también con sus dificultades y barreras, para intentar comprender cuáles son los medios que nos permiten implementar la adherencia terapéutica como un factor de curación importante.

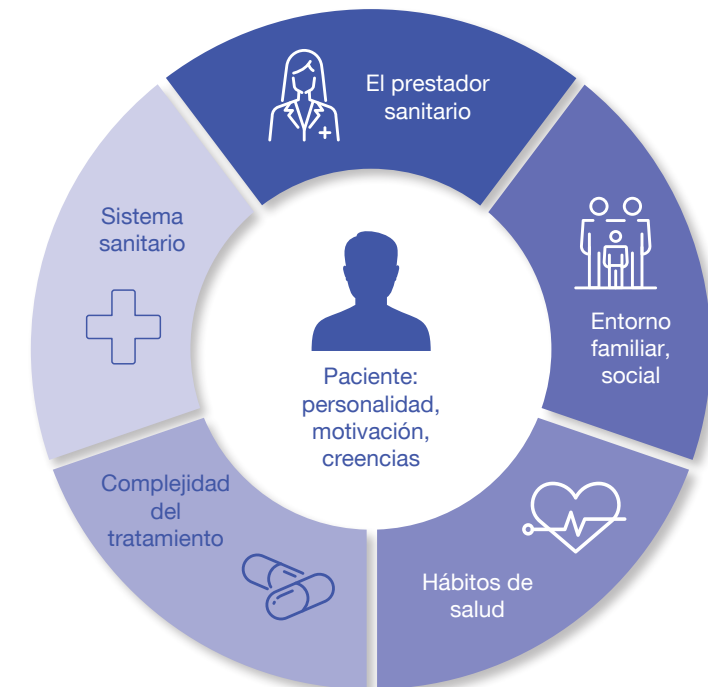
A lo largo de los últimos años se han usado métodos de evaluación directos (análisis de sangre y orina, recuento de medicación, dispositivos electrónicos o análisis de registros de dispensación) o indirectos (cuestionarios, test), cualitativos (entrevistas estructuradas o semiestructuradas, clínicas o motivaciones) y cuantitativos (encuestas a una muestra de población con diferentes patologías) que han procurado analizar y objetivar cuáles son los factores que determinan una buena adherencia al tratamiento.

La **entrevista clínica** ofrece en la actualidad la posibilidad de trabajar un conjunto de variables potenciadoras de la adherencia: creencias y emociones del paciente, la alianza terapéutica con el prestador sanitario, su educación sanitaria y el aumento de su motivación. Es por ello que dicha herramienta se ha convertido con el tiempo en un instrumento cercano al paciente.

La educación de los profesionales sanitarios en técnicas de comunicación y de habilidad social, así como el trabajo coordinado de todo el equipo terapéutico será muy importante para garantizar una intervención de calidad que garantice y potencia la conducta adherente.

La comorbilidad entre enfermedades físicas crónicas y psiquiátricas es frecuente, ensombrece el pronóstico, reduce la adherencia al tratamiento, por lo que es esencial asegurar su detección y tratamiento. Cribados y programas específicos de abordaje de estas comorbilidades mejoran la atención y reducen el riesgo de falta de adherencia terapéutica.

Figura 5.3. Paciente y adherencia



Fuente: Elaboración propia

Los retos que enfrentamos: un resumen

La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que requiere una evaluación multifactorial e individualizada y una intervención centrada en el paciente. La detección y tratamiento de las frecuentes comorbilidades psiquiátricas en enfermedades físicas crónicas mejora la adherencia. La intervención con frecuencia será multicomponente y siempre basada en una buena alianza terapéutica, utilizando la entrevista clínica como herramienta fundamental. Es muy importante el rol activo del paciente y una educación sanitaria que promueva el autocuidado, la autonomía y la adecuada utilización de los recursos disponibles. Es necesario, por tanto, el desarrollo de planes desde el propio sistema de salud que engloben las acciones a desarrollar y cuyo objetivo sea la implementación de la adherencia como un factor determinante de la curación del paciente y de la mejora del sistema en su totalidad.

Se plantan los siguientes retos y sugerencias de mejora:

1. Potenciar la investigación dirigida al estudio de la prevalencia de la falta de adherencia al tratamiento, métodos para su detección y cuantificación adecuada en los distintos contextos clínicos y culturales, factores relacionados y métodos para mejorarla.
2. Investigar los comportamientos de búsqueda de ayuda en distintos contextos y culturas que pueden influenciar la toma de decisión en la cumplimentación del tratamiento.
3. Investigar los roles de la familia en la cumplimentación terapéutica e incluir a la familia y cuidadores en las intervenciones.
4. Explorar la relación con los profesionales que prescriben el tratamiento y psicoterapeutas.
5. Integrar estadísticas de adherencia al tratamiento en las bases de datos sanitarias.
6. Incluir los avances tecnológicos como herramientas de mejora para la medición y la evaluación de la adherencia.
7. Realizar un esfuerzo colaborativo de investigadores, profesionales de la salud y la administración para elaborar planes de acción que permitan mejorar la adherencia al tratamiento y la mejora, por tanto, de nuestro sistema de salud.

Recursos útiles

Webs:

- OMS: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- European Patients Forum / EUPATI: <https://www.eu-patient.eu/whatwedo/Policy/Adherence-to-therapies-Compliance-Concordance/>
- Observatorio de la Adherencia al Tratamiento: <https://www.oatobservatorio.com/>
- Farmaindustria: <https://www.farmaindustria.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf?v=2017>
- <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf>
- Ministerio de Sanidad: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf ;
- https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf

Apps:

- <https://tevafarmacia.es/ofacademia/comunicacion/apps-comunicacion-farmacia>
- <https://www.apoyatusalud.com/5-apps-gratuitas-para-mejorar-adherencia-tratamiento/>
- SMS: (<http://medicaments.gencat.cat/ca/detalls/Noticia/Poden-els-SMS-millorar-ladherencia-als-antipsicotics>)

Referencias

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980)

Understanding attitudes & predicting social behavior.

Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Anderson, R. M. et al. (2000)

'The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy',

Diabetes Care, 23(6), pp. 739–743. doi: 10.2337/diacare.23.6.739.

Bandura, A. & Simon, K. M. (1977)

'The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior',

Cognitive Therapy & Research, 1(3), pp. 177–193. doi: 10.1007/BF01186792.

Becker, M. H. (1979)

'Patient perceptions & compliance: Recent studies of health belief model',

Compliance in health care.

Bhattacharjee, S. et al. (2020)

'Extent & Factors Associated with Adherence to Antidepressant Treatment During Acute & Continuation Phase Depression Treatment Among Older Adults with Dementia & Major Depressive Disorder',
Neuropsychiatric Disease & Treatment, Volume 16, pp. 1433–1450. doi: 10.2147/NDT.S241749.

Blashill, A. J., Perry, N. & Safren, S. A. (2011)

'Mental Health: A Focus on Stress, Coping, & Mental Illness as it Relates to Treatment Retention, Adherence, & Other Health Outcomes',
Current HIV/AIDS Reports, 8(4), pp. 215–222. doi: 10.1007/s11904-011-0089-1.

Cabrera, G. A. (2004)

'Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX',
Colombia Médica, 35(3), pp. 164–168.

Carrillo, L., Norato, L. & Chagoya, M. (2017)

'La importancia de la consulta terapéutica en el apego al tratamiento',
Gaceta Hidalguense de la Investigación en Salud, 5(1), pp. 20–21.

Celano, C. M. et al. (2018)

'Depression & Anxiety in Heart Failure: A Review',
Harvard Review of Psychiatry, 26(4), pp. 175–184. doi: 10.1097/HRP.000000000000162.

Cerully, J. L., Acosta, J. D. & Sloan, J. (2018)

'Mental Health Stigma & Its Effects on Treatment-Related Outcomes: A Narrative Review',
Military Medicine, 183(11–12), pp. e427–e437. doi: 10.1093/milmed/usx219.

Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E. & Ontiveros Uribe, M. P. (2014)

'La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I',
Salud mental, 37(2), pp. 111–117.

Chudiak, A., Uchmanowicz, I. & Mazur, G. (2018)

'Relation between cognitive impairment & treatment adherence in elderly hypertensive patients',
Clinical Interventions in Aging, Volume 13, pp. 1409–1418. doi: 10.2147/CIA.S162701.

Ciechanowski, P. S. et al. (2001)

'The patient-provider relationship: attachment theory & adherence to treatment in diabetes',
The American Journal of Psychiatry, 158(1), pp. 29–35. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.29.

Coldham, E. L., Addington, J. & Addington, D. (2002)

'Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis',
Acta Psychiatrica Scandinavica, 106(4), pp. 286–290. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02437.x.

Cuñado, A., Gil, F. & García, M. (1992)

'Habilidades sociales en la relación del profesional sanitario con pacientes quirúrgicos',
F. Gil (Ed.), Habilidades sociales y salud.

Engel, G. L. (1977)

'The need for a new medical model: a challenge for biomedicine',
Science (New York, N.Y.), 196(4286), pp. 129–136. doi: 10.1126/science.847460.

Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992)

'Changing AIDS-risk behavior',
Psychological Bulletin, 111(3), pp. 455–474. doi: 10.1037/0033-2909.111.3.455.

Garrido Martín, E. (1993)

'Autoeficacia e intervención en problemas de familia',
Psicothema, 5(Sup), pp. 337–347.

Gil, F. et al. (1992)

'La formación de los profesionales de la salud',
Habilidades sociales y salud, pp. 90–98.

Goldney, R. D. et al. (2004)

'Diabetes, depression, & quality of life: a population study',
Diabetes Care, 27(5), pp. 1066–1070. doi: 10.2337/diacare.27.5.1066.

Gratacós M y Pousa E (2018)

interventions to improve therapeutic adherence in subjects with schizophrenia & gratacos - Search Results, PubMed.

Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=interventions+to+improve+therapeutic+adherence+in+subjects+with+schizophrenia+&+gratacos&filter=pubt.review>(Accessed: 29 January 2021).

Jurgen, B. et al. (2020)

'Associations Between Depressive Symptoms, Fear of Hypoglycemia, Adherence to Management Behaviors & Metabolic Control in Children & Adolescents with Type 1 Diabetes',
Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 27(2), pp. 385–395. doi: 10.1007/s10880-019-09676-6.

Khalifeh, A. & Mansour, A. H. (2020)

Prevalence, Barriers, & Interventions related to Medication Adherence Among Patients Diagnosed with Major Depressive Disorder: A Scoping Review.
preprint. Preprints. doi: 10.22541/au.159164041.11880087.

Kim, H. K. et al. (2010)

'Differences in adherence to antihypertensive medication regimens according to psychiatric diagnosis: results of a Korean population-based study',
Psychosomatic Medicine, 72(1), pp. 80–87. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181c4e3e9.

Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T. & Danquah, S. A. (2014)

'Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression & stress on anti-hypertensive medication adherence',
International Journal of Mental Health Systems, 8(1), p. 25. doi: 10.1186/1752-4458-8-25.

Latas, M., Vučinić Latas, D. & Spasić Stojaković, M. (2019)

'Anxiety disorders & medical illness comorbidity & treatment implications',
Current Opinion in Psychiatry, 32(5), pp. 429–434. doi: 10.1097/YCO.0000000000000527.

Leventhal, H. & Cameron, L. (1987)

'Behavioral theories & the problem of compliance',
Patient Education & Counseling, 10(2), pp. 117–138. doi: 10.1016/0738-3991(87)90093-0.

Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Cameron, L. (2001)

'Representations, procedures, & affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model',
Handbook of health psychology, 3, pp. 19–47.

Lwin, M. N. et al. (2020)

'Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review',
Rheumatology & Therapy, 7(3), pp. 457–471. doi: 10.1007/s40744-020-00217-4.

Martín, L. & Grau, J. (2005)

‘La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud’,
Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara,
Centro Universitario de Ciencias de la Salud, pp. 567–90.

McCann, K. (1990)

‘AIDS in the Nineties: from science to policy. Care in the community & by the community’,
AIDS care, 2(4), pp. 421–424. doi: 10.1080/09540129008257767.

Ministerio de Sanidad (2017)

Encuesta Nacional de Salud ENSE.

Serie informes monográficos.

Molloy, G. J. et al. (2008)

‘Social networks & partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, & quality of life following acute coronary syndrome’,
Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 27(1), pp. 52–58. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.52.

Morillo-Verdugo, R., Polo, R. & Knobel, H. (2020)

‘Consensus document on enhancing medication adherence in patients with the human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy’,
Farmacia Hospitalaria: Organo Oficial De Expresion Cientifica De La Sociedad Espanola De Farmacia Hospitalaria, 44(4), pp. 163–173. doi: 10.7399/fh.11441.

Oblitas Guadalupe, L. A. (2005)

‘Atlas de la psicología de la salud’,
p. 713.

Oblitas Guadalupe, L. A. (2006)

Psicología de la Salud. Una ciencia del bienestar y la felicidad.

2a. México: Plaza y Valdés.

Oblitas Guadalupe, L. A. (2007)

Enciclopedia de psicología de la salud.

Bogotá: PSICOM.

Olvera Mendez, J. & Soria Trujano, M. R. (2008)

‘La psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH’,
Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 11(4), pp. 149–158.

OMS (1986)

Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública.

Ottawa (ON), Canadá: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.

Ortego, M. del C. et al. (2011)

‘Tema 8. Las habilidades sociales’.

Universidad de Cantabria.

Ortego, M. del C., López, S. & Álvarez, M. L. (2011)

‘Tema 14. La adherencia al tratamiento’,

Universidad de Cantabria.

Ostrow, L. et al. (2019)

‘An exploratory analysis of the role of social supports in psychiatric medication discontinuation: results related to family involvement’,
Psychosis, 11(3), pp. 212–222. doi: 10.1080/17522439.2019.1615110.

Oviedo Neria, M. (2018)

‘Psicología de la salud y adherencia al tratamiento’,
Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula, 5(9). doi: 10.29057/esat.v5i9.2879.

Parkinson, J. T. et al. (2020)

‘Depression in patients with spondyloarthritis: prevalence, incidence, risk factors, mechanisms & management’,

Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, 12, p. 1759720X2097002. doi: 10.1177/1759720X20970028.

Prochaska, J. (1992)

‘Strong & weak principles for progressing from precontemplation to action’,
Health Psychology, 13, pp. 47–51.

Prochaska, J. O. (1994)

‘Strong & weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors’,
Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 13(1), pp. 47–51. doi: 10.1037//0278-6133.13.1.47.

Ritchie, P. L.-J. (2004)

La función de los psicólogos en la mejora de la adherencia a los tratamientos. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO.
Pruebas para la acción. OMS.

Rodríguez, M. (2001)

Psicología Social de la Salud.

Madrid: Pirámide.

Rogers, R. W. & Prentice-Dunn, S. (1997)

‘Protection motivation theory’,
in Handbook of health behavior research 1: Personal & social determinants. New York, NY, US: Plenum Press, pp. 113–132.

Rosenblat, J. D. et al. (2020)

‘Depression in the medically ill’,
The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 54(4), pp. 346–366. doi: 10.1177/0004867419888576.

Rosenstock, I. M. (1974)

‘Historical Origins of the Health Belief Model’,
Health Education Monographs, 2(4), pp. 328–335. doi: 10.1177/109019817400200403.

Ruiz García, E. R. et al. (2016)

‘Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis’,
19(3), p. 10.

Salleras Sanmartí, L. (1985)

Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones.

Ediciones Díaz de Santos.

Skinner, C. S. et al. (1999)

'How effective is tailored print communication?'

Annals of Behavioral Medicine, 21(4), pp. 290–298. doi: 10.1007/BF02895960.

Sporinova, B. et al. (2019)

'Association of Mental Health Disorders With Health Care Utilization & Costs Among Adults With Chronic Disease',

JAMA network open, 2(8), p. e199910. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.9910.

World Health Organization (2018)

Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines.

Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534487/> (Accessed: 12 February 2021)



Consecuencias de la falta de adherencia sobre los resultados en salud y calidad de vida

Jose María Castellano Vázquez
Nieves Martell Claros

1. Introducción: efecto de la adherencia sobre resultados de salud y calidad de vida

La no adherencia a la terapia se asocia con un aumento de la mortalidad. Es importante destacar que las diferencias absolutas de mortalidad asociadas con la no adherencia pueden exceder los beneficios incrementales observados con nuevas terapias, a menudo expresadas en términos relativos.

Los conceptos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y adherencia a medicamentos se utilizan con frecuencia en la investigación clínica para evaluar la atención farmacéutica y los resultados del tratamiento. La adherencia al tratamiento farmacológico generalmente se refiere a la medida en que los pacientes siguen las instrucciones de su médico u otros proveedores de atención médica. La CVRS es la evaluación de las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la salud que están influenciadas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de un individuo. En un contexto más amplio, la adherencia a los medicamentos es una variable de resultado transitorio, mientras que la CVRS es un resultado final que representa conclusiones después de un curso de atención. Esto implica que es probable que primero se produzca un cambio en la adherencia, que posteriormente es seguido por un cambio en CVRS mientras se evalúa el tratamiento o los resultados de intervención. Por lo tanto, se puede predecir que los pacientes que se adhieren a su régimen de tratamiento deben experimentar mejoras en CVRS y viceversa. Sin embargo, no es prudente descartar otros factores que afectan la adherencia a los medicamentos y la CVRS. Por ejemplo, en el caso de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, la adherencia podría estar asociada positivamente con efectos secundarios y tal vez menos CVRS. Por el contrario, en el caso de las enfermedades agudas, la adherencia a la medicación podría estar asociada con un rápido avance en la mejora de la CVRS. Sabemos que, en términos de calidad de vida, los enfermos crónicos muestran una menor calidad de vida y son menos adherentes a sus medicamentos.

2. Caso de estudio: impacto de la falta de adherencia en la enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular, incluyendo la cardiopatía isquémica (CI) y el ictus, es la primera causa de muerte a nivel mundial desde el año 2011. De los aproximadamente 56 millones de muertes en todo el mundo por cualquier causa en 2012, 38 millones (68%) se debió a enfermedades no transmisibles, que incluye enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Las enfermedades cardiovasculares representaron el 46%, lo que supone 17,5 millones de muertes (7,4 millones por CI y 6,7 por ictus) en todo el mundo (Dicker et al., 2017). Ninguna otra enfermedad causa un número tan elevado de muertes ni tiene un incremento proyectado en el número total de muertes tan elevado como la enfermedad cardiovascular. Para 2030 se prevé que morirán más de 22 millones de personas anualmente por enfermedad cardiovascular, casi 5 millones más que en 2012 (WHO, 2018).

El deterioro de la salud de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas es un problema mundial cuyas causas son multifactoriales y complejas. El envejecimiento de la población junto con la expansión de los malos hábitos nutricionales, la obesidad y la hipertensión contribuyen cada vez más a un desarrollo epidémico de las enfermedades cardiovasculares (Townsend et al., 2016 y Riley et al., 2016). En este contexto la población sometida a regímenes farmacológicos crónicos y el número de pacientes polimedificados ha sufrido un incremento significativo, lo que a su vez ha puesto de manifiesto la alarmante baja tasa de adherencia farmacológica tanto en prevención primaria como secundaria (Bansilal et al., 2015).

Tanto es así, que la adherencia de los pacientes a los tratamientos crónicos es una de las prioridades de la agenda de salud pública de la Unión Europea (European Commission, 2015). A pesar de la eficacia demostrada de los fármacos utilizados en prevención secundaria, la adherencia en estos pacientes se ha estimado en tan solo un 57% (Naderi et al., 2012). La baja adherencia terapéutica tiene un impacto tanto sanitario como económico y se asocia a fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos y mayor tasa de hospitalizaciones y muerte (Castellano et al., 2013).

3. Consecuencias de la falta de adherencia sobre los resultados en salud

Las guías clínicas de manejo de pacientes que han sufrido un evento coronario, es decir, en prevención secundaria, reiteran el beneficio indiscutible de la terapia farmacológica cardioprotectora que debe incluir al menos inhibidores de la ECA, estatinas, antiplaquetarios y β bloqueantes (Ibanez y James, 2018). Dicho tratamiento ha demostrado reducir la mortalidad en grandes ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Este beneficio se ha medido en diversos contextos de investigación clínica. Un ejemplo de ello son los resultados de un estudio realizado en 13.029 pacientes con cardiopatía isquémica donde se evidenció que los pacientes que recibían estatinas, aspirina e IECAs conjuntamente disminuyeron su riesgo de muerte en un 71% (Hippisley-Cox y Coupland, 2005).

Probablemente una de las mayores barreras hacia obtener una adecuada eficacia en prevención secundaria es la adherencia terapéutica. En el contexto específico de la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, la adherencia se ha estimado alrededor del 50% a partir de los seis meses del evento agudo (Castellano et al., 2013). La falta de adherencia viene determinada por múltiples causas, generalmente relacionadas entre sí. Entre las más relevantes se incluyen el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento prescrito, la complejidad de los tratamientos, la presencia de efectos adversos, la relación entre los profesionales sanitarios, así como con el paciente, o la presencia o ausencia de síntomas (Osterberg y Blaschke, 2005).

En prevención secundaria, se ha estimado que la eficacia combinada en la disminución de eventos duros de la aspirina, betabloqueantes, los IECAs y estatinas está alrededor del 80% (Castellano et al., 2017). Por lo tanto, en la actualidad disponemos de fármacos tremendamente eficaces con un perfil de seguridad muy aceptable y de sobra conocido para reducir los eventos cardiovasculares en población en prevención secundaria. Sin

embargo, existe un gap importante cuando medimos la eficacia de dichos tratamientos en el mundo real, donde se estima una efectividad del 21% (Figura 6.1).

Figura 6.1. Eficacia en guías clínicas vs. Efectividad en el mundo real: barreras de accesibilidad, prescripción y adherencia



Fuente: Castellano et al., 2015

Las razones para esta pérdida de eficacia son las ya mencionadas: un porcentaje importante de pacientes no tiene acceso al sistema sanitario, de aquellos que tienen acceso, solo el 80% de los médicos (en el mejor de los casos) siguen las indicaciones de las guías clínicas y prescriben todos los fármacos y, en aquellos pacientes en los que se dan estas dos condiciones, la adherencia es tan solo del 50% (Castellano et al., 2014). Por lo tanto, existe una clara desconexión entre la evidencia presentada en las guías clínicas y la eficacia de los medicamentos en el mundo real.

Aunque la no adherencia a medicamentos de prevención secundarios basados en evidencia es común en pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida, los estudios sobre los resultados a largo plazo son limitados. Un estudio reciente evaluó la relación sobre el grado de adherencia en eventos clínicos duros (muerte cardiovascular, revascularización, ictus o reinfarcto) en una población de más de 4000 pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio en Estados Unidos (Bansilal et al., 2016).

El objetivo era estudiar la asociación entre los niveles de adherencia a los medicamentos y los eventos cardiovasculares adversos importantes a largo plazo (MACE), la utilización de los recursos y las diferencias de costes en una cohorte aguda post infarto y en una cohorte complementaria de aterosclerosis crónica utilizando una gran base de datos de una compañía de seguros con sede en los Estados Unidos. El estudio encontró, en primer lugar, que solo el 43% de pacientes a los seis meses de un infarto agudo de miocardio eran totalmente adherentes a IECAS y estatinas (definidos según la proporción de días cubiertos por la prescripción electrónica > 80%). Además, éstos presentaron una tasa de eventos mayores significativamente menor que los no adherentes (PDC < 40%) (18.9% vs. 26.3%; HR-0.73 IC-0.61-0.87, p=0.0004) y los parcialmente adherentes (PDC: 40-80%) (18.9% vs. 2.7%; HR-0.81 IC-0.69-0.96, p=0.02).

Las estimaciones tanto de riesgo relativo como riesgo absoluto demuestran que una proporción considerable de los eventos cardiovasculares pueden ser atribuibles a la mala adherencia terapéutica (aproximadamente 9% en Europa) (Chowdhury et al., 2013). Dado el importantísimo impacto en morbilidad que se podría ahorrar el sistema de salud mejorando las tasas de adherencia terapéutica no es de extrañar que tanto la industria, aseguradoras, agencias reguladoras y gubernamentales hayan aumentado sus esfuerzos en buscar fórmulas que promuevan la adherencia de forma eficaz y coste-efectiva.

4. ¿Qué es calidad de vida?

La CVRS es el concepto multidimensional que mide la experiencia única de los pacientes sobre su salud y los resultados de las intervenciones en salud. Cubre una variedad de dominios, incluyendo la salud física y mental, los síntomas, el estado funcional y la percepción general de la salud (Anderson y Burckhardt, 1999, Wilson y Kaplan, 1995 y Murdaugh, 1997). Representa un indicador clínico del bienestar del paciente, reflejado en la salud percibida por el paciente, los efectos de la enfermedad y las consecuencias del tratamiento (Murdaugh, 1997). También está influenciado por modelos organizativos de prestación de cuidados, como los programas estructurados de atención a pacientes crónicos.

La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con trastornos crónicos se ve frecuentemente afectada. Los factores que influyen en la calidad de vida van a ser fundamentalmente la edad (los pacientes jóvenes tienen mejor calidad de vida que los mayores), el sexo (las mujeres presentan peor calidad de vida que los varones), el nivel de educación (el bajo nivel de educación se relaciona con peor calidad de vida), y el disponer de una estructura familiar mejora los índices de calidad de vida. Los pacientes con factores de riesgo asintomáticos, como el ejemplo de la HTA, presentan peor calidad de vida que los no hipertensos, pero mejor que los pacientes con cardiopatías o enfermedades cerebrovasculares o neurológicas. En cuanto a enfermedades metabólicas, la presencia de diabetes confiere al paciente peor calidad de vida que presentar hipotiroidismo, por ejemplo.

4.1. Factores que mejoran la calidad de vida del paciente

Podemos encontrar estudios que demuestran que el estilo de vida influye positivamente en la calidad de vida en pacientes sanos de todos los grupos de edad.

Los pacientes mayores físicamente más activos tienen una mejor calidad de vida en el dominio físico y mental, en comparación con los pacientes que son menos activos físicamente (Acree et al., 2006 y Mitchell y Barlow, 2011). Lo mismo se muestra en grupos de edad más jóvenes (Gopinath et al., 2012) y también en pacientes con enfermedades crónicas, aunque sean asintomáticas.

La actividad física mejora la calidad de vida en pacientes con cáncer (George et al., 2013 y Mishra et al., 2012) y pacientes con DM. Incluso los pacientes con alto riesgo de diabetes tienen una mejor calidad de vida si se mejora su estilo de vida (Florez et al., 2012).

En los pacientes con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (hipertensión, hiperlipemia, obesidad, etc.), suele coexistir un estilo de vida deficiente, y aunque sean enfermedades asintomáticas se ha comprobado que empeoran la calidad de vida. La intervención médica debe estar dirigida al control de estos factores de riesgo y también a mejorar el estilo de vida y ambas acciones mejorarán la calidad de vida.

Incluso la HTA, una enfermedad silenciosa, se mostró influencia en la calidad de vida en varios estudios (de Carvalho et al., 2013).

Entre las características del estilo de vida, el ejercicio regular parece ser el predictor independiente más importante de la calidad de vida general percibida por un paciente. La dieta saludable también se correlacionó con la calidad de vida. Es importante alentar a los pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular para que mejoren o mantengan un estilo de vida saludable, no solo para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular, sino también para mejorar la calidad de vida (Petek et al., 2018).

4.2. Asociación entre calidad de vida y adherencia a la medicación

Una de cada dos citas en atención primaria se realiza en pacientes con enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión, artrosis, etc. Y ello también implica un 70% del gasto en salud (Health, 2012).

Dado que los pacientes con enfermedades crónicas recibirán tratamiento durante un prolongado periodo de su vida, es importante evaluar la calidad de vida en cualquier plan de manejo de enfermedades crónicas ya que se conoce que existe asociación entre mala calidad de vida con mala respuesta terapéutica, progresión y desarrollo de las complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas (Adriaanse et al., 2016).

La relación entre la mejora de la calidad de vida y la adherencia en pacientes diabéticos y en hipertensos ha sido puesta de manifiesto en varios estudios (Hanus et al., 2015 y Chew, 2015).

Uno de los primeros ensayos para evaluar el impacto de los antihipertensivos sobre la calidad de vida se realizó en pacientes con hipertensión leve a moderada y se comparó propranolol, metildopa y captopril con un seguimiento de 24 semanas. El captopril tuvo un efecto más favorable que la metildopa en el área del bienestar general, síntomas físicos, cognición, rendimiento en el trabajo y satisfacción general con la vida. Comparado

con propranolol, captopril también mostró un beneficio significativo en bienestar general, función sexual y síntomas. Se observaron cambios más positivos en la escala de ansiedad en el grupo de propranolol. El abandono del tratamiento fue menor en el grupo de captopril (8%) en comparación con el 13 y 20% del grupo de propranolol y alfametildopa. Este ensayo enfatizó que diferentes medicamentos antihipertensivos pueden tener diferentes impactos en medidas de calidad de vida (Croog et al., 1986).

Khayyat et al., 2019 publican un estudio cuyo objetivo fue investigar la relación entre calidad de vida y adherencia. Incluyen 300 pacientes hipertensos y diabéticos. Considerando presiones controladas en pacientes tratados las que eran inferiores a 140/90 mmHg excepto en los mayores de 80 años en los que el control se consideró presiones <150/90 mmHg y menos de 130/80 en pacientes diabéticos hipertensos con nefropatía. Por otro lado, el control de la diabetes se consideró en pacientes con tratamiento hipoglucemiante cuando la HbA1C fue <7% y <6.5% cuando el diabético llevaba solo tratamiento dietético.

El análisis de regresión múltiple encontró que la adherencia a la medicación fue un predictor independiente de la calidad de vida entre los pacientes con diabetes y/o hipertensión después de ajustar por varios factores socioeconómicos (sexo, edad, nivel de educación, estado de ingresos, estado civil y tabaquismo). Además, los pacientes adherentes tenían significativamente mejor percepción general media de la calidad de vida y percepción general de salud en comparación con los pacientes no adherentes. El análisis de varianza para evaluar el efecto de la interacción del tipo de enfermedad y nivel de adherencia mostró igualmente que la adherencia es un predictor independiente de la calidad de vida en ambas enfermedades.

A pesar de que se ha barajado en varios estudios que la calidad de vida también se relaciona con la clase de medicamento indicado al paciente, siendo los inhibidores del sistema renina angiotensina los que parece que muestran mejor tolerancia en los pacientes, existen pruebas de que la calidad de vida mejora en los pacientes con cualquier tipo de tratamiento y a cualquier edad.

En el estudio SHEP realizado en 4736 pacientes mayores de 60 años que fueron asignados a tratamiento diurético y si era necesario se asociaba a atenolol y a grupo placebo con un seguimiento de 5 años. Los cambios en la función cognitiva y síntomas depresivos durante el estudio no difirieron significativamente entre el grupo placebo y el grupo de tratamiento activo, pero se encontraron diferencias en el estado de ánimo y la calidad de vida a favor del grupo tratado.

En resumen, las enfermedades crónicas, aún las asintomáticas empeoran la calidad de vida de los pacientes. Uno de los principales pilares para la mejora de la calidad de vida son las medidas higiénico-dietéticas, tanto la dieta mediterránea como el ejercicio mejoran la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento en estas enfermedades cardiovasculares (diabetes, hipertensión) mejora la calidad de vida del paciente de cualquier sexo y a cualquier edad y esto se correlaciona claramente con la adherencia al tratamiento, a mayor adherencia mejor calidad de vida.

Los retos que enfrentamos: un resumen

La no adherencia terapéutica a tratamientos indicados en las guías de práctica clínica se ha vuelto cada vez más reconocida. Si no se diagnostica, la no adherencia puede conducir a una intensificación inadecuada del tratamiento y a menudo es el factor de riesgo dominante de la ineficacia terapéutica. Al mismo tiempo, la capacidad del proveedor para identificar a pacientes propensos a la no adherencia continúa siendo inadecuada. Por lo tanto, es urgente la implementación de herramientas de cribado precisas y rentables con una resolución específica adecuada de los medicamentos para dirigir las intervenciones a los pacientes apropiados.

Referencias

Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, Montgomery PS & Gardner AW. (2006)

Physical activity is related to quality of life in older adults.

Health quality of life outcomes, 4:1-6.

Adriaanse MC, Drewes HW, Van Der Heide I, Struijs JN and Baan CA. (2016)

The impact of comorbid chronic conditions on quality of life in type 2 diabetes patients.

Quality of Life Research, 25:175-182.

Anderson KL and Burckhardt CS. (1999)

Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research.

Journal of advanced nursing, 29:298-306.

Bansilal S, Castellano JM and Fuster V. (2015)

Global burden of CVD: focus on secondary prevention of cardiovascular disease.

International journal of cardiology, 201:S1-S7.

Bansilal S, Castellano JM, Garrido E, Wei HG, Freeman A, Spettell C, Garcia-Alonso F, Lizano I, Arnold RJ and Rajda J. (2016)

Assessing the impact of medication adherence on long-term cardiovascular outcomes.

Journal of the American College of Cardiology, 68:789-801.

Castellano JM, Bueno H and Fuster V. (2015)

The cardiovascular polypill: clinical data and ongoing studies.

International journal of cardiology, 201:S8-S14.

Castellano JM, Copeland-Halperin R and Fuster V. (2013)

Aiming at strategies for a complex problem of medical nonadherence.

Global Heart, 8:263-271.

Castellano JM, Fuster V, Jennings C, Prescott E and Bueno H. (2017)

Role of the polypill for secondary prevention in ischaemic heart disease.

European Journal of Preventive Cardiology, 24:44-51.

Castellano JM, Sanz G, Ortiz AF, Garrido E, Bansilal S and Fuster V. (2014)

A polypill strategy to improve global secondary cardiovascular prevention: from concept to reality.

Journal of the American College of Cardiology, 64:613-621.

Chew BH. (2015)

Medication adherence on quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus: an exploratory analysis on the EDDMQoL study.

Quality of life research, 24:2723-2731.

Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, Stricker B, Mendis S, Hofman A and Mant J. (2013)

Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences.

European heart journal, 34:2940-2948.

Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, Klerman GL and Williams GH. (1986)

The effects of antihypertensive therapy on the quality of life.

New England Journal of Medicine, 314:1657-1664.

de Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL and Jardim P. (2013)

The influence of hypertension on quality of life.

Arq bras cardiol, 100:164-174.

Dicker D, Nguyen G, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F and Abdela J. (2017)

Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study.

The lancet, 392:1684-1735.

European Commission. (2015)

Prescription and adherence to medical plans.

Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 1–44

Florez H, Pan Q, Ackermann RT, Marrero DG, Barrett-Connor E, Delahanty L, Kriska A, Saudek CD, Goldberg RB and Rubin RR. (2012)

Impact of lifestyle intervention and metformin on health-related quality of life: the diabetes prevention program randomized trial.

Journal of general internal medicine, 27:1594-1601.

George SM, Alfano CM, Smith AW, Irwin ML, McTiernan A, Bernstein L, Baumgartner KB and Ballard-Barbash R. (2013)

Sedentary behavior, health-related quality of life, and fatigue among breast cancer survivors.

Journal of Physical Activity and Health, 10:350-358.

Gopinath B, Hardy LL, Baur LA, Burlutsky G and Mitchell P. (2012)

Physical activity and sedentary behaviors and health-related quality of life in adolescents.

Pediatrics, 130:e167-e174.

Hanus JS, Simões PW, Amboni G, Ceretta LB and Tuon LGB. (2015)

Association between quality of life and medication adherence in hypertensive individuals.

Acta Paulista de Enfermagem, 28:381-387.

Health Do. (2012)

Long term conditions compendium of information.

Leeds.

Hippisley-Cox J and Coupland C. (2005)

Effect of combinations of drugs on all cause mortality in patients with ischaemic heart disease: nested case-control analysis.

BMJ, 330:1059-1063.

Ibanez B and James S. (2018) The 2017 ESC STEMI Guidelines. European heart journal, 39:79-82.

Khayyat SM, Mohamed MM, Khayyat SMS, Alhazmi RSH, Korani MF, Allugmani EB, Saleh SF, Mansouri DA, Lamfon QA and Beshiri OM. (2019)

Association between medication adherence and quality of life of patients with diabetes and hypertension attending primary care clinics: a cross-sectional survey.

Quality of life research, 28:1053-1061.

Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC and Snyder C. (2012)

Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors.

Cochrane Database of Systematic Reviews.

Mitchell T and Barlow CE. (2011)

Review of the role of exercise in improving quality of life in healthy individuals and in those with chronic diseases.

Current sports medicine reports, 10:211-216.

Murdaugh C. (1997)

Health-related quality of life as an outcome in organizational research.

Medical care, 35:NS41-NS48.

Naderi SH, Bestwick JP and Wald DS. (2012)

Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients.

The American journal of medicine, 125:882-887. e1.

Osterberg L and Blaschke T. (2005)

Adherence to medication.

New England Journal of Medicine, 353:487-497.

Petek D, Petek-Ster M and Tusek-Bunc K. (2018)

Health behavior and health-related quality of life in patients with a high risk of cardiovascular disease.

Slovenian Journal of Public Health, 57:39-46.

Riley L, Guthold R, Cowan M, Savin S, Bhatti L, Armstrong T and Bonita R. (2016)

The World Health Organization STEPwise approach to noncommunicable disease risk-factor surveillance: methods, challenges, and opportunities.

American journal of public health, 106:74-78.

Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M and Nichols M. (2016)

Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016.

European heart journal, 37:3232-3245.

Wilson IB and Kaplan S. (1995)

Clinical practice and patients' health status: how are the two related?

Medical Care, 33:AS209-AS214.

World Health Organization. (2018)

Projections of mortality and causes of death, 2016 to 2060. Geneva: World Health Organization.

Available online: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/ (accessed 14 October 2018).



Implicaciones económicas de la falta de adherencia

Álvaro Hidalgo Vega
Javier Villaseca Carmena

1. Introducción: la importancia de la adherencia en las políticas de salud

En las últimas décadas se han realizado grandes avances en la mejora del diagnóstico y el tratamiento de los diferentes problemas de salud. Sin embargo, la falta de adherencia continúa siendo un obstáculo para cumplir con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes (World Health Organization, 2003a). Esta falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias (Dilla et al., 2009), tanto clínicas como económicas.

Entre las consecuencias económicas, la evaluación del impacto económico de la no adherencia o IT se encuentra obstaculizado por problemas de tipo metodológico: diseño del estudio y la identificación, medición o valoración de los costes y resultados relacionados con la falta de ella. Sin embargo, por lo general, su deficiencia repercute en un aumento de costes, ya que se aumentan los niveles de mortalidad y morbilidad asociados al IT (Dilla et al., 2009).

Entre las consecuencias económicas de la falta de adherencia cabe destacar las siguientes:

- Disminución de la eficacia de las recomendaciones sanitarias, incluyendo el tratamiento farmacológico y no farmacológico, incrementando el coste sanitario, al aumentar la complejidad de la enfermedad por la aparición de complicaciones asociadas y los ingresos hospitalarios (Sokol et al., 2005).
- Desaprovechamiento de recursos, al financiarse fármacos que después no se toman o se toman de forma inapropiada (Hughes et al., 2001b).
- Aumento de dosis o cambios en la prescripción o realización de pruebas diagnósticas más invasivas por un aumento de la complejidad de la enfermedad (Hughes et al., 2001a).

Así pues, se puede decir que el IT produce una carga que debe reflejarse en las evaluaciones económicas. De hecho, la adherencia es uno de los pilares en los que se debe basar la sostenibilidad de los SNS. En este sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) señaló la adherencia como una de las cuatro palancas clave para hacer sostenibles los SNS en los próximos años, junto a asegurar el valor en el precio de los medicamentos, el fomento del potencial ahorro generado por los genéricos y los biosimilares y promover la prescripción racional y evitar el abuso de medicación (Figura 7.1) (OECD & European Union, 2018).

Además de contribuir a unas 200.000 muertes prematuras, se estima que la baja adherencia a la medicación prescrita tiene un impacto de hasta 125.000 millones de euros cada año en Europa en términos de hospitalizaciones, atención en urgencias y visitas ambulatorias evitables (OECD, 2017). Tres enfermedades crónicas prevalentes

Figura 7.1. Posibles enfoques para reducir el despilfarro en productos farmacéuticos



(diabetes, hipertensión e hiperlipidemia) dan lugar a los costes evitables más elevados. Entre los pacientes con estas tres condiciones, se ha estimado que entre el 4 y el 31% no retiran la medicación de su primera receta; de los que retiran la medicación en su primera receta, solo del 50 al 70% toman sus medicamentos con regularidad (es decir, al menos el 80% del tiempo); y más de la mitad dejan de tomarlos en dos años (Khan & Socha-Dietrich, 2018). Modelado a lo largo de un período de 10 años en cinco países europeos (Italia, Alemania, Francia, España e Inglaterra), el ahorro potencial de aumentar la adherencia al tratamiento antihipertensivo al 70% se ha estimado en 332 millones de euros (Mennini et al., 2015a). Un trabajo realizado en el Reino Unido también identificó ahorros potenciales anuales de más de 100 millones de libras (111 millones de euros) si el 80% de los pacientes con hipertensión se adhirieran al tratamiento (Trueman et al., 2010). El mismo informe estimó que el coste anual del despilfarro de medicamentos en atención primaria ascendía a 300 millones de libras esterlinas (333 millones de euros), de los cuales 100-150 millones de libras esterlinas (111-166 millones de euros) se identificaron

como evitables. Sin embargo, los autores también encontraron que, si bien la falta de adherencia del paciente contribuye al desperdicio, también están implicados una serie de otros factores, algunos de los cuales son inevitables, como los cambios de tratamiento debido a la falta de eficacia o la aparición de efectos adversos. Entre los que se pueden abordar se encuentran los procesos inapropiados de repetición de prescripciones y dispensación, que, independientemente de la acción del paciente, pueden provocar que se suministren un volumen excesivo de medicamentos (Trueman et al., 2010). Un estudio que examinó muestras de residuos en Viena en 2015-16 encontró cantidades significativas de medicamentos recetados desechados en la basura doméstica. Por extrapolación, los autores estimaron que el valor de los medicamentos desechados corresponde a aproximadamente el 6% del gasto farmacéutico público a nivel nacional en el año de la encuesta, o al menos 21 euros por persona (Vogler & Rooij, 2018).

Las políticas destinadas a abordar la mala adherencia y el desperdicio innecesario de medicamentos por parte de los pacientes tienen como objetivo fomentar una mejor comunicación entre los médicos y los pacientes y mejorar la comprensión del paciente sobre la importancia de completar los tratamientos prescritos. Los ensayos clínicos realizados en el Reino Unido y Suecia sugieren que el desperdicio podría reducirse hasta en un 30% si a los pacientes que inician nuevos cursos de tratamiento se les ofrecen oportunidades adicionales para discutir cuestiones relacionadas con la medicación, además de las instrucciones iniciales dadas en el momento de la prescripción (OECD, 2017). Las revisiones de medicamentos pueden usarse para monitorear el consumo de medicamentos por parte de los pacientes y establecer la necesidad (o falta) de renovación de la receta (Trueman et al., 2010).

2. Adherencia al tratamiento y ahorro de costes: aspectos generales

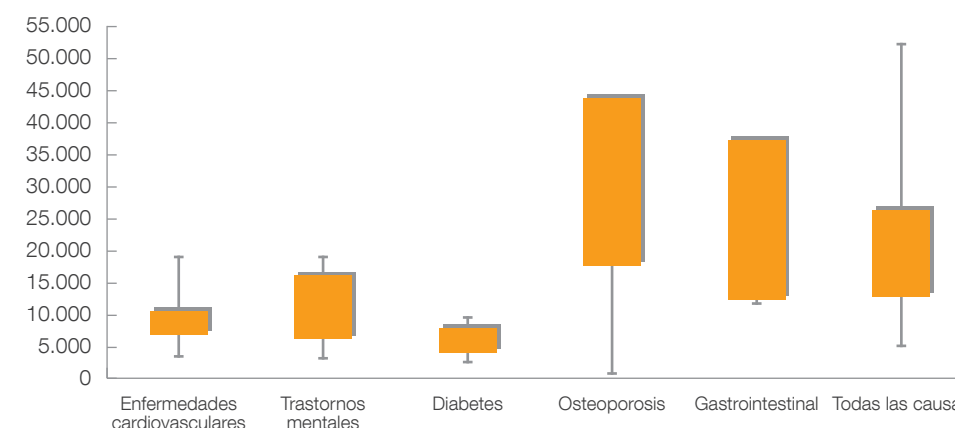
La adherencia al tratamiento es un elemento que también puede resultar de gran importancia en términos de ahorros en costes, especialmente para aquellos pacientes con enfermedades crónicas para los que la medicación constituye un componente clave de su tratamiento (World Health Organization, 2003b). Se estima que la tasa de no adherencia para estos pacientes se sitúa alrededor del 50% (World Health Organization, 2003b). Como ejemplo, en Estados Unidos, el coste relacionado con las hospitalizaciones por una baja adherencia es de aproximadamente 100.000 millones de dólares (Osterberg & Blaschke, 2005).

En general, una adecuada adherencia al tratamiento favorece el éxito del mismo, mientras que, en otros casos, además, reduce el riesgo de sufrir recaídas. En términos de costes, el mayor control de la enfermedad a menudo se traduce en un menor uso de los servicios sanitarios de urgencia y de las hospitalizaciones, reduciendo todo ello en un potencial ahorro en costes sanitarios con respecto a los pacientes no adherentes.

Una revisión sistemática, basada en datos de 79 estudios (83% de los cuales fueron realizados en Estados Unidos y el 2% en Europa), concluyó que el coste anual de la no

adherencia por todas las causas oscilaba entre 5.271 y 52.341 dólares por persona (Figura 7.2) (Cutler et al., 2018). Los costes promedios anuales per cápita de la no adherencia a la medicación eran de 6.310\$ para la diabetes, 9.204\$ para las enfermedades cardiovasculares, 11.052\$ para los trastornos mentales, 23.317\$ para las enfermedades gastrointestinales y 32.866\$ para la osteoporosis.

Figura 7.2. Coste anual ajustado de la no adherencia a la medicación, por paciente, en distintas enfermedades: Estados Unidos (\$)

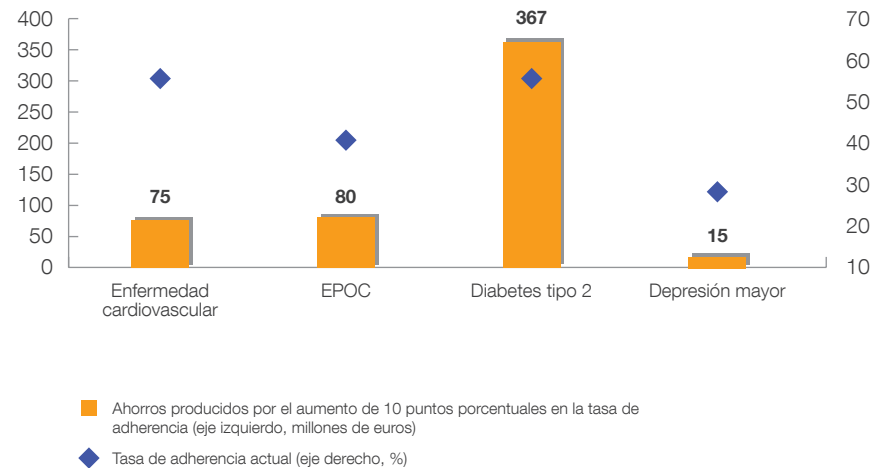


Fuente: Cutler, 2018

En España, se estima que un aumento de 10 puntos porcentuales sobre las tasas de adherencia de 4 enfermedades supondría ahorros de más de 500 millones de euros en costes sanitarios directos, y evitaría 8.700 muertes por enfermedad cardiovascular, más de 10.000 muertes y 190.000 exacerbaciones por EPOC, 52.000 eventos adversos relacionados con la diabetes tipo 2 y 25.000 recaídas por depresión mayor (Farmaindustria & Ernest & Young, 2016).

Distintos estudios, que aportan costes desagregados (en fármacos, hospitalizaciones, visitas, absentismo laboral) han corroborado que una mayor adherencia puede asociarse a ahorros netos en el coste sanitario, a través del efecto compensación (Sokol et al., 2005; Encinosa, WE, Bernard, D & Dor, A, 2010; Roebuck et al., 2011; Jha et al., 2012; Chandran et al., 2015; Aznar-Lou et al., 2017). En nuestro ámbito, un estudio basado en datos de todos los pacientes mayores de 14 años que utilizaron servicios de atención primaria en Cataluña (una cohorte de 1,7 millones de personas) durante el año 2012, estimó el impacto de la no adherencia inicial al tratamiento sobre la utilización de recursos sanitarios, días de absentismo, y costes sanitarios, relacionados con 13 de los fármacos

Figura 7.3. Estimación del impacto sobre los costes sanitarios directos de un potencial aumento de 10 pp en la tasa de adherencia: España (millones de euros y %)



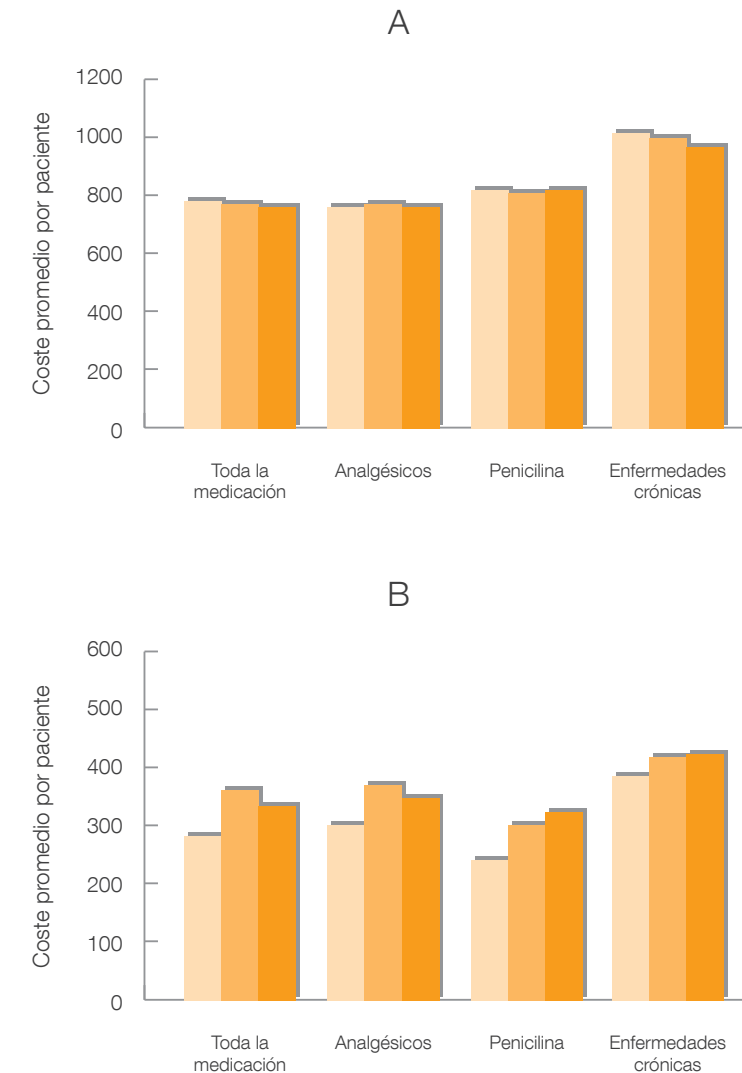
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 Fuente: Farmaindustria & Ernest & Young (2016)

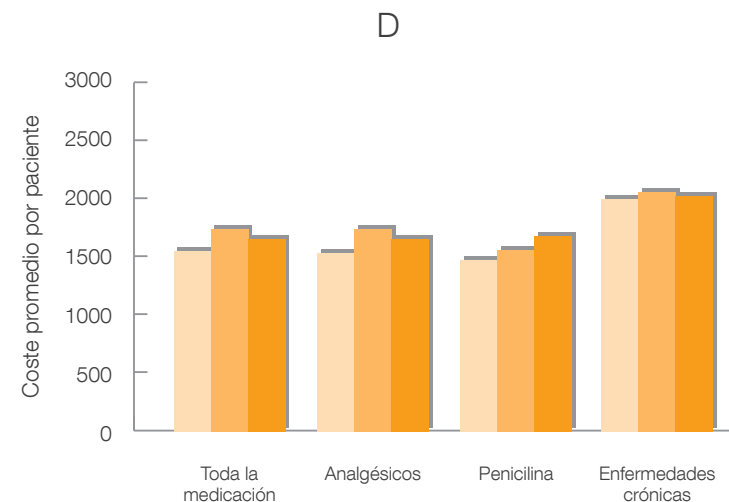
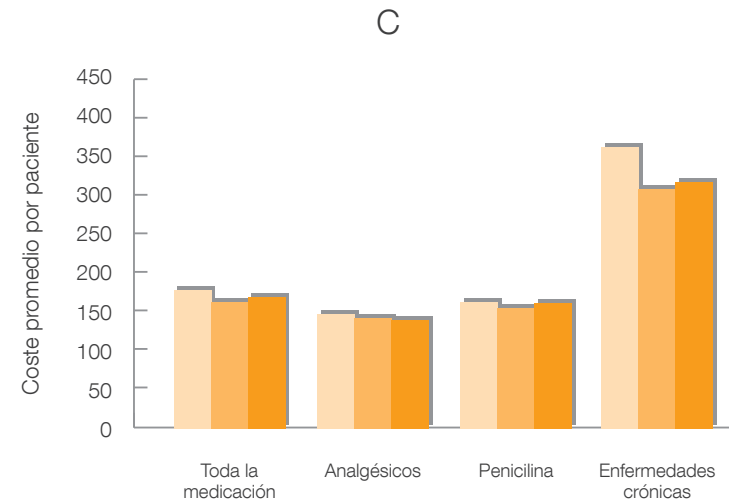
Nota: Los horizontes temporales considerados son de 15 años para enfermedad cardiovascular, 2 años para EPOC, 20 años para la diabetes tipo 2, y 6 meses para la depresión mayor.

más prescritos y/o con mayor coste asociado a su uso (Aznar-Lou et al., 2017). Según el resultado de este análisis, y basado en el volumen de pacientes inicialmente no adherentes (un 13%), el impacto de la no adherencia en los costes totales para la sanidad catalana ascendía a 89 millones de euros. De manera general, los costes de utilización de los servicios sanitarios y de fármacos eran mayores en el grupo de pacientes adherentes, siendo compensados por un coste más bajo de absentismo laboral. En el cómputo global, debido a este efecto compensatorio, los costes totales eran más bajos en el grupo de adherentes, con una diferencia de 165 euros por paciente frente al grupo no adherente y de 242 euros cuando se comparaba con el grupo solo parcialmente adherente (Figura 7.4).

Múltiples estudios han analizado también esta correlación entre una mayor adherencia y ahorros netos en los costes sanitarios, a través del análisis de los costes totales agregados de distintos tratamientos. Por ejemplo, Lloyd et al. (2019) realizó una estimación de los costes y del uso de servicios sanitarios evitables por la no adherencia al tratamiento en personas con distintas enfermedades, basado en datos de 14,6 millones de usuarios de Medicare en EEUU extrapolados a toda la población, en el año de 2013 (Lloyd et al., 2019). En su estudio, se observaron tasas de no adherencia del 23, 25, 35 y 38% para

Figura 7.4. Impacto de la no adherencia en los costes promedios por paciente (€), por tipo de medicación/enfermedad y categoría de coste: Cataluña, 2012





■ Inicialmente adherentes
■ Parcialmente adherentes
■ Inicialmente no adherentes

A: Costes de utilización de servicios sanitarios
 B: Costes de fármacos
 C: Costes por absentismo (salario mínimo)
 D: Costes promedio totales (salario promedio)

Fuente: Elaboración propia a partir de Aznar-Lou, 2017

Nota: Fármacos incluidos en enfermedades crónicas: insulinas y análogos de acción prolongada (ATC A10AE); inhibidores de la agregación plaquetaria excluyendo heparina (B01AC); inhibidores ECA, monofármacos (C09AA); inhibidores de la HMG-CoA reductasa (C10AA); otros antiepilépticos (N03AX); inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (N06AB); adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos (R03AK); anticolinérgicos (R03BB).

los pacientes con fallo cardíaco, hipertensión, diabetes e hiperlipidemia, respectivamente, y se estimó que, si todos los pacientes no adherentes pasasen a adherirse integralmente al tratamiento, se evitarían 169.365 ingresos hospitalarios y 19,6 millones de días de hospitalización, generando unos ahorros de 28.900 millones de dólares en el periodo estudiado. La mitad del ahorro se produciría en el grupo de pacientes con hipertensión, responsable de 117.594 ingresos y 7,3 millones de días de hospitalización evitables.

3. El valor de la adherencia al tratamiento: aspectos particulares

3.1. Implicaciones económicas de la mejora en la adherencia

Además de las ganancias en salud ya tratadas en los demás capítulos de este libro, la mejora de la adherencia al tratamiento también puede tener sustanciales implicaciones positivas a nivel económico, tanto para el sistema sanitario como a nivel social, tal como hemos avanzado en el apartado anterior.

Dado que una mejor adherencia se asocia a mejores resultados en salud y a un menor riesgo de exacerbaciones o recaídas (Humenberger et al., 2018; Morken, Widen & Grawe, 2008), para el sistema sanitario puede implicar un efecto compensación, parcial o total, de costes. En este sentido, el mayor coste del tratamiento y la potencial inversión destinada a mejorar la adherencia se verán en muchos casos compensados por unos menores costes de atención sanitaria, asociados a un menor número de visitas médicas, hospitalizaciones o ingresos de urgencia (Zozaya, Alcalá & Galindo, 2019). Por ejemplo, se ha estimado que el ahorro anual por persona debido a la buena adherencia ascendía a 7.823\$ en el caso de la insuficiencia cardíaca congestiva, 3.908\$ en el de la hipertensión, 3.756\$ en el de la diabetes y 1.258\$ en el de la hiperlipidemia (Roebuck et al., 2011).

De igual manera, la adherencia al tratamiento puede producir otros beneficios socioeconómicos en términos de una mejora de la productividad laboral. Por ejemplo, se ha demostrado que los trabajadores adherentes a los tratamientos frente a la diabetes, hipertensión, dislipidemia, asma o EPOC redujeron su absentismo entre 1,7 y 7,1 días al año y tuvieron bajas laborales entre 1,1 y 5 días más cortos que los trabajadores no adherentes con estas patologías (Tabla 7.1) (Carls et al., 2012).

Así mismo, la adherencia es también importante en otros medicamentos que muchas veces pasan desapercibidos, como los métodos anticonceptivos. La baja adherencia a estos medicamentos puede desembocar en abortos o nacimientos no esperados, con la consiguiente carga económica y psicosocial (Barrueta & Verdugo, 2017). Se estima que el uso inconsistente y la interrupción del tratamiento son responsables de 2,8 millones de embarazos anuales no deseados en EEUU (Rosenberg & Waugh, 1999).

3.2. Beneficios económicos de la adherencia en distintas patologías

Analizando más detalladamente el impacto económico de la adherencia al tratamiento, se encuentran diversos ejemplos, tanto nacionales como internacionales, en los que la mejora de la adherencia conlleva un beneficio económico en patologías tan diversas

Tabla 7.1. Promedio de días de absentismo e incapacidad a corto plazo, por estado de adherencia

| Días anuales de absentismo | | | | | |
|---|----------|------------------------|--------------|--------------|-----------|
| | Diabetes | Insuficiencia cardíaca | Hipertensión | Dislipidemia | Asma/EPOC |
| Adherentes | 29,0 | 39,0 | 28,3 | 26,3 | 26,9 |
| No adherentes | 31,9 | 37,3 | 30,0 | 29,2 | 29,7 |
| Diferencia | -2,9 | 1,7 | -1,7 | -2,9 | -2,8 |
| Días anuales de incapacidad a corto plazo | | | | | |
| | Diabetes | Insuficiencia cardíaca | Hipertensión | Dislipidemia | Asma/EPOC |
| Adherentes | 4,9 | 20,0 | 4,6 | 4,4 | 6,7 |
| No adherentes | 7,0 | 25,0 | 6,4 | 5,3 | 7,4 |
| Diferencia | -2,1 | -5,0 | -1,8 | -0,9 | -0,7 |

Fuente: Carls et al., 2012

como la EPOC, diabetes, hipertensión, esquizofrenia, epilepsia, cáncer o esclerosis múltiple, entre otras.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Un estudio sobre la adherencia al tratamiento de la EPOC en algunas CCAA españolas estimó que una mejor adherencia, derivada de un nuevo formato que mejora potencialmente la técnica de inhalación, estaba relacionada con un ahorro total durante el período 2015-2018 de 902.133 €, 740.520 €, 464.281€, 748.996 € y 495.812 € para Andalucía, Cataluña, Galicia, Madrid y Valencia, respectivamente. Durante el mismo periodo, se estimó un ahorro total para España de 6,01 millones de euros, relacionados con la reducción de exacerbaciones, días de hospitalización, urgencias y visitas a atención primaria (Darbà et al., 2017). Este mismo caso fue previamente estudiado en pacientes de Reino Unido, obteniéndose un ahorro de 3,5 millones de libras (Lewis et al., 2014).

Así mismo, una revisión sobre 6 estudios de costes de la EPOC en España expuso la notable diferencia (de 14 veces) entre el coste directo anual del paciente adherente y del no adherente, con cifras de 43€ y 601€, respectivamente. En los pacientes graves, estas diferencias aumentaron hasta los 89€ y 1.674€ por paciente (18 veces) (Pérez et al., 2015).

De igual manera, un estudio más reciente analizó el impacto económico que producía el cambio de un tratamiento de varios inhaladores al día a un solo inhalador diario. Los resultados del estudio mostraron que un cambio del 20% en el uso del inhalador una vez

al día, potenciaba la adherencia un 52%. Además de las mejoras clínicas y en calidad de vida derivadas de este cambio, el ahorro total para el SNS teniendo en cuenta un horizonte temporal de 3 años, alcanzaría los 7.082.105€, de los cuales 4.378.201€ estarían ligados a la reducción de exacerbaciones producida por la mejor adherencia al tratamiento (Miravittles et al., 2020). En otro trabajo en España se observó que el aumento de la adherencia de personas con EPOC, resultante de la introducción de mejores técnicas de inhalación, podría producir ahorros de hasta 6 millones de euros en los presupuestos sanitarios nacionales, en un periodo de 4 años (Darbà et al., 2017).

En el ámbito internacional, un estudio basado en datos de 50 millones de personas en Corea, para un periodo de 5 años, concluyó que los pacientes adherentes a la terapia de inhalación para la EPOC presentaron costes un 35% inferiores a los no adherentes (1.998 vs. 3.087 dólares por paciente/año) (Kim et al., 2018). En otro trabajo, realizado con 423 pacientes en un hospital del Sureste de Asia, se ha observado que los costes totales del tratamiento en pacientes con asma controlada eran un 75% inferiores a los de pacientes con asma no controlada (841 vs. 2.952 dólares de Singapur) (Tay et al., 2017).

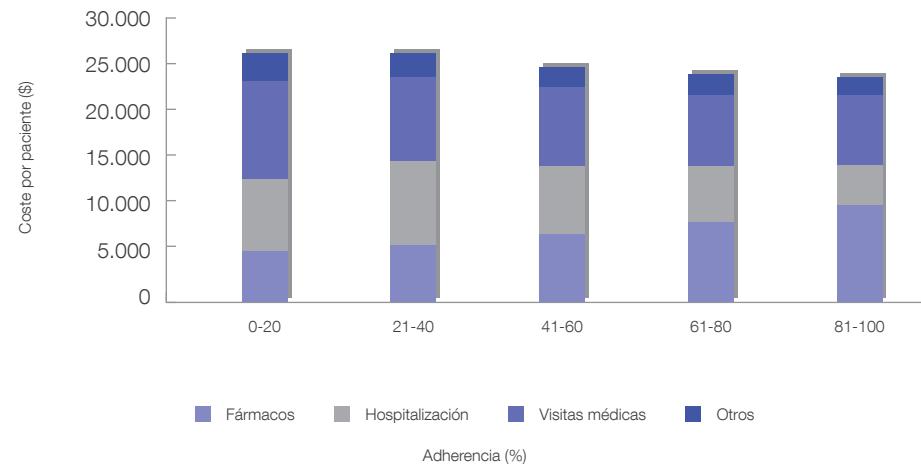
Diabetes

La diabetes, debido a las características de la patología, es una enfermedad en la que es crítico lograr un buen control de los niveles de azúcar en sangre. Por ello, la adherencia al tratamiento tiene un gran impacto, tanto en la salud del paciente, como en los costes asociados al tratamiento. Por ejemplo, los pacientes con un bajo nivel de adherencia se asocian a unos costes sanitarios anuales totales por paciente de 16.498 dólares, casi el doble que los pacientes con buena adherencia: 8.886 dólares (Sokol et al., 2005). Así mismo, se ha estimado que la no adherencia a los medicamentos supuso un gasto en farmacia un 37% menor (debido a la no compra de medicamentos), un coste ambulatorio un 7% menor y, por el contrario, un coste hospitalario un 41% más alto. La mejora de la adherencia en los pacientes no adherentes supondría un ahorro anual total que variaría entre los 661 millones de dólares en los pacientes que alcanzaran una tasa de posesión^a del 0,6 hasta los 1.160 millones de dólares en aquellos que llegaron a la máxima tasa de posesión (Egede et al., 2012).

Otro ejemplo lo encontramos en un estudio estadounidense realizado a partir de 32.631 pacientes con diabetes, donde se observó que, a medida que aumentaba la adherencia, se incrementaban los costes de los fármacos, siendo compensados por una reducción en los costes de hospitalización, visitas médicas y otros (como radiología, laboratorio y visitas de urgencia), resultando en reducciones netas en los costes totales (Chandran et al., 2015). Así, un paciente con un grado de adherencia del 81-100% cuesta al sistema, según este análisis, 2.471 dólares menos (un 9,4%) que un paciente con adherencia entre el 0 y 20% (Figura 7.5).

^a La tasa de posesión del medicamento se define como la relación entre los días en los que se suministra una medicación y el total de días en un intervalo de tiempo determinado.

Figura 7.5. Relación entre la adherencia y los costes sanitarios (por partidas) de pacientes con diabetes tratados con plumas de insulina: Estados Unidos (\$)



Fuente: Elaboración propia a partir de Chandran et al., 2015

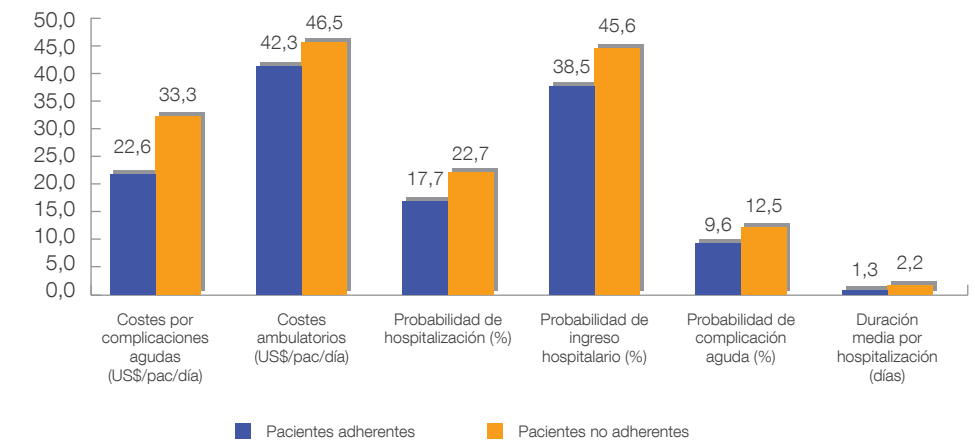
Por su parte, en un análisis de datos de más de 220.000 pacientes diabéticos realizado en EEUU, la adherencia se asoció a una reducción del 18% en los costes ambulatorios y por complicaciones agudas, como consecuencia de la menor probabilidad de sufrir hospitalizaciones, un menor número de días de hospitalización y la reducción de la incidencia de eventos adversos (Figura 7.6) (Curtis et al., 2017). Sin embargo, en este caso no llegó a producirse un efecto compensación sobre los costes totales, en tanto que se produjo un mayor aumento de los costes farmacológicos.

En el caso de España, un estudio estimó que la no adherencia de los pacientes con diabetes supuso un coste anual medio un 16% mayor que el coste del paciente bien controlado (3.632€ vs. 3.120€), producido fundamentalmente por un mayor número de hospitalizaciones y consumo de medicamentos (Mata-Cases, M, 2013). En un estudio más reciente del mismo autor en Cataluña, los pacientes mal controlados se asociaron a un coste anual promedio de 3.297€ frente a los 2.849€ de los adherentes. Esta diferencia se explica por el mayor coste de los no controlados en medicamentos (232,9€) y hospitalizaciones (170,4€) (Mata-Cases et al., 2016).

Hipertensión

El tratamiento de la hipertensión conlleva un seguimiento exhaustivo y, por lo tanto, la mala adherencia conlleva una serie de efectos negativos para la salud y para los costes asociados al paciente. Según algunos estudios observacionales, la no adherencia a

Figura 7.6. Efecto de la adherencia sobre los costes sanitarios, hospitalizaciones y complicaciones de pacientes con diabetes tipo 2: Estados Unidos, 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de Curtis et al., 2017

los anti-hipertensivos fue un factor determinante para no lograr un mejor control de la presión sanguínea, que a su vez estuvo asociado con un alto riesgo de hospitalización y mortalidad por el mayor riesgo cardiovascular y de ataque cardíaco (Chobanian, 2009).

Por su parte, según un estudio estadounidense, los pacientes con HTA que eran adherentes a su tratamiento en el primer año tenían una reducción de costes sanitarios totales de entre 387 y 813 dólares (Donald G et al., 2010). Dicho trabajo señala además, que una mejor tasa de posesión del medicamento estaba relacionada con un aumento de los costes farmacológicos, si bien este aumento se compensaba con una gran reducción de otros costes sanitarios. La asociación entre una disminución de aparición de complicaciones y comorbilidades, aumento del coste farmacológico y una mejor adherencia es consistente con estudios previos y posteriores (Mazzaglia et al., 2009),(Esposti et al., 2011).

Hay diferentes formas de optimizar la adherencia al tratamiento de la hipertensión y ver su implicación en la disminución o, al menos contención, de los costes sanitarios. En el Reino Unido se observó que los pacientes que usaban el programa del Single Tablet Regimen eran menos propensos a experimentar eventos cardiovasculares graves que los de la terapia de componente individual (Belsey, 2012). En el contexto del Reino Unido, este análisis ha demostrado que los ahorros hospitalarios compensan ampliamente los costes de este tipo de medicación, propiciando que el coste medio por paciente fuese similar en los dos grupos (191£ vs. 189£).

Otra forma de mejorar la adherencia y, por consiguiente, reducir los costes fue simplificar la triple terapia de la HTA: combinando dos antihipertensivos en una píldora a dosis fijas con una segunda píldora, los pacientes eran más adherentes, había menos riesgo de eventos cardiovasculares y presentaban un menor coste que los pacientes con la triple terapia en tres píldoras (razón de coste = 0,74) (Panjabi et al., 2013). Por otra parte, un estudio realizado en 5 países europeos estimaba que aumentar la adherencia al tratamiento al 70% reducía los costes sanitarios directos en 332 millones de euros (80 millones en el caso de España) (Mennini et al., 2015b).

Hipercolesterolemia

En cuanto al control del colesterol por medio de las estatinas, un estudio estadounidense expuso que su uso evitó costes de hospitalización por ataque cardíaco por valor de 4.400 millones de dólares y costes de hospitalización por 440 millones de dólares. Además, también indicó que si todos los pacientes hubieran sido adherentes a la medicación, cumpliendo así las pautas clínicas de tratamiento, se habrían evitado costes de hospitalización por valor de 2.500 millones de dólares por ataques al corazón evitados y otros 260 millones de dólares por ictus evitados, en 2008 (Grabowski et al., 2012).

Hipotiroidismo

En el caso del hipotiroidismo, la adherencia se asoció con un número significativamente menor de costes por todas las causas entre los pacientes ambulatorios (6.997\$ frente a 7.269\$), pacientes hospitalizados (2.655\$ frente a 3.470\$), visitas a urgencias (568\$ frente a 753\$) y costes de laboratorio (89\$ frente a 116\$), a pesar de estar asociados con costes de medicamentos significativamente más altos (3.321\$ frente a 2.807\$). Los pacientes adherentes utilizaron significativamente menos recursos y tuvieron costes totales significativamente menores tanto por todas las causas (14.136\$ frente a 14.926\$) como relacionados con el hipotiroidismo (1.672\$ frente a 1.709\$), aun siendo los costes de los medicamentos más altos en el grupo adherente. A su vez, los pacientes adherentes tenían menos probabilidades de padecer enfermedades relacionadas, como enfermedad de Addison comórbida, trastorno bipolar, enfermedad renal crónica, depresión, migraña, obesidad, o diabetes tipo 1 o tipo 2 y, por tanto, unos menores costes relacionados con el tratamiento de estas patologías, en comparación con los pacientes no adherentes (Hepp et al., 2018).

Esquizofrenia

Por su parte, distintos estudios relacionados con los trastornos mentales han analizado la asociación entre adherencia y costes. En un trabajo estadounidense, los pacientes con una alta adherencia (>90%) al tratamiento con antipsicóticos para la esquizofrenia presentaban una probabilidad de hospitalización un 4,2% menor que los pacientes no adherentes, y costaban 2.079 dólares menos al sistema que los pacientes no adherentes

(un 41% menos). En el caso de pacientes que habían sido ingresados, estas diferencias aumentaban significativamente, ya que la adherencia se asociaba a una reducción del 49% en la probabilidad de hospitalización, con gastos un 65% inferiores. Ese mismo trabajo expuso que, si la proporción de días cubiertos por la medicación de un paciente se encontrara entre 0,80 y 0,90 se generaría un ahorro anual en el gasto hospitalario psiquiátrico de 723\$ (p <.01), mientras que si la PDC fuera superior al 0,90, el ahorro anual generado sería de 888\$ (p <.001) (Roberto et al., 2017).

Epilepsia

En el caso de pacientes con epilepsia, la no adherencia al tratamiento se asocia con un aumento promedio del gasto sanitario de 260\$ al año por paciente. A su vez, los resultados de las estimaciones indican que los costes de hospitalización, visitas a urgencias y atención médica general disminuyen significativamente (-119\$, -7\$ y -170\$, respectivamente) por cada 1% de aumento en la tasa de posesión del medicamento (Ip et al., 2018).

Cáncer

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto en la salud, debido a los altos rangos de incidencia, prevalencia y mortalidad (Ferlay et al., 2012), (Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2014). Para lograr una respuesta óptima en la evolución del cáncer, es de vital importancia la adherencia de los pacientes a los tratamientos oncológicos, ya que la falta de adhesión influye en el fracaso terapéutico, la recurrencia de la enfermedad y la mortalidad de los pacientes, y por tanto en los costes directos e indirectos (Sokol et al., 2005; Halpern R et al., 2009; McCowan et al., 2013; McCue, Lohr & Pick, 2014; Kreys et al., 2014).

En este sentido, se ha estimado que los dos subgrupos de pacientes con menor adherencia al tratamiento (<50% y 50-90%) reportaron los mayores costes sanitarios totales (162.699\$ y 67.838\$, respectivamente), tendencia que se repitió para los costes de hospitalización y visitas médicas (Cutler et al., 2018). Asimismo, se ha estimado que la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes oncológicos deriva en mayores tasas de discapacidad y pérdida de productividad laboral (Lu et al., 2021).

Hormona del crecimiento

En el ámbito de la hormona del crecimiento, se ha demostrado que la mala adherencia al tratamiento farmacológico tiene como consecuencia una menor velocidad del crecimiento de los niños y que, por el contrario, a mayor adherencia, mayor velocidad de crecimiento (Kapoor et al., 2008). Por otro lado, en un estudio de Nueva Zelanda, donde el 66% de los niños fueron malos cumplidores, se demostró que perder más de 1 dosis de la hormona de crecimiento a la semana comprometía el crecimiento longitudinal (Cutfield et al., 2011). En nuestro país, el Instituto de Salud Carlos III reconoce que la adherencia al tratamiento es

uno de los aspectos prácticos más importantes a tener en cuenta en tratamientos como éste, de larga duración y administración compleja, reconociendo que la administración por medios electrónicos permite una sensible mejoría en el aprovechamiento de la hormona, reduciendo los residuos que se puedan desperdiciar bajo otras formas de administración (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III, 2013).

Esclerosis múltiple

En la esclerosis múltiple, la adherencia al tratamiento también se asocia con mejores resultados clínicos y económicos. Los tratamientos que requieren administraciones poco frecuentes y tienen perfiles de adherencia favorables pueden beneficiar a los pacientes que no pueden adherirse a las terapias. Por ejemplo, en una cohorte de 2.446 pacientes norteamericanos, donde solo el 59,6% cumplieron con su tratamiento, los pacientes adherentes fueron significativamente menos propensos a tener hospitalizaciones (odds ratio de 0,63; IC95% 0,47-0,83) y recaídas (OR: 0,71; IC 95% 0,59-0,85) que los no adherentes, lo que se tradujo en que, en promedio, el grupo adherente incurrió en unos costes sanitarios más bajos que el grupo no adherente (3.380\$ frente a \$ 4.348\$) (Tan et al., 2011).

3.3. Coste-efectividad de distintas estrategias de mejora de la adherencia

En una era en la que la búsqueda de la efectividad y la eficiencia de las intervenciones sanitarias es un elemento esencial para la sostenibilidad de los SNS, es importante analizar las medidas de fomento de la adherencia no sólo como intervenciones que pueden generar ahorros para el sistema, sino también ampliar el espectro del beneficio de las intervenciones, añadiendo el componente efectividad a la ecuación. Como hemos comentado anteriormente, la mejora de la adherencia ha demostrado ser coste-efectiva en diferentes patologías. Por ejemplo, la relación coste-beneficio fue de 1:13,5 para la hipertensión, de 1:8,4 para la insuficiencia cardíaca congestiva, de 1:8,6 para la diabetes y de 1:3,8 para la hiperlipidemia, compensando los aumentos del gasto farmacéutico con las disminuciones del gasto médico. Por lo tanto, el gasto de un dólar adicional en medicamentos para los pacientes adherentes con insuficiencia cardíaca congestiva, HTA, diabetes e hiperlipidemia puede generar entre 4 y 14 dólares de ahorro netos para el sistema (Roebuck et al., 2011).

En Bélgica, un estudio sobre el impacto económico de la osteoporosis con bifosfonatos de marca (y alendronato genérico) concluyó que la adherencia 100%, 80% y 60%, medida por la ratio de posesión médica, estaba relacionada con unos costes por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado de 9.069€ (4.871€ para el alendronato genérico), 32.278€ (11.985€) y 64.052€ (30.181€), respectivamente, asumiendo una persistencia al tratamiento con datos del mundo real (Hilgsmann et al., 2010).

Un ejemplo de estudio de coste-efectividad sobre intervenciones para mejorar la adherencia en España, se encuentra en el realizado por Carrión et al., en el que se investigó la mejora de la adherencia producida por un manejo multidisciplinar en el tratamiento de la hepatitis C. Según los resultados, el abordaje obtuvo más AVAC que el grupo control (16.317€ frente a 15.814€) a un menor coste (13.319€ frente a 16.184€), siendo por tanto la intervención multidisciplinar dominante (más efectiva a un menor coste). Estos resultados fueron similares, independientemente del genotipo del virus de la hepatitis C (Carrión et al., 2013).

La simplificación de la posología, como por ejemplo pasar de un tratamiento que requiere varias dosis al día a una sola toma, es una medida que, además de favorecer la adherencia, a menudo resulta coste-efectiva. Por ejemplo, en los Países Bajos, el tratamiento con mesalazina en la colitis ulcerosa una vez al día frente a dos veces al día, ha demostrado ser una intervención coste-efectiva. Tras 32 semanas de estudio, el coste medio por paciente con colitis ulcerosa activa fue de 3.097€ para mesalazina una vez al día, frente a 3.548€ para mesalazina dos veces al día, lo que supuso un ahorro medio de 451€ por paciente. Los AVAC fueron de 0,57 y 0,56 para la mesalazina una vez al día y dos veces al día respectivamente, lo que supuso una ganancia de 0,01 AVAC. El coste medio por AVAC fue de 5.433€ para mesalazina una vez al día y 6.324€ para mesalazina dos veces al día. La estrategia de una toma diaria ha demostrado ser dominante, ya que aumenta los AVAC y está relacionada con menores costes (Connolly et al., 2014).

Además, la labor del farmacéutico se ha tornado como una pieza importante a la hora de mejorar la adherencia de los pacientes, sobre todo en aquellos mayores y polimedicados, donde es más fácil que se produzcan fallos a la hora de ingerir los medicamentos. Sobre ello, un estudio piloto sobre el establecimiento del SFT estimó que, bajo 3 escenarios diferentes, había una probabilidad del 98% y el 100% de que su uso fuera coste-efectivo, bajo una disponibilidad a pagar de 30.00€/AVAC. El escenario 1, que incluía costes de medicación, tiempo de intervención y gastos asociados al servicio, la ratio coste efectividad incremental fue de 9.365€/AVAC. En el escenario 2, que comprendía los costes de medicación, tiempo de intervención, gastos asociados al servicio de SFT y las visitas a urgencias, el ratio fue de 7.486€/AVAC, mientras que el escenario 3 que incluía los costes de medicación, tiempo de intervención, gastos asociados al SFT, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, el uso del SFT fue la estrategia dominante, con una mayor utilidad y unos menores costes asociados (Tabla 7.2) (Martínez Martínez & Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014).

En el Reino Unido, el servicio nacional de salud puso en marcha en 2011 el “Servicio de Nuevos Medicamentos”, que consiste en que los farmacéuticos comunitarios ayudan a optimizar el uso de medicamentos para los pacientes en 4 áreas terapéuticas (hipertensión, diabetes tipo 2, terapia anticoagulante/antiplaquetaria y asma/EPOC)

Tabla 7.2. Resultados del establecimiento del SFT en términos de ratio coste-efectividad incremental

| Coste | Intervención Media+DT (IC:95%) | Comparación Media+DT (IC:95%) | Diferencia o RCEI Media+DT (IC:95%) |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| Escenario 1 | 895,85 ± 897,10 | 678,06 ± 618, 69 | 217 (133,26 a 302,33) |
| Escenario 2 | 930,97 ± 904,48 | 756,87 ± 671,43 | 174,1 (86,76 a 261,43) |
| Escenario 3 | 1.154,74 ± 1.590,37 | 1.272,69 ±3.967,73 | -117,95 (-439,85 a 203,96) |
| AVAC | | | |
| Escenarios 1 y 2 | 0,3721 ± 0,12 | 0,3488 ± 0,15 | 0,0233 (0,0088 a 0,0377) |
| Ratio coste-efectividad incremental (€/AVAC) | | | |
| Escenario 1 | - | - | 9.364,99 |
| Escenario 2 | - | - | 7.486,10 |
| Escenario 3 | - | - | Dominante |

Fuente: Martínez Martínez & Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014

cuando eran prescritos por primera vez. Los resultados mostraron que el servicio de nuevos medicamentos generó una ganancia media de 0,06 AVAC (IC 95%: 0,00;0,16) por paciente, con un coste medio reducido en 190£ (IC 95%: -929;87). Por lo tanto, el servicio dominaba a la práctica actual (OCDE, 2018).

También en el Reino Unido, se investigó el impacto en la adherencia y el coste-efectividad de implementar un folleto de automedicación que recogiera el momento en el que se tomaba la medicación. La intervención se diseñó para automatizar el comportamiento de activación intencionada (toma de medicamentos) basado en un formato de “si-entonces” (“si es el momento X en el lugar Y, y estoy haciendo Z, entonces tomaré mi dosis de píldora”). El análisis estimó que el coste medio del grupo de intervención (1.340£ (IC 95%: 1.132£-1.688£)) fue ligeramente más bajo que el del grupo de control que representa la atención estándar (1.352£ (IC del 95%: 1.132£-1.727£)). Los AVAC en el grupo de intervención fueron más altos que los del grupo de control: 0,75 (IC 95%: 0,70-0,79) en comparación con 0,74 (IC 95%: 0,68-0,79). Estas mejoras en salud conllevaron a su vez un ahorro de costes de 12£ (15€), siendo esta intervención dominante (Plumpton et al., 2015).

En el ámbito del VIH en Holanda, se ha demostrado que la aplicación de un sistema de monitorización electrónico por parte del personal de enfermería de los envases de la terapia antirretroviral (una tapa de frasco de píldoras electrónico que registra la fecha y hora de apertura del frasco), estaba relacionado con una mejora de la calidad de vida del

paciente (aumento de 0,034 AVAC) y un ahorro en costes de 592€ por paciente. Estos datos fueron consistentes en el análisis de sensibilidad realizado, independientemente del tiempo de estudio (de por vida o 10 años) o de la perspectiva utilizada (social o del sistema sanitario) (de Bruin et al., 2017).

Los retos que enfrentamos: un resumen

A lo largo de estas páginas hemos comprobado, a través de múltiples ejemplos, el valor económico que va aparejado a la adherencia y sobre todo el alto coste asociado a la falta de la misma. Hemos analizado el considerable coste sanitario (morbilidad y mortalidad prematura) y económico asociado a la falta de adherencia, tanto a nivel agregado como en diferentes patologías. Por ello, la monitorización objetiva del cumplimiento terapéutico potencia la efectividad de los tratamientos. En este sentido, el registro y análisis de datos objetivos de cumplimiento terapéutico mejorará la gestión de los costes, tanto de la terapia como hospitalarios.

La mejora en efectividad y gestión de costes se traduce en ganancias de eficiencia en los recursos dedicados a estos pacientes. En este sentido, la tecnología y el manejo de datos a gran escala pueden ser unos elementos catalizadores de importantes mejoras a nivel de la adherencia. Así, los dispositivos electrónicos pueden implicar mejoras en la relación coste-efectividad de las terapias con las que se combinan, debido a un mayor cumplimiento y a una mayor adecuación al tratamiento. Por otra parte, el uso de la inteligencia artificial está permitiendo avanzar en identificar patrones de pacientes poco adherentes.

En general, parece existir una falta de estudios sistemáticos de medición del impacto de la adherencia sobre el total de los presupuestos sanitarios, siendo éstos ya algo obsoletos. Es esencial concienciar a los gestores sanitarios sobre la palanca que supone la adherencia para favorecer la sostenibilidad del SNS, ya que es una herramienta esencial para evitar el despilfarro de recursos, aspecto que la OCDE ha puesto de manifiesto en una serie de estudios recientes.

La tecnología sanitaria (incluyendo el medicamento) más onerosa es aquella que se adquiere, pero que no se utiliza o se utiliza incorrectamente. La concienciación de los pacientes y de los profesionales sanitarios sobre la importancia del cumplimiento terapéutico será por tanto clave para contribuir a la viabilidad y solvencia de nuestro SNS.

Referencias

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III (2013) **Adherencia al tratamiento con Hormona de Crecimiento Recombinante en niños deficitarios: Control terapéutico e impacto económico.** Instituto de Salud Carlos III. doi:10.4321/repisalud.5428.
- Aznar-Lou, I., Fernández, A., Gil-Girbau, M., Sabés-Figuera, R., Fajó-Pascual, M., Peñarrubia-María, M.T., Serrano-Blanco, A., Moreno-Peral, P., Sánchez-Niubó, A., March-Pujol, M. & Rubio-Valera, M. (2017) **Impact of initial medication non-adherence on use of healthcare services and sick leave: a longitudinal study in a large primary care cohort in Spain. The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners.** 67 (662), e614–e622. doi:10.3399/bjgp17X692129.
- Barrueta, O.I. & Verdugo, R.M. (2017) **Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Grupo de Adherencia Terapéutica ADHEFAR de la SEFH.** https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf.
- Belsey, J.D. (2012) **Optimizing adherence in hypertension: a comparison of outcomes and costs using single tablet regimens vs individual component regimens.** Journal of Medical Economics. 15 (5), 897–905. doi:10.3111/13696998.2012.689792.
- de Bruin, M., Oberjé, E.J.M., Viechtbauer, W., Nobel, H.-E., Hilgsmann, M., van Nieuwkoop, C., Veenstra, J., Pijnappel, F.J., Kroon, F.P., van Zonneveld, L., Groeneveld, P.H.P., van Broekhuizen, M., Evers, S.M.A.A. & Prins, J.M. (2017) **Effectiveness and cost-effectiveness of a nurse-delivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: a pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial. The Lancet Infectious Diseases.** 17 (6), 595–604. doi:10.1016/S1473-3099(16)30534-5.
- Carls, G.S., Roebuck, M.C., Brennan, T.A., Slezak, J.A., Matlin, O.S. & Gibson, T.B. (2012) **Impact of medication adherence on absenteeism and short-term disability for five chronic diseases. Journal of Occupational and Environmental Medicine.** 54 (7), 792–805. doi:10.1097/JOM.0b013e31825463e9.
- Carrión, J.A., Gonzalez-Colominas, E., García-Retortillo, M., Cañete, N., Cirera, I., Coll, S., Giménez, M.D., Márquez, C., Martín-Escudero, V., Castellví, P., Navinés, R., Castaño, J.R., Galeras, J.A., Salas, E., Bory, F., Martín-Santos, R. & Solà, R. (2013) **A multidisciplinary support programme increases the efficiency of pegylated interferon alfa-2a and ribavirin in hepatitis C.** Journal of Hepatology. 59 (5), 926–933. doi:10.1016/j.jhep.2013.06.019.
- Chandran, A., Bonafede, M.K., Nigam, S., Saltiel-Berzin, R., Hirsch, L.J. & Lahue, B.J. (2015) **Adherence to Insulin Pen Therapy Is Associated with Reduction in Healthcare Costs Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus.** American Health & Drug Benefits. 8 (3), 148–158.
- Chobanian, A.V. (2009) **The Hypertension Paradox — More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy.** New England Journal of Medicine. 361 (9), 878–887. doi:10.1056/NEJMsa0903829.

Connolly, M.P., Kuyvenhoven, J.P., Postma, M.J. & Nielsen, S.K. (2014)
Cost and quality-adjusted life year differences in the treatment of active ulcerative colitis using once-daily 4 g or twice-daily 2g mesalazine dosing.
Journal of Crohn's & Colitis. 8 (5), 357–362. doi:10.1016/j.crohns.2013.09.015.

Curtis, S.E., Boye, K.S., Lage, M.J. & Garcia-Perez, L.-E. (2017)
Medication adherence and improved outcomes among patients with type 2 diabetes.
The American Journal of Managed Care. 23 (7), e208–e214.

Cutfield, W.S., Derraik, J.G.B., Gunn, A.J., Reid, K., Delany, T., Robinson, E. & Hofman, P.L. (2011)
Non-Compliance with Growth Hormone Treatment in Children Is Common and Impairs Linear Growth.
PLOS ONE. 6 (1), e16223. doi:10.1371/journal.pone.0016223.

Cutler, R.L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C. & Garcia-Cardenas, V. (2018)
Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review.
BMJ Open. 8 (1), e016982. doi:10.1136/bmjopen-2017-016982.

Darbà, J., Ramírez, G., García-Rivero, J.L., Mayoralas, S., Pascual, J.F., Vargas, D. & Bijedic, A. (2017)
Estimating the economic consequences of an increased medication adherence due to a potential improvement in the inhaler technique with Spiromax® compared with Turbuhaler® in patients with moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease in Spain.
ClinicoEconomics and outcomes research: CEOR. 9, 127–137. doi:10.2147/CEOR.S125301.

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J.A. (2009)
Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora.
Atención Primaria. 342–348. doi:10.1016/j.aprim.2008.09.031.

Donald G, Zhuliang T, William C & Glenn D (2010)
Antihypertensive Medication Adherence and Subsequent Healthcare Utilization and Costs.
American Journal of Managed Care. 16.
http://www.ajmc.com/journals/issue/2010/2010-08-vol16-n08/AJMC_10aug_Pittman_568to576/.

Egede, L.E., Gebregziabher, M., Dismuke, C.E., Lynch, C.P., Axon, R.N., Zhao, Y. & Mauldin, P.D. (2012)
Medication Nonadherence in Diabetes: Longitudinal effects on costs and potential cost savings from improvement.
Diabetes Care. 35 (12), 2533–2539. doi:10.2337/dc12-0572.

Encinosa, WE, Bernard, D & Dor, A (2010)
Does prescription drug adherence reduce hospitalizations and costs? The case of diabetes.
NBER Working Paper. 15691.

Esposti, L.D., Saragoni, S., Benemei, S., Batacchi, P., Geppetti, P., Di Bari, M., Marchionni, N., Sturani, A., Buda, S. & Esposti, E.D. (2011)
Adherence to antihypertensive medications and health outcomes among newly treated hypertensive patients.
ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR. 3, 47–54. doi:10.2147/CEOR.S15619.

Farmaindustria & Ernest & Young (2016)
Plan de Adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento.
http://www.farmaindustria.es/adherencia/que-es/.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D., Forman, D. & Bray, F. (2012)
Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.
GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. 2012.
http://globocan.iarc.fr/Default.aspx.

Grabowski, D.C., Lakdawalla, D.N., Goldman, D.P., Eber, M., Liu, L.Z., Abdelgawad, T., Kuznik, A., Chernew, M.E. & Philipson, T. (2012)
The Large Social Value Resulting From Use Of Statins Warrants Steps To Improve Adherence And Broaden Treatment.
Health Affairs. 31 (10), 2276–2285. doi:10.1377/hlthaff.2011.1120.

Halpern R, Barghout V, Zarotsky V & Williams DE (2009)
Costs and Utilization Associated with Imatinib Adherence in Patients with Chronic Myeloid Leukemia or Gastrointestinal Stromal Tumors.
JCOM. 16 (5), 215–223.

Hepp, Z., Lage, M.J., Espallat, R. & Gossain, V.V. (2018)
The association between adherence to levothyroxine and economic and clinical outcomes in patients with hypothyroidism in the US.
Journal of Medical Economics. 21 (9), 912–919. doi:10.1080/13696998.2018.1484749.

Hiligsmann, M., Rabenda, V., Gathon, H.-J., Ethgen, O. & Reginster, J.-Y. (2010)
Potential Clinical and Economic Impact of Nonadherence with Osteoporosis Medications.
Calcified Tissue International. 86 (3), 202–210. doi:10.1007/s00223-009-9329-4.

Hughes, D.A., Bagust, A., Haycox, A. & Walley, T. (2001a)
Accounting for noncompliance in pharmacoeconomic evaluations.
PharmacoEconomics. 19 (12), 1185–1197.

Hughes, D.A., Bagust, A., Haycox, A. & Walley, T. (2001b)
The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature.
Health Economics. 10 (7), 601–615. doi:10.1002/hec.609.

Humenberger, M., Horner, A., Labek, A., Kaiser, B., Frechinger, R., Brock, C., Lichtenberger, P. & Lamprecht, B. (2018)
Adherence to inhaled therapy and its impact on chronic obstructive pulmonary disease (COPD).
BMC Pulmonary Medicine. 18. doi:10.1186/s12890-018-0724-3.

Ip, Q., Malone, D.C., Chong, J., Harris, R.B. & Labiner, D.M. (2018)
Economic impact of epilepsy and the cost of nonadherence to antiepileptic drugs in older Medicare beneficiaries.
Epilepsy & Behavior: E&B. 80, 208–214. doi:10.1016/j.yebeh.2018.01.009.

Jha, A.K., Aubert, R.E., Yao, J., Teagarden, J.R. & Epstein, R.S. (2012)
Greater Adherence To Diabetes Drugs Is Linked To Less Hospital Use And Could Save Nearly \$5 Billion Annually.
Health Affairs. 31 (8), 1836–1846.

Kapoor, R.R., Burke, S.A., Sparrow, S.E., Hughes, I.A., Dunger, D.B., Ong, K.K. & Acerini, C.L. (2008)
Monitoring of concordance in growth hormone therapy.
Archives of Disease in Childhood. 93 (2), 147–148. doi:10.1136/adc.2006.114249.

Khan, R. & Socha-Dietrich, K. (2018)

Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency.
https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/8178962c-en.

Kim, J.-A., Lim, M.K., Kim, K., Park, J. & Rhee, C.K. (2018)

Adherence to Inhaled Medications and its Effect on Healthcare Utilization and Costs Among High-Grade Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients.
Clinical Drug Investigation. 38 (4), 333–340. doi:10.1007/s40261-017-0612-2.

Kreys, E.D., Kim, T.Y., Delgado, A. & Koeller, J.M. (2014)

Impact of Cancer Supportive Care Pathways Compliance on Emergency Department Visits and Hospitalizations.
Journal of Oncology Practice. 10 (3), 168–173. doi:10.1200/JOP.2014.001376.

Lewis, A., Blackney, M., Torvinen, S., Holmes, J., Osborne, M., Dale, J., Chandler, S. & Plich, A. (2014)

The Budget Impact of Duoresp® Spiromax® (Budesonide + Formoterol Fumarate Dihydrate) Compared With Symbicort® Turbohaler® for the Management of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the United Kingdom: Impact on Health Care Costs and Inhalation Technique.
Value in Health. 17 (7), A591. doi:10.1016/j.jval.2014.08.2027.

Lloyd, J.T., Maresh, S., Powers, C.A., Shrank, W.H. & Alley, D.E. (2019)

How Much Does Medication Nonadherence Cost the Medicare Fee-for-Service Program?
Medical Care. 57 (3), 218–224. doi:10.1097/MLR.0000000000001067.

Lu, Z.K., Xiong, X., Brown, J., Horras, A., Yuan, J. & Li, M. (2021)

Impact of Cost-Related Medication Nonadherence on Economic Burdens, Productivity Loss, and Functional Abilities: Management of Cancer Survivors in Medicare.
Frontiers in Pharmacology. 12, 1602. doi:10.3389/fphar.2021.706289.

Martínez Martínez, F. & Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2014)

Consigue: informe: medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid.

Mata Cases, M (2013)

Coste actual de la diabetes mellitus en España: el estudio eCostesDM2. Suplemento extraordinario Diabetes Práctica. Jornadas de Actualización Terapéutica.
Diabetes Tipo 2 (6).
http://diabetespractica.com/docs/publicaciones/138512825809_Mata.pdf.

Mata-Cases, M., Casajuana, M., Franch-Nadal, J., Casellas, A., Castell, C., Vinagre, I., Mauricio, D. & Bolívar, B. (2016)

Direct medical costs attributable to type 2 diabetes mellitus: a population-based study in Catalonia, Spain.
The European Journal of Health Economics. 17 (8), 1001–1010. doi:10.1007/s10198-015-0742-5.

Mazzaglia, G., Ambrosioni, E., Alacqua, M., Filippi, A., Sessa, E., Immordino, V., Borghi, C., Brignoli, O., Caputi, A.P., Cricelli, C. & Mantovani, L.G. (2009)

Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. Circulation.
120 (16), 1598–1605. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.830299.

McCowan, C., Wang, S., Thompson, A.M., Makubate, B. & Petrie, D.J. (2013)

The value of high adherence to tamoxifen in women with breast cancer: a community-based cohort study.
British Journal of Cancer. 109 (5), 1172–1180. doi:10.1038/bjc.2013.464.

McCue, D.A., Lohr, L.K. & Pick, A.M. (2014)

Improving adherence to oral cancer therapy in clinical practice.
Pharmacotherapy. 34 (5), 481–494.

Mennini, F.S., Marcellusi, A., von der Schulenburg, J.M.G., Gray, A., Levy, P., Sciattella, P., Soro, M., Staffiero, G., Zeidler, J., Maggioni, A. & Schmieder, R.E. (2015a)

Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries.
The European journal of health economics: Health Economics in Prevention and Care (HEPAC). 16 (1), 65–72. doi:10.1007/s10198-013-0554-4.

Mennini, F.S., Marcellusi, A., von der Schulenburg, J.M.G., Gray, A., Levy, P., Sciattella, P., Soro, M., Staffiero, G., Zeidler, J., Maggioni, A. & Schmieder, R.E. (2015b)

Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries.
The European Journal of Health Economics. 16 (1), 65–72. doi:10.1007/s10198-013-0554-4.

Miravittles, M., Marín, A., Huerta, A., Carcedo, D., Villacampa, A. & Puig-Junoy, J. (2020)

Estimation of the Clinical and Economic Impact of an Improvement in Adherence Based on the Use of Once-Daily Single-Inhaler Triple Therapy in Patients with COPD.
International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 15, 1643–1654. doi:10.2147/COPD.S253567.

Morken, G., Widen, J.H. & Grawe, R.W. (2008)

Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia.
BMC Psychiatry. 8 (1), 32. doi:10.1186/1471-244X-8-32.

OECD (2017)

Tackling Wasteful Spending on Health.
https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264266414-en.

OCDE (2018)

Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia.
105. doi:10.1787/8178962c-en.

OECD & European Union (2018)

Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.
Health at a Glance: Europe. OECD. doi:10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005)

Adherence to medication.
New England Journal of Medicine. 353 (5), 487–497.

Panjabi, S., Lacey, M., Bancroft, T. & Cao, F. (2013)

Treatment adherence, clinical outcomes, and economics of triple-drug therapy in hypertensive patients.
Journal of the American Society of Hypertension. 7 (1), 46–60. doi:10.1016/j.jash.2012.11.001.

Pérez, M., Puig-Peiró, R., Paz, S. & Lizán, L. (2015)

Coste directo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica asociado a variaciones en adherencia y persistencia.
18, 8.

Plumpton, C.O., Brown, I., Reuber, M., Marson, A.G. & Hughes, D.A. (2015)

Economic evaluation of a behavior-modifying intervention to enhance antiepileptic drug adherence.
Epilepsy & Behavior. 45, 180–186. doi:10.1016/j.yebeh.2015.01.035.

Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) (2014)

Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa.
http://redecan.org/es/download_file.cfm?file=257&area=196.

Roberto, P., Brandt, N., Onukwugha, E., Perfetto, E., Powers, C. & Stuart, B. (2017)

Adherence to Antipsychotic Therapy: Association With Hospitalization and Medicare Spending Among Part D Enrollees With Schizophrenia.
Psychiatric Services (Washington, D.C.). 68 (11), 1185–1188. doi:10.1176/appi.ps.201600434.

Roebuck, M.C., Liberman, J.N., Gemmill-Toyama, M. & Brennan, T.A. (2011)

Medication Adherence Leads To Lower Health Care Use And Costs Despite Increased Drug Spending.
Health Affairs. 30 (1), 91–99. doi:10.1377/hlthaff.2009.1087.

Rosenberg, M. & Waugh, M.S. (1999)

Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance.
American Journal of Obstetrics & Gynecology. 180 (2), S276–S279. doi:10.1016/S0002-9378(99)70718-0.

Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R. & Epstein, R.S. (2005)

Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost.
Medical Care. 43 (6), 521–530.

Tan, H., Cai, Q., Agarwal, S., Stephenson, J.J. & Kamat, S. (2011)

Impact of adherence to disease-modifying therapies on clinical and economic outcomes among patients with multiple sclerosis.
Advances in Therapy. 28 (1), 51–61. doi:10.1007/s12325-010-0093-7.

Tay, T.R., Wong, H.S., Ihsan, R., Toh, H.P., Choo, X. & Tee, A.K. (2017)

Comparison of the Proportion and Healthcare Utilisation of Adult Patients with Uncontrolled Severe Asthma versus Non-Severe Asthma Seen in a Southeast Asian Hospital-Based Respiratory Specialist Clinic.
Annals of the Academy of Medicine, Singapore. 46 (6), 217–228.

Trueman, P., Taylor, D., Lowson, K., Bligh, A., Meszaros, A., Wright, D., Glanville, J., Newbould, J., Bury, M. & Barber, N. (2010)

Evaluation of the scale, causes and costs of waste medicines.
Report of DH funded national project.

Vogler, S. & de Rooij, R.H.P.F. (2018)

Medication wasted - Contents and costs of medicines ending up in household garbage.
Research in social & administrative pharmacy: RSAP. 14 (12), 1140–1146. doi:10.1016/j.sapharm.2018.02.002.

World Health Organization (2003a)

Adherence to long-term therapies: Evidence for action.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.

World Health Organization (2003b)

Adherence to long-term therapies: evidence for action.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

Zozaya, N., Alcalá, B. & Galindo, J. (2019)

The offset effect of pharmaceutical innovation: A review study. Global & Regional Health Technology Assessment.
2019, 2284240319875108. doi:10.1177/2284240319875108.



El paciente ante la adherencia

Andoni Lorenzo Garmendia
Pilar Martínez Gimeno

1. Introducción

Las enfermedades crónicas representan hoy en día un gran reto para la sociedad y el sistema sanitario, tanto por el elevado coste sociosanitario que representan, como por su impacto en la calidad de vida de las personas. Cada patología manifiesta diferentes factores que determinan la adherencia o no adherencia a los tratamientos en los pacientes, todo ello acompañado de componentes socioeconómicos y aspectos emocionales que es necesario valorar. En efecto, las personas afectadas por enfermedades crónicas, además de convivir con su patología, también viven realidades sociales diferentes importantes a tener en cuenta a la hora de analizar los porqués y las medidas o acciones que se necesitan tomar para hacer más efectiva esa adherencia y mejorar la calidad de vida de la población.

El presente capítulo expone y analiza, desde la visión y la experiencia de ambos autores como representantes de pacientes, los factores que afectan la adherencia de los pacientes crónicos y las consecuencias de la no adherencia en su vida cotidiana. Muchos de estos factores han sido descritos en capítulos anteriores, con base en evidencia publicada. Por ello, el objetivo de este capítulo es complementar los capítulos anteriores con la opinión de los autores como representantes del tejido asociativo. Asimismo, se pretende ofrecer propuestas concretas para mejorar la adherencia, desde la perspectiva de las AAPP.

El Anexo incluido al final de este capítulo presenta las opiniones de ocho AAPP sobre la importancia de la adherencia al tratamiento en patologías concretas, completando así la visión de los pacientes. Asimismo, el Anexo incluye un breve testimonio colectivo sobre el impacto que ha tenido la pandemia ocasionada por la COVID-19 sobre la adherencia.

2. Factores y necesidades no cubiertas asociados a una baja adherencia

Existen necesidades no cubiertas y factores diversos que influyen directamente en la adherencia al tratamiento y son comunes a la mayoría de las patologías. Con base en nuestra experiencia y la información que continuamente recibimos de parte del tejido asociativo, a continuación exponemos los que suceden con más frecuencia en la mayoría de las enfermedades crónicas.

1. Necesidad de formación e información

Existe actualmente una gran necesidad de información clara, sencilla, adaptada a cada uno de nosotros. Los pacientes solemos demandar información sobre nuestras enfermedades a los profesionales de salud. Muchos realizamos consultas en plataformas digitales, a través de aplicaciones para mantener hábitos saludables, foros en las redes sociales, páginas web, etc. Sin embargo, es muy necesario que los profesionales sanitarios sean los que ofrezcan más información en cada momento de la enfermedad. Es un objetivo primordial conseguir pacientes “activos”, comprometidos con su salud, y gestión de sus enfermedades. Para ello, la formación e información tienen un lugar prioritario. El desconocimiento de la enfermedad y su

gestión incorrecta, así como la falta de concienciación sobre las complicaciones que pueden acontecer, van directamente asociadas a una falta de adherencia.

La formación e información es también esencial para el entorno del paciente: su familia o vínculos personales más cercanos, ya que es muy importante contar con el apoyo del círculo más cercano. De igual manera, existe la necesidad de una formación continuada de los profesionales, que, ante la escasez de tiempo con la que se enfrentan día a día, es una prioridad casi imposible de llevar a cabo.

2. Necesidad de relación y comunicación médico-enfermera-farmacéutico paciente

Esta relación es fundamental para que la persona sienta confianza, plantee sus dudas y reciba el apoyo necesario por parte de los profesionales sanitarios. En nuestro contacto con diferentes centros de referencia hospitalarios y de atención primaria, destaca el interés de los propios profesionales sanitarios por aprender estrategias de comunicación que les permitan conectar bien con sus pacientes y optimizar los tiempos de consulta, que suelen ser escasos.

3. Necesidad de apoyo emocional

Cuando se produce un diagnóstico, automáticamente aparecen soledad y miedo. Si no se gestionan bien, pueden ser peores incluso que la enfermedad. Convivir con una enfermedad crónica a veces resulta complicado, porque siempre hay sucesos vitales y cotidianos que pueden entorpecer su buena gestión. El estado anímico y psicológico afecta en todo esto y el apoyo emocional es algo sumamente necesario. Actualmente brillan por su ausencia en las diferentes unidades especializadas de cada patología profesionales en psicología o psiquiatría, que ayuden a internalizar en las personas la condición de vida que deben afrontar y llevar de la mejor manera. De ahí también que reclamemos desde el tejido asociativo el apoyo de profesionales en psicología para acompañar a los pacientes afectados anímicamente, y evitar que vayan a más.

4. Necesidad de tiempo de los profesionales sanitarios para explicar la patología

El poco tiempo que dedican los médicos y el personal de enfermería para atender a los pacientes es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los profesionales de salud, que sin duda puede repercutir en una baja adherencia. La enorme presión asistencial coexistente, hace que en las consultas se atienda lo urgente, las cuestiones vitales y los aspectos más inmediatos. Esto puede provocar que se abandone lo importante, que es la formación y la información, la prevención, el conocimiento de la enfermedad, de los hábitos saludables, de los tratamientos, y la importancia de la adherencia.

La consulta con el profesional sanitario, es una pieza clave para dar apoyo a las necesidades de salud de cada persona. Se debe contemplar al paciente con una visión holística, no solo acompañado por una patología, sino como un ser multidimensional

donde también se debe tomar en cuenta su sufrimiento, sus dudas, sus miedos, es decir, su integridad física, humana y emocional. Actualmente no se dedica el tiempo necesario para atender de esta manera a los pacientes, y representa un cambio de paradigmas que debemos conseguir.

5. Olvido en las tomas o administración de la medicación

El olvido en las tomas es más evidente en enfermedades crónicas. La sensación de que una enfermedad es para toda la vida, y que hay que tomar la medicación para siempre, en muchas personas genera rechazo a la enfermedad y a los tratamientos. Por ello, la cronicidad genera desniveles importantes en la adherencia a lo largo de la vida del paciente. No obstante, el olvido también puede ser debido a una falta de memoria, que no solo afecta a las personas mayores, sino también a adultos y personas jóvenes. En estos casos, muchos pacientes lo atribuyen al ritmo estresante de vida que llevan.

6. Necesidad de gestionar los efectos adversos

Los efectos adversos de la medicación influyen de manera importante en la no adherencia al tratamiento. La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Para reducir al máximo este problema es fundamental la realización de un buen seguimiento del paciente y que éste tenga claro que, ante esta situación, debe acudir a su médico para comentar dichos efectos adversos.

7. Falta de eficacia inmediata de los tratamientos

Es también frecuente que el paciente abandone el tratamiento si no observa un resultado beneficioso a corto plazo. Es muy importante que el profesional sanitario explique en detalle cómo evoluciona el tratamiento a corto, mediano y largo plazo. Siempre existe ansiedad por ver los resultados de manera inmediata, y en ocasiones puede no ser así.

8. Polimedicación y varias tomas al día

La polimedicación y las tomas en diferentes horarios son factores estresantes y a veces difíciles de llevar para muchas personas, lo que dificulta el cumplimiento terapéutico. Especialmente en personas mayores, que no tienen apoyo familiar. En estas situaciones el farmacéutico juega un papel muy importante, ya que puede detectar si la recogida de la medicación por parte del paciente es la correcta y realizando pequeñas preguntas puede descubrir si el paciente realiza una buena o mala toma de su medicación. En este punto, se hace muy necesaria la comunicación entre la farmacia y el médico de atención primaria. Asimismo, es importante mencionar el SPD que ofrecen muchas farmacias y que permite mejorar olvidos y errores en los horarios, mejorando la seguridad y adherencia a los tratamientos.

9. Autoadministración en el caso de utilizar dispositivos o inyectables

Hoy en día, la utilización de dispositivos para la gestión de diferentes enfermedades representa un salto cuántico en los tratamientos. La utilización de bombas de administración de la medicación, sensores con monitoreo continuo, dispositivos especiales, son avances muy importantes para mejorar la adherencia y la calidad de vida de las personas que conviven con enfermedades crónicas. No obstante, para una correcta utilización de estos dispositivos es necesaria una formación continua. En estos casos, la enfermería juega un papel fundamental.

10. Necesidad de incrementar el uso de la tecnología y aplicaciones digitales

La tecnología y las aplicaciones digitales son herramientas muy útiles para facilitar y hacer SFT a los pacientes, pero no todo el mundo tiene acceso a ellas, ya sea por edad o por medios económicos. Aunque la pandemia de la COVID-19 ha obligado a sumergirnos en el mundo digital y telemático, está claro que sigue habiendo desigualdades entre los diferentes grupos de personas, y que la brecha digital existe. Hay mucho que hacer en este campo, empezando por la formación digital del paciente y de los profesionales sanitarios. Es importante que la tecnología se adapte al paciente, que ayude a un mejor diagnóstico, a mejorar la adherencia, a la formación e información sobre su enfermedad, a su calidad de vida, y a conseguir una mayor atención y cercanía con el paciente.

11. Entorno familiar y social

La familia y el entorno afectivo del paciente juegan un papel primordial en el acompañamiento de la enfermedad. En general, cubren un espacio de contención emocional, representan un factor reconfortante, acompañando o cuidando. La presencia de estas personas nos ayuda a convivir mejor con nuestras patologías. Por este motivo, los familiares y el entorno social influyente deben recibir la formación e información adecuada. Cuando una patología entra en un hogar, todos se sentirán afectados por ella, y será importante que la conozcan para actuar en el caso que sea necesario. Si el paciente no está aún familiarizado ni es capaz de autogestionar su enfermedad, el acompañamiento a las consultas médicas es vital para actuar como testigos y receptores de la información que se transmite. En este punto es importante comentar que no debemos olvidar la prioridad de “cuidar” también a los cuidadores.

Además de las necesidades expuestas anteriormente, existen otros factores asociados a la falta de adherencia que hemos detectado desde el tejido asociativo, entre los que se encuentran componentes geográficos y socioeconómicos, la edad, problemas familiares, sociales o laborales, el nivel de formación y educación, las creencias personales, los tratamientos que no están cubiertos por la seguridad social y que pueden tener altos costes, o el cambio de una marca de medicamento a un genérico (a los pacientes nos cuesta reconocer los tratamientos por sus principios activos, y las diferencias en forma, color y tamaño que pueden existir entre las marcas y los genéricos, nos confunden).

Con respecto a la edad, solemos afirmar que “cada uno envejece como ha vivido”. Hay personas que envejecen manteniéndose jóvenes y activos todo el tiempo que les resulte posible, y eso afecta positivamente en su forma de llevar sus propias patologías. A otros, en cambio, les pesa cada año que cumplen, y delegan en su familia o entorno el cuidado de su salud. En esta actitud ante la edad puede influir, está claro, el nivel cultural del paciente, el medio donde vive, y fundamentalmente su actitud y personalidad.

Con respecto al medio geográfico donde vive el paciente, desde el tejido asociativo coincidimos en que los servicios sociosanitarios deberían estar más presentes en medios rurales, donde las personas mayores tienen serios problemas para desplazarse hasta el hospital más cercano, recoger su medicación, y acceder a la asistencia sanitaria. En estos ambientes, la soledad juega negativamente. Las personas mayores necesitan un contacto social, familiar, un abrazo o un encuentro virtual que les inspire y motive a seguir adelante, y aún hay mucho que trabajar en este terreno.

Hay otros factores que también dificultan la vida de las personas y demuestran, una vez más, la falta de empatía de la administración hacia nuestro colectivo. Ejemplos de ello: acudir a la farmacia hospitalaria a recoger medicamentos muchas veces representa un contratiempo que afecta a la vida cotidiana y laboral de las personas. Si además sumamos el tener que acudir periódicamente, el problema puede agravarse. El sistema sanitario es el que debe adaptarse y buscar las fórmulas adecuadas para ofrecer una mejor calidad asistencial a los pacientes.

3. Propuestas para mejorar la adherencia

A continuación, ofrecemos algunas propuestas concretas que, en nuestra opinión y desde la experiencia de las AAPP, podrían ayudar a mejorar la adherencia de las personas que viven con enfermedades crónicas.

1. Buscar el apoyo de las AAPP

Importante destacar el papel que juegan las AAPP. Acercarse a estas organizaciones y encontrar a personas o familiares de quienes conviven con la misma enfermedad y compartir experiencias con esos “iguales” ofrece tranquilidad, confianza y conocimiento.

Las asociaciones trabajan dos áreas fundamentales:

- 1) Acompañando, educando, informando, dando apoyo emocional, resolviendo muchas dudas que al salir de una consulta médica suelen olvidarse de preguntar.
- 2) Las asociaciones participan como interlocutores, dando voz al colectivo de pacientes de cada patología, llegando a la administración, a las sociedades médicas, a la industria farmacéutica y, cada vez más, incidiendo en la toma de decisiones que nos afectan a todos.

Las AAPP tienen un protagonismo relevante dentro de este marco de concienciación sobre las enfermedades, formación y acompañamiento. Se acompaña a los iguales de

una manera empática, y facilitando las herramientas y formaciones que se necesitan para conseguir la adherencia a los tratamientos.

Por nuestra parte, es necesario doblar esfuerzos desde las organizaciones de pacientes sumándonos a todos los profesionales implicados en el SNS, para concienciar a nuestros colectivos sobre la importancia clave de mantener la adherencia a los tratamientos indicados.

2. Incremento en los recursos económicos y humanos

Es indudable que se necesita disponer de mayores recursos económicos y humanos para una mayor y mejor atención al paciente. Esto permitiría, entre otras cosas, que los profesionales sanitarios dedicaran más tiempo a cada consulta. La alianza terapéutica y la relación de ayuda mejoraría, con más tiempo de más escucha y atención para la adherencia al tratamiento.

3. Diseño y abordaje de un plan nacional sobre la cronicidad en España

Consideramos indispensable la participación de las organizaciones de pacientes en los órganos de decisión y el diseño de una estrategia para abordar la cronicidad y la adherencia al tratamiento. Es necesario pasar a la acción con iniciativas viables, con programas de actuación concretos que mejoren la adherencia. Para ello se necesita la implicación de todos los agentes involucrados en la atención de las enfermedades crónicas y la adherencia al tratamiento: médicos de atención primaria, especialistas, personal de enfermería, psicólogos, farmacéuticos, y pacientes expertos.

4. Historial clínico compartido

Es fundamental crear un historial clínico compartido entre los distintos estamentos y que sea, por supuesto, común y nacional. Esto permitiría una relación directa y compartida de la historia clínica del paciente (HCP), entre el médico y el farmacéutico comunitario, lo que posibilitaría una visión e historia clínica más amplia del paciente, que considere no solamente aspectos clínicos sino también socioeconómicos y perfil psicológico, entendiendo que estos aspectos juegan una parte importante en la adhesión. Se trataría, en breve, de recoger una historia clínico-social.

Asimismo, es importante crear una base de datos en los servicios de salud de las diferentes CCAA, donde estén censados los pacientes con problemas de adherencia recurrentes, para diseñar sistemas de asistencia personalizados.

5. Uso de los SPD

Consideramos de gran importancia potenciar la utilización de los SPD, ya que ayudan a conseguir una mejor adherencia, especialmente en el caso de pacientes polimedicados.

6. Atención multidisciplinar

Para mejorar la adherencia, el SNS debe contar con equipos multidisciplinarios de referencia en todos los hospitales, y atender a los pacientes desde una perspectiva multidimensional y de forma continua.

Es importante trabajar en la conducta y actitud del paciente y también la de los profesionales. La presencia de psicólogos es algo necesario y reclamado por casi todas las organizaciones de pacientes. Esto requiere, en paralelo, de una mayor y mejor formación de los servicios asistenciales sanitarios, tanto públicos como privados.

7. Colaboración entre instituciones para mejorar la adherencia.

La colaboración entre las AAPP, la Administración Sanitaria, la Industria Farmacéutica, y las SSCC de profesionales sanitarios es de fundamental importancia para mejorar la adherencia.

Se debe abandonar el modelo paternalista. En este sentido tanto los colectivos de organizaciones sanitarias médicas, de enfermería y de otras especialidades, trabajan y colaboran de una forma cada vez más frecuente. Si queremos conocer la realidad del paciente solo se puede conseguir trabajando y colaborando con las organizaciones de pacientes. Por ello, las AAPP mantenemos reuniones permanentes con las diferentes organizaciones, recogiendo información desde diferentes puntos de vista, y conociendo con claridad cómo afecta la información que recibimos a la realidad de nuestros colectivos de pacientes. Esto nos permite accionar y reivindicar conociendo mejor el escenario donde nos movemos, además de establecer sinergias con cada uno de estos colectivos, que nos permitan llevar adelante nuestras iniciativas y conseguir los objetivos que nos proponemos.

Los retos que enfrentamos: un resumen

Para mejorar la adherencia el sistema sanitario debe poner al paciente en el centro de la atención. Formarlo e informarlo sobre su enfermedad, sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y las consecuencias de la no adherencia. Así mismo, para favorecer una comunicación informada entre el personal sanitario y el paciente, es necesario formar a los profesionales. La formación de ambos agentes, profesionales y pacientes, permitirá hacer a estos últimos partícipes de las decisiones sobre el manejo de su enfermedad. Se trata de empoderar al paciente, de conseguir que acepte y asimile su condición de cronicidad, para que pueda llevar con responsabilidad y en compañía de los diferentes agentes involucrados en la adherencia al tratamiento, las riendas de su vida.

Lo anterior conlleva a situar a las AAPP en el mismo "tablero de juego" que el resto de los actores del SNS. El gran reto y la gran demanda que desde las asociaciones solicitamos es que las organizaciones participen en los órganos de decisión por ley, en todos los ámbitos: estatal, autonómico y provincial. Creemos que tenemos derecho a participar y opinar sobre aquello que nos afecta en nuestra salud y en nuestra vida. El hacer a los pacientes partícipes de las decisiones sanitarias conllevará a una mayor implicación del paciente, mayor información, y mayor adherencia. No podemos olvidar que, tarde o temprano, todos seremos pacientes.

Anexo: La voz de los verdaderos protagonistas

Hemos contactado con diferentes personas implicadas en el tejido asociativo, quienes nos han compartido su visión, desde su experiencia con los pacientes o como pacientes, sobre los problemas más importantes relativos a la adherencia a los tratamientos según la patología crónica a la que nos enfrentamos. Este Anexo expone los mensajes que nos han transmitido, organizados por área terapéutica.

1. Salud Mental: trastorno límite de la personalidad



Entrevista a Teresa Oñate, presidenta de AMAI TLP, Fundación de Familiares y Enfermos de Trastorno Límite de Personalidad. <https://www.amaitlp.org/>

¿Cuáles son los principales problemas en la adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad?

TO: La adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno límite de personalidad es uno de los problemas con los que nos encontramos en consulta. Los problemas de adherencia se producen principalmente porque el tratamiento farmacológico de estos pacientes no es resolutivo para el cuadro, sino que hablamos de un tratamiento de números fármacos para poder tener efecto sobre los diversos síntomas que presentan. En general, necesitan un fármaco para el componente ansioso, otro para la inestabilidad emocional, otro para la impulsividad y así sucesivamente.

Otro de los problemas que manifiestan los pacientes relativos a la adherencia es no ser escuchados por los profesionales a los que les expresan la falta de efectividad o los efectos secundarios que sufren. Por tanto, deciden dejarlo por su cuenta”.

¿Qué papel juegan en la adherencia los profesionales, los cuidadores y la AAPP?

TO: El papel de los cuidadores y profesionales, así como el de la asociación es fundamental. Consiste en remarcar la importancia del tratamiento, de tomarlo siguiendo las pautas horarias y de no dejarlo sin consultarlo con el profesional, advirtiéndole las consecuencias que eso puede generar, como el empeoramiento del cuadro, dificultad para dormir o síntomas secundarios más severos, como alucinaciones visuales, irritabilidad, mareos en el caso de determinados fármacos.

¿Qué acciones existen para mejorar la adherencia?

TO: Las acciones más importantes para mejorar la adherencia serían en primer lugar mejorar la atención hospitalaria y ambulatoria de estos pacientes, aumentando la frecuencia de las citas y la duración de las mismas; invertir en investigación farmacológica sobre este trastorno y su tratamiento, así como la formación de profesionales sobre el trastorno en concreto.

Algunos datos sobre salud mental en España (CSME, 2021)

- El 6,7% de la población de España está afectada por la ansiedad, exactamente la misma cifra de personas con depresión. En ambas es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).
- Entre el 2,5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave. Esto supone más de un millón de personas.
- 2 millones de jóvenes de 15 a 29 años (30%) han sufrido síntomas de trastorno mental en el último año.
- El 9% de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida.
- El 88% de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales (familia, amigos, etc.).
- Más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.
- Entre el 11% y el 27% de los problemas de salud mental en España se pueden atribuir a las condiciones de trabajo.
- 8 de cada 10 personas con problemas de salud mental no tienen empleo (82%).

2. Patologías de dolor crónico: fibromialgia y fatiga crónica



Testimonio de Luisa Fernanda Panadero Gómez, presidenta de AFIBROM, Asociación de Fibromialgia, SFC y SQM de la Comunidad de Madrid (www.afibrom.org) desde su experiencia como paciente, y como representante de los pacientes que sufren esta enfermedad. <https://www.amaitlp.org/>

“La fibromialgia ha pasado de ser un problema sanitario a ser un problema social. Afecta al 5,4% de la población, el 92,7% son mujeres en riesgo de exclusión social. Se trata de una enfermedad crónica e invalidante de causa desconocida y sin tratamiento eficaz, que no entiende de clases sociales, nivel cultural, edad, ni punto cardinal. Puede empezar en la infancia e irse agravando con los años con la aparición de nuevos síntomas. El hecho de que se haya negado durante tanto tiempo la realidad de esta dura enfermedad ha causado un daño físico y moral irreparable en muchos afectados.

Desde niña entendí que tomar una pastilla cada día que sentía dolor no sería bueno para mi salud. El tiempo me dio la razón. Soy paciente de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Los tratamientos farmacológicos son ineficaces en el dolor neural. El desconocimiento de la enfermedad y la demanda desesperada del paciente hace que se vayan aumentando las dosis y el tiempo de prescripción. El resultado es un paciente polimedicado, farmacodependiente y con dolor.

Elegí adherirme a una vida saludable. Busqué alternativas terapéuticas que me ayudaran a llevar una vida acorde con mi juventud. Las terapias manuales, la actividad física personalizada, la meditación y una dieta adecuada, son disciplinas fundamentales en mi día a día. Sin ellas no podría levantarme de la cama, ni trabajar, ni atender a mis hijos. Durante temporadas largas he tenido que prescindir de ellas por problemas económicos. En esas temporadas el empeoramiento es claro, aumenta el dolor, la rigidez, la fatiga, limita el movimiento y la capacidad para realizar las tareas de la vida diaria. Me limita la vida y me aísla de ella.

En mi opinión, para conseguir la adherencia a un tratamiento saludable deben trabajarse cuatro puntos básicos:

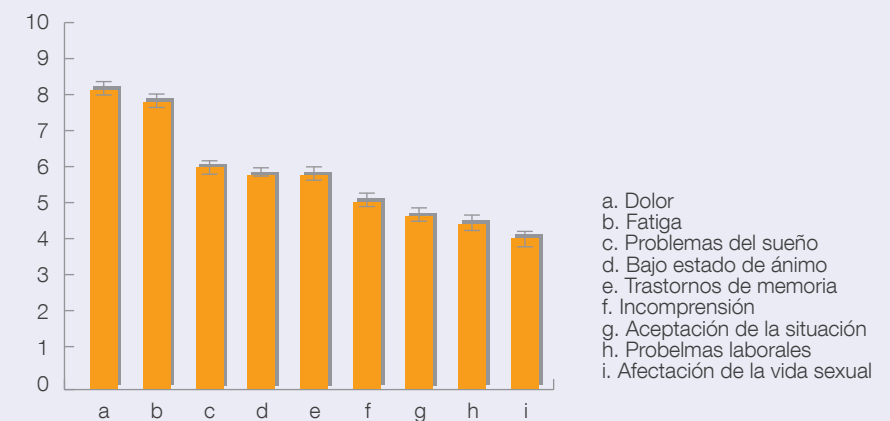
1. **Adecuar el puesto de trabajo** para que el paciente pueda realizarlo, en lugar de abandonar o ser despedido, con las consecuencias socioeconómicas que ello conlleva.
2. **Invertir en investigación** para encontrar un tratamiento eficaz.
3. El paciente y sus familiares deben tener un **amplio abanico** de información para poder elegir tratamientos que le permitan mejorar su calidad de vida.
4. En España, es necesario **crear unidades multidisciplinarias** por CCAA, porque la fibromialgia **no es solo dolor**, afecta a todo el organismo, por lo que el paciente debe asistir a la consulta de diferentes especialidades médicas, hasta conseguir un diagnóstico (pueden pasar años hasta conseguirlo) y esto no sirve de mucho porque la medicación que se prescribe no hace desaparecer el dolor. Por lo tanto, este proceso lleva a un gasto extraordinario del sistema sanitario, tiempo perdido para las personas afectadas, que además suman a sus síntomas efectos secundarios por causa de la polimedicación. Teniendo en cuenta también la frustración que todo esto genera para el paciente.

5. Los sanitarios que atiendan estas patologías deben tener una **amplia formación en farmacodependencia y alternativas saludables**, y derivar al paciente a las AAPP que, además de ofrecer todas las garantías de profesionalidad, apoyan y acompañan al paciente en su difícil tarea de vivir en la cronicidad. Aprovechar estos recursos sociales de gran valor y bajo coste para el sistema construye una sociedad más sana y humana”.

Algunos datos sobre fibromialgia

Se trata de una enfermedad que afecta notablemente la calidad de vida de las personas, y sensibiliza tener en cuenta todos los motivos que generan preocupación en los distintos aspectos de la misma.

Figura 8.1. Preocupación relativa producida por distintos aspectos de la enfermedad (escala 0-10)



Fuente: Salgueiro et al., 2009

El objetivo del manejo de la fibromialgia es el alivio de los síntomas y el mantenimiento de la capacidad funcional en los ámbitos personal, familiar y profesional de la persona que la padece, impidiendo que se deteriore su calidad de vida o que lo haga lo menos posible.

El Ministerio de Sanidad español (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) recoge una serie de consejos para el médico, como acordar con el paciente los objetivos a alcanzar, que deben ser realistas, planificar las visitas de seguimiento y la actuación ante agudizaciones junto con el paciente, evitando indicarle solo en función del empeoramiento, etc. Asimismo, sugieren unas pautas para el manejo práctico, de forma que una vez diagnosticada la fibromialgia, se deben valorar sistemáticamente los siguientes aspectos:

- a) Presencia o no de otras patologías asociadas al dolor, tanto físicas como psíquicas (principalmente depresión y ansiedad), con repercusión en la capacidad funcional del paciente y cuyo tratamiento debe abordarse.
- b) Existencia de factores agravantes (frío, tiempo húmedo, inactividad o exceso de actividad, estrés mental, estrés físico, dormir mal), y aquellos otros que alivian la sintomatología (calor, tiempo seco, actividad física moderada, relajación, descanso, sueño reparador).

3. Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2



Hemos contado con el testimonio de tres personas de la Asociación Diabetes Madrid (ADM, www.diabetesmadrid.org), dos madres cuidadoras de niños con diabetes mellitus tipo 1: Zonia Casiano, Vicepresidenta 1ª de la ADM, y Paula Casado, Vocal del área investigación en la ADM, que además está diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1; y con un profesional en psicología que también convive con esta patología: Iñaki Lorente Armendáriz.

Adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2

Desde la ADM han analizado y valorado diferentes factores que condicionan la adherencia de las personas con diabetes mellitus tipo 2 y han concluido lo siguiente:

- Existen diferencias notables entre los pacientes que asisten a formaciones específicas sobre el correcto manejo de la diabetes y los que no. La formación les permite “empoderarse” o convertirse en verdaderos autogestores de su diabetes. En diabetes mellitus tipo 2 se observa una reducción en la posibilidad de alcanzar los objetivos terapéuticos cuando la persona no es acompañada con una educación diabetológica. Cuando las personas no reciben **educación en diabetes**, son llamativos el incremento de la morbilidad y el número de hospitalizaciones y servicios de urgencias que requieren, por lo tanto, afectando la calidad de vida de esas personas, y ocasionando un mayor coste sanitario.
- En el caso de asistir a las consultas sin una adherencia adecuada al tratamiento, el médico de cabecera puede valorar inadecuadamente la efectividad real de la medicación que se le ha recetado, en consecuencia, puede aumentar la medicación que prescribe, y añadir otros medicamentos adicionales para alcanzar los objetivos de control en diabetes mellitus tipo 2, incrementando, por lo tanto, el coste sanitario, y sin conseguir los resultados esperados.

- Consideran importantísima la **formación continua de los profesionales** sanitarios que atienden a este colectivo de pacientes en atención primaria. Su formación permanente, permite no caer en estos errores.
- Especialmente, es muy conocido escuchar que el médico dice a su paciente: “usted tiene el azúcar un poco alto”, como una forma de explicar al paciente que ha sido diagnosticado con diabetes, pero esta expresión no alarma ni genera compromiso para coger las riendas de la enfermedad. Es un mensaje que debe cambiar. Se debe **educar a la persona** desde el primer momento y explicar la magnitud que puede alcanzar esta enfermedad silenciosa, si no se le hace caso y se la ignora. Esta toma de conciencia también debe extenderse a la unidad familiar, cónyuge, hijos, etc. Para que todos comprendan a qué complicaciones puede enfrentarse una persona si no se involucra con la DM (problemas cerebrovasculares, afecciones graves de la visión, ceguera, complicaciones cardiovasculares, renales, amputaciones de miembros inferiores y superiores, etc.)
- **La importancia de los dispositivos de Medición Continua de Glucosa en diabetes tipo 2:** desde ADM reivindican que, junto con la educación diabetológica, se facilite a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, dispositivos para realizar mediciones y tiras reactivas suficientes para hacer sus controles. A ser posible piden la implementación en sus tratamientos de sensores del tipo flash, que permiten realizar mediciones continuas sin necesidad de pinchazos molestos en los dedos, y con acceso a resultados inmediatos y una medición mucho más correcta de las glucemias las 24 horas para tomar acciones concretas con respecto a los resultados.
- **La buena relación profesional sanitario y paciente** es esencial, unida a la educación, y esto da como resultado una mejor adherencia. Sin embargo, en la práctica clínica, y debido al número de consultas desbordado, no se permite la suficiente atención en todos los casos.
- También **el rol del farmacéutico es fundamental** en la adherencia. Es este profesional sanitario quien más contacto tiene con los pacientes en el día a día, y quien mantiene un trato personalizado.
- En casos de **pacientes polimedicados**, es excelente la utilización de los **SPD**, que las mismas farmacias preparan. Esto ayuda a los pacientes a mantener la toma constante y organizada de su medicación.

Adherencia a los tratamientos en diabetes tipo 1

Zonia es madre de un niño diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1 desde los 18 meses de edad. Paula, tiene diabetes mellitus tipo 1 desde los 17 años (actualmente tiene 41) y es madre de un niño de 11 años, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1 hace 4 años. “La adherencia es la clave para que el tratamiento de cualquier patología sea efectivo. En el caso en el que la enfermedad crónica la sufre un hijo menor y dependiente, esta adherencia cobra aún más importancia porque está en juego la salud, e incluso la vida de una persona que aún no puede

autocuidarse totalmente”, explica Zonia. “Son especialmente las madres las que asumen la responsabilidad. A veces se viven etapas de menos adherencia a los tratamientos. En mi caso (y en el de muchos otros padres, o tutores) los motivos principales han sido el cansancio, tanto físico como mental, que ocasiona el ser el principal cuidador de un niño con una enfermedad grave”.

Por su parte, Paula opina que para favorecer la adherencia al tratamiento es fundamental:

- Asumir la enfermedad o patología. En muchos casos, es importante el apoyo psicológico.
- La educación diabetológica, junto con la formación permanente.
- Convertirse en un autogestor del tratamiento haciendo equipo con los especialistas.
- Buscar apoyo psicológico cuando después de mucho tiempo desde el diagnóstico se hace pesado el trabajo diario en el tratamiento, para volver a coger fuerza.

Iñaki Lorente Armendáriz, es un reconocido psicólogo en el campo de la diabetes, que además convive con diabetes mellitus tipo 1 desde hace muchos años. En relación a la importancia en la adherencia al tratamiento en diabetes, expone: “hay que tener presente que la diabetes es una patología en la que la mayoría de las decisiones que afectan al tratamiento las debe tomar la propia persona. Más allá de la medicación prescrita, todo lo que se coma (o no) y todo el ejercicio que se pueda o no hacer son parte fundamental del tratamiento. Sobre esos aspectos, es la propia persona en su día a día quien debe decidir. Dudo que nadie consulte diariamente al profesional que le ayuda si debe o no comer algo o si va o no va al trabajo andando. Así, si uno no se compromete con su propio tratamiento, probablemente la evolución de su patología será mucho peor. Creo que es imposible ser cien por cien adherente. Esto exige mucha motivación y no siempre se dispone de toda la necesaria. Por otro lado, dedicarse en cuerpo y alma a la diabetes no es en mi opinión lo más adecuado ya que de alguna manera sería sacrificar el resto de aspectos de la vida en aras de un control perfecto”.

“Creo que la diabetes es una patología perversa. Entre las muchas características que tiene que dificultan la adherencia, destacaría el hecho de que no duele. Frecuentemente pienso que si, cada vez que mi glucosa estuviera fuera de rango tuviera alguna molestia física, probablemente haría más esfuerzo por evitarlo”.

¿Cuál es su opinión sobre la utilización de tecnologías aplicadas a la diabetes?

Zonia: “El grado de adherencia fue aumentando a medida que hemos descubierto y utilizado nuevas tecnologías. Lo que sería importante recalcar es que la tecnología debe estar respaldada por apoyo técnico y profesional, pues un mal uso de la misma puede llevar a situaciones estresantes y a un deterioro en el grado de adherencia al tratamiento”.

Paula: “La tecnología (bombas, sensores, sistemas de asa cerrada) ha supuesto una mejora en la calidad de vida, en la adherencia a nuestros tratamientos, una mejora en nuestros controles, y una reducción de hipoglucemias. Actualmente el tratamiento de la diabetes necesita de la

tecnología para unos resultados óptimos. Confío al 100% en ella para seguir gestionando nuestros tratamientos”.

¿Qué papel juegan las AAPP?

Zonia: “Según nuestra experiencia personal, la ADM fue el punto de partida para entender qué le estaba pasando a nuestro hijo; descubrir que no estábamos solos en esta nueva forma de vida y comprender que con educación podríamos convivir con esta enfermedad como compañera de vida sin limitaciones”.

Iñaki: “Sería largo de contar todo lo que las asociaciones pueden aportar. Tan solo diré que yo se lo recomiendo a todos aquellos que tengan una patología crónica. A nivel personal, encuentro muchas respuestas a la pregunta: tú, ¿cómo haces para...? Eso me permite enriquecer mis recursos para la gestión adecuada de mi diabetes y mi vida. También como colectivo, creo que desde las asociaciones es desde donde se puede hacer mucha presión para defender nuestros derechos”.

¿Qué estrategias hay para conseguir una mejor adherencia al tratamiento de la DM?

Iñaki: “Es importante conciliar la diabetes con el resto de actividades de la vida. De esa manera, es más probable no percibirla como algo excesivamente limitante. Hay que reflexionar sobre las ventajas que le reporta a cada uno el mantener la diabetes a raya. Hay muchos motivos más allá de los que proponen los profesionales. Para alguno puede ser el no despertarse con tanta frecuencia para ir al baño, para otro el sentirse guapo y delgado, otro pondrá el foco en que discutirá menos con su pareja por no cuidarse, etc. En suma, esa reflexión debe ser personal. Pero sugiero que se apunte en un papel la lista de beneficios y se guarde en el cajón de la mesilla y echar mano de ella cuando la motivación flaquea. También es fundamental construir un buen andamiaje de apoyos que ayuden, como apoyo afectivo (familiares y amigos), colegiado (equipo sanitario) y de iguales (otras personas con diabetes)”.

4. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa



Hemos contado con la participación de una persona muy activa y proactiva en su labor asociativa, trabajando permanentemente por las personas que, como ella, conviven con esta enfermedad: Ruth Serrano Labajos, presidenta de ACCU Madrid, Asociación de Personas con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (accumadrid@accumadrid.org).

Ruth hace una introducción sobre esta enfermedad para conocimiento de todos:

“La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), incluye un conjunto de enfermedades intestinales entre las que se encuentran la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Estas dolencias tienen una causa desconocida y están asociadas a una afección inflamatoria crónica del intestino y que en ocasiones también cursa por manifestaciones extraintestinales. La enfermedad consta de fases de brote (fase activa) y remisión (fase inactiva), aunque en los pacientes existe una gran diversidad en cuanto al grado de afectación (nivel de gravedad), con exacerbaciones o agudizaciones. La EII suele aparecer en personas de diferente edad, si bien en los últimos años ha habido un incremento de la afectación en personas de entre 15 a 30 años”.

Adherencia al tratamiento

“Se estima que la tasa de no adherencia al tratamiento en la EII es de 50-70% siendo esta más acentuada en pacientes en fase remisión y edad joven. Las principales consecuencias de la no adherencia al tratamiento son:

- Aumento del riesgo de padecer brotes o agudizaciones más severas, comorbilidad (infecciones, desnutrición, fragilidad, secuelas, complicaciones, discapacidad, etc.).
- La falta de tratamiento puede manifestarse con una mayor cantidad de síntomas y/o malestares, alteraciones emocionales (culpabilidad, miedo, desmotivación, depresión o ansiedad), conflictos en el entorno familiar, peor rendimiento laboral, lo cual deriva en una disminución de la calidad de vida.
- Como consecuencia de un empeoramiento de la enfermedad, los pacientes pueden verse expuestos a estrategias de tratamiento más agresivas (más fármacos, más efectos secundarios, posibles cirugías, hospitalizaciones), mayor utilización de recursos sanitarios y, por tanto, un aumento de los costes para el SNS (mayor número de consultas médicas, desgaste de los profesionales sanitarios, prejuicios o etiquetas al paciente, disminución del vínculo con el paciente y en la cooperación mutua profesional-paciente)”.

Causas de la no adherencia al tratamiento

- **Causas involuntarias:** olvidos o falta de comprensión de la prescripción entre otras.
- **Causas voluntarias:** grado de conocimiento de su propia enfermedad y de sus tratamientos, nivel de aceptación de la enfermedad y estado emocional, efectos secundarios asociados con la medicación, mejoría de la enfermedad o no observar mejoría, dificultad en la adaptación del tratamiento al estilo de vida, creencias y también opiniones de los tratamientos.
- **Respecto al profesional sanitario:** comunicación no efectiva, falta de vínculo o escucha activa, desconfianza en el profesional o en los tratamientos.
- **Respecto a las vías de administración:** al ser una enfermedad digestiva, la vía oral

y rectal pueden estar alteradas. Además, la vía rectal, puede causar malestar en el paciente siendo la vía con más baja adherencia. En cuanto a alternativas asociadas a la vía de administración, la vía sublingual puede ser más aceptada, pero existen pocas formas farmacéuticas para esta vía. En vías parenterales, hay dificultad en la compatibilidad con el mundo laboral, personal, viajes y en poder elegir el momento idóneo para los efectos secundarios post-dosis.

Estrategias para mejorar la adherencia de los tratamientos en la EII

- Fomentar la información, formación, educación, motivación y capacitación para un mejor conocimiento y autogestión de la enfermedad del paciente como del familiar y/o cuidador.
- Enfocar en el autoconocimiento, para observar mejor los síntomas de su propia enfermedad y de los tratamientos, saber cuándo son alarmantes para una mejor utilización de los recursos sanitarios y una disminución de creencias y miedos asociados al desconocimiento.
- Utilización de las diferentes herramientas y tecnología para la generación de hábitos o espacios en la adaptación de los tratamientos en el día a día.
- Mejorar la atención integral sociosanitaria, en la que se pueda diagnosticar las múltiples causas de la no adherencia, prevención y tratamiento de esta problemática.
- Mejorar la comunicación, el tiempo, la empatía, el vínculo, la humanización, la confianza y accesibilidad del equipo sanitario que conoce al paciente (atención primaria y especialidad de EII, enfermeros, farmacéuticos).
- Las decisiones compartidas entre personal sanitario y pacientes en relación con el tratamiento son fundamentales para una mejor adaptación del mismo a la vida personal, laboral y social del paciente: es clave el que exista una mejor comprensión de los tratamientos y una evaluación o debate en común de los posibles beneficios-riesgos y preocupación junto con una reevaluación posterior de su eficacia y seguimiento del mismo.
- Es importante que no existan juicios por parte del personal sanitario al preguntar o sobre las elecciones tomadas.
- Dar tiempo y espacio al paciente para poder aceptar la evolución de la enfermedad y los diferentes estados emocionales.
- Por otra parte, es importante mejorar la accesibilidad del hospital de día y de la farmacia hospitalaria (horarios, desplazamientos, viajes) y analizar la posibilidad de dispensación domiciliaria.

- Implementar programas asistenciales de farmacovigilancia.
- Incrementar los tratamientos y la investigación en la disminución de los efectos secundarios, diferentes alternativas de vías de administración y/o régimen terapéutico.
- Mejorar la elaboración de la historia clínica y social centrada en la persona, con un registro sobre la tolerancia y efectos secundarios del tratamiento, junto con facilidades para que el paciente o los profesionales puedan acceder a su historia clínica desde las diferentes áreas sanitarias de todo el territorio nacional.

5. Pacientes anticoagulados



Testimonio de Juan Manuel Ortiz Carranza, presidente de la Asociación Madrileña de Anticoagulados y Cardiovasculares (<https://www.anticoaguladosmadrid.es/>), también paciente con esta patología.

Información y adherencia

“Luego de la aparición de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en el mercado, ha habido poca información hacia los pacientes sobre el seguimiento y control de su nuevo tratamiento, generando incertidumbre en este colectivo. Es por ello que han sido tan necesarias las iniciativas de desarrollar mecanismos de seguimiento y formación de los pacientes anticoagulados. En este sentido, tanto hematólogos, como médicos de atención primaria deberían trabajar juntos, al ser los dos ámbitos principales en los que se realiza el control de la anticoagulación, y sentar las vías de seguimiento de estos pacientes”.

Papel que juegan las AAPP

“Por nuestra parte, tenemos una labor importante como asociación, debido a que en la fase en la que pasamos de un tratamiento a otro, es importante tener toda la información necesaria al alcance para que la patología sea controlada adecuadamente y el estado del paciente no se vea deteriorado, acarreando problemas de salud y teniendo consecuencias económicas para el sistema sanitario. En este sentido, es necesario aumentar la educación sanitaria de los pacientes, para enseñarles, por ejemplo, que hay personas valvulópatas que no podrán prescindir en toda su vida de la antivitamina K, y que los tratamientos orales más modernos suponen importantes ventajas. De igual manera, la FANV implica el uso de tratamientos con

anticoagulantes y antiagregantes. En este sentido, las AAPP representan un recurso que el propio sistema debería aprovechar”.

Déficit formativo y falta de adherencia

“El déficit formativo de los pacientes repercute directamente en una mala adherencia terapéutica, además de un deficiente seguimiento de posibles daños colaterales hepáticos o renales durante el tratamiento. Por tanto, se debe fomentar el autocontrol con una formación adecuada. En el caso de la anticoagulación, no se ha potenciado lo suficiente como en otros ámbitos. En nuestro país continuamos teniendo la necesidad de incrementar la prescripción de los ACODs para mejorar la calidad de vida de muchos de los pacientes que están fuera del rango la mayor parte del tiempo”.

Situación en España

“De las 800 mil personas anticoaguladas en España, más del 35% se encuentran mal controlados. Es importante potenciar la continuidad asistencial para optimizar la estrategia de control y rehabilitación, evitando la fragmentación asistencial, promoviendo roles integradores, adaptando la oferta asistencial individualizada con cada paciente. Es de suma importancia implicar a los pacientes como actores que contribuyan en la toma de decisiones, que favorezcan la mejora del sistema sanitario, haciéndolo más eficaz, más eficiente y más humano. Es absolutamente necesaria la coparticipación en la toma de decisiones por parte del paciente, aspecto que va a permitir que se personalice adecuadamente su tratamiento y que además el paciente se responsabilice de la evolución de su tratamiento. Los ACODs han demostrado que en algunos perfiles de pacientes pueden estar mejor avalados que otros y posibilidades para obtener mejores resultados en cuanto a la adherencia”.

Algunos datos relacionados con la adherencia al tratamiento

Según un estudio de FEASAN (2013):

- El 9,3% de los pacientes a veces olvida tomar la medicación, un 15,7% necesita que otra persona se lo recuerde y un 12,56% utiliza una alarma.
- En lo referente a la información sobre la anticoagulación, el 35,8% de los pacientes declara que tiene poca información o que le gustaría tener más.
- Un 20% de los pacientes considera que tiene necesidades no cubiertas respecto el tratamiento: al 6,9% le gustaría que el médico le dedicara más tiempo, el 16,3% quiere tener más información para gestionar su enfermedad, al 10,8% le gustaría participar más en la decisión sobre su tratamiento.

6. Pacientes trasplantados hepáticos



Entrevista a Jesús Fargas Prieto, Relaciones Institucionales de Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos FNETH (www.fneth.org).

¿Qué importancia representa la adherencia al tratamiento en personas trasplantadas o con enfermedades hepáticas?

JFP: En la adherencia es prioritaria la toma adecuada de inmunosupresores, de acuerdo a las pautas establecidas por los hepatólogos, pues esto determina el correcto funcionamiento del hígado trasplantado. Cualquier toma inadecuada de los inmunosupresores conlleva ingresos hospitalarios y tratamientos innecesarios, si la adherencia fuera correcta. La no adherencia se presenta con una mayor incidencia en hombres (9,5%) que en mujeres (2,5%) por cada 100 trasplantes realizados. Una de cada 100 muertes de pacientes trasplantados de hígado se debe a la falta de adherencia. Finalmente, según los datos que manejamos, los pacientes trasplantados de hígado que no son adherentes representan aproximadamente el 6,7% de los trasplantados de órganos sólidos*.

¿Cuáles son las razones para que se produzca esa no adherencia?

JFP: Destacan, entre otras, la ausencia de información y/o la información incorrecta, la diversidad de toma de medicamentos, los usuarios de drogas y otras sustancias, los enfermos mentales con trastornos del estado de ánimo, la inestabilidad social (falta de apoyo social), y la dosificación de toma de inmunosupresores. Cabe destacar con respecto a este último aspecto que la falta de adherencia se redujo de un 60% a un 30% con el cambio de varias tomas de inmunosupresores a una sola toma diaria.

¿Qué acciones son, en su opinión, las más importantes a poner en marcha para mejorar la adherencia a los tratamientos en el colectivo de personas trasplantadas?

JFP: En primer lugar, una mayor y mejor educación por parte de los servicios asistenciales sanitarios (públicos y privados) hacia los pacientes y los familiares que acompañen y estén a cargo de los pacientes. Como aspecto a tener en cuenta, la edad del trasplantado hepático es mayoritariamente superior a los 61 años según los datos de la ONT, recogidos hasta el 2019. En segundo lugar, sería conveniente además de eficaz, crear una base de datos en los servicios de salud de las diferentes CCAA, donde estuvieran censados los pacientes con problemas de adherencia recurrentes, para diseñar sistemas de asistencia personalizados.

* Datos anteriores al inicio de la pandemia.

También considero que el SPD ayuda a conseguir una mejor adherencia, especialmente en el caso de pacientes con tres o más medicamentos que deben tomar diariamente, en intervalos alternos, o con dosificaciones varias. Por último, es interesante el uso de aplicaciones para recordar especialmente la toma de medicación cuando hay varias tomas diarias.

¿Cuál es el papel de los cuidadores?

JFP: Los cuidadores son de suma importancia para acompañar y ayudar a gestionar la patología o patologías que se pueda tener. No obstante, la mayoría de los pacientes trasplantados hepáticos tenemos autonomía personal. Es decir, podemos realizar las actividades de nuestra vida diaria de manera autónoma.

¿Qué papel juegan las AAPP?

JFP: Las entidades de pacientes (asociaciones, federaciones) representan el complemento necesario a la tarea que cumple la Administración Sanitaria, proporcionada por las CCAA, para la ayuda a los pacientes. Proporcionándoles acompañamiento y ampliándoles la información necesaria en todos los aspectos de la patología, donde naturalmente se incluye la adherencia, es decir, la correcta administración de los medicamentos.

¿Qué importancia tiene la HCP?

JFP: Es importante la unificación de un modelo de la HCP a nivel nacional que permita su acceso desde cualquier punto de España, y que facilite a otros profesionales, y a quienes el propio paciente autorice, a valorar el tratamiento que está llevando a cabo, pero también sus aspectos socio económicos, que también tienen repercusión en la adherencia o no adherencia a los tratamientos. Dentro de nuestro SNS, y en las distintas CCAA, encontramos diferentes modelos (aplicaciones) para documentar la HCP. Una vez completada, el paciente tiene la posibilidad de acceder a ella, a través de las páginas Web de las Consejerías de Salud de las CCAA. En mi opinión esta HCP no será completa hasta que se incorporen en la misma los datos socioeconómicos del paciente, que son esenciales para determinar su verdadero estado de salud: la autonomía o la ausencia de autonomía para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD), el apoyo social (familiares, cuidadores, etc.), el nivel económico personal y familiar, si vive en soledad (deseada o no deseada), si padece algún tipo de trastorno cognitivo, enfermedad mental, etc. Estos son factores esenciales para completar, a mi juicio, la historia clínico-social. Para ello, es imprescindible aumentar las plantillas de profesionales, no solo con sanitarios; es necesario crear equipos multidisciplinares, compuestos por diferentes profesionales médicos, psicólogos, sociólogos, orientadores, etc. Todo esto servirá para entender el estado real del paciente.

“Debemos decirles a los pacientes que no se puede bajar la guardia y que hay que ser estrictos en la adherencia a los tratamientos por un doble motivo: por su salud y porque están en deuda con la sociedad, ya que organizar un trasplante y llevarlo a cabo tiene costes muy altos para el sistema sanitario”.

7. Hipertensión pulmonar



**Asociación Nacional de
HIPERTENSIÓN PULMONAR**

Testimonio de Alba Pérez Sanz, trabajadora social de la Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar (<https://www.hipertensionpulmonar.es/>), quien no padece la afección, pero conoce profundamente como se convive con hipertensión pulmonar por su contacto permanente con los afectados que asisten a esta organización.

“De acuerdo a los estudios consultados, se calcula que actualmente la adherencia al tratamiento es elevada, cerca de un 95%. Esto se debe a que las consecuencias de no ser adherente a los tratamientos pueden significar la diferencia entre vivir o morir, ya que sin un tratamiento adecuado la esperanza de vida se reduce. También es fundamental la incorporación de hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio acorde a la situación de la persona y bajo conocimiento médico, etc), que son esenciales para la esperanza y calidad de vida.

Pueden existir razones de no adherencia relacionadas con los efectos secundarios y la forma de administración del fármaco, pero estos casos son minoritarios. Cuando la persona afectada es consciente de los efectos que tiene no tomar la medicación se vuelven más adherentes y metódicos a la hora de tomar la medicación. Su actitud y compromiso ante una vida con calidad son muy importantes.

Desde la Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar, consideramos que las acciones más importantes para mejorar aún más la adherencia están relacionadas con la vía de administración del tratamiento y los efectos secundarios. La sensibilización, formación, información y ayuda mutua son factores muy condicionantes a la hora de la adherencia y son las asociaciones las que proporcionan estos recursos a las personas afectadas, por tanto, tienen un papel fundamental.

La utilización de tecnología y aplicaciones son herramientas muy útiles, pero no todo el mundo tiene acceso a ellas, ya sea por edad o por medios económicos.

Otro factor importante para la adherencia es el papel que juegan los cuidadores, dado que en algunas ocasiones para el cuidado de las personas afectadas se requieren dispositivos para administrar el fármaco, y es necesaria la ayuda y supervisión de la figura del cuidador”.

este Anexo, en esta época de pandemia la falta de adherencia a los tratamientos médicos se ha visto agravada, no solo en relación a la toma correcta de los medicamentos, sino también al verse alterados los hábitos de vida saludables, tanto la alimentación como la actividad física.

Según nuestros sondeos, muchos pacientes dejaron de asistir a sus consultas de seguimiento habituales en atención primaria, por temor al contagio en los centros sanitarios. En este sentido, la situación se ha agravado aún más por no poder recibir los tratamientos según las pautas indicadas, lo que representa un grave problema de salud pública. Cabe señalar que en algunas CCAA ha habido un cambio positivo respecto al lugar de dispensación de medicamentos hospitalarios, pasando de la farmacia hospitalaria a la comunitaria, lo que ha facilitado mucho la vida de los pacientes, siempre que tengan una farmacia cerca de su domicilio.

Otro problema ha sido la dificultad para comunicarse a través de consultas telefónicas. Las AAPP hemos recibido quejas permanentes por el difícil acceso a una atención telefónica y en muchos casos, por la falta de empatía con la que se atiende a las personas. Algo que nos queda claro es que la pandemia ha puesto de manifiesto un cambio del paradigma en la atención de los pacientes crónicos: la atención ha sido reorientada hacia los pacientes con COVID-19 y, en consecuencia, todo ha cambiado. En este punto, sería deseable aumentar las líneas telefónicas en los centros sanitarios, y establecer formas diferentes de comunicación. Un ejemplo de ello son los “chatbot” de salud. Estos sistemas pueden racionalizar el funcionamiento y atención de las personas en el día a día de una consulta médica. Y proporcionan asistencia en la organización de citas y/o consultas médicas.

Las organizaciones de pacientes debemos doblar esfuerzos sumándonos a los profesionales implicados en el SNS, para concienciar a nuestros colectivos sobre la importancia clave de mantener la adherencia a los tratamientos indicados y también, mantener las consultas de seguimiento médico, sean presenciales (manteniendo todas las normas y requisitos de seguridad), como de forma telemática (modalidad que se ha incorporado a nuestras vidas y facilita la relación profesional sanitario y paciente).

8. Adherencia en tiempos de la COVID-19

La COVID-19 ha originado cambios profundos en la vida de las personas, y esto no puede pasarse por alto al analizar la adherencia a los tratamientos. Según las conversaciones mantenidas con los representantes de las asociaciones que participaron en la elaboración de

Referencias

Confederación Salud Mental en España (CSME). (2021)

(Datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud): <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/> [Acceso: 28/01/2022].

FEASAN. (2013)

Perfil del paciente anticoagulado en España.

Disponible en: <https://anticoagulado.info/2013/08/20/estudio-por-feasan-perfil-del-paciente-anticoagulado-en-espana/> [Acceso: 28/01/2022].

Federación Internacional de Diabetes. (2019)

Atlas de la Diabetes.

Disponible en: <https://diabetesatlas.org/es/sections/demographic-and-geographic-outline.html> [Acceso: 28/01/2022].

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011)

Fibromialgia.

Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf> [Acceso: 28/01/2022].

Salgueiro M, Buesa I, Aira Z, Montoya P, Bilbao J, Azkue JJ. (2009)

Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia.

Rev. Soc. Esp. Dolor;16(6): 323-329.



Medidas de acción para mejorar la adherencia al tratamiento: un estudio Delphi

Néboa Zozaya González

Renata Villoro Valdés

1. Introducción

El propósito de este capítulo fue la identificación de las medidas concretas más adecuadas para potenciar la adherencia al tratamiento en España, a partir de las cuales pudieran establecerse ciertas recomendaciones de acción ligadas a este Libro Blanco.

2. Metodología

El método elegido para abordar la identificación de las medidas de acción más adecuadas fue el Delphi, realizado en dos rondas:

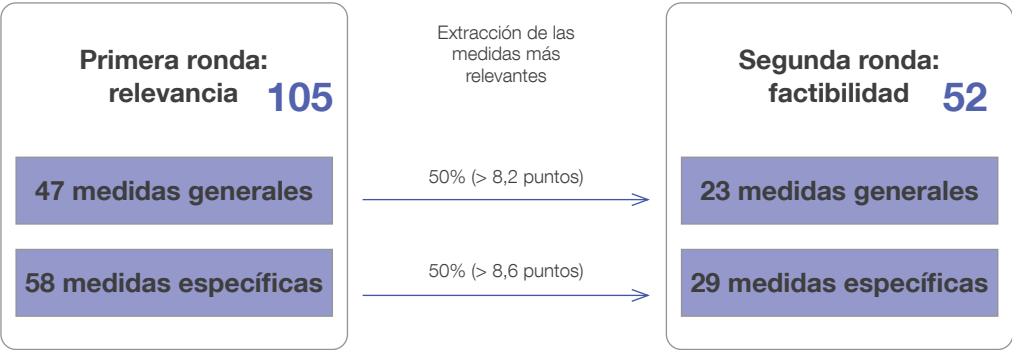
- Una primera ronda para abordar la relevancia de las medidas propuestas (junio-julio 2021). Incluyó un total de 105 medidas, agrupadas en 47 de ámbito general (para seis áreas) y 58 de ámbito específico (para seis tipos de agentes del sistema) (Figura 9.1).
- Una segunda ronda para abordar la factibilidad de implementación de aquellas medidas identificadas como más relevantes en la ronda anterior (julio-agosto 2021). Incluyó un total de 52 medidas: 23 de ámbito general y 29 acciones específicas (Figura 9.2).

Figura 9.1. Número de medidas incluidas en la primera ronda del Delphi, por áreas

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----|----------------------|-------------------------------------|----|
| Estrategias de ámbito general | Formación y sensibilización | 11 | Acciones específicas | Nuevo prescriptor | 11 |
| | Atención asistencial | 8 | | Enfermera | 10 |
| | Evaluación | 10 | | Farmacia comunitaria y hospitalaria | 10 |
| | Medicación | 7 | | Paciente | 7 |
| | Nuevas tecnologías | 7 | | Gestor | 14 |
| | Apoyo social | 4 | | Economista de la salud | 6 |
| 47 medidas | | | 58 medidas | | |

En el estudio Delphi participaron expertos de distintos perfiles, a los cuales primero se mandó un email informativo sobre el objetivo y metodología del proyecto. Una vez recabada su aceptación a participar en el mismo (no ligada a remuneración), se envió a cada experto el cuestionario (formateado con el programa *Survey Monkey*), para su cumplimentación. Los cuestionarios fueron elaborados conjuntamente entre Weber, OAT y el Comité de Expertos ADHER.

Figura 9.2. Esquema del estudio Delphi



La primera ronda se mandó a un total de 158 personas pertenecientes a cinco tipos de perfiles, como son la Administración Sanitaria (de 10 CCAA), las SSCC (20 distintas) y las AAPP (17 distintas), además de distintos economistas de la salud y a los propios miembros del Comité de Expertos ADHER. A la primera ronda respondieron 134 personas (ratio de respuesta del 84,8%). La segunda ronda se mandó a las 134 personas que habían respondido a la ronda anterior, obteniéndose 89 respuestas (ratio del 66,4%) (Tabla 9.1).

Tabla 9.1. Número de participantes en el Delphi, por rondas y tipo de agente

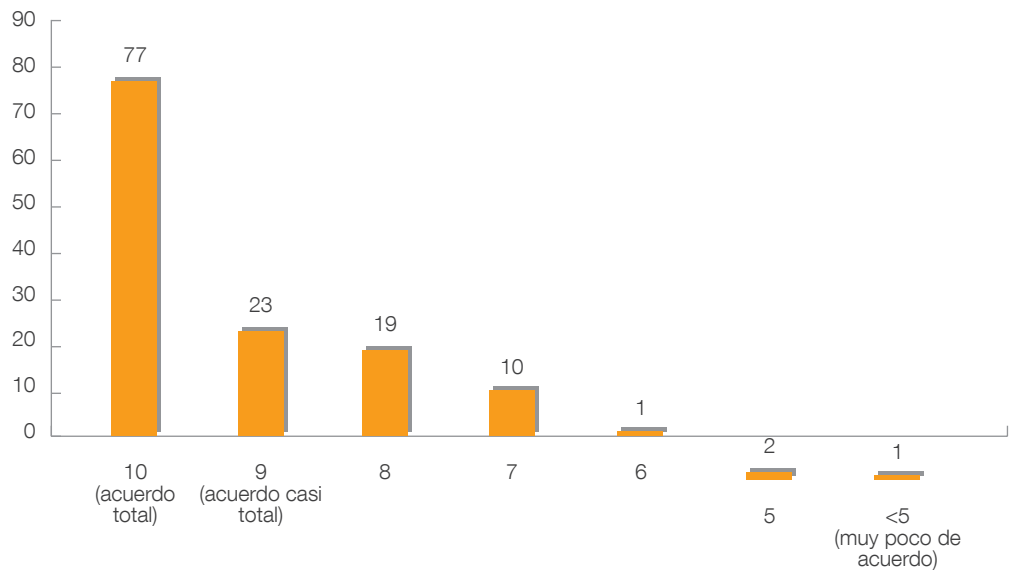
| Ámbito | Inicio | Primera ronda | Segunda ronda |
|--------------------------|--------|---------------|---------------|
| Administración Sanitaria | 33 | 29 | 18 |
| SSCC | 63 | 52 | 38 |
| AAPP | 36 | 30 | 16 |
| Economistas de la salud | 10 | 10 | 8 |
| Comité de Expertos ADHER | 16 | 13 | 9 |
| TOTAL | 158 | 134 | 89 |

3. Resultados

Antes de nada, conviene destacar el consenso acerca de que la falta de adherencia persistente es un reto para el sistema sanitario que se asocia en gran medida no solo a unos malos resultados en salud, sino también a un aumento del gasto sanitario, especialmente entre pacientes con enfermedades crónicas. En concreto, el 75,2% de los expertos

consultados en este Delphi estaban total o casi totalmente de acuerdo con esta afirmación (Figura 9.3).

Figura 9.3. Grado de acuerdo de los expertos encuestados sobre las malas consecuencias de la falta persistente de adherencia al tratamiento (histograma de frecuencias) (n=133)



Nota: Se pidió a los encuestados que valoraran entre 0 y 10 (siendo 0 el mínimo grado de acuerdo posible y 10 el máximo acuerdo) en qué medida estaban de acuerdo con la afirmación “la mala adherencia persistente a los medicamentos se asocia con malos resultados de salud y con un aumento del gasto sanitario, especialmente entre los pacientes con enfermedades crónicas”.

3.1. Relevancia de las medidas

Entre las medidas de ámbito general de mejora de la adherencia, las 23 acciones mejor puntuadas (que representan el 50% del total de medidas generales planteadas) obtuvieron una nota promedio de entre 8,20 y 9,23 (sobre un máximo de 10) (Tabla 9.2). El 35% de las medidas más relevantes corresponden al área de formación y sensibilización, el 22% a las áreas de atención asistencial y evaluación, respectivamente, el 9% a las áreas de nuevas tecnologías y apoyo social, respectivamente, y el 4% al área de medicación (Tabla 9.3).

Por su parte, entre las medidas de ámbito específico de mejora de la adherencia (por tipo de agentes del sistema), las 29 medidas mejor puntuadas (que representan el 50% del total de medidas específicas planteadas) obtuvieron una nota promedio de entre 8,61 y 9,42 (Tabla 9.4).

Tabla 9.2. Relevancia promedio de las 47 medidas planteadas en la 1ª ronda (ámbito general)

| Nº | Medida | Relevancia |
|----|--|------------|
| 15 | Revisar prescripciones activas antes de prescribir algún nuevo fármaco, para evitar duplicidades | 9,23 |
| 12 | Multidisciplinariedad de la atención | 9,10 |
| 26 | Detectar los motivos de la no adherencia | 9,09 |
| 44 | Buscar la complicidad y el soporte de familiares y cuidadores | 9,06 |
| 4 | Desarrollar Programas Educativos dirigidos a los pacientes para mejorar la adherencia | 8,96 |
| 45 | Ofrecer al entorno del paciente información, asesoramiento y apoyo | 8,87 |
| 22 | Evaluar la adherencia tanto al inicio del tratamiento como durante su seguimiento | 8,86 |
| 14 | Ofrecer una atención preferente al grupo de mayor riesgo de falta de adherencia | 8,75 |
| 2 | Sensibilizar a la sociedad con respeto a la relevancia de la adherencia | 8,74 |
| 3 | Facilitar a los profesionales formación en adherencia, adaptada a las distintas patologías y perfil | 8,62 |
| 5 | Facilitar a los profesionales en activo formación en comunicación con el paciente | 8,62 |
| 1 | Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre el problema de la falta de adherencia | 8,61 |
| 9 | Trabajar con las AAPP para realizar actividades de formación y sensibilización | 8,52 |
| 8 | Formar a los profesionales sanitarios en técnicas de entrevista motivacional y comunicación | 8,52 |
| 41 | Identificar herramientas digitales concretas apropiadas para pacientes y entornos clínicos | 8,51 |
| 7 | Introducir a nivel universitario la formación en comunicación con los pacientes | 8,48 |
| 13 | Implicar activamente a los responsables de la Administración Sanitaria en la mejora de la adherencia | 8,44 |
| 33 | Uso de SPD, especialmente para polimedicados | 8,44 |
| 16 | Establecer protocolos sencillos de actuaciones para conocer aspectos relevantes | 8,39 |
| 38 | Tecnología móvil con aplicaciones que permitan usar sistemas de avisos para evitar olvidos | 8,37 |
| 20 | Diseñar e integrar medidas adecuadas de evaluación de la adherencia al tratamiento | 8,25 |
| 21 | Diseñar e integrar medidas de evaluación adherencia específicas para patologías/subpoblaciones | 8,23 |
| 25 | Disponer de un sistema o test rápido para conocer el nivel de adherencia de los pacientes | 8,20 |
| 6 | Sensibilizar a nivel universitario en las áreas de ciencias de la salud, sobre su importancia | 8,18 |
| 37 | Usar la tecnología móvil con aplicaciones bien adaptadas para informar y formar a los pacientes | 8,17 |

| Nº | Medida | Relevancia |
|----|--|------------|
| 39 | Acercar y facilitar el uso de HDS a pacientes pluripatológicos | 8,16 |
| 29 | Evaluar el impacto económico y la eficiencia de los programas que implican mejora de la adherencia | 8,16 |
| 47 | Autoformación en AAPP en estrategias para mejorar adherencia asociados | 8,16 |
| 24 | Controlar frecuentemente el grado de adherencia terapéutica e higiénico-dietéticas | 8,14 |
| 17 | Integrar los sistemas de cumplimiento farmacológico con medidas en terapias no farmacológicas | 8,12 |
| 27 | Evaluar la adherencia con medidas directas: interrogatorio, observación, medición | 8,06 |
| 18 | Ofrecer a pacientes material impreso formativo sobre patología, tratamiento, recomendaciones | 8,04 |
| 46 | Promover grupos de apoyo y técnicas grupales para motivación y seguimiento de tratamientos | 8,02 |
| 11 | Sensibilizar a sociedad, pacientes y profesionales sobre el impacto económico de la no adherencia | 7,93 |
| 36 | Valorar positivamente en las evaluaciones de medicamentos la mejora en adherencia | 7,91 |
| 43 | Realizar una evaluación económica del uso de las nuevas tecnologías en adherencia | 7,87 |
| 42 | Uso de la telemedicina para la mejora de la adherencia | 7,87 |
| 30 | Cuidar los “aspectos cosméticos” o bioapariencia del fármaco para facilitar su identificación | 7,83 |
| 23 | Evaluar la adherencia a través de tarjetas sanitarias y recogida de medicación de las farmacias | 7,80 |
| 19 | Cuantificar la utilización de recursos en diferentes niveles asistenciales por falta de adherencia | 7,64 |
| 28 | Evaluar la adherencia con medidas indirectas: recuento de pastillas, empleo de SPD | 7,64 |
| 40 | Acercar y facilitar el uso de HDS a pacientes mayores | 7,62 |
| 35 | Utilizar sistemas de recuerdo horario como llamadas telefónicas, cartas y alarmas horarias | 7,21 |
| 32 | Analizar si los cambios de la marca al genérico pueden afectar negativamente a la adherencia | 7,20 |
| 31 | Analizar si los genéricos pueden afectar negativamente a la adherencia por falta de bioapariencia | 7,12 |
| 10 | Implicar activamente a la Industria Farmacéutica en la mejora de la adherencia | 6,78 |
| 34 | Utilizar un sistema de dispensación de medicamentos basado en robots | 5,65 |

Tabla 9.3. Distribución de las medidas generales planteadas en la 1ª ronda, por área

| Área | Nº medidas | Nº medidas relevantes | % medidas relevantes |
|-----------------------------|------------|-----------------------|----------------------|
| Formación y sensibilización | 11 | 8 | 34,8% |
| Atención asistencial | 8 | 5 | 21,7% |
| Evaluación | 10 | 5 | 21,7% |
| Medicación | 7 | 1 | 4,3% |
| Nuevas tecnologías | 7 | 2 | 8,7% |
| Apoyo social | 4 | 2 | 8,7% |
| TOTAL | 47 | 23 | 100,0% |

Tabla 9.4. Relevancia promedio de las 58 medidas planteadas en la 1ª ronda (ámbito específico)

| Nº | Medida | Relevancia |
|----|--|------------|
| 32 | Proporcionar al paciente información verbal y escrita con un lenguaje y formato adecuado | 9,42 |
| 14 | Lenguaje claro, asequible y sencillo para que el paciente entienda la enfermedad y tratamiento | 9,29 |
| 12 | Concienciar al paciente en la adherencia | 9,09 |
| 2 | Informar al paciente sobre las características de su enfermedad, tratamiento y expectativas | 9,09 |
| 17 | Proporcionar ayuda al paciente y/o al cuidador | 9,02 |
| 4 | Consensuar el manejo de la enfermedad con el paciente | 9,02 |
| 37 | Buscar la participación activa del paciente en la elaboración de su plan terapéutico | 9,02 |
| 43 | Intervenciones para potenciar la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria | 9,01 |
| 13 | Intervenciones educativas con consejos breves y educación sanitaria individual o grupal | 8,96 |
| 35 | Sistemas o herramientas para evitar olvidos | 8,95 |
| 36 | Hacer sentirse al paciente el primer responsable de su tratamiento | 8,95 |
| 8 | Reducir al mínimo posible el número de fármacos prescritos | 8,91 |
| 18 | Averiguar el grado de información y comprensión que tiene el paciente | 8,89 |
| 15 | Potenciar la confianza con el paciente, siendo el referente para explicaciones o dudas | 8,87 |

| Nº | Medida | Relevancia |
|----|---|------------|
| 5 | Potenciar la capacidad de empatía con el paciente | 8,86 |
| 41 | Mantener una frecuencia de visitas adaptada a las necesidades del paciente | 8,86 |
| 22 | Realizar una atención farmacéutica enfocada a la mejora de la adherencia | 8,79 |
| 53 | Medir el impacto económico de la falta de adherencia | 8,78 |
| 9 | Agrupar lo máximo posible las tomas de los tratamientos farmacológicos | 8,77 |
| 39 | Implementar protocolos para una mejor gestión del tiempo de las consultas con los pacientes | 8,77 |
| 34 | Incluir adaptaciones para limitaciones como pérdida auditiva o visual | 8,77 |
| 45 | Potenciar la coordinación entre los centros de primaria y la farmacia comunitaria | 8,77 |
| 29 | Establecer una comunicación entre la farmacia y los médicos prescriptores | 8,76 |
| 16 | Proporcionar motivación al paciente | 8,76 |
| 40 | Evitar cambios frecuentes del profesional sanitario | 8,74 |
| 26 | Preparar y suministrar los SPD a polimedicados | 8,73 |
| 38 | Buscar el compromiso activo del paciente en la adherencia más que el mero cumplimiento | 8,73 |
| 44 | Asegurar la accesibilidad a los recursos, evitando la lejanía del domicilio a los recursos | 8,67 |
| 3 | Abandonar una actitud paternalista y reconocer la autonomía del paciente | 8,61 |
| 46 | Implementar políticas de fomento de la adherencia para contribuir a la sostenibilidad del SNS | 8,60 |
| 55 | Identificar en qué áreas el impacto de la no adherencia supone un mayor gasto de recursos | 8,60 |
| 20 | Realizar consultas de seguimiento para pacientes crónicos | 8,59 |
| 54 | Realizar estudios relacionados con la eficiencia de la adherencia | 8,56 |
| 10 | Utilizar tratamientos con el menor número de dosis posible | 8,55 |
| 31 | Sistema para que los pacientes puedan recibir su medicación desde la FH en la comunitaria | 8,55 |
| 42 | Facilitar la implementación de Programas de Apoyo a Pacientes | 8,52 |
| 58 | Contar con evidencia adecuada sobre los efectos económicos de la falta de adherencia en SNS | 8,50 |
| 1 | Dedicar más tiempo al paciente durante las consultas para concienciarle en adherencia | 8,50 |
| 7 | Detectar, medir y anotar el nivel de adherencia del paciente | 8,50 |
| 57 | Promover que las AAPP valoren adecuadamente las innovaciones que implican mejor adherencia | 8,48 |
| 27 | Realizar un seguimiento de la recogida de la medicación | 8,46 |
| 23 | Informar sobre el tratamiento y ofrecer apoyo y consejo personalizado | 8,46 |
| 56 | Evaluar económicamente de forma sistemática todas las medidas que supongan mejor adherencia | 8,45 |
| 6 | Realizar una entrevista motivacional que valore las necesidades y limitaciones del paciente | 8,44 |
| 30 | Sistema seguro y legal para que los pacientes puedan recibir su medicación en sus domicilios | 8,40 |
| 47 | Sistemas de información como palanca para que la adherencia contribuya a la sostenibilidad | 8,30 |

| Nº | Medida | Relevancia |
|----|--|------------|
| 28 | Valorar el nivel de cumplimiento y adherencia en cada nueva visita | 8,29 |
| 21 | Explorar los efectos secundarios que podría provocar la medicación al paciente | 8,14 |
| 25 | Realizar conciliación de fármacos | 8,10 |
| 24 | Detectar el nivel de información del paciente sobre su patología, tratamiento y hábitos | 7,95 |
| 33 | Información basada en los beneficios del seguimiento del tratamiento más que en los riesgos | 7,73 |
| 19 | Realizar conciliación de fármacos | 7,60 |
| 51 | Valorar positivamente en la fase de aprobación del medicamento la mayor adherencia | 7,54 |
| 52 | Tener en cuenta los nuevos medicamentos que aporten un programa de mejora de la adherencia para la fijación del precio y reembolso | 7,22 |
| 48 | Otorgar a los medicamentos con mayor adherencia algún tipo de prima o priorización | 7,01 |
| 49 | Considerar la adherencia a la medicación en el reembolso y fijación de precio del medicamento | 6,88 |
| 11 | Reducir el uso de tratamientos no cubiertos por la seguridad social | 6,86 |
| 50 | Reformar los sistemas de pago e incentivos financieros para los proveedores | 6,75 |

El 24% de las medidas más relevantes corresponden al área de enfermería, el 21% al médico prescriptor, paciente y gestor, respectivamente, el 10% a la farmacia comunitaria y hospitalaria, y el 3% restante (1 medida) a la economía de la salud (Tabla 9.5).

Tabla 9.5. Distribución de las medidas específicas de la 1ª ronda, por agente

| Tipo de agente | Nº medidas | Nº medidas relevantes | % medidas relevantes |
|---|------------|-----------------------|----------------------|
| Para el médico prescriptor | 11 | 6 | 20,7% |
| Para la enfermera | 10 | 7 | 24,1% |
| Para la farmacia comunitaria y hospitalaria | 10 | 3 | 10,3% |
| Para el paciente | 7 | 6 | 20,7% |
| Para el gestor | 14 | 6 | 20,7% |
| Para el economista de la salud | 6 | 1 | 3,4% |
| TOTAL | 58 | 29 | 100,0% |

3.2. Factibilidad de las medidas

Como ya se ha comentado, la segunda ronda del Delphi sirvió para aproximar el grado de facilidad de implementación o de factibilidad de las 52 medidas de acción que resultaron más relevantes en la primera ronda (Figura 9.7). Los expertos consultados otorgaron a las medidas finales un grado de factibilidad promedio de entre 6,67 y 8,36 para las 23 medidas generales y de entre 6,43 y 8,49 para las 29 medidas específicas.

Entre las medidas generales, las más factibles de aplicar fueron las relativas a revisar prescripciones activas antes de prescribir un nuevo fármaco (8,36 puntos; desviación estándar (DE): 1,54), y otorgar una atención preferente a los pacientes polimedicados y pacientes de elevada comorbilidad (8,06; DE: 1,44). En cambio, las menos factibles serían implicar activamente a los responsables de la Administración Sanitaria en la mejora de la adherencia (6,67; DE: 2,15) y sensibilizar a la sociedad respecto a la relevancia de la adherencia (6,75; DE: 1,98) (Figura 9.4). La mayor dispersión de opiniones se dio en la capacidad de disponer de un sistema o test rápido para conocer el nivel de adherencia de los pacientes, con una desviación estándar de 2,36 (puntuación promedio de 7,26). La menor dispersión se produjo en la medida relativa a facilitar a los profesionales sanitarios formación en adherencia al tratamiento, adaptados a las distintas patologías y perfil de pacientes (DE: 1,20; 7,78 puntos promedio).

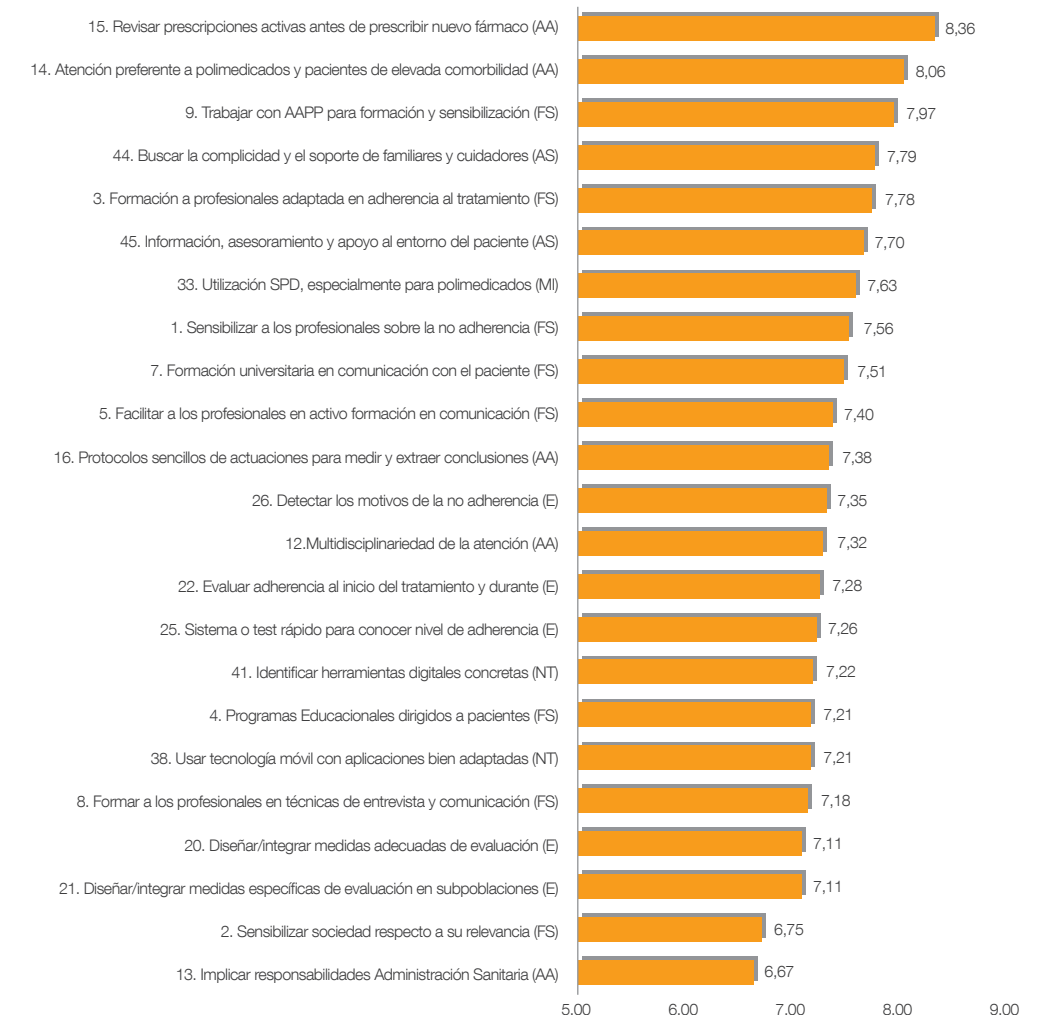
Las medidas específicas se percibieron en general como más factibles que las genéricas. Once de ellas obtuvieron una puntuación promedio igual o superior a 8 puntos, cinco de las cuales corresponden al área de enfermería. Las medidas específicas que resultaron más factibles fueron utilizar por parte de enfermería un lenguaje claro, asequible y sencillo con el paciente (8,49 puntos; DE: 1,17, siendo la medida con mayor consenso sobre su factibilidad) e informar, por parte del médico prescriptor, al paciente sobre su enfermedad, tratamiento y expectativas (8,40; DE: 1,69). Por su parte, las menos factibles corresponden al área de gestión. Las dos menos factibles fueron mantener una frecuencia de visitas adaptada a las necesidades del paciente (6,43; DE: 2,61) y evitar cambios frecuentes del profesional sanitario (6,53; DE: 2,85), siendo esta última la medida con mayor divergencia de opiniones entre los encuestados (Figura 9.5).

Por otro lado, de la segunda ronda del Delphi se extrajeron algunas barreras concretas reportadas por los encuestados acerca de la factibilidad de implementación de las distintas medidas planteadas, y que aparecen reflejadas, por áreas, en la Figura 9.6.

Por otro lado, el encuestado tenía la opción de señalar si la medida estaba ya implementada en su entorno. Las medidas generales de fomento de la adherencia ya implementadas en mayor medida fueron la sensibilización a los profesionales sobre las consecuencias de la no adherencia y la disponibilidad de tests rápidos para conocer el nivel de adherencia (Tabla 9.6). Por su parte, las medidas específicas implementadas en mayor grado fueron informar al paciente sobre su enfermedad, tratamiento y expectativas; y la comunicación entre la farmacia y los prescriptores, las intervenciones para potenciar la continuidad

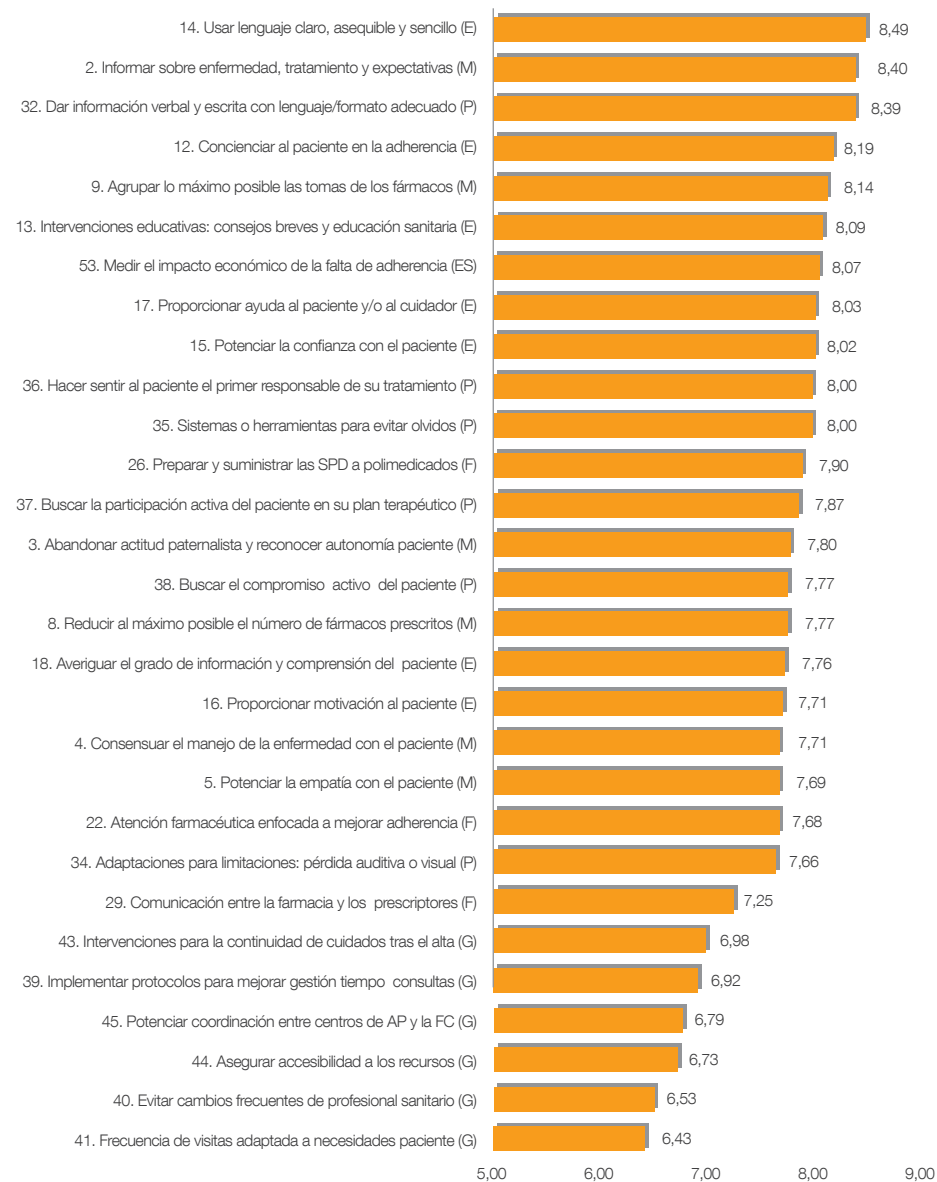
de cuidados tras el alta, abandonar la actitud paternalista y consensuar el manejo de la enfermedad con el paciente (Tabla 9.7).

Figura 9.4. Factibilidad de implementación de las 23 medidas generales más relevantes para mejorar la adherencia al tratamiento (2ª ronda)



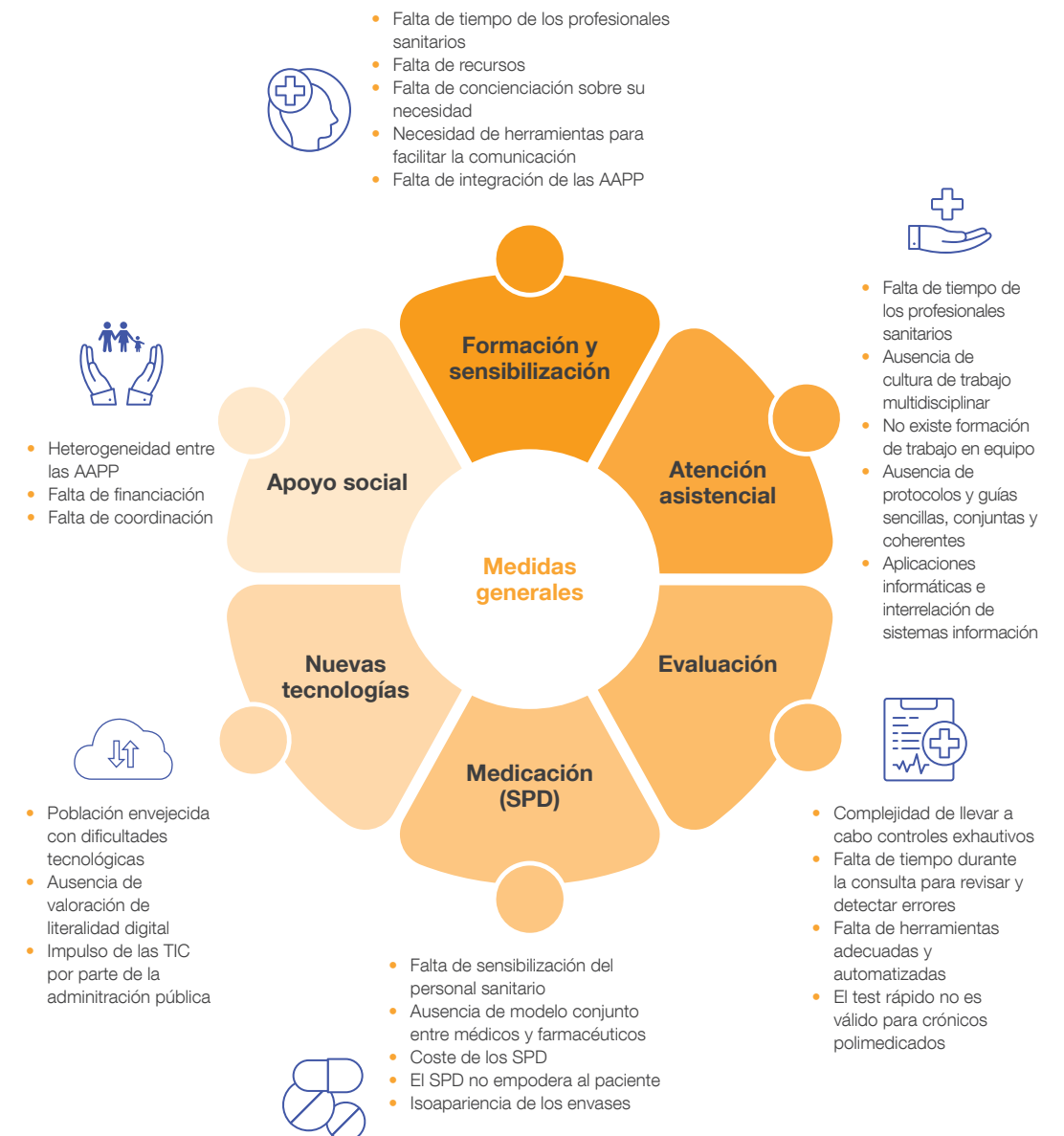
FS: formación y sensibilización; AA: atención asistencial; E: evaluación; M: medicación; NT: nuevas tecnologías; AS: Apoyo social

Figura 9.5. Factibilidad de implementación de las 29 medidas específicas más relevantes para mejorar la adherencia al tratamiento (2ª ronda)



M: médico prescriptor; E: enfermería; F: farmacia comunitaria y hospitalaria; P: paciente; G: gestor; ES: economista de la salud
AP: atención primaria; FC: farmacia comunitaria

Figura 9.6. Barreras reportadas para la factibilidad de implementación de las medidas generales y específicas de fomento de la adherencia



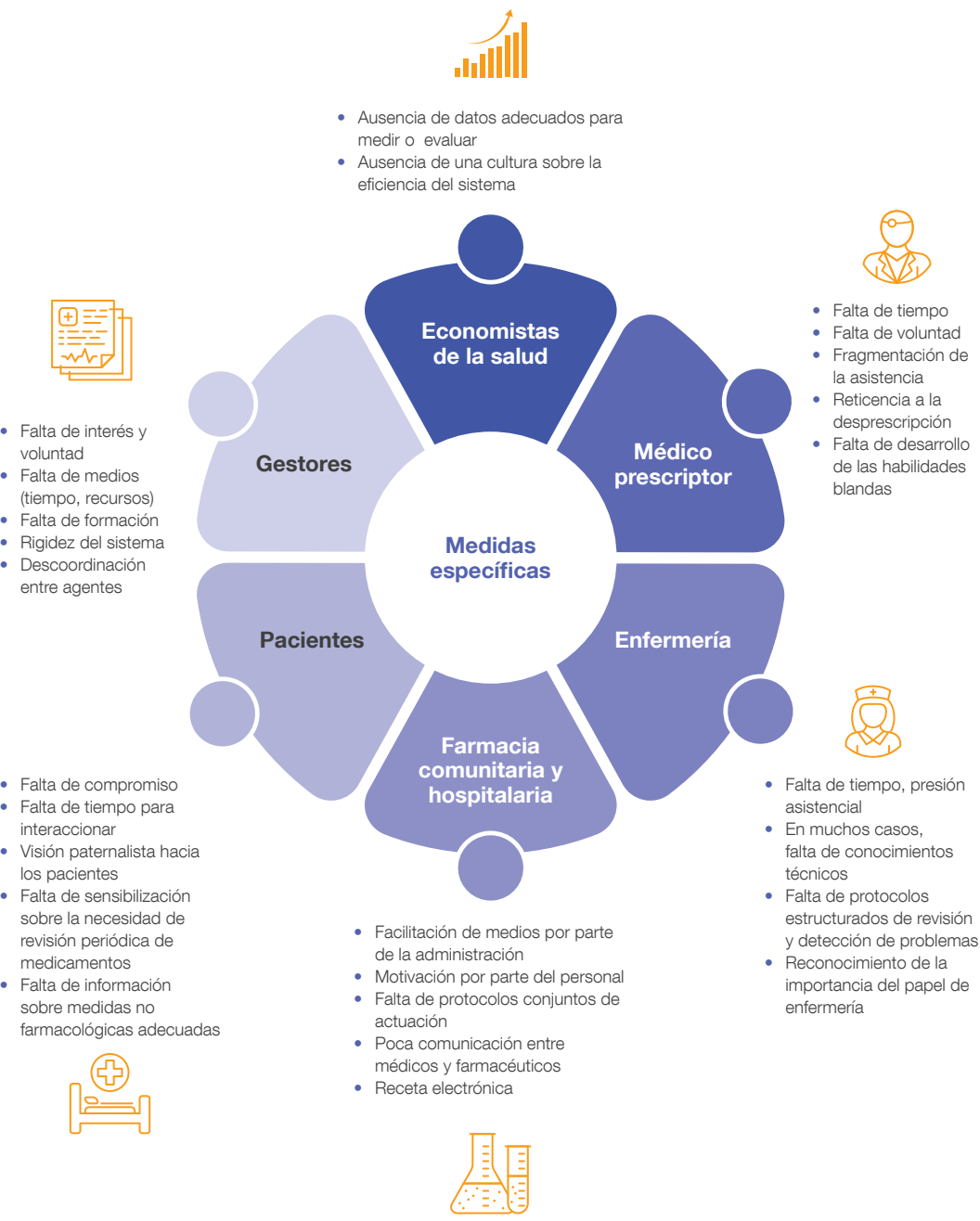


Tabla 9.6. Medidas generales señaladas como ya implementadas

| Nº medida | Nombre medida | % que señaló ya implementada |
|-----------|---|------------------------------|
| 1 | Sensibilizar a los profesionales sobre la no adherencia | 4,7% |
| 25 | Sistema o test rápido para conocer nivel adherencia | 3,5% |
| 7 | Formación universitaria en comunicación con el paciente | 2,3% |
| 13 | Implicar responsables Administración Sanitaria | 2,3% |
| 15 | Revisar prescripciones activas antes de prescribir nuevo fármaco | 2,3% |
| 20 | Diseñar/integrar medidas adecuadas de evaluación | 2,3% |
| 38 | Usar tecnología móvil con aplicaciones bien adaptadas | 2,3% |
| 44 | Buscar la complicidad y el soporte de familiares y cuidadores | 2,3% |
| 8 | Formar a los profesionales en técnicas de entrevista y comunicación | 1,1% |
| 9 | Trabajar con AAPP para formación y sensibilización | 1,1% |
| 12 | Multidisciplinariedad de la atención | 1,1% |
| 45 | Información, asesoramiento y apoyo al entorno del paciente | 1,1% |

Nota: Ningún encuestado dijo tener ya implementado en su entorno las medidas con código 2-5, 14, 16, 21-22, 26, 33 y 41

3.3. Relevancia y factibilidad de las medidas

La Figura 9.8 y Figura 9.9 muestran visualmente las medidas planteadas, ordenadas por relevancia y factibilidad. En el cuadrante superior derecho de cada figura se ubican las medidas más deseables en ambos términos. Así, entre las medidas generales, las diez más factibles de implementar serían: revisar prescripciones activas antes de prescribir nuevo fármaco; dar una atención preferente a polimedicados y pacientes de alta comorbilidad; trabajar con las AAPP para realizar actividades de formación y sensibilización dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico; buscar la complicidad y el soporte de familiares y cuidadores; facilitar a los profesionales sanitarios formación en adherencia al tratamiento adaptada a las distintas patologías y perfil de pacientes; dar al entorno del paciente información, asesoramiento y apoyo; utilizar los SPD, especialmente para pacientes polimedicados; sensibilizar a los profesionales sobre el problema de la falta de adherencia; introducir, a nivel universitario, la formación en comunicación; y facilitar a los profesionales en activo formación en comunicación con el paciente. Otras medidas relevantes, aunque menos factibles, serían detectar los motivos de la falta de adherencia y avanzar en la multidisciplinariedad de la atención asistencial.

Tabla 9.7. Medidas específicas señaladas como ya implementadas

| Nº medida | Nombre medida | % que señaló ya implementada |
|-----------|---|------------------------------|
| 2 | Informar al paciente sobre su enfermedad, tratamiento y expectativas | 7,4% |
| 29 | Comunicación entre la farmacia y los prescriptores | 2,4% |
| 43 | Intervenciones para potenciar la continuidad de cuidados tras el alta | 2,4% |
| 3 | Abandonar actitud paternalista y reconocer la autonomía del paciente | 2,4% |
| 4 | Consensuar el manejo de la enfermedad con el paciente | 2,4% |
| 53 | Medir el impacto económico de la falta de adherencia | 1,2% |
| 5 | Potenciar la empatía con el paciente | 1,2% |
| 12 | Concienciar al paciente en la adherencia | 1,2% |
| 13 | Intervenciones educativas con consejos breves y educación sanitaria | 1,2% |
| 14 | Usar lenguaje claro, asequible y sencillo | 1,2% |
| 15 | Potenciar la confianza con el paciente | 1,2% |
| 37 | Buscar la participación activa del paciente en su plan terapéutico | 1,2% |
| 38 | Buscar el compromiso activo del paciente más que el mero cumplimiento | 1,2% |

Nota: Ningún encuestado dijo tener ya implementado en su entorno las medidas con código 8-9, 16-18, 22, 26, 32, 34-36, 39-41, 44-45

Por su parte, las diez medidas específicas más factibles para mejorar la adherencia al tratamiento entre los distintos agentes serían las siguientes. Para el personal de enfermería: usar con el paciente un lenguaje claro, asequible y sencillo que permita al paciente entender la enfermedad y el plan terapéutico; concienciar al paciente sobre la importancia de la adherencia; realizar intervenciones educativas breves, con consejos y educación sanitaria individual o grupal; proporcionar ayuda al paciente y/o al cuidador; y potenciar la confianza con el paciente, siendo el referente para explicaciones o dudas que no puede solucionar en la consulta con el médico. Para el médico prescriptor: informar al paciente sobre las características de su enfermedad, tratamiento y expectativas; y agrupar lo máximo posible las tomas de los tratamientos farmacológicos. Además, sería factible proporcionar al paciente información verbal y escrita con un lenguaje y formato adecuado; usar sistemas o herramientas para evitar olvidos; y medir el impacto económico de la falta de adherencia. Otra medida relevante, aunque menos factible, sería hacer sentirse al paciente el primer responsable de su tratamiento.

Figura 9.7. Resumen de las medidas generales y específicas dirigidas a aumentar la adherencia al tratamiento

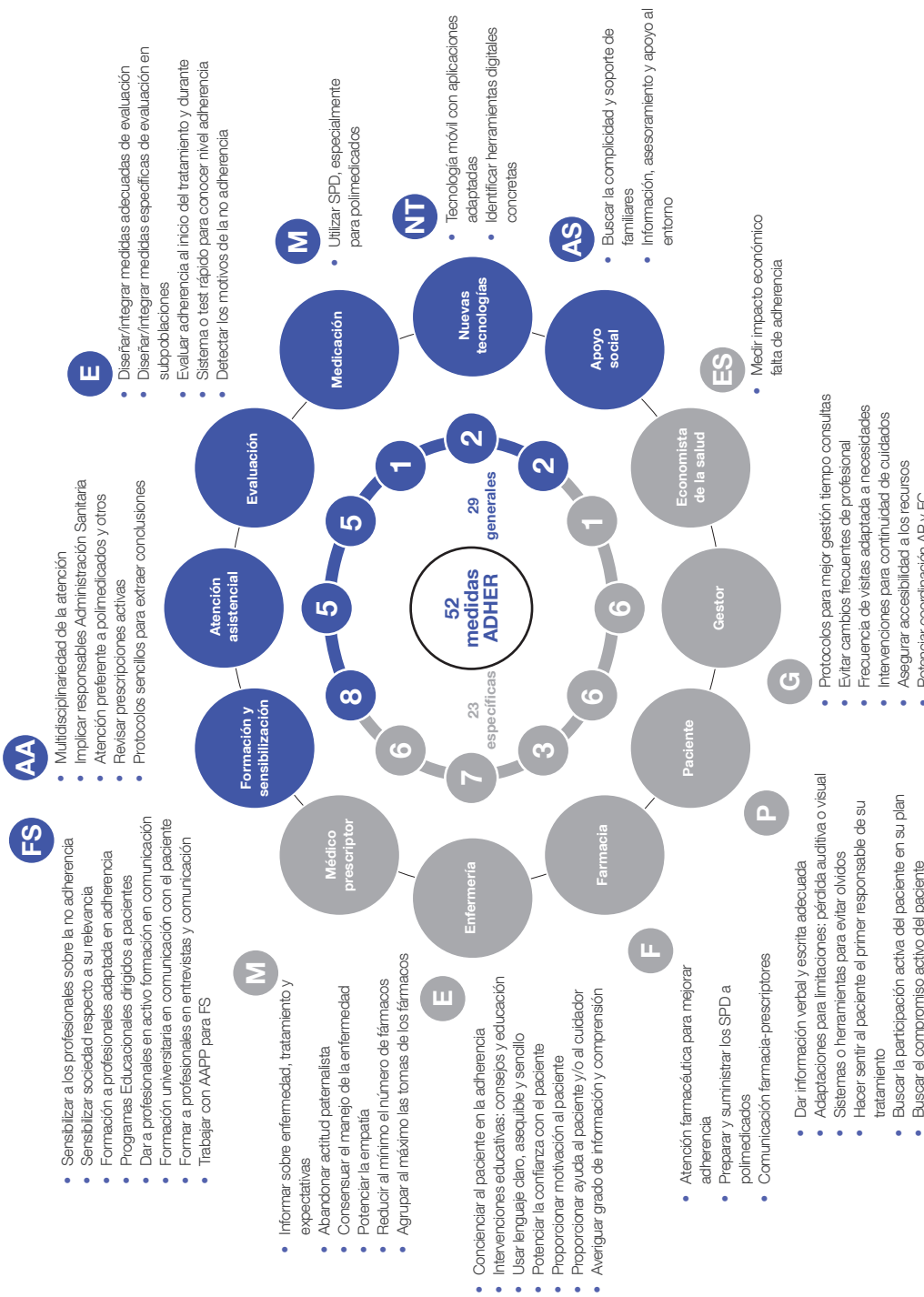
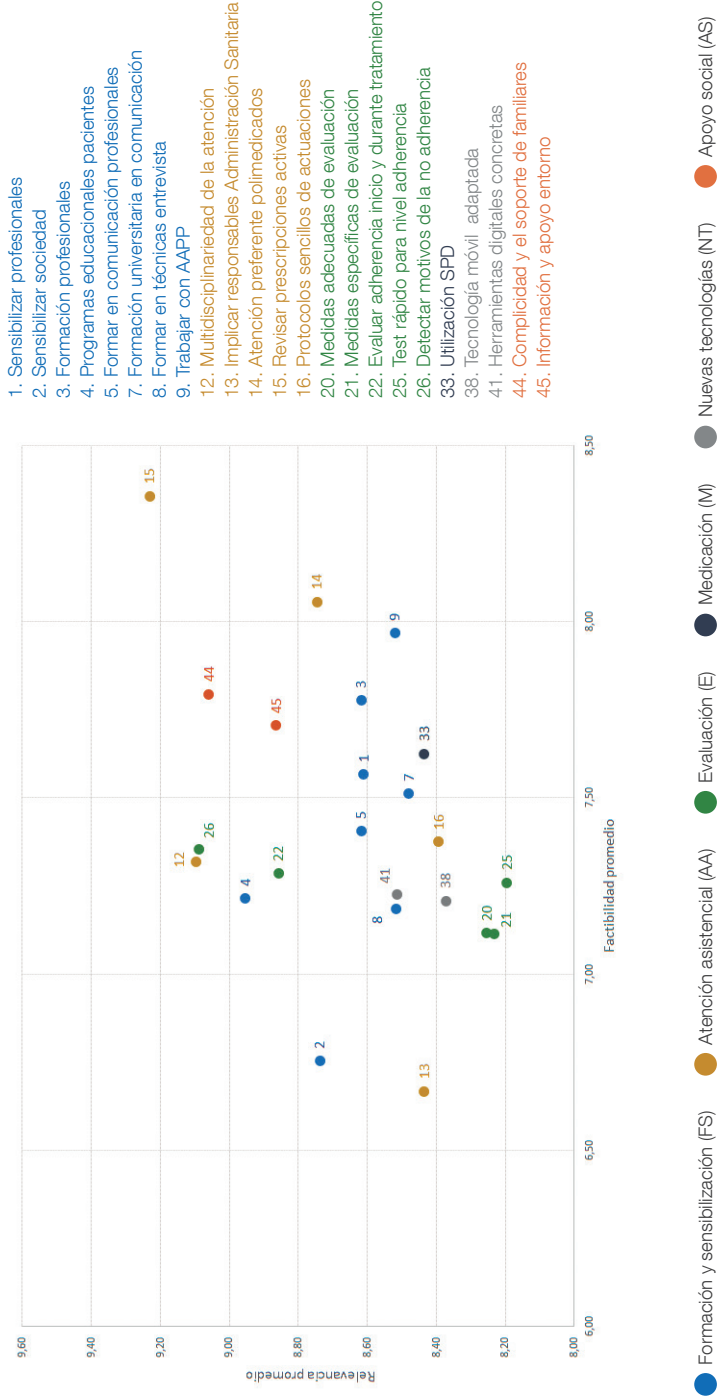
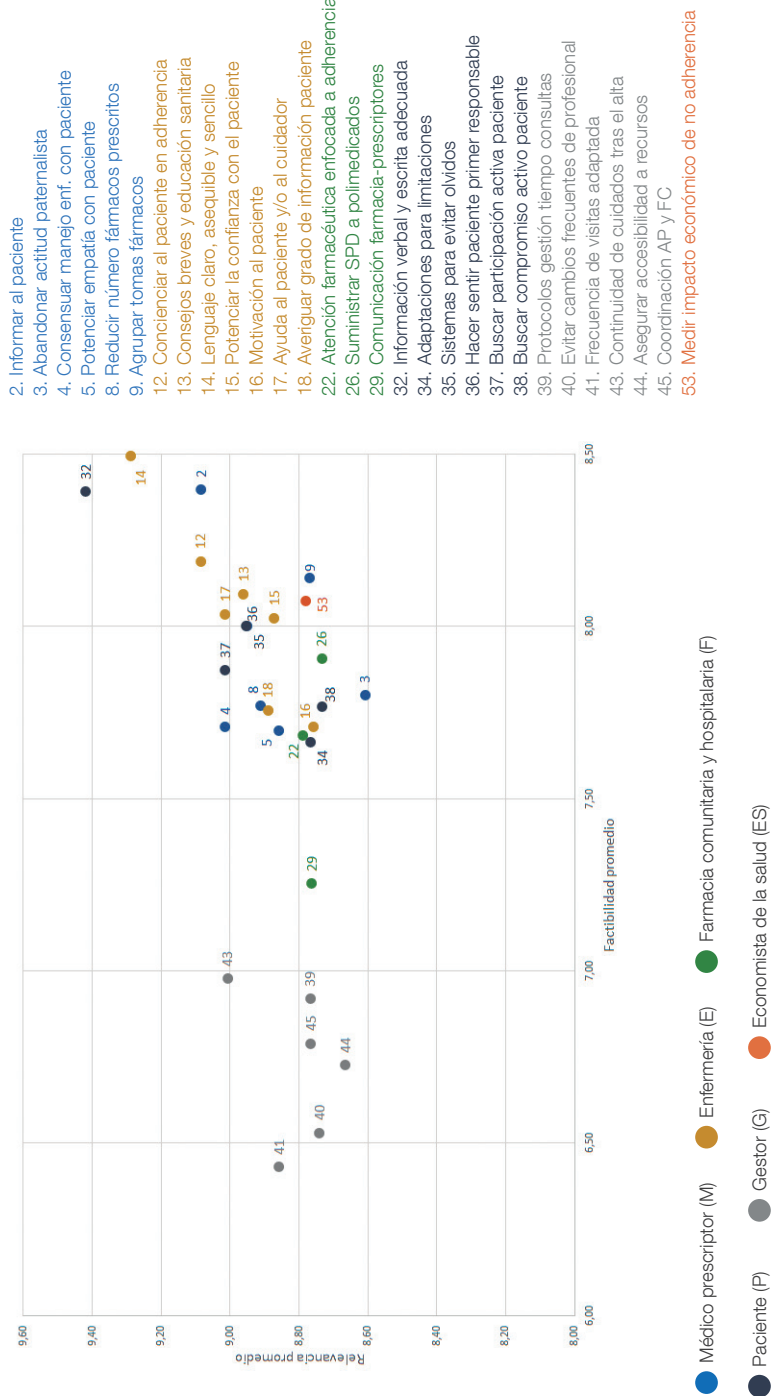


Figura 9.8. Medidas generales para aumentar la adherencia al tratamiento, por grado de relevancia y factibilidad



Nota: El código de cada medida se corresponde con el número de medida que aparece en el formulario inicial de la primera ronda, y solo sirve para identificar la medida, pero no indica su grado de relevancia o factibilidad.

Figura 9.9. Medidas específicas para aumentar la adherencia al tratamiento, por grado de relevancia y factibilidad



Nota: El código de cada medida se corresponde con el número de medida que aparece en el formulario inicial de la primera ronda, y solo sirve para identificar la medida, pero no indica su grado de relevancia o factibilidad.

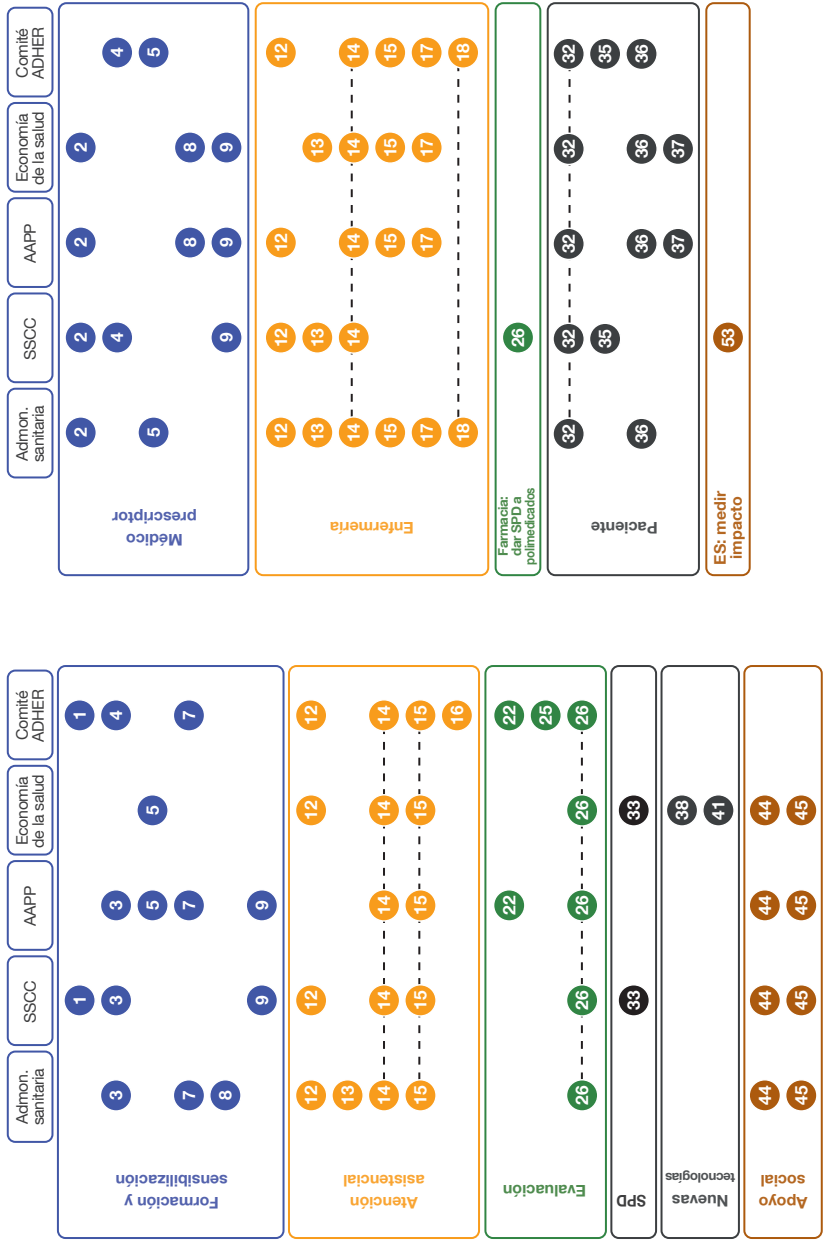
3.4. Resultados por tipos de perfiles de encuestados

Analizando las respuestas de los cinco subgrupos de perfiles encuestados en el Delphi, se observan ciertas pautas comunes, y otras diferenciales, en relación a las medidas que resultan más relevantes y factibles. Todos los perfiles coinciden en la importancia de dar una atención preferente a los polimedicados, en revisar las prescripciones activas y en detectar los motivos de la falta de adherencia (medidas generales nº 14, 15 y 26), así como en usar con el paciente un lenguaje claro, asequible y sencillo, proporcionándole información verbal y escrita con un formato adecuado (medidas específicas nº 14 y 32) (Figura 9.10).

Sin embargo, en otros casos, existen diferencias en la importancia y factibilidad percibida para las distintas medidas de fomento de la adherencia. Así, para los representantes de la Administración Sanitaria, las principales medidas deberían centrarse en el ámbito de la atención asistencial, la formación y sensibilización y el apoyo social, distinguiéndose del resto de subgrupos en el apoyo que dan a implicar activamente a la propia Administración Sanitaria y en formar a los profesionales sanitarios en técnicas de entrevista motivacional y comunicación (medidas nº 13 y 8). Por su parte, para los representantes de las SSCC, los aspectos diferenciales fueron insistir en que desde la farmacia se preparen y suministren los SPD a los pacientes polimedicados y que se mida el impacto económico de la falta de adherencia (medidas nº 26 y 53). Para las AAPP, la medida general más relevante y factible sería precisamente que la Administración Sanitaria trabajara conjuntamente con las AAPP para realizar actividades de formación y sensibilización dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico (medida nº 9). Los economistas de la salud participantes en el Delphi destacan en el papel que les otorgan a las nuevas tecnologías, en tanto que creen que se debe identificar qué herramientas digitales resultan apropiadas para qué pacientes o entornos concretos, y usar la tecnología móvil con aplicaciones que permitan usar sistemas de avisos para evitar los olvidos (medidas nº 41 y 38).

Finalmente, para el Comité de Expertos ADHER, las medidas más relevantes y factibles serían revisar las prescripciones activas y detectar los motivos de la falta de adherencia. Se desmarcan del resto de perfiles en cuanto al foco que ponen en establecer protocolos sencillos de actuaciones que permitan medir y extraer conclusiones sobre qué aspectos inciden de manera significativa en la mejora de la adherencia, resultados en salud y reducción de costes sanitarios; disponer de un sistema o test rápido para conocer el nivel de adherencia de los pacientes; y desarrollar programas educativos dirigidos a pacientes para conseguir mejorar la adherencia (medidas nº 16, 25 y 4).

Figura 9.10. Las diez medidas generales y específicas más relevantes y factibles para los cinco subgrupos de perfiles encuestados en el Delphi, por áreas



SSCC: sociedades científicas; AAPP: asociaciones de pacientes; ES: economía de la salud
Nota: el número incluido en las bolas se refiere al código de cada medida, según aparece en el formulario inicial de la primera ronda. El ranking de cada perfil se ha elaborado considerando el promedio de relevancia y factibilidad de cada medida.

4. Discusión

Este trabajo, desarrollado ad hoc para el Libro Blanco, ha permitido conocer de primera mano la opinión de más de un centenar de agentes clave del sistema sanitario sobre cómo abordar actualmente el reto compartido de la mejora de la adherencia en España. La elevada aceptación a participar en el estudio denota el interés que suscita el tema entre profesionales sanitarios, gestores y pacientes. Además, incorporar la visión de la Administración Sanitaria, las SSCC, las AAPP y los economistas de la salud ha permitido enriquecer el enfoque y detallar las similitudes y diferencias entre los distintos perfiles.

No se trata de un estudio Delphi al uso, ya que las dos rondas no se utilizaron para buscar un consenso entre los encuestados, sino para tratar de ordenar las distintas medidas propuestas en base a su relevancia y factibilidad de implementación. Asimismo, el ejercicio brindó la oportunidad de recabar comentarios concretos sobre las barreras reales de implementación de las medidas, así como posibles soluciones de mejora. Todo ello ha contribuido cualitativamente a plantear las estrategias de mejora tratadas en el capítulo de conclusiones del Libro.

En cuanto a los resultados obtenidos, cabe señalar los siguientes puntos. En primer lugar, hemos constatado el consenso existente en cuanto a las negativas consecuencias derivadas de una baja adherencia continuada al tratamiento. Los participantes estaban por tanto muy concienciados al respecto, y eran proclives a plantear mejoras en los distintos ámbitos de actuación.

En segundo lugar, los participantes coincidieron en la priorización de dos acciones: revisar las prescripciones activas, y aportar al paciente información en un lenguaje y formato adecuados. Es decir, el foco a corto plazo debería situarse en revisar y optimizar el número de fármacos prescritos, y en informar adecuadamente al paciente. La comunicación con el paciente debe ser verbal, pero estar apoyada en materiales escritos en un lenguaje claro y sencillo que permita al paciente entender la situación y hacerse cargo de la misma. Asimismo, se debe dar una atención preferente al grupo de mayor riesgo de falta de adherencia, como son los pacientes polimedicados y los de elevada comorbilidad, adaptándose a las necesidades particulares de cada caso.

Por su parte, los resultados sugieren una falta de confianza de los agentes del sistema en dos aspectos fundamentales, como son el papel de la gestión sanitaria y la inclusión de la telemedicina en los procesos asistenciales. Así, llama la atención la baja factibilidad percibida en torno a las seis medidas específicas dirigidas a los gestores sanitarios y a implicar a los responsables de la Administración Sanitaria en la mejora de la adherencia. Esto mismo ya se había observado en otros trabajos similares, como por ejemplo un Delphi británico realizado hace una década sobre las causas, consecuencias y soluciones de la no adherencia a los medicamentos, donde se observaba que, de las 25 soluciones priorizadas, muy pocas concernían a gobiernos, gestores sanitarios o intervenciones a nivel macro (Clyne et al., 2012).

Por su parte, pese a su potencial, solo 2 de las 7 medidas relacionadas con las nuevas tecnologías en este Delphi fueron situadas entre las más relevantes en la primera ronda, y solo los economistas las situaban en su top-10 de relevancia y factibilidad. Hay que pensar que la mejora de la adherencia no solo debe estar enfocada en el paciente anciano y/o pluripatológico, sino que también abarca a pacientes crónicos jóvenes, activos laboralmente y duchos en el manejo de las nuevas tecnologías donde las aplicaciones móviles tendrían un mayor potencial (Fan y Zhao, 2021).

Además, según la opinión del Comité de Expertos de este Libro Blanco, habrá que tener en cuenta las nuevas tecnologías para mejorar la adherencia, adaptándolas a los diferentes tipos de pacientes, pues será algo que sin duda presentará un desarrollo muy importante.

En cuanto a los aspectos directamente relacionados con la medicación, cabe destacar la preferencia de los encuestados por utilizar SPD frente a sistemas de recuerdo horario o los aspectos cosméticos del fármaco. Por otro lado, las medidas engloban acciones que afectan a todos los agentes del sistema, incluyendo los economistas de la salud, a quienes se encomienda la importancia de medir el impacto económico de la falta de adherencia. Hace falta por tanto profundizar en la cuantificación del efecto de la adherencia al tratamiento para afinar la priorización de políticas en esta línea.

Otro aspecto a destacar del estudio es la baja implementación real de las medidas propuestas. Las dos acciones más implementadas en la práctica actual fueron la de informar al paciente sobre su enfermedad, tratamiento y expectativas, y la de sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de la falta de adherencia, estando ambas medidas aplicadas en los entornos de solo el 4-8% de los encuestados.

Muchos de los resultados de este Delphi están alineados con las conclusiones de trabajos similares. Por ejemplo, un documento interdisciplinar de recomendaciones para mejorar la adherencia en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas en España abogaba por la formación e información temprana y continua a los pacientes, buscando su compromiso; el consejo adaptado a las necesidades de los pacientes; la estratificación de los pacientes en base a su riesgo de falta de adherencia; las herramientas simples de evaluación de la adherencia, preferiblemente validadas en la población de interés; y la búsqueda de un consenso interdisciplinar de las actuaciones (Bermejo-San José et al., 2016).

Otro Delphi de ámbito nacional focalizado en este caso en pacientes con múltiples morbilidades seleccionó las 16 intervenciones más apropiadas en función de su evidencia, utilidad y factibilidad (González-Bueno et al., 2019). Las agrupó en cinco intervenciones educativas (entre ellas, sesiones individuales con el paciente y su cuidador principal), seis conductuales (entre ellas, el contacto proactivo y reactivo) y cinco de otro tipo (entre ellas, incluir una intervención inicial tras el alta hospitalaria, seguida de una intervención de refuerzo).

Por su parte, en una revisión de literatura se destacaba que la mayor parte de las intervenciones percibidas como relevantes estaban más dirigidas a cambiar la formación

y el comportamiento de los pacientes que a cambiar la cultura y los sistemas sanitarios (van Dulmen et al., 2007). En general, las intervenciones efectivas se clasificaban en cuatro grupos: técnicas, conductuales, formativas y multi-facéticas. La simplificación del régimen y dosificación farmacológica era una primera solución práctica y lógica, a la que acompañaban recordatorios e incentivos, especialmente para aquellos pacientes que regularmente olvidan tomar su medicación. También destacaban las intervenciones educativas adaptadas a las necesidades del paciente, mejorando a su vez la calidad de la relación con el profesional sanitario.

El trabajo tiene ciertas limitaciones que es conveniente señalar. Primero, el listado inicial de medidas planteadas fue extraído de la literatura y validado por el Comité de Expertos ADHER, pero podría estar obviando alguna acción relevante, y la falta de detalle en su descripción podría conllevar a diferencias en su interpretación por parte de los encuestados. Segundo, el estricto punto de corte utilizado para la segunda ronda dejó fuera de la discusión sobre factibilidad a medidas muy similares en grado de relevancia de las sí incluidas. Además, las medidas se contemplan de manera individualizada, pero no combinada. Por otro lado, abordamos la mejora de la adherencia en términos generales, sin entrar en las particularidades de las distintas patologías, cuando en realidad probablemente el abordaje más eficiente diferiría en función del subgrupo de pacientes a quien se dirija.

Los retos que enfrentamos: un resumen

El estudio Delphi desarrollado ha permitido analizar el parecer de más de un centenar de agentes del sistema sanitario, de muy variado perfil, que dieron su visión sobre qué medidas concretas serían las más adecuadas actualmente para mejorar la adherencia al tratamiento en España, teniendo en cuenta su relevancia, pero también su factibilidad de implantación real.

Aunque existen ciertas divergencias de opinión entre los encuestados, es posible identificar ciertas pautas comunes relativas a formar y sensibilizar en adherencia tanto a los profesionales sanitarios como a los propios pacientes y a la sociedad, y a avanzar en mejoras asistenciales que se traduzcan en un mejor cumplimiento terapéutico.

Referencias

Bermejo-San José, F., Barceló-Bru, M., Ribera-Pibernat, M., Poveda-Andrés, J.L., and Sanromán-Álvarez, L. (2016)

Documento interdisciplinar de recomendaciones para mejorar la adherencia en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas: recomendaciones Adhing.

Farmacia Hospitalaria 40, 394–411.

Clyne, W., White, S., and McLachlan, S. (2012)

Developing consensus-based policy solutions for medicines adherence for Europe: a Delphi study.

BMC Health Services Research 12, 425.

van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., and Bensing, J. (2007)

Patient adherence to medical treatment: a review of reviews.

BMC Health Services Research 7, 55.

Fan, K., and Zhao, Y. (2021)

Mobile health technology: a novel tool in chronic disease management.

Intelligent Medicine.

González-Bueno, J., Calvo-Cidoncha, E., Nieto-Martín, M.D., Pérez-Guerrero, C., Ollero-Baturone, M., and Santos-Ramos, B. (2019)

Selection of interventions aimed at improving medication adherence in patients with multimorbidity.

Eur J Hosp Pharm 26, 39–45.



Conclusiones

En este Libro Blanco hemos revisado en profundidad el reto que supone la adherencia al tratamiento desde muy diversas perspectivas, constatando que la falta de ella redundará en pérdidas de salud y eficiencia para el sistema sanitario en su conjunto. Hemos indagado en sus causas y consecuencias, proponiendo una serie de medidas de acción para mejorar la situación. En cada capítulo, los autores hemos ido desgranando una serie de recomendaciones encaminadas a promover, a varios niveles, la adherencia de los pacientes a sus tratamientos.

En el ejercicio tipo Delphi recogido en el capítulo 9 se trató de concretar cuáles serían actualmente las medidas más adecuadas para, según distintos expertos consultados, mejorar la adherencia al tratamiento en España. En primer lugar, se ha analizado la relevancia de las distintas medidas propuestas para, posteriormente, evaluar su posibilidad real de ejecución, en base a la cual proponer algunas estrategias a seguir, teniendo en cuenta eso sí que no todas las medidas son fácilmente implementables en la práctica.

Entre las barreras más comúnmente citadas para poder mejorar la adherencia se encuentran la falta de concienciación y sensibilización sobre su necesidad; la falta de tiempo por parte de los profesionales sanitarios; la falta de motivación y de voluntad, con reticencias a la desprescripción; la ausencia de una cultura de trabajo multidisciplinar; la falta de recursos; la visión paternalista hacia los pacientes, con poca corresponsabilidad; la complejidad de llevar a cabo controles exhaustivos; la falta de información y de herramientas adecuadas y automatizadas; la ausencia de datos adecuados para medir o evaluar la adherencia; y la rigidez del sistema, con dificultades político-administrativas.

En este capítulo final de conclusiones, a partir de los capítulos que conforman el Libro, proponemos el siguiente decálogo integral de las recomendaciones más urgentes para mejorar la adherencia al tratamiento en España. Algunas de las medidas propuestas son de ámbito general, mientras que otras son más específicas y recaen en ciertos colectivos concretos. En todo caso, las acciones propuestas son complementarias entre sí, y hay que recordar que, a menudo, la combinación de estrategias será la forma de conseguir el mejor resultado. Y es que la adherencia es responsabilidad de todos los agentes del sistema, y no debe circunscribirse exclusivamente al tratamiento farmacológico, sino abarcar otras muchas medidas igualmente necesarias.

1. **Sensibilizar y formar sobre la importancia y necesidad de mejorar la adherencia.** Un primer requisito para poder avanzar, es concienciar a los diferentes estamentos sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y sobre la necesidad de potenciarla. La cultura de la adherencia es un cambio social necesario para el que se debe sensibilizar tanto a los profesionales sanitarios como a la sociedad en general. Para ello, es necesario realizar una formación específica sobre concienciación en adherencia entre los profesionales sanitarios y programas específicos dirigidos a los pacientes, sus cuidadores y las AAPP. Se deben realizar asimismo campañas de comunicación y concienciación para la población general y los pacientes en particular. La estrategia de implicar y sensibilizar ha de ser transversal y continua en el tiempo.

2. **Formar a los profesionales sanitarios, ya desde la universidad, en comunicación con sus pacientes sobre su enfermedad, tratamiento, expectativas, hábitos saludables y adherencia.** Es necesario realizar una formación específica orientada a mejorar la comunicación del profesional sanitario con el paciente, tanto entre los profesionales en activo (con herramientas y cursos), como en los estudios universitarios de grado y postgrado de ciencias de la salud. Por un lado, el médico debe informar al paciente sobre su enfermedad, abandonando la actitud paternalista y potenciando la empatía. Por otro lado, el tratamiento debe consensuarse con el paciente, haciéndole partícipe del mismo, y manejando sus expectativas. Para ello, el gestor sanitario tiene en su mano el realizar protocolos encaminados a la mejor gestión del tiempo de consulta, imprescindible para la buena comunicación profesional sanitario-paciente, pudiendo adaptar la frecuencia de las visitas a las necesidades del paciente.
3. **Revisar las prescripciones activas antes de prescribir un nuevo fármaco, intentando agrupar las tomas de los fármacos lo máximo posible.** La revisión del tratamiento actual es una condición necesaria para mejorar la adherencia, no solo para evitar duplicidades, sino también para descartar la medicación innecesaria o inapropiada. Es importante reducir al mínimo el número de fármacos prescritos a un mismo paciente, y agruparlos en el menor número de tomas diarias posible. Asimismo, se debe evitar los cambios frecuentes de profesional. En ese sentido, sería deseable diseñar e integrar en la práctica clínica medidas adecuadas de evaluación en los pacientes, con especificidades para algunas patologías o subpoblaciones, con métodos que deben ser válidos, sencillos y rápidos, para evaluar la adherencia al principio y durante el tratamiento. Además, los sistemas informatizados de prescripción podrían incluir alertas automáticas sobre la duplicidad o interacción de fármacos.
4. **Detectar los motivos de la falta de adherencia y dar una atención preferente a los pacientes polimedicados y/o con alta comorbilidad.** Resulta importante conocer qué pacientes no cumplen con su tratamiento y en qué patologías son más o menos adherentes, así como detectar y valorar los motivos de la no adherencia, sus factores predictores, las formas de incumplir y las barreras que refiere el paciente. Esta actuación será especialmente relevante entre los pacientes pluripatológicos y polimedicados, para quienes habría que diseñar protocolos y programas sencillos, que mejoren la adherencia al tratamiento, no solo farmacológico, sino general. Con estos conocimientos a nivel de la población general, se podrían establecer las mejores estrategias por patologías, perfil de pacientes, comunidades, etc., para la promoción de la adherencia y, a nivel individual, la mejor estrategia individualizada a cada paciente.
5. **Utilización de los SPD, así como sistemas para evitar los olvidos, junto con otras acciones encaminadas a la concienciación en pacientes con dificultad para gestionar su medicación o falta de adherencia al tratamiento.** El SPD es una herramienta útil para mejorar la adherencia a los tratamientos, especialmente en

aquellas personas mayores polimedicadas y pluripatológicas. Es importante por ello valorar la posible utilización de estos sistemas en este tipo de pacientes. La atención farmacéutica será clave para el seguimiento, preparación y suministro de los SPD. Para ello, es necesaria una comunicación fluida entre la farmacia y los prescriptores del tratamiento. Es importante asimismo dotar al paciente de mecanismos de recuerdo para evitar el olvido de la medicación. Cabe destacar que el SPD “solo” cubriría gran parte de los olvidos, organización de la toma de la medicación, etc., por lo que debería ser complementario a distintas acciones añadidas de formación, información, concienciación y autocompromiso por parte de los pacientes frente a su enfermedad, tratamiento y mejora de hábitos saludables. La combinación de estas acciones, incluidas en la atención farmacéutica, son las que permitirán crear un clima de mejora de la adherencia en el paciente.

6. Trabajar y colaborar con las AAPP para formación y sensibilización en adherencia, buscando la complicidad y el soporte de familiares y cuidadores.

Las AAPP deben estar más integradas en el sistema y participar en la capacitación de los pacientes, de la mano de los profesionales sanitarios. Más allá de los profesionales, se debe buscar la complicidad y el soporte de la familia, ofreciendo al entorno del paciente una información y asesoramiento adecuados.

7. Desarrollar programas educativos y de apoyo a pacientes en distintas patologías, tratamientos y hábitos saludables, utilizando lenguajes y formatos adecuados (incluyendo los digitales) para cada tipo de paciente.

Al paciente se le debe ofrecer formación sobre su patología y los beneficios del tratamiento, así como recomendaciones sobre hábitos saludables, mediante un lenguaje claro, asequible y sencillo. Debe recibir una información verbal y escrita adecuada y adaptada a su perfil. No se trata solo de entregar el material, sino de adaptarlo a las necesidades y capacidades del paciente y su entorno, acordar juntos los resultados a conseguir y planificar las intervenciones a llevar a cabo. Para ello, hay que ir validando con el paciente y su cuidador lo comprendido, sus necesidades y su capacidad de cumplimiento. En este apartado, resulta de sumo interés la utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación como apoyo a una atención individualizada y personal, con aplicaciones digitales adecuadas, adaptadas a problemas concretos, y que incluya algún módulo de avisos, e incluso videos de interés. En todo caso, hay que valorar su empleo en personas mayores poco habituadas a dichas tecnologías y dirigir las en estos casos a sus familias, cuidadores, centros de día y/o residencias.

8. Potenciar la confianza con el paciente, proporcionarle ayuda psicológica, concienciarle sobre la importancia de la adherencia y motivarle para conseguir que se autoresponsabilice de su enfermedad y tratamiento.

Entre las funciones de los profesionales sanitarios, y en particular de enfermería y la farmacia comunitaria y/u hospitalaria, para favorecer la adherencia está el concienciar al paciente sobre su importancia. Para ello, se debe potenciar la confianza del paciente, proporcionarle motivación y ayudarle a seguir su tratamiento con responsabilidad.

La toma de decisiones compartidas facilitará el compromiso del paciente y su participación activa. Para optimizarlo, se debe realizar un seguimiento del grado de información y comprensión alcanzado por el paciente, con el fin de reforzar los puntos débiles, con ayuda psicológica si fuera necesario. El acompañamiento del entorno será clave como medida de refuerzo de la motivación y de prevención de la no adherencia.

9. Medir el impacto económico de la falta de adherencia.

Las medidas apuntadas encaminadas a la mejora de la adherencia presentan una mejor evolución de la salud y calidad de vida de los pacientes, aunque sin duda, también suponen un coste económico, lo cual puede ser a priori un hándicap para su ejecución. En compensación, una buena adherencia a los tratamientos también ofrece, según distintos estudios publicados, una reducción de los costes sanitarios. Por ello, es muy importante analizar los costes y beneficios relacionados con la falta de adherencia y su mejoría. Se deben establecer acuerdos de colaboración público-privados para el desarrollo y ejecución de programas de mejora de la adherencia, evaluando el efecto real de la mejora de la adherencia, los resultados en salud y la reducción de los costes sanitarios.

10. Avanzar en la multidisciplinariedad de la atención asistencial, con una mayor coordinación entre todos los profesionales sanitarios implicados en la adherencia.

El abordaje de la adherencia debe ser necesariamente multidisciplinar y continuo en el tiempo, buscando la implicación y corresponsabilidad de todos los agentes del sistema, incluyendo médicos de atención primaria y hospitalaria, enfermeras, farmacéuticos hospitalarios y comunitarios, psicólogos, etc., así como a los responsables de la Administración Sanitaria. Es necesario para ello que todos actúen de forma coordinada, evitando dar mensajes contradictorios a los pacientes. Desde la gestión se debe fomentar y poner los medios para una buena comunicación entre todos los profesionales implicados en el seguimiento del paciente. Es necesario para ello poner en marcha planes integrales que aglutinen, de manera coordinada, medidas de distinta índole, con protocolos conjuntos de actuación coherentes y estructurados que permitan revisar y detectar problemas.

Decálogo integral

Decálogo integral de medidas para mejorar la adherencia al tratamiento

| | |
|----|---|
| 1 | Sensibilizar y formar sobre la importancia y necesidad de mejorar la adherencia |
| 2 | Formar a los profesionales sanitarios, ya desde la universidad, en comunicación con sus pacientes sobre su enfermedad, tratamiento, expectativas, hábitos saludables y adherencia |
| 3 | Revisar las prescripciones activas antes de prescribir un nuevo fármaco, intentando agrupar las tomas de los fármacos lo máximo posible |
| 4 | Detectar los motivos de la falta de adherencia y dar una atención preferente a los pacientes polimedicados y/o con alta comorbilidad |
| 5 | Utilización de los SPD, así como sistemas para evitar los olvidos, junto con otras acciones encaminadas a la concienciación en pacientes con dificultad para gestionar su medicación o falta de adherencia al tratamiento |
| 6 | Trabajar y colaborar con las AAPP para formación y sensibilización en la adherencia, buscando la complicidad y el soporte de familiares y cuidadores |
| 7 | Desarrollar programas educativos y de apoyo a pacientes en distintas patologías, tratamientos y hábitos saludables, utilizando lenguajes y formatos adecuados (incluyendo los digitales) para cada tipo de paciente |
| 8 | Potenciar la confianza con el paciente, proporcionarle ayuda psicológica, concienciarle sobre la importancia de la adherencia y motivarle para conseguir que se autoresponsabilice de su enfermedad y tratamiento |
| 9 | Medir el impacto económico de la falta de adherencia |
| 10 | Avanzar en la multidisciplinariedad de la atención asistencial, con una mayor coordinación entre todos los profesionales sanitarios implicados en la adherencia |



Anexo: Colaboradores del estudio Delphi

Administración Sanitaria

Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares

- Eusebi Castaño Riera
- Rafael Torres García
- Sara María Guerrero Bernat

Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha

- Alfonso Abaigar Martínez de Salinas
- Juan Carlos Valenzuela Gámez
- Raúl Calvo Rico

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

- Alberto Rodríguez Balo
- Ana Cristina García Álvarez
- Inmaculada Mediavilla Herrera

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura

- Manuela Bobadilla del Pozo

Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalidad Valenciana

- Amparo Esteban Reboll
- Jesús Larruga Riera
- Mireia Candel Molina

Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia

- Carmen Casal Llorente
- Inés Pardo Ponte
- María Tajés Alonso

Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón

- Ana Cristina Bandrés Liso
- Esther del Corral Beamonte
- Mónica Izuel Rami

Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

- Alejandra García Ortiz
- Begoña González Bustillo
- Belén Concejo Alfaro

Departamento de Salud del Gobierno Vasco

- Iñaki Betolaza San Miguel
- Leire Bracerías Izaguirre
- Susana Martín Benavides

Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía

- Alejandro Granados Alba
- Carlos García Collado
- Paco Peregrina Palomares
- Sandra Flores Moreno

Asociaciones de pacientes

ACCIÓN PSORIASIS - Asociación de Pacientes de Psoriasis y Artritis Psoriásica y Familiares

- Antonio Manfredi Ideágoras
- Santiago Alfonso Zamora

ACCU España - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa

- Julio Roldán Perezagua
- Patricia García Fernández

ACCU Madrid - Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa

- Ruth Serrano Labajos

AGAF - Asociación de Glaucoma para Afectados y Familiares

- Delfina Balonga Balonga

APEPOC - Asociación de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

- Juan Traver Centaño

ASHEMADRID - Asociación de Hemofilia de la Comunidad de Madrid

- Javier Tobal Redondo
- Richard Habis Khoury

ConArtritis - Coordinadora Nacional de Artritis

- Carmen Fondo Rodríguez
- María Isabel Pérez Fernández
- María José Artero Samanes

FAE - Fundación Alzheimer España

- Micheline Antoine Selmes

FEDE - Federación Española de Diabetes

- Aureliano Ruiz Salmón
- José Antonio Sanz
- Juan Francisco Perán Perán

FEDER - Federación Española de Enfermedades Raras

- Antonio Cabrera Cantero

FENAER - Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con

Enfermedades Respiratorias

- Iñaki Morán Fernández
- Mariano Pastor Sanz

FEP - Federación Española del Parkinson

- Alicia Campos Martín
- Patricia Pérez Librero

FEP - Foro Español de Pacientes

- Elena Moya Pendería
- José Luis Barquero Úbeda

FETCO - Federación Española de Trasplantados de Corazón

- José Joaquín Pérez-Ezquerro Mendicute

FHOEMO - Federación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas

Oseas

- Manuel Díaz Curiel

Fundación SANamente de la Comunidad Valenciana

- Ana García Jordán
- Antonio Ramón Ramos Bernal
- Ramona Hernández Micó
- Rosario Tomás Maciá

OAFI y AECOSAR

- Josep Vergés Milano

Sociedades científicas

AEU - Asociación Española de Urología

- Carmen González Enguita
- Luis López-Fando Laval

ANDE - Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

- Andión Goñi Olangua
- Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

CGCOF - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

- Blanca Vargas Cosín
- Raquel Varas Doval
- Tamara Peiró Zorrilla

Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de Galicia

- Paula Varela Costa

SED - Sociedad Española de Diabetes

- Antonio Pérez Pérez
- Noemí González Pérez de Villar

SED - Sociedad Española del Dolor

- Jaime Boceta Osuna
- Miren Revuelta Rizo
- Víctor Mayoral Rojals

SEDISA - Sociedad Española de Directivos de la Salud

- José Manuel Pérez Gordo

SEEN - Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

- Francisco Javier Escalada San Martín
- Pedro José Pinés Corrales
- Visitación Álvarez de Frutos

SEFAC - Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria

- María Dolores Murillo Fernández
- Vicente Baixauli Fernández
- Jesús Gómez Martínez

SEH-LELHA - Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

- Ana Molinero Crespo
- José Antonio García Donaire

SEHH - Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia

- Elvira Mora Casterá
- José Manuel Puerta Puerta

SEIOMM - Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral

- José Luis Pérez Castrillón
- Manuel Naves Díaz
- Minerva Rodríguez García

SEMERGEN - Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

- Francisco Javier Alonso Moreno
- Jacinto Espinosa García
- José Polo García

SEMFyC - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

- Miguel Ángel Hernández Rodríguez
- Ramón Orueta Sánchez
- Salvador Tranche Iparraguirre

SEMG - Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

- Jonatan Miguel Carrera

SEMI - Sociedad Española de Medicina Interna

- Pilar Cubo Romano
- Pilar Roman

SEOM - Sociedad Española de Oncología Médica

- Álvaro Rodríguez Lescure
- Isabel Echavarría Díaz-Guardamino
- Teresa Alonso Gordo

SEPAR - Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

- Carlos Jiménez Ruiz
- Germán Peces-Barba Romero

SEPD - Sociedad Española de Patología Digestiva

- Federico Argüelles Arias
- Fernando Alberca de las Parras
- Joaquín Hinojosa del Val

SET - Sociedad Española de Trasplante

- Constantino Fondevila Campo
- María Dolores García-Cosío Carmena

SPCV - Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana

- Claudio Garay Bravo
- Francisco Bellver Pradas
- Llanos Conesa Burguet

Representación individual

- Alfonso Cruz Jentoft, representando el área de Geriátría
- Ana Herranz Alonso, representando el área de Farmacia Hospitalaria
- José Antonio Serra Rexach, representando el área de Geriátría

Economistas de la Salud

Capítulo Español de ISPOR

- Carlos Martín Saborido
- Carme Pinyol i Villena
- Cristina Espinosa Tomé

Representación individual como Economistas de la Salud

- Beatriz González López-Valcárcel
- David Cantarero Prieto
- Jorge Mestre Ferrándiz
- Juan Oliva Moreno
- Marta Trapero Bertran
- Pedro Gómez Pajuelo
- Rosa María Urbanos Garrido

Comité de Expertos ADHER

- Álvaro Hidalgo Vega
- Andoni Lorenzo Garmendia
- Carmen Valdés y Llorca
- Cristina López Méndez
- Emilio Márquez Contreras
- Encarnación Fernández del Palacio
- Ernesto Cortés Castell
- Ismael Ortuño Soriano
- José Manuel Ribera Casado
- Olga Brotons Girona
- Pilar de Lucas Ramos
- Pilar Martínez Gimeno
- Vicente Gil Guillén

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|-------------------|--|-----|
| Tabla 2.1. | Tabla 2x2 de validación de métodos | 45 |
| Tabla 2.2. | Porcentaje de presentación de los diferentes patrones de cumplimiento en tratamiento antihipertensivo | 53 |
| Tabla 2.3. | Porcentaje de presentación de los diferentes patrones de cumplimiento en tratamiento anticoagulante | 54 |
| Tabla 2.4. | Porcentajes de cumplidores del total de dosis y del total de días en el que tomaba una dosis a los 6 y 12 meses (Estudio Cumpliapps) | 63 |
| Tabla 2.5. | Porcentajes de cumplimiento y porcentaje de cumplidores por grupos de intervención, según diferentes formas de cumplir, a los 6 y 12 meses | 64 |
| Tabla 3.1. | Tipos de incumplimiento | 82 |
| Tabla 4.1. | Principales factores de riesgo relacionados con aumento de años de vida ajustados por discapacidad | 105 |
| Tabla 4.2. | Estrategias de prevención y control del tabaquismo | 107 |
| Tabla 4.3. | Estrategias de disminución de lesiones no intencionadas | 111 |
| Tabla 4.4. | Índice de bienestar general de la OMS | 113 |
| Tabla 7.1. | Promedio de días de absentismo e incapacidad a corto plazo, por estado de adherencia | 182 |
| Tabla 7.2. | Resultados del establecimiento del seguimiento farmacoterapéutico en términos de ratio coste-efectividad incremental | 190 |
| Tabla 9.1. | Número de participantes en el Delphi, por rondas y tipo de agente | 229 |
| Tabla 9.2. | Relevancia promedio de las 47 medidas planteadas en la 1ª ronda (ámbito general) | 231 |
| Tabla 9.3. | Distribución de las medidas generales planteadas en la 1ª ronda, por área | 233 |
| Tabla 9.4. | Relevancia promedio de las 58 medidas planteadas en la 1ª ronda (ámbito específico) | 233 |
| Tabla 9.5. | Distribución de las medidas específicas de la 1ª ronda, por agente | 235 |
| Tabla 9.6. | Medidas generales señaladas como ya implementadas | 241 |
| Tabla 9.7. | Medidas específicas señaladas como ya implementadas | 242 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|--------------------|---|-----|
| Figura 2.1. | Porcentaje de falta de adherencia en algunos estudios españoles de la década de los 90 del siglo pasado | 41 |
| Figura 2.2. | Porcentaje de falta de adherencia en algunos estudios españoles en este siglo | 43 |
| Figura 2.3. | Algoritmo de medida del cumplimiento | 48 |
| Figura 2.4. | Algoritmo de medición de la adherencia o cumplimiento terapéutico | 50 |
| Figura 2.5. | Ejemplo de patrón con incumplimiento enmascarado | 55 |
| Figura 3.1. | Factores que influyen en la adherencia al tratamiento | 81 |
| Figura 3.2. | Olvido en la toma de la medicación según segmento de edad del paciente | 83 |
| Figura 3.3. | Estrategia en prevención primaria: inicio de un tratamiento | 85 |
| Figura 3.4. | Estrategia en prevención secundaria: seguimiento de un tratamiento | 86 |
| Figura 4.1. | Esperanza de vida en España. Año 2018 | 103 |
| Figura 4.2. | Causas de defunción en España. Año 2018 | 104 |
| Figura 4.3. | Higiene de manos en personal sanitario | 121 |
| Figura 4.4. | Higiene de manos en personal sanitario | 123 |
| Figura 5.1. | Modelo Transteórico | 140 |
| Figura 5.2. | Visión multicausal de la adherencia | 152 |
| Figura 5.3. | Paciente y adherencia | 153 |
| Figura 6.1. | Eficacia en guías clínicas vs. Efectividad en el mundo real: barreras de accesibilidad, prescripción y adherencia | 164 |
| Figura 7.1. | Posibles enfoques para reducir el despilfarro en productos farmacéuticos | 175 |
| Figura 7.2. | Coste anual ajustado de la no adherencia a la medicación, por paciente, enfermedades: Estados Unidos (\$) | 177 |
| Figura 7.3. | Estimación del impacto sobre los costes sanitarios directos de un potencial aumento de 10 pp en la tasa de adherencia: España (millones de euros y %) | 178 |
| Figura 7.4. | Impacto de la no adherencia en los costes promedios por paciente (€), por tipo de medicación/enfermedad y categoría de coste: Cataluña, 2012 | 179 |

| | | |
|---------------------|---|-----|
| Figura 7.5. | Relación entre la adherencia y los costes sanitarios (por partidas) de pacientes con diabetes tratados con plumas de insulina: Estados unidos (\$) | 184 |
| Figura 7.6. | Efecto de la adherencia sobre los costes sanitarios, hospitalizaciones y complicaciones de pacientes con diabetes tipo 2: Estados Unidos, 2009-2014 | 185 |
| Figura 8.1. | Preocupación relativa producida por distintos aspectos de la enfermedad (escala 0-10) | 213 |
| Figura 9.1. | Número de medidas incluidas en la primera ronda del Delphi, por áreas | 228 |
| Figura 9.2. | Esquema del estudio Delphi | 229 |
| Figura 9.3. | Grado de acuerdo de los expertos encuestados sobre las malas consecuencias de la falta persistente de adherencia al tratamiento (histograma de frecuencias) (n=133) | 230 |
| Figura 9.4. | Factibilidad de implementación de las 23 medidas generales más relevantes para mejorar la adherencia al tratamiento (2ª ronda) | 237 |
| Figura 9.5. | Factibilidad de implementación de las 29 medidas específicas más relevantes para mejorar la adherencia al tratamiento (2ª ronda) | 238 |
| Figura 9.6. | Barreras reportadas para la factibilidad de implementación de las medidas generales y específicas de fomento de la adherencia | 239 |
| Figura 9.7. | Resumen de las medidas generales y específicas dirigidas a aumentar la adherencia al tratamiento | 243 |
| Figura 9.8. | Medidas generales para aumentar la adherencia al tratamiento, por grado de relevancia y factibilidad | 244 |
| Figura 9.9. | Medidas específicas para aumentar la adherencia al tratamiento, por grado de relevancia y factibilidad | 245 |
| Figura 9.10. | Las diez medidas generales y específicas más relevantes y factibles para los cinco subgrupos de perfiles encuestados en el Delphi, por áreas | 247 |

Con el patrocinio de:

