

Artículo de revisión

Adherencia a tratamiento

María Luisa Peralta,* Patricia Carbajal Pruneda**

RESUMEN

A pesar de que la adherencia terapéutica es un tema importante, se ha estudiado poco por dermatólogos; esto puede ser explicado por la vía de administración que suele ser tópica o bien porque muchas veces no se trata de padecimientos que ponen en riesgo la vida de los enfermos. Es importante tener en cuenta varios aspectos para obtener la mejoría esperada en nuestros pacientes; en este artículo se hace una revisión de la adherencia terapéutica, así como algunas consideraciones para que el médico pueda lograr una buena adherencia en el paciente dermatológico.

Palabras clave: Adherencia a tratamiento, dermatología.

ABSTRACT

Even though treatment adherence is an important topic in medicine, it has been studied in dermatology only by a few specialists. This could be explained because most of the dermatological treatments are given in a topic manner or because the diseases do not compromise the patient life. The article reviews different therapeutic adherence protocols and considerations needed in order to improve the patient's response to treatment.

Key words: Treatment adherence, dermatology.

La adherencia a tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.¹

Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida.²

En España, la población mayor de 60 años representa el 17% de 42.7 millones de personas que son respon-

sables de 30% del consumo total de medicamentos y 75% de ellos los consume de forma crónica; se estima que su consumo por día oscila entre dos y tres fármacos por anciano; si se considera la automedicación, el número de medicamentos aumenta a 5. Por lo anterior, la no adherencia a tratamiento, también llamada incumplimiento terapéutico, se ha convertido en un problema de salud pública.^{3,4}

Numerosas investigaciones indican que aproximadamente la mitad de los ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico, lo que condiciona resultados desfavorables y por lo tanto gastos innecesarios para el sector salud.

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública.⁵

Los pacientes toman decisiones sobre su medicación, considerando factores personales relativos a sus creencias, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera como cree que debe hacerle frente. Por lo

* Maestra en Ciencias, Coordinación de UMAES, División Excelencia Clínica. IMSS.

** Residente de 4º año Dermatología, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", SSDF.

tanto, no se les puede considerar como cumplidores de las prescripciones médicas, sino personas que toman decisiones autónomas, por lo cual el médico debe establecer una alianza con ellos, para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos; aquí es donde tiene un papel relevante la adherencia terapéutica y los pasos a seguir para alcanzarla. El término adherencia da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos. El término cumplimiento culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido.^{6,7}

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre adherencia a tratamiento son de enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y, como tal, para los gobiernos. Se ha estudiado en pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH.^{8,9}

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas:

1. Relación médico-paciente
2. El paciente y su entorno
3. La enfermedad
4. La terapéutica

La *relación médico-paciente* incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.^{10,11}

Respecto al *factor ambiental*, destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud (ejemplo: tomar medicinas sólo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, pensar "que si la dosis prescrita es buena, una dosis mayor es mejor", etc.). En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad con la cual convive.

Entre los principales factores que dificultan la adherencia está el deterioro cognoscitivo y estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden condicionar que el paciente no pro-

cese de forma adecuada la información, que experimente un aprendizaje incorrecto, fuera de tiempo o inclusive omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico y, como consecuencia, no siga de forma adecuada las instrucciones.^{12,13}

Por otro lado, el *tipo de enfermedad* es importante; se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa. Se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo; por otro lado, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo.

Al considerar las características de la *terapéutica*, se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables; por ejemplo: virilización o impotencia.⁸

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento:

- Incumplimiento parcial: En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos).
- Incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- Incumplimiento completo: Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
- Cumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Otras formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico son:

PRIMARIA: Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia

SECUNDARIA: Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico.^{9,14}

En la atención primaria se ha estimado que del 6 al 20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia.

Una forma más de evaluar la no adherencia a tratamiento es la intencionalidad:

- Incumplimiento intencionado: Se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o al costo elevado.
- Incumplimiento no intencionado: Olvido de la dosis.^{10,15}

Existen varios métodos para medir la no adherencia a tratamiento; sin embargo, actualmente no existe un método único para medirla, por lo que se deben utilizar varios de ellos para recabar la mayor información posible, ya que todos los métodos poseen carencias. En la clínica es muy importante identificar a los pacientes no cumplidores, incorporando esta actividad a la rutina diaria; por lo tanto, es conveniente el uso de pruebas sencillas que no consuman grandes esfuerzos o tiempo.

Los artículos publicados, hasta el momento, hacen mención del paciente anciano con polifarmacia, en el que es importante actuar, detectar incumplimiento y reforzar actitudes correctas que mejoren la adherencia.¹⁶

- Métodos objetivos directos
- Métodos objetivos indirectos
- Métodos subjetivos

Métodos objetivos directos: Se utilizan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos, frecuentemente por medio de líquidos como sangre u orina. La presencia en estos líquidos corporales sólo expresa que el medicamento ha sido ingerido, por lo que podemos tener falsos positivos y estar ante un cumplidor de bata blanca; por lo general son objetivos y específicos; sin embargo, obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, no tienen mucha utilidad ya que son caros y se requiere de infraestructura.

Métodos objetivos indirectos: En ellos se valora la no adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:

1. **Recuento de comprimidos:** Puede llevarse un registro de la medicación del enfermo en cada cita pro-

gramada o bien acudir por sorpresa a casa de los pacientes para recuento personal de los comprimidos; actualmente existen envases muy sofisticados, que realizan el conteo por medio de un dispositivo colocado en el recipiente donde son contenidos los medicamentos; se basa en el número de veces que es abierto; sin embargo, posee dos inconvenientes: uno, que es caro, y el otro que puede arrojar respuestas falsas positivas cuando un menor se pone a jugar con el envase.

2. **Asistencia a citas programadas:** Se estima que la ausencia a citas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento; no obstante, no implica que los pacientes que acuden a citas sean cumplidores, ni tampoco los que no acuden sean incumplidores.
3. **Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada:** Detectar el grupo de pacientes con fracaso terapéutico.
4. **Valoración de los efectos adversos de los medicamentos:** Es poco fiable en función de la individualidad; por ejemplo, el efecto esperado con los betabloqueadores es la bradicardia.

Por último se encuentran los métodos subjetivos indirectos; en éstos se emplean cuestionarios, técnicas de entrevista, el juicio del médico y la impresión clínica.

Dentro de las técnicas de entrevista encontramos cuestionarios validados que analizan el grado de conocimiento que el enfermo tiene acerca de su enfermedad; se ha demostrado que a mayor conocimiento de la enfermedad mayor adherencia al tratamiento.

En este tipo de cuestionarios encontramos:

a) **Test de batalla:** Se ha utilizado en la terapéutica de la hipertensión arterial y ha sido modificado para aplicarlo a las dislipidemias. Expresa mal cumplimiento si no responden correctamente a las 3 preguntas:

1. ¿Es la dislipidemia una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Mencione al menos un órgano que pueda lesionarse por la dislipidemia.¹⁷

b) **Test de Morisky-Green:** Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; no es útil para la prescripción a demanda. Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?¹⁸

c) Cuestionario de “**Comunicación del autocumplimiento**”. Según la metodología de Haynes-Sackett, debían responder a la pregunta:

1. La mayoría de los pacientes tienen dificultad en tomar todos los comprimidos todos los días; ¿tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?
Si la respuesta era afirmativa, se interrogaba sobre los comprimidos que habían tomado en el último mes, considerándose incumplidor al paciente cuyo PC era < 80% ó > 110%.¹⁹

d) **Comprobación fingida:** Se le propone al paciente que se definió como cumplidor, el análisis de orina para detectar en ella restos del medicamento tomado; posteriormente se debe de preguntar al paciente si cree que en la muestra de orina existirá mucho, poco o nada del medicamento; si responde que existirá mucho será un buen cumplidor, pero si la respuesta es nada, probablemente es un incumplidor. Se puede realizar si existen dudas sobre el cumplimiento o si se quiere profundizar más en la detección de los no cumplidores.

En un estudio realizado en 1997, con el fin de validar los 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipidemias, concluyeron que los más confiables son el juicio médico y el test de batalla; sin embargo, varios artículos han constatado que el juicio médico es tan sencillo como inexacto, ya que existe baja correlación entre la estimación de los médicos del cumplimiento y la adherencia real de los enfermos.^{6,7}

Hasta el momento, no se ponen de acuerdo hacia quién tienen que ir dirigidos estos esfuerzos, a los pacientes y al buen control de la enfermedad o bien a identificar a los pacientes incumplidores y dirigirlos directamente a ellos.

ELEMENTOS QUE FAVORECEN EL CUMPLIMIENTO

Tener buena relación médico-paciente

- Buena comunicación.

- Tener en cuenta el nivel de educación para realizar explicaciones congruentes con términos coloquiales, tanto de la enfermedad como del tratamiento.
- Escribir todas las indicaciones en las recetas médicas para finalmente obtener la confianza de nuestro paciente.

Elaborar un plan terapéutico lo menos complejo posible

- Prescribir el menor número de medicamentos y la dosis mínima necesaria.
- Asociar la aplicación del medicamento con quehaceres de todos los días, con el objetivo de evitar el incumplimiento por olvido.
- Atender las características del paciente: Horario, ocupación, gustos, economía, apoyo familiar o social.
- Diseñar un plan educativo con objetivos claros, en caso de tratar de cambiar los hábitos o estilos de vida

Información adecuada a cada paciente sobre:

- Factores de riesgo que le afectan.
- Los medicamentos: Dosis, frecuencia, efectos secundarios posibles y qué hacer ante ellos.
- Hábitos y estilos de vida a modificar
- Beneficios esperados con el tratamiento.

Valorar a nuestro paciente desde un punto de vista global

- Tener en cuenta al paciente de la tercera edad con comorbilidades y polifarmacia.
- Pacientes con ansiedad y depresión, probablemente causa o consecuencia del padecimiento dermatológico.

Y por último

- Tomar en cuenta que muchas de las enfermedades de la piel producen mínimos o ningún síntoma, por ejemplo: Vitiligo, lupus eritematoso cutáneo, melasma; por lo tanto, tienen menor adherencia a tratamiento; cuando se aplica el medicamento de modo preventivo sucede lo mismo (queratosis actínicas, fotodaño); la adherencia a tratamiento es especialmente difícil en el caso de las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, como por ejemplo el acné en los adolescentes y dermatitis atópica.

Es importante la adherencia al tratamiento para que el paciente realice de forma adecuada el mismo y, finalmente, alcance la mejoría que nosotros esperamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. *Acta Med Colomb* 2005; 30: 268-73.
2. Evans L, Seplman M. The problem of not compliance with drug therapy. *Drugs* 1983; 2: 63-76.
3. Noguera C. El INE prevé que España supere los 50 millones de habitantes en 2025. *El País* 2004, 20 de agosto; Secc. Sociedad p: 23.
4. Palop L, Martínez M. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2004; 28: 113-20.
5. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. *World Health Organization* 2003.
6. Piñeiro F, Gil V, Donis M et al. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipidemias. *Aten Primaria* 1997; 19: 465-468.
7. Gil V, Pineda M, Martínez JL et al. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
8. Piñeiro FGV, Donís M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado del control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipidemia. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 565-7.
9. Cáceres FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB* 2004; 7:172-80.
10. Gene J, Font M. *Utilización de los medicamentos*. En: Martín A y Cano JF. *Aten. Primaria*. 3ª edición. Madrid; Mosby-Doyma, 1994: 220-35.
11. Palop L, Martínez M. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano: *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 113-20.
12. Merino SJ, Guillén VFG. El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. En: VF Gil GVF, Merino SJ, Palop LV, coords. *El incumplimiento, factor clave en el control de las enfermedades*. Madrid; International Marketing and Communications, 2003: 9-16.
13. Márquez CE, Casado MJJ. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (2): 46-51.
14. Mateos CR, Camacho AM. Incumplimiento de la prescripción en atención primaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 19: 41-46.
15. Puras A. ¿El tratamiento no funciona o el paciente no cumple la prescripción? *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 709-11.
16. Palop LV, Laparra ME, Curras MJ, Martínez-Mir I, Trescolí SC. El incumplimiento terapéutico como motivo de ingreso hospitalario. Identificación del incumplidor. En: VF Gil Guillén, J Merino Sánchez, V Palop Larrea, coords. *El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades*. Madrid; International Marketings and Communications; 2003: 17-24.
17. Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E, Pérez A et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1984; 1: 185-91.
18. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
19. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P, eds. Cumplimiento. En: *Epidemiología clínica, una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid; Díaz de Santos, 1989; 250-90.

Correspondencia:
Dra. María Luisa Peralta
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
México 06780, D. F., Tel. 5519 6351