



4

Reflexiones para la cartera de servicios. Adherencia terapéutica

Marta Rodríguez Martínez
Carmen Encinas Barrios



Marta Rodríguez Martínez

Jeña de Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



Carmen Encinas Barrios

Jeña de Área de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Índice

1. Introducción
2. Causas de la falta de adherencia
3. Reflexiones sobre un caso clínico
4. Bibliografía

1. Introducción

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y la experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Está regulada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establecen la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización; establece el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario, y fija las bases del

procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del SNS.

Si consideramos la falta de adherencia terapéutica, sobre todo en tratamientos crónicos, como un problema real de gran magnitud que afecta a la efectividad de los medicamentos y en consecuencia a no conseguir los objetivos terapéuticos planteados, parece pertinente reflexionar sobre la importancia de incorporar la adherencia terapéutica en los programas de seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes a que hace referencia la normativa legal. Los avances tecnológicos y las necesidades cambiantes de la población se han incorporado como avances e innovaciones en la atención sanitaria y en la práctica clínica y precisan de esta reflexión.

2. Causas de la falta de adherencia

Las principales causas que pueden desembocar en un problema de adherencia están relacionadas con el paciente, con el medicamento, con la patología y con los profesionales sanitarios y el propio sistema sanitario¹ (Figura 1).

2.1. Causas relacionadas con el paciente

La edad, el nivel sociocultural, la confianza en el profesional sanitario, la propia personalidad... condicionan el grado de adhesión al tratamiento. Algunos pacientes sienten que el medicamento no es efectivo o no comprenden la información relacionada con el tratamiento, sobre todo si se trata de regímenes terapéuticos complejos. La causa puede ser un olvido o dificultades para conseguir la medicación (por ejemplo, copago). La depresión o la existencia de trastornos cognitivos también son causas para el incumplimiento.

Algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta de ad-

herencia no intencionada), pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente (falta de adherencia intencionada), por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva², etc.

Los pacientes toman las decisiones sobre sus medicamentos basándose en su conocimiento sobre la patología y su posible tratamiento, en su percepción sobre la necesidad de usar medicación y en sus preocupaciones sobre esta. La decisión de tomar una medicación y continuar tomándola puede ser un proceso complejo afectado por múltiples variables.

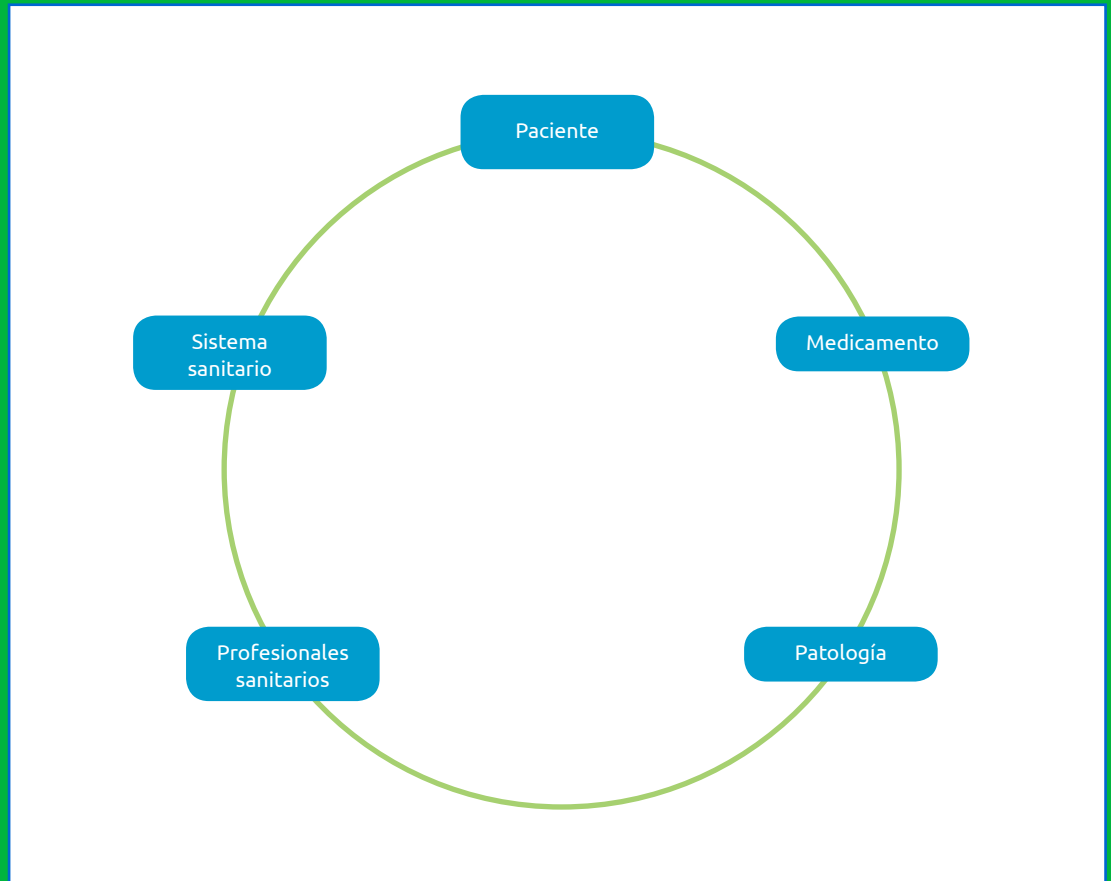
2.2. Causas relacionadas con el medicamento

La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más frecuentes de falta de adherencia. Y es recíproco, ya que el inadecuado

F01

Figura 1.

Principales factores que influyen en la falta de adherencia.



cumplimiento de las pautas de dosificación puede llevar a la aparición de efectos adversos.

Características propias del principio activo, como la farmacodinámica, la farmacocinética, la forma farmacéutica y las características organolépticas también pueden llevar a que el paciente abandone el tratamiento. Este hecho se agudiza cuando la consecución del efecto terapéutico es dilatada en el tiempo. Un ejemplo puede ser la depresión, en la que se ha observado que un porcentaje elevado de pacientes no siguen las recomendaciones en cuanto a la duración apropiada del tratamiento. La complejidad del régimen terapéutico del tratamiento, por un lado, aumenta la probabilidad de error en la toma de la medicación, y por otro aumenta la probabilidad de falta de adherencia a la terapia.

El copago de los medicamentos financiados públicamente, para algunos grupos de población económicamente desfavorecidos, puede originar una barrera para el cumplimiento del régimen terapéutico.

2.3. Causas relacionadas con la patología

En general, las enfermedades crónicas presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas. Cobra gran importancia en estos pacientes pasar de una entrevista clínica a una entrevista motivacional³, definida como una herramienta para ayudar a los pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar; lograr un compromiso personal con el objetivo de la farmacoterapia.

Los pacientes crónicos son los que encuentran más barreras para acceder y moverse a

través del sistema sanitario, ya que este en muchas ocasiones es deficiente y su organización resulta inapropiada para el grupo de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad. Sin embargo, son estos pacientes los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y los que utilizan un mayor número de recursos sanitarios y sociales. Sin embargo, el sistema sanitario está enfocado principalmente a ofrecer un seguimiento y cuidados discontinuos a los pacientes crónicos, en general en las agudizaciones o descompensaciones de sus enfermedades. Para cambiar este concepto, debemos fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que mejoren la continuidad de los cuidados con la participación del paciente y de su entorno⁴.

2.4. Causas relacionadas con los profesionales sanitarios y el propio sistema sanitario

Las carencias y dificultades en la comunicación médico-paciente constituyen un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en las enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento. Será prioritario diseñar estrategias de comunicación y aumentar las habilidades de comunicación.

Es preciso abordar que la figura del farmacéutico asistencial tiene aún camino por recorrer y debemos mejorar nuestra formación en ciertos problemas de salud. Esto se conseguirá cuando la integración del farmacéutico

en los equipos multidisciplinares se convierta en una realidad fluida. Así, abordaremos de manera conjunta estrategias de revisión exhaustiva y global de la medicación desde la perspectiva de las necesidades de cada paciente.

En el seno de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, el grupo de trabajo ADHEFAR lidera esta actividad. Los objetivos establecidos son:

- Objetivo principal: difundir el concepto de adherencia terapéutica y las posibilidades que la atención farmacéutica puede ofrecer para su mejora.
- Objetivos específicos:
 - Fomentar la mejora del modelo asistencial en el ámbito de la farmacia hospitalaria para conseguir optimizar el grado de adherencia en la población general, especialmente en la atendida en los servicios de farmacia hospitalaria.
 - Diseñar, validar y aplicar herramientas de apoyo desde la perspectiva de la atención farmacéutica y en colaboración multidisciplinaria para que el farmacéutico de hospital, en el ejercicio de su actividad, pueda aplicarlas.
 - Fomentar la docencia y la investigación en el campo de la adherencia terapéutica desde la perspectiva de la atención farmacéutica y en colaboración con el resto de los profesionales implicados en su mejora.
 - Desarrollar un modelo de comunicación efectiva con sociedades científicas y asociaciones de pa-

cientes para alcanzar un marco óptimo de utilización de los medicamentos, inculcando la importancia de la correcta adherencia terapéutica.

Fuera de nuestro entorno más inmediato, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido considera importante sensibilizar a los profesionales en cuanto a diversas cuestiones sobre dichos comportamientos que pueden ser útiles para la discusión con los pacientes de forma individualizada. Por ejemplo, recomienda tener en cuenta el deseo del paciente de minimizar la cantidad de medicación que toma, preguntar al paciente por sus inquietudes acerca de la medicación (efectos adversos o riesgo de dependencia), discutir con el paciente sobre cómo incorporar la toma de medicación a su rutina diaria o sobre posibles alternativas no farmacológicas⁵, etc.

En resumen, algunos de los problemas mencionados pueden considerarse predictores de una baja adherencia: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento por parte del paciente; falta de una relación adecuada entre el paciente y el médico; complejidad y larga duración del tratamiento; enfermedad asintomática; inadecuado seguimiento o falta de un plan elaborado sobre el abandono de la medicación; presencia de efectos adversos; coste de la medicación o copago; no acudir a las citas médicas; presencia de problemas psicológicos como depresión o ansiedad; creencias y percepciones del paciente sobre la medicación y presencia de dificultades cognitivas.

Los principales predictores de la adherencia terapéutica son⁶:

- Complejidad del tratamiento.

- Efectos adversos de la medicación.
- Inadecuada relación médico-paciente.
- Atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores.
- Enfermedad asintomática.
- Seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico al alta.
- Inasistencia a las citas programadas.
- Falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente.
- Falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Deterioro cognitivo.
- Presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión.
- Dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos.
- Coste de la medicación.

También el NICE ha publicado una guía de multimorbilidad o del paciente pluripatológico⁷, enfocada a los pacientes más susceptibles a presentar falta de adherencia, como son aquellos con varias enfermedades, con enfermedad mental crónica, frágiles, poli-medicados y que utilizan con frecuencia los servicios de urgencia o una atención no programada. En ella se detallan aspectos asistenciales para una atención individualizada, como son la medicación y la gestión de la carga terapéutica. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y trabajar estrategias de reducción de la carga del tratamiento farmacológico, así como optimizar

los cuidados al paciente mediante la identificación de:

- Tratamientos que podrían ser interrumpidos por su limitado beneficio: deprescripción.
- Medicamentos con alto riesgo de eventos adversos (caídas, fracturas, confusión, hemorragia gastrointestinal, insuficiencia renal aguda...).
- Alternativas no farmacológicas.

La guía recomienda:

- Identificar lo prioritario para el paciente: “mantener su independencia, participar en actividades sociales y en la vida familiar, evitar algún acontecimiento adverso específico, reducir los daños de medicamentos y la carga de tratamiento, alargar el tiempo de vida...”.
- Conocer las actitudes del paciente hacia su tratamiento, tanto sobre los beneficios potenciales como sobre los posibles perjuicios.
- Contar con el paciente en las decisiones acerca de sus medicamentos.
- Medir la adherencia al tratamiento.
- Utilizar criterios tipo *stopp/start*.
- Valorar si la medicación destinada a síntomas es eficaz o podría estar causando un efecto adverso.
- Plantearse suspender medicamentos con beneficio a largo plazo si la esperanza de vida no es larga.
- A modo de ejemplo, recomienda valorar la suspensión de los bisfosfonatos a los 3

años de iniciado el tratamiento considerando el riesgo de fractura, la esperanza de vida y la preferencia de los pacientes.

Los profesionales sanitarios tenemos que hacer una gran reflexión sobre el papel que desempeñamos en la falta de adherencia de los pacientes, y por tanto debemos pensar en conseguir un objetivo terapéutico de manera global, diseñando estrategias individuales para corregirlo y evitar estas graves consecuencias (Figura 2).

Para esto nos son de gran utilidad los *Principios de prescripción prudente*⁸ publicados por iniciativa independiente de unos profesionales sanitarios del SNS, sin patrocinio ni relación con ninguna empresa farmacéutica. La iniciativa surgió tras la publicación del artículo *Principles of Conservative Prescribing*⁹.

Los principios en los que se apoya son:

- 1^{er} principio: busca en primera instancia alternativas no farmacológicas.
- 2^o principio: considera las causas subyacentes, potencialmente tratables, de los problemas, en lugar de tratar los síntomas con medicamentos.
- 3^{er} principio: busca oportunidades para la prevención en lugar de centrarte en el tratamiento de síntomas o de una enfermedad avanzada.
- 4^o principio: siempre que sea posible, usa el tiempo como un test diagnóstico y terapéutico.
- 5^o principio: maneja pocos medicamentos, pero aprende a utilizarlos bien.
- 6^o principio: evita el cambio continuo a nuevos medicamentos sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia.
- 7^o principio: sé escéptico con el tratamiento individualizado.
- 8^o principio: siempre que sea posible, comienza el tratamiento con un solo fármaco.
- 9^o principio: ante un nuevo problema de salud, piensa en primer lugar si puede tratarse de una reacción adversa a un medicamento.
- 10^o principio: informa a los pacientes sobre las posibles reacciones adversas que pueden provocar sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo más pronto posible en caso de que aparezcan.
- 11^o principio: considera si no estás promoviendo y a la vez tratando un síndrome de abstinencia.
- 12^o principio: infórmate de los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones empleando fuentes fiables e independientes.
- 13^{er} principio: no tengas prisa por utilizar medicamentos de reciente comercialización.
- 14^o principio: asegúrate de que el medicamento mejora resultados clínicos orientados al paciente en vez de variables subrogadas orientadas a la enfermedad.

F02

¿Qué queremos conseguir?

¿Cómo lo podemos conseguir?

¿Podemos priorizar nuestros objetivos?

Figura 2.

Reflexiones de los profesionales sanitarios sobre los objetivos terapéuticos.

- 15º principio: rehúye la ampliación o extrapolación de indicaciones.
 - 16º principio: no te dejes seducir por la elegante farmacología molecular o fisiológica de algunos fármacos.
 - 17º principio: ten precaución con la promoción selectiva de estudios.
 - 18º principio: no cedas de forma precipitada y poco crítica a las peticiones de los pacientes, especialmente con los medicamentos que conocen por la publicidad.
 - 19º principio: ante un fracaso terapéutico, evita prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento.
 - 20º principio: evita volver a prescribir medicamentos que ya han sido administrados previamente al paciente sin obtener respuesta, o que causaron una reacción adversa.
 - 21º principio: suspende el tratamiento con fármacos innecesarios o que no están siendo efectivos.
 - 22º principio: respeta las dudas expresadas por los pacientes sobre sus medicamentos.
 - 23º principio: piensa más allá de los beneficios a corto plazo de los fármacos y valora los beneficios y riesgos a más largo plazo.
 - 24º principio: busca oportunidades para mejorar los sistemas de prescripción y hacer cambios que hagan más segura la prescripción y el uso de medicamentos.
- Otros agentes, como Farmaindustria, también se han pronunciado sobre el problema de la falta de adherencia y han publicado un plan de adherencia que engloba, entre sus objetivos¹⁰, definir el marco estratégico para la mejora de la adherencia terapéutica y la promoción del uso responsable del medicamento, y en el que se incluyan los pilares, las iniciativas y las acciones necesarias para ello:
- Identificar iniciativas y acciones que potenciar en el proceso de prescripción, dispensación y seguimiento del tratamiento, por parte de los profesionales sanitarios responsables, con el fin de mejorar la adherencia.
 - Promover una mayor concienciación entre la población sobre el problema que representa la falta de cumplimiento.
 - Fomentar una actuación coordinada entre todos los miembros de la cadena asistencial, incluyendo a los pacientes y a los cuidadores.
 - Incrementar el conocimiento y la capacidad de autogestión de los pacientes respecto al manejo de la medicación y de la propia enfermedad.
 - Estimar el impacto económico que representa la falta de adherencia en el tratamiento de las enfermedades crónicas más frecuentes.

3. Reflexiones sobre un caso clínico

María tiene 79 años, no refiere alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Sus antecedentes patológicos son diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, fibrilación auricular, hipercolesterolemia familiar heterocigótica, insuficiencia renal crónica, hiperuricemia, cataratas seniles, glaucoma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, incontinencia urinaria y depresión.

María es obesa (índice de masa corporal: 34) porque, según nos cuenta, comiendo alivia la ansiedad que siente desde que se quedó viuda. Refiere que empieza a tener “temblores” y que le duelen mucho “los huesos” (artrosis poliarticular, gonartrosis y lumbalgia), y por eso tiene una vida sedentaria. No ve bien y empieza a tener también problemas auditivos, por lo que tiene dificultades para las actividades de la vida diaria. Vive sola en su domicilio y cuenta, como recursos económicos, con su pensión de viudedad.

Tiene prescritos 18 medicamentos crónicos:

- Empagliflozina 25 mg una vez al día por vía oral.
- Amlodipino/valsartán 10 mg/160 mg una vez al día por vía oral.
- Lansoprazol 30 mg una vez al día por vía oral.
- Amiodarona 200 mg una vez al día por vía oral.
- Apixabán 5 mg dos veces al día por vía oral.
- Alirocumab 75 mg cada 14 días por vía subcutánea.
- Colchicina 0,5 mg una vez al día por vía oral.
- Colirio de brimonidina + timolol (2 mg/ml + 5 mg/ml), una gota dos veces al día por vía oftálmica.
- Inhalador de bromuro de aclidinio combinado con formoterol 396 µg + 11,8 µg por vía inhalatoria.
- Tolterodina 2 mg dos veces al día por vía oral.

- Mianserina 30 mg tres veces al día por vía oral.
- Trazodona 200 mg dos veces al día por vía oral.
- Lormetazepam 1 mg una vez al día por vía oral.
- Eterocoxib 60 mg una vez al día por vía oral.
- Fentanilo parches de 12,5 µg/h cada 2 días por vía transdérmica.
- Levodopa/carbidopa *retard* 50/200 mg, seis comprimidos divididos en tres tomas diarias por vía oral.
- Calcio 1200 mg (un sobre) al día por vía oral.
- Vitamina D 200 UI diarias, que corresponden a tres gotas de la solución al día por vía oral.
- Alendronato 70 mg una vez a la semana por vía oral.
- El fentanilo sustituyó al tramadol.
- El apixabán sustituyó al acenocumarol.
- Y además se añadió levodopa/carbidopa *retard*.

Para terminar, reflexionemos sobre algunos de los factores causales de falta de adherencia terapéutica que podríamos encontrar en el caso concreto de esta paciente:

En el último ingreso hospitalario le modificaron su tratamiento habitual, el cual llevaba tomando durante años, por otro más “innovador”:

- La empagliflozina sustituyó a la metformina.
- El alirocumab sustituyó a la atorvastatina.
- El lansoprazol sustituyó al omeprazol.
- El inhalador de bromuro de aclidinio combinado con formoterol sustituyó al inhalador de salbutamol.
- ¿Podría modificarse algún medicamento prescrito por alguna alternativa no farmacológica? Probablemente una vida más activa, una dieta más saludable y perder peso influirían positivamente en algunos de sus antecedentes patológicos. ¿Tenemos oportunidades para la prevención?
- ¿Estamos tratando síntomas con medicamentos en lugar de tratar los problemas de salud importantes?
- ¿Sabemos medir el impacto (la relevancia clínica) que este último cambio a nuevos medicamentos va a producir en la salud de María y sabemos si esta decisión ha sido tomada con motivos claros y concluyentes basados en la evidencia?
- ¿Las asociaciones de principios activos están influyendo en que presente una mayor adherencia?
- ¿Quizá alguno de sus problemas de salud puede deberse a una reacción adversa a un medicamento?
- ¿Hemos informado a María sobre las posibles reacciones adversas que puede presentar para que sea capaz de reconocerlas lo más pronto posible en caso de que aparezcan?

- ¿Podemos estar promoviendo y a la vez tratando un síndrome de abstinencia? En este apartado cabe destacar que María tiene prescrito lormetazepam como tratamiento de su insomnio desde hace 15 meses, y que además tiene prescrito fentanilo para el tratamiento de la lumbalgia. Las últimas recomendaciones de los Centers for Disease Control and Prevention para la prescripción de analgésicos opiáceos en el dolor crónico no oncológico se basan en tres conclusiones fundamentales¹¹:
 - En los pacientes con dolor crónico no oncológico no existen evidencias del beneficio a largo plazo (más de 1 año) de los opiáceos en el dolor y en la funcionalidad, en comparación con los fármacos no opiáceos.
 - Los riesgos del uso de los analgésicos opiáceos están claramente demostrados, incluyendo trastorno por consumo, sobredosis y accidentes de tráfico.
 - Existe suficiente evidencia de los beneficios de las terapias no farmacológicas y de los fármacos no opiáceos, con menos riesgos.
- ¿Hemos podido ser presionados para utilizar medicamentos de reciente comercialización en el tratamiento de María? ¿Se pueden estar promocionando de manera selectiva algunos de los estudios que nos han hecho decidir prescribir alguno de estos 18 medicamentos? ¿O es la propia paciente quien de forma precipitada y poco crítica intenta presionar a los profesionales para que le prescriban los medicamentos que ha visto anunciados o que le han comentado sus conocidos?
 - ¿Estamos intentando mejorar resultados clínicos fundamentales desde la perspectiva de la paciente o quizá variables subrogadas orientadas más a la patología?
 - ¿Deberíamos suspender alguno de sus medicamentos innecesarios o que no están siendo efectivos?
 - ¿Nos estamos centrando en conseguir beneficios a corto plazo sin dar la misma importancia a los riesgos a largo plazo?
 - ¿Los fallos del sistema han llevado a que se prescriba a María un tratamiento con 18 medicamentos distintos porque no hemos sido capaces de diferenciar un fracaso terapéutico de una falta de adherencia al tratamiento?

4. Bibliografía

1. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41:342-8.
2. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac*. 2011;19(1). Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
3. Calleja Hernández MA, Morillo Verdugo R, coordinadores. *El modelo CMO en consultas externas de farmacia hospitalaria*. Madrid: Euromedice; 2016.
4. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE; January 2009. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
6. Portal del Medicamento. Guía NICE del paciente pluripatológico. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticias-destacados/destacados/guia-nice-paciente-pluripatologico>
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE; September 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
8. Principios para una prescripción prudente. Rimas de la prescripción prudente. Disponible en: <https://prescripcionprudente.wordpress.com/2012/11/05/rimas-de-la-prescripcion-prudente/>
9. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med*. 2011;171:1433-40.
10. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
11. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain. United States, 2016. *JAMA*. 2016;315:1624-45.