

Estrategias eficaces para mejorar la adherencia a la prescripción de fármacos

S. ÁLVAREZ MONTERO, F.J. GÓMEZ DE LA FUENTE*,
P. GALLEGU CASADO**, C. PICÓN GARCÍA DE LEÁNIZ*

*MIR de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Tutor de MIR de MFy C. **Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro de Salud de Torrelodones. Madrid



Effective strategies to improve adherence to drug prescription

RESUMEN

Se han encontrado evidencias concluyentes en los siguientes procesos: hipertensión arterial, dislipemia, asma, infecciones agudas, epilepsia y trastornos psicóticos.

En procesos agudos la entrega de información escrita sobre la importancia de hacer el tratamiento y con instrucciones sobre la pauta a seguir mejoran la adherencia y la salud de los pacientes. Informar sobre posibles efectos secundarios no disminuyó la adherencia.

En procesos crónicos la simplificación de las pautas dosificadoras mejora la adherencia.

Otras estrategias más complejas (con mayor dificultad para su generalización en Atención Primaria) también han incrementado la adherencia.

Palabras clave: Adherencia. Tratamiento. Intervención. Enfermedad.

ABSTRACT

Strong evidences have been found in: high blood pressure, hyperlipidemia, asthma, acute infections, epilepsy and psychotic disorders.

For acute diseases, special counselling and written instructions on need to take all pills produce better adherence and health patient outcomes. Warnings about potential adverse effects of drugs did not worsen adherence.

For chronic diseases, the simplest dose schedule produce better adherence outcomes.

More complex strategies (difficult for being generalized in Primary Health Care) have also produced better adherence outcomes.

Key words: Adherence. Treatment. Intervention. Disease.

PREGUNTA ESTRUCTURADA

¿Qué estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico han demostrado eficacia frente a no intervención o a intervenciones habituales?

LA BÚSQUEDA

En la librería Cochrane:
(<http://www.obgyn.net/cochrane.asp>): “Adherence AND treatment AND chronic disease”. Se han revisado 48 títulos.

Búsqueda adicional en Medline: ((((((“patient compliance” [MeSH Terms] OR patient compliance [Text Word]) AND intervention [All Fields]) AND hasabstract [text]) AND Meta-Analysis [ptyp]) AND “human” [MeSH Terms]) AND (“1998/07/31” [PDat] : “2001/04/04” [PDat]))

EL ESTUDIO

Se trata de una revisión sistemática¹ en la que se realizaron búsquedas informáticas hasta julio de 1998 en MEDLIN, CINAHL, The Cochrane Li-

brary, International Pharmaceutical Abstracts (IPA), PsychInfo, Sociofile y HSTAR, búsquedas manuales de artículos relacionados con la adherencia, de colecciones personales de los autores de esta revisión y mediante contacto con otros autores. La última modificación sustancial se hizo en mayo de 1999 y la última actualización fue en septiembre de 2000. Se seleccionaron ensayos aleatorios controlados sin sesgos de confusión con una intervención que busque mejorar la adherencia con el tratamiento farmacológico prescrito, con al menos un seguimiento del 80% de pacientes en cada uno de los grupos estudiados y, en el caso de tratamientos crónicos con un seguimiento de al menos 6 meses para estudios con resultados iniciales positivos. La información sobre las características del estudio (diseño, grupos, hallazgos) fue realizada por varios revisores de forma independiente. Los estudios eran excesivamente dispares como para poder combinar los datos en un metaanálisis.

RESULTADOS

Ver tablas I y II.

COMENTARIO

Este artículo es una revisión sistemática rigurosa, que cumple todos los criterios exigibles a un estudio de este tipo. Incluye dos aspectos que ponen el listón de calidad de las evidencias muy alto. Se han valorado meticulosamente los sesgos de confusión, descartándose los estudios defectuosos y se han valorado sólo aquellos artículos con resultados sobre la adherencia y sobre la salud (TA, colesterol, etc). Se considera que las medidas dirigidas a incrementar la adherencia no tienen sentido en sí mismas si no mejoran resultados de salud ya que podrían dar lugar a efectos indeseables, como consumir recursos, provocar una pérdida de intimidad y autonomía en los pacientes o incrementar los efectos adversos de los medicamentos.

Como puntos débiles hay que destacar que la fecha de la última actualización relevante es de mayo de 1999, aunque se ha realizado algún cambio de pequeña entidad en septiembre de 2000, lo que sugiere que no es una revisión "en vía muerta". No obstante, se hizo una búsqueda adicional en Medline de otras revisiones sistemáticas o metaanálisis posteriores. Se encontró el trabajo de Roter et al² que, sin embargo, estaba fechado con anterioridad a la última actualización de la revisión que nos ocupa. Puede que haya ensayos aleatorios de calidad posteriores que no están incluidos.

Otro aspecto que debilita las conclusiones es que la mayoría de los estudios eran demasiado peque-

ños y la posibilidad de falsos negativos (error beta) podría ser alta. Además en ninguno se valoraron aspectos como la mortalidad o la morbilidad, y el seguimiento fue relativamente corto (el mayor de 18 meses).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DIARIA

La adherencia (o cumplimiento) puede definirse como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento. Se han descrito muchos motivos para que se produzca una no adherencia, como la presencia de efectos adversos, instrucciones mal dadas, mala relación entre el profesional sanitario y el paciente, falta de acuerdo en cuanto a la necesidad del tratamiento o dificultades para pagarlo. El porcentaje de adherencia para la medicación suele rondar el 50% (entre el 0 y más del 100%) de la dosis prescrita³.

Sorprende ver que no hay un gran número de evidencias en este campo, por lo que es necesario tomar muy en consideración las pocas existentes. Las intervenciones las podemos clasificar en sencillas o complejas, así como en aquellas aplicadas en procesos agudos o a procesos crónicos. En general las estrategias complejas se caracterizan por un despliegue importante de recursos difícilmente generalizable a las consultas de Atención Primaria. Por este motivo hemos resaltado las intervenciones más sencillas que han tenido eficacia sobre patología más frecuentemente abordada en los Centros de Salud.

En procesos agudos sabemos que el consejo y la entrega de instrucciones escritas con la pauta a seguir, así como la importancia de seguirla mejoran la adherencia y los resultados sobre la salud de los pacientes. Además, sabemos que una mención a posibles efectos secundarios no va a "asustar" a los pacientes, reduciendo el cumplimiento ni la eficacia del tratamiento (suponiendo, claro, que no haya intencionalidad consciente o inconsciente por ello por parte del profesional). Parece difícil imaginar un folleto prediseñado para cada patología aguda que se atiende en Atención Primaria. Sin embargo, es posible escribir en la copia de la receta con signos grandes y legibles la dosis, el objetivo del fármaco (infección, dolor, protección gástrica, etc.) y, en casos especiales, los efectos secundarios (dolor abdominal en los AINEs, etc.) aconsejando verbalmente qué hacer si éstos surgen.

Parece razonable aplicar estas estrategias cuando se inicia un tratamiento nuevo en un problema crónico, o recurrir a los envases para escribir en ellos esta información en pacientes polimedcados.

Por otro lado, en procesos crónicos sabemos que la simplificación de las pautas dosificadoras mejora la adherencia, aunque no siempre las mediciones

Tabla I

ESTUDIO	PROBLEMA	INTERVENCIÓN	CONTROL	EFFECTO EN LA ADHERENCIA	EFFECTO EN LA SALUD
Bailey et al 1990	Asma	Folleto, libreta de apuntes, consejo, seguimiento telefónico, grupo de apoyo y refuerzo de adherencia (n=132)	Sólo folletos informativos (n=135)	Sí	Sí
Cote et al 1997	Asma	Programa intensivo de educación para la salud más instrucciones para automedicarse correctamente según el FEM (n=50) o según los síntomas (n=45)	Información básica más un plan de actuación dado verbalmente por el médico (n=54)	No, para cada una de las intervenciones	No, para cada una de las intervenciones
Colcher & Bass 1972	Faringitis estrept	Consejo específico e instrucciones escritas sobre la importancia de tomar la medicación (n=100)	Consejo habitual (n=100)	Sí	Sí
Howland et al 1990	Infección aguda	Información sobre posibles efectos adversos de los medicamentos (n=50)	No información sobre posibles efectos adversos de los medicamentos (n=48)	No	No
Baird et al 1984	HTA	Metoprolol una vez al día (n=196)	Metoprolol dos veces al día (n=193)	Sí	Sí
Becker et al 1986	HTA	Pastillero especial "recordador" (n=86)	Envases separados para cada medicamento (n=85)	No	No
Friedman et al 1996	HTA	Sistema informático telefónico (llamada telefónica automatizada interactiva que se realiza al paciente entre las revisiones al médico) (n=156)	Atención médica habitual (n=145)	Sí	Sí
Haynes et al 1976	HTA	Medición realizada por el propio paciente del consumo de pastillas y de la presión arterial, recompensas por incremento de adherencia y disminución de TA (n=20)	Atención habitual (n=18)	Sí	Sí
Johnson et al 1978	HTA	a. Medición de TA realizada por el propio paciente en domicilio (n=34) b. Visitas mensuales domiciliarias de uno de los investigadores (n=33) c. Ambas (n=35)	No intervención (n=34)	No para ninguna de las intervenciones	No para ninguna de las intervenciones
Logan et al 1979	HTA	Enfermería en el lugar de trabajo del paciente, provisión de medicación según la dosis diaria, automedida de la PA, recompensas por aumentar la adherencia y bajar la PA (n=232)	Atención médica habitual en la consulta del médico (n=225)	Sí	Sí
Sackett et al 1975	HTA	a. Atención en el lugar de trabajo del paciente por médico de empresa (n=37) b. Instrucciones detalladas "programadas" sobre HTA y adherencia (n=28) c. Ambos (n=44)	No intervención (n=25)* * cifra proporcionada por el autor	No	No
Brown et al 1997	Dislipemia	Niacina de liberación controlada en dos dosis diarias (n=31)	Niacina regular en cuatro dosis diarias (n=31)	Sí	Sí



Tabla II

ESTUDIO	PROBLEMA	INTERVENCIÓN	CONTROL	EFEECTO EN LA ADHERENCIA	EFEECTO EN LA SALUD
Peterson et al 1984	Epilepsia	Consejo, folleto, seguimiento por el paciente de adherencia y crisis, recordatorios por correo para las citas y en caso de no acudir a por la medicación (n=27)	Atención habitual (n=26)	Sí	No
Chaplin & Kent 1998	Esquizofrenia	Sesiones educativas individuales semiestructuradas comentando los beneficios y perjuicios de las medicinas antipsicóticas, incluyendo la disquinesia tardía (n=28)	Atención habitual (n=28)	No	No
Kemp et al 1996	Psicosis aguda	4-6 sesiones de terapia de adherencia centrada en la enfermedad, la conceptualización del problema, los síntomas, efectos secundarios del tratamiento y el estigma del tratamiento medicamentoso (n=25)	4-6 sesiones de consejos generales	Sí	Sí, para la evaluación del funcionamiento global Sí, para la versión completa de la escala breve de valoración psiquiátrica No, para la versión abreviada de la misma escala No, para la dosis de medicación
Kemp et al 1998	Trastornos psicóticos	4-6 sesiones de terapia de adherencia centrada en la enfermedad, la conceptualización del problema, los síntomas, efectos secundarios del tratamiento y el estigma del tratamiento medicamentoso (n=39)	4-6 sesiones de consejos generales (n=35)	Sí a los 12 meses	No, a los 12 meses para la versión de 7 puntos de la escala de valoración psiquiátrica breve. Sí, a los 12 meses para la evaluación del funcionamiento global Sí, a los 6 meses para el Plan de Valoración de la Introspección.
Strang et al 1981	Esquizofrenia	Terapia de familia (n=17)	Terapia individual de apoyo (n=15)	Sí	Sí
Xiong et al 1994	Esquizofrenia	Consejo familiar y seguimiento muy estrecho (n=34)	Prescripción de la medicación sin seguimiento formal (n=29)	No	Sí
Zhang et al 1994	Esquizofrenia	Intervención familiar (n=42)	Prescripción de la medicación sin seguimiento formal (n=41)	No	Sí

de salud. La aplicación en la práctica de estos resultados puede encarecer el coste de los medicamentos (gasto en farmacia), aunque también puede disminuir los costes totales para el sistema sanitario. Los análisis económicos son importantes para aclarar este asunto. En cualquier caso la simplificación de pautas será especialmente útil en pacientes que tengan que tomar varios medicamentos.

Fuera de esto, no hay muchas más evidencias disponibles que nos permitan llegar a conclusiones rotundas. Intervenciones muy concretas como el sistema informático telefónico no parecen aplicables a corto plazo. Hay que destacar que los pastilleros especiales no han demostrado mayor eficacia que tener cada medicamento en su envase; que los esfuerzos por dar autonomía a los pacientes (automedicación, automedida de parámetros como el flujo espiratorio o la tensión arterial); que las intervenciones de seguimiento tan estrecho como acudir a domicilio del paciente una vez al mes; o que algunas estrategias de educación para la salud bien estructuradas no mejoran necesariamente la adherencia.

El estudio de Logan et al (1979) demuestra que el seguimiento de hipertensos por personal de enfermería en el lugar de trabajo, automedición de la tensión, y recompensas por mayor cumplimiento y menores cifras de tensión, son eficaces tanto para mejorar la adherencia como la salud. Aquellos pacientes que tienen más dificultad para acceder a las consultas de Atención Primaria que al personal sanitario de su empresa pueden beneficiarse de este tipo de servicios. Las recompensas desde Atención Primaria pueden ser la disminución de visitas al Centro de Salud y la entrega de recetas sin necesidad de venir a la cita durante periodos prolongados

de tiempo, siempre que se cuente con información respecto a las cifras de tensión arterial que se obtienen en el lugar de trabajo, por ejemplo a través de un familiar. Esta opción, que podría descargar de trabajo las consultas de Atención Primaria, no debería suponer una pérdida de contacto (al menos indirecto), o un desentendimiento del seguimiento del paciente.

Ante la escasez de evidencias sobre cómo mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, la opinión de los expertos cobra mayor relevancia. En este sentido los autores opinan que, dado que los pacientes que están fuera del sistema sanitario tienen muy pocas (o ninguna) probabilidades de beneficiarse de los tratamientos, y aquellos que acuden a las consultas tienen una adherencia del 50%, parece razonable pensar que cualquier esfuerzo por mantener a los pacientes dentro del sistema de atención sanitaria es la intervención más importante conocida hasta el momento. Por este motivo, estrategias como construir una relación entre el profesional sanitario y los pacientes adecuada, llamar a los pacientes que no acuden a las citas, evitar largas esperas o dificultades de contacto telefónico, pueden en el momento actual ser la mejor forma de conseguir la adherencia de los pacientes.

CORRESPONDENCIA:
Santiago Álvarez Montero
Centro de Salud de Torrelodones
Avda. de la Dehesa s/n
28250 Torrelodones. Madrid
E-mail: albaluz@teletel.es

Bibliografía

1. Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Danani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library 2001; Issue 1 (update software).
2. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36(8): 1138-61.
3. Sackett DL, Snow JC. Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1979.