

Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible

Vargas Negrín F

Médico de familia - Grupo de Enfermedades Reumáticas de la SEMFYC - Centro de Salud Dr. Guigou - Tenerife

Correspondencia: Francisco Vargas Negrín - Centro de Salud Dr. Guigou - c/Carmen Monteverde, 45 - 38003 Santa Cruz de Tenerife (España)

Correo electrónico: fvargasnegrin@yahoo.es

El objetivo principal del tratamiento del paciente con osteoporosis es evitar la aparición de la fractura osteoporótica y, en caso de haberla sufrido ya, evitar una nueva. Para ello es relevante que en cada caso concreto se valore el riesgo de fractura en el momento presente y en función del grado del mismo, bajo, medio o alto, plantear las estrategias preventivas y terapéuticas necesarias para disminuir el riesgo de fractura en esa persona en particular^{1,2,3}. Uno de los grandes retos que aún se le plantea al clínico en la práctica diaria es mejorar la adherencia de los pacientes con las diversas recomendaciones y tratamientos recomendados por los profesionales sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud definió en 2003 la «adherencia» como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, y contrasta con el concepto de «cumplimiento» utilizado como sinónimo de adherencia y que expresa el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor y que implica que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Por otro lado, el término «incumplimiento» culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. El grado de adherencia de los tratamientos farmacológicos en la osteoporosis puede variar entre el 40% y 80%; en general, puede decirse que uno de cada dos pacientes sigue el tratamiento al año de iniciarlo. Los datos para las recomendaciones no farmacológicas tampoco son mejores. Las pacientes que presentan mejores niveles de adherencia y cumplimiento presentan mejores resultados finales, tanto en forma de mejora de la densidad

mineral ósea, menor tasa de fracturas y menor mortalidad, así como menores costes para el sistema sanitario⁴.

La adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí; entre ellos, hay factores relacionados con el paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de formación-instrucción, creencias, motivación,...), la enfermedad (presencia o ausencia de sintomatología, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos,...), el fármaco (pautas de dosificación, tratamientos complejos, coste elevado, efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, efecto a medio-largo plazo, duración indefinida del tratamiento,...), el entorno (existencia de problemas familiares, barreras en la accesibilidad,...) y el médico (mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos,...).

En el estudio publicado en este número de M. Sosa Henríquez y el Grupo de Trabajo en Osteoporosis Canario⁵ se evalúa el grado de cumplimiento terapéutico para la osteoporosis en una población de mujeres afectas de la enfermedad, con y sin fracturas por fragilidad, atendidas por médicos de familia en el nivel de Atención Primaria. Del mismo se desprende que aparentemente las pacientes fracturadas toman el tratamiento con más adherencia que las no fracturadas con cifras de un 75,9% *versus* un 66,1%. El beneficio en prevención de nuevas fracturas de las pacientes cumplidoras frente a las no cumplidoras ya ha sido evidenciado en la literatura; en un estudio de Caro *et al.* (2004) las pacientes que cumplieron experimentaron un 16% menos fracturas⁶. Las razones por las cuales se podría justificar esta mayor adherencia al tratamiento que encuentran Sosa Henríquez *et al.* en su estudio podrían estar en relación con aspectos psicológicos y vivenciales de las pacientes, tales como mayor conciencia

de enfermedad tras haber sufrido una fractura, miedo a sufrir una nueva fractura, ganas en recuperar la salud, apoyo familiar, etc., y posiblemente una mayor implicación de los profesionales sanitarios que lo atienden, al intensificar las intervenciones por tratarse de pacientes de alto riesgo de fractura dado el antecedente de fractura previa. Entender los determinantes psicológicos que ayudan a mejorar la adherencia terapéutica y que están en relación con aspectos propios del paciente como la motivación, las creencias, las conductas de autocuidado, etc., son un campo de estudio interesante y que habría que explorar más en el futuro.

Otro hallazgo de este estudio fue que una importante proporción de pacientes (75%) recibían suplementos de calcio y vitamina D, encontrando que en las mujeres fracturadas tratadas el porcentaje es mayor que en las no fracturadas, un 84,1% frente al 68,4% ($p < 0,001$). Contrasta este buen grado de adherencia con otros estudios realizados en otras poblaciones españolas. En un trabajo realizado en centros de salud de Zaragoza tan sólo el 29,3% de la población estudiada diagnosticada de osteoporosis realizaba correctamente el tratamiento con calcio y vitamina D, con una periodicidad adecuada de retirada de las recetas prescritas, y casi la mitad (42% de los casos) no los tomaba a pesar de la adecuada prescripción facultativa⁷. En el estudio de Carbonell Abella et al. realizado en centros de salud de Atención Primaria de las 17 Comunidades Autónomas de España sólo un 52% recibía suplementos de calcio y vitamina D⁸. A pesar de que los suplementos de calcio y vitamina D reducen la incidencia de fracturas no vertebrales y de cadera en mujeres con aporte de calcio y vitamina D insuficiente, son frecuentemente abandonados por las mismas (efectos secundarios, mala tolerancia, sabor, etc.).

Pero, ¿se puede mejorar la adherencia terapéutica de las pacientes con osteoporosis en la práctica habitual? Dado que la adherencia terapéutica es un problema complejo, requiere de intervenciones de eficacia demostrada, útiles y factibles, y de un abordaje multiprofesional, donde profesionales como las enfermeras y los farmacéuticos pueden desempeñar un papel relevante en las intervenciones a aplicar. Aunque se han descrito diversas intervenciones para mejorar la adherencia, con la evidencia disponible actualmente no se puede recomendar una intervención específica que sirva en todos los casos y posiblemente se requiera de la combinación de varias de ellas (llamadas telefónicas, recordatorios, seguimiento estrecho, auto-monitorización supervisada, terapia familiar, terapia psicológica, etc.)^{9,10}.

Un primer paso siempre necesario es valorar la presencia de posibles factores predictores de falta de adherencia a *posteriori*, tales como insuficiente conocimiento del paciente de la enfermedad, falta de confianza por parte del paciente en el beneficio del tratamiento, deterioro cognitivo, trastorno psicológico concomitante, múltiples tratamientos coincidentes, tratamientos complicados, efectos

adversos posibles, falta de un plan de seguimiento, mala relación médico-paciente, dificultades para acceder a la medicación o costes del tratamiento.

Las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales. Recomendaciones a tener en cuenta son¹²:

- Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencionada o no.
- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación.
- Realizar intervenciones dirigidas a los problemas específicos: sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación, simplificar el régimen posológico, utilizar pastilleros o similares, etc.
- Si se producen efectos adversos, hablar con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, los efectos a largo plazo de la medicación, las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos, considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias.
- Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema, y considerar opciones para reducirlo.

También puede ser útil contar con herramientas que permitan valorar en el inicio de la prescripción la probabilidad de seguir el tratamiento a medio – largo plazo. Recientemente se ha desarrollado un cuestionario específico para evaluar la adherencia a la medicación postmenopáusicas osteoporóticas en la práctica diaria, denominado ADEOS-12. El cuestionario proporciona un índice de adherencia que va de 0 a 22; para valores ≥ 20 se asoció con una alta probabilidad de persistencia, y un índice ≤ 16 con una alta probabilidad de interrupción del tratamiento en los 9 meses siguientes. No obstante, requiere adaptación y validación para nuestro país¹¹.

Por último, los profesionales sanitarios debemos ser conscientes del nuevo paradigma en relación con el manejo de las enfermedades crónicas, entre ellas la osteoporosis, que es considerar el papel central y relevante que tiene el paciente y su entorno (familia, comunidad) como copartícipe y responsable del manejo de su enfermedad. El paciente activo, informado y participativo en la toma de decisiones terapéuticas es un buen aliado para lograr un grado de adherencia óptimo para conseguir los resultados en salud deseados.

Declaración de conflictos: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. González Macías J, Guañabens Gay N, Gómez Alonso C, del Río Barquero L, Muñoz Torres M, Delgado M, et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. Rev Clin Esp 2008;208(Supl 1):1-24.
2. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Cooper C,

- Rizzoli R, Reginster JY. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2013;24:23-57.
3. Osteoporosis. Manejo: Prevención, diagnóstico y tratamiento. Documento del Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumáticas. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. SemFYC Ediciones, Barcelona. 2014.
 4. Gómez de Tejada Romero MJ. La adherencia en el tratamiento de la osteoporosis. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2010;2 (Supl 4):S10-4.
 5. Sosa Henríquez M y Grupo de Trabajo en Osteoporosis Canario. Las mujeres con fracturas osteoporóticas muestran mayor cumplimiento terapéutico que las no fracturadas. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2014;6:8-3.
 6. Caro JJ, Ishak KJ, Huybrechts KF, Raggio G, Naujoks C. The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. *Osteoporos Int* 2004;15:1003-8.
 7. Ferreras Amez JM, Sarrat Torres M, Aldea Molina E, Abadía Gallego V, Blasco Valle M. Evaluación de la adherencia a los suplementos de calcio o vitamina D. *Aten Primaria* 2010;42:58-9.
 8. Carbonell Abella C, Guañabens Gay N, Regadera Anechina L, Marín Rives JA, Taverna Llauro E, Ayeche Redín MP; ADHEPOR. Análisis del cumplimiento terapéutico en mujeres con osteoporosis. *Reumatol Clin* 2011;7:299-304.
 9. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Apr 16;(2):CD000011.
 10. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria* 2009;41:342-8.
 11. Breuil V, Cortet B, Cotté FE, Arnould B, Dias-Barbosa C, Gaudin AF, et al. Validation of the adherence evaluation of osteoporosis treatment (ADEOS) questionnaire for osteoporotic post-menopausal women. *Osteoporos Int* 2012;23:445-55.
 12. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. INFAC. Volumen 19, nº 1: 2011. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf.