

PROFESIÓN

# Persistencia y adherencia terapéutica. ¿Cómo conseguir el compromiso del paciente?

C. Valdés y Llorca

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. SERMAS. Miembro del Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento y del Comité Asesor de la Cátedra de Adherencia de la Universidad Miguel Hernández. Alicante

En la literatura médica se ha estado prestando atención de forma continua a la cumplimentación del tratamiento por parte de los pacientes ante las indicaciones que recibían de sus médicos y, en general, de los profesionales sanitarios. Con ello se pretende conocer si el índice de seguimiento de las recomendaciones clínicas estaba relacionado con la respuesta a los tratamientos y con el control y la evolución de la enfermedad, manifestándose como un indicativo de resultados en salud, tal como lo conocemos hoy.

Sin lugar a dudas, cuanto mayor es el grado de seguimiento de las indicaciones dadas y el cumplimiento de los tratamientos, mejores resultados se obtienen sobre la enfermedad. Citando a los clásicos, ya Hipócrates en el siglo IV a.C. indicaba la importancia de conocer si nuestros pacientes realizan bien o mal el tratamiento, sobre todo cuando manifiesta que «el médico debe saber que los pacientes a menudo mienten cuando sostienen que están tomando la medicación»<sup>1</sup>.

Llegados a este punto, es importante diferenciar los distintos conceptos clínicos sobre cumplimiento, adherencia y persistencia. Así, hablaremos de *cumplimiento* para definir el grado en que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, aunque este término ha sido puesto en duda ya que de él se desprende que el paciente tiene una actitud pasiva respecto a su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal como se lo han prescrito, sin más. Por el contrario, el término *incumplimiento* implicaría culpabilizar al paciente porque no sigue las instrucciones médicas indicadas.

El concepto de *adherencia* va un paso más allá, ya que implica acción y compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, al seguir una terapia mutuamente acordada (con el profesional sanitario) y compartir la responsabilidad con los profesionales que lo atienden<sup>2</sup>.

Finalmente, la *persistencia* abarca la dimensión en el tiempo, es decir, no sólo se siguen las recomendaciones dadas, sino que además se continúan durante un periodo preestablecido para poder alcanzar los objetivos fijados<sup>3</sup>.

Más recientemente, Masur<sup>4</sup>, en 1981, revelaba que «el incumplimiento del paciente es una de las conductas de salud mejor documentadas y peor comprendidas».

En el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT) se realizó un estudio observacional en 2017<sup>5</sup>, en el que se recogieron los datos de pacientes (n= 6.237) con enfermedades crónicas que acudían a las farmacias comunitarias a retirar la medicación prescrita por sus médicos. Los pacientes incluidos en este estudio tenían como requisito presentar, al menos, una enfermedad crónica y tomar medicación de forma permanente. Se mostraron datos muy significativos que confirmaron que la no adherencia en enfermedades crónicas era cercana al 50%, es decir, 1 de cada 2 pacientes no era adherente al tratamiento (figura 1).

En las consultas médicas, de enfermería y en las farmacias tanto comunitarias como hospitalarias, evaluar la adherencia o la falta de la misma es un paso decisivo para conseguir mejorar el estado de salud de nuestra población, aunque todos somos conscientes de la dificultad que entraña este tema, que supone todo un reto asistencial. Sabemos que la falta de adherencia presenta aspectos multifactoriales, ya que no sólo es responsabilidad del paciente incumplidor.

Correspondencia:

C. Valdés y Llorca  
Correo electrónico: mamenvll@icloud.com

En el estudio llevado a cabo por el OAT encontramos un perfil de paciente «adherente» en relación con una de las patologías evaluadas en el análisis nacional que comprende la patología del suelo pélvico: la vejiga hiperactiva (tabla 1).

Por otro lado, no encontramos en los estudios ni en la literatura médica un «prototipo» de paciente *no adherente*, aunque en la actualidad se están realizando estudios con el fin de obtener un perfil potencial de paciente incumplidor<sup>6,7</sup>.

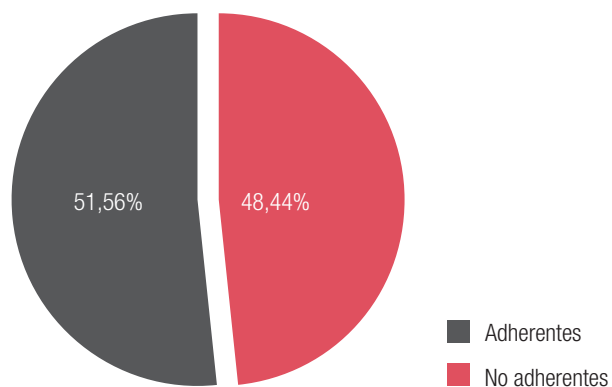
### ¿Cómo conseguimos la adherencia de nuestros pacientes?

Para conseguir este objetivo debemos plantearnos estrategias que permitan generar *confianza* y *responsabilidad*, intentando que se produzcan cambios en la actitud de la población atendida tanto en los estilos de vida saludables como en la toma de la medicación prescrita.

En todo caso, las experiencias clínicas sobre el incumplimiento demuestran que cada paciente es diferente, al igual que las causas de esta conducta. Todas las acciones tienen que ser *individualizadas*, valorando el nivel cultural del paciente, así como el conocimiento que tiene de su enfermedad y de los tratamientos que realiza, y todas ellas deben estar orientadas a corregir y detec-

tar las causas y los factores predictores del incumplimiento. Además, deben ser estrategias *permanentes* mientras el tratamiento sea necesario, lo que es muy importante en el caso de las enfermedades crónicas, y nos indica que hay que seleccionar los regímenes terapéuticos más sencillos y que las intervenciones tienen que ser mixtas<sup>8</sup>.

Debemos centrarnos en técnicas que compaginen la educación grupal, los folletos explicativos, la entrevista clínica motivacional y la información oral, además



**Figura 1.** Adherencia al tratamiento según el test de Morisky-Green®. Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas (OAT), 2017

**TABLA 1.** Vejiga hiperactiva relacionada por sexos. Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Patologías Crónicas. Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT). Resultados descriptivos

	Hombre	Mujer
Edad	51-90 años	>60 años
Renta	1.851-2.700 €/mes	1.301-1.850 €/mes
Convivencia familiar	Sin cuidador/a	Sin cuidador/a
Fumador	No fumador y exfumador	No fumadora
Actividad física	Ocasional y semanal	Mensual y semanal
Dieta	Dieta	Dieta
Patologías	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades cardíacas</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Hipercolesterolemia</li> <li>• Osteoporosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades cardíacas</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Hipercolesterolemia</li> </ul>

de reforzar por escrito el mensaje dado en la consulta, sin olvidar la intervención educativa sanitaria. Respecto a este último punto, cabe matizar que, sin duda, estas técnicas son necesarias, pero por sí mismas no son suficientes para modificar la conducta en muchos pacientes no adherentes. Si combinamos la educación sanitaria con técnicas de refuerzo, se va a mejorar la adherencia; sin embargo, faltan estudios a largo plazo que nos indiquen que estas intervenciones mixtas mantienen la adherencia y la persistencia a los tratamientos.

Que los pacientes tengan un conocimiento real de su enfermedad, sepan cómo tienen que realizar su tratamiento y *comprobar por parte del clínico* que los mensajes han sido entendidos suponen la base de un planteamiento orientado a lograr una buena adherencia, ya que se dispone de datos que muestran que 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 transmitida, ya que se muestran insatisfechos con la que han recibido<sup>9</sup>.

El médico puede mejorar la adherencia mediante las siguientes medidas:

- Explicar al paciente su enfermedad de forma clara y fácilmente comprensible.
- Explicar los posibles tratamientos, con sus pros y contras, y sus alternativas.
- Ampliar la información con explicaciones por escrito que faciliten su comprensión.
- Conocer qué espera el paciente de su tratamiento y sus expectativas de salud.
- Escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias.
- Ayudar al paciente a tomar las decisiones más adecuadas basándose en los posibles riesgos y beneficios, sin implicación personal.
- Aceptar que el paciente puede valorar de forma diferente al médico los riesgos, beneficios y efectos adversos, respetando su libre elección (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente).
- Dar siempre al paciente o cuidador el listado actualizado de la medicación prescrita (incluida la indicada sin receta), así como de las alergias y los efectos adversos.
- Propiciar intervenciones en las que también se involucre al entorno del paciente (familiares y amigos), ya que con ello se obtienen mejores resultados en la adherencia<sup>10</sup>.

## ¿Cómo aplicamos esta intervención en la patología del suelo pélvico?

La patología del suelo pélvico implica contar con la responsabilidad del paciente para modificar los hábitos adquiridos y los estilos de vida perjudiciales.

Las distintas entidades que abarca la patología del suelo pélvico suponen en la clínica contar con la colaboración total del paciente, puesto que implican aspectos que comprometen su vida social. Tal como se ha comentado anteriormente, la adherencia al tratamiento no sólo incluye la toma de medicamentos, sino también el cumplimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas que contribuyen de manera definitiva, junto con la administración de la medicación, a lograr la mejoría/curación de la enfermedad. Es en este sentido y con esta patología tan difícil de identificar por los tabúes sociales que genera donde debemos conseguir de manera indiscutible la confianza del paciente, así como explicar de forma sencilla aquellas cuestiones que producen dudas o incertidumbre, de manera que podamos conseguir el objetivo deseado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Salvador Carulla L, Melgarejo Ochoa M. Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI. Barcelona: Ars Medica. Medicina stm Editores S.L., 2002; ISBN: 84-95670-20-8.
2. Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. Soc Sci Med. 1978; 12: 369-376.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76, 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
4. Masur FT. Adherence to health care regiscus. En: Prokup EK, Bradley LA (eds). Medical psychology. Contribution to behavioral medicine. Nueva York: Academic Press; 1981. p. 441-470.
5. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. 2006; 13(8). Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
6. Rivera JM, Gil VF, Valdés C. Análisis Nacional de Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas. Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT); ISBN: 978-84 697-4322-5; Depósito legal: M-19130-2017.
7. Porter AM. Drug defaulting in a general practice. Br Med J. 1969; 1(5638): 218-222 [DOI: 10.1136/bmj.1.5638.218].
8. Landers R, Riccobene A, Beyreuther M, Neusy AJ. Predictors of long-term compliance in attending a worksite hypertension programme. J Hum Hypertens. 1993; 7(6): 577-579 [PMID: 8114052].
9. Haynes RB, Montague P, Oliver T. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Oxford: The Cochrane Library Reviews; 2000. 3: 1-26.
10. Amigo I, Fernández C, Pérez M. Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 1998.