

INFORMACION TERAPEUTICA

del Sistema Nacional de Salud

Vol 28-Nº 5-2004

Dirección Internet: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>

SUMARIO

- Adherencia al tratamiento en el paciente anciano.
- Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el SNS durante 2003.
- Nuevos principios activos: Escitalopram, Olmesartan.
- Informaciones de interés:
 - Indicadores de la prestación farmacéutica del SNS a través de receta. Año 2003.
 - Medidas en materia de Farmacovigilancia.

Adherencia al tratamiento en el paciente anciano

Palop Larrea V¹
Martínez Mir P²

RESUMEN

■ La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Con escasas excepciones, los estudios describen resultados inconsistentes acerca del perfil del paciente anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedición, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano. Esta revisión analiza la definición de adherencia, los métodos de medida, los determinantes de la no adherencia, su relevancia y las intervenciones para mejorarla.

PALABRAS CLAVE: Adherencia al tratamiento. Cumplimiento. Anciano.

Inf Ter Sist Nac Salud 2004; 28: 113-120

ABSTRACT

■ Adherence to treatments is essential to well-being of elderly patients, and is thus a critically important component of care. In the elderly, the nonadherence has been found to increase the likelihood of therapeutic failure, and to be responsible for unnecessary complications, leading to increased spending on health care. With only a few exceptions, studies have produced inconsistent finding about the profile of the nonadherent older patient. Age is generally not considered to be predictive of nonadherence; however, several factors associate with aging may adversely affect medication adherence among older persons. The available evidence suggests that a greater number of prescribing physicians, polypharmacy, regimen complexity, depression, and cognitive impairment may be major determinants of nonadherence among older persons. In this review is present information about of its definition, measurement, determinants of nonadherence, relevance and interventions for improving adherence among older persons.

KEY WORDS: Patient adherence. Compliance. Elderly.

INTRODUCCIÓN: Definición de Adherencia

La población mayor de 65 años en España supera el 17% de 42,7 millones de personas y consume más del 30% de los medicamentos (el Sistema Nacional de Salud facturó en 2003, 705.263.441 recetas) (1,2). El consumo diario medio por anciano oscila entre dos y tres medicamentos y más del 75% los consume de forma crónica; si se tiene en cuenta la automedicación, éste asciende a más de 5 medicamentos. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los

ancianos tratados no realizan correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico (3,4). Si no se toma la medicación o no se siguen las normas establecidas por el médico es de esperar unas consecuencias negativas para la salud y un incremento de los costes difícil de justificar; en sujetos mayores de 65 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos condiciona un porcentaje importante de ingresos hospitalarios e incrementa el coste sanitario, que en países como Canadá se estima excede los 3,5 billones de dólares (5,6). La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública (7).

Haynes et al. describían el incumplimiento terapéutico en 1976 como el grado en que la conducta del

¹ Médico Adjunto. Unidad de Geriátría, Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

² Técnica Superior de Investigación. Dirección de Área de Servicios Médicos. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (Fundación HGV).

paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de la dieta o la modificación del estilo de vida, coinciden con la prescripción médica. La falta de eficacia del tratamiento por incumplimiento hace que el médico, que en muchas ocasiones ignora este hecho, no pueda valorar con claridad la utilidad del tratamiento y piense que el diagnóstico y/o el tratamiento no sean correctos. Esta circunstancia puede condicionar que se someta al paciente a pruebas complementarias innecesarias, a dosis más altas de las habituales o a tratamientos más agresivos, lo que produce un incremento de los riesgos para el paciente (8).

El paciente toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera que cree que debe hacerle frente. Por lo tanto, no se le debe considerar un mero cumplidor de las prescripciones médicas, sino una persona que toma decisiones autónomas y con el cual el médico debe establecer una alianza para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos. Este planteamiento ha abierto el debate sobre qué término define mejor este problema, “cumplimiento o adherencia”; algunos autores afirman que es mejor el término adherencia porque da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente, mientras que el término cumplimiento inculpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia u olvido. El término adherencia, además, responsabiliza al médico para crear un contexto (informando sobre la importancia y los objetivos del tratamiento y sobre los conocimientos que se tienen de la enfermedad) en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y, en última instancia, mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos (9,10).

TIPOS DE “NO ADHERENCIA” AL TRATAMIENTO

Generalmente la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria (cumplidor/no cumplidor, adherencia/no adherencia), pero son muchos los criterios utilizados para describir las características de la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito. En los estudios realizados en España se ha considerado como tal la omisión o alteración de la dosificación. Cuando el método utilizado para estudiarlo permite su **valoración cuantitativa**, se considera cumplidor si se toma el 100% de la dosis recomendada; aunque se admiten variaciones, como observar el tratamiento por encima del 75-80%, o bien el intervalo entre el 80 y 110% de la dosis prescrita, considerándose en estos casos incumplidores a los que toman dosis por debajo del valor inferior e hipercumplidores a los que toman

por encima del valor superior del intervalo (11). Los valores descritos para clasificar a los pacientes generalmente no son elegidos por la relevancia clínica basada en la cantidad de medicación que es requerida para alcanzar un efecto terapéutico sino que, en la gran mayoría de los casos, se trata de un valor arbitrario (6).

Cuando se ha estudiado el **período de seguimiento**, se puede distinguir:

- **Incumplimiento parcial.**- en el que el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos,
- **Incumplimiento esporádico.**- si el individuo incumple de forma ocasional (más frecuente en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos),
- **Incumplimiento secuencial.**- en el que el tratamiento se deja durante periodos de tiempo en los que se encuentra bien pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto de “vacaciones terapéuticas”), y
- **Cumplimiento de bata blanca.**- si sólo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud junto con la anterior se dan en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipemia.
- **Incumplimiento completo.**- si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos (12,13).

Otra forma de clasificar la falta de adherencia es:

- a) **Primaria**, que incluye tanto no llevarse la prescripción de la consulta como el llevársela pero no retirarla de la farmacia y,
- b) **Secundaria**, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico o no obteniendo una nueva prescripción (13).

En atención primaria se ha estimado que del 6-20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia, hecho que se ha relacionado con el régimen de aportación económica de los medicamentos; motivo que no parece ser factor determinante de la falta de adherencia al tratamiento en los ancianos ya que la mayoría de ellos son pensionistas (14).

Una característica poco comentada es la intencionalidad de la no adherencia al tratamiento. Aspecto que diferencia entre “**incumplimiento intencionado**”, por

ejemplo, dejar un tratamiento debido a los efectos adversos del mismo o al coste, y el “no intencionado”, por ejemplo olvidar una dosis. Probablemente, una de las peculiaridades menos estudiadas es el cambio de tratamiento realizado por automedicación, por recomendación del farmacéutico o por otro médico, aspectos que se dan con mayor frecuencia en el anciano (6,15).

MÉTODOS DE DETECCIÓN DE LA “NO ADHERENCIA” AL TRATAMIENTO

En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos, con el fin de paliar las insuficiencias que todos poseen. En la clínica es muy importante identificar a los pacientes no cumplidores, incorporando esta actividad a la rutina diaria; por lo tanto conviene emplear métodos sencillos que no consuman grandes esfuerzos o tiempo. Por otro lado, el debate está abierto sobre a quién se debería dirigir estas actuaciones; mientras que diversos autores señalan que deben dirigirse a todos los pacientes y que el buen control de la enfermedad no asegura el buen cumplimiento, Haynes et al. afirman que se debería dirigir a los pacientes de riesgo de incumplimiento. Lo que sí es cierto, es que el paciente anciano polimedocado es considerado la principal diana de actuación y que conviene aplicar periódicamente métodos de detección del incumplimiento, para descubrir errores en la prescripción y reforzar actitudes correctas que mejoren la adherencia (16-18).

Los MÉTODOS disponibles para medir la adherencia al tratamiento se clasifican en (6,16,18,19):

- Métodos objetivos directos.
- Métodos objetivos indirectos.
- Métodos subjetivos.
- **Métodos objetivos directos.**- se basan en la determinación del fármaco, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en algún fluido biológico, frecuentemente sangre u orina. Se asume que su presencia en ellos expresa que el medicamento se ha tomado; aunque esto no es totalmente cierto ya que pueden dar por buen cumplidor al incumplidor de bata blanca. En general, son muy objetivos y específicos y obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos. En atención primaria tienen poca utilidad ya que son caros, se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan de una infraestructura sofisticada.
- **Métodos objetivos indirectos.**- valoran el incumplimiento a partir de circunstancias que se relacionan con él y con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:
 - a) Recuento de comprimidos.- Se basa en el recuento de la medicación que queda en el envase que se ha prescrito al paciente, y que éste debe aportar en

la visita siguiente (puede hacerse por sorpresa en el domicilio, lo que aumenta su fiabilidad). Conociendo la fecha de inicio, puede calcularse los comprimidos tomados y observar qué porcentaje representan sobre los prescritos, mediante la fórmula: % cumplimiento = (número de comprimidos que previsiblemente ha tomado el paciente/número de comprimidos que se les ha prescrito) x 100. Dado que su aplicación presenta ciertas dificultades (es fundamental saber la fecha exacta del inicio del tratamiento y del envase que se prescribe, que el paciente disponga de un número de comprimidos superior al que probablemente consumirá hasta la fecha de control, y disponer del envase en el momento del recuento) es un método relegado a ensayos clínicos e investigación. Además, en población general sobreestima la adherencia real, porque no tiene en cuenta si los comprimidos que faltan, han sido realmente tomados por el paciente, desechados o entregados a otra persona, y en los ancianos puede infraestimar la adherencia ya que tienden a retirar las recetas de la farmacia antes de que se les acabe la medicación y acumular en el domicilio más comprimidos de los que necesitan.

- b) Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos (MENS).- Es un sistema sofisticado de recuento de comprimidos que incorpora a la tapa del envase que los contiene un monitor electrónico que registra las aperturas que se hacen; debe aceptarse que cada vez que el recipiente se abre es para retirar y tomar un comprimido. El coste de los MENS hace que suelen quedar limitados a estudios de investigación o ensayos clínicos.
- c) Valoración de la asistencia a las citas previas programadas. Se estima que la ausencia a citas concertadas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento; no obstante, no implica que los pacientes que acuden a las citas sean buenos cumplidores del tratamiento establecido, ni tampoco que los que no acuden tienen que ser obligatoriamente incumplidores. Es un método sencillo de realizar. Con este método se han detectado las mayores tasas de incumplimiento en las actividades preventivas y en las no relacionadas con enfermedades crónicas, situaciones que no se suelen dar en la población anciana.
- d) Control de las visitas a enfermería para recoger recetas incluidas en “Cartilla de Largo Tratamiento (CTL)”.- Se ha utilizado para conocer si se han recogido las prescripciones crónicas y cuantos días ha estado sin medicación. En España no se dispone de estudios que lo utilicen pero parece adecuado para medir la adherencia en ancianos con enfermedades crónicas polimedocados.

- e) Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada.- Detectar el grupo de pacientes con fracaso terapéutico es importante para analizar el porcentaje que es debido a incumplimiento. Existen con frecuencia otros factores, independientes de la adherencia al tratamiento, que pueden influir en los resultados y que por tanto merman su eficacia.
- f) Valoración de los efectos adversos de los medicamentos.- Un ejemplo de buena adherencia a los betabloqueantes para el tratamiento de la hipertensión sería el mantenimiento de la frecuencia cardiaca baja. Es un método limitado porque muchos de los medicamentos que habitualmente se utilizan no producen efectos secundarios susceptibles de ser usados como indicadores.
- **Métodos subjetivos (indirectos).**- valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población a valorar es amplia; pero son poco objetivos ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar, o del médico lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. Los más utilizados son:
 - a) Juicio del médico acerca de cómo el enfermo cumple. Es tan sencillo como inexacto; varios estudios han constatado que existe una baja correlación entre la estimación de los médicos del cumplimiento y la adherencia real de los enfermos.
 - b) Técnicas de entrevista. Se basan en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento; las entrevistas permiten, además, conocer las causas de no adherencia. Son métodos muy fiables si

el enfermo se confiesa mal cumplidor (alto valor predictivo positivo), pero cuando se comparan con otros métodos más exactos, se comprueba que un número importante de enfermos que aseguran tomar la medicación, no dicen la verdad. Entre las técnicas de entrevista destacan:

1. Cuestionarios que analizan el “grado de conocimiento” que el enfermo tiene sobre su enfermedad; se basan en que un mayor conocimiento acerca de ella mejora la adherencia. Éste es el fundamento del cuestionario de “Batalla”, utilizado en la terapéutica de la hipertensión arterial y que ha sido modificado para aplicarlo a las dislipemias.
2. Cuestionario de Morisky-Green pretende valorar si el enfermo “adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica” de su enfermedad, asumiendo que si esas decisiones son correctas el enfermo es buen cumplidor de la medicación. No es útil en prescripciones “a demanda”.
3. Cuestionario de “comunicación del autocumplimiento” propuesto por “Haynes y Sackett” para valorar el cumplimiento en el tratamiento antihipertensivo, es el más sencillo para utilizar en atención primaria (tabla I). Entre los pacientes que dicen hacerlo bien hay un elevado número que no lo hacen; sin embargo, es un método fiable si el enfermo se confiesa mal cumplidor e incluso se ha señalado que estos malos cumplidores habitualmente responden de forma positiva a las medidas e intervenciones que se les proponen, si aceptan seguirlas.
4. “Comprobación fingida o bogus pipeline”. Consiste en proponer al paciente que se definió

TABLA I
CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN DEL AUTOCUMPLIMIENTO*

<p>• <i>La mayoría de las personas, por una u otra razón, tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?</i></p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>• <i>Para los que respondan que no tienen dificultad, se insiste. ¿Los toma?</i></p> <p style="text-align: center;">Todos los días <input type="checkbox"/> Muchos días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/></p>
<p>• <i>Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos; ¿por qué no me comenta cómo le va a usted? (recoger lo que diga el paciente)</i></p>
<p>Si reconoce que tiene dificultad en alguna de las tres preguntas, se considera incumplidor</p>

*Haynes RB, Sackett DL, Taylor W, Show JC. Annotated and indexed bibliography on compliance of the therapeutic and preventive regimens. En: Haynes RB, Taylor W, Sackett DL, editors. Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979:76-81.

como cumplidor la recogida de una muestra de orina para detectar en ella restos del medicamento tomado; a continuación se le pregunta si cree que va a contener mucho, poco o nada del mismo. Si señala que contendrá mucho será un buen cumplidor, pero si la respuesta es la última, probablemente es un incumplidor. Se puede realizar si existen dudas sobre el cumplimiento o se quiere afinar más en la detección de los no cumplidores.

REPERCUSIONES DE LA “NO ADHERENCIA” AL TRATAMIENTO

Como ya se ha comentado, se trata de un problema de salud pública importante que supone costes injustificados sobre los sistemas sanitarios modernos; lo que ha condicionado que prestigiosas instituciones científicas internacionales elaboren documentos de consenso que lo señalan como causa de fallo terapéutico e incidan en la necesidad de corregirlo. Pero si el problema del incumplimiento es grave, aún lo es más la actitud pasiva entre los profesionales sanitarios ante él ya que, en la práctica clínica diaria, no lo han integrado en el contexto del fallo terapéutico. Es excepcional el paciente que se le clasifica de incumplidor, lo que impide reconocer el problema, las causas que lo condicionan y hacer recomendaciones que lo mejoren (5,6,10).

Existen datos sobre las *repercusiones clínicas negativas* de la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y estimaciones de los costes económicos derivados de la misma, pero se desconoce el coste real y la eficacia de la mayor parte de los tratamientos, su efectividad, el grado de adherencia al tratamiento para la mayor parte de las enfermedades y hasta qué punto su falta es el responsable de la ineficacia de los tratamientos. Piñeiro et al. al analizar la relación entre el cumplimiento terapéutico y el control que se obtiene de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la dislipemia (más frecuentes en los ancianos) estiman un incumplimiento superior al 40% que aumenta con el tiempo, pero que éste es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar los objetivos del tratamiento (20). Para evaluar las repercusiones negativas de la no adherencia hay que tener en cuenta que la indicación sea la correcta, que el valor intrínseco del medicamento sea elevado y que la relación beneficio/riesgo del tratamiento sea positiva. Hecho que dista mucho de lo que sucede habitualmente en la utilización de los medicamentos en los ancianos, en los que son frecuentes los tratamientos sintomáticos, medicamentos no necesarios, uso de fármacos de dudosa eficacia o de formas farmacéuticas inadecuadas (3,5).

El *impacto clínico* de la no adherencia tiene consecuencias sobre el propio paciente dependiendo de que la enfermedad a tratar sea aguda o crónica (falta de con-

trol de la enfermedad, complicaciones agudas o a largo plazo), y repercusiones a terceros difíciles de cuantificar (resistencias bacterianas, extensión de infecciones, personas sin hogar, ...). También depende de factores relacionados con el tipo y la gravedad de la enfermedad, el tratamiento y el paciente. En la hipertensión arterial leve la no adherencia al tratamiento se puede presentar como una descompensación de las cifras tensionales; sin embargo, en una hipertensión grave puede condicionar una encefalopatía hipertensiva, un accidente vascular cerebral o un infarto de miocardio, que en un paciente anticoagulado se puede manifestar como hemorragia cerebral (5).

La *evaluación* de la no adherencia al tratamiento se ha realizado para enfermedades aisladas pero no se ha hecho de forma global en pacientes ancianos en los que concurre gran morbilidad. Desde este punto de vista, existen datos que ponen de manifiesto la magnitud del incumplimiento en enfermedades prevalentes en el anciano y las importantes consecuencias negativas. Es conocido que:

a) en las enfermedades cardiovasculares que son la primera causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados, se estima que más del 50% de los enfermos siguen mal las indicaciones de los tratamientos farmacológicos y hasta un 60-70% las medidas higiénico-dietéticas;

b) en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con hipoxemia, susceptibles de ingresos hospitalarios, el grado de incumplimiento de la oxigenoterapia continua domiciliaria es superior al 70%, y

c) la no adherencia a los tratamientos condiciona hasta un tercio de todos los ingresos hospitalarios y es la principal causa de descompensación e ingreso hospitalario en la insuficiencia cardíaca.

Sin embargo, no hay datos sobre las posibles secuelas negativas que el incumplimiento terapéutico de una enfermedad determinada tenga sobre otras enfermedades concurrentes. Los pacientes ancianos consumen una gran cantidad de medicamentos para controlar las enfermedades que presentan por lo que la falta de adherencia al tratamiento de una enfermedad concreta puede limitar el éxito terapéutico y conducir a malos resultados, que provoquen la frustración del médico y del enfermo y aumenten la falta de confianza en la asistencia sanitaria (5).

RECONOCIMIENTO EN ESPAÑA DEL PROBLEMA DE LA “NO ADHERENCIA” AL TRATAMIENTO EN EL ANCIANO

La investigación sobre la adherencia terapéutica en los ancianos fue declarada de interés prioritario en la década de los noventa (21). Sin embargo, en una revi-

sión (15), sobre artículos originales de incumplimiento terapéutico publicados en España en un periodo de 30 años (1970-2000), sólo dos analizaban el cumplimiento en los ancianos (21,22); una revisión de 1993 no hace referencia a ninguno (23), lo que da idea de la poca sensibilidad que se tiene sobre el tema. Teniendo en cuenta el incremento de población anciana esperada para los próximos años (según el INE, en el 2025 el 21,2% de los españoles tendrá 65 o más años y en el 2050 el 30,8%), el incremento del consumo de medicamentos que parece imparable y la tendencia cada vez mayor a consultar a diferentes especialistas, parece lógico pensar que la falta de adherencia terapéutica en los ancianos con enfermedades crónicas tiene que ser un tema prioritario también para el médico de atención primaria (1,3). Un reciente estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas polimedicaos a los que se les encuesta sobre si toman su medicación correctamente (método que sobrevalora el cumplimiento), describe que entre los mayores de 65 años afirman tomarla el 75% de los que toman un medicamento, el 68% de los que toman dos, el 54% de los que toman tres, el 35% de los que toman cuatro, disminuyendo progresivamente hasta el 10% de los que toman nueve (24). Leal Hernandez y cols. con este trabajo ponen en evidencia la importancia del incumplimiento terapéutico en el anciano, tema olvidado en nuestro país.

PECULIARIDADES DEL ANCIANO QUE CONDICIONAN LA “NO ADHERENCIA” AL TRATAMIENTO

Conocer al enfermo incumplidor y los factores que favorecen ese incumplimiento permite diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias. Muchos son los factores descritos en el anciano como causa de no adherencia al tratamiento, pero sólo existe evidencia para el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo. También, el deterioro funcional (anciano frágil) condiciona habitualmente un incremento del número de fármacos administrados y por tanto complica la adherencia. Existen pocas evidencias para los factores sociodemográficos, conocimiento de la pauta posológica o si el prescriptor es o no un especialista (6,7,15,21).

Los pacientes ancianos alegan múltiples razones para no cumplir correctamente con las recomendaciones prescritas por los médicos y éstas varían de unos estudios a otros y en relación con los distintos tratamientos o enfermedades a tratar. Entre las más frecuentes están el olvido, los efectos adversos, apreciar falta de necesidad del tratamiento, no disponer de medicamentos, falta de información acerca de la admi-

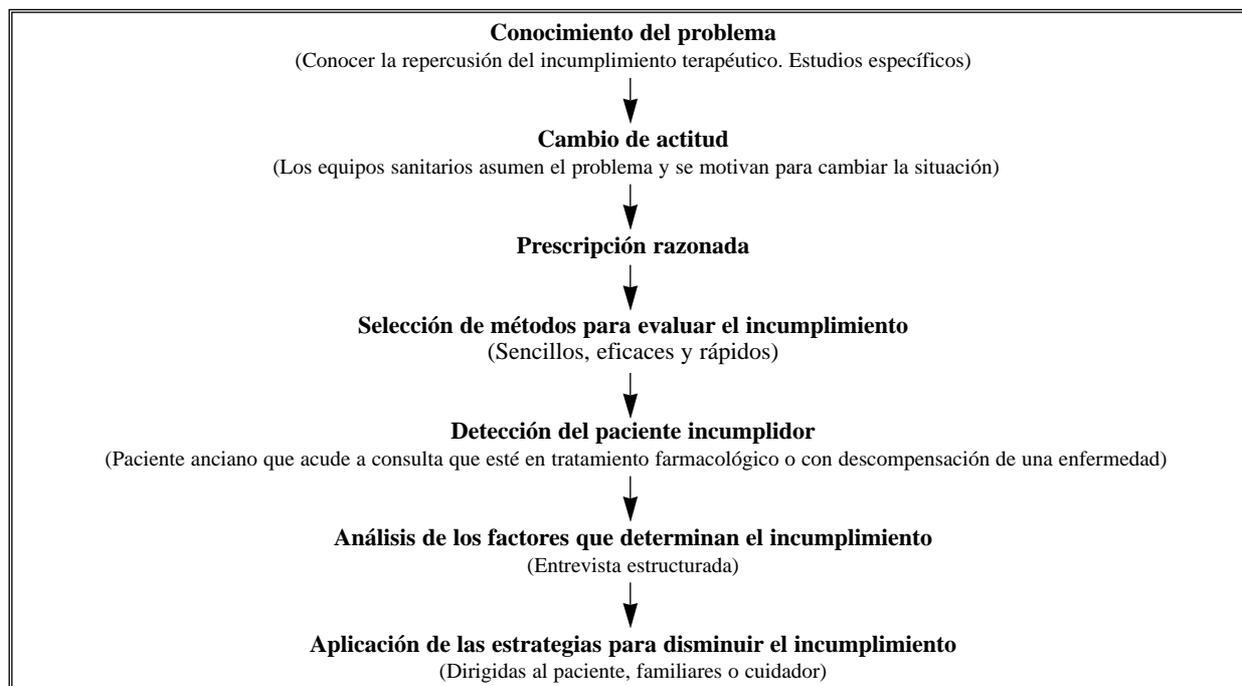
nistración apropiada, porque perciben que toman demasiados medicamentos, los creen inefectivos o por dificultad para tragar los comprimidos. Para establecer el perfil del anciano mal cumplidor, algunos autores mantienen que la decisión de tomar o no tomar un medicamento como está prescrito es una decisión individual que se toma en relación a las creencias que se tienen sobre la enfermedad; estudios que han analizado componentes de un “modelo basado en las creencias en la salud” como predictor de la adherencia en el anciano, han fracasado para demostrar datos significativos (6,10,15,16).

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ANCIANO

El desarrollo de estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos es un proceso complejo que depende del *tipo de tratamiento*, de la *enfermedad* y del *paciente*, y está condicionado por las causas reales que la motivan. Las intervenciones deben ser multidimensionales y necesitan de recordatorios para mantener la efectividad, ya que los beneficios de éstas sobre el cuidador y el paciente anciano disminuyen con el tiempo. Las intervenciones estarán dirigidas a realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso, informar al paciente de la enfermedad y de la necesidad o no del tratamiento farmacológico, seleccionar el medicamento más eficaz y adecuado a las características del paciente, informar de los objetivos a alcanzar y de la necesidad de seguir una pauta terapéutica determinada e informar sobre la posibilidad de efectos adversos), minimizar el número de fármacos prescritos y simplificar la pauta posológica, mejorar la información en la visita médica o al alta hospitalaria, realizar tarjetas calendario o bandejas compartimentales para el manejo de la medicación, mejorar la interacción entre el cuidador y el paciente, y realizar el seguimiento con llamadas domiciliarias recordatorias. También, habrá que intervenir sobre las barreras que dificultan el cumplimiento (problemas de visión, falta de destreza, deterioro cognitivo, dificultad para tragar, ...) (6,18). La figura 1 recoge el flujo de las fases del proceso para abordar y mejorar el cumplimiento terapéutico desde la consulta de atención primaria.

Otro tipo de incumplimiento que se olvida con frecuencia y actúa en detrimento de la salud del paciente, es la falta de adherencia de los médicos prescriptores a las guías de práctica clínica o a la evidencia para algunos tratamientos farmacológicos. Este hecho es más frecuente en el anciano como lo demuestra la poca atención que se presta en esta edad a la prevención farmacológica de las enfermedades cardiovasculares, al tratamiento de la depresión y del dolor (3,25).

FIGURA 1
FASES DEL PROCESO PARA ABORDAR Y MINIMIZAR EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (16)



BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Ministerio de Sanidad y Consumo- Información al profesional – Farmacia - Datos provisionales de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud Enero 2004. Consultado en agosto 2004. Disponible en: http://www.msc.es/profesional/farmacia/datos/cont_datos_provisionalesEnero04.htm
- Palop Larrea V, Martínez-Mir I. Peculiaridades del manejo terapéutico en el anciano. X Congrés Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. València 1988. Libro de Ponencias, 1998:7-13.
- Sanfélix Genovés J, Palop Larrea V, Pereiró Belenguer I, Martínez-Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. *Aten Primaria* 2002;30:163-170.
- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Repercusión clínica y económica del incumplimiento terapéutico. En: VF Gil Guillén, J Merino Sánchez, V Palop Larrea, coords. El cumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. Madrid: Internacional Marketing & Communications SA. 2003;17-24.
- Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. Measurements, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother* 2004;38:303-312.
- Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DJ, editores. Compliance in heart care. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976, 516.
- Wilson HG. Adherence or compliance? Changes in terminology. *Ann Pharmacother* 2004;38:161-162.
- Donovan JL. Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int J Technol Assess Health Care* 1995;11:443-455.
- García FM. Metodología de estudios del incumplimiento terapéutico. En: Sacristán JA, García FM, Martínez-Mir I, Palop V, Amado E, coords. *Cumplimiento Terapéutico*. Madrid: Fundación Lilly, 2001:39-41.
- J Merino Sánchez, VF Gil Guillén. El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. En: VF Gil Guillén, J Merino Sánchez, V Palop Larrea, coords. El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. Madrid: International Marketing & Communications SA. 2003;9-16.
- Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 2):46-51.
- Mateos Campos R, Camacho Álvarez M. Incumplimiento de la prescripción en atención primaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1997;19:41-46.

15. Martínez-Mir I, Palop V. El problema del incumplimiento terapéutico en diferentes áreas. En: Sacristán JA, García FM, Martínez-Mir I, Palop V, Amado E, coords. *Cumplimiento Terapéutico*. Madrid: Fundación Lilly, 2001:73-86.
16. Palop Larrea V, Laparra Magdalena E, Currás Móstoles J, Martínez-Mir I, Trescolí Serrano C. 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 Marketing & Communications SA*. 2003;17-24.
17. Haynes RB, Wang E, Da Mota Gomes M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Educ Counselling* 1987;10:155-156.
18. Rodríguez EP, Zorat M, Gené Badia J. Cumplimiento y entrevista clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 2):52-55.
19. Merino J, Gil VF, Cañizares R. Métodos de medida del cumplimiento aplicados a las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 2):38-45.
20. Piñeiro F, Gil V, Donís M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulina dependiente y dislipemia. *Med Clin (Barc)* 1998;111:565-567.
21. O'Dogherty Caramé P, Morell Sixto E, Molero Portolés D, Martínez Álvaro C, Martín Sanjuán C, López Morán S. Relación de la adhesión al tratamiento médico farmacológico con factores sociales, funcionales y con el estado cognitivo en población demandante de edad avanzada. *Aten Primaria* 1997;20:324-328.
22. Cuenca Boy R, Ortiz de Apodaca Ruíz MA. Incumplimiento terapéutico ambulatorio en ancianos tratados con digoxina. *Aten Primaria* 1998;21:302-306.
23. Grupo de Trabajo sobre Incumplimiento. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. *Med Clin (Barc)* 1993;100:736-740.
24. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. Paciente polimedcado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente?. *Aten Primaria* 2004;33:451-456.
25. Catalán Oliver C, Palop Larrea V, Martínez-Mir I. Enfermedad cerebrovascular en el anciano. Prevención secundaria en un centro de salud. *Año Gerontológico* 1999;13:381-398.