



REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



MESA DE ASMA

Cumplimiento terapéutico

C. Melero Moreno

Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Antes de evaluar el incumplimiento terapéutico, el médico debería saber, tal y como manifestaba Hipócrates, que a menudo los pacientes mienten cuando sostienen que están tomando ciertas medicinas.

Para tener una visión global del tema, primero debe valorarse la otra cara de la moneda, es decir, qué se entiende por cumplimiento terapéutico.

Desde un punto de vista general se interpreta bajo la perspectiva clásica de Haynes como la concordancia entre la conducta del paciente y la prescripción médica, pero entendida en un sentido dinámico no solo para la toma de medicación, sino para todos los aspectos del proceso clínico, que englobaría la conducta y la asistencia a las citas, lo que determina cierto aspecto coercitivo de obediencia hacia el médico, y hace que surjan otros términos para explicar este hecho, vocablos como adherencia, alianza o acuerdo, que nacen de la relación médico-paciente, que se dirigen a facilitar una colaboración voluntaria y responsable en un acuerdo consensuado, pero donde ninguno de ellos da respuesta a las preguntas: ¿cuándo falla la adherencia? o ¿qué se considera adecuado cumplimiento?, y que podrían contestarse mediante las afirmaciones siguientes sobre el cumplimiento: “el que es capaz de mantener un buen estado de salud” o “el mínimo para producir un efecto deseado”, que por sí mismas ambas llevan implícito un resultado difícil de interpretar como respuesta aislada a la adherencia terapéutica.

En cualquier caso, la medición de la adherencia terapéutica es un reto por la repercusión económica, la puesta en duda de la eficacia de un fármaco, especialmente en las enfermedades crónicas, donde la cumplimentación puede ser inferior al 50%.

La adherencia es una variable compleja, multifactorial, en la que influye la variabilidad del comportamiento huma-

no, donde los estudios que se han preocupado de ella han utilizado diferente metodología, por lo que no son comparables, y donde el incumplimiento puede manifestarse de diferentes formas. Además, los múltiples estudios realizados no proporcionan un retrato robot del paciente incumplidor, y muestran un listado que se relaciona con la actitud del personal sanitario, la singularidad del paciente y las características del régimen terapéutico, lo que viene a demostrar que tomar la medicación no es algo arbitrario, sino algo complejo que engloba múltiples componentes que dan como resultado una toma de decisión.

Ninguno de los procedimientos o alternativas para medir la cumplimentación ha sido descrito como ideal, máxime si además de la prescripción se pretende un cambio de conducta, como en la mayoría de las entidades patológicas crónicas. Es un fenómeno que decae con el tiempo y donde los cumplidores e incumplidores forman verdaderos clústers. Sin embargo, la medición de la adherencia es necesaria, aunque la mayoría de las veces sean herramientas muy diversas e imperfectas.

Los métodos de cuantificación directa se basan en la determinación de un fármaco o de sus metabolitos, o de sustancias trazadoras en algún fluido biológico (sangre, orina, saliva o piel) del paciente. Son objetivos, específicos, costosos y a veces molestos, y en alguna manera están limitados a fármacos con vida media larga, que permiten, además de valorar el cumplimiento, optimizar los rangos terapéuticos. Son de gran utilidad en los ensayos clínicos.

Pueden aparecer falsos resultados al referirse a la última dosis tomada, o falsos cumplidores al saberse vigilados, que otorgan como resultado una sobrestimación del cumplimiento. Además, se debe tener en consideración determinadas variaciones genéticas del metabolismo de algunos fármacos (teofilinas, tuberculostáticos).

Los métodos indirectos son menos fiables, pero son sencillos y baratos. Son menos objetivos, por lo que se identifica una parte de los incumplidores. No se pueden cuantificar, pero sí proporcionan una puntuación en la vida real, son aplicables en la práctica clínica cotidiana, y son sencillos y baratos. Están basados de modo general en el recuento o en la entrevista clínica con diferentes escalas o cuestionarios autoadministrados validados y comprenden: el juicio clínico, los autoinformes, sistemas de recuento y peso, resultados terapéuticos y control a través de bases de datos. Son fiables, con un alto valor predictivo positivo, principalmente si el paciente se confiesa incumplidor.

De cualquier modo, la medición de la adherencia terapéutica es una tarea compleja y exige, para tener una visión global, un recorrido por las diferentes particularidades de cada uno de los diferentes métodos, objetivo de parte de esta mesa, para obtener una estimación del más adecuado en cada circunstancia, puntualizando sobre el caso de la medicación inhalada, y donde se demuestra la necesidad de una cuantificación, máxime cuando se trata de diferenciar pobre adherencia, eficacia terapéutica o insuficiente tratamiento.

Bibliografía recomendada

- Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, Zuwallack RL. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157:1810-17.
- Bandura A, editors. *Self-efficacy: thought control of action*. New York: Freeman; 1997.
- Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur Respir J*. 1995;8:899-904.
- Bozek A, Jarzab J. Adherence to Asthma Therapy in Elderly Patients. *J Asthma*. 2010;47:162-5.
- British Guideline on the Management of Asthma. Revised edition published 2011. Available at: <http://www.brit-thoracic.org.uk/guidelines.aspx>
- Møldrup C, Stein J, Søndergaard B. "Patients don't lie"; a view on adherence in asthma. *Pharm World Sci*. 2010;32:795-8.
- Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, et al. Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: the Medication Adherence Report Scale for Asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;103:325-31.
- Denyer J. Adherence monitoring in drug Delivery. *Expert Opin Drug Deliv*. 2010;7:1127-31.
- Epstein LH, Cluss PA. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *J Consulting Clin Psychol*. 1982;50:950-71.
- Goethe JW, Maljanian R, Wolf S, Hernández P, Cabrera Y. The impact of depressive symptoms on the functional status of inner city patients with asthma. *Ann Allergy*. 2001;87:205-10.
- Gossec L, Tubach F, Dougados M, Ravaud P. Reporting of adherence to medication in recent randomized controlled trials of 6 chronic diseases: a systematic literature review. *Am J Med Sci*. 2007;334:248-54.
- Lim KG, Rank MA, Li JT, et al. How well does patient self-report predict asthma medication possession? Implications for medication reconciliation and adherence assessment. *J Asthma*. 2010;47:878-82.
- López Viña A. Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:334-40.
- Milgrom H, Wamboldt F, Bende B. Monitoring adherence to the therapy of asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2002;2:201-5.
- Perpiñá M. Fármacos para el asma: eficacia temores e incumplimiento. *Arch Bronconeumol*. 2002;38 Supl 4:22-9.
- Horne R. Compliance, adherence, and concordance implications for asthma treatment. *Chest*. 2006;130:65S-72S.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. 2009;11:183-91.
- Seligman M. *Indefensión*. Madrid: Debate; 1991.
- Julius SM, Sherman JM, Hendeles L. Accuracy of three electronic monitors for metered-dose inhalers. *Chest*. 2002;121:871-6.
- Uldry C, Leunberger P. compliance, psychological factors and patient education in difficult or therapy-resistant asthma. *Eur Respir Rev*. 2000;10:97-101.