

■ ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico

Review of strategies used to Improve drug adherence

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

¹Doctor en Farmacia. Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico por la Universidad de Granada. Farmacéutico Comunitario en Talavera de la Reina (Toledo).

²Doctora en Veterinaria. Profesora Asociada de la Cátedra de Cirugía. Facultad de Veterinaria. Universidad de Extremadura.

³Doctor en Farmacia. Coordinador de proyectos docentes y de investigación. Integrante del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

⁴Licenciado en Farmacia por la Universidad de Salamanca. Farmacéutico Comunitario en Alcañizo (Toledo).

⁵Doctor en Farmacia. Profesor Titular de Físico-Química. Universidad de Granada. Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

⁶Doctora en Farmacia. Profesora titular de Bioquímica Molecular. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

RESUMEN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema relacionado con el proceso de uso de los medicamentos que puede dar lugar si no se soluciona a resultados negativos asociados a la medicación. Es necesaria la aplicación de medidas y estrategias que permitan corregir esta situación. El objetivo del estudio es identificar las estrategias de ayuda al cumplimiento del tratamiento farmacológico que sean aplicables en la práctica clínica por los profesionales de la salud para ayudar a los pacientes a conseguir los resultados en salud que se esperan de los medicamentos. Tras esta revisión, se han encontrado siete tipos de estrategias para abordar y mejorar la adherencia al tratamiento y que presentan posibilidades para su aplicación en la práctica clínica son: Estrategias técnicas, educativas, conductuales, tratamiento de observación directa, técnicas de apoyo social, técnicas dirigidas a profesionales y recuerdo de las estrategias.

Palabras clave: Incumplimiento Terapéutico, Adherencia a la medicación, Estrategias/ Strategies.

ABSTRACT

REVISION OF THE STRATEGIES USED TO IMPROVE ADHERENCE TO DRUG TREATMENT

Non-adherence to drug treatment is a problem related to the process of using medicines. If this problem is not solved, it can give room for negative results associated with medication. It is necessary to apply some measures and strategies to correct this fact. The aim of this study is to identify the aid strategies to treatment compliance. These strategies have to be applied by health professionals

Fecha de recepción: 08/01/14 **Fecha de aceptación:** 05/04/14

Correspondencia: M A Rodríguez Chamorro
Correo electrónico: miguelrodriguez@redfarma.org

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

in clinical practice so as to help patients to achieve the health outcomes that are expected from medicines. After this revision, we have found seven types of strategies, which offer possibilities to be applied in clinical practice, to address and improve adherence to treatment. These strategies are: Technical Strategies, educational, behavioral, directly observed treatment, social support techniques, techniques for professionals and remembrance of the strategies.

Keywords

Therapy Non-compliance, Medication Adherence, Strategies.

Introducción

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema relacionado con el proceso de uso de los medicamentos que puede dar lugar si no se soluciona a resultados negativos asociados a la medicación ⁽¹⁾. Es necesaria la aplicación de medidas y estrategias en el proceso de uso de los medicamentos que permitan corregir esta situación con el fin de intentar obtener resultados positivos en la salud de los pacientes mediante una correcta toma de la medicación. A pesar de todo un correcto proceso de uso de los medicamentos tampoco puede garantizar un 100% de resultados positivos en salud ⁽²⁾.

Las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico van a pretender que haya coincidencia entre las instrucciones dadas por el profesional sanitario respecto a la medicación y la realización de éstas por parte del paciente ⁽¹⁾. Por tanto, los objetivos van a ser las diversas causas o barreras que dificultan el adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico. El desarrollo de estrategias para mejorar la adherencia es un proceso complejo que depende del tipo de tratamiento, de la enfermedad y del paciente, y que está condicionado por las causas reales que lo motivan ⁽³⁾.

Las nuevas tecnologías que se están desarrollando, así como los nuevos sistemas de comunicación, podrían brindar una importante ayuda a los pacientes que presenta dificultades en la adherencia a la medicación.

Las características de los pacientes que se tienen que considerar para poder valorarlos y decidir sobre las estrategias más adecuadas son: Edad, medicamentos utilizados (polimedicación), dependencia, problemas cognitivos, problemas de memoria que ocasionan olvidos de la toma de la medicación, motivación para cumplir el tratamiento, presencia de cuidador o familiar responsable y otros problemas físicos ⁽¹⁾.

Objetivos

Identificar las estrategias de ayuda al cumplimiento del tratamiento farmacológico que sean aplicables en la práctica clínica por los profesionales de la salud (farmacéuticos, médicos, enfermeras, etc.) para ayudar a los pacientes a conseguir los resultados en salud que se esperan de los medicamentos.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica durante mayo de 2013 en las bases de datos Medline, PubMed, EMBASE, MEDS, IPA, DYALNET y en las referencias de los artículos considerados relevantes, para obtener estudios publicados sobre estrategias para evitar el incumplimiento de la medicación. La estrategia de búsqueda fue utilizando los términos “compliance and drug” y “adherence and drug”, en títulos o resúmenes, publicados entre enero de 1980 y mayo de 2013, en los cuales se utilizaron estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Además, se revisaron aquellas tesis doctorales que trataban sobre el incumplimiento terapéutico.

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

Resultados

Las estrategias para la mejora de la adherencia que se han encontrado y presentan posibilidades para su aplicación en la práctica clínica son las que se describen a continuación, organizadas en 7 grupos:

1. Estrategias técnicas
2. Estrategias educativas
3. Estrategias conductuales
4. Tratamiento de observación directa
5. Técnicas de apoyo social
6. Técnicas dirigidas a profesionales
7. Recuerdo de las estrategias

1. Estrategias Técnicas

- Simplificación del régimen^(4,5).
- Dosis menos frecuentes⁽⁶⁾.
- Fórmulas de liberación controlada⁽⁷⁾.
- Combinación de fármacos⁽⁸⁾.

2. Estrategias educativas

- **Información médica en la consulta:**
El médico junto con la receta debe proporcionar la información necesaria que permita al paciente una correcta adherencia al tratamiento prescrito ⁽⁹⁾.
- **Dispensación informada:**
Mediante la dispensación el farmacéutico debe asumir la responsabilidad sobre los medicamentos dispensados y suministrar la información necesaria oral o escrita para reforzar la adherencia e intentar evitar tanto el incumplimiento involuntario como el voluntario. Una buena dispensación puede proporcionar el conocimiento necesario al paciente del uso de sus medicamentos, esto puede llegar a evitar el incumplimiento involuntario y también debe promover la utilización de la medicación, intentar cambiar la actitud del paciente para que tome la medicación e impedir el posible incumplimiento voluntario. Por tanto, el farmacéutico debe tratar de informar y formar al paciente sobre el uso de los medicamentos dispensados, sobre los objetivos del tratamiento, sobre cómo utilizar los medicamentos, cuándo y durante cuánto tiempo. Además, de promover su uso e intentar que el paciente asuma la necesidad de tomar los fármacos para lograr el objetivo terapéutico ⁽¹⁰⁾.
- **Educación sanitaria:**
La educación sanitaria ya sea de forma individualizada o en grupos, dirigida a los pacientes constituye uno de los ejes fundamentales para conseguir un adecuado uso de los medicamentos. Es necesario que exista colaboración entre todos los profesionales sanitarios. Así, la educación sanitaria implica una responsabilidad compartida entre profesional y paciente, para buscar un uso racional de los medicamentos, con eficacia y que permita alcanzar un adecuado cumplimiento de los tratamientos farmacológicos.

La información aportada deberá ser adaptada a las capacidades de los pacientes, utilizando un lenguaje claro y fácil de entender. Está comprobado que un mayor conocimiento de la patología padecida y de

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

los efectos adversos ⁽¹¹⁾, consigue un mayor grado de cumplimiento. Por tanto, los conocimientos proporcionados deben versar sobre las enfermedades de los pacientes, e incidir en los problemas que se originan cuando se produce el incumplimiento de la dosis, de la pauta o de las recomendaciones específicas de uso, así como de los beneficios que se obtienen si se sigue de forma adecuada el tratamiento ⁽²⁾.

El profesional sanitario, mediante la educación, buscará motivar a los pacientes para adquirir las conductas adecuadas que permitan que el paciente se implique y tome parte activa en su régimen terapéutico. Por otra parte, en pacientes crónicos, la educación sanitaria debe ser continuada en el tiempo, para evitar que la monotonía conlleve a un abandono del tratamiento o al incumplimiento del mismo ⁽¹⁾.

Los medios para proporcionar esta información son variados ⁽⁹⁾:

- Carteles informativos sobre la adherencia a la medicación, que pueden estar expuestos en lugares visibles de los centros sanitarios.
- Dípticos, trípticos o folletos sobre la necesidad de una buena cumplimentación del tratamiento farmacológico.
- Etiquetas adhesivas con pictogramas educativos sobre precauciones de uso, efectos secundarios, condiciones de conservación, etc.
- Información en revistas de salud.
- Educación individual motivadora.
- Charlas educativas sobre cumplimiento: se deben adaptar a las características de la población a la que van dirigidas.
- Aparición del profesional sanitario en los distintos medios de comunicación y tratar este tema.
- Material audiovisual de diferentes patologías.
- Autocontrol de parámetros relacionados con alguna patología. En ciertos procesos crónicos, la participación del propio paciente en el control del proceso patológico, puede tener un impacto favorable sobre el grado de control de la enfermedad y sobre el cumplimiento. Ejemplo: auto-medida de la presión arterial (AMPA) ⁽¹²⁾, automedida de valores de glucemia y de colesterol. Etc.

3. Estrategias conductuales

a. Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) ^(2,9).

Los Sistemas Personalizados de dosificación (SPD, SID, SIDD, DAC, Medipack®, Venalik®, Nomad® y otros dispositivos multicompartimentales) son dispositivos de control de la medicación, que pueden clasificarse.

- Según el número de días de tratamiento (uno a siete días).
- Según el número de alvéolos o dosis que cada dispositivo puede contener por día (una, tres, cuatro, hasta seis dosis diarias).
- Dispositivos reutilizables (como es el caso del Medipack®, del sistema multicompartimental o de los cassettes plásticos).
- Dispositivos desechables (blísteres) que pueden ser termo-sellables o de sellado en frío.

Son sistemas de postdispensación que están especialmente diseñados para facilitar la toma correcta de los medicamentos y en el cual se reacondiciona toda la medicación sólida que toma el paciente, según la pauta prescrita, y siguiendo unos protocolos normalizados de trabajo. Borrás ⁽¹³⁾, indica que estos dispositivos no han de visualizarse como un elemento de ayuda “aislado”, sino como parte de una estrategia global que tiene como finalidad el compromiso del paciente con su tratamiento, el buen manejo de los efectos adversos y las contraindicaciones, y la confianza del paciente respecto a los beneficios de la terapia.

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

Pero, aunque la evidencia científica sobre la eficacia del SPD no es concluyente, diversos estudios ^(14,15) indican que este dispositivo podría ser útil para la mejora del cumplimiento y para la detección del incumplimiento, ya que estos sistemas deben devolverse para retirar la nueva medicación, lo que permitirá identificar el incumplimiento.

Este tipo de dosificadores constituye una gran ayuda para aquellos pacientes que, debido a sus características o a las del tratamiento farmacológico, el médico o farmacéutico lo considere necesario. Aunque la decisión puede ser tomada bajo criterio profesional, hay diversos parámetros que ayudan a la decisión ⁽⁹⁾:

- Pacientes con problemas cognitivos.
- Pacientes de edad avanzada.
- Tratamientos con 3 o más fármacos (polimedicados).
- Pacientes sin familiar o cuidador de referencia.
- Toma de dosis irregulares.
- Pacientes de edad avanzada y olvidadizos.
- Pacientes invidentes

El beneficio que aporta el SPD se debe a que al tener toda la medicación en este tipo de dispositivos se evitarán los olvidos, las dosificaciones defectuosas y las duplicaciones posológicas. Además, es indispensable enseñar al paciente el uso del SPD, mediante un dispositivo que contenga “placebo” y comprobar que sabe manipularlo y ha entendido las órdenes.

No se debe comenzar a utilizar el SPD si el paciente no maneja y conoce perfectamente el dispositivo. Si no fuese posible, se requeriría de un familiar o cuidador para que ayudase en la atención del paciente. El SPD facilita la labor de los cuidadores de enfermos polimedicados, siendo además este sistema demandado por los médicos de familia para mejorar el cumplimiento ⁽²⁾.

b. Sistemas de Recuerdo Horario (SRH).

Los sistemas de recuerdo horario de la toma de la medicación basan su eficacia en que el olvido es una de las principales causas del incumplimiento y pueden llegar a ser la solución más importante ^(16,17,18). Los olvidos son más frecuentes al aumentar la complejidad del régimen terapéutico, al aumentar el número de fármacos prescritos, cuando se asocian a modificaciones del estilo de vida o cuando coincide el horario de la toma con ciertas ocupaciones. Por tanto, es fundamental, una adecuación terapéutica adaptada a cada paciente.

Los SRH los podemos clasificar en dos grupos principales:

b1-Sistemas de recuerdo horario de la toma:

- Alarmas horarias. Son eficaces y baratas, y suelen dar buenos resultados. Desde el uso del tradicional reloj despertador hasta otros sistemas más sofisticados como son las tarjetas de cumplimiento. Este tipo tarjeta, que nace en Holanda, es un dispositivo electrónico, con unas dimensiones parecidas a las de una tarjeta de crédito y que emite un sonido para recordar al paciente la toma de la medicación. Este tipo de sistemas suelen ser muy útiles en ancianos ^(17,18).
- Llamadas telefónicas realizadas por sistemas automáticos, familiar o por sanitarios ⁽⁹⁾. Esta estrategia ha dado buenos resultados, pero resulta cara y, además, da mucho trabajo a las personas encargadas de hacer las llamadas, lo que limita bastante su uso. Se puede utilizar al empezar algún tratamiento, durante un tiempo limitado, para intentar acostumbrar al paciente a tomar la medicación a la hora programada. Los sistemas

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

automatizados presentan una mejor relación coste-eficacia ^(19,20).

- Mensajes postales de recuerdo horario. Este tipo de estrategia suele ser poco efectiva, sin embargo, en combinación con otros sistemas puede llegar a dar buenos resultados ^(9,21).
- Mensajes SMS a teléfonos móviles. Este tipo de mensajes, tanto los de salud, como los que informan sobre el cumplimiento, no acaban de obtener buenos resultados, como indican distintos trabajos científicos ^(17,22). Otro inconveniente que presenta es que resultan caros y por tanto, hasta ahora sólo se han utilizado en trabajos de investigación sobre el cumplimiento. Por otra parte, es necesario que los pacientes posean un teléfono móvil para uso personal y que lo tenga encendido. Además, deben saber utilizar el sistema de lectura de mensajes de su móvil. Algunos de estos mensajes pueden ser del tipo: “tómese la pastilla de la diabetes con el desayuno”, “recuerde tomar las pastillas como le ha explicado su farmacéutico”, etc.
- Asociación de la toma de la medicación con alguna actividad cotidiana. Con este método se pretende crear una costumbre que relacione la toma de la medicación con una actividad que se realice a la hora que interese. Se deben proporcionar pautas y trucos para recordar ⁽⁹⁾. Por ejemplo acostumbrarse a tomar la medicación con el desayuno, al acostarse, etc.
- Involucrar a algún miembro de la familia. Instaremos a los pacientes olvidadizos a que involucren a algún miembro de su familia para que le avise a la hora de tomar la medicación ⁽¹⁰⁾.
- Mensajes de correo electrónico. En ellos se recuerda al paciente que tome la medicación. Son muy prácticos porque se pueden acompañar de educación sanitaria. Es un sistema muy barato, aunque requiere que el paciente interesado tenga conocimientos básicos de informática y dirección de correo electrónico. Se pueden crear grupos de pacientes en función de la patología que puede permitir el envío de información personalizada ⁽⁹⁾.
- Envases con chip inalámbrico emisor de señales. Las señales pueden ser luminosas, parpadeantes y alarmas sonoras si al paciente se le pasa la hora de tomar su medicamento. El chip del envase envía una señal a una lamparita enchufable para emitir las señales luminosas. Algunas compañías están desarrollando tecnologías para mejorar la regularidad con la que los pacientes toman sus medicamentos. Glow Cap, fabricada por Vitality Inc., es una tapa que contiene un chip inalámbrico que se comunica con un tomacorriente y una luz que parpadea en naranja cuando el paciente olvida tomar su pastilla. La tapa también emite destellos y sonidos. Si el frasco no se abre tras la hora programada para tomar la dosis.
- Envases o tapas para frascos de medicamentos que actúan como cronómetros. Funcionan contando las horas y minutos desde que el envase fue abierto por última vez, fabricados por RX Timer Cap LLC, con sede en California.
- Monitores electrónicos de control de la medicación. (MEMS) (Monitors Events Medication Systems): Los MEMS son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado, de tal forma que un microchip colocado en el tapón de cierre del envase de los comprimidos, controla automáticamente la apertura de éste, registrando la hora y la fecha en que se produce la apertura del envase, por tanto, informa no sólo sobre la cuantificación del incumplimiento, sino también sobre el patrón horario del incumplimiento ⁽²⁾. Este método es caro ⁽²³⁾, por ello en la actualidad tan sólo se utiliza para ensayos clínicos. Sin embargo, su propio uso puede considerarse un método de intervención para mejorar el cumplimiento terapéutico.

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

b2- Sistemas de recuerdo de la pauta y de instrucciones básicas:

- **Hoja de medicación o tarjetas de tratamiento.** Consisten en una ficha informativa personalizada que se entrega al paciente, que incluye el listado de fármacos prescritos, ordenados cronológicamente, así como la posología y características específicas en cuanto a su administración. Permite al paciente obtener la información sobre su medicación en cualquier momento, evitando errores involuntarios y facilitando el cumplimiento ⁽⁹⁾.
- **Etiquetas adhesivas con pictogramas de posología.** Son instrumentos que se pegan en la caja de medicamentos, y que informan al paciente de la posología de su tratamiento. Constituyen un soporte, mediante pictogramas y números, de la atención farmacéutica, con el objeto de mejorar el cumplimiento terapéutico ⁽⁹⁾.
- **Anotación de posología y consejos de uso en la caja.** Consiste en anotar en las cajas de los medicamentos de forma breve las instrucciones básicas sobre la pauta posológica del tratamiento prescrito o indicado ⁽⁹⁾. Por ejemplo: “1-1-1”, “1 comp en la comida”, etc. Asimismo, algunos envases pueden incluir cuadros de posología.
- **Blíster calendario.** Que facilita la toma diaria de la medicación y evita duplicidades. Actualmente presente en muchas especialidades farmacéuticas ^(10,17).
- **Fichas calendario de cumplimiento para anotación de que se ha tomado la medicación.** En ellas se anotará las tomas que el paciente vaya realizando, de esta forma se evitan errores como las duplicidades y el paciente puede controlar su régimen terapéutico con más facilidad. El calendario de cumplimiento, permite comprobar si los pacientes han tomado la medicación y evita que muchos pacientes, sin darse cuenta, dejen de tomar la medicación. Se debe tener con la medicación y se anotará una cruz cuando se toma cada pastilla. Se adaptará al número de medicamentos y al número de tomas de cada paciente ^(9,17).
- **Apps para móviles o tablets.** Una App es una aplicación de software que se instala en dispositivos móviles o tablets para ayudar al usuario en una labor concreta, ya sea de carácter profesional o de ocio y entretenimiento, en este caso para facilitar el cumplimiento. Un “Pastillero virtual para Smartphone” es una aplicación para dispositivos móviles que ayuda a personas mayores con múltiples patologías a autogestionarse mejor la medicación. Mediante este asistente virtual personalizado se espera disminuir la frecuencia de errores con la medicación y aumentar el bienestar y la autonomía de los pacientes. Se instala en la tableta o el smartphone del paciente y ofrece más prestaciones que el pastillero habitual, como emitir alertas mostrando la fotografía del envase y del propio fármaco o informar sobre la conservación y el uso adecuado de los medicamentos. Incluso permite introducir sugerencias sobre ejercicio físico y la dieta. El objetivo son personas mayores de 65 años pluripatológicas y polimedizadas que sufren dos o más patologías crónicas y que toman cinco fármacos o más al día. Existen también aplicaciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento anticonceptivo como *daily pill* de Stada que ofrece un recordatorio diario del tratamiento anticonceptivo. Este tipo de utilidades pueden llegar a suponer, en no mucho tiempo, una auténtica revolución en la mejora de la adherencia a la medicación.
- **Código de barras bidimensional, o código QR.** Presentes en los envases que el paciente puede escanear con su teléfono inteligente para descargar un video corto con información sobre el medicamento.

4. Tratamiento con Observación Directa (TOD)

El método TOD consiste en asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una tercera persona que observa directamente la toma de la medicación por parte del paciente en una pauta terapéutica intermitente de dos o tres veces por semana.

El tratamiento directamente observado (TOD), es por tanto, otra forma de mejorar la adherencia que se ha empleado con éxito en el tratamiento de la tuberculosis, como así lo demuestran diversos trabajos ^(24,25,26). Este método también

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

se ha intentado adaptar a las características de los tratamientos antirretrovirales, habiéndose obtenido resultados favorables en diversos estudios a corto y largo plazo, aunque no están bien definidos los programas que mejor se adaptan al TAR, siendo necesario clarificar la duración óptima del mismo, cuales son los mejores candidatos para ingresar en estos programas y si su relación coste-efectividad, es favorable.

Los farmacéuticos comunitarios son profesionales idóneos para la realización de un TOD debido a las ventajas de accesibilidad al paciente y el conocimiento de toda la medicación utilizada.

Las características de la población diana del método TOD son las siguientes ^(9,10):

- Pacientes con mal cumplimiento previo.
- Pacientes que tienen dificultad en seguir otros tratamientos.
- Usuarios de sustancias psicoactivas: alcohol, benzodiazepinas, heroína, etc.
- Personas con trastornos mentales o psíquicos.
- Personas que avisan desde el principio, “que son incapaces de llevar un régimen terapéutico de forma continuada”.
- Pacientes que no realizan el tratamiento profiláctico pactado previamente.

Para la realización del método TOD es necesario la captación de los pacientes mediante los programas en tuberculosis que realizan la Comunidades Autónomas. Requiere el seguimiento de un protocolo establecido y la colaboración multidisciplinar de todos los profesionales sanitarios.

5. Estrategias de apoyo social

Este tipo de apoyo se entiende como un concepto de muchos componentes, incluye información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros, ya sea la comunidad, familia o amigos que tiene efectos conductuales positivos en la adherencia del paciente.

- Ayuda domiciliar ⁽⁹⁾.
- Terapia familiar ^(9,17).
- Grupos de apoyo ^(9,17).

6. Estrategias dirigidas a profesionales

- Información a los profesionales sanitarios ^(2,9,10).
- Cursos a los profesionales sanitarios ^(2,9,10).
- Recordatorios a los profesionales sanitarios ^(2,9,10).
- El propio control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios favorece el cumplimiento ^(2,9,10).

7. Recuerdo de las estrategias a los pacientes incumplidores es sugerida por varios estudios ^(3,17,27,28,29) que indican que son necesarios recordatorios para mantener la efectividad, ya que los beneficios de las intervenciones disminuyen con el tiempo.

Conclusiones

Tras esta revisión, se han encontrado siete tipos de estrategias para abordar y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes: estrategias técnicas, educativas, conductuales, observación directa, apoyo social, dirigidas a profesionales y recuerdo de las mismas. (Tabla 1)

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

ESTRATEGIA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Estrategias Técnicas -Simplificación del régimen. -Dosis menos frecuentes. -Fórmulas de liberación controlada. -Combinación de fármacos.	Reconocida efectividad. Fáciles de aplicar por parte del médico. Muy útiles en pacientes polimedicados. Muy buena relación coste-efectividad. Pueden considerarse estrategias de primera línea.	No es posible para todos los medicamentos y patologías. Poca disponibilidad de combinaciones. Necesita la reiteración en el tiempo.
Estrategias Educativas	No suele suponer costes económicos adicionales. En general, buena relación coste-efectividad. Son fáciles de ejecutar.	Necesidad de tiempo y trabajo por parte de profesionales sanitarios. Se deben adaptar al tipo de paciente. Escasos resultados a largo plazo, necesita combinarse con otras estrategias.
Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).	Permite valorar la adherencia. Buena relación coste-efectividad. Muy útil en pacientes polimedicados.	Necesidad de tiempo y trabajo para su preparación. La falta de remuneración limita una oferta más global.
Sistemas de recuerdo horario de la toma	Muy efectivas. Relación coste-efectividad media, en función del método empleado.	En algunos casos requiere conocimientos básicos de informática. Puede necesitar habilidad en manejo de aparatos electrónicos.
Sistemas de recuerdo de la pauta y de instrucciones básicas	Muy efectivas. Relación coste-efectividad media, en función del método empleado.	Puede necesitar habilidad en manejo de aparatos electrónicos y un mínimo nivel cultural.
Apps para móviles o tablets	Muy efectivas. Relación coste-efectividad buena. En expansión su uso y creación de nuevas apps.	Necesidad de disponer de móvil o tablet. Puede necesitar habilidad en manejo de aparatos electrónicos.
Tratamiento con observación directa (TOD)	Útil en enfermedades como tuberculosis y SIDA. Buena relación coste-efectividad.	Requiere el seguimiento de un protocolo establecido y la colaboración multidisciplinar de profesionales sanitarios. Requiere clarificar la duración óptima del mismo y captación de los mejores candidatos para ingresar en estos programas.
Estrategias de apoyo social -Ayuda domiciliar. -Terapia familiar. -Grupos de apoyo.	Muy efectivas. Relación coste-efectividad buena.	Necesitan la reiteración en el tiempo para mantener la efectividad.
Estrategias dirigidas a profesionales -Información a los profesionales sanitarios. -Cursos a los profesionales sanitarios. -Recordatorios a los profesionales sanitarios. -El propio control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios favorece el cumplimiento.	Muy efectivas. Relación coste-efectividad buena	Necesitan la reiteración en el tiempo para mantener la efectividad.

Tabla 1. Resumen comparativo de las diferentes estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

En función de los objetivos de mejora de porcentajes de pacientes cumplidores, se ha observado que no existe ningún método de intervención superior a otros para mejorar la adherencia del paciente a cualquier tratamiento farmacológico y parece demostrado que las intervenciones que combinan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que los centrados en uno solo de estos aspectos.

En este tipo de intervenciones deben incluirse elementos educativos, que impliquen no solo una adecuada comunicación, sino también una atención especial a la motivación, que debe ser más intensa si se pretende mantener en el tiempo el nuevo hábito. Una vez consolidada esta actitud, habrá que hacer hincapié en medidas de soporte que refuercen la base cognoscitiva y conceptual ya lograda.

Las nuevas tecnologías y entre ellas las apps deben ser aprovechadas, pues pueden suponer una ayuda inesperada, pero importante.

Finalmente, no se han encontrado intervenciones con mayor ventaja sobre las demás, por lo tanto, el enfoque del paciente específico, ha de ser individualizado.

Bibliografía

- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Martínez FM, Dader MJ. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. *Aten Prim*. 2011; 43(5): 245-253.
- Rodríguez Chamorro MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Marzo 2009.
- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2004; 28(5): 113-120.
- Domino FJ. Improving adherence to treatment for hypertension. *Am Fam Physician*. 2005; 71: 2089-2090.
- Cockburn J. Doctor-patient communication. Asthma adherence workshop report. National Asthma Campaign. Melbourne. 1997; 40-41.
- Akpa MR, Agomuoh DI, Odiá OJ. Compliance among hypertensive patients in Port Harcourt, Nigeria. *Niger J Med*. 2005; 14:55-57.
- Brown BG, Bardsley J, Puolin D. Moderate dose, three drug therapy with niacin, lovastatin and colestipol to reduce low-density lipoprotein cholesterol < 100 mg/dl in patients with hyperlipidemia and coronary Heart disease. *Am J Cardiol*. 1997; 80: 111-115.
- Williams B, Shaw A, Durrant R, Crinson I, Pagliari C, De Lusignan S. Patient perspectives on multiple medications versus combined pills: a qualitative study. *QJM*. 2005; 98: 885-893.
- Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Ruiz García E, Pérez Merino EM. La adherencia al tratamiento farmacológico desde la farmacia comunitaria (y III). *Aula de la farmacia*. 2011; 83(7):30-41.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Ruiz García E. Cómo implantar un servicio de ayuda al cumplimiento en una farmacia comunitaria. Módulos 1, 2, 3 y 4. Disponible en: www.auladelafarmacia.org/sefac.
- Almas A, Hameed A, Ahmed B, Islam M. *J Coll. Physicians Surg Pak*. 2006; 16: 23-26.
- Orueta R. Comentario: Automedicación de la presión arterial, cumplimiento terapéutico y control de la presión arterial. *Aten Prim*. 2005; 35: 238-239.
- Borrás Vivés R. Sistemas personalizados de dispensación desde la farmacia comunitaria. *Aula de la farmacia*. 2005; 20(2): 8-22.

M.A. Rodríguez Chamorro¹, E.M. Pérez Merino², E. García Jiménez³, A. Rodríguez Chamorro⁴, F. Martínez Martínez⁵, M. J. Faus Dader⁶.

14. Serra-Prat M, Bartolomé M, Fité B, Agustí C. Eficacia de un sistema personalizado de dosificación (SPD) en la mejoría del cumplimiento terapéutico en ancianos polimedificados. *Aten Prim.* 2006; 37(9):524-526.
15. Estrada Izquierdo M, Simón Düringer E, Almirall Bolibar M. Utilización de Medipack® en las farmacias españolas (II): Evaluación de la mejora del cumplimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp.* 2001; 3 (Extr): 61-90.
16. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García-Jiménez E. Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. *Pharm Care España.* 2006; 8(2):62-68.
17. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. *FMC.* 2001; 8: 558-573.
18. Orr A, Orr D, Willis S, Holmes M, Britton P. Patient perceptions of factors influencing adherence to medication following kidney transplant. *Psychol Health Med.* 2007; 12(4): 509-517.
19. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Educ Couns.* 2005; 57: 5-14.
20. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm.* 1981; 38: 676-679.
21. Márquez Contreras E, Casado JJ, Celotti B, Martín JL, Gil R, López V, Domínguez R. El cumplimiento terapéutico en la HTA. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria. *Aten Prim.* 2000; 26:5-9.
22. Márquez Contreras E, De la Figuera von Wichmann M, Gil Guillén V, Ylla Catalá A, Figueras M, Balaña M, Naval J. Eficacia de una intervención informativa a hipertensos mediante mensajes de alerta en el teléfono móvil (HTA-ALERT). *Aten Prim.* 2004; 34(8): 399-407.
23. Baulman J, Dussing R, Mengden T. Therapy resistant hipertensión significance of electronic compliance monitoring. *Dtsch Med Wochenschr.* 2002; 127(45):2379-2382.
24. Volmink J, Matchaba P, Garner P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet.* 2000 Apr 15; 355(9212): 1345-1350.
25. Salar Ibáñez L, Dualde Viñeta E, Bernardeau Maestro E, García Cebrián F. Programa TOD (Tratamiento de Observación Directa) de Valencia. Implantación y experiencia iniciales. *Pharm Care Esp.* 2000; 2: 28-41.
26. Davidson BL. A controlled comparison of directly observed therapy vs. self-administered therapy for active tuberculosis in the urban United States. *Chest.* 1998; 114: 1239-1243.
27. Dalfo Baque A, Capillas Pérez R, Guarch Rocarias M, Figueras Sabater M, Ylla-Catalá Passola A, Balana Vilanova M. Efectividad de la automedicación de la presión arterial en pacientes hipertensos: estudio Dioampa. *Aten Prim.* 2005; 35: 233-237.
28. Lee J, Grace K, Taylor A. Effect of pharmacy care program of medication adherence and persistente, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol. *Jama.* 2006; 296.
29. Merino J, Gil VF. Cumplimiento: un hallazgo y un desafío. *Med Clin (Barc).* 2001; 116 (Supl 2): 1-3.