

Sumario:

pg.

1. Copago farmacéutico e incumplimiento terapéutico.....1
2. Métodos para medir la adherencia terapéutica.....6

COPAGO FARMACÉUTICO E INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Martín Fernández-Gallardo AM. Área de Farmacia del SESCAM.

La introducción en España en julio de 2012 del nuevo copago farmacéutico supuso un aumento del coste de adquisición de los medicamentos para la mayoría de la población y por primera vez un coste para los pensionistas. Desde entonces han sido muchas las voces que han alertado del impacto de esta medida, no sólo en la economía de los afectados sino también, por razones económicas, de su repercusión en un aumento del incumplimiento terapéutico y en consecuencia de su repercusión sobre la salud de los ciudadanos.

INTRODUCCION

Un informe de la OMS encargado a un grupo de expertos en 2004¹ define la adherencia terapéutica como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida—se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. En él se hace hincapié en diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia: la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones recibidas.

Conforme a esta definición una adherencia deficiente al tratamiento se produce pese a la voluntad del paciente de seguir las recomendaciones recibidas y es el resultado de la exposición a cinco factores condicionantes¹:

- Socioeconómicos, como la edad, raza o lejanía del entorno de tratamiento.
- Relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, como la deficiente distribución de los recursos.
- Relacionados con la enfermedad, como la gravedad de los síntomas o la existencia de comorbilidades por ejemplo la depresión.
- Relacionados con el tratamiento, como la complejidad o la duración.
- Relacionados con el paciente, como la motivación, la confianza o las creencias.

Aunque se han identificado más de 200 variables relacio-

nadas con estos factores², la introducción del copago no debería afectar de manera importante a la adherencia al tratamiento tal como la define la OMS, ya que la falta de adherencia se produce aunque el paciente desea seguir el tratamiento pese al aumento de su copago.

Por el contrario el incumplimiento terapéutico es un acto voluntario y consciente respecto al tratamiento prescrito, que el paciente puede ejercer de varias maneras³:

- No adquiere el medicamento, y por lo tanto no empieza el tratamiento.
- Retrasa la adquisición del medicamento y por tanto el inicio del mismo.
- Adquiere el medicamento, pero retrasa el inicio del tratamiento.
- Comienza el tratamiento pero lo abandona antes de finalizarlo.
- Inicia el tratamiento, pero lo realiza de forma incorrecta (sería una falta de adherencia si fuese inconscientemente).

No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directos e indirectos.

Los directos determinan el medicamento en el organismo para cuantificar si el enfermo lo ha tomado. Son objetivos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero son caros.

Los métodos indirectos son sencillos y económicos y entre ellos está el monitoreo electrónico de medicación. Tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario y tienden a sobreestimar el cumplimiento⁴.

Con este trabajo se quiere medir si la introducción del nuevo copago ha supuesto un incremento del incumplimiento terapéutico para todos o para algunos de los sectores de la población afectados por el aumento de su copago farmacéutico. Y para ello se va a emplear un método indirecto: los registros de prescripción y dispensación electrónica del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Niveles de Copago Farmacéutico

Este artículo se refiere exclusivamente al copago farmacéutico de los medicamentos financiados por el SESCAM.

- Copago farmacéutico hasta junio de 2012

Los pensionistas y sus beneficiarios no pagaban por sus medicamentos.

El resto de la población pagaba con carácter general un 40% del PVP de cada medicamento, con algunas excepciones, la principal que para los medicamentos calificados de aportación reducida (con cíceros) se pagaba un 10% con un tope por envase de 2.16 euros.

- Copago farmacéutico desde julio de 2012

El nivel de copago de cada usuario depende de sus ingresos de renta anuales declarados y de su condición de asegurado o beneficiario de la Seguridad Social. Se identifica por el código TSI asignado:

- Trabajador en activo con renta hasta 18.000€ un 40% del PVP de los fármacos (TSI 003).
- Trabajador en activo con renta desde 18.000€ a 100.000€ un 50% (TSI 004).
- Trabajador en activo con renta a partir de 100.000€ un 60% (TSI 005).
- Pensionista con renta hasta 18.000€ un 10% con un tope de 8,23 €/mes (TSI 002).
- Pensionista con renta entre 18.000€ a 100.000€ un 10% con tope de 18,52 €/mes (TSI 002).
- Pensionista con renta a partir de 100.000€ un 60% con un tope de 61,75 €/mes (TSI 005).

Se mantiene la excepción para los medicamentos calificados de aportación reducida (con cíceros) por los que se paga un 10% con un tope por envase que ahora ha subido a 4,24 €.

Están exentos de copago (TSI 001) los siguientes grupos de población:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas sin recursos que perciben rentas de integración social.

- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

Los parados con derecho a subsidio cuando agotan este subsidio y las personas con renta de integración, se han beneficiado con el cambio de copago, al estar excluidos del mismo.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Descripción

Para evaluar si el aumento del copago ha repercutido y cómo en el incumplimiento terapéutico de la población afectada, se ha utilizado como población de referencia aquellos pacientes para los que el nuevo copago no les supone desembolso económico, identificados con el TSI 001 y como población en estudio a todos los grupos de pacientes que tienen el mismo nivel de copago (TSI 002, TSI 003, TSI 004 y TSI 005). Además se han estudiado esas diferencias separando en cada grupo de población los medicamentos de aportación normal de los de aportación reducida.

Para este estudio se han seleccionado todos los tratamientos de medicamentos prescritos en el SESCAM en receta electrónica (RE) en 2014 que tenían su fecha de fin de tratamiento anterior al 1 de junio de 2015, y se han agrupado por tipo de TSI y por ser medicamentos de aportación reducida o no. Se han excluido los de los pacientes fallecidos en ese periodo.

No se han incluido los tratamientos prescritos informativamente.

De cada tratamiento se han obtenido las recetas electrónicas que se prescribieron inicialmente, las recetas que se dispensaron, las recetas que suspendió el médico por cualquier causa, las recetas que no fueron dispensadas al paciente en la farmacia y las recetas que el programa suspendió automáticamente por incumplimiento de la posología prescrita.

Se ha considerado un “tratamiento diferente” cualquier prescripción en receta electrónica de un medicamento para un periodo de tiempo determinado, siempre inferior a un año. Cada tratamiento contiene al menos una receta electrónica prescrita.

Las recetas electrónicas prescritas inicialmente en cada tratamiento, cuando finaliza el periodo para el que fueron prescritas quedan en una de las siguientes situaciones:

- Dispensadas electrónicamente en alguna farmacia (a).
- No dispensadas y suspendidas por el médico prescriptor: por modificación o suspensión del tratamiento (b).
- No dispensadas y suspendidas por el programa automáticamente: por omisión de las posologías prescritas (c).
- No dispensadas y no suspendidas (d).

Las recetas suspendidas por no seguir la posología prescrita (c) se corresponden con la definición de falta de adherencia al tratamiento que hace el grupo de trabajo de la OMS¹.

Las recetas no dispensadas al paciente y no suspendidas (d) tras finalizar el periodo de tratamiento, se corresponden con la definición de incumplimiento terapéutico que hace el grupo de trabajo de la OMS¹.

Objetivo

El objetivo es analizar por grupos de TSI las RE prescritas y su situación al finalizar el tratamiento para ver si existen diferencias entre ellos en el % de RE prescritas que el paciente no ha consumido.

Hay dos causas estructurales que hacen que figuren entregas no dispensadas:

- Las suspensiones y/o modificaciones de tratamiento efectuadas por el médico (b).
- Las suspensiones automáticas de recetas por falta de adherencia (c).

En este estudio se considera como hipótesis de trabajo que la incidencia de estas dos causas es similar en todos los grupos de TSI. Por ello, se puede usar como control para medir el efecto del copago sobre el incumplimiento terapéutico el grupo con TSI 001 ya que sus dispensaciones no están afectadas por el copago. Cuanto mayor sea el efecto del copago sobre un grupo en estudio, mayor será la diferencia porcentual entre este y el grupo control.

Por tratarse de grupos poblacionales y de tratamientos muy grandes se puede considerar que el efecto achacable a diferencias individuales es descartable.

Por lo tanto, si se detectan diferencias significativas de recetas no dispensadas entre el grupo con TSI 001 y los otros grupos, es razonable pensar que sean debidas al efecto del copago y a su impacto en la población con ese nivel de renta.

RESULTADOS

Tratamientos analizados

El número de tratamientos prescritos en el periodo de estudio ha sido de 6.263.134 con un total de 33.921.240 recetas electrónicas y un promedio de 5,4 recetas/tratamiento. De ellas:

- Fueron dispensadas el 62,4%.
- Fueron suspendidas por decisión del médico prescriptor el 18,4%.
- Suspendidas por falta de adherencia (incumplimientos de la posología prescrita) el 9,5%.
- No se dispensaron por incumplimiento terapéutico el 9,7%.

Análisis por grupos de TSI

1. Número de Recetas/Tratamiento

La variación esperable de recetas/tratamiento y por grupo de TSI es mayor para la población pensionista, con más casuística de patologías crónicas y menor para la población más joven con patologías más agudas. Los datos obtenidos se muestran en la **tabla 1**:

Tabla 1: Distribución de las Recetas/ Tratamiento por grupo de TSI

Grupo Copago	Tratamientos Iniciados	Recetas Prescritas	Recetas/ Tratamiento
TSI 001	433.672	2.319.578	5,3
TSI 002	3.540.235	22.502.123	6,4
TSI 003	1.789.889	7.076.520	4
TSI 004	490.568	1.977.236	4
TSI 005	8.770	45.783	5,2
TOTAL	6.263.134	33.921.240	5,4

Se observa que es máxima para los pensionistas (6,4 para TSI 002), que es mínima para los activos (4 para TSI 003 y 004) y es intermedia para los otros dos grupos en los que hay mezcla de trabajadores activos y de pensionistas.

2. Suspensiones por falta de adherencia al tratamiento

La variación esperable de las suspensiones por falta de adherencia es similar en todos los grupos de TSI, con independencia del nivel de copago. Los datos obtenidos son:

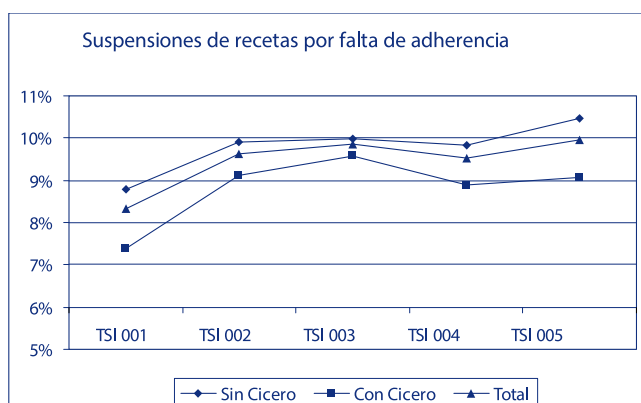
Tabla 2: Distribución de las suspensiones de recetas por falta de adherencia por grupo de TSI.

Grupo Copago	% recetas suspendidas por no adherencia
TSI 001	8,3%
TSI 002	9,5%
TSI 003	9,9%
TSI 004	9,5%
TSI 005	9,9%
TOTAL	9,5%

Se observa que es muy similar en todos los grupos con copago, si bien es inferior en el grupo sin copago (quizás debido a una causa estructural relacionada con el copago en sí pero no con el nivel de copago).

La variación estudiada en la **figura 1**, separando los tratamientos con cíceros y sin cíceros mantiene un patrón de comportamiento similar entre los grupos de TSI si bien los dos grupos de mayor copago (TSI 004 y TSI 005) parecen más sensibles a la existencia del cíceros. Por el contrario el grupo de alto copago y menor renta (TSI 003) es el menos sensible al cíceros.

Figura 1: % de recetas suspendidas por falta de adherencia



3. Suspensiones por incumplimiento terapéutico

Es esperable que las suspensiones por incumplimiento terapéutico sean sensibles al copago soportado por los pacientes y en consecuencia sean mayores en los grupos con copago que en el grupo control, y además sea mayor en los que soportan más copago. Los datos obtenidos son:

Tabla 3: Distribución de las suspensiones por incumplimiento terapéutico por grupo de TSI

Grupo Copago	% Recetas Suspendidas Por Incumplimiento
TSI 001	7,9%
TSI 002	7,5%
TSI 003	15,9%
TSI 004	14,3%
TSI 005	9,3%
TOTAL	9,7%

Se observa como era esperable, que es mayor en los tres grupos de copago más alto y máxima para los activos con menos renta (15,9% para TSI 003), y va decreciendo en orden inverso al nivel de renta hasta ser mínima para los pensionistas (7,5 %para TSI 002) y el grupo control (7,9% para TSI 001).

Se observa asimismo que el comportamiento de los de alto nivel de renta y mayor copago (TSI 005) se acerca más al de los que no pagan que al de los activos con rentas bajas y medias.

4. % de Recetas Dispensadas por Tratamiento

La variación esperable es similar en todos los grupos de TSI si no existiese incumplimiento debido a la carga del copago. Los datos obtenidos son:

Tabla 4: Distribución de % de RE Dispensadas/Tratamiento por grupo de TSI

Grupo Copago	% Recetas Dispensadas
TSI 001	65,4%
TSI 002	64,2%
TSI 003	56,8%
TSI 004	59,3%
TSI 005	63,3%
TOTAL	62,4%

Se observa que es más baja en los grupos de menor renta y alto copago, lo que va en apoyo del efecto del copago como barrera para la adquisición de medicamentos.

% de Recetas Dispensadas por Tratamiento de medicamentos sin o con cíbero

La variación esperable es que la diferencia entre estos porcentajes para ambos tipos de medicamentos fuese similar en todos los grupos de TSI, si la única razón que la justifica fuese de índole farmacológica, debido a que

los medicamentos con cíbero tienen en general un valor terapéutico intrínseco más imprescindible para el paciente que el resto porque esta característica se mantiene en todos los grupos. Los datos obtenidos son:

Tabla 5: Distribución de % de RE Dispensadas/Tratamiento con o sin Cíbero por grupo de TSI

Grupo Copago	% de Recetas Dispensadas/Tratamiento		
	Cíbero No	Cíbero Si	Diferencia
TSI 001	63,7%	68,9%	5,2%
TSI 002	61,9%	68,0%	6,2%
TSI 003	54,2%	62,7%	8,6%
TSI 004	56,4%	65,3%	8,9%
TSI 005	60,4%	68,3%	7,9%
TOTAL	60,2%	66,9%	6,7%

Se observa un aumento de la brecha en todos los grupos con copago frente a quienes no lo tienen, muy superior en los grupos de menor renta y alto copago (TSI 003 y TSI 004).

DISCUSIÓN

La introducción del nuevo copago se incluyó en el ámbito de un conjunto de medidas económicas destinadas a reducir el déficit público y se justificó⁵ por un principio de austeridad y de racionalización en el gasto público en la oferta de medicamentos, como un elemento necesario para la disminución del gasto farmacéutico mediante la modulación de la demanda.

La modificación del sistema de copago farmacéutico pretendía contener el incremento del gasto farmacéutico público y así ha sido, basta ver las estadísticas previas y posteriores a la introducción del nuevo copago para constatarlo.

La cuestión sin resolver, muy relevante desde el punto de vista sanitario, es su efecto sobre el acceso a los tratamientos que se prescriben y necesitan los sectores de población afectados. Durante la implantación del nuevo copago se hizo hincapié de manera especial en su impacto sobre la población pensionista, muy vulnerable en términos de salud y en la existencia de un tope de aportación mensual para mitigar ese impacto. No sucedió lo mismo con la población activa que ya soportaba un alto copago y a quienes se mantuvo, o en muchos casos se elevó, su nivel de copago.

Del análisis de los comportamientos de las poblaciones por grupo de copago podemos hacer algunas aproximaciones a esa cuestión:

- La primera aproximación la aporta el análisis del porcentaje de medicamentos que se retiran en la farmacia del total de los que se prescriben a los pacientes (**Tabla 4**) : es máximo (65,4%) para los del grupo que no tiene copago (TSI 001) y es mínimo 56,8% para los de alto copago y renta más baja (TSI 003). Entre ambos grupos hay una brecha de 8,6 puntos: de cada 100 recetas prescritas, las personas con TSI 003 retiran de la farmacia 8,6 menos que los de TSI 001, que aumenta hasta 9,5 puntos para los medicamentos que no son

de aportación reducida y disminuye a 6,2 puntos para los medicamentos de aportación reducida. Esa misma brecha entre el grupo que no tiene copago (TSI 001) y los pensionistas de rentas bajas y medias (TSI 002) es muy inferior: 1,2; 1,8 y 0,9 puntos respectivamente. Este comportamiento se repite en todos los grupos con copago y muestra claramente el impacto negativo del aumento del copago en la decisión de adquirir el medicamento prescrito.

- Una segunda aproximación la aporta el hecho de que ese mismo impacto se observa analizando las diferencias internas de cada grupo según si los medicamentos prescritos son o no de aportación reducida (**Tabla 5**). Que tiene un mínimo de 5,2 puntos el grupo que no tiene copago (TSI 001) y llega casi a 9 en los de alto copago y renta media (TSI 004).
- Una tercera aproximación es determinar si estas diferencias se deben achacar a diferencias en la adherencia a los tratamientos, que como hemos dicho es un elemento ajeno a la voluntad de paciente de seguir su tratamiento, o son por un aumento del incumplimiento terapéutico que sí se debe, como dice el grupo de expertos de la OMS, a la voluntad del paciente de no adquirir el tratamiento prescrito.

El análisis de los datos de la **tabla 2** muestran un nivel de suspensiones de recetas por falta de adherencia muy

similar entre todos los grupos con copago que están solo en torno a un punto por encima del grupo sin copago, lo que confirma dos cuestiones, una que la falta de adherencia no depende directamente del coste de adquisición y la segunda, que no es por una menor adherencia al tratamiento por lo que los pacientes de los grupos con copago retiran menos medicamentos prescritos de la farmacia.

En cambio, en el análisis de la **tabla 3** se comprueba que el incumplimiento terapéutico es mayor en los grupos de copago más alto. Es máximo para los activos con menor renta (15,9 para TSI 003) y va decreciendo en orden inverso al nivel de renta hasta ser mínimo para los pensionistas (7,5 para TSI 002) y el grupo control (7,9 para TSI 001).

En relación con el incumplimiento terapéutico, el análisis de los datos de la **tabla 2** y de la **figura 1**, muestra un pequeño aumento en los grupos de copago y un patrón de comportamiento similar entre ellos para medicamentos con y sin cócero, lo que va en la línea de la independencia de esta variable con el coste de la medicación. No obstante la diferencia, aunque pequeña es clara entre el grupo sin copago y los 4 grupos con copago, lo que informa de la existencia de alguna influencia, quizás estructural. Además la mayor sensibilidad de esta variable al cócero para los grupos de más alto copago, va en la misma línea.

CONCLUSIONES

- El copago tiene un impacto directo en la disminución de las recetas que los pacientes retiran de las farmacias, constatable en todos los grupos con copago y que es muy acusado en el grupo con elevado copago y renta baja (TSI 003).
- La menor adquisición de recetas prescritas es consecuencia del aumento del incumplimiento terapéutico en los pacientes con alto copago y especialmente significativo en los dos grupos de pacientes de alto copago y renta baja o media (TSI 003 y TSI 004).
- El impacto en el incumplimiento terapéutico de la población pensionista con rentas bajas o medias (TSI 002) es más incierto. Con el análisis efectuado no es posible diferenciar los comportamientos entre los grupos de pensionistas con distintos topes de aportación mensual y en consecuencia, si estos topes diferentes (8,23€ y 18,52€), generan diferencias detectables en las dispensaciones y en el incumplimiento terapéutico de este grupo.
- El impacto del copago en una menor adherencia a los tratamientos es muy inferior y no parece que esté relacionado con el nivel de copago aplicado. No obstante se constata una mayor sensibilidad de los dos grupos de mayor copago al cócero.

BIBLIOGRAFIA

1. Sabate E. WHO. Adherent Meeting Report. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. R. Orueta, P. Toledano y R.M. Gómez-Calcerrada. Cumplimiento terapéutico: SEMERGEN. 2008; 34 (5):235-43.
3. Emilio García Jiménez. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico. UNIVERSIDAD DE GRANADA: 2003
4. García Pérez AM et al. ¿cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en Atención Primaria? Medicina de Familia (And).2000;(1) :13-19.
5. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Arroyo V, De la Hija MB, García MR . S^o Farmacia AP . Talavera de la Reina

INTRODUCCIÓN

La OMS definió la adherencia como el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, seguimiento de dietas o modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones del profesional sanitario. Algunos autores distinguen entre *adherencia* y *cumplimiento* terapéutico. Aunque ambos términos se utilizan indistintamente, en general se prefiere el de adherencia, ya que el cumplimiento sugiere que el paciente sigue de forma pasiva las indicaciones del médico y que el plan de cuidados no se basa en una alianza establecida médico-paciente. Por otra parte, en los últimos años se ha empezado a utilizar el término *persistencia*, para referirse al tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción del tratamiento¹.

Se estima que un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa puede variar mucho según la patología. En lo referente a enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública, ya que incrementa los fracasos terapéuticos, los ingresos hospitalarios y los costes sanitarios².

Dado que su prevención y abordaje es multifactorial, todos los profesionales sanitarios deben conocer e implementar las herramientas que hacen posible que el paciente siga las recomendaciones de su tratamiento.

EN QUÉ PACIENTES SE DEBE EVALUAR

Un aspecto importante de la adherencia es que los sanitarios sean capaces de identificarla. Aunque lo ideal es que se evalúe de forma rutinaria cada vez que se prescriba, dispense o revise la medicación, lo más práctico es centrarse en pacientes de mayor riesgo, que son los que presentan alguno de los factores de la **tabla 1**.

La edad avanzada no es un factor en sí mismo, pero en los ancianos se concentran aspectos que los hacen especialmente vulnerables: falta de comprensión de los regímenes terapéuticos, olvidos, soledad, deterioro de la función cognitiva, comorbilidades y polimedicación.

Tabla 1. Predictores de baja adherencia²

- Complejidad del tratamiento.
- Efectos adversos de la medicación.
- Inadecuada relación médico-paciente.
- Falta de coordinación entre prescriptores.
- Enfermedad asintomática.
- Seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico a alta.
- Inasistencia a citas programadas.
- Falta de confianza en el beneficio del tratamiento.
- Falta de conocimiento de la enfermedad.
- Deterioro cognitivo.
- Problemas psicológicos, en particular, depresión.
- Dificultad de acceso a la asistencia o a los medicamentos.
- Costes de la medicación.

Además de lo anterior, siempre que nos encontremos ante un fracaso terapéutico debemos considerar como posible causa la falta de adherencia².

MÉTODOS DIRECTOS E INDIRECTOS

Para medir la adherencia se dispone de dos tipos de métodos, directos e indirectos, todos con ventajas e inconvenientes, de modo que ninguno se considera de elección.

Los **directos** se basan en la determinación de niveles del fármaco o sus metabolitos o de marcadores bioquímicos. Son precisos y fiables, aunque poco útiles para la práctica clínica diaria (caros, requieren una infraestructura técnica, etc.), por lo que se reservan para investigación, fármacos de muy estrecho margen terapéutico o situaciones muy concretas. Ejemplos son las determinaciones de digoxina, teofilina, derivados del gemfibrozilo o la determinación de sodio en orina^{3,4,5}.

Los **indirectos**, como preguntar al paciente por su tratamiento o evaluar la respuesta clínica, tienen menor precisión y fiabilidad, pero son más sencillos y económicos, por lo que, dada su utilidad en atención primaria, deberían integrarse en la práctica clínica habitual^{3,4}.

1. Recuento de comprimidos.

El más fiable dentro de los métodos indirectos, por lo que se emplea en la mayoría de estudios de validación de otros. Se mide en porcentaje de comprimidos tomados sobre el total prescrito, considerándose buen cumplimiento entre 80% y 110%. La fiabilidad del método aumenta si se realiza en el domicilio del paciente, si el paciente desconoce el motivo del recuento o si se realiza con dispositivos electrónicos^{3,4}.

2. Juicio clínico.

Opinión del profesional sobre el grado de cumplimiento, basada en el conocimiento del paciente. Tiende a subestimar el incumplimiento³.

3. Evolución clínica, aparición de efectos adversos y cumplimiento de citas.

Estos métodos parten de las premisas de que el paciente no curado es incumplidor, de que la presencia de efectos adversos está relacionada con un adecuado cumplimiento y de que el paciente que acude a las citas programadas es un buen cumplidor. Los resultados de validación no son buenos, ya que tienden a subestimar el cumplimiento, en el caso de la evolución clínica, o a sobreestimarlos, en los otros dos métodos³.

4. Control de dispensaciones en receta electrónica.

La receta electrónica se ha descubierto como una herramienta útil para la medición del incumplimiento, ya que permite al prescriptor tener información detallada de las dispensaciones. La puntualidad en la recogida de los medicamentos en la oficina de farmacia se ha convertido en un método indirecto más para evaluar el cumplimiento terapéutico.

5. Test de la comprobación fingida o “bogus pipeline.”

Consiste en solicitar al paciente que traiga una muestra de orina para calcular cuánto medicamento ha tomado. El paciente sería incumplidor si pone dificultades a la realización de la misma. No está validado, pero puede usarse para corroborar el incumplimiento⁶.

6. Test de medición del cumplimiento.

Para la valoración indirecta de la adherencia se dispone de numerosos test apoyados en la entrevista clínica, en los que de forma directa se le pregunta al paciente sobre su cumplimiento. La mayoría están validados para enfermedades crónicas como HTA, Sida, tuberculosis, diabetes y dislipemias. Estos métodos se consideran muy fiables si el paciente se considera mal cumplidor, aunque se ha constatado que, en general, sobreestiman el cumplimiento, ya que muchos enfermos mienten cuando dicen que toman toda la medicación⁶. Se comentan algunos de ellos.

6.1. Test de cumplimiento autocomunicado o de Haynes-Sackett.

Consta de 3 partes.

- En la primera, se evita interrogar de forma directa sobre la toma de medicación, creando un ambiente adecuado de conversación, y se le comenta la dificultad de los enfermos para tomar la medicación: *La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos.*
- En la segunda parte se pregunta: *¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?* Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor; si responde que no, ante la posibilidad de que no diga la verdad, se seguirá preguntando: *¿cómo los toma? todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez.*
- Finalmente, se recoge lo que el paciente mencione sobre la siguiente pregunta: *Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?*

6.2. Test de Morisky-Green. Ideado para medir el cumplimiento en hipertensos y posteriormente validado para diversas enfermedades crónicas. Consiste en 4 preguntas que reflejan la conducta del enfermo frente al cumplimiento y dan información sobre las causas de la falta de adherencia. Las preguntas se deben realizar de forma cordial, mezcladas con la conversación. El paciente se considera cumplidor si responde de forma correcta (no/sí/no/no) a las 4 preguntas siguientes:

1. *¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?*
2. *¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?*
3. *Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?*
4. *Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?*

6.3. Test de Batalla para la HTA. Es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad. Se fundamenta en la asunción de que un mayor conocimiento de la enfermedad está relacionado con un mayor cumplimiento. Las preguntas se pueden modificar para aplicarlas a otras enfermedades crónicas. Se considera incumplidor el paciente que falla alguna de las siguientes preguntas y cumplidor al que responde correctamente a las 3⁴:

1. *¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?*
2. *¿Se puede controlar con dieta y medicación?*
3. *Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tenerla elevada.*

6.4. Test de Hermes. Es también muy sencillo y fácil de aplicar. Se puede adaptar a cualquier enfermedad.

Se compone de 8 preguntas:

1. ¿Puede decirme el nombre del medicamento que toma para la HTA? (Sí/No).
2. ¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día? (Sabe/No sabe).
3. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Nunca/ A veces/ Muchas veces/ Siempre).
4. En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/2 o más).
5. ¿Toma la medicación a la hora indicada? (Sí/No).
6. ¿Ha dejado alguna vez de tomarla porque se encontraba peor tomándola? (No/Sí).
7. Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).
8. Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

Sólo se valoran la 1, 3, 4 y 8, siendo cumplidores los que sumen 3-4 puntos.

Existen otros test que son específicos para ciertas enfermedades como MUAH-questionnaire para HTA, SMAQ y ESPA para Sida, y DAI-10, DAI-30, ND y ROMI para esquizofrenia ².

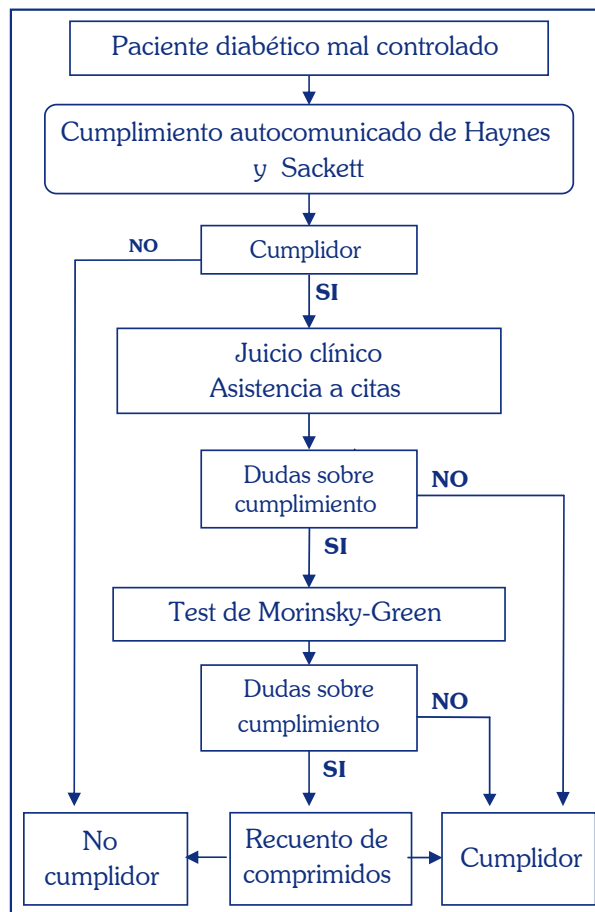
No existe una prueba diagnóstica de certeza para detectar el incumplimiento, siendo la estrategia práctica más adecuada la combinación de varios métodos³. Algunos autores sugieren el uso combinado del test de Morisky-Green, por la alta especificidad y alto valor predictivo, y el de Batalla, por la buena sensibilidad⁶ y otros la combinación del cumplimiento autocomunicado y el recuento de comprimidos⁴. **La figura 1** muestra una propuesta de algoritmo para la detección del incumplimiento terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41 (6): 342-8.
2. CEVIME. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac. 2011; 19 (1).
3. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Cumplimiento terapéutico. SEMERGEN. 2008;34(5):235-43.
4. Márquez E. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico.

La falta de adherencia a los tratamientos puede prevenirse y, una vez detectada, podemos poner en marcha **estrategias** que minimicen este problema, que podemos agrupar en cuatro categorías: educación al paciente; simplificación de los regímenes terapéuticos; mejora de la accesibilidad del paciente al personal sanitario que lo atiende y la comunicación entre ellos, siendo muy importante involucrar a los pacientes en las decisiones acerca de los medicamentos prescritos.

Figura 1. Detección del incumplimiento terapéutico



Fuente: Tomado de 5.

Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Vol. 1. Abril 2004.

5. De la Figuera M. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitas tipo 2. Hipertens riesgo vascul. 2012; 29; (Supl 1):14-19.
6. Rodríguez MA, G^a-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40 (8):413-7.

Comité de Redacción:

Arroyo Pineda V, Martínez Cruz S, Tejada Cifuentes F, Lara García-Escribano S, Ibarra Lorente I, Carretero Albiñana ME, Martí Gil CM, Marco Tejón E, Jiménez de Andrés E.

Consejo Editorial:

Área de Farmacia, Comisiones de Farmacia y Terapéutica y del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Área Integrada y de las Gerencias de Atención Especializada y Primaria de Toledo. SESCAM.



Edita SESCAM - Área de Farmacia

Dirección de correo: Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia. SESCAM

Avenida Río Guadiana 4. Toledo 45071. Teléfono:925/27.41.00. FAX:925/27.41.44. E-mail:burm@sescam.jccm.es

I.S.S.N.: 1576-2408

D.L.: TO-602-2012