

Adherencia (AD) al Tratamiento

Adherencia a los tratamientos

- Conocer y aceptar las dificultades para realizar el tratamiento
- Buscar la participación del enfermo
- Implica un papel activo del paciente en su propio cuidado
- Cooperación médico/paciente
- No es cumplimentación: Cumplir órdenes. Pasivo

La adherencia al tratamiento debe dejar de considerarse responsabilidad exclusiva de los pacientes

Adherencia

- El problema de la adherencia afecta tanto al origen como a la solución de la tuberculosis
- Es el factor determinante fundamental de la efectividad del tratamiento de la infección y enfermedad TB

Adherencia

■ CDC 1990

- Más del 25% de los pacientes fue incapaz de completar 6 meses de tratamiento en los 12 meses siguientes al diagnóstico de tuberculosis
- No completaron el tratamiento preventivo 1 de cada 3
- La NO-AD se eleva al 90% cuando se estudian alcohólicos sin hogar

Consecuencias no adherencia

- **Dificulta la curación del paciente**
- **Posibilita la selección de cepas con resistencias**
- **Impide conseguir objetivos de control a nivel de la Salud Pública**

Adherencia

■ Previo al tratamiento

- ¿Podemos predecir qué pacientes van a ser, o no, adherentes?
 - Predictores de la adherencia/No adherencia

■ Durante el tratamiento

- ¿Podemos medir la adherencia al mismo?
 - Medida y control de la adherencia
- ¿Podemos facilitar la adherencia?
 - Facilitadores de la adherencia

Predictores de no adherencia

- Historia previa de NO-AD
- Indigencia ("Sin techo")
- Abuso y dependencia de sustancias. Otras enfermedades psiquiátricas; alteraciones emocionales y de conducta
- Escaso soporte familiar o social, carencia de empleo y medios de transporte, analfabetismo, minorías étnicas
- Insatisfacción con esquemas asistenciales, ...

Predictores de no adherencia

■ Con frecuencia:

- Los predictores hacen sólo referencia a situaciones de los pacientes que están fuera de su control
- No plantean las causas
- No mejoran la inclinación de los sanitarios o del sistema a realizar cambios en las estructuras asistenciales

Predictores de no adherencia

Nueva York. Abril 1991

- **Tuberculosis cultivo (+). 184 pacientes**
- **Tres años de seguimiento**
 - No adherentes: 48% (Falta al tratamiento 2 meses)
 - Predictores de la NO-AD (Análisis multivariante)
 - CDVP
 - "Sin techo"
 - De los no CDVP ni "sin techo": **39% NO-AD**

Predictores de no adherencia

- No disponemos de medidas con alto valor predictivo a la hora de determinar quien va a ser, o no, adherente con el tratamiento
- La NO-AD es una situación multifactorial y compleja

Se necesitan estudios que consideren variables del individuo y de su medio, tanto sanitario como social y cultural

Medida de la adherencia

¿Cómo podemos saber si el paciente hace correctamente el tratamiento?

- Estimación del sanitario: Poco fiable
- Informe del paciente: Poco fiable
- Control de visitas
- Entrega/recogida de la medicación
- Recuento de la medicación
- Fármacos en orina, ...

Medida de la adherencia

Estimación del sanitario

- Escasa fiabilidad
- Predicen la NO-AD adecuadamente en <50% de los casos
- Califica como NO-AD a pacientes adherentes
- Mejora la estimación cuando:
 - La relación sanitario-paciente se considera "mala"
 - Experiencias previas con el mismo paciente

Medida de la adherencia

Estimación del paciente

- **En algunos estudios, hasta el 28% de los pacientes que dicen tomar la medicación correctamente, en realidad no lo hacen**
 - Olvido
 - Miedo a las repercusiones, ...
- **¿Cómo aumentar la fiabilidad de la información?**

Medida de la adherencia

Fármacos en orina

- Coloración de la orina con rifampicina
- Isoniacida en orina por tiras reactivas, ...
- Dificultades:
 - Variaciones individuales de metabolización
 - Resultado positivo aunque la toma no sea regular
 - Mala interpretación del objetivo de la prueba por el enfermo:
 - ¿No será para detectar drogas?
- Marcadores indirectos. Hiperuricemia por pirazinamida

Medida de la adherencia

- **Control de las revisiones clínicas planificadas**
- **Control de la recogida de medicación**
- **Control de la medicación entregada al paciente**
 - Medicación para días contados, y en unidosis
 - Además del control, evita riesgo de resistencias

Medida de la adherencia

- No hay una forma única eficaz de medir la adherencia
- Se deben aplicar múltiples y diferentes medidas

Facilitar la adherencia

Intervenciones

- Estrategias de tratamiento
- Educación sanitaria
- Facilitadores individuales
- Servicios integrales adaptados al paciente
- Tratamientos directamente supervisados (TDS)

Facilitar la adherencia

■ Estrategias de tratamiento

- Regímenes cortos. Si se puede, 6 meses mejor que 9
- Preparados comerciales con asociación de fármacos (v.g.: H+R)
- Empaquetado en “unidosis”, calendarios de dispensación, ...
- Uso de inyectables (?)

■ Educación sanitaria

- Necesaria pero no suficiente
- Como única intervención es poco eficaz
- Ofrecer ayuda para el cambio de conductas, más que una mera información de la enfermedad
- Adaptada a las características culturales del paciente

Facilitar la adherencia

Facilitadores de la adherencia

- **Individuales o familiares**
- **Sirven como capacitadores para acceder a los servicios o facilitar las pautas terapéuticas, más que como recompensas o premios**
 - Billeto para el transporte
 - Zumos para tomar la medicación, alimentos, ...

Facilitar la adherencia

■ Atención en servicios integrales

- Adaptados a las necesidades de los pacientes
- Atención individualizada y continuada
- Accesibles y atractivos
- Oferta asistencial amplia
- Diagnóstico y tratamiento de la patología social asociada
- Garantizar el adecuado tratamiento de la drogodependencia y de otras patologías médicas asociadas
- Oferta asistencial a convivientes y contactos

Facilitar la adherencia

- **Tratamiento Directamente Supervisado: TDS**

Tratamiento en el que se observa directamente la toma de la medicación

Estrategia de la OMS: DOTS

“Directly Observed Treatment Short-course”

- Diagnóstico microbiológico
- Disponibilidad de fármacos
- Observar directamente la toma de la medicación
- Utilización de pautas cortas
- Monitorización de la evolución del paciente
- Evaluación de los resultados

Estrategia de OMS: DOTS

“Directly Observed Treatment Short-course”

- Se logran curaciones hasta en el 95% de los casos incluso en los países más pobres
- El Sistema Sanitario asume la responsabilidad de la curación de los enfermos

Facilitar la adherencia: TDS

- **Los TDS aumentan claramente la adherencia al tratamiento**
- **Eficaces mientras se mantienen**
- **Mejoran significativamente la efectividad de los tratamientos**
 - Disminuyen los fracasos terapéuticos y las recidivas
 - Disminuyen la aparición de resistencias

TDS: Historia

1950-1960: AS. Moodie (Hong-Kong). W. Fox (Madras). Strandling y Poole (Londres)

- **Tratamiento ambulatorio en vez de hospitalización**
 - ¿Se hace correctamente el tratamiento?: Irregular
- **Necesidad de asegurar que se haga bien el tratamiento ⇒ TDS**
 - Sobrecarga asistencial
 - ⇒ Tratamientos intermitentes
 - ⇒ Mayor importancia y necesidad de la supervisión

TDS

- **1960: W. Fox, A.S. Moodie, ...**
 - Un tratamiento efectivo requiere TDS
 - Se pueden organizar bajo circunstancias especiales, incluso en países en desarrollo

Se deben organizar de acuerdo a las necesidades de los pacientes, no del personal del programa

TDS

■ EE.UU. 1964-1993: ¿Qué pacientes deben recibir TDS?

A ¿Sólo los pacientes problemáticos?

- ¿Quiénes son los enfermos problemáticos?
 - Concepto de problemático o no fiable (?)
 - Predictores no fiables
 - Problemas ético-legales: La imposición sólo es éticamente aceptable en circunstancias excepcionales

B ¿Universal?

- Todos los enfermos con TB, como un servicio que se ofrece al paciente (JA Sbarbaro)

TDS

■ Problemática EE.UU.

- Aumento de la incidencia de tuberculosis
- Brotes de transmisión nosocomial
- TB-MR

■ **1993 ACET** (Advisory Council for the Elimination of TB)

En EE.UU. los TDS son el estándar de la atención al paciente con tuberculosis

TDS

■ ACET (Advisory Council for the Elimination of TB)

- "Se deben considerar los TDS para todos los pacientes con TB, dada la dificultad para predecir qué pacientes serán adherentes al tratamiento"
- La decisión de "Universalizar" los TDS se debe basar en el conocimiento de los tratamientos completados en cada comunidad
 - <90% ⇒ TDS

■ OMS: "DOTS"

Cómo hacer los TDS

■ Observado

- Sanitario. Personal para-sanitario
- Trabajadores de calle en salud

■ Donde acuda o esté el paciente

- Hospital, Centro de Salud, Centro de Atención al Drogodependiente, domicilio del enfermo, II.PP., casas de acogida, ...

■ En el contexto de otras medidas facilitadoras de la adherencia

- Pautas cortas. Pautas intermitentes, ...
- Programas de metadona, intercambio de jeringuillas, ...

TDS: Trabajadores de calle en salud

- Claves en algunas estrategias de TDS
- T. Social. Voluntariado social. Miembros de la comunidad, ...
- Fundamental
 - Formación, coordinación y supervisión
 - Cuidar a los cuidadores
- Idealmente: Personal introducido previamente y respetado por la comunidad

TDS

- Los TDS deben ser considerados como una oferta de servicio asistencial, para facilitar la adherencia al tratamiento de la infección o de la enfermedad TB
- Los TDS deben utilizar múltiples estrategias y estar adaptados a las características y condicionantes de los pacientes y su entorno
- Deben contar con personal motivado

Se necesitan estudios

- De carácter local y general
- Predictores de la adherencia y NO-AD
- Diferentes estrategias de educación sanitaria
- Facilitadores de la adherencia
- Métodos de realizar los TDS
- Evaluación de costes y efectividad de diferentes intervenciones
- Grado de aceptación por los pacientes, ...

Tuberculosis. Adherencia

- La realización del tratamiento debe dejar de considerarse un problema exclusivo del paciente

Posibilitar y facilitar la adherencia a los tratamientos es responsabilidad de los sanitarios, del Sistema Sanitario y de la Salud Pública en general

Tuberculosis. Adherencia

Relación médico/paciente
Comunicación médico/paciente
Cooperación médico/paciente