



ADHERENCIA TERAPÉUTICA, INERCIA CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ASOCIADA A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dra. Mercedes Ricote Belinchón

Introducción

La falta de adherencia terapéutica y la inercia clínica (IC) se han considerado como las enfermedades más prevenibles. En este capítulo se tratarán estas dos entidades y se profundizará en su estudio y el tratamiento de los fallos de seguridad asociados a ellas.

Adherencia terapéutica

Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman¹.

En la literatura médica se emplean de forma indistinta dos términos: **cumplimiento terapéutico** y **adherencia terapéutica**, pero debemos diferenciarlos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado la definición de Haynes para **cumplimiento** (*compliance*), al que define como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”^{2,3}. Se refiere a la forma con la que el paciente cumple la prescripción médica en cuanto a la pauta terapéutica.

En 2007, la OMS³ en el marco del *Proyecto de adherencia a los tratamientos a largo plazo*, definió **adherencia** como: “el grado en el cual 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 con un prestador de asistencia sanitaria”. Se intenta conseguir un paciente activo que aprenda a vivir con su enfermedad crónica, adecuadamente informado y con participación en la toma de decisiones sobre su salud y su enfermedad compartidas con el profesional sanitario que les atiende³. El concepto de adherencia indica la **implicación y el compromiso del paciente** con su enfermedad, con su tratamiento y con su médico, es un proceso continuo en el que el flujo de información entre médico y paciente permite mejorar la eficiencia del tratamiento y el seguimiento del paciente. La adherencia terapéutica requiere de una buena comunicación entre médico y paciente para conseguir una colaboración activa en la toma de decisiones que afectan a la salud de este⁴. El **cumplimiento** y la **adherencia** se pueden considerar sinónimos porque ambos términos miden el porcentaje de dosis que toma el paciente respecto al teórico. Sin embargo, el

cumplimiento solamente refleja el grado en que el paciente se ajusta a las instrucciones del médico, de una forma pasiva; mientras que la adherencia tiene en cuenta la aceptación o acuerdo de las recomendaciones por parte del paciente. Por ello, actualmente, se prefiere el uso del término adherencia frente al de cumplimiento⁵. Se ha definido, por la mayoría de los autores, como punto de corte para determinar una adecuada o satisfactoria adherencia, un consumo de forma correcta de un 80 % o más del medicamento prescrito⁵.

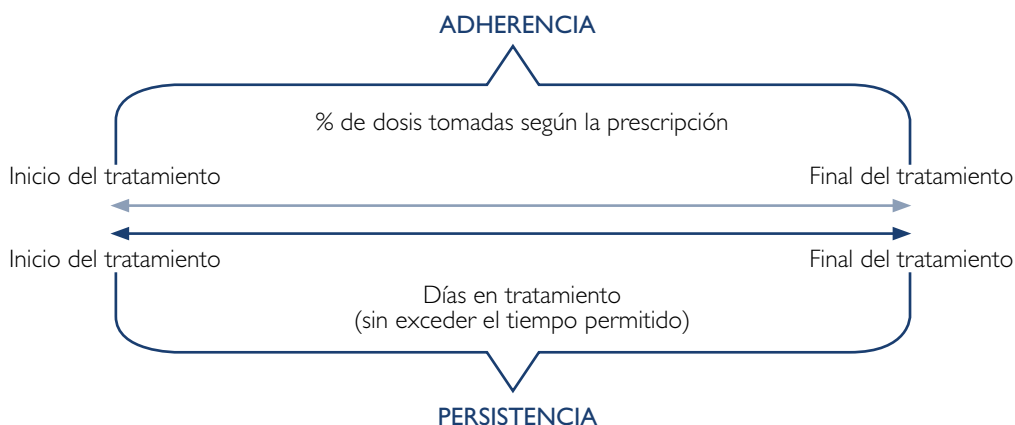


Figura 1. Adherencia frente a cumplimiento. Extraída de Cramer JA, et al. (2008)⁵

Pero si queremos saber el cumplimiento de las recomendaciones del tratamiento durante el tiempo de prescripción, es decir, si el paciente ha tomado la medicación desde el momento en que se inicia el tratamiento hasta cuando se interrumpe la terapia, estamos hablando de **persistencia**. En el caso de un tratamiento crónico, la persistencia está estrechamente relacionada con la «retención del paciente en el sistema de salud» o con lo que es lo mismo, el abandono o la pérdida del seguimiento del paciente⁶.

Al valorar el perfil de adherencia individual de nuestros pacientes, podemos observar si la falta de adherencia es **primaria** o **secundaria**⁷:

- **Primaria:** cuando se prescribe un nuevo tratamiento y el paciente no llega a recoger la medicación de la farmacia.
- **Secundaria:** toma inadecuada de la medicación una vez que se recoge; puede ser tomar una dosis incorrecta o a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar su frecuencia) y suspender el tratamiento demasiado pronto o antes de la fecha indicada, así como no acudir a por más medicación.

También podemos clasificar la no adherencia según el momento en que se ha generado⁸:

A. No iniciación o falta de adherencia primaria: el paciente no llega a iniciar el nuevo tratamiento.

B. Iniciación tardía: el paciente retrasa el inicio de la medicación prescrita.

C. Discontinuación temprana o anticipada: el paciente deja de tomar o interrumpe la medicación antes del plazo establecido por el médico.

D. Subdosificación: el paciente toma menos dosis para alcanzar el resultado terapéutico deseado. Puede ser que se haya dejado alguna toma puntual o que la dosis tomada durante todo el tratamiento sea menor.

E. Sobredosificación: el paciente ha tomado más medicación de la prescrita.

F. Adherencia: el paciente ha tomado correctamente la medicación según la prescripción médica, tanto en dosificación, regularidad y duración establecida.

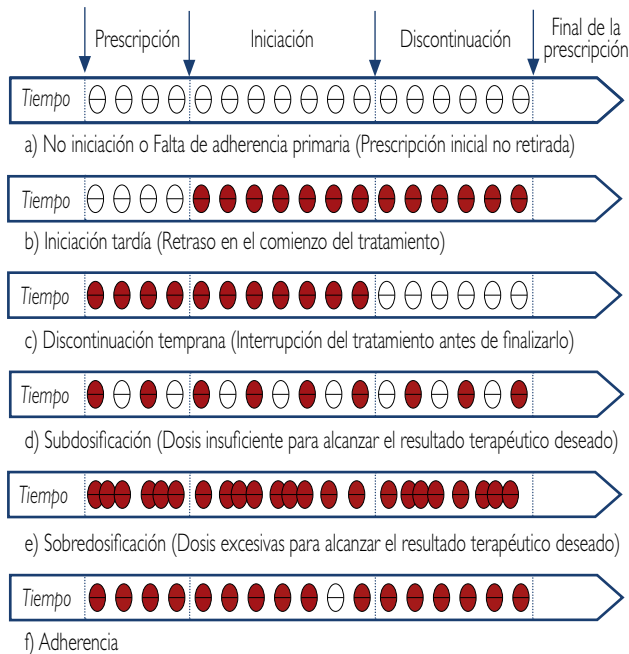


Figura 2. Clasificación de no adherencia según el momento en que se ha generado. Extraída de Rubio-Valera M. (2012)⁹

Si estudiamos el período de seguimiento del paciente incumplidor, se puede distinguir⁷:

- **Incumplimiento parcial:** el paciente se adhiere al tratamiento solo en determinados momentos.
- **Incumplimiento esporádico:** el individuo incumple de forma ocasional (más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos (EA)).
- **Incumplimiento secuencial:** si el paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto «vacaciones terapéuticas»).

- **Cumplimiento de bata blanca:** el paciente solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud, junto con la anterior, se da en enfermedades crónicas como hipertensión o dislipemia.
- **Incumplimiento completo:** el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles EA son inmediatos.

Además, debemos tener en cuenta que los pacientes pueden ser adherentes a unos aspectos de su tratamiento y a otros no. Por ello, debemos de valorar **cuantitativamente** la adherencia y hablar de grados de adherencia y de pacientes **totalmente adherentes, parcialmente adherentes y predominantemente no adherentes**^{7,9}. En España, se ha realizado una **encuesta telefónica**¹⁰ a 1400 pacientes crónicos y mediante la aplicación de un análisis multivariable se los clasificado según su perfil sociodemográfico y su nivel de adherencia. Así, se han obtenido tres perfiles de pacientes-tipo no adherentes (dependientes, críticos e inconscientes) y dos perfiles de pacientes-tipo-adherentes (clásicos y responsables).

| Grupo I | Grupo II | Grupo III | Grupo IV | Grupo V |
|---|--|--|--|--|
| <p>"CLÁSICOS" (41,5%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cumplidores pasivos <input type="checkbox"/> Confianza y delegación absoluta en su médico y enfermera <input type="checkbox"/> Conformistas y obedientes <input type="checkbox"/> No se informan ni instruyen sobre su enfermedad | <p>"DEPENDIENTES" (10,3%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agobiados y desorientados ante tantas medicinas y cambios <input type="checkbox"/> Desconfiados ante las medicinas <input type="checkbox"/> No cumplidores por exceso de esfuerzo y confusión | <p>"CRÍTICOS" (8,6%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Exigentes e insatisfechos con médicos y medicamentos <input type="checkbox"/> Desean gestionar su propio proceso <input type="checkbox"/> No delegando, e instruyéndose por sí mismos <input type="checkbox"/> No cumplidores | <p>"INCONSCIENTES" (11,5%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incumplidores, no se sienten concernidos <input type="checkbox"/> Caprichosos, banalizan el problema <input type="checkbox"/> Inconstantes <input type="checkbox"/> Modifican a su antojo las recomendaciones | <p>"RESPONSABLES" (28,1%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adherentes con el tratamiento <input type="checkbox"/> Desean gestionar su propio proceso <input type="checkbox"/> No delegan, pero colaboran con el médico <input type="checkbox"/> Rigurosos y constantes |
| <p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Varones <input type="checkbox"/> Mayores de 65 años <input type="checkbox"/> Adherentes <input type="checkbox"/> Buenos hábitos de salud <input type="checkbox"/> 4-5 pastillas/día <input type="checkbox"/> Viviendo en pareja <input type="checkbox"/> Bajo nivel de formación | <p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> >65 años <input type="checkbox"/> No cumplidores <input type="checkbox"/> 6 o más pastillas/día <input type="checkbox"/> 4 o más enf. crónicas <input type="checkbox"/> Viven solos <input type="checkbox"/> Andalucía y zona sur <input type="checkbox"/> Hábitat rurales <input type="checkbox"/> Bajo nivel de formación | <p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> < de 45 años <input type="checkbox"/> Poco cumplidores <input type="checkbox"/> Malos hábitos de salud <input type="checkbox"/> 3 personas en el hogar <input type="checkbox"/> Madrid, Andalucía y Valencia <input type="checkbox"/> Hábitat urbano <input type="checkbox"/> Formación media y superior | <p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 45 años <input type="checkbox"/> No cumplidores <input type="checkbox"/> Malos hábitos de salud <input type="checkbox"/> Sólo 1 o ninguna pastilla/día <input type="checkbox"/> Solo 1 enfermedad crónica <input type="checkbox"/> En hogares de 4 o más <input type="checkbox"/> Madrid y Cataluña <input type="checkbox"/> Hábitat urbanos <input type="checkbox"/> Formación media y superior | <p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> 45-65 años de edad <input type="checkbox"/> Adherentes <input type="checkbox"/> Buenos hábitos de salud <input type="checkbox"/> En hogares de 4 o más <input type="checkbox"/> Noroeste y Cataluña <input type="checkbox"/> Estudios superiores |

Tabla 1. Tipos de pacientes. Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España (2016)¹⁰

La **falta de adherencia terapéutica** es un importante problema de salud pública y sus consecuencias van desde el aumento o cambios de tratamientos innecesarios, de las pruebas diagnósticas adicionales y del número de visitas al profesional sanitario, hasta una mayor incidencia de la mortalidad y del número de ingresos hospitalarios. Los datos sobre incumplimiento alcanzan hasta el 50 % en las enfermedades crónicas. La importancia de estas cifras puede ser mayor si tenemos en cuenta en estos pacientes el estadio o la gravedad de la enfermedad¹. El impacto clínico de la falta de adherencia depende de tres factores: tipo de incumplimiento, de enfermedad y propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento¹². La falta de adherencia terapéutica implica los siguientes problemas⁶:

- **Ausencia de beneficio del tratamiento:** provoca fallos en el control o curación de la enfermedad; aumento de la morbilidad y disminución de la eficiencia de los recursos terapéuticos.
- Un **aumento de costes por la repetición de las intervenciones:** lo que produce una reducción de la relación coste-efectividad.
- **Frustración del médico y del enfermo:** las expectativas de ambos respecto a resultados de curación o control de la enfermedad desaparecen o se reducen. La adecuada adherencia contribuye a la curación o control de la enfermedad y a una reducción de los costes de salud.

Los factores que intervienen en la falta de adherencia a la medicación (FAM) son muy diversos y pueden relacionarse con: características personales del paciente, tipo de enfermedad, modelos de tratamiento, factores socioeconómicos o características del profesional sanitario que les atiende y/o estructura sanitaria (Tabla 2)¹³.

| | |
|---|--|
| <p>Relacionados con el paciente</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Olvidos, falta de memoria, trastornos cognitivos. • Desmotivación/desinterés. • Características culturales (creencias)/estar de acuerdo con el tratamiento. • Características demográficas: edad, género, etc. • Conocimientos de la enfermedad o dificultad para comprender las explicaciones recibidas sobre el tratamiento. • Apoyo familiar y/o social. • Dificultad para conseguir la medicación. |
| <p>Relacionados con la enfermedad</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza del proceso. • Aceptación/rechazo del cuadro. • Sintomatología. • Gravedad. • Duración. |
| <p>Relacionados con el tratamiento</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza (fármaco, dieta, etc.). • Complejidad. • Aceptabilidad (vía, EA, etc.). |

Continúa en la siguiente página

| | |
|--|---|
| Relacionados con determinantes socioeconómicos | <ul style="list-style-type: none"> • Costes directos y/o indirectos. • Situación laboral. • Nivel educativo. • Condiciones de vida. • Creencias populares. |
| Relacionados con el profesional y/o la estructura sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> • Grado de supervisión. • Relación profesional-paciente. • Accesibilidad. • Atención primaria de salud. |

Tabla 2. Factores relacionados con falta de adherencia a la medicación (FAM). Extraída de Espinosa García J. (2018)¹³

Las causas más frecuentes de FAM recogidas en estudios de investigación son tan comunes como: olvidos simples en las tomas de medicación (22,6-73,2 %), desconocimiento de por qué debe tomarla (32-39,8 %), desmotivación (14,6-16 %) y miedo a presentar efectos secundarios o aparición de reacciones adversas medicamentosas (2-13,3 %); sin despreciar a una proporción importante de pacientes que no proporcionan ninguna causa de su FAM (0-35,8 %)^{14,15}.

Detección del incumplimiento terapéutico

La detección del incumplimiento terapéutico en nuestros pacientes es una de las actividades más importantes en las consultas de atención primaria (AP). Se debe realizar de forma individualizada, haciendo responsable al paciente de su salud y ayudándole a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Nunca hay que culpabilizar al paciente incumplidor¹⁶.

La entrevista motivacional

Para la mejora del cumplimiento terapéutico se utilizarán distintas estrategias de forma conjunta como: la entrevista motivacional, la implicación del cuidador y de la familia, así como la colaboración de todos los agentes que intervienen en el proceso de prescripción y dispensación de fármacos, para facilitar la adherencia de los pacientes¹⁷.

Para valorar la adherencia terapéutica se pueden dar distintos pasos:

1. **Valorar el control de la enfermedad.** Si la enfermedad está controlada se considerará que el paciente es cumplidor.
2. Si hay un **mal control**, hay que plantearse si el paciente está tomando o no el tratamiento prescrito. Para ello, se le interrogará de forma directa sobre la toma de la medicación. Se puede recurrir al test de Haynes-Sackett, que consta de dos partes:
 1. ° Se interroga al paciente de forma indirecta sobre la toma de medicación. Se intentará crear un ambiente de conversación adecuado, comentando la dificultad que tienen

los enfermos, en general, para tomar la medicación mediante la siguiente frase: **La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos.**

2.º Se realiza la siguiente pregunta: **¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?**

– Si el paciente dice que **sí**, se asumirá que es incumplidor:

– Pero si responde que **no** y su enfermedad no está controlada o no se obtiene el efecto esperado del tratamiento pautado, se insistirá preguntando: **¿Cómo los toma?**

3. Si el paciente afirma que toma sus pastillas, pero su enfermedad no está controlada o no se encuentra la respuesta esperada al tratamiento prescrito, se valorará si tiene actitudes correctas o incorrectas hacia su tratamiento y su enfermedad. Para ello, se puede usar el test de Morisky-Green-Levine que valora la actitud del paciente hacia su tratamiento, asumiendo que, si son incorrectas, el paciente es incumplidor¹⁷.

El test de Morisky-Green-Levine¹⁷

Este test consta de las siguientes preguntas:

1. ¿Se olvida alguna vez de 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 se siente mal, ¿deja usted de tomar la medicación?

El paciente es considerado como cumplidor si las respuestas a las cuatro preguntas son “no”, “sí”, “no” y “no”, respectivamente.

Si es un paciente polimedcado se deben revisar periódicamente todos los fármacos que está tomando. Para ello, se solicitará al paciente o a su cuidador que aporte los medicamentos que tiene en su domicilio para comprobar la correlación con la medicación prescrita en la historia clínica; es lo que se denomina **conciliación de medicación**. Es importante incluir también la automedicación, autoprescripción, consumo de plantas medicinales y productos dietéticos¹⁷.

Intervenciones para mejorar la adherencia

Las intervenciones propuestas para mejorar la adherencia incluyen (Figura 3)¹⁸:

1. **Entrevista motivacional:** con estrategias informativas o educativas que incluyan educación sanitaria individual y revisión de los conocimientos de la enfermedad y del tratamiento.
2. **Estrategias de apoyo y supervisión:** recordatorios, apoyo familiar, sistemas informatizados de recordatorio, etc.
3. **Estrategias de implantación de actuaciones sanitarias que favorecen la adherencia:** sistemas de prescripción y dispensación que faciliten la adhesión al tratamiento como la receta electrónica y la verificación de que el paciente comprende y acepta las recomendaciones prescritas.

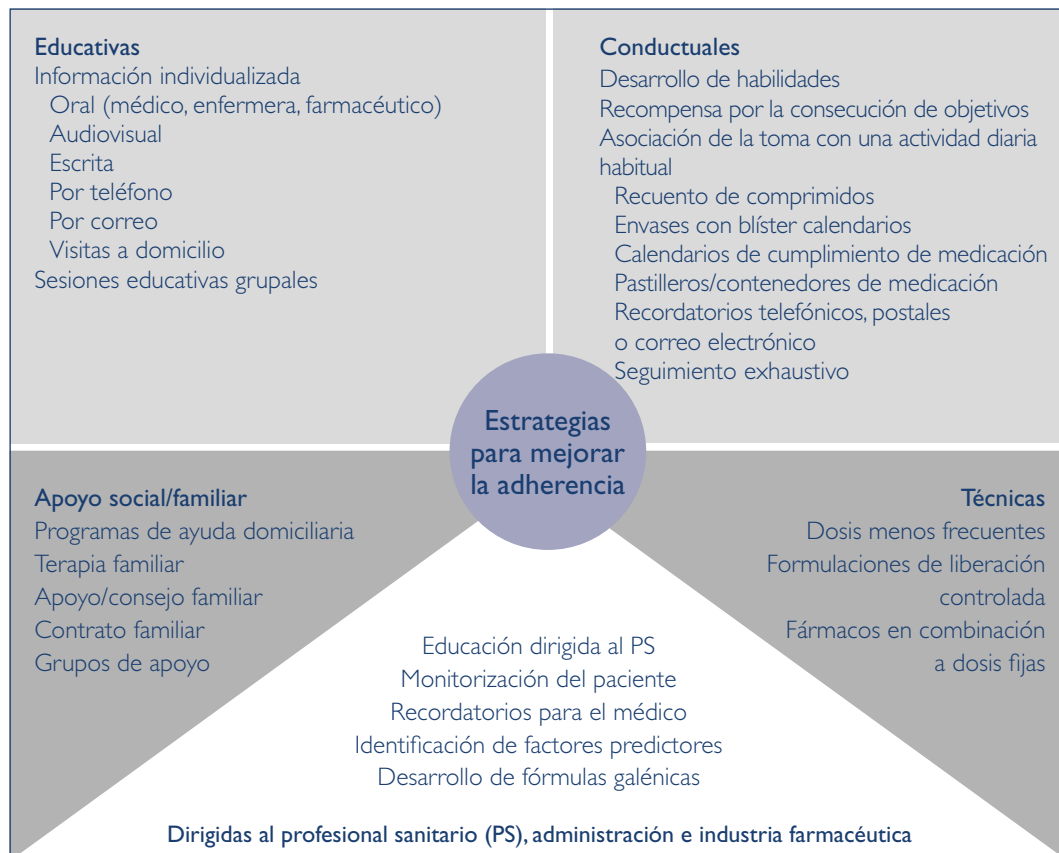
4. Utilización de **regímenes de dosificación simples** y con pocas dosis a lo largo del día.

Figura 3. Estrategias para mejorar la adherencia. Extraída de Dilla T, et al. (2009)¹⁹

Las estrategias aconsejadas en función de la enfermedad a la que van dirigidas son¹⁹:

- **Estrategias aconsejadas para mejorar la adherencia en el tratamiento de las enfermedades agudas:** intervenciones informativas/educativas sobre la importancia de la adherencia, dar instrucciones escritas sobre la toma de la medicación y los envases con recordatorio.
- **Estrategias para mejorar la adherencia en el tratamiento de las enfermedades crónicas:** realizar intervenciones educativas y material de instrucción; simplificación del régimen terapéutico (dosis menos frecuentes, formas de dosificación de liberación controlada); sesiones con grupos de apoyo; recordatorios de medicación y citas (manuales y/o asistidos por ordenador); adaptación de la pauta de tratamiento a los hábitos de la vida cotidiana del paciente (desayuno, hora de acostarse); intervenciones de refuerzo y recompensa (reconocer explícitamente los esfuerzos del paciente por ser adherente); automonitorización con revisiones y refuerzos regulares con el médico e implicación de familiares.

| CAUSAS DE LA NA | Estrategias para mejorar la adherencia | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Factores relacionados con el paciente | | | | | |
| Características sociodemográficas | | | | | |
| Escaso conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y/o las consecuencias del incumplimiento | | | | | |
| Desconfianza en la elección o la efectividad del tratamiento | | | | | |
| Incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas | | | | | |
| Olvido o falta de motivación | | | | | |
| Barreras de acceso | | | | | |
| Factores relacionados con el tratamiento | | | | | |
| Efectos secundarios | | | | | |
| Características de la medicación (farmacocinética, farmacodinámica, características organolépticas, forma farmacéutica...) | | | | | |
| Complejidad del régimen (politerapia, pauta posológica compleja, duración del tratamiento, etc.) | | | | | |
| Coste/copago de la medicación | | | | | |
| Factores relacionados con la enfermedad | | | | | |
| Enfermedad crónica | | | | | |
| Enfermedad aguda | | | | | |
| Enfermedades poco sintomáticas | | | | | |
| Factores relacionados con el personal sanitario | | | | | |
| Forma de comunicación y contenido de la información | | | | | |
| Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario | | | | | |

Tabla 3. Relación entre causas del incumplimiento terapéutico y las principales estrategias dirigidas a mejorar la adherencia. 1: Técnicas; 2: Conductuales; 3: Educativas; 4: Apoyo social; 5: Dirigidas a profesionales, administración e industria. Extraída de Dilla T, et al. (2009)¹⁹

Inercia clínica y terapéutica

Introducción

La inercia clínica (IC) y la falta de adherencia al tratamiento son las dos principales causas de falta de control de las patologías crónicas. La IC se relaciona con la actitud del profesional, y el incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento con la del paciente. Y parece existir cierta interrelación entre las conductas de los pacientes (falta de adherencia o incumplimiento) y la de los médicos (IC). Esto tiene especial relevancia en las enfermedades crónicas, que tienen un largo periodo de evolución, y gran parte del tiempo son asintomáticas. La IC incluye las etapas del diagnóstico e inicio del tratamiento y el proceso terapéutico durante el seguimiento del paciente. Incluye la inercia diagnóstica y terapéutica.

La IT fue definida en el año 2001 por Phillips LS, *et al.* (2001)²⁰, como “la falta de inicio o intensificación del tratamiento cuando está indicado”; se produce por ausencia de prescripción de fármacos y ante la ausencia de control de un determinado factor de riesgo. Para poder evaluar la IT, la enfermedad tiene que tener un objetivo claro, idealmente basado en la evidencia, y existir un tratamiento cuyo efecto pueda ser medido fácilmente. Para poder valorar la IT, tenemos que haber identificado los objetivos clínicos: tenemos un tratamiento para la enfermedad que puede ser medido y hemos definido unos periodos de revisiones. Cuando el paciente no logra alcanzar los objetivos indicados y/o no recibe el tratamiento adecuado en forma, tiempo o dosis, hablamos de IT²¹.

Los factores que forman parte de la IT son los factores dependientes del profesional y del sistema sanitario; los factores dependientes del paciente están relacionados con la falta de adherencia al tratamiento²². La IT depende de los factores del propio médico en un 50 %, del paciente en un 30 % y en un 20 % de la organización sanitaria. Los factores que forman parte de la inercia terapéutica son²³:

Factores dependientes del profesional sanitario:

- Infradiagnóstico o sobrediagnóstico.
- Formación deficiente.
- No adherencia a las guías de práctica clínica.
- Tratamiento inapropiado (infra- o sobretratamiento).
- Ausencia de un plan de seguimiento.
- Fallos para identificar y manejar las comorbilidades.
- Deficiente educación a los pacientes.
- Deficiencias en la comunicación con los pacientes.
- Atención reactiva en vez de proactiva frente a la enfermedad.
- No investigar el incumplimiento terapéutico.
- No individualizar el tratamiento.

Factores dependientes del paciente:

- Miedo a los efectos secundarios de los fármacos.
- Considerar que se tiene demasiada medicación.
- Olvidos en la toma de la medicación.
- Coste de los medicamentos.
- Negación de la enfermedad.
- Negación de la severidad de la enfermedad.
- Percepción de baja susceptibilidad.
- Ausencia de síntomas de la enfermedad.
- Desconfianza hacia el médico.
- Pobre comunicación con el profesional sanitario.
- Comorbilidades.
- Estilo de vida.
- Pocos conocimientos en salud.
- Falta de colaboración en los autocuidados.

Factores dependientes del sistema sanitario:

- Falta de recursos (métodos diagnósticos).
- Tiempo insuficiente de consulta.
- Ausencia de proceso asistencial en una determinada patología.
- Deficiencias en formación continuada.
- Falta de registro adecuado de la enfermedad en las historias clínicas.
- Dificultad de planificación de la consulta.
- Falta de apoyo en la toma de decisiones clínicas.
- Falta de coordinación entre los miembros del equipo sanitario.
- Falta de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales.
- Ausencia de protocolos comunes entre niveles asistenciales.
- Falta de cobertura sanitaria.

Algunos estudios han mostrado que los principales factores relacionados con la IT son la sobreestimación del cuidado de los pacientes, el déficit del conocimiento y la percepción de que las cosas se están haciendo bien^{24,25}. En el estudio HISPALIPID en el que participaron más de 1 600 médicos se comprobó que había una diferencia importante entre el control subjetivo de la dislipidemia (el que el médico cree que tiene) y el control objetivo o real, al creer el médico que tiene un mejor control del que en realidad tiene²⁶. En un estudio realizado en Francia, se preguntó a médicos por qué no habían cambiado el tratamiento a sus pacientes a pesar de no estar en objetivos terapéuticos. Con las respuestas fueron capaces de establecer cuatro perfiles²⁷:

- **Optimista:** aquellos médicos que tienen grandes expectativas solo con los cambios en el estilo de vida.
- **Aplazador o procrastinador:** reevalúa una y otra vez al paciente sin decidirse a cambiar el tratamiento; negocia con los pacientes modificaciones parciales, no cambia el tratamiento porque casi alcanza el objetivo.
- **Contextualizador:** achaca el resultado a anormalidades en la medida o a circunstancias personales o sociales del paciente (p. ej.: el día anterior al análisis comió mucho o llevaba una semana muy estresado).
- **Cauteloso:** cuando el médico tiene miedo a los EA del tratamiento o cree que existe insuficiente evidencia para modificar el tratamiento.

Medición de la inercia terapéutica

Hasta ahora, en los distintos trabajos publicados no existe un criterio uniforme para la medida de la IC. La IT se puede cuantificar como el número de pacientes a los que no se les modifica el tratamiento farmacológico dividido por el número de pacientes que no han conseguido el objetivo de control del dolor y multiplicado por 100. Deberían ser excluidos de la valoración de la inercia los pacientes de edad avanzada, con comorbilidades importantes²⁸.

$$IT = \frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes sin modificación del tratamiento}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes sin conseguir el objetivo de control del dolor}} \times 100$$

Ante un paciente con mal control del dolor crónico, lo primero que hay que hacer, como ya se ha señalado, es ver si el paciente es cumplidor o no. Para lo que se pasarán los test de Haynes-Sackett o Morisky-Green-Levine.

Si después de verificar todos los factores que intervienen en el mal control del dolor se constata que el tratamiento es insuficiente y el médico no intensifica el tratamiento, se puede considerar que comete IT; su gravedad debe ser modulada por dos parámetros: el número de visitas en las que el médico comete inercia y la intensidad del dolor²⁸.

Estrategias de mejora

El objetivo de las actividades para mejorar la IT es vencer las barreras identificadas como asociadas a ella. La mejor estrategia para evitar la IC es combinar adecuadamente las diferentes estrategias disponibles, especialmente flujogramas, recordatorios en la historia clínica, formación en patologías crónicas y *feedback* sobre la actuación médica, todo ello en el contexto de una buena relación médico-paciente²⁹.

La Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) ha planteado diez medidas para disminuir la inercia²⁹:

1. **Promover la formación continuada:** cursos, reuniones científicas, formación *on-line*, etc.

2. **Marcar claramente los objetivos terapéuticos:** consensuar los objetivos terapéuticos facilita la evaluación y clarifica las actuaciones de los profesionales.
3. **Establecer auditorías:** la realización de autoevaluaciones periódicas de la práctica clínica (*self-audit*) con indicadores específicos y validados actuaría como mecanismo de *feedback* para prevenir las IT.
4. **Implantar la historia clínica informatizada con alertas:** una historia clínica informatizada que permita recordar, alentar e instar a tomar decisiones basadas en la evidencia científica.
5. **Incentivar la investigación en este campo.**
6. **Divulgar las guías de práctica clínica:** recomendaciones y algoritmos de decisión y tratamiento basados en la evidencia científica.
7. **Crear incentivos motivadores:** motivación económica, organizativa o de mejora de la calidad de la atención (sustituciones, medios técnicos, ayudas para asistencia a jornadas, etc.).
8. **Organizar la asistencia:** la organización de la consulta médica puede disminuir la IT. Se aconseja³⁰ empezar la consulta revisando previamente la historia clínica de cada uno de los pacientes, valorando el logro de objetivos y posibles cambios del tratamiento, considerando las posibles interacciones y los EA. Finalmente, se recomienda registrar las modificaciones y las causas de estos cambios para disminuir la IT. No hay suficientes datos para indicar que una menor presión asistencial se asocia a un mejor cumplimiento de las guías^{31,32}.
9. **Mejorar la relación médico-paciente:** parte de la organización de la consulta es la relación del sanitario con el paciente, el tiempo dedicado, las visitas, la formación del paciente y la capacitación de este (*empowerment*) para que se autorresponsabilice de su enfermedad. Es crucial formar e informar a los pacientes sobre los objetivos que deseamos lograr y detectar los casos de negación de enfermedad o la existencia de focos de desconfianza (cambios frecuentes de profesionales, residentes, rotaciones, etc.)³³.
10. **Implicar a otros agentes sanitarios:** la delegación de funciones, compartir la asistencia del paciente con enfermería u otros especialistas facilita o dificulta alcanzar el objetivo en la reducción de la IT. La educación sanitaria del paciente ayuda al cumplimiento terapéutico y previene la IT. Una comunicación eficaz entre el profesional médico y de enfermería puede ayudar a detectar la IC. El profesional de enfermería, además de ayudar a la adherencia y a disminuir la IC, puede también detectar y avisar de casos de IT en los supuestos referidos²⁹.

1. Promover la formación continuada.
2. Marcar claramente los objetivos terapéuticos.
3. Establecer auditorías.
4. Implantar la historia clínica informatizada con alertas.
5. Favorecer o incentivar la investigación en este campo.
6. Divulgar las guías de práctica clínica mediante algoritmos y esquemas.
7. Crear incentivos motivadores.
8. Organizar la asistencia.
9. Mejorar la relación médico/paciente.
10. Implicar a otros agentes sanitarios en el problema.

Tabla 4. Diez medidas para disminuir la inercia terapéutica. Extraída de Blasco M, et al. (2017)²⁹

Bibliografía

1. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(5):487-497.
2. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. World Health Organization. [cited 10 September 2019]. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
3. Haynes R. A critical review of the "determinants" of patient compliance with therapeutic regimens. In: Sackett D, Haynes R, ed. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. p. 24-40.
4. López San Román A. Treatment adherence, treatment adherence or treatment compliance?. *Rev Clin Esp*. 2006 Sep;206(8):414.
5. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definition. *Value Health* 2008;11(1):44-7.
6. Raebel MA, Schmittiel J, Karter AJ, Konieczny JI, Steiner JF. Standardizing terminology and definitions of medication adherence and persistence in research employing electronic databases. *Med Care* 2013;51(Suppl 3):S11-21.
7. Olatz Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). 2017.
8. Prats Mas R. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). EDITTEC. 2017.
9. Rubio Valera M. Pharmacist interventions in depressed patients [tesis doctoral] Barcelona: tesis doctorales en red; 2012. [cited 10 September 2019]. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/9599>
10. Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. España; 2016.
11. Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas [Internet]. Madrid.org. 1999 [cited 10 September 2019]. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
12. Hughes DA, Bagust A, Haycox A, Walley T. Accounting for non compliance in pharmaco economic evaluations. *Pharmacoeconomics*. 2001;19(12):1185-97.
13. Espinosa García J. Adherencia Terapéutica. En: Monografía SEMERGEN. Adherencia terapéutica e Inercia clínica. Madrid. SEMERGEN. 2018:11-30.
14. Shah NR, Hirsch AG, Zacker C, Wood GC, Schoenthaler A, Ogedegbe G, et al. Predictors of first-fill adherence for patients with hypertension. *Am J Hypertens*. 2009;22(4):392-396.
15. Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2007;7 (Supl F):57-66.

16. Ricote Belinchon M. Monografía SEMERGEN. Gestión del Medicamento. Madrid. SEMERGEN. 2018.
17. Rodríguez Chamorro M, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*. 2008;40(8):413-417.
18. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir!. *Atención Primaria*. 2011;43(7):343-344.
19. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-348.
20. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001;135(9):825-34.
21. O'Connor P, Sperl-Hillen J, Johnson P, Rush W, Biltz G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. Ft. Belvoir: Defense Technical Information Center; 2005.
22. López-Simarro F. Inercia terapéutica. Causas y soluciones. *Hipertensión*. 2012;29 (Supl 1):28-33.2.
23. Alonso Moreno FJ. Inercia Clínica. En: Monografía SEMERGEN. Adherencia terapéutica e Inercia clínica. Madrid. SEMERGEN. 2018:35-55.
24. Bramlage P, Thoenes M, Kirch W, Lenfant C. Clinical practice and recent recommendations in hypertension management – reporting a gap in a global survey of 1259 primary care physicians in 17 countries. *Curr Med Res Opin*. 2007 Apr;23(4):783-91.
25. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006; 47(3):345-351.
26. Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, Fernández R, et al. The gap between dyslipidemia control perceived by physicians and objective control patterns in Spain. *Atherosclerosis*. 2006;188(2):420-4.
27. Lebeau JP, Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H, Pouchain D, Yaouanc V, Aubin-Augier I. General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: An empirically grounded typology. *BMJ Open*. 2016;6:e010639.
28. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JAM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005. p. 293-308.
29. Blasco M, Pérez-Martínez P, Lahoz C. Decálogo de la Sociedad Española de Arteriosclerosis para disminuir la inercia terapéutica. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 2017;29(5):218-223.
30. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Rush WA, Johnson PE, Amundson GH, Asche SE, et al. Impact of electronic health record clinical decision support on diabetes care: a randomized trial. *Ann Fam Med*. 2011 Jan-Feb;9(1):12-21.
31. Giugliano D, Exposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA*. 2011 Apr 20;305(15):1591-2.
32. Doroodchi H, Abdolrasulnia M, Foster J, Foster E, Turakhia M, Skelding K, et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Family Practice*. 2008;9(1).
33. Phillips L, Twombly J. It's Time to Overcome Clinical Inertia. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148(10):783.

Anexo

Información y comunicación con los pacientes

La información y la comunicación con el paciente tiene como fin servir de apoyo al tercer reto global por la seguridad del paciente que la propia OMS publicó en 2017, dentro del que está la **Medicación sin daño**, cuyo objetivo principal es reducir los errores de medicación graves evitables al 50 % en cinco años.

La OMS publicó, en este contexto, *Los 5 momentos para una medicación segura*¹. Estos cinco momentos son:

1. Al iniciar un tratamiento:

- I. ¿Cuál es el nombre de este medicamento y para qué sirve?
- II. ¿Cuáles son los riesgos y los posibles efectos secundarios?
- III. ¿Hay otra forma de tratar mi condición?
- IV. ¿Le he hablado a mi profesional de la salud sobre mis alergias y otras condiciones de salud?
- V. ¿Cómo debo guardar este medicamento?

2. En la toma del medicamento:

- I. ¿Cuándo debo tomar este medicamento y qué dosis debo tomar cada vez?
- II. ¿Cómo debo tomar el medicamento?
- III. ¿Hay algo relacionado con la comida y la bebida que deba saber mientras tomo este medicamento?
- IV. ¿Qué debo hacer si me olvido de una dosis de este medicamento?
- V. ¿Qué debo hacer si tengo efectos secundarios?

3. Al añadir un nuevo medicamento:

- I. ¿Realmente necesito algún otro medicamento?
- II. ¿Le he hablado a mi profesional de la salud acerca de los medicamentos que ya estoy tomando?
- III. ¿Puede este medicamento interactuar con mis otros medicamentos?
- IV. ¿Qué debo hacer si sospecho una interacción?
- V. ¿Podré manejar múltiples medicamentos correctamente?

4. En revisión de la medicación:

- I. ¿Tengo una lista de todos mis medicamentos?
- II. ¿Cuánto tiempo debo tomar cada medicamento?
- III. ¿Estoy tomando algún medicamento que ya no necesito?
- IV. ¿Un profesional de la salud revisa mis medicamentos regularmente?
- V. ¿Con qué frecuencia deben revisarse mis medicamentos?

5. Al finalizar un tratamiento:

- I. ¿Cuándo debo dejar de tomar cada medicamento?
- II. ¿Alguno de mis medicamentos no debe suspenderse repentinamente?
- III. ¿Qué debo hacer si me quedo sin medicamentos?
- IV. Si tengo que suspender mi medicación debido a un efecto no deseado, ¿dónde debo informar de esto?
- V. ¿Qué debo hacer con los medicamentos sobrantes o caducados?

La OMS ofrece un listado de preguntas a disposición del paciente y de los cuidadores para que realicen una serie de preguntas en los distintos momentos que les ayuden a clarificar su tratamiento y la forma de tomarlo. El material ofrecido en la web incluye infografías, panfletos, flyers y una App disponible para Android e IOS. Estas preguntas se pueden realizar en diferentes momentos como: en la visita en AP, cuando el paciente es derivado a un nuevo profesional sanitario, cuando acude a su farmacia comunitaria u hospitalaria, en el momento del ingreso, traslado o alta de una institución sanitaria o si se encuentra ingresado en una unidad de atención domiciliaria¹.

MEDICATION WITHOUT HARM
World Health Organization

5 Moments for Medication Safety

- Starting a medication**
 - What is the name of this medication and what is it for?
 - What are the risks and possible side-effects?
 - Is there another way of treating my condition?
 - Have I told my health professional about my allergies and other health conditions?
 - How should I store this medication?
- Taking my medication**
 - When should I take this medication and how much should I take each time?
 - How should I take the medication?
 - Is there anything related to food and drink that I should know while taking this medication?
 - What should I do if I miss a dose of this medication?
 - What should I do if I have side-effects?
- Adding a medication**
 - Do I really need any other medication?
 - Have I told my health professional about the medications I am already taking?
 - Can this medication interact with my other medications?
 - What should I do if I suspect an interaction?
 - Will I be able to manage multiple medications correctly?
- Reviewing my medications**
 - Do I keep a list of all my medications?
 - How long should I take each medication?
 - Am I taking any medications I no longer need?
 - Does a health professional check my medications regularly?
 - How often should my medications be reviewed?
- Stopping my medication**
 - When should I stop each medication?
 - Should any of my medications not be stopped suddenly?
 - What should I do if I run out of medication?
 - If I have to stop my medication due to an unwanted effect, where should I report this?
 - What should I do with leftover or expired medications?

5 Moments for Medication Safety

The 5 Moments for Medication Safety are the key moments where action by the patient or caregiver can greatly reduce the risk of harm associated with the use of their medication/s. Each moment includes 5 critical questions. Some are self-reflective for the patient and some require support from a health professional to be answered and reflected upon correctly.

This tool for patient engagement has been developed as part of the third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm.

It is intended to engage patients in their own care in a more active way, to encourage their curiosity about the medications they are taking, and to empower them to communicate openly with their health professionals.

This tool is intended for use by patients, their families and caregivers, with the help of health professionals, at all levels of care and across all settings.

For patients, families and caregivers

Pay attention to these 5 MOMENTS when using medication/s.

ASK these QUESTIONS and FIND the ANSWERS with the help of a health care professional whenever you:

- visit a doctor, nurse, pharmacist or dentist
- visit a primary health care facility or pharmacy
- are admitted to and discharged from a health care facility
- are referred to another health care facility
- are transferred to another health care facility
- receive treatment and care at home.

For health professionals

Promote patient engagement by introducing this tool to your patients, their families and caregivers and supporting them in answering the questions.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility of the interpretation of and use of this material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

WHO/NHS/SDS/2018.3
© World Health Organization 2018. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 4.0 International license.

For more information, please visit:
<https://www.who.int/globalsafety/medication-safety/5moments/sky>

Figura 1. Documentos que la OMS pone a disposición de los profesionales. Extraído de Moments for Medication Safety¹

En EE. UU. se han realizado diferentes campañas de cara a la implicación de los pacientes en todo lo referente a la medicación. La Food and Drug Administration (FDA)² en su página web recoge una serie de **recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos por los pacientes en una lista de cinco puntos:**

- Llevar una bolsa con toda su medicación cuando acudan a su médico de cabecera, a la farmacia o al hospital. Insisten en incluir todos los medicamentos que están tomando (hayan sido prescritos mediante receta o no) o cualquier suplemento vitamínico, alimentario o basado en plantas.

2. Realizar todas las preguntas que se tengan sobre la medicación. Asegurarse de que se han entendido las respuestas, elegir un profesional sanitario con el que se sienta confianza para preguntar. En la medida de lo posible, ir acompañado por un familiar o amigo. Escribir las preguntas y respuestas.
3. Asegurarse de que la medicación que le entregan es la que el médico pautó. En caso de que parezca diferente o haya alguna duda respecto a que sea la correcta, insistir al farmacéutico a realizar un doble chequeo. La mayoría de los errores son detectados directamente por el paciente.
4. Asegurarse de que ha entendido cómo se toma la medicación. Leer las instrucciones del prospecto o de cualquier otro tipo de información que se haya entregado. Pedir al farmacéutico o al médico que le explique cualquier cosa que no haya entendido. Preguntar sobre otros medicamentos, alimentos o actividades (conducir, beber alcohol, fumar tabaco) que tengan que evitarse mientras se tome el fármaco.
5. Preguntar sobre los posibles EA. Muchos medicamentos pueden tener EA. Pregunte a su médico o farmacéutico respecto a los posibles EA esperables y cuales son graves. Algunos pueden ser mayores al principio, pero mejoran según van pasando los días. Contacte con su médico en caso de experimentar un EA grave o en caso de que no mejore. Puede ser necesario un cambio de medicación.

Recientemente, el ISMP-Canadá y el Canadian Patient Safety Institute³, junto con otras sociedades canadienses, han elaborado **la siguiente batería de cinco preguntas (5 Questions to Ask About Your Medications) que los pacientes y cuidadores deben realizar sobre su medicación:**

1. ¿Hay algún cambio?, ¿me han recetado algún medicamento nuevo o me han quitado o cambiado alguno, y por qué?
2. ¿Qué medicamentos debo seguir tomando y por qué?
3. ¿Cómo debo tomar mis medicamentos y durante cuánto tiempo?
4. ¿Qué debo controlar?, ¿cómo sabré si mi medicamento funciona y qué efectos secundarios tengo que vigilar?
5. ¿Se necesitan hacer revisiones?, ¿necesito que me hagan alguna prueba de control?, ¿cuándo debo volver a consulta?

Bibliografía

1. Moments for Medication Safety [Internet]. World Health Organization. [cited 10 September 2019]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>
2. Check Your Medicines - Tips for Using Medicines Safely [Internet]. U.S. Food and Drug Administration. 2013 [cited 10 September 2019]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/general-use-medicine/check-your-medicines-tips-using-medicines-safely>
3. Questions to Ask - ISMP Canada [Internet]. Ismp-canada.org. [cited 10 September 2019]. Available from: <https://www.ismp-canada.org/medrec/5questions.htm>