

La adherencia: implicaciones en la práctica e investigación clínica

José William Cornejo-Ochoa, MD, MSc¹

La adherencia se define como el grado con el que los pacientes o sujetos de una investigación evolucionan de acuerdo a las recomendaciones e instrucciones del proveedor de salud o el investigador. La falta de adherencia tiene causas y consecuencias que ameritan su identificación y el desarrollo de acciones que se enfoquen en lograr su mejoría ⁽¹⁾.

Los autores de la comunicación breve, incluida en la presente edición de IATREIA, *Adherencia declarada y calculada al consumo de chocolate en los participantes de un ensayo clínico que mide el efecto del cacao en la hipertensión arterial con diagnóstico reciente*, deciden situar la lupa sobre un aspecto que ha sido de interés no solo en la investigación, sino también en la práctica clínica. Su examen incluye la adherencia de una intervención no farmacológica, en la que hacen énfasis acerca de la discrepancia entre la adherencia declarada y la calculada.

Se puede resaltar, en este escenario, el interés de incluir mediciones objetivas que reflejen con mayor exactitud el verdadero grado de cumplimiento de una intervención. Los autores muestran la discrepancia entre lo declarado por el paciente y lo calculado o, más bien, lo verificado por el investigador. Esta medida permite llamar la atención acerca de la importancia de considerar evaluaciones objetivas al determinar esta variable en el marco de una investigación o de la práctica clínica. Así, la falta de adherencia se constituye en un problema de salud pública, de la misma manera, en el desarrollo de la investigación clínica, ya sea de intervención farmacológica o no, ya que se precisa un control riguroso y objetivo con innegable impacto sobre el resultado y las implicaciones de tipo ético. Una adherencia de apenas el 50 % en una intervención, por ejemplo, exigiría un incremento del tamaño de la muestra en 5 veces para mantener el mismo poder estadístico contemplado inicialmente ⁽²⁾.

A pesar de que el estudio mencionado no establece los determinantes de la falta de adherencia y el desarrollo de estrategias para garantizarla, buena parte de la investigación reciente respecto a este tópico se ha producido desde los años ochenta. En una revisión sistemática de 191 ensayos clínicos, aleatorizados, publicados en revistas con alto factor de impacto que estudiaban la terapia en 6 enfermedades crónicas como la hipertensión, la adherencia fue informada en apenas el 33 % de las publicaciones ⁽³⁾.

Futuros desarrollos en nuestro medio deben apuntar a lograr una mayor comprensión del problema. No hay medidas ideales de adherencia al tratamiento farmacológico, se recomienda la combinación de varias de ellas: un enfoque “multi-medidas” que pueda acercarse más a la realidad. En el mismo sentido, tanto medidas subjetivas como objetivas son útiles, las primeras porque ayudan a identificar creencias y barreras para la adherencia y, las segundas, porque suministran datos más exactos y reproducibles ⁽⁴⁾.

¹ Profesor titular Universidad de Antioquia, Investigador Senior y coordinador: Grupo Pediciencias (A1 Colciencias), Consejero: Consejo Nacional de Acreditación (CNA), Colombia

El empleo de formas directas, habitualmente, ofrece mayor objetividad, pero tiene las limitaciones de los costos, ser en ocasiones invasivas, o no estar disponibles para muchas exposiciones evaluadas. Sin embargo, medidas indirectas como la entrevista, el recuento de tabletas o de empaques (el empleado en este estudio) son más utilizados. Estas últimas medidas son populares debido a su bajo costo y fácil implementación. Aunque existen limitaciones en casos donde la formulación es sin discreción o *pro re nata*, (por ejemplo, cuando el horario de administración se deja a consideración del paciente, enfermera o cuidador) ⁽⁵⁾.

De otro lado, los autoreportes están sujetos a sesgos en ambas direcciones, en cuanto a aumentar o disminuir falsamente el cumplimiento, mientras que las entrevistas son más sensibles para detectar la falta de adherencia. Tecnologías como el empleo de microprocesadores o dispositivos electrónicos pueden ayudar a alcanzar una mayor exactitud. Las mediciones tanto objetivas como subjetivas tienen ventajas y desventajas, por ello deben ser empleadas en combinación como lo concibieron los autores ^(6,7).

Las causas de la falta de adherencia son otro apartado de gran interés. Las investigaciones publicadas demuestran numerosas variables que pueden constituir solo una parte de la explicación, aunque algunas de ellas con débil correlación. La discapacidad y la medicación parenteral están asociadas con una mayor adherencia, en contraste, los problemas de memoria o las creencias de los pacientes son características que afectan la adherencia ⁽⁸⁾. La Organización Mundial de la Salud sugiere cinco categorías de factores para explicar la no adherencia: factores socioeconómicos, factores relacionados con el individuo o paciente, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con la condición y factores relacionados con el sistema de salud y el equipo de atención ⁽⁹⁾.

La calidad de un estudio sobre adherencia se basa en comunicar con esmero la descripción de la enfermedad, el régimen terapéutico, la definición de adherencia y la metodología empleada para medirla. El esfuerzo por la estimación de la adherencia es de gran trascendencia en el ámbito de los ensayos clínicos, en relación con el impacto que pueda tener sobre los resultados ⁽¹⁰⁾. Tanto en la investigación, como en el caso de los ensayos clínicos o en la práctica clínica diaria, contar medidas precisas y confiables de

adherencia es crítico, pues esto puede tener consecuencias peligrosas y costosas debido a conclusiones erróneas o interpretaciones irreales de los resultados de una investigación clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robiner WN. Enhancing adherence in clinical research. *Contemp Clin Trials*. 2005;26(1):59-77. DOI 10.1016/j.cct.2004.11.015.
2. Goldsmith CH. The effect of compliance distributions on therapeutic trials. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 63-77.
3. Gossec L, Tubach F, Dougados M, Ravaud P. Reporting of adherence to medication in recent randomized controlled trials of 6 chronic diseases: a systematic literature review. *Am J Med Sci*. 2007 Oct;334(4):248-54. DOI 10.1097/MAJ.0b013e318068dde8.
4. Liu H, Golin CE, Miller LG, Hays RD, Beck CK, Sanandaji S, et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Ann Intern Med*. 2001 May;134(10):968-77. DOI 10.7326/0003-4819-134-10-200105150-00011.
5. Fischer MA, Stedman MR, Lii J, Vogeli C, Shrank WH, Brookhart MA, et al. Primary Medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. *J Gen Intern Med*. 2010 Apr;25(4):284-90. DOI 10.1007/s11606-010-1253-9.
6. Olivieri NF, Matsui D, Hermann C, Koren G. Compliance assessed by the medication event monitoring system. *Arch Dis Child*. 1991 Dec;66(12):1399-402.
7. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: an Overview. *Biomed Res Int*. 2015. DOI 10.1155/2015/217047.
8. Griffith S. A review of the factors associated with compliance and the taking of prescribed medicines. *Br J Gen Pract*. 1990;40(332):114-6.
9. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action [internet]. [Consultado 2019 jul 25]. Disponible en: <http://cort.as/-N-q1>
10. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001 Oct;26(5):331-42.