

## Adherencia al Tratamiento: de la clínica a la evidencia científica.

**Dr. XAVIER BONFILL**

***Director***

***Centro Cochrane Iberoamericano***

***Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública***

***Hospital de la Santa Creu i Sant Pau***

***Universitat Autònoma de Barcelona.***

Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento

# 1. INTRODUCCIÓN

**Adherencia al Tratamiento: de la clínica a la evidencia científica.**

**Adherencia al Tratamiento: de la evidencia científica a la clínica.**

TABLE 2. SAMPLE CALCULATIONS FOR COMMUNITY EFFECTIVENESS

Example	Efficacy	Diagnostic accuracy	Provider compliance	Patient compliance	Coverage	Community effectiveness	% of efficacy achieved in community
<i>Hypertension</i>							
(a) under current conditions	76%*	95%	66%	65%	90%	28%↓	$\frac{28}{76} = 37\%$
(b) under conditions of improved patient and provider compliance	76%*	95%	90%	90%	90%	53%↓	$\frac{53}{76} = 70\%$

J Chron Dis Vol. 38, No. 4, pp. 339-351, 1985  
 Printed in Great Britain. All rights reserved

0021-9681/85 \$3.00 + 0.00  
 Copyright © 1985 Pergamon Press Ltd

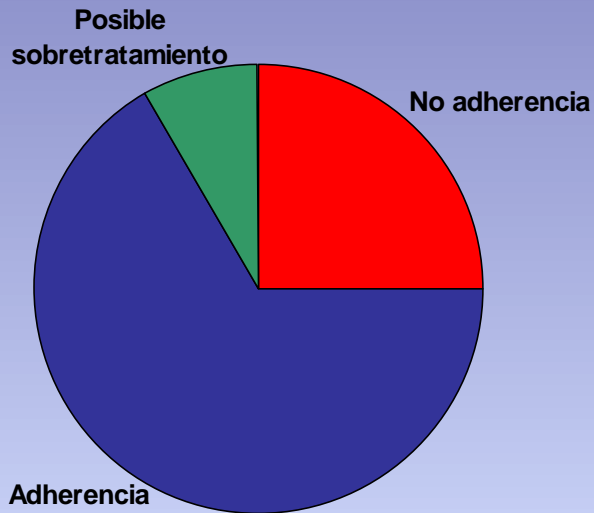
THE MEASUREMENT ITERATIVE LOOP: A  
 FRAMEWORK FOR THE CRITICAL APPRAISAL  
 OF NEED, BENEFITS AND COSTS OF  
 HEALTH INTERVENTIONS

PETER TUGWELL, KATHRYN J. BENNETT, DAVID L. SACKETT  
 and R. BRIAN HAYNES

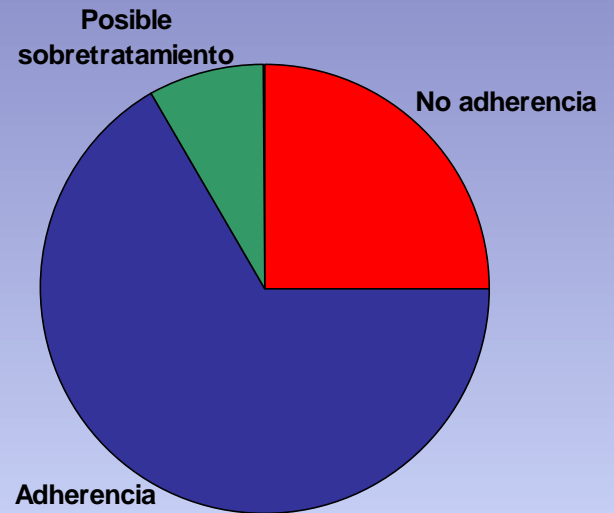
Departments of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Medicine, McMaster University,  
 Hamilton, Ontario Canada L8N 3Z5

(Received in revised form 27 June 1984)

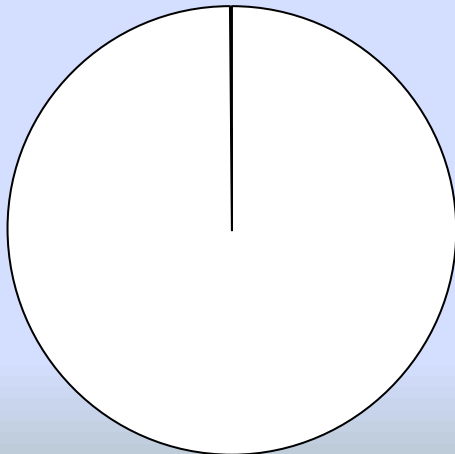
## Tratamientos indicados



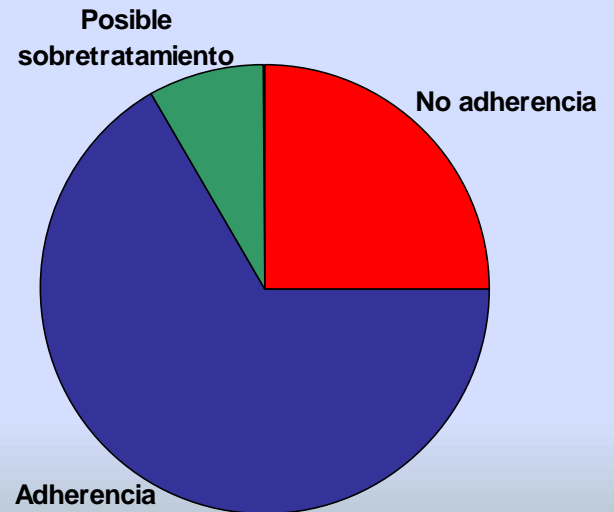
## Tratamientos no indicados



## Tratamientos indicados no prescritos



## Automedicación



# La baja adherencia como un problema

La baja adherencia del paciente es una barrera importante para alcanzar los beneficios de los medicamentos que han demostrado ser beneficiosos.

Muchos pacientes dejan de tomar su medicación en los primeros meses después de la prescripción, a menudo sin informar a nadie, con una mayor deserción a lo largo del tiempo. Además, muchos pacientes que continúan con su medicación no la toman consistentemente según lo prescrito. Como resultado, las tasas medias de adherencia se sitúan alrededor del 50% (0-100%) y no hay evidencia de cambios sustanciales en los últimos 50 años.

# La baja adherencia como un problema

La falta de adherencia a la medicación a menudo se define como tomar menos del 80% de las dosis prescritas, aunque puede incluir la toma de demasiadas dosis.

Está asociada con un mayor riesgo de tener mala salud, eventos clínicos adversos y mortalidad: es el llamado efecto del "adherente saludable". Por lo tanto, el aumento de la adherencia a la medicación es una prioridad dado que podría mejorar los resultados de los pacientes, principalmente a través del efecto de los medicamentos pero también de un modo más general.

# LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS, AL RESCATE

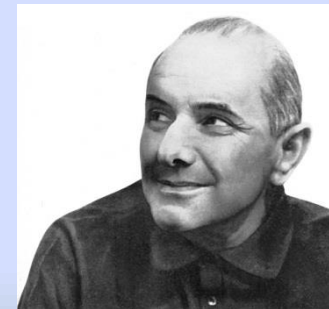


*"El exceso de información es una de las amenazas que más favorece la falta de información".*

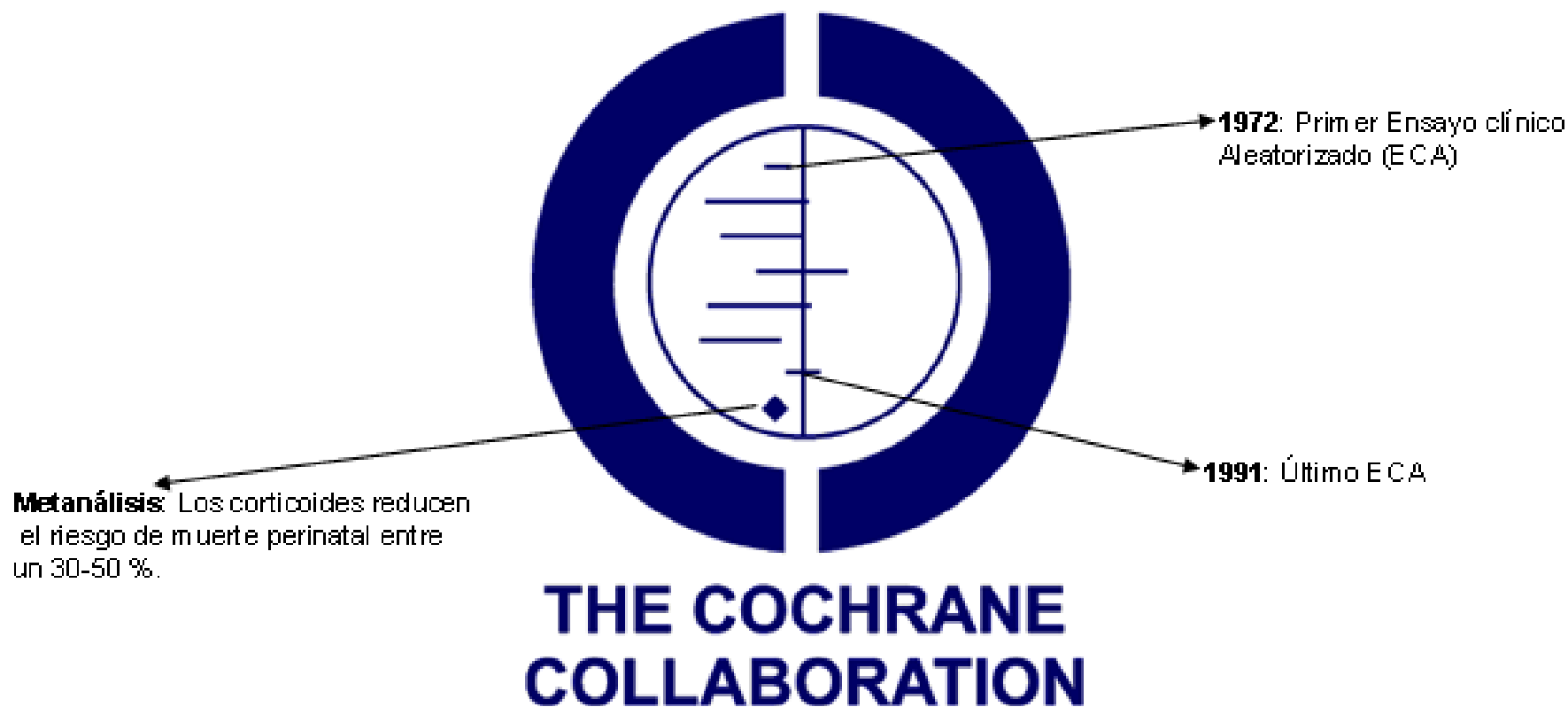
**Umberto Eco**

*"És difícil establecer la verdad cuando todo puede ser verdad".*

**Stanislaw Lec**



Logo de la Colaboración Cochrane. El metanálisis ilustra el beneficio de la administración de corticoides ante la amenaza de parto prematuro.



# La Colaboración Cochrane

Es una red internacional independiente y sin ánimo de lucro, que intenta ayudar a tomar decisiones clínicas y sanitarias bien fundamentadas mediante la preparación, actualización y divulgación de información científica de alta calidad.

**Evidencia fiable.**  
**Decisiones informadas.**  
**Mejor salud.**



## Nuestra misión

Nuestra misión es promover la toma de decisiones informada en materia de salud mediante la producción de revisiones sistemáticas accesibles, relevantes y de alta calidad y otros datos de la investigación resumidos.

Cuando Cochrane se fundó hace más de 20 años, el concepto de la salud basada en la evidencia estaba limitado a los debates académicos de un puñado de pioneros. Hoy en día se considera un hito científico del último siglo<sup>1</sup> y sobre el cual Cochrane y sus colaboradores bien pueden afirmar haber desempeñado un papel esencial en su desarrollo. A medida que el concepto se generaliza, existen muchos otros agentes que proporcionan información y defienden la toma de decisiones informadas por la evidencia, por lo que, si bien se sigue reconociendo a Cochrane como líder del sector, ya no somos los únicos. Para mantener esta posición, aprovechar al máximo nuestros puntos fuertes, asegurar una sostenibilidad a largo plazo y completar nuestra misión, debemos responder a este entorno más competitivo, complejo y exigente.

La Estrategia 2020 constituye nuestra respuesta a estos retos y oportunidades. Establece nuestras aspiraciones y prioridades para los próximos cinco años y presenta cómo pensamos alcanzar nuestra visión. Situada dentro del marco de nuestra misión, la Estrategia 2020 se basa en conseguir cuatro metas clave.

## OBJETIVO 1: Producción de evidencia

Producir revisiones sistemáticas actualizadas, relevantes y de alta calidad y otras pruebas resumidas de la investigación para informar las decisiones en materia de salud.

## OBJETIVO 2: Hacer que la evidencia sea accesible

Garantizar el acceso a la evidencia Cochrane y procurar que sea de utilidad para todas las persona en cualquier lugar del mundo.

## OBJETIVO 3: Abogar por la evidencia

Hacer de Cochrane el 'hogar de la evidencia' para informar la toma de decisiones sobre salud, establecer un mayor reconocimiento de nuestra labor y convertir la organización en una destacada impulsora de la sanidad basada en la evidencia.

## OBJETIVO 4: Construir una organización eficaz y sostenible

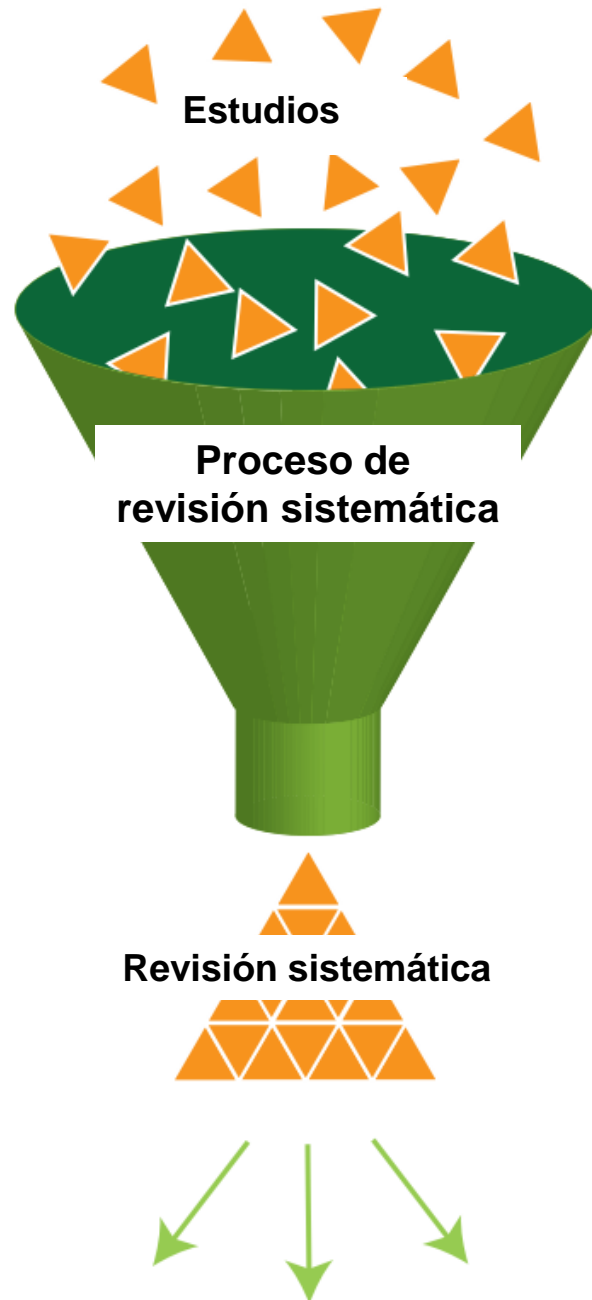
Ser una organización internacional transparente, diversa e inclusiva que aprovecha de forma eficaz el entusiasmo y las habilidades de sus colaboradores, se guía por sus principios, se gobierna de manera responsable, se gestiona eficazmente y realiza un uso óptimo de sus recursos.

Estas metas están estructuradas como tres áreas entrelazadas igualmente enfocadas y prioritarias (metas 1 a 3), sustentadas por una cuarta área fundamental (meta 4) diseñada para fortalecer la organización y el apoyo de nuestra nueva misión.

# Revisión sistemática: definición

**Es una revisión de la evidencia existente para responder una pregunta determinada, que utiliza métodos específicos y sistemáticos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación primaria y para extraer y analizar los datos de los estudios que están incluidos en la revisión. Los métodos estadísticos (metanálisis) pueden o no ser utilizados.**

# Concepto de una revisión sistemática





Everything should be made as simple as possible, but not simpler.

Albert Einstein

# Qué HACEN los autores

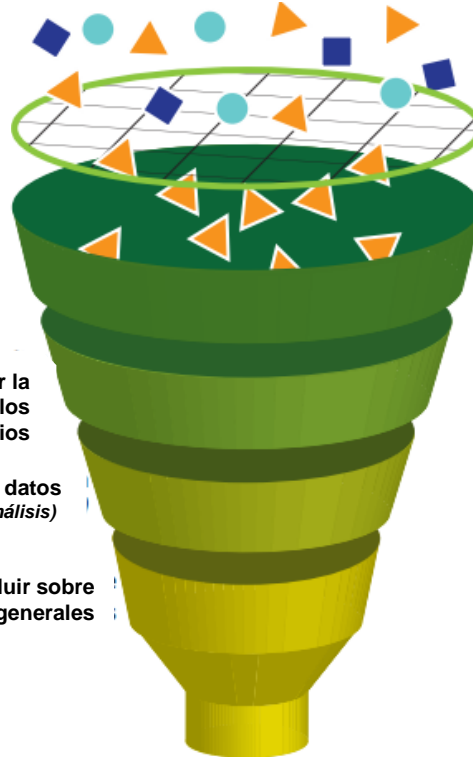
Identificar los problemas y determinar la pregunta



Redactar un plan para la revisión  
(*protocolo*)



Buscar estudios



Filtrar y seleccionar estudios

Extraer datos de los estudios

Evaluar la calidad de los estudios

Combinar los datos  
(*síntesis o metanálisis*)

Debatir y concluir sobre los hallazgos generales

Revisión sistemática

Difusión



[Intervention Review]

## Topical cyclosporine for atopic keratoconjunctivitis

Julio J González-López<sup>1,2</sup>, Jesús López-Alcalde<sup>3</sup>, Rafael Morcillo Laiz<sup>1</sup>, Roberto Fernández Buenaga<sup>1</sup>, Gema Rebolleda Fernández<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Ophthalmology, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Spain. <sup>2</sup>Department of Surgery, School of Medicine, Universidad de Alcalá, Madrid, Spain. <sup>3</sup>Health Technology Assessment Unit, Laín Entralgo Agency (Cochrane Collaborating Centre), Madrid, Spain

Contact address: Julio J González-López, [juliojose.gonzalez@live.com](mailto:juliojose.gonzalez@live.com), [juliojose.gonzalez@madrimasd.net](mailto:juliojose.gonzalez@madrimasd.net).**Editorial group:** Cochrane Eyes and Vision Group.**Publication status and date:** New, published in Issue 9, 2012.**Review content assessed as up-to-date:** 9 July 2012.**Citation:** González-López JJ, López-Alcalde J, Morcillo Laiz R, Fernández Buenaga R, Rebolleda Fernández G. Topical cyclosporine for atopic keratoconjunctivitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD009078. DOI: 10.1002/14651858.CD009078.pub2.

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley &amp; Sons, Ltd.

### ABSTRACT

#### Background

Atopic keratoconjunctivitis (AKC) is a chronic ocular surface non-infectious inflammatory condition that atopic dermatitis patients may suffer at any time point in the course of their dermatologic disease and is independent of its degree of severity. AKC is usually not self resolving and it poses a higher risk of corneal injuries and severe sequelae. Management of AKC should prevent or treat corneal damage. Although topical corticosteroids remain the standard treatment for patients with AKC, prolonged use may lead to complications. Topical cyclosporine A (CsA) may improve AKC signs and symptoms, and be used as a corticosteroid sparing agent.

#### Objectives

To determine the efficacy and gather evidence on safety from randomised controlled trials (RCTs) of topical CsA in patients with AKC.

#### Search methods

We searched CENTRAL (which contains the Cochrane Eyes and Vision Group Trials Register) (*The Cochrane Library* 2012, Issue 6), MEDLINE (January 1946 to July 2012), EMBASE (January 1980 to July 2012), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) (January 1982 to July 2012), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (January 1937 to July 2012), OpenGrey (System for Information on Grey Literature in Europe) ([www.opengrey.eu/](http://www.opengrey.eu/)), the metaRegister of Controlled Trials (mRCT) ([www.controlled-trials.com](http://www.controlled-trials.com)), ClinicalTrials.gov ([www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)), the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) ([www.who.int/ictcp/search/en](http://www.who.int/ictcp/search/en)), the IFPMA Clinical Trials Portal ([http://clinicaltrials.ifpma.org/no\\_cache/en/myportal/index.htm](http://clinicaltrials.ifpma.org/no_cache/en/myportal/index.htm)) and Web of Science Conference Proceedings Citation Index- Science (CPCI-S). We did not use any date or language restrictions in the electronic searches for trials. The electronic databases were last searched on 9 July 2012. We also handsearched the following conference proceedings: American Academy of Ophthalmology, Association for Research in Vision and Ophthalmology, International Council of Ophthalmology and Societas Ophthalmologica Europaea from 2005 to July 2011.

#### Selection criteria

We included randomised controlled trials only.

#### Data collection and analysis

## CICLOSPORINA TÓPICA PARA LA QUERATOCONJUNTIVITIS ATÓPICA

### Autores

Julio J González-López, Jesús López-Alcalde, Rafael Morcillo Laiz, Roberto Fernández Buenaga, Gema Rebolleda Fernández

Cómo citar la revisión: González-López J, López-Alcalde J, Morcillo Laiz R, Fernández Buenaga R, Rebolleda Fernández G. Ciclosporina tópica para la queratoconjuntivitis atópica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 9. Art. No.: CD009078. DOI: 10.1002/14651858.CD009078

Versión reducida de la revisión. Puede consultar la versión completa en inglés [PULSANDO AQUÍ](#)

### RESUMEN

#### Antecedentes

La queratoconjuntivitis atópica (QCA) es un trastorno inflamatorio crónico no infeccioso de la superficie ocular que pueden sufrir los pacientes con dermatitis atópica en cualquier momento del ciclo de su enfermedad dermatológica y es independiente del grado de gravedad. En general la QCA no se resuelve de forma espontánea y plantea un riesgo mayor de lesiones en la córnea y de secuelas graves. El tratamiento de la QCA debe prevenir o tratar el daño de la córnea. Aunque los corticosteroides tópicos siguen siendo el tratamiento estándar para los pacientes con QCA, el uso prolongado puede dar lugar a complicaciones. La ciclosporina A (CsA) tópica puede mejorar los signos y los síntomas de la QCA, y puede usarse como un agente economizador de corticosteroides.

#### Objetivos

Determinar la eficacia y obtener las pruebas de los ensayos controlados aleatorios (ECA) sobre la seguridad de la CsA tópica en pacientes con QCA.

#### Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en CENTRAL (que contiene el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Trastornos de los Ojos y la Visión-Cochrane Eyes and Vision Group-) (*The Cochrane Library* 2012, número 6), MEDLINE (enero 1946 hasta julio 2012), EMBASE (enero 1980 hasta julio 2012), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) (enero 1982 hasta julio 2012), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (enero 1937 hasta julio 2012), OpenGrey (System for Information on Grey Literature in Europe) ([www.opengrey.eu/](http://www.opengrey.eu/)), the metaRegister of Controlled Trials (mRCT) ([www.controlled-trials.com](http://www.controlled-trials.com)), ClinicalTrials.gov ([www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)), the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) ([www.who.int/ictcp/search/en](http://www.who.int/ictcp/search/en)), the IFPMA Clinical Trials Portal ([clinicaltrials.ifpma.org/no\\_cache/en/myportal/index.htm](http://clinicaltrials.ifpma.org/no_cache/en/myportal/index.htm)) y Web of Science Conference Proceedings Citation Index- Science (CPCI-S). No se utilizó ninguna restricción de fecha

[Pulse aquí para visualizar el PDF](#)

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### **Tratamiento tópico con ciclosporina A en gotas para la inflamación de la superficie ocular**

La queratoconjuntivitis atópica (QCA) es un trastorno inflamatorio de la superficie ocular que puede presentarse en un 67,5% de los pacientes con dermatitis atópica. Es una afección crónica que a menudo requiere tratamiento a largo plazo para evitar complicaciones oculares que pueden dar lugar a la pérdida de la visión. Este trastorno a menudo se trata con gotas oftálmicas de esteroides, aunque el tratamiento a largo plazo con dichos fármacos puede producir efectos secundarios graves como la aparición de cataratas, glaucoma o infecciones oculares graves. El tratamiento tópico con ciclosporina A (CsA) en gotas puede ser útil para controlar los signos y los síntomas de la queratoconjuntivitis atópica, y para reducir la necesidad de gotas oftálmicas de esteroides.

Se incluyeron en esta revisión tres estudios con un total de 58 participantes. Un estudio se realizó en el Reino Unido, uno en Australia y uno tuvo sitios multicéntricos en el Reino Unido y los EE.UU.. Existen variaciones significativas entre estos estudios en cuanto a las intervenciones, la metodología y los resultados informados. Un estudio usó CsA al 2% en aceite de maíz y dos usaron una emulsión comercial de CsA al 0,05%. De estos tres estudios, dos mostraron un efecto beneficioso de la CsA tópica para controlar los signos de la QCA, y uno no halló pruebas de esta mejoría. Un estudio reveló un efecto beneficioso de la CsA tópica para controlar los síntomas de la QCA, aunque los otros dos no encontraron pruebas de esta mejoría. Sólo dos estudios analizaron el efecto de la CsA tópica en cuanto a la reducción del uso de esteroides tópicos; uno mostró una reducción significativa del uso de esteroides tópicos con la CsA, aunque el otro no pudo encontrar pruebas de esta mejoría. Los datos indican que la CsA tópica puede proporcionar un alivio clínico y sintomático en la QCA y puede ayudar a reducir el uso de esteroides tópicos en los pacientes con QCA dependiente de esteroides o resistente a los esteroides. Por otra parte, no se detectaron eventos adversos graves. Sin embargo, esta revisión identificó una necesidad de ensayos controlados aleatorios adicionales que aporten más pruebas fiables acerca de la eficacia y la seguridad del tratamiento tópico con CsA en gotas para los pacientes con QCA. Estos ensayos deben incluir muestras con un número mayor de pacientes con QCA, y los períodos de seguimiento deben ser lo suficientemente largos para establecer conclusiones sobre la eficacia y la seguridad a largo plazo de este tratamiento.

## Revisiones narrativas ?

**No explicitan los métodos que se han empleado para llegar a las correspondientes conclusiones y por tanto, son de carácter personal, subjetivo y no reproducible.**

# ¿Por qué son tan necesarias las revisiones sistemáticas?

- Para responder preguntas clínicas y sanitarias
- Gran volumen de información
- Eficiencia al consultar una sola fuente de información
- Contextualización
- Identificación de todos los estudios existentes
- Evaluación crítica
- Síntesis transparente de los resultados
- Actualización periódica de los datos
- Detección de posibles efectos pequeños cuando no existen grandes estudios
- Análisis de las causas de una posible heterogeneidad
- Mejor planificación de los futuros estudios

## Investigación de buena calidad para:

- **discriminar** si los beneficios atribuidos a las intervenciones son ciertos o no, especialmente cuando se trata de acciones intensivas, invasivas o caras.
- **valorar** si los beneficios reales de las intervenciones compensan sus molestias, posibles efectos adversos y los costes derivados
- **evaluar** si más, antes, lo nuevo y lo lógico realmente supone que es mejor
- **asegurar** que el azar no confunde los resultados
- **controlar** los conflictos de interés
- **evitar** la investigación redundante o innecesaria
- **difundir** los resultados, sean cuáles sean

# 1. INTRODUCCIÓN

# 2. CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: REVISIONES SISTEMÁTICAS

## Revisiones Cochrane para evaluar las intervenciones que podrían mejorar la adherencia terapéutica (1)

Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes

Educación en competencia cultural para los profesionales de la salud

Ayudas para pacientes que deben decidir sobre tratamientos o sobre la participación en pruebas de detección

Correo electrónico para comunicación entre profesionales de la salud.

Correo electrónico para la comunicación entre pacientes/cuidadores y profesionales sanitarios

Correo electrónico para la información sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud

Intervenciones personales para la información o la educación de los padres acerca de la vacunación en la primera infancia

Intervenciones orientadas a los consumidores para el uso de medicamentos y prescripciones basado en la evidencia: un resumen de revisiones sistemáticas

Intervenciones interactivas electrónicas para la promoción de la salud sexual

Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas

Intervenciones comunitarias para informar y educar acerca de la vacunación en la primera infancia

Intervenciones anteriores a las consultas para ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades de información

Intervenciones para mejorar la alfabetización en salud en línea de los pacientes

**Intervenciones para mejorar la adherencia a los medicamentos. Robby Nieuwlaat, et al**

Intervenciones para mejorar la confianza del paciente en el médico y en los grupos de médicos

## Revisiones Cochrane para evaluar las intervenciones que podrían mejorar la adherencia terapéutica (2)

Intervenciones para mejorar el cumplimiento del asesoramiento dietético para la prevención y el control de las enfermedades crónicas en adultos

Métodos de participación del consumidor en el desarrollo de políticas e investigación sanitarias, guías para la práctica clínica y material informativo para el paciente

Mensajes por telefonía móvil para facilitar el autocuidado de las enfermedades crónicas

Mensajes por telefonía móvil para la asistencia sanitaria preventiva

Recordatorios por mensajes de telefonía celular para acudir a las citas de atención sanitaria

Intervenciones educativas multimedia para los pacientes sobre medicamentos prescritos y de venta libre

Planificación de la atención personalizada de adultos con enfermedades crónicas o a largo plazo

Envases con recordatorios para mejorar el cumplimiento con la medicación a largo plazo autoadministrada

Programas de educación de autocuidado a cargo de personas no profesionales para pacientes con afecciones crónicas

Intervenciones de toma de decisiones compartida para los pacientes con enfermedades mentales

Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio

Programas de entrenamiento y apoyo para voluntarios de tratamientos paliativos en ámbitos comunitarios

Información escrita sobre medicamentos individuales para los consumidores

## Revisiones Cochrane para evaluar las intervenciones que podrían mejorar la adherencia terapéutica (3)

Asesoramiento electrónico sobre la dosis de los fármacos para mejorar la práctica de la prescripción.

Sistemas de recordatorios y de renovación de pacientes para mejorar las tasas de inmunización.

Colaboración interprofesional: efectos de las intervenciones basadas en la práctica sobre la práctica profesional y los resultados de salud.

Prescripción no médica versus prescripción médica para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en atención primaria y secundaria.

Efecto de los roles de los farmacéuticos no prescriptores que trabajan en la comunidad sobre los resultados de los pacientes de los patrones de prescripción.

Efecto de los servicios no relacionados con la dispensación de fármacos proporcionados por los farmacéuticos sobre los resultados del paciente, la utilización de los servicios sanitarios y los costos en los países de ingresos bajos y medios

Talleres y reuniones de educación continuada: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria

E-learning para profesionales de la salud.

Juegos educativos para los profesionales de la salud

Visitas de extensión educativas: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de salud

Líderes locales de opinión: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria.

Herramientas creadas y distribuidas por los elaboradores de guías para promover la adopción de las mismas.

Intervenciones para aumentar el uso de la información electrónica sobre salud por partes de los profesionales sanitarios para mejorar la práctica clínica y los resultados de los pacientes.

Recordatorios manuales en papel: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención sanitaria.

## Revisiones Cochrane para evaluar las intervenciones que podrían mejorar la adherencia terapéutica (4)

Intervenciones personalizadas para abordar los determinantes de la práctica.

Recordatorios informáticos y entregados en papel a los profesionales sanitarios; efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria

Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria

Intervenciones para mejorar la adopción de toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud

Intervenciones para mejorar el uso adecuado de múltiples fármacos en pacientes de edad avanzada

Intervenciones para mejorar la adherencia a las normas para la prevención de las infecciones relacionadas con los dispositivos por parte de los profesionales

Asesoramiento electrónico sobre la dosis de los fármacos para mejorar la práctica de la prescripción

Sistemas de recordatorios y de renovación de pacientes para mejorar las tasas de inmunización

Mejorar la participación de adolescentes en los programas de vacunación.

Intervenciones para mejorar la conciliación de medicamentos en diferentes niveles de atención.

Intervenciones de medios masivos de comunicación: efectos sobre la utilización de servicios sanitarios.

Efectos de los recordatorios en pantallas informáticas en lugares de atención sobre los procesos y los resultados de la atención.

Materiales educativos impresos: efectos sobre la práctica profesional y los resultados sanitarios.

Guías para las profesiones relacionadas con la medicina

Proporcionar a los médicos información sobre la adherencia a la medicación. Efecto en los procesos de atención y en los resultados de los pacientes.

1. INTRODUCCIÓN
2. CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: REVISIONES SISTEMÁTICAS
3. **UNA REVISIÓN GLOBAL**

¡Actualizado!



Enviar un comentario sobre esta revisión



Visualizar esta revisión en

## INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN

Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X



**Cochrane**  
**Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

## Interventions for enhancing medication adherence (Review)

Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB

# OBJETIVOS

Evaluar los efectos de las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia del paciente a los medicamentos prescritos, valorando también los resultados en salud.

# MÉTODOS

## Participantes

Pacientes que recibieron medicación para un problema médico (incluyendo los psiquiátricos pero no las adicciones, por su distinta naturaleza).

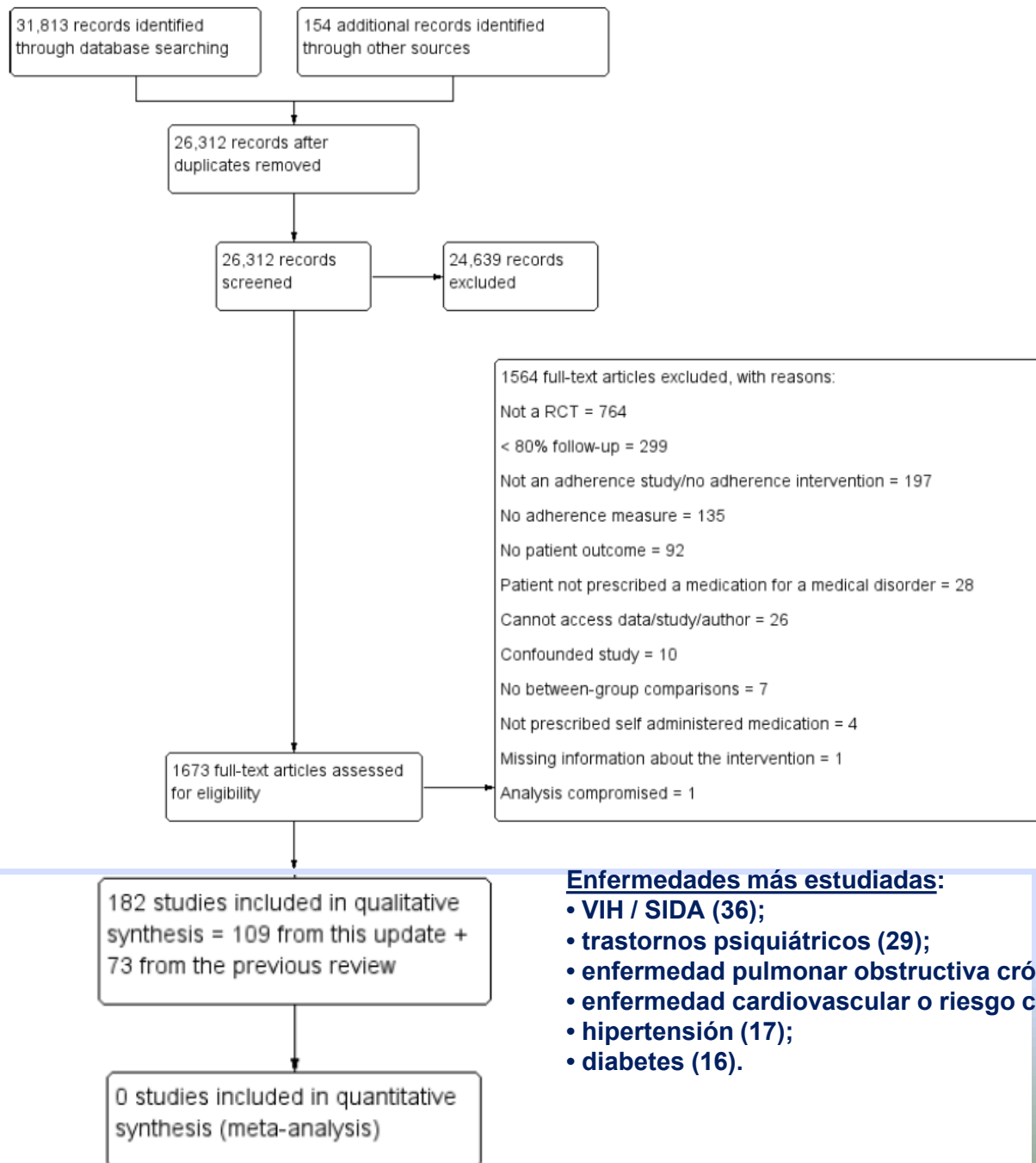
## Tipos de intervención

Intervenciones de cualquier tipo destinadas a mejorar la adherencia a los medicamentos prescritos y autoadministrados.

## Medidas de resultado

Se incluyeron estudios si informaron al menos de una medida de adherencia a la medicación y/o al menos de un resultado clínico. Debían estar completos al menos un 80% de los datos.

Figure I. Study flow diagram.



**Enfermedades más estudiadas:**

- **VIH / SIDA (36);**
- **trastornos psiquiátricos (29);**
- **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (27);**
- **enfermedad cardiovascular o riesgo cardiovascular (21);**
- **hipertensión (17);**
- **diabetes (16).**

# Evaluación de la calidad

- muchos estudios intentaron evaluar demasiados resultados sin un buen ajuste estadístico, por tanto incrementando el riesgo de encontrar hallazgos falsos positivos;
- potencia insuficiente, quizá perdiendo la detección de un verdadero efecto;
- la mayoría de los resultados fueron medidas surrogadas en lugar de resultados finales para el paciente.

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias	Blinding of outcome assessment (detection bias): Adherence measure	Blinding of outcome assessment (detection bias): Patient outcome	Blinding of participants (performance bias): Adherence measure	Blinding of participants (performance bias): Patient outcome	Blinding of personnel (performance bias): Adherence measure	Blinding of personnel (performance bias): Patient outcome	Incomplete outcome data (attrition bias): Adherence measure	Incomplete outcome data (attrition bias): Patient outcome
Abrahams 2010	+	?	?	?	?	?	-	?	+	+	?	?
Ahmadipour 2010	?	?	?	?	?	?	-	+	?	?	?	?
Al-Eidan 2002	?	+	?	?	?	+	-	+	?	+	?	?
Al Mazroui 2009	?	?	?	?	?	?	-	+	?	?	+	+
Amado 2011	?	?	?	?	?	?	?	+	?	?	+	+
Anderson 2010	+	?	?	?	+	+	-	-	?	?	?	?
Andrade 2005	+	?	?	-	?	+	-	+	?	?	?	?
Ansah 2001	?	?	?	?	-	-	-	-	-	-	?	?
Antonicelli 2008	?	+	+	-	?	+	-	?	?	+	?	?
Apter 2011	+	?	+	-	+	-	+	-	+	-	-	?
Bailey 1990	+	+	?	?	-	-	-	-	-	-	?	?
Bailey 1999	+	+	?	+	+	+	?	?	?	?	?	?
Baird 1984	?	?	?	?	?	?	-	+	?	?	?	?
Beaucage 2006	+	+	?	?	+	+	-	-	?	?	?	?
Becker 1986	?	?	?	+	?	+	-	+	+	+	?	?

# Selección de los mejores estudios

Los resultados se basan en los ECA con el menor riesgo de sesgo, que consistían mayoritariamente en intervenciones de apoyo de los familiares, compañeros o profesionales de la salud como los farmacéuticos (a menudo mediante acciones de formación, asesoramiento o incluyendo entrevistas motivacionales o terapia cognitivo-conductual).

# RESULTADOS/ DISCUSIÓN

A pesar del aumento del número de ECAs, sus hallazgos confirman los resultados de versiones previas, es decir, la falta de evidencia convincente entre los estudios con el menor riesgo de sesgo. La amplia variedad de ajustes, los participantes, los tipos de intervención, los medicamentos, las medidas de adherencia y los resultados clínicos impiden resumir los hallazgos para llegar a conclusiones generales fiables. Los efectos observados son inconsistentes de un estudio a otro. Los pocos ECAs que detectaron algún posible efecto evaluaban intervenciones muy complejas que serían difíciles de implementar en la práctica habitual.

Algunos ensayos evaluaron algunas TICs disponibles (mensajes de móvil, apoyo a través de internet,..). Sin embargo, incluso cuando los resultados eran positivos, los efectos fueron generalmente pequeños y poco evaluados en eventos clínicos importantes, o bien rara vez fueron significativos aunque posiblemente por la insuficiente potencia del estudio.

# RESULTADOS/ DISCUSIÓN

No se pudieron identificar características comunes entre las intervenciones de mayor éxito. Por lo tanto, no existe evidencia consistente de que la adherencia a la medicación pueda mejorarse con los recursos usualmente disponibles en los entornos clínicos y que esto pueda generar mejoras importantes en los resultados del tratamiento.

Los resultados podrían haber sido algo diferentes con criterios menos exigentes en cuanto a las pérdidas de los participantes en los ECAs pero ello habría reducido aún más la calidad de los estudios incluidos.

La mayoría de los estudios incluyeron pacientes que estaban dispuestos a participar, en lugar de pacientes con baja adherencia, lo cual hace que sea más difícil mostrar un efecto real. Si existiera un sesgo de publicación la estimación a la baja de los beneficios de las intervenciones sería reforzada todavía más.

# RESULTADOS/ DISCUSIÓN

**Las intervenciones complejas plantean varias cuestiones importantes:**

- **se suelen comparar con la atención habitual**
- **si es efectiva, toda intervención compleja debe ser implantable en otros entornos, sin necesidad de demasiado personal adicional ni costes de ejecución (validez externa);**
- **necesidad de separar los efectos de los distintos componentes y seleccionar los más efectivos para someterlos a un nuevo ECA donde se los compare con la atención habitual o una simple intervención.**

# RESULTADOS/ DISCUSIÓN

## Medir la adherencia y los resultados clínicos

No se puede asumir sin más que las medidas para aumentar la adherencia son más beneficiosas que perjudiciales, incluso si son exitosas. Los intentos de aumentar la adherencia pueden tener efectos adversos (pérdida de privacidad y autonomía, aumento de los efectos secundarios de los tratamientos), etc. Pocos ECA realizaron esta evaluación.

Además, muchos estudios midieron los resultados solamente a corto plazo (en general 6-12 meses).

# RESULTADOS/ DISCUSIÓN

## Medir la adherencia y los resultados clínicos

La mayoría de los estudios utilizaron medidas autoinformadas por los pacientes, que se sabe que sobreestiman la adherencia. Estos estudios tienen un riesgo especialmente elevado de sesgo cuando el paciente no está cegado a la asignación del tratamiento. Algunos cuestionarios validados están disponibles y se deben usar siempre que sea posible si se elige el autoinforme.

Muchos estudios han utilizado el Sistema de Monitorización de Eventos de Medicamentos (MEMS, por sus siglas en inglés) basados en tapones de frascos con un microchip pero no pueden registrar si el paciente realmente tomó la medicación. Aunque este método es más objetivo que el autoinforme, también podría funcionar como una intervención (los pacientes se sienten más controlados).

# RESULTADOS/ DISCUSIÓN

## Medir la adherencia y los resultados clínicos

Una medida potencialmente más objetiva es el recuento de píldoras, especialmente si se hace sin previo aviso, en casa y de manera sorpresiva, con el fin de prevenir que el paciente se anticipe al recuento de píldoras. Sin embargo, la mayoría de los recuentos se realizan en contenedores durante una visita asistencial de modo que pueden ser alterados por el paciente.

Otro método utilizado frecuentemente ha sido el uso de registros manuales o electrónicos de farmacia. Aunque se asume que el paciente está tomando la medicación y que es el único que lo hace, asegura el cegamiento adecuado de los evaluadores y se trata de una opción cada vez más disponible, barata y aceptable, siempre que se obtenga el consentimiento del paciente.

# RESULTADOS/ DISCUSIÓN

## Resultados clínicos

Se informaron muchos resultados clínicos diferentes pero la mayoría de los ECAs midieron resultados biológicos intermedios, como la presión arterial, el colesterol sérico:

Suelen tener un bajo riesgo de sesgo, aunque esto depende de si los métodos de medición difieren entre los sujetos y los evaluadores de los resultados están cegados.

o resultados informados por el paciente, como la calidad de vida, las creencias o las actitudes.

Los resultados autoinformados, como los síntomas y la calidad de vida, son más propensos a los sesgos, incluso si se utilizan herramientas bien validadas generales y específicas de la enfermedad para evaluarlos.

Muy pocos estudios examinaron resultados finales, como la muerte o la hospitalización. La evaluación de la adherencia en condiciones clínicas específicas, medicamentos o tipos de intervención podría generar conclusiones algo diferentes aunque los problemas de adherencia son en general comparables.

1. INTRODUCCIÓN
2. CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: REVISIONES SISTEMÁTICAS
3. **UNA REVISIÓN GLOBAL**
  - **CONCLUSIONES**

# CONCLUSIONES

## Implicaciones para la práctica

**Existe poco efecto de las intervenciones desarrolladas hasta ahora para mejorar la adherencia a los tratamientos. Las más prometedoras son complejas y multifactoriales y se basan en una interacción frecuente con los pacientes. Sin embargo, no son muy eficaces a largo plazo a pesar de la gran cantidad de esfuerzo y otros recursos que pueden consumir. En la actualidad no existen pruebas definitivas para concluir que los nuevos tipos de intervención, como la mensajería de texto en el teléfono móvil y la atención orientada a través de internet pueden ayudar a mejorar la adherencia. Aquellos métodos que en la práctica demuestren ser eficaces deben mantenerse mientras sea necesario, de la manera más integrada posible en el sistema de salud y asegurando que son coste-efectivos.**

# CONCLUSIONES

## Implicaciones para la investigación

**Es posible que las intervenciones probadas hasta la fecha no sean muy efectivas porque no entendemos con suficiente detalle cuáles son los principales factores que determinan la adherencia. Es necesaria una mayor investigación sociológica y antropológica para comprender bien el contexto en el que se produce la falta de adherencia y así diseñar mejores intervenciones.**

# CONCLUSIONES

## Implicaciones para la investigación

**A pesar del gran incremento en el número de ECAs, la investigación para mejorar la adherencia tiene persistentes debilidades metodológicas. En lugar de aumentar el volumen de investigación a costa de repetir los mismos defectos, es necesario mejorar su validez para evitar los falsos positivos y también los falsos negativos.**

**Es crucial solucionar el reto de la monitorización de la adherencia y también se necesitan medidas más objetivas de resultado para determinar con precisión los efectos de la intervención, incluidos los resultados clínicos finales. Hay que desarrollar estudios con bajo riesgo de sesgo con pacientes cuya adherencia es baja y garantizar que los resultados son debidamente reportados, especialmente en lo que respecta a las co-intervenciones.**

# CONCLUSIONES

## Implicaciones para la investigación

Los estudios más pequeños pueden ser apropiados para detectar posibles efectos clínicamente útiles y pasar luego a ECAs más amplios para evaluar los resultados clínicamente más importantes, la viabilidad en la práctica habitual y la sostenibilidad en el tiempo. Si las intervenciones complejas muestran efectos positivos, sería apropiado probar sus componentes en estudios de diseño factorial. Hay que explorar más a fondo el beneficio de las TICs, tanto las establecidas como las nuevas, combinadas con la atención habitual y el posible papel de los profesionales sanitarios no médicos.

Finalmente, es esencial que los investigadores dejen de reinventar las "ruedas" de las intervenciones de adherencia. En cambio, necesitamos profundizar en la investigación de las intervenciones más prometedoras.

Deben desarrollarse nuevos métodos e innovaciones para investigar la mejora de la adherencia si queremos ayudar a los pacientes a disfrutar de los beneficios de la terapéutica moderna.

## Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento



[xbonfill@santpau.cat](mailto:xbonfill@santpau.cat)