

## 6 de noviembre (15,30-18 h.)

**Moderadores**  
José Alcaide  
José M<sup>a</sup> Sobrón

### **Adherencia. Papel del clínico. Tratamiento infección latente tuberculosis**

**Hernando Knobel**  
Hospital del Mar. Barcelona  
87138@imas.es

El problema de la adherencia al tratamiento es muy frecuente en cualquier entidad que requiera la autoadministración de los fármacos de manera crónica; en el tratamiento de la infección latente de la tuberculosis se han descrito tasas de cumplimiento que varían del 21 % al 90 %. El no realizar de forma correcta el tratamiento de la infección latente de la tuberculosis implica además de un problema individual un problema para la comunidad al aumentar el período de transmisión, al aumentar las recidivas y al aumentar las resistencias.

En la situación que nos ocupa la adherencia implica la realización de la prueba tuberculínica, la lectura de la misma y la realización completa del tratamiento indicado.

#### ***Factores que influyen en la adhesión***

La falta de adhesión es un problema multifactorial en el que intervienen numerosas variables no siempre fáciles de controlar. Podemos agrupar estos factores en cinco grandes categorías.

#### ***Factores relacionados con la enfermedad***

La infección latente tuberculosa cursa de forma asintomática, como es sabido, el seguimiento de la medicación puede resultar complejo cuando la persona está asintomática y no percibe gravedad en su situación.

#### ***Factores relacionados con el régimen terapéutico***

En numerosos estudios se ha demostrado que la adhesión a un tratamiento disminuye cuanto mayor es el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.

#### ***Factores relacionados con el individuo***

Determinadas características demográficas como el sexo, la raza, el nivel de estudios, la situación laboral o económica no parecen ser factores muy determinantes de la adhesión.

Los factores de carácter psicológico deben ser especialmente considerados. La ansiedad y la depresión pueden comprometer seriamente la adhesión.

Las actitudes y creencias de los pacientes sobre la eficacia de la medicación, la gravedad de su enfermedad, las capacidades del equipo sanitario, o incluso sobre su propia capacidad para seguir el tratamiento tienen un papel importante.

Determinados individuos pueden tener auténticas falta de habilidades para seguir correctamente el tratamiento, falta de movilidad, dificultades de comprensión, ausencia de motivación, cabe destacar como factor de riesgo los ancianos, los niños, las personas con problemas de salud mental y el abuso de sustancias.

#### ***Factores relacionados con la situación social***

En este apartado pueden incluirse desde aspectos más personales, facilitadores de la adhesión, como son disponer de domicilio fijo, apoyo social, familia estructurada o amigos. Pero también aspectos más generales como el rechazo social hacia la enfermedad, los prejuicios hacia determinadas características de algunas personas. Otro aspecto que puede dificultar seriamente la adhesión es el hecho de que

el entorno cotidiano del paciente que debe tomar medicación no esté informado de su situación.

### *Factores relacionados con el equipo asistencial*

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente.

Cada paciente es único y debe decidir cada día y cada semana si toma o no toma la medicación prescrita. El personal sanitario es mal predictor de la adherencia que tendrá cada paciente individual, el factor predictivo más importante es él haber sido mal cumplidor en tratamientos previos. Sin embargo, debe actuar como si cada paciente fuera un mal cumplidor potencial.

## **Estrategias de intervención**

### *Conocimiento del paciente*

Historia clínica, problemas médicos concomitantes uso de fármacos prescritos o no prescritos, vigilar interacciones (antirretrovirales, metadona, etc.).

Actitudes, conocimientos y creencias acerca de la tuberculosis.

Recursos disponibles: familia, amigos, soporte social y económico.

Posibles barreras para el tratamiento. Historia previa de tratamientos.

### *Educación del paciente*

Explicar la importancia de la adherencia de forma comprensible, basada en las necesidades del paciente individual. El proceso debe ser interactivo y deben aplicarse técnicas efectivas de comunicación. Lenguaje no médico y apropiado a cada paciente, limitar cantidad de información, discutir los aspectos más importantes al principio y al final de la intervención, repetir la información más importante, escuchar las dudas, usar ejemplos concretos.

En el tratamiento de la infección latente tuberculosa, es precisamente la información y la motivación del paciente el aspecto más importante de intervención.

### *Emplear intérpretes*

Dado el aumento de población inmigrante que no conoce el idioma en ocasiones es imprescindible la utilización de intérpretes.

### *Emplear TDO*

En determinadas situaciones en que el riesgo de desarrollar tuberculosis es elevado, niños pequeños, pacientes inmunodeprimidos puede estar indicado el TDO.

| <b>Participantes</b>  | <b>Intervenciones</b>   | <b>Resultados</b>  | <b>Lugar. (Cita)</b> |
|---|---|--|----------------------|
| Usuarios de drogas (heroína o cocaína). Evaluación PPD.                         | 1: Educación. 2: Educación + incentivo económico. 3: Incentivo económico. 4: Grupo sin incentivo y sin educación especial.  | Lectura de PPD, acudir a la visita. Respecto grupo control OR (IC 95%).<br>1: 1,06(0,59-1,91).<br>2: 23,73 (12,3-45,9).<br>3: 26,97 (13,6-53,5)              | California. (3)      |
| Inmigrantes. Tratamiento o profilaxis de tuberculosis                           | 1: Educación individualizada + incentivo económico. 2: Atención convencional.   | Tratamiento completo: profilaxis: OR 4,7 (2,2-10,4), tratamiento: 4,1 (0,4-38,2)   | Los Angeles. (4)     |
| Indigentes con PPD +.   | 1: Incentivo económico. 2: Consejo por pares. 3: Atención convencional.   | Acudir a la cita de evaluación, respecto al grupo control la OR de 1: 4,7 (2,2-9,8); de 2: 2,6 (1,3-5)   | San Francisco. (5)   |
| Niños con PPD + durante el primer año de escuela primaria. Profilaxis de 1 año. | Educación sanitaria en tres niveles cada 3 meses:<br>1: Enfermera a domicilio.<br>2: Enfermera por teléfono.<br>3: Visita del médico. Grupo control: sin educación sanitaria. | Acudir a la última visita al año de iniciado el tratamiento, respecto al grupo control la OR fue de:<br>1: 7,5 (2,4-23); 2: 6 (2,1-16,8) y 3: 1,4 (0,7-2,9). | Barcelona. (6)       |

*Tabla 1. Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis*

*Tabla 2.  
Causas potenciales  
de incumplimiento y  
posibles estrategias  
de intervención*

| <b>Causas potenciales de incumplimiento</b>  | <b>Posibles intervenciones</b>   |
|--|--|
| <p>No aceptación</p> <p>Rechazo del diagnóstico</p> <p>Rechazo del tratamiento (creencias y actitudes: desconfianza, hostilidad, temor, fatalismo, invulnerabilidad, incapacidad)</p>                      | <p>Analizar relación paciente - profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación.</p> <p>Negociar y consensuar el plan terapéutico.</p> <p>Fomentar la percepción de indicadores que indican la necesidad de aplicar tratamiento.</p> <p>Informar sobre riesgos y beneficios del tratamiento.</p> |
| <p>No comprensión</p> <p>Insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento.</p> <p>Insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio.</p> <p>Motivos de dosificación y cumplimiento.</p> | <p>Mejorar la comunicación paciente – profesional sanitario.</p> <p>Información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivo de la dosificación, riesgo del incumplimiento.</p>  |
| <p>Problemas con la medicación.</p> <p>Efectos adversos.</p>   | <p>Modificar el regimen terapéutico.</p> <p>Técnicas especiales para la toma de la medicación.</p> <p>Ayudar a desarrollar mecanismos de reacción (p.e. anticipación y manejo de efectos adversos)</p>   |
| <p>Olvidos y barreras</p> <p>Olvidos debidos al estilo de vida, ansiedad, falta de motivación, mala integración de la medicación al estilo de vida, etc.</p>   | <p>Asociar las tomas con actividades cotidianas.</p> <p>Técnicas especiales y ayudas para el cumplimiento (diarios de medicación, alarmas, etc).</p> <p>Dosificación alternativa. Motivación y persuasión. Apoyo familiar, soporte social (allegados, cuidadores, servicios sociales).</p>                     |

En determinadas instituciones la aplicación del TDO puede ser sencilla y puede mejorar la adherencia: prisiones, programas de mantenimiento de metadona, residencia de ancianos.

#### *Incentivos y facilitadores de la adherencia*

En determinadas circunstancias pueden ayudar a los pacientes a acudir a las primeras citas con el personal sanitario o pueden ser útiles en el seguimiento de tratamientos prolongados. Deben adaptarse a las necesidades de cada paciente. Se han utilizado numerosos incentivos, desde el económico, comida, ropa, servicios sociales, etc. Debe ser empleado como instrumentos adicionales y nunca para reemplazar la buena relación entre el paciente y el sanitario.

#### *Buscar el consenso y el compromiso del paciente*

El paciente no es un mero receptor de medicamentos, debe comprender que forma parte del equipo asistencial. La alianza y no el enfrentamiento es básico para lograr una adherencia a corto y largo plazo.

#### *Ayuda para la asistencia a las visitas*

Se han empleado diversas estrategias: recordatorios de las citas, cartas, llamadas telefónicas, visitas a domicilio, avisos legales.

En la tabla 1 se indican los ensayos clínicos controlados realizados en el manejo de la tuberculosis latente. En la tabla 2 se resumen posibles causa de mal cumplimiento y posibles estrategias de intervención.

#### **Referencias**

- CDC. *Self-Study Modules on Tuberculosis. Patient Adherence to tuberculosis Treatment*. Atlanta, Georgia, October 1999.
- Volmink J, Garner P. Interventions for promoting adherence to tuberculosis treatment (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
- Malotte CK, Rhodes F, Mais KE. Tuberculosis screening and compliance with return for skin test reading among active drug users. *Am J Public Health* 1998;88:792-6.

Morisky DE, Malotte CK, Choi P, Davidson P, Rigler S, Sugland B, Langer M. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. *Health Education Quarterly* 1990;17(3):253-67.

Pilote L, Tulskey JP, Zolopa AR, Hahn JA, Schechter GF, Moss AR. Tuberculosis prophylaxis in the homeless. A trial to improve adherence to referral. *Arch Intern Med* 1996; 156:161-5.

Sanmarti L, Megias JA, Gomez MN, Soler JC, Alcalá EN, Puigbo MR, Majem LS. Evaluation of the efficacy of health education on the compliance with antituberculous chemoprophylaxis in school children. A randomized clinical trial. *Tubercle and Lung Disease* 1993;74: 28-31.

## Papel del Farmacéutico en la mejora de la adherencia de los pacientes con tratamiento antirretroviral

**Carlos Codina**

Hospital Clínic. Barcelona  
codina@medicina.ub.es

Uno de los condicionantes para que la terapia antirretroviral tenga éxito, es que el paciente cumpla correctamente con al menos el 95% de las dosis de medicamentos prescritos. Esto no es nada fácil, ya que representa un enorme y continuo esfuerzo para el paciente y por ello requiere el soporte y ayuda de todo el personal del equipo asistencial que le atiende así como también de su entorno familiar y/o de amigos que le rodean.

El Farmacéutico como integrante del equipo, debe participar activamente en el programa de mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Aprovechando que los pacientes deben acudir a la Farmacia a recoger la medicación el Farmacéutico debe organizar un sistema de trabajo apropiado que facilite el acercamiento al paciente e incida positivamente sobre conducta hacia el tratamiento. El procedimiento que aglutina estas actividades se denomina Atención Farmacéutica, y del cual se detallan a continuación las diferentes etapas.

### Programa de Atención Farmacéutica

**Presentación.** En esta primera etapa el farmacéutico, además de presentarse al paciente, le indicará el procedimiento a seguir en el futuro para la dispensación de medicamentos. El objetivo primordial de esta primera etapa es que el paciente identifique al farmacéutico como un profesional del me-

dicamento que le ofrece comprensión y ayuda en los temas relacionados con su enfermedad y, sobre todo, con el factor clave de la misma que es la farmacoterapia. El farmacéutico que atiende a los pacientes deberá tener facilidad de expresión y comunicación, ser accesible, transmitir confianza y seguridad, así como mantener una constante actualización sobre la farmacoterapia de estos pacientes.

**Prospección.** El farmacéutico a través de una simple conversación ha de tener la habilidad suficiente para averiguar el nivel de conocimientos que el paciente tiene sobre su enfermedad y concretamente sobre su tratamiento. Para ello, se le formularán preguntas que respondan a estos términos: conocimiento de la enfermedad, indicación y motivo del tratamiento, conocimiento del régimen terapéutico incluyendo nombre de los fármacos, dosis (en unidades de medicación), frecuencia y consideraciones de administración, condiciones especiales de conservación (si procede), precauciones y efectos adversos. Así mismo, es preciso conocer el estilo de vida del paciente, horarios y actividades cotidianas para poder, posteriormente, establecer un esquema individualizado de administración de fármacos.

Ya a partir de la primera visita, el farmacéutico deberá hacer un cálculo estimado de la adherencia del paciente al tratamiento antirretroviral. Como se ha mencionado con anterioridad, es difícil establecer un solo sistema o método que determine con fiabilidad el grado de adherencia, por lo que se aconseja combinar dos de ellos: entrevista con el paciente, recuento medicación sobrante y/o asistencia a las visitas programadas de dispensación de medicamentos. Para llevar a cabo el segundo método es preciso indicar al paciente que devuelva siempre los envases, tanto vacíos como parcialmente llenos, de cada uno de los medicamentos dispensados. Este sistema facilitará, a través del recuento, el cálculo de la adherencia. El procedimiento debe realizarse con la máxima discreción posible. Es importante obtener los datos de adherencia por medicamento, ya que si por cualquier razón existe un medicamento que tenga una cifra baja de cumplimiento, ésta puede reducir la media de la tasa de cumplimiento global y obtener una imagen errónea de la actitud del paciente hacia el tratamiento. También es necesario registrar el grado de adherencia en cada período de dispensación ya que éste suele variar con el transcurso del tiempo.

**Información.** Esta es una fase sumamente importante. En ella, el farmacéutico transmitirá al paciente los conocimientos suficientes para conseguir una correcta utilización de los medicamentos. Se combinará la información oral con la escrita, a efectos

de que el paciente pueda leer tranquilamente en su domicilio cualquier aspecto relacionado con el tratamiento, asentando los conceptos adquiridos en la entrevista. Para conseguir mayor implicación, es conveniente elaborar conjuntamente con el paciente la hoja individualizada del tratamiento farmacológico. Esta hoja se puede obtener a través de sistemas informatizados o a partir de material impreso previamente disponible y, en ella, se debe hacer constar la información necesaria sobre el tratamiento y la planificación del mismo según las necesidades y hábitos particulares del paciente. La información básica que debe contener el folleto informativo es: nombre del fármaco (preferentemente el comercial), dosis (expresada en forma farmacéutica), frecuencia (indicando si debe asociarse o no con las comidas), acción del medicamento, consideraciones y consejos sobre la administración, y efectos adversos más importantes o aquellos que tengan más probabilidad de aparecer.

**Eta** **pa** **Dispensación y cita próxima visita.** La medicación debe dispensarse para períodos entre 1 - 3 meses según la norma de cada centro y coincidiendo, a ser posible, con la visita médica, a fin de procurarle al paciente el mínimo número de desplazamientos al hospital.

En conclusión el Farmacéutico puede participar y ayudar en el proceso farmacoterapéutico de los pacientes ofreciendo: Soporte psicológico, Instrucciones en la farmacoterapia, Disponibilidad de los fármacos, Detección y prevención de efectos adversos, cálculo y seguimiento de la adherencia, detección de problemas relacionados con la terapia y o el individuo.

## Referencias

- Documento de Consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis. Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. *Med Clin*. En prensa.
- Codina C, Knobel H, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A, Gómez-Domingo MR, Arrizabalaga J, Iruin A, Laguna F, Jiménez I, Rubio R, Lluch A. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp* 1999;23:215-29.
- Carpenter C, Cooper D, Fischl M, Gatell J, et al. Antiretroviral Therapy in Adults. Update recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA* January 19, 2000;283-3:381-90.
- Hecht FM. Measuring HIV Treatment Adherence in Clinical Practice. *AIDS Clin Care* 1998;10:57-9.

Flaherty J. Caring for the HIV Patient: Role of the Pharmacist. *New Perspectives in HIV Management*. SCS 1997; SCPCommunications:25-8.

## Adherencia: papel de la Salud Pública

**Joan A. Caylà**

Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona  
e-mail: jcayla@imsb.bcn.es

Los programas de control de la tuberculosis deben ser capaces de conocer si el paciente ha cumplido el tratamiento o no. Ello posibilitará formar cohortes con los pacientes que ha iniciado tratamiento en cada trimestre, semestre o cada año, como máximo, y comparar el grado de cumplimiento de cada período que siempre deberá ser superior al 90%<sup>1</sup>.

Si conocemos las conclusiones finales de los pacientes, también podemos determinar qué factores se asocian o son predictores de abandono del tratamiento. En este sentido, en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de Barcelona, con los 1.802 pacientes detectados entre 1987 y 1988, comparando los pacientes que cumplieron el tratamiento (69,0%) con los que abandonaron (13,6%), se pudo determinar que los grupos prioritarios en los que deberían impulsarse intervenciones para mejorar el cumplimiento eran los indigentes, los presos y los ADVP (Tabla 1).

Conocida esta realidad, se impulsaron los tratamientos directamente observados (TDO) en estos colectivos. En la actualidad, en Barcelona, el TDO se aplica sistemáticamente en los centros penitenciarios y en los programas de mantenimiento con metadona y en un centro socio-sanitario para pacientes tuberculosos que también dispone de un equipo para dar TDO de forma ambulatoria. Todas estas actividades han permitido alcanzar porcentajes de cumplimiento del tratamiento cercanos al 95% en los últimos años.

Para conseguir elevados cumplimientos del tratamiento es imprescindible disponer de unos recursos mínimos como los indicados en la tabla 2, con una buena coordinación entre todos los centros que puedan seguir a un mismo paciente.

En relación al cumplimiento del tratamiento de la infección tuberculosa latente, se considera que la metodología explicada para la tuberculosis, debería ser aprovechada para este tipo de tratamientos. Así los programas de control deberían conocer si el pa-

ciente cumple o abandona estos tratamientos, lo cual permitiría la identificación de predictores de abandono del TITL, y se posibilitarían intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia. No obstante, de acuerdo con lo antedicho, en toxicómanos, presos e indigentes, el TITL bajo TDO debe ser la norma si previamente hemos asegurado en estos colectivos el TDO para los pacientes tuberculosos<sup>2</sup>.

| Variable   | Categoría      | Odds ratio (IC 95 %) |
|------------|----------------|----------------------|
| Indigencia | Sí/No          | 6,27 (4,26-9,23)     |
| Prision*   | Sí/No          | 6,18 (3,07-12,44)    |
| Sexo       | Hombre/Mujer   | 2,56 (1,63-4,02)     |
| Edad       | >15 / <15 años | 2,58 (1,31-5,08)     |
| ADVP       | Sí/No          | 1,59 (0,93-2,71)     |

\*Incluye muchos ADVP

Tabla 1.  
Factores predictores del incumplimiento del tratamiento. Análisis multivariado

| Especialidad                 | Funciones y recursos  |
|------------------------------|---|
| Salud Pública                | Vigilancia Epidemiológica, prevención y control, asistencia social; 1-2 médicos, 6-8 enfermeros (as), una secretaria, un asistente social, 1-3 agentes de salud que den los TDO.  |
| Microbiología                | Centros con más de 100 casos: cultivos, resistencias, epidemiología molecular con un solo centro de referencia para los estudios comunitarios. Uno o dos microbiólogos y dos o tres técnicos de laboratorio.<br>Centros con 50-100 casos: baciloscopia, cultivo, identificación inicial. Remitirán muestras a su centro de referencia. Un microbiólogo a tiempo parcial, un técnico de laboratorio.<br>Centros con menos de 50 casos: sólo baciloscopia. Remitirán muestras a su centro de referencia. Un microbiólogo a tiempo parcial, un técnico de laboratorio. |
| Clínica                      | Todo centro que atiende a más de 50 enfermos/año debe disponer de una unidad de tuberculosis, que actuará como centro de referencia, con un médico y una enfermera a tiempo parcial o no en función del número de casos. Deben realizar el diagnóstico y control de los enfermos y el estudio de contactos. Los centros con menos de 50 casos anuales deberán disponer de un médico referente para la tuberculosis que deberá coordinarse con la unidad de tuberculosis correspondiente.  |
| Instituciones Penitenciarias | Deben disponer de un programa propio y en cada prisión debe haber un médico y una enfermera responsables.   |
| Programas de metadona        | Darán TDO a los toxicómanos que estén o deban estar en programas de metadona.   |
| Centro socio-sanitario       | Debe existir uno para el ingreso de los pacientes más problemáticos.  |

TDO: tratamientos directamente observados.

## Bibliografía

1. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB), Area de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Grupo de estudio de Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Documento de Consenso sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1999;113: 710-5.
2. Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de Consenso sobre Tratamientos Directamente Observados en Tuberculosis.

Tabla 2.  
Funciones y recursos de personal por especialidades de un programa de tuberculosis que controle 1.000 casos anuales