

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

nº 14 año 2006



Información conjunta GETECCU / ACCU



Adhesión al tratamiento en la EII

*Antonio López San Román
Francisca Martínez Silva*



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA



ACCU
ASOCIACIÓN DE ENFERMOS
DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU / ACCU España

COMITÉ EDITORIAL

Miguel Ángel Gassull (GETECCU)

Antoni Obrador (GETECCU)

Fina Lladós (ACCU España)

Adhesión al tratamiento en la EII

AUTORES

Dr. Antonio López San Román

Dra. Francisca Martínez Silva

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Gastroenterología

Hospital Ramón y Cajal

Madrid

Ya se encuentran disponibles en las web www.geteccu.org/home/index.asp
y www.accuesp.com los siguientes números de este boletín:

1. [Nutrición, dieta y EII](#)
2. [Medicamentos en la EII](#)
3. [Afectación articular en la EII](#)
4. [Embarazo y EII](#)
5. [EII en la infancia](#)
6. [El cáncer colorrectal y la EII](#)
7. [Cirugía en la EII](#)
8. [Enfermedad perianal](#)
9. [Ostomías](#)
10. [Alteraciones óseas: Osteoporosis y Osteopenia en EII](#)
11. [¿Dieta alta o baja en fibra en la EII?](#)
12. [Efectos adversos de fármacos](#)
13. [Abordaje quirúrgico de la EII](#)

adalia[®]

madrid: calle Chile, 4 - Edificio II - 2ª planta - oficina 40 - 28290 Las Matas, Madrid
barcelona: calle Llusanes, 10 - 08022 Barcelona

ISSN:

D.L.:

© 2006 Adalia farma, S. L.

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma, ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso escrito de los titulares del Copyright.

Adhesión al tratamiento en la EI

¿Qué es eso de la adhesión al tratamiento?

Cuando se padece una enfermedad, para la mayoría de nosotros lo natural es buscar a quien nos pueda decir qué es lo que nos pasa y qué es lo que podemos hacer para recuperar nuestro estado de salud.

Tras ese primer contacto, recibiremos de la persona a quien hemos consultado (en general un médico), una serie de opiniones. La primera opinión se refiere a la naturaleza de nuestro mal: es lo que llamamos *diagnóstico*. La segunda opinión, el *pronóstico*, nos informa acerca de cómo y cuánto nos va a afectar esa enfermedad (si podremos trabajar, si existe peligro de que se afecte nuestra calidad de vida, si podemos fallecer). Finalmente, se nos indicará qué es lo que debemos hacer para mejorar y, en lo posible, recuperar nuestro estado de salud. Esta última opinión es la que, aplicada, se transformará en el *tratamiento* de la enfermedad.

Sin embargo, este esquema, que en la Medicina clásica estaba completo, no puede entenderse hoy sin que aparezca en escena una cuarta opinión: la del paciente, que es quien padece la enfermedad y, por lo general, a quien más interesa vencerla. No sólo es tratamiento lo que el médico indica, sino lo que el paciente decide hacer.

Hoy en día llamamos **adhesión al tratamiento** al compromiso del paciente con los medios terapéuticos o de cuidados personales que el médico u otro personal sanitario le propone, pero sólo si el propio paciente ha entendido el por qué de estas medidas y tiene también la convicción de que deben cumplirse, y de que es lo mejor que se puede hacer. En otras palabras, la adhesión al tratamiento es el convencimiento de que ese tratamiento es bueno para uno mismo, y la decisión de seguirlo.

La adhesión al tratamiento tiene un componente principal, que es el **cumplimiento** del mismo. Decimos que un paciente presenta un cumplimiento completo, si todo el medicamento que se le ha prescrito, llega a su organismo. Es decir, si se toma todas las pastillas, o se pone todas las inyecciones.

Sin embargo, la adhesión al tratamiento tiene otros componentes, como por ejemplo la sinceridad en las relaciones con el equipo sanitario, el acudir a las citas como se indica, el seguir las modificaciones de estilo de vida que se hayan indicado como favorables (dieta, sueño, actividad física...) y otras más.

Ah, pero ¿no todos los pacientes se toman el tratamiento?

Pues no. Y seguro que hay quien al leer esto se sorprende. Como veremos un poco más adelante, hay diversas razones que disminuyen la adhesión y el cum-

plimiento. Y esto lleva a que en muchas situaciones, los pacientes se tomen menos tratamiento del indicado o incluso nada. Muchas personas no sospechan esta situación, empezando por los propios médicos. Y sin embargo, se ha averiguado claramente que, por ejemplo, al término de un año de empezar a tomar un tratamiento contra el colesterol alto, sólo la mitad de los pacientes lo toma adecuadamente.

En algunas enfermedades, la falta de adhesión y cumplimiento del tratamiento es más notoria. Por ejemplo, en la epilepsia, si no se toma el tratamiento puede aparecer una crisis. Pero en otras no se nota nada a corto plazo. Por ejemplo, en los tratamientos para bajar el colesterol o el ácido úrico, que no sabremos si el paciente lo ha tomado o no hasta hacer un análisis y preguntárselo al propio paciente.

En algunas enfermedades, la falta de adhesión es más peligrosa que en otras. Por ejemplo, en la tuberculosis, el no tomar el tratamiento se puede asociar no sólo a progresión de la enfermedad, sino a contagio de nuestros amigos, familiares y compañeros, y a aparición de bacterias multirresistentes. Ésta fue una de las razones que hizo que el cuidado a tuberculosos se hiciera en sanatorios: asegurarse de la toma correcta de la medicación.

Finalmente, en algunas situaciones la adhesión es a veces muy baja; suelen ser enfermedades con tratamientos complicados y a largo plazo.

Pero lo que debemos tener todos seguro, es que la adhesión es muy importante, pues la única manera de asegurar el éxito del tratamiento es conseguir que el paciente se lo tome, y esto sólo se consigue si el paciente está convencido de que debe hacerlo.

¿Hay quien cumple mejor y quien cumple peor? ¿A qué se debe?

El cumplimiento del tratamiento, la adhesión, no es igual en todas las situaciones. Hay diferentes factores que lo modifican, y esto se ha estudiado repetidamente. Los factores se pueden dividir en los propios del paciente, los propios de la enfermedad, los propios del tratamiento y los propios de la relación entre paciente y médico.

Propios del paciente

Se sabe que las personas que tienen problemas de ansiedad o de depresión (relacionados o no con la enfermedad que padecen), tienen tendencia a cumplir menos el tratamiento. También cumplen menos los varones, los jóvenes y las personas que

tienen un estilo de vida que dificulta el acordarse de la toma. Por ejemplo, los que comen fuera de casa cumplen peor, porque hay que acordarse de llevarse las pastillas. Se ha observado asimismo, que las personas que no tienen una relación afectiva estable o que viven solas, cumplen peor el tratamiento, quizás porque no tienen a alguien que se lo recuerde cada mañana y cada noche.

Propios de la enfermedad

Las enfermedades de menor gravedad, y que llevan más tiempo diagnosticadas y sin problemas (en el caso de la enfermedad inflamatoria intestinal, sin brotes), se asocian a menor cumplimiento. Se cumple también peor el tratamiento de las enfermedades que no duelen ni molestan (el colesterol alto, la tensión alta, etc.).

Por supuesto, es más fácil cumplir el tratamiento en las enfermedades agudas que en las crónicas.

Propios del tratamiento

Es muy obvio, que el tratamiento que es más fácil de cumplir, se cumple mejor. Por ejemplo, es mejor hacer menos tomas diarias que mayor número de ellas. En un estudio que hicimos en consultas de enfermedad inflamatoria intestinal de toda España, los pacientes manifestaron que preferían un menor número de tomas (dos frente a tres, por ejemplo). También se cumplen peor los tratamientos con efectos secundarios molestos, o aquellos que resultan engorrosos o difíciles de aplicar (por ejemplo, los enemas).

Los tratamientos cortos, como un ciclo de antibióticos para una infección urinaria, se cumplen mejor que los largos, como el tratamiento de mantenimiento en la colitis ulcerosa.

Propios de la relación paciente-médico

Los pacientes que están menos de acuerdo con su médico en las decisiones tomadas, y los que se consideran peor informados, cumplen peor.

¿Y los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal? ¿Cumplen el tratamiento?

En España y en otros países, hemos hecho investigaciones que nos demuestran que 3 de cada 10 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal dejan el tratamiento durante periodos más o menos prolongados, y lo dejan porque quieren, no porque

se olviden. En nuestra experiencia, uno de cada 10 pacientes no toma nada durante periodos prolongados.

La decisión de dejar el tratamiento se presenta sobre todo en aquellas personas que lo toman como mantenimiento, es decir, las que lo toman para evitar brotes. Esto se debe a que, si lo dejan, se van a sentir igual de bien, al menos de momento. Un trabajo muy interesante de la Dra. Sunanda Kane, de Chicago, nos demuestra que los pacientes con colitis ulcerosa que toman bien el tratamiento de mantenimiento, tienen muchísima menos tendencia a brotar que los que lo dejan.

Algo que es bastante frustrante es el comportamiento de los pacientes con enfermedad de Crohn respecto al hábito de fumar. Aunque el tabaco es muy malo para esta enfermedad, produciendo más desarrollo de fístulas, más tendencia a reaparecer la enfermedad tras la operación, más complicaciones, etc., pocos lo dejan. Y esto es parte fundamental del tratamiento.

En cuanto al tipo de enfermedad que se padezca, un estudio llevado a cabo por Geteccu nos enseñó que los pacientes con enfermedad de Crohn abandonan más el tratamiento si se encuentran mal, mientras que los que tienen una colitis ulcerosa, tienden a dejarlo si se encuentran bien.

¿Qué podemos hacer todos para mejorar el cumplimiento y la adhesión al tratamiento?

¿Qué puede hacer el paciente?

- Intentar entender la enfermedad, el tratamiento y lo que se espera de éste: por ejemplo, no es lo mismo tomarse un tratamiento de brote que uno de mantenimiento, porque los efectos son diferentes.
- Si no lo entiende, preguntar al médico o a otro personal sanitario las dudas que tenga.
- Si le vienen ganas de dejar la medicación, pedir cita en la consulta de Atención Primaria o de especialidad, y charlar acerca de ello.
- Si ha dejado la medicación, comunicarlo al médico.
- Si ve que se olvida, desarrollar trucos para acordarse, y pedirles a sus amigos o familiares que lo apoyen en esto.

¿Qué puede hacer el personal sanitario?

- El médico debe intentar darle al paciente el tratamiento que mejor se le ajusta, tanto a su enfermedad como a su situación personal.
- El médico debe debatir con el paciente las diferentes posibilidades de tratamiento, y asegurarse de que tanto el paciente como su entorno (familia, amigos) entienden el porqué del tratamiento y su objetivo.
- El médico de Atención Primaria es mucho más que un rellenedor de recetas, y se le deben consultar las dudas del tratamiento; su apoyo es especialmente valioso a la hora de evitar interacciones o incompatibilidades con otros fármacos.
- El personal de enfermería puede asesorar en la manera de tomar la medicación, su interferencia con las comidas, la detección precoz de efectos secundarios, etc.
- Otro personal auxiliar puede recordar al paciente sus citas y la importancia de acudir a los controles.
- El farmacéutico es una persona muy valiosa a la hora de solucionar dudas urgentes de posología (cómo y cuánto tomar del tratamiento) y posibles interacciones.

Conclusiones

- Un factor muy importante de un tratamiento, es que la persona que lo va a recibir sepa para qué lo toma. De esta manera, se cumplirán mejor las indicaciones y se colaborará en el objetivo: mejorar la salud.
- Si por cualquier causa no podemos o no queremos cumplir el tratamiento, la sinceridad con el equipo sanitario puede ayudarnos a corregir este hecho.



www.ferring.com



XXXX